

MIELOLIPOMA ADRENAL GIGANTE. ADRENALECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA*

ANA L. CAMPOS ARBULÚ, EMMANUEL E. SADAVA, JAVIER KERMAN, JUAN M. FERNÁNDEZ VILA, NORBERTO A. MEZZADRI

Servicio de Cirugía General, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Resumen El mielolipoma es un tumor adrenal poco frecuente. Se trata de un tumor benigno no funcionante compuesto por tejido adiposo y hematopoyético. Presentamos el caso de una paciente de 33 años de edad con diagnóstico de incidentaloma adrenal de 14 cm de diámetro no funcionante. Los estudios imagenológicos presentaban características sugestivas de mielolipoma. Debido a la naturaleza benigna del tumor se decidió el abordaje laparoscópico. La anatomía patológica informó un mielolipoma de 444 gramos. La paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio. El abordaje laparoscópico para la resección del mielolipoma gigante fue factible y exitoso.

Palabras clave: adrenalectomía laparoscópica, mielolipoma gigante

Abstract *Giant adrenal myelolipoma. Right laparoscopic adrenalectomy.* Adrenal myelolipoma is a rare, benign, non-functioning tumor. It is composed by fat and hematopoietic tissues. We present the case of a 33-year-old woman with diagnosis of a 14 cm diameter non-functioning right adrenal incidentaloma, with imaging features suggestive of myelolipoma. Based on the benign nature of the tumor, laparoscopic resection was performed. Histopathology showed a myelolipoma, weighting 444 grams. The patient evolved with an uneventful postoperative period. Laparoscopic adrenalectomy for a giant myelolipoma was feasible and successful.

Key words: laparoscopic adrenalectomy, giant myelolipoma

Los incidentalomas adrenales se encuentran hasta en el 7% de los estudios por imágenes abdominales¹. El mielolipoma adrenal es un tumor benigno no funcionante de baja incidencia, compuesto por tejido adiposo y hematopoyético².

En la actualidad, la cirugía laparoscópica constituye el abordaje de elección para los tumores benignos de la glándula suprarrenal. Sin embargo, es controvertido si debe utilizarse también en los tumores de gran tamaño^{1, 3}.

Presentamos el caso de una adrenalectomía derecha laparoscópica por un mielolipoma de 14 cm de diámetro mayor.

Caso clínico

Una mujer de 33 años de edad con antecedente de cirugías abdominales (resección de quiste ovárico, cesárea, apendicectomía) consultó por molestias abdominales y lumbares derechas inespecíficas. Al examen físico presentó un abdomen blando, depresible e indoloro, y puño percusión lumbar negativa. Se realizó una ecografía de abdomen que evidenció

una formación sólida, ecogénica, subhepática derecha de 135 mm. Para mejor caracterización de esa imagen se solicitó una tomografía computarizada con contraste endovenoso en la que se observó una imagen hipodensa, heterogénea, de densidad grasa con calcificaciones periféricas de 143 x 91 mm, y una resonancia magnética nuclear que informó una imagen hiperintensa en T1 que disminuyó en secuencia con supresión grasa, compatible con mielolipoma (Fig. 1). Debido a la naturaleza benigna del tumor y la ausencia de invasión de los órganos adyacentes, se decidió la adrenalectomía derecha laparoscópica. Se realizó la resección del tumor y la glándula suprarrenal derecha en bloque, y la pieza quirúrgica se extrajo en bolsa a través de una incisión de Pfannestiel. En la anatomía patológica se informó un mielolipoma de 14 cm y 444 gramos (Fig. 2). La paciente presentó una evolución favorable sin complicaciones postoperatorias, y se otorgó el egreso hospitalario a las 24 horas de la cirugía.

Discusión

El mielolipoma adrenal presenta una incidencia muy baja, de 0.08-0.20% en autopsias. Es un tumor benigno, no funcionante, formado por tejido adiposo y hematopoyético². Generalmente su hallazgo constituye un incidentaloma.

Los incidentalomas adrenales requieren tratamiento quirúrgico cuando se trata de tumores funcionantes, mayores de 4 cm por tomografía computarizada y los que son indeterminados o malignos⁴.

En 1992 Gagner describió por primera vez la adrenalectomía laparoscópica. Desde entonces este enfoque se

Recibido: 1-II-2016

Aceptado: 9-V-2016

*Presentado como video en la Conferencia Anual de *Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons* (SAGES) en marzo de 2016, en Boston, Massachusetts (EE.UU.)

Dirección postal: Dra. Ana Lucía Campos Arbulú, Hospital Alemán, Av. Pueyrredón 1640, 1118 Buenos Aires, Argentina
e-mail: acampos@hospitalaleman.com

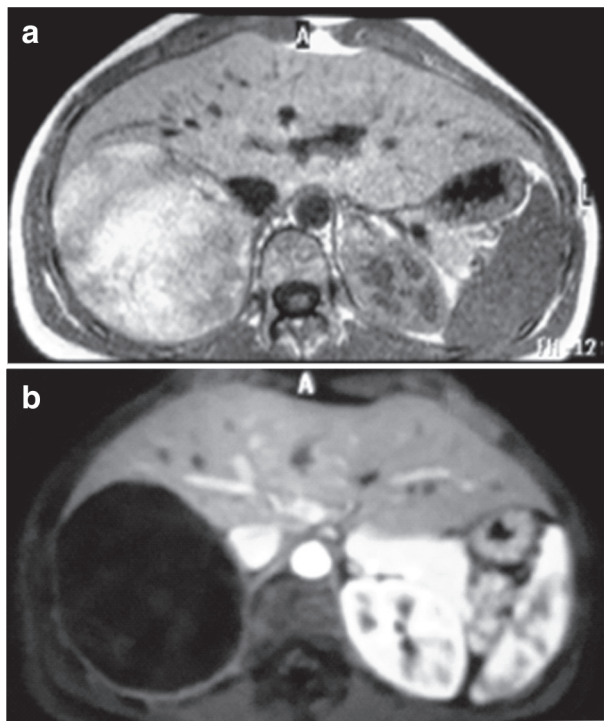


Fig. 1.- La resonancia magnética nuclear informa una imagen hiperintensa en T1 (a) que disminuye en secuencia con supresión grasa (b), compatible con mielolipoma.



Fig. 2.- La anatomía patológica informa un mielolipoma de 14 cm y 444 g.

ha convertido en el estándar para la mayoría de los casos, aunque para los tumores de gran tamaño el abordaje laparoscópico es controvertido^{1,3}. Se ha descrito que la adrenalectomía laparoscópica de tumores mayores a 7.5-8.0 cm se puede asociar a tiempo operatorio más

prolongado, estadía hospitalaria más larga, mayor pérdida sanguínea y mayor tasa de conversión^{1,3}.

Sin embargo, Bozkurty col. no encontraron diferencia significativa con respecto a los parámetros perioperatorios entre los tumores mayores y menores de 8 cm⁵. Feo y col. sugieren que uno de los factores más relevantes al considerar el abordaje laparoscópico para una masa adrenal de gran tamaño es la experiencia del cirujano, que junto con un tamaño tumoral mayor a 8 cm y las comorbilidades del paciente puede afectar el tiempo operatorio y la estadía hospitalaria⁶. Recientemente Chaudhary y col. publicaron el caso de un mielolipoma adrenal izquierdo de 15 cm resecado por vía laparoscópica con resultados satisfactorios⁷. En nuestra institución realizamos abordaje laparoscópico cuando no existe sospecha de tumor adrenal maligno, y la cirugía es llevada a cabo por cirujanos especialistas. En el presente caso se optó por el abordaje laparoscópico debido al diagnóstico preoperatorio de patología benigna y a la evidencia de planos de clivaje del tumor con los órganos adyacentes en los estudios por imágenes. La paciente presentó buena evolución y se otorgó el egreso hospitalario al primer día del postoperatorio.

En conclusión, la cirugía laparoscópica de un tumor adrenal de gran tamaño es factible y segura. Sin embargo, deben tenerse en cuenta la naturaleza benigna del tumor, las comorbilidades del paciente y la experiencia del cirujano para evaluar el mejor abordaje en cada caso.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Stefanidis D, Goldfarb M, Kercher KW, Hope WW, Richardson W, Fanelli RD. SAGES guidelines for minimally invasive treatment of adrenal pathology. *Surg Endosc* 2013; 27: 3960-80.
2. Hsu A, Shu K, Lee W, Cheng Y, Chiang P. Adrenal myelolipoma: a 10-year single-center experience and literature review. *Kaohsiung J Med Sci* 2012; 28: 377-82.
3. Economopolus KP, Phytayakorn R, Lubitz CC, et al. Should specific patient clinical characteristics discourage adrenal surgeons from performing laparoscopic transperitoneal adrenalectomy? *Surgery* 2016; 159: 240-9.
4. Zeiger MA, Thompson GB, Duh Q, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American Association of Endocrine Surgeons Medical Guidelines for the Management of Adrenal Incidentalomas. *Endocr Pract* 2009; 15: 1-20.
5. Bozkurt IH, Arslan M, Yonguc T, et al. Laparoscopic adrenalectomy for large adrenal masses: Is it really more complicated? *Kaohsiung J Med Sci* 2015; 31: 644-8.
6. Feo CV, Portinari M, Maestroni U, et al. Applicability of laparoscopic approach to the resection of large adrenal tumors: a retrospective cohort study on 200 patients. *Surg Endosc* 2016; 30: 3532-40.
7. Chaudhary R, Deshmukh A, Singh K, Biswas R. Is size really a contraindication for laparoscopic resection of giant adrenal myelolipomas? *BMJ Case Rep* 2016 Mar 17. pii: bcr2016215048. doi: 10.1136/bcr-2016-215048.