

CAUSAS POCO FRECUENTES DE INCIDENTALOMA ADRENAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

LUNA, Mariela; LEMAITRE, Nicole; OLAYA, Luis; BARRERA OLARTE, Noelia; SOTO, Mariel Alejandra ; HURTADO, Maria Cecilia Hospital Angel C. Padilla

INTRODUCCION: El incidentaloma adrenal (IA) es una masa suprarrenal descubierta de manera casual, por imágenes realizada por otra indicación. Son halladas en 2 a 4% de TC de abdomen y su frecuencia aumenta con la edad. Etiología: tumores benignos y malignos de corteza y médula suprarrenal, metástasis y enfermedades infiltrativas. Puede estar asociado a hipersecreción de glucocorticoides, mineralocorticoides, catecolaminas y esteroides sexuales, o a tumores. La histoplasmosis es una causa excepcional de masas suprarrenales bilaterales halladas «incidentalmente», más frecuente en inmunodeprimidos por fármacos, diabetes mellitus o por VIH. Ante un IA debe buscarse feocromocitoma; infrecuente, de localización intraabdominal en el 95% (90% en suprarrenal derecha). **CASOS CLINICOS.** Caso 1: Paciente de 42 años de sexo femenino, antecedentes de HTA (medicado con tres drogas) e hipotiroidismo con bocio multinodular. Consultó por dolor abdominal difuso irradiado a flanco izquierdo; ecografía muestra imagen redondeada, solida de 58x47 mm en polo superior de riñón izquierdo. TC de abdomen: imagen nodular solida de 6 cm en adrenal izquierda. Examen físico: PA 180/80 mmHg FC 82 por minuto. Temblor fino en manos. Lentiginosis cutánea. Exoftalmia bilateral a predominio izquierdo. Manchas café con leche ovals, de 1-8 cm, generalizadas. Múltiples nódulos cutáneos blandos e indoloros en región frontal, malar derecha, preesternal y antebrazo derecho. Nódulos subcutáneos dolorosos en antebrazo izquierdo y muñeca derecha. Examen oftalmológico con lámpara de hendidura: nódulos de Lisch. Laboratorio: noradrenalina urinaria 22.2 ug/24 hs, adrenalina urinaria 3.79 ug/24 hs, Acido Vainillin Mandélico (AVM) 6 mg/24 hs, CLU 88 ug/24 hs, aldosterona 128 ng/dl, renina 9.1 ng/ml, angiotensina 11.5ng/ml, TSH 3.62, T4 0.95, T3 2.49, AFM (-), ATG (-). Ante la sospecha de Neurofibromatosis tipo 1 se realiza valoración genética confirmando dicha patología. Se realizó adrenalectomía izquierda por vía laparoscópica. Estudio anatomopatológico: Feocromocitoma. Buena evolución con disminución de la dosis de drogas antihipertensivas. Caso 2: Paciente de sexo masculino de 50 años derivado al endocrinólogo por IA. Antecedentes de diabetes tipo 2. Consulta por diarrea, pérdida de peso y astenia marcada de un mes de evolución. En el estudio de estos síntomas se halló en la radiografía y tomografía de tórax, imagen sospechosa en pulmón con ganglios mediastinales e imagen en glándulas suprarrenales de 6 cm. La evaluación inicial se orientó a descartar patología maligna de pulmón. Fibrobroncoscopia con lavado bronquioalveolar: negativo. Biopsia de ganglio mediastinal: negativa. Examen físico normal. Se realiza punción de glándula suprarrenal guiada por TAC, que confirma infección por Histoplasma Capsulatum. Laboratorio: cortisol plasmático basal 4.18 ugr/dl, CLU <4.3 ugr/24 hs. Test de Synacthen: cortisol basal 3 ugr/dl y post Synacthen 6 ugr/dl. Catecolaminas y AVM en orina de 24 h normales. Inicia tratamiento con Itraconazol, con mejoría sintomática y reemplazo con 30 mg diarios de hidrocortisona. **DISCUSION:** Los incidentalomas adrenales representan un subproducto de la tecnología moderna, ya que la utilización rutinaria de técnicas radiológicas sofisticadas ha puesto de manifiesto un problema que no es nuevo, pero que cada vez es más reconocido en la práctica médica. El desafío consiste en reconocer y tratar el pequeño porcentaje de IA que implique riesgo significativo, ya sea por su actividad hormonal como por su histología maligna.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Tercer Consenso Argentino sobre Patologías Endocrinológicas. Patología Suprarrenal. Bruno O, Gómez R. RAEM 2009; 46 (4): 55-75.
- 2- Bilateral Adrenal Histoplasmosis: Endoscopic Ultrasound-guided Fine Needle Aspiration as a Method of Diagnosis and Assessment. Khairul A, Jacqueline H, Tony L, Steven J. Med J Malaysia 2011; 66 (5): 504-506.