

HEMANGIOMA ADRENAL: REPORTE DE UN CASO

CLEMENTE Romina; SERRANO Leonardo; CEJAS Claudia; FAINGOLD Maria Cristina; MARTINEZ Marcela.
Hospital Cesar Milstein

Introducción: El hemangioma adrenal es un tumor benigno infrecuente, descubierto generalmente como incidentaloma. Desde el primer caso descrito en 1955 por Johnson y Jeppesen a la fecha hay publicados 65 casos. La edad de diagnóstico es entre los 50 y 70 años con predominio femenino. La mayoría son asintomáticos aunque algunos casos se presentan con dolor abdominal y masa palpable. En general el tumor supera los 10 cm de diámetro. En el laboratorio no se objetivan datos de hipersecreción hormonal. En la TAC se presenta como una masa hipodensa con calcificaciones y refuerzo post contraste irregular., mientras que en la RNM se observa una formación heterogénea hipointensa en T1 e hiperintensa en T2. Histológicamente son lesiones bien encapsuladas con necrosis, calcificaciones, trombosis y hemorragia. Las características de las imágenes establecen un desafío en el diagnóstico diferencial con malignidad y feocromocitoma. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección.

Caso: Mujer, 62 años. Consulta para evaluación por incidentaloma adrenal diagnosticado en TAC por dolor abdominal y constipación. Antecedentes personales: hipotiroidismo, osteoporosis. Examen físico: peso: 75kg, talla: 1,64m, IMC: 27,9 kg/m², FC: 65 lat/min regular, TA: 120/80 mmHg, ortostatismo negativo, eutiroides, sin estigmas de hiperkortisolismo ni hiperandrogenismo, no masa abdominal palpable. Anamnesis: negaba palpitaciones, sudoración, flushes, cefaleas y otros síntomas compatibles con feocromocitoma. Estudios complementarios: TAC en adrenal derecha (D) imagen hipodensa pseudonodular de 45x38mm con múltiples calcificaciones dismórficas, densidad sin contraste 45 UH, post contraste 52 UH y post lavado 64UH; RNM: adrenal D con formación nodular de bordes regulares de 36x40x30 con señal heterogénea difusa en T2, sin evidencia de caída de señal en secuencia fuera de fase con pequeño foco compatible con grasa. Laboratorio: cortisol p. matinal: 18µg/dl y post Nugent: 1µg /dl, adrenalina urinaria (Au) 6,6 µg/24hs (VN <20), noradrenalina urinaria (NAu) 39 µg/24hs (VN 18-100), AVM 5,8 mg/24hs, resto sin particularidades. Ante las características de las imágenes se indica cirugía. Durante la inducción anestésica intercorre con crisis hipertensiva por lo que se suspende la cirugía. Se solicita MAPA que evidencia valores de TA en límites normales, Doppler renal con aumento de resistencia en arterias renales y ecocardiograma con leve hipertrofia del ventrículo Izquierdo, dilatación de aurícula izquierda, enfermedad aórtica moderada, FSVI conservada. Se repiten Au:14 µg/24hs , NAu:97 µg/24hs. Se indica doxazocina 4 mg/día. Se realiza suprarrenalectomía D. Evolucionan sin interurrencias. Anatomía patológica: proliferación vascular de aspecto irregular, vasos ectásicos con contenido hemático, calcificaciones distróficas, positivo para CD34, compatible con HEMANGIOMA SUPRARRENAL.

Comentarios: Este caso resulta relevante debido a la baja frecuencia de esta patología, hallada en el contexto de una entidad de alta prevalencia como es el incidentaloma adrenal. Si bien los resultados de los estudios complementarios fueron típicos de hemangioma, por lo infrecuente de su presentación no se consideró como diagnóstico presuntivo. El comportamiento de este tumor en la TAC dinámica planteó el diagnóstico diferencial con patología maligna. La presentación con crisis hipertensiva no ha sido descrita previamente, no podemos afirmar que esta manifestación fue consecuencia de la patología de base.

Bibliografía:

- Computer tomography imaging findings of adrenal cavernous hemangiomas: a report of 10 cases. Acta Radiol 10.1177/02841685114564110, 2015 Jun-Pin Peng; Xiao-Fei Lv et al.
- Adrenal Cavernous Hemangioma: A case report with Review of de Literature. J of Pancreas 2014 15 (3):254-7 Noh J et al