

Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"

Clínica Quirúrgica del Prof. Carlos Stajano

## HEMATOMA CALCIFICADO DE LA GLANDULA SUPRARRENAL (\*)

Dres. Julio César Priario, Daoiz Mendoza y Carlos Cuculic

Los quistes y pseudoquistes de las suprarrenales que no se acompañan de alteraciones funcionales, raramente son diagnosticados clínicamente. La inmensa mayoría de los diagnósticos son operatorios o necrópsicos. Wahle encuentra sólo 9 quistes en 13.996 necropsias realizadas, lo cual es un índice claro de su rareza. (5)

En 1955, Adderly y colaboradores presentan 4 quistes suprarrenales, haciendo notar que junto con éstos, el número de casos referidos en la literatura era de alrededor de 81. (1)

Otro elemento de la rareza de estos casos, lo constituye el hecho de que la mayoría de los trabajos sobre el tema, se refieren a 1 caso, o pocos más. Los que lograron reunir más casos fueron Henry Ellis y colaboradores, llegando a reunir solamente 12 casos. (3)

El interés que presenta nuestro caso es clínico y anatomopatológico. Clínicamente simuló perfectamente un quiste hidático calcificado del hígado y anatomopatológicamente, por tratarse de un pseudoquiste que probablemente ha tenido su origen en la reabsorción de un hematoma.

### RELACION DEL CASO CLINICO

M. C. de F., H. C. 10.192. Enferma de raza blanca, de 40 años de edad, que consulta por dolores continuos localizados en el hemiventre superior derecho, que en algunas oportunidades se irradia a fosa lumbar derecha. Esto se acompaña de dispepsia selectiva para alimentos ricos en grasa, guisos, tucos, carne de puchero, etc.

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 26 de octubre de 1955.

**Antecedentes personales:** A la edad de un año, cuadro de gastroenteritis grave. Durante la infancia tiene repetidos cuadros de amigdalitis infecciosa. A la edad de seis años sarampión. A la edad de 17 años, apendicectomía por apendicitis aguda. A los 24 años le fué diagnosticada ptosis renal derecha, que al parecer curó espontáneamente. (Es de hacer notar que no fue estudiada radiológicamente en esta oportunidad).

Tuvo cuatro embarazos con tres partos normales y un aborto provocado seguido de cuadro infeccioso.

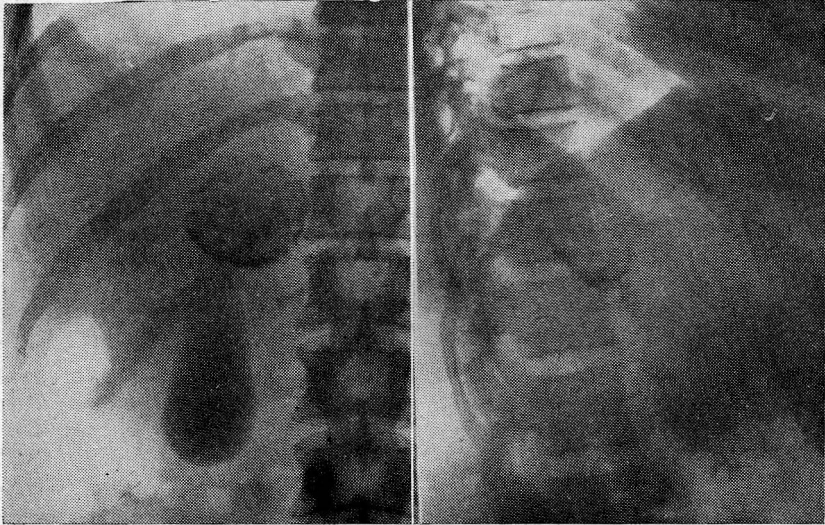


FIG. 1. — Aspecto radiográfico del hematoma calcificado; el que constituyó un hallazgo al realizar la colecistografía.

**Antecedentes ambientales:** Procedente de Sauce, departamento de Canelones.

**Examen:** Paciente con buen estado general. Peso: 59 kgs. Apirética. Piel y mucosas normales.

**Abdomen:** Normal a la inspección, palpación y percusión.

**Fosas lumbares:** Normales.

**Columna vertebral:** Normal.

**Aparato respiratorio:** Normal.

**Mamas:** Normales.

**Aparato cardiovascular:** Pulso regular de 90 por minuto. P. A. Mx. 11. Mn. 6. Corazón normal.

**Sistema nervioso:** Normal.

**Aparato genital:** Sin elementos patológicos de importancia.

**En conclusión:** Dado que los elementos positivos son una dispepsia hepatovesicular y dolores en hipocondrio derecho, se decide hacer un estudio de su hígado y aparato biliar.

**Colecistografía:** Vesícula bien opacificada, de forma y dimensión normales. No se observan cálculos y se contrae bien con la comida de prueba. A la vez se encuentra una imagen de quiste calcificado en el lóbulo derecho del hígado hacia la parte posterior (fig. 1).

**Gastroduodeno:** Normal.

**Radiografía tórax:** Normal.

**Sondeo Duodenal:** Prueba de evacuación vesicular positiva de duración normal. Hipertonía del esfínter de Oddi.

**Orina:** Normal.

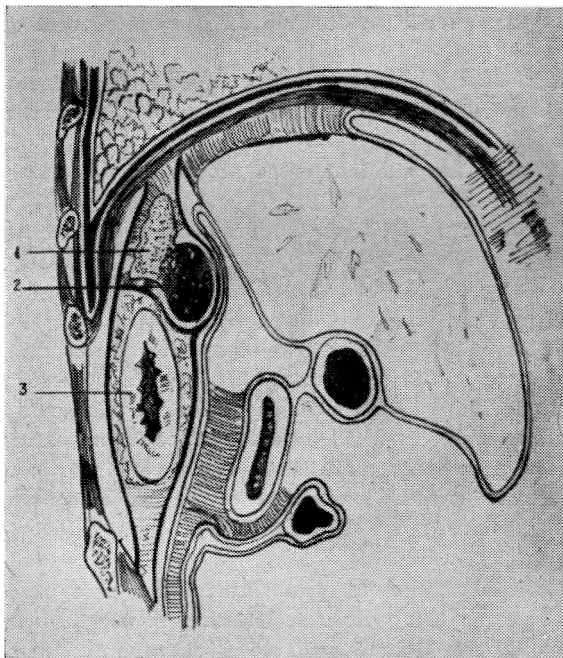


FIG. 2. — Representación esquemática de la situación del hematoma calcificado de la suprarrenal. 1) glándula sup.; 2) hematoma calcificado; 3) riñón.

**Hemograma:** Glóbulos rojos: 4.000.000; Hb. 84 %; V.G. 1.04; Leucocitos: 8.300; N 84, E 0, B 0, M 5, L 11.

**Tiempo de coagulación:** 8'. **Tiempo de sangría:** 2'30". **Azoemia:** 0g.40. **Glicemia:** 1 gr. **Wassermann:** Negativo. **Examen funcional hepático:** Normal.

**Reacción de Cassoni:** Precoz, negativo; tardío, negativo.

Se hace diagnóstico de quiste hidático calcificado del hígado, situado en el lóbulo derecho, porción pósterosuperior interna y se decide abordarlo por vía transtóraco-diafragmática. Las razones para la elección de esta vía fueron: Tener una vía de abordaje amplia que permitiese la enucleación total del quiste y que nos pusiese a cubierto de una eventual hemorragia del parénquima hepático.

**Operación (21 - 5 - 55):** Anestesia general con intubación.

Toracotomía pósterolateral resecaando la 8 costilla derecha.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Frenotomía por disociación. La exploración muestra que la parte posterior de la cara superior del hígado es normal. La tumoración calcificada se encuentra en el espacio retroperitoneal, es aplastada en el sentido ánteroposterior en forma de galleta de unos 5 cms. de diámetro. Está situada por delante del polo superior del riñón y por debajo y delante de la suprarrenal a cuyo borde anterior adhiere (fig. 2). Se libera en toda su extensión y se reseca. Ahora se comprueba que la cara posterior de la tumoración no está calcificada y palpando por dicha cara se comprueba que contiene líquido y formaciones duras y pequeñas en su interior.

Comprobando lo satisfactorio de la hemostasis, se cierra la brecha diafragmática. Cierre de la pared torácica, dejando un drenaje pleural en el punto declive.

**Post-operatorio:** A las 24 horas la evolución es satisfactoria y la radiografía del tórax muestra una reexpansión pulmonar completa. Se retira la sonda de Nelaton del drenaje.

El resto del post-operatorio fué sin incidentes dignos de mención y es dada de alta al 9º día de operada.

**Evolución de los eosinófilos:** Eosinófilos del pre-operatorio (24 hs. antes): 666 por mm.<sup>3</sup>.

Operación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	días
Comienzo										
Fin										
77	16	0	33	22	11	22	0	11	22	eosinófilos mm. <sup>3</sup>

**Estudio anatomopatológico:** A) Examen macroscópico: Masa groseramente redondeada y aplastada, midiendo 5 cms. de diámetro, más gruesa en la periferia donde alcanza a 18 mm. de espesor. Tiene la superficie externa blanquecina, fibrosa, levemente ganujenta en la cara más convexa; de un color amarillento en una parte del contorno que parece debido a la presencia de un tejido de ese color en el espesor de la propia pared de la tumoración (fig. 3 A).

Al corte se observa que la tumoración está formada por una pared esclerohialinizada y calcificada de 2 a 3 mm. de espesor; la porción central está formada por una especie de red grisácea y gelatinosa, que se retrae en las superficies de sección y que se desprende con relativa facilidad de la superficie interna de la pared, la cual entonces aparece granulosa, amarillenta, con caracteres macroscópicos de superficie extensamente calcificada (fig. 3 B).

B) **Examen histológico** (fig. 3 C): Los distintos fragmentos que se examinaron de la pared de la cavidad quística, muestran aproximadamente una estructura similar: se trata de una pared esclerosa cicatrizal, relativamente delgada, incluyendo en su espesor porciones de cortical de la glándula suprarrenal; la superficie externa es bien delimitada y en la trama colágena hay abundantes fibrillas elásticas apretadas; la superficie interna (en realidad las porciones internas) corresponden a zonas tisulares necrosadas, homogeneizadas y extensamente calcificadas, incluso con un área de metaplasia ósea (hueso adulto laminillar) cuyos espacios libres están ocupados por una médula adiposa.

En ciertos sectores, esta zona necrótica y calcificada, parece aún separada de la cavidad quística propiamente dicha por una tenue película colágena desflecada, que en parte se asemeja a la tenue membrana que parecería constituir restos de un contenido modificado y probablemente de naturaleza fibrinosa. La reacción de Perthe para la búsqueda de hierro fué positiva, mostrando pequeños acumulos que se colorearon con este reactivo.

Los caracteres microscópicos de conjunto corresponden a los de un

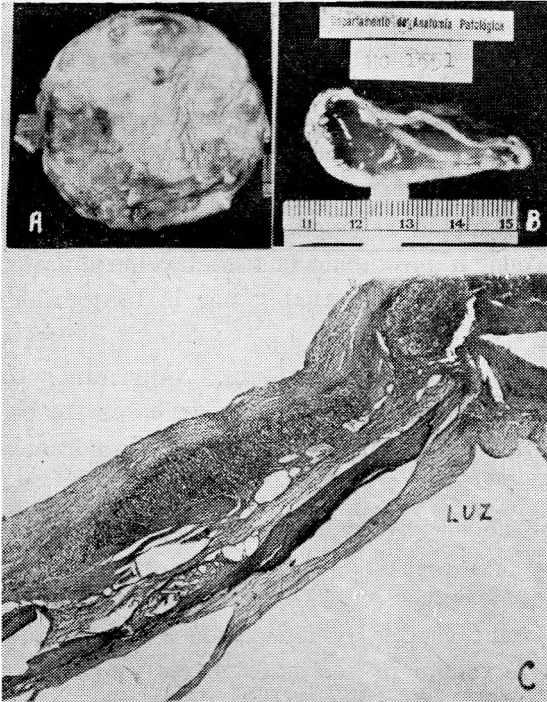


FIG. 3. — En A se aprecia la superficie externa de la tumoración, mostrando en el extremo inferior restos de la glándula suprarrenal. En B se muestra la superficie de sección que permite apreciar el espesor de la pared y su contenido. En C, microfotografía de un segmento de la pared, donde se puede notar, yendo de afuera hacia adentro restos de la corteza suprarrenal y luego los distintos elementos histológicos constitutivos de la pared del pseudoquistes.

seudoquistes de la glándula suprarrenal, casi seguramente originado por la colicación secundaria de un antiguo hematoma intraglandular reabsorbido.

No hay caracteres sospechosos de equinocosis.

No hay caracteres sospechosos de malignidad.

Dr. J. F. Cassinelli

### CONSIDERACIONES

A) **Diagnósticas:** Los quistes y pseudoquistes suprarrenales que no tienen manifestación funcional, raramente son diagnosticados en la clínica, ya que sus manifestaciones son por demás vagas y se pueden confundir con afecciones hepato biliares, pancreáticas y renales.

El dolor y los síntomas gastrointestinales, tales como náuseas, vómitos, sensación de plenitud gástrica y estreñimiento, fueron los elementos clínicos más constantes en la serie de 12 casos de Ellis y colaboradores. (3)

Nuestra paciente presentó dolores en hipocondrio derecho irradiado a la fosa lumbar del mismo lado y un sufrimiento dis péptico característico de las afecciones hepatobiliares.

El segundo elemento clínico de esta afección es la presencia de un tumor palpable en la fosa lumbar. Como está consignado en la historia clínica la palpación no nos mostró ningún elemento patológico. Pero entre los antecedentes, relata la paciente que a la edad de 24 años le hicieron diagnóstico clínico de ptosis renal derecha, diagnóstico que no fué refrendado por la radiología.

Ahora bien, en tal situación se puede sostener la hipótesis de que la citada ptosis renal hubiese sido la tumefacción quística de un tamaño mucho mayor que el actual y por lo tanto fácilmente palpable.

La radiografía simple es un elemento muy importante de diagnóstico, ya que el halo cálcico que muchas de estas formaciones quísticas poseen, nos ponen en la pista de una tumoración patológica retroperitoneal.

El estudio radiológico debe completarse con la urografía de excreción y el neumoretroperitoneo.

Anderson y colaboradores (2) y Ellis y colaboradores (3) muestran radiografías donde se aprecian deformaciones y dislocaciones del riñón. Desgraciadamente en nuestro caso no fueron realizados estos exámenes, ya que al proyectarse la imagen opaca en el área hepática y en virtud de lo frecuente de la equinocosis en nuestro medio, hicimos el diagnóstico de quiste hidático calcificado. Bien es cierto que las reacciones biológicas de la equinocosis eran negativas, pero es perfectamente conocido el hecho de que la negatividad de estas reacciones no excluye en forma absoluta la posibilidad de esta afección.

Otros autores citan los errores de diagnósticos cometidos con quistes o pseudoquistes pancreáticos, aneurismas de la arteria esplénica, quiste simple de riñón, etc. (3) (1)

Levison (4) publica un caso de quistes bilaterales de las supra-

renales calcificados, en el cual fué planteado el diagnóstico correcto.

Pero en conclusión podemos decir que en la gran mayoría de los casos publicados el diagnóstico correcto se hizo recién en el curso de la operación o de la necropsia.

**B) Patogénicas.** — Como se desprende del estudio anatomopatológico, se trata de un pseudoquistes producido por la reabsorción de un hematoma.

¿Cómo puede producirse un hematoma suprarrenal? Ellis (3) plantea 4 hipótesis patogénicas: según la primera el hematoma se produciría en pacientes con afecciones vasculares, tales como arteriosclerosis o aneurismas, lo que no corresponde a nuestro caso ya que nuestra paciente presenta un aparato cardio-vascular normal. Otra posibilidad del origen de estos hematomas la constituyen las enfermedades hemorragíparas, hecho que también puede ser descartado en nuestro caso.

El infarto por embolia séptica, tercera hipótesis, es lo que probablemente explique con más visos de verosimilitud nuestro caso. En efecto, nuestra paciente tiene una historia patológica rica en cuadros infecciosos, presentó una grave gastroenteritis a la edad de un año, padeció en forma repetida de amigdalitis, fué operada por apendicitis aguda y por último fué víctima de una infección post-aborto.

Como cuarta hipótesis, el traumatismo accidental o quirúrgico puede dar satisfactoria explicación en la producción de estos hematomas.

**C) Consideraciones terapéuticas.** — Es indiscutible que el tratamiento de estos pseudoquistes suprarrenales debe ser la exéresis quirúrgica, respetando en todo lo que sea posible, la porción normal de la glándula.

En nuestro caso, la separación de la tumoración de la cápsula suprarrenal fué posible gracias a una disección cuidadosa con espátula. Es preciso poner gran cuidado con el pedículo vascular de la glándula, ya que su herida accidental puede ser sinónimo de isquemia definitiva de la misma.

Creemos que la vía de elección debe ser la incisión lumbar con resección de la XII costilla. En nuestro caso usamos la vía

transtóraco - diafragmática en virtud del error de diagnóstico cometido y en las consideraciones clínicas anotamos la razón de esta elección.

Cuando el tumor predomina en la sintomatología, el cirujano puede creer que está frente a una lesión de órganos intraperitoneales y usar la vía abdominal anterior. De los 12 casos relatados por Ellis, en 8 de ellos se usó la vía abdominal anterior y en 4 restantes la vía lumbar.

### SUMARIO

Se presenta un caso de pseudoquistes calcificados de la suprarrenal derecha producido por la liquefacción y reabsorción de un hematoma.

Los síntomas que presentaba la paciente fueron una dispepsia y un dolor localizado al hipocondrio derecho y fosa lumbar del mismo lado.

Radiológicamente se aprecia una imagen calcificada que se superpone con la sombra hepática. Se cometió el error de diagnóstico de interpretar esta imagen como correspondiente a un quiste hidático calcificado del hígado.

Se abordó por vía trans - tóraco - diafragmática y se extirpó la tumefacción conservando íntegra la suprarrenal.

### BIBLIOGRAFIA

- 1) ADDERLY, C. H.; GRIME, R. T. and RAYMOND WHITEHEAD. "Adrenal Cysts". The British Journal of Surgery. Vol. XLII, 389, 1955.
- 2) ANDERSON, M. X.; ROBERTS, H. G. and SMITH, E. T. — "Calcified Cyst of the Adrenal Cortex without Endocrine Symptoms". Radiology, 54, 236, 1950.
- 3) ELLIS, F. H.; DAWE, C. J. and Clagett, O. T. — "Cysts of the Adrenal Glands", Annals. of Surgery, 136, 217, 1952.
- 4) LEVISON, P. — "A case of Bilateral Adrenal Cysts". Endocrinology, 17, 372, 1933.
- 5) WAHLE, H. R. — "Adrenal Cysts". American Journal of Pathology, 27, 758, 1951.

Dr. García Capurro. — Le agradecemos mucho al Dr. Priario y colaboradores el interesante y excepcional caso que nos trae.