

11246



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
U.M.A.E. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G ."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

**"PSEUDOQUISTE SUPRARRENAL HEMORRAGICO
DESCRIPCION DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA"**

T E S I S DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN:
UROLOGIA

PRESENTA:
DR. EFRAIN MALDONADO ALCARAZ

ASESOR:
DR. HUGO WINGARTZ PLATA



MEXICO, D.F.

2005.

0350184



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI
SERVICIO DE UROLOGÍA
TESIS



TITULO :

**PSEUDOQUISTE SUPRARRENAL HEMORRÁGICO:
DESCRIPCION DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA**

JEFE DE SERVICIO:

DR. EDUARDO SERRANO BRAMBILIA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Eduardo Serrano Brambilía', written over a horizontal line.

ASESOR:

DR. HUGO WINGARTZ PLATA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Hugo Wingartz Plata', written over a horizontal line.

JEFATURA DE ENSEÑANZA:

DRA. NORMA JUÁREZ

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Norma Juárez', written over a horizontal line.



**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

PSEUDOQUISTE SUPRARRENAL HEMORRÁGICO: DESCRIPCION DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA

TITULO CORTO:

PSEUDOQUISTE SUPRARRENAL HEMORRÁGICO

AUTORES:

Moreno-Aranda Jorge

Urólogo

Hospital Ángeles del Pedregal

Wingartz-Plata Hugo F.

Urólogo

Hospital de Especialidades CMNSXXI

Instituto Mexicano del Seguro Social

Maldonado-Arce Boris

Urólogo

Hospital Ángeles del Pedregal

Vega-Espinosa J. Juvenal

Urólogo

HGR San Luis Potosí, SLP

Instituto Mexicano del Seguro Social

Maldonado-Alcaraz Efraín

Residente del Quinto año de Urología

Hospital de Especialidades CMNSXXI

Instituto Mexicano del Seguro Social

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Efraín Maldonado
Alcaraz
FECHA: 26/09/05
FIRMA: [Firma]

RESUMEN

Los quistes de suprarrenal son raros y aún más los pseudoquistes hemorrágicos, los cuales generalmente son entidades no sospechadas y que pueden presentarse con datos sugestivos de abdomen agudo. Algunos de estos pueden llegar a desarrollar ruptura con la consiguiente hemorragia retroperitoneal e incluso la muerte. Presentamos el caso de una paciente con un pseudoquiste suprarrenal hemorrágico, con un cuadro clínico sugestivo de apendicitis.

Palabras clave: Pseudoquiste suprarrenal hemorrágico, abdomen agudo

ABSTRACT

Adrenal cysts are rare entities, and hemorrhagic pseudocysts are less frequent. Generally they are unsuspected during the first evaluation on the patient and can suggest an acute abdomen. We present the case of an hemorrhagic pseudocyst with a sudden onset of abdominal pain and features compatible with acute appendicitis.

Key words: Hemorrhagic adrenal pseudocyst, acute abdomen.

INTRODUCCION

Los quistes suprarrenales son raros (0.064%-0.18% en las series de autopsias), y hay menos de 500 casos reportados en la literatura occidental. Histopatológicamente corresponden a pseudoquistes (40%), quistes endoteliales, epiteliales y parasitarios. 1-4

Se han descrito casos en neonatos, pacientes con estados alterados de la coagulación y estrés físico. Algunos de estos casos son idiopáticos y la mayoría tiende a ser bilateral. 1-10

La mayoría de las causas tienen en común un incremento de las hormonas adrenocorticotrópicas o una predisposición a trombosis venosa adrenal. Además de que el flujo sanguíneo adrenal es susceptible a la hemorragia, la disposición de los vasos se describe como un "pool vascular" y esto implica que un incremento de la presión venosa adrenal que pueda resultar en hemorragia adrenal. 3, 8, 9, 11

Los quistes suprarrenales generalmente son sintomáticos solo en 6% de los casos, manifestándose la mayoría de las veces por dolor en el flanco, choque hipovolémico o un cuadro clínico semejante al abdomen agudo, lo cual es característico de quistes grandes, muy susceptibles a desarrollar complicaciones, tales como ruptura o hemorragia aguda. Se han reportado casos en los que se presenta hipertensión como parte del cuadro clínico. Un gran número de los casos reportados corresponde a piezas de autopsia. 10, 12, 13, 15, 16

Los hallazgos de laboratorio más frecuentes demuestran una disminución de la hemoglobina de más de 1.5 g/dL en 69% de los casos o una falla suprarrenal que se traduce en hiponatremia e hiperkalemia. Sin embargo estos hallazgos son infrecuentes. 8, 10, 14

El ultrasonido la tomografía computada y la resonancia magnética nuclear tienen en general una sensibilidad de 66.7%, 80% y 100% respectivamente. En el ultrasonido y la TAC los hallazgos corresponden a una masa de ecogenicidad heterogénea, que desplaza caudalmente el riñón, sin irrumpir en el parénquima. En la resonancia magnética nuclear las lesiones son de alta intensidad en T1 y T2. La angiografía muestra una imagen hipovascular en la región suprarrenal. 17

El diagnóstico diferencial incluye tumores no funcionantes y abscesos de la glándula suprarrenal. 2-4

El tratamiento quirúrgico (adrenalectomía transabdominal) está indicado cuando la lesión es grande y sintomática, no puede distinguirse de una neoplasia, si corresponde a una masa funcional o si existe hemorragia masiva. En caso de ser bilateral está indicada la terapia sustitutiva hormonal desde el postquirúrgico. 11, 13, 14, 18

DESCRIPCION DEL CASO

Mujer de 19 años de edad con historia familiar de cáncer de pulmón, gástrico y de mama, alcoholismo social, nulípara, sin antecedentes quirúrgicos, alérgicos, traumáticos, transfusionales o de enfermedades crónico-degenerativas.

Es valorada con un cuadro clínico de 48 hrs de evolución de dolor súbito punzante en hipocondrio derecho, que se irradia a la fosa ilíaca derecha e incrementa con la inspiración y el movimiento, asociado a náusea sin emesis e hipertermia no cuantificada.

A la exploración intranquila, facies álgica, discreta palidez de tegumentos y leve deshidratación. Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, peristalsis disminuída, resistencia muscular involuntaria de hemiabdomen derecho, con dolor en la misma área a la palpación superficial y profunda, pero de predominio en fosa ilíaca ipsilateral. No se delimitan masas intraabdominales. Signo de von Blumberg, obturador y psoas positivos, Giordano negativo.

Mostró en sus exámenes de laboratorio Hb de 12.4, discreta leucocitos (11,900), con predominio de polimorfonucleares (77%) y sin bandemia. La química sanguínea, electrolitos séricos y tiempos de coagulación normales, con un examen general de orina en el que solo se hacía notar un pH de 5.5, huellas de hemoglobina y en el sedimento 2-5 eritrocitos y 5 a 10 leucocitos por campo.

El Ultrasonido abdominal demostró una masa de ecogenicidad heterogénea en el espacio de Morrison de 81X85 mm, con riñón ipsilateral desplazado caudalmente pero sin afección parenquimatosa (Figura 1).

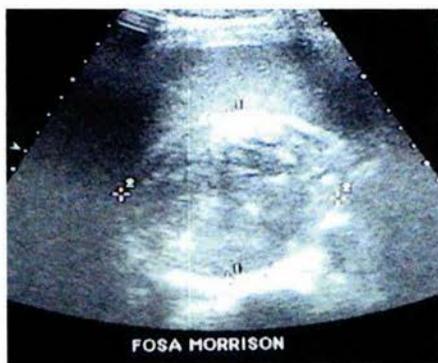


FIGURA 1

En la Tomografía abdominopélvica se corrobora una masa subhepática de contornos regulares y densidad similar al parénquima hepático y que no refuerza con la aplicación de medio de contraste IV, además de desplazamiento caudal del riñón derecho. Ambos riñones con captación, concentración y eliminación adecuada del medio de contraste (Figura 2-A y 2-B).



FIGURA 2A

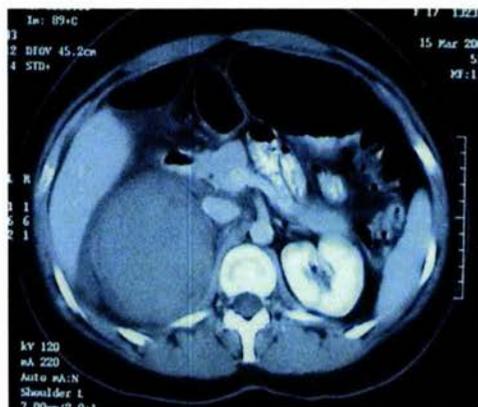


FIGURA 2B

Por los datos clínicos sugestivos de abdomen agudo se somete a laparotomía exploradora realizándose apendicectomía y suprarrenalectomía simple.

Se realiza estudio histopatológico donde se encuentra: Glándula suprarrenal derecha con trombosis sinusoidal reciente. Necrosis y hemorragia masiva con formación de pseudoquiste, no se observa neoplasia maligna, apéndice sin alteraciones histológicas significativas (Figura 3)



FIGURA 3

La paciente en este momento se encuentra en buenas condiciones, sin alteraciones sugestivas de insuficiencia suprarrenal y sin otra patología demostrable en los estudios de extensión.

DISCUSION

La frecuencia con la que se detectan las hemorragias suprarrenales depende de su índice de sospecha. En nuestro caso, la hemorragia aguda fué la que ocasionó el cuadro clínico tan manifiesto, y el dolor abdominal fue el dato pivote. Los datos bioquímicos de falla adrenal no son comunes y en nuestro caso no se presentaron, no obstante creemos que estos datos pueden no solo estar presentes en pacientes con falla adrenal, sino además en pacientes críticamente enfermos sin lesiones suprarrenales.

El descubrimiento de hemorragia suprarrenal inexplicable, especialmente bilateral, debe conducir a una búsqueda de factores predisponentes, tales como el anticoagulante lúpico. La presencia de anticoagulante lúpico circulante tiene implicaciones terapéuticas, ya que indica una anticoagulación de larga duración. En situaciones que se caracterizan por sepsis, estrés severo, tales como el estrés respiratorio agudo severo o falla orgánica múltiple, la hemorragia suprarrenal es un indicador de severidad más que un cuadro clínico paralelo.

**ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chew SP, Sim R, Teoh TA, Low CH. Haemorrhage into non-functioning adrenal cysts: Report of two cases and review of the literature. *Ann Acad Med Singapore* 1999;28(6):863-6.
2. Bellantone R et al. Adrenal cystic lesions: Report of 12 surgically treated cases and review of the literature. *J Endocrinol Invest* 1998;21(2):109-14.
3. Danza FM et al. Adrenal gland cysts. Our experience. *Minerva Chir* 1993;48(21-22):1325-30.
4. Vella A, Nippoldt T, Morris J. Adrenal hemorrhage: A 25-year experience at the Mayo Clinic. *Mayo Clin Proc* 2001;76(2):161-168.
5. Castejon CJ, Cuadri DA, Martínez CA. Neonatal adrenal hemorrhage. A surgical problem?. *An Esp Pediatr* 1983;19(2):106-10.
6. Sakamoto T et al. Idiopathic adrenal hemorrhage: A case report. *Hinyokika Kyo* 1998;44(11):805-807.
7. Ognibene AJ, McBride H. Adrenal hemorrhage: A complication of anticoagulant therapy- a case history. *Angiology* 1987;38(6):479-83.
8. Ferreira JG. Acute adrenal haemorrhage: Diagnosis, treatment and follow-up. *Int Urol Nephrol* 1996;28(6):735-41.
9. Kovacs KA, Miu Lam Y, Pater JL. Bilateral massive adrenal hemorrhage: Assessment of putative risk factors by the case-control method. *Medicine* 2001;80(1):45-53.
10. Ferrante A, Civello IM, Bellantone R, Boscherini M. Hemorrhagic adrenal cyst: An unusual reason of acute hypovolemia. *Chir Ital* 1999;51(4):325-8.
11. Merkle W. Spontaneous adrenal gland hemorrhage in adults. *Urologe A* 1986;25(6):343-6.

12. Donohue JP, Garrett RA, Holland TF, Warfel K. Obscure abdominal distress and vascular collapse in a man. *J Urol* 1979;122(1):83-6.
13. Eggink FA, Kijnders WP, Sonneveldt HA. Adrenal cyst complicated by massive haemorrhage. *Arch Chir Neerl* 1965;17(3):165-8.
14. Ito K et al. Embolization for massive retroperitoneal hemorrhage from adrenal pheochromocytoma: A case report.
15. Leone V, Letinni L, Fabbroni S, Bruno S. Hemorrhagic pseudocyst of the adrenal gland. Presentation of a case. *Minerva Chir* 1991;46(12):707-12.
16. Tourgunakov AP. 2 cases of arterial hypertension caused by the hemorrhagic cysts of the adrenal glands. *Klin Med (Mosk)* 1978;56(1):135-6.
17. Usamentiaga E, Ortiz A, Bustamante M, Pereda T, Pagola MA. CT in spontaneous adrenal gland rupture: A case report. *Acta Radiol* 1998;39(3):330-331.
18. Fernández MJ et al. Adrenal pseudocysts. Therapeutic attitude. *Arch Esp Urol* 1998;51(8):761-5.

LEYENDAS DE LAS FIGURAS

Figura 1. Masa de 81X85 mm en el espacio de Morrison que desplaza caudalmente el riñón ipsilateral.

Figuras 2-A y 2-B. TAC abdominopélvica en la que se observa un tumor de densidad semejante al hígado sin reforzamiento con el contraste y que desplza al riñón.

Figura 3. Vista microscópica del pseudoquiste con contenido hemorrágico.

Figura 1.

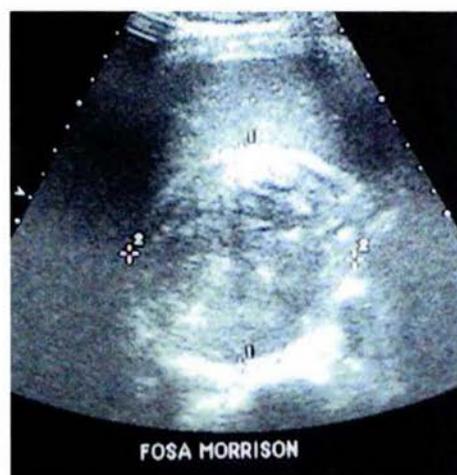


Figura 3

