

HISTOPLASMOSIS SUPRARRENAL INCIDENTAL

CECILIA NINE, CLAUDIA MAIDANA PAZ, FLORENCIA KOCH, BETTINA STEGMÜLLER,
ALFREDO MAY, HUGO N. CATALANO

Servicio de Clínica Médica, Departamento de Medicina Interna, Hospital Alemán, Buenos Aires

Resumen El hallazgo de masas adrenales detectadas mediante técnicas ecográficas o tomográficas solicitadas por algún otro motivo, y por ello incidentales, constituye un nuevo desafío diagnóstico. El paciente que presentamos se encontraba asintomático y no refería antecedentes patológicos. Una ecografía mostró agrandamiento de la glándula suprarrenal derecha, que medía 66 por 33mm. La tomografía computada mostró agrandamiento irregular de ambas suprarrenales. Se descartaron neoplasias extra-adrenales y tumores hiperfuncionantes. Se realizó una biopsia guiada por tomografía, y el estudio histopatológico informó *Histoplasma capsulatum*. El paciente vivía en una zona endémica para esta enfermedad y, por exposición laboral, tenía contacto diario con excremento de aves. La histoplasmosis es una causa infrecuente de masas adrenales bilaterales en el huésped inmunocompetente.

Palabras clave: incidentaloma suprarrenal, histoplasmosis suprarrenal

Abstract *Incidental adrenal histoplasmosis.* An adrenal mass found in the course of abdominal ecographic or computed tomography (CT) techniques performed for other reasons is a new diagnostic challenge. The patient in this case was asymptomatic and without previous illness. An ecographic study revealed an enlarged right adrenal gland, 66 by 33 mm. CT showed bilateral irregular enlargement of both adrenal glands. Nonadrenal malignancies and hyperfunctioning tumors were ruled out. A CT-guided biopsy was performed, and the histopathologic study was consistent with the diagnosis of histoplasmosis. The patient lived in an area endemic for this disease, and had daily contact with bird droppings. Histoplasmosis is a rare unsuspected cause of bilateral adrenal masses in the asymptomatic immunocompetent host.

Key words: adrenal incidentaloma, adrenal histoplasmosis

Un incidentaloma adrenal es una masa hallada "incidentalmente" en un estudio de abdomen por imágenes, solicitado por otro motivo no relacionado con la glándula suprarrenal. Los hallazgos incidentales constituyen un desafío diagnóstico desde el advenimiento de la ecografía y la tomografía computada y se consideran una enfermedad de la tecnología moderna. La prevalencia de incidentalomas suprarrenales en pacientes estudiados con tomografía computada varía de 0.6 a 1.9%¹. Plantean diagnósticos diferenciales entre las distintas masas adrenales benignas o malignas, funcionantes o no¹.

Un incidentaloma suprarrenal puede estar asociado a hipersecreción de glucocorticoides, mineralocorticoides, catecolaminas y esteroides sexuales que definen los distintos síndromes clínicos, y a tumores. Causan trastor-

nos psicológicos debido a la ansiedad que provoca, tanto al paciente como al médico, la existencia de una masa adrenal sin diagnóstico, lo cual puede llevar a la realización de tratamientos intempestivos.

La histoplasmosis es una causa excepcional de masas suprarrenales bilaterales halladas "incidentalmente"². Se presenta un caso en el que se llegó al diagnóstico etiológico con una biopsia por punción con aguja fina.

Caso clínico

Hombre de 50 años, dedicado a tareas de mantenimiento en el Zoológico de Buenos Aires, sin antecedentes patológicos. Consulta en el preoperatorio de hernia inguinal. Al examen físico presenta hepatomegalia y hernia inguinal derecha reducible, hemograma, eritrosedimentación, urea y creatinina normales, glucemia 118 mg/dl. Una ecografía de abdomen evidenció esteatosis hepática y suprarrenal derecha con masa de 66 x 33 mm isoecogénica con respecto al hígado.

La tomografía axial computada de abdomen demostró agrandamiento de ambas suprarrenales de forma irregular con mínimo refuerzo heterogéneo post-contraste EV (Fig. 1).

Recibido: 18-X-2001

Aceptado: 3-VII-2002

Dirección postal: Dra. Cecilia Nine, Maipú 1840, 1636 Olivos, Pcia. de Buenos Aires, Argentina
Fax: (54-11) 4544-0049 e-mail: cecilianine@yahoo.es

Las determinaciones de aldosterona sérica, catecolaminas en orina de 24 hs, y ácido vainillinmandélico en orina de 24 hs fueron normales. El dosaje de cortisol libre urinario en 24 hs levemente elevado en la primera muestra: 115 µg/24 hs (20-90), y normal en la segunda. Se realizó punción para biopsia suprarrenal con aguja fina bajo control tomográfico. El estudio histopatológico demostró material necrótico y tejido con granulomas en el que se evidenciaron formas compatibles con *Histoplasma capsulatum* (Fig. 2). Serología: dosaje de anticuerpos para histoplasmosis por contraelectroforesis: positivo débil en 2 muestras seriadas. Tratamiento: Itraconazol 400 mg/día durante 3 meses. Evolucionó favorablemente, con negativización serológica.

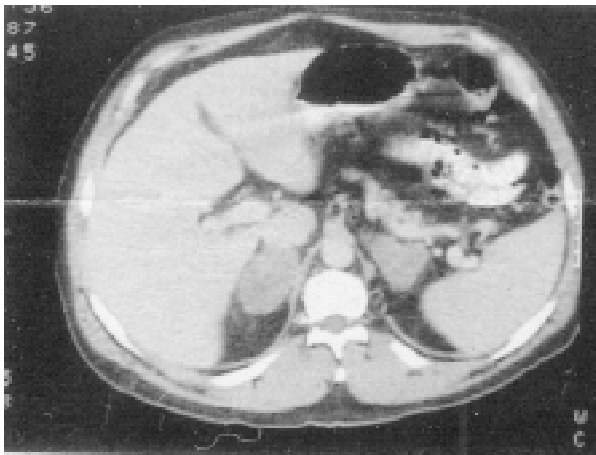


Fig. 1.- Tomografía del abdomen. Agrandamiento suprarrenal bilateral.

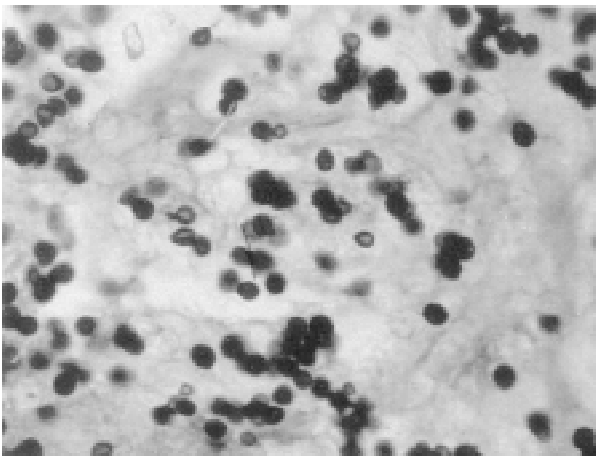


Fig. 2.- *Histoplasma capsulatum*. Tinción de Grocott en tejido obtenido por punción de masa suprarrenal.

Discusión

Los diagnósticos diferenciales a considerar en un enfermo con un incidentaloma suprarrenal incluyen: neoplasias adrenales corticales y de médula adrenal hormonalmente activos o no, metástasis, infecciones agudas o crónicas de origen bacteriano o micótico, amiloidosis y sarcoidosis. Los quistes y pseudoquistes se descartaron en este caso por cuanto la imagen era sólida, e igualmente la hemorragia y masas pseudoadrenales causadas por lesiones pancreáticas, renales o vasculares.

Se debe realizar *screening* hormonal ante la evidencia de masas suprarrenales teniendo en cuenta la signo-sintomatología del paciente³; en nuestro paciente no existía ningún elemento semiológico orientador de una alteración endocrina.

En este paciente, asintomático, el *screening* hormonal mínimo incluyó la determinación de potasemia (para descartar un aldosteronoma) y ácido vainillilmandélico en orina de 24 horas, metanefrinas y catecolaminas para descartar el feocromocitoma^{4,5} antes de realizar cualquier tipo de procedimiento invasivo.

La tomografía axial computada permite distinguir entre quistes y pseudoquistes⁶, hemorragia, mielolipomas y masas heterogéneas⁷. Los quistes de paredes gruesas, las masas irregulares no homogéneas, como la del paciente, y la masa adrenal única en pacientes con neoplasia adrenal no conocida, constituyen indicaciones de realizar punción biopsia con aguja fina bajo control tomográfico.

La histoplasmosis, causada por el *Histoplasma capsulatum*, se adquiere por vía inhalatoria y predomina el compromiso pulmonar en 90% de los casos⁸, produciendo una neumonitis en parches; se disemina vía hematogena desde los pulmones hacia otros tejidos en las primeras dos semanas, antes de que la inmunidad específica se haya desarrollado. Posteriormente la inmunidad celular controla la infección en pacientes inmunocompetentes y explican el curso subclínico y limitado de la enfermedad⁹.

Menos del 5% de los individuos expuestos desarrollan una enfermedad sintomática después de la exposición a bajo inóculo. En los huéspedes inmunocompetentes, las manifestaciones comunes incluyen artritis, artralgias, pericarditis y rinitis. En nuestro paciente con histoplasmosis diseminada crónica, sin síntomas de histoplasmosis ni inmunodeficiencia, asumimos que existió una funguemia silenciosa que siguió a la primoinfección y que fue responsable de la localización en las glándulas suprarrenales. La enfermedad de Addison por histoplasmosis es rara (menos del 10-20%) aunque el compromiso suprarrenal es frecuente (80%) en pacien-

tes a los cuales se les realiza TAC o ecografía de abdomen¹⁰. La perivasculitis con necrosis adrenal es necesaria para causar insuficiencia suprarrenal. El compromiso suprarrenal no diagnosticado ni tratado puede llevar a la muerte a pesar del tratamiento antimicótico. En nuestro paciente, la función adrenal fue evaluada y no presentó síntomas compatibles con insuficiencia suprarrenal antes ni durante el tratamiento.

El diagnóstico definitivo de histoplasmosis requiere el crecimiento del hongo en medio de agar infusión encefalo-corazón, cuando se cultivan muestras de líquidos o tejidos corporales. En nuestro paciente fue posible visualizar levaduras de *Histoplasma capsulatum* en el material de biopsia teñido con metenanim-plata de Grocott (Fig. 2). Las pruebas serológicas son auxiliares importantes para el diagnóstico y las más empleadas son pruebas para anticuerpos fijadores del complemento. En nuestro caso, la curva serológica se negativizó con el tratamiento. Este paciente se presentaba asintomático, con *screening* hormonal negativo y sin evidencia de neoplasia extraadrenal. Se detectaron incidentalomas adrenales, uno de ellos mayor a 6 cm y cuya punción biopsia diagnosticó histoplasmosis en un huésped inmunocompetente que reside en área endémica y trabaja en contacto con guano de las jaulas del Zoológico, inóculo potencial de histoplasma. La primoinfección fue probablemente asintomática y, mediante diseminación hematogena, se localizó en las glándulas suprarrenales.

Este caso ilustra una conducta diagnóstica útil ante el hallazgo de un incidentaloma adrenal que puso en evidencia una enfermedad endémica sudamericana muchas veces subdiagnosticada. En este caso el huésped,

inmunocompetente, permaneció asintomático pese al compromiso suprarrenal.

Agradecimientos: Se agradece la colaboración de los Dres. Francisco Celeste y Gabriel Casas del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Alemán.

Bibliografía

1. Chidiac R, Aaron D. Incidentalomas. *Endocrinol Metab Clin NA* 1997; 26: 233-53.
2. Wheat J. Histoplasmosis: Experience during outbreaks in Indianapolis and review of the literature. *Medicine* 1997; 76: 339-54.
3. Ross N, Aron D. Hormonal evaluation of the patient with an incidentally discovered adrenal mass. *N Engl J Med* 1990; 323: 1401-06.
4. Lee J, Evans D, Hickey R, et al. Unknown primary cancer presenting as an adrenal mass: Frequency and implications for diagnostic evaluation of adrenal incidentalomas. *Surgery* 124 ; 1115-22.
5. Barzon L, Scaroni C, Sonino N, Fallo F, Paoletta A, Boscaro M. Risk factors and long term follow up of adrenal incidentalomas. *J Clin Endocrinol Metab.* 1999; 84: 520-6.
6. Alvarez CL, Roveto ST, Delia G, Rimoldi DA. Lesión quística adrenal. Hallazgo incidental. *Medicina (Buenos Aires)* 2000; 60: 238-40.
7. Boland G, Hahn P, Peña C, Mueller PR. Adrenal masses: Characterization with delayed contrast-enhanced CT. *Radiology.* 1997; 202: 693-6.
8. Fernández MI, Negroni R, Arechavala A. Tibial abscess caused by *Histoplasma capsulatum*. *Medicina (Buenos Aires)* 2001; 61: 191-2.
9. Mandell GL, Douglas y Bennett JE (eds). Enfermedades infecciosas: principios y práctica. Cuarta edición. Buenos Aires: Panamericana, 1997, pp 2627-42.
10. Reddy P, Gorelick D, Brasher C, Larsch H. Progressive disseminated histoplasmosis as seen in adults. *Am J Med* 1970; 48: 629-36.

The young do not know enough to be prudent, and therefore they attempt the impossible, and achieve it, generation after generation.

Los jóvenes no saben lo suficiente como para ser prudentes, por lo que intentan lo imposible, y lo consiguen, generación tras generación.

Pearl S. Buck

Premio Nobel de literatura, 1938