

Mielolipoma adrenal vinculado a colecistitis litiásica, hernia hiatal y esofagitis

Dr. J Orlando Solís Daun,* Dr. Roberto Rodríguez García,** Dr. Antonio Torres Trejo,*** Dr. Moisés Alor Guzmán****

* Académico titular de Anatomía Patológica, Universidad Veracruzana. Jefatura de Patología, Hospital Regional de Zona Sur, Petróleos Mexicanos, Minatitlán, Veracruz. ** Servicio de Pediatría. Hospital General de Zona No. 32, Instituto Mexicano del Seguro Social Minatitlán, Veracruz. Academia Mexicana de Pediatría. *** Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Zona Sur, Petróleos Mexicanos, Minatitlán, Veracruz. **** Imágenes Alor y Asociados. Coatzacoalcos, Veracruz.

Correspondencia: Dr. Roberto Rodríguez García. Pípila No. 68, Colonia Insurgentes Norte, CP 96710, Minatitlán, Veracruz. Teléfonos: (922) 1-19-53 o 3-52-51. E-mail: rguez@moomsa.com.mx

Fecha de recibido: 30 de noviembre de 1998

Fecha de aceptado: 1 de julio de 1999

RESUMEN los mielolipomas adrenales son tumores poco frecuentes, generalmente son asintomáticos, unilaterales y no funcionales y en la mayoría de las ocasiones se descubren incidentalmente. **Objetivo:** presentar un caso clínico de mielolipoma adrenal asociado a colecistitis litiásica.

Caso clínico: femenino de 30 años de edad, obesa, con dolor crónico abdominal, motivo por el cual se le realizó serie esofagogastroduodenal encontrando hernia hiatal y esofagitis. Un ultrasonido de vesícula y vías biliares demostró litiasis vesicular e incidentalmente se halló un tumor de 9.3 x 8 x 7 cm que se encontraba entre el riñón derecho y el hígado. En la tomografía computada de abdomen se corroboró colelitiasis, además de una tumoración poco vascularizada, de composición adiposa, de 9.2 x 6 x 5 cm sobre el polo superior del riñón derecho. Se realizó colecistectomía y resección de la tumoración. El estudio histopatológico del tumor reportó tejido adrenal normal, adiposo maduro y hematopoyético con todas sus series.

Conclusión: el mielolipoma adrenal vinculado a colecistitis litiásica es poco común, todo parece indicar que fue una condición fortuita. Con las nuevos métodos de imagen se puede realizar con cierta seguridad el diagnóstico de mielolipoma adrenal.

Palabras clave: mielolipoma adrenal, tumor adrenal, colecistitis litiásica, tomografía computada.

SUMMARY The adrenal myelolipoma are rare tumors that are generally asymptomatic, unilateral and nonfunctional and in the majority of the cases they are found incidentally. **Objective:** Is to present a clinical case of adrenal myelolipoma, associated with gallstones.

Case report: A 30 year old obese female with chronic abdominal pain, which underwent a GI series, having found a hiatal hernia and esophagitis. An ultrasound, of the gallbladder and bile ducts showed gallstones and incidentally a tumor of 9.3 x 8 x 7 cm was found between the right kidney and the liver. In the CT of the abdomen of observed, a little vascularized tumor of the adipose composition of 9.2 x 6 x 5 cm over the top of the right kidney. A cholecystectomy was performed and the resection of the tumor; histopathological study of the tumor reported normal adrenal tissues, mature adiposis and hematopoietic with all of its series. **Conclusions:** The association of adrenal myelolipoma and gallstones is not common and it could be an incidental association. With the new tools available we can diagnose the adrenal myelolipoma with a greater degree of certainty.

Key words: Adrenal myelolipoma, adrenal tumors, gallstones, computed tomography.

INTRODUCCIÓN

Los mielolipomas son tumores benignos, poco frecuentes, que generalmente se encuentran en la glándula suprarrenal,¹ aunque también han sido hallados en la pleura parietal, área presacra, paravertebral intratorácica, el retroperitoneo, el mediastino, el antro gástrico y el tejido

perirrenal.²⁻⁴ Están compuestos de tejido adiposo maduro y tejido hematopoyético con todas sus series celulares y de ahí su nombre.¹⁻⁵

Fueron descritos por primera vez por Gierke en 1905 y fueron llamados mielolipomas por Oberling en 1929. En 1957 Dyckman y Freedman informan el primer caso de extracción quirúrgica. En 1985 deBlois y deMay publica-

ron el primer caso de mielolipoma adrenal basados solamente en los hallazgos radiográficos, en 1986 Del Gaudio y Solidoro revisaron 47 casos publicados en la literatura médica.^{1,5,6} Cerca de 200 casos han sido referidos en la literatura médica mundial. Las series de necropsias informan prevalencia de 0.08 a 2% en la glándula adrenal.¹

Los mielolipomas adrenales generalmente son asintomáticos, unilaterales y no funcionales;¹ pero se han reportado sintomáticos,^{7,8} bilaterales^{8,9} y funcionales.⁹⁻¹¹

Se presenta el caso clínico de una mujer a la que se le diagnosticó en forma incidental un mielolipoma adrenal vinculado a colecistitis litiásica, y se comentan los hallazgos por tomografía computada.

CASO CLÍNICO

Se trata de femenino de 30 años de edad, obesa, con historia de dolor crónico abdominal con remisiones y exacerbaciones del mismo, cuando ingería alimentos grasos e irritantes, motivo por el cual se iniciaron estudios encaminados a descartar patología abdominal. Se le realizó una serie esofagogastroduodenal, la cual mostró datos de hernia hiatal y esofagitis, manejándose con ranitidina y cisaprida con pobre resultado. Un ultrasonido de vesícula biliar y vías biliares reportó litiasis vesicular, y como hallazgo incidental se observó tumoración de 9.3 x 8 x 7 cm entre el riñón derecho e hígado. Se le realizó tomografía axial computada de abdomen superior desde la parte más alta del lóbulo derecho hepático hasta la parte inferior de los riñones. El hígado y las vías biliares fueron normales, la vesícula biliar presentó imágenes hipodensas en su interior en relación a litos. Páncreas normal. Por arriba del riñón derecho se observó una imagen de densidad heterogénea que desplazaba posteriormente el

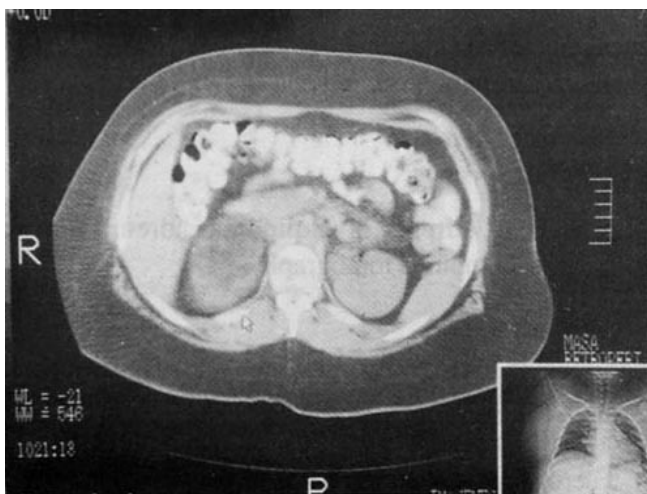


Figura 1. La tomografía computada de abdomen muestra tumoración de 9.2 x 6 x 5 cm en la glándula adrenal derecha que por la cuantificación de unidades Hounsfield es de contenido adiposo.

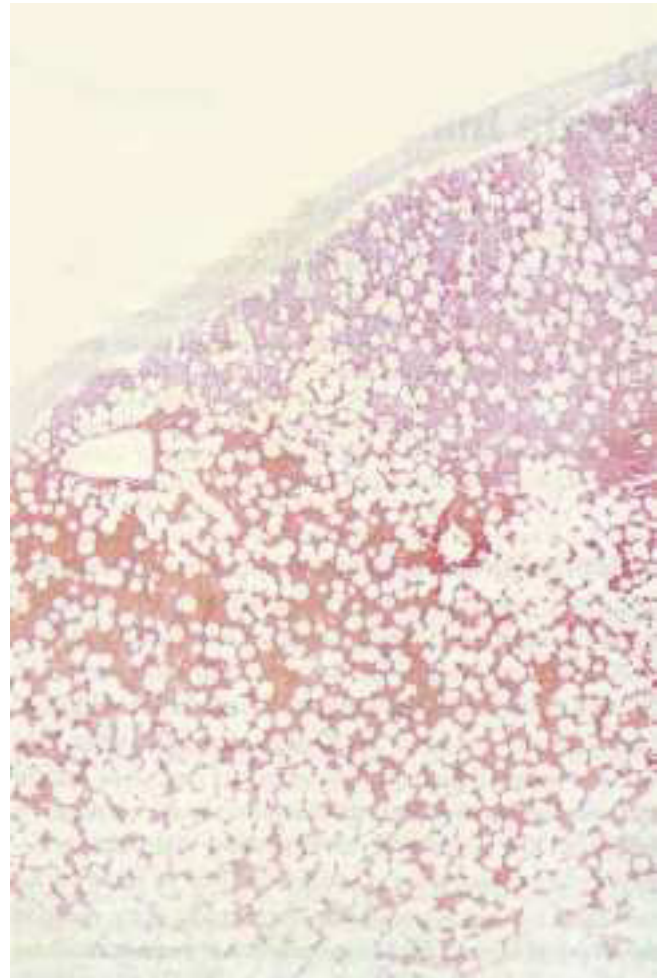


Figura 2. El estudio microscópico del tumor muestra los tejidos estratificados: cortical suprarrenal, adiposo maduro y hematopoyético.

eje del riñón, poco vascularizada, por la cuantificación de unidades Hounsfield era de contenido sólido adiposo, las dimensiones en sentido axial de 9.2 x 5 cm y en sentido coronal de 6 cm (*Figura 1*).

Se realizó colecistectomía más resección de la tumoración sin complicaciones. El estudio histopatológico del tumor reportó tejido adrenal normal, tejido adiposo maduro y tejido hematopoyético con todos sus elementos (*Figura 2*).

DISCUSIÓN

La vinculación entre el mielolipoma adrenal y la colecistitis litiásica pudo ser fortuita pues ambas entidades se presentan más frecuentemente en mujeres con obesidad, sin embargo, hay que tener presente que por el tamaño y sitio del tumor pudo estar comprimiendo la vesícula biliar y así ocasionar un vaciamiento defectuoso, formándose así los cálculos.¹²

En la literatura médica sólo encontramos un reporte de la relación entre mielolipoma adrenal y colecistitis litiásica.¹³

Los mielolipomas adrenales generalmente han sido encontrados en estudios de autopsias. Con las nuevas técnicas de imagen, estos tumores se descubren en vida y frecuentemente en forma incidental¹⁴ como sucedió en el presente caso clínico. Ocurren entre la quinta y sexta décadas de la vida, pero también han sido reportados desde los 12 a 93 años de edad.¹ Se han encontrado en pacientes con enfermedades crónicas, enfermedades cardiovasculares, endocrinopatías y obesidad.¹⁵ No se conoce el origen de los mielolipomas aunque se han sugerido varias teorías; desarrollo de restos embrionarios o de células mesenquimatosas primitivas, embolismo de médula ósea que se localiza en la glándula adrenal, metaplasia de células adrenocorticotrópicas y de células reticuloendoteliales de los capilares sanguíneos en respuesta a un estímulo que incluye necrosis, infección o estrés. La teoría más aceptada, con soporte clínico y experimental, es que las células lipoides y mieloides pueden originarse del reticulum adrenal en respuesta a un estímulo.¹

Los mielolipomas cuando ocasionan sintomatología lo hacen con dolor abdominal y de espalda, masa palpable, hipertensión arterial y hematuria.¹⁻¹² En el presente caso el dolor abdominal podría haber sido tanto por la coleditiasis o por el mielolipoma, aunque éste último no presentaba hemorragia, necrosis o compresión importante sobre las estructuras adyacentes.

Aunque no le realizamos a la paciente pruebas adrenales funcionales, clínicamente no manifestaba ningún problema hormonal. Se ha reportado la relación de mielolipomas con síndrome de Cushing y se cree que los altos niveles de corticotropina y cortisol puedan contribuir al desarrollo de estos tumores. También han sido descritos en pacientes con niveles altos de corticotropina secundarios a hiperplasia renal congénita lo que apoya más, esta teoría.⁹⁻¹¹

Con la disponibilidad actual del ultrasonido y tomografía computada estos tumores se han diagnosticado frecuentemente, las imágenes tomográficas^{6,17,18} dependen del porcentaje de los tejidos constituyentes: tejido adiposo, hematopoyético, hemorragia y calcificaciones. El diagnóstico específico de mielolipoma se sugiere por la presencia de tejido adiposo, sin embargo, puede confundirse con el adenoma adrenocortical si éste tiene áreas de tejido adiposo.¹⁸ El mielolipoma que está compuesto en su mayor parte por tejido hematopoyético o contiene áreas de hemorragia es radiográficamente indistinguible de otros tumores adrenales incluyendo el carcinoma adrenal.⁶

Citológicamente, la presencia de megacariocitos representa el dato más importante del mielolipoma adrenal. La aparición de estas células en una biopsia por aspiración con aguja fina del tumor adrenal confirma el diag-

nóstico específico de mielolipoma y excluye la posibilidad de tumor maligno.⁶

El diagnóstico diferencial incluye liposarcoma, lipoma retroperitoneal, angioliopoma renal, lipoma adrenal y tumor primario adrenal maligno.¹

El presente caso clínico de mielolipoma adrenal se suma a los pocos casos reportados en la literatura médica mexicana. Ante el hallazgo fortuito de un tumor adrenal debe tenerse presente la posibilidad de este tipo de tumor.

Agradecimiento

Los autores agradecen al Sr. Héctor González Gamas su ayuda para conseguir la bibliografía de este trabajo, y a la Srita. Flora Figueroa Sibaja por su labor secretarial.

REFERENCIAS

1. Meaglia J, Schmidt J. Natural history of an adrenal myelolipoma. *J Urol* 1992; 147: 1089-90.
2. Nishizaki T, Kanematsu T, Matsuma T, Yasunaga C, Kakizoe S, Sugimachi K. Myelolipoma of the liver. *Cancer* 1989; 63: 930-4.
3. Massey G, Green J, Marsh W. Presacral myelolipoma. *Cancer* 1987; 60: 403-6.
4. Sneiders A, Zhang G, Gordon B. Extra-adrenal perirenal myelolipoma. *J Urol* 1993; 150: 1496-7.
5. Del Gaudio A, Solidoro G. Myelolipomas of the adrenal gland: report two cases with a review of the literature. *Surgery* 1986; 99: 293-301.
6. Deblois G, deMay R. Adrenal myelolipoma diagnosis by computed-tomography-guided fine-needle aspiration. *Cancer* 1985; 55: 848-50.
7. Mondragón RS, Hurtado AH, Gil BG, Parra SH, Sánchez CR. Mielolipoma hemorrágico sintomático de la glándula suprarrenal. *Cir Ciruj* 1993; 60: 229-32.
8. Kraimps J, Marechaud R, Levillain P, Lacour F, Barbier J. Bilateral symptomatic adrenal myelolipoma. *Surgery* 1992; 111: 114-7.
9. Kanj H, Noronha J, D'Anguillo A, Amorosa J, Amorosa L. Bilateral adrenal myelolipomas with Cushing's Syndrome. *JAMA* 1988; 259: 3034-6.
10. Oliva A, Duarte B, Hammadeh R, Ghosh L, Baker R. Myelolipoma and endocrine dysfunction. *Surgery* 1988; 103: 711-5.
11. Vyberg M, Sestoft L. Combined adrenal myelolipoma and adenoma associated with Cushing's syndrome. *Am J Clin Pathol* 1986; 86: 541-5.
12. Smout A, Akkermans L. *Fisiología y patología de la motilidad gastrointestinal. Vesícula biliar y conductos biliares*. 1ª ed. Inglaterra, Wrightson Biomedical Publishing, 1992: 115-30.
13. Kunieda Y, Miyazaki T, Fujimoto N, Higuchi A, Suzuki T. A case of adrenal myelolipoma with colonic cancer and gallstone. *Gan No Rinsho* 1990; 36: 949-54.
14. Nonomura A, Mizukami Y, Kadoya M, Hasegawa T, Koshida K, Ohkawa M. Myelolipoma of the adrenal gland found incidentally during abdominal ultrasound and computed tomography examinations. *Radiat Med* 1996; 14: 37-42.
15. El-Mekresh M, Abdel-Gawad M, El-Diasty T, El-Baz M, Ghoneim M. Clinical, radiological and histological features of adrenal myelolipoma: review and experience with a further eight cases. *Br J Urol* 1996; 78: 345-50.
16. Kageyama T, Doke Y, Takahashi M, Kaneko M. Computed, tomography of myelolipoma in the accessory adrenal gland. *Urol Radiol* 1989; 11: 153-5.
17. Rofsky N, Bosniak M, Megibow A, Schlossberg P. Adrenal myelolipoma: CT appearance with tiny amounts of fat and punctate calcification. *Urol Radiol* 1989; 11: 148-52.
18. Sato N, Watanabe Y, Saga T, Mitsudo K, Dobke M, Minami K. Adrenocortical adenoma containing a fat component: CT and MR image evaluation. *Abdom Imaging* 1995; 20: 489-90.