

HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
“DR. AGOSTINHO NETO”  
PROVINCIA DE GUANTANAMO

## **MIELOLIPOMA SUPRARRENAL. INFORME DE UN CASO.**

*Dr. Eduardo Andalia Ricardo<sup>1</sup>, Dr. Alexis Fuentes Peláez<sup>2</sup>, Dra. Vilma Avila Naún<sup>3</sup>, Dr. David Perdomo Leyva<sup>4</sup>, Dr. Adrián Salvent Tames<sup>5</sup>.*

### **RESUMEN**

Se describe un caso de mielolipoma suprarrenal en una paciente ingresada por hipertensión arterial, a la cual se le diagnostica un tumor adrenal, por ultrasonido, confirmado por tomografía axial computarizada, con diagnóstico probable de feocromocitoma. El tratamiento quirúrgico con suprarrenalectomía resulta exitoso, y la evolución de la paciente, satisfactoria. El estudio histórico concluyó: mielolipoma suprarrenal de 7 x 6 x 6 cm de diámetro, que constituye el segundo caso informado en nuestro país.

**Palabras clave:** MIELOLIPOMA/ diagnóstico; MIELOLIPOMA cirugía; NEOPLASMAS DE LAS GLANDULAS SUPRARRENALES/diagnóstico; NEOPLASMAS DE LAS GLANDULAS SUPRARRENALES/diagnóstico.

### **INTRODUCCION**

La presencia de médula ósea en un lipoma suprarrenal fue descrita primeramente por Giorke en 1905, y el término mielolipoma fue introducido por Oberling en 1929, al describir estos tumores.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> *Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Instructor, Facultad de Ciencias Médicas, Guantánamo.*

<sup>2</sup> *Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.*

<sup>3</sup> *Especialista de I Grado en Urología.*

<sup>4</sup> *Especialista de II Grado en Urología, Profesor Asistente FCM, Guantánamo.*

<sup>5</sup> *Médico General.*

Los mielolipomas suprarrenales, son tumores benignos e infrecuentes, compuestos por tejido adiposo maduro y células hematopoyéticas en proporciones variables. La mayoría de ellos son asintomáticos y, por lo general, resultado de hallazgos incidentales necrópsicos, por lo que pocas veces son diagnosticados preoperatoriamente y removidos quirúrgicamente.<sup>2</sup>

Informamos acerca de un caso con diagnóstico de mielolipoma, que fue sometido a exéresis quirúrgica, y que, probablemente, constituye el número 51 de la literatura mundial. En nuestro país, sólo hemos encontrado un caso informado por Larrea y sus colaboradores.<sup>1</sup>

## **INFORME DEL CASO**

Paciente ERA, historia clínica 320528, del sexo femenino, de 46 años de edad, que se encontraba en estudio por hipertensión arterial, a la que se le diagnostica por ultrasonido un tumor de glándula suprarrenal derecha, y que se ingresa el 2 de mayo del 2000 para completar su estudio.

Antecedentes patológicos familiares: No refiere.

Antecedentes patológicos personales: Hipertensión arterial de 10 años de evolución.

### Examen Físico:

Talla: 178 cm

Peso: 72,5 kg

Aparato cardiovascular: Extrasístoles ventriculares aislados, sin soplos. Frecuencia cardíaca: 72 x min. Tensión arterial en ambos miembros superiores: 160/100.

Fondo de ojo: Normal.

Abdomen: Plano, no presenta visceromegalia, ni tumor; riñones no palpables ni peloteables.

El resto del examen, sin alteraciones.

### Estudios de Laboratorio Clínico:

Hemoglobina: 123 g/l

Urea: 4,6 mol/l

Hematócrito: 0,38 l/l

Acido úrico: 239 mol/l

Eritrosedimentación: 20 mm/h

Creatinina: 79,50 mol/l

Glicemia: 4,5 mol/l

Lipidograma: Normal

Acido Vanililmandélico en orina de 24 h: Normal

17 cetosteroides: 8,6 mg/24 h

Radiografía de tórax: Índice cardiorácico normal.

Ecocardiograma: Normal.

### Ultrasonido:

Riñones ecogénicamente normales. Imagen ecogénica en glándula suprarrenal derecha que mide 58 x 54 x 65 mm. (Fig 1).

Tomografía axial computarizada (TAC) abdomen simple: En los cortes tomográficos helicoidales realizados, se observa masa de densidad variable en la proyección de la glándula suprarrenal derecha, que mide 6,5 cm de diámetro, con aspecto tumoral independiente de aorta y cava (Fig 2).

La paciente se sometió a tratamiento quirúrgico el 6 de mayo del 2000, evolucionó satisfactoriamente, egresó el 13 de mayo, y se mantiene asintomática en la actualidad.

## **DESCRIPCION ANATOMOPATOLOGICA**

Macroscópicamente, la pieza quirúrgica correspondió a una glándula suprarrenal tumoral, de color amarillo ocre, que desprovista de la grasa periférica midió 7 x 6 x 6 cm en sus diámetros mayores, y pesó 55 gramos.

En los cortes seriados realizados se observó tumor de color pardo amarillento, con áreas rojizas de hemorragias; en su crecimiento desplazó y se expandió, adelgazando la corteza de la glándula, y sustituyendo casi en su totalidad la estructura anatómica de la misma. El estudio hístico puso en evidencia que el tumor estaba constituido predominantemente por tejido adiposo maduro, con focos dispersos de médula ósea por todo el tejido graso, y en las márgenes, la corteza se mostró con marcado adelgazamiento y desorganización de su estructura hística normal (Figs 3 y 4).

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO: Mielolipoma suprarrenal

## **DISCUSION**

Los mielolipomas suprarrenales son tumores benignos, de patogenia incierta, asintomáticos, incidentalmente encontrados en necropsias, y se presentan habitualmente entre los 36 y 67 años de edad, con pico de frecuencia en la mediana edad y la senectud. Algunas series informan un predominio en personas del sexo femenino y otras no muestran diferencias estadísticas significativas.<sup>3,4</sup>

El primer caso sintomático de mielolipoma extirpado quirúrgicamente fue informado por Dickman y Freedman en 1957, y los síntomas en estos pacientes fueron debidos a hemorragias dentro de la lesión; desde entonces, el número de casos notificados ha ido aumentando, y en las dos últimas décadas el incremento ha sido mayor, lo que quizás se deba a la aplicación de nuevas tecnologías en los medios diagnósticos. En la

serie revisada para esta publicación se encontraron 50 casos diagnosticados hasta el año 2000, por lo que es probable que otros casos ya hayan sido registrados a principios del presente año.<sup>5</sup>

El primer caso descrito e informado en Cuba por Larrea, en 1986 se manifestó clínicamente con un cuadro de hipertensión arterial, lo que coincidió con la mayoría de los casos de la literatura, y también con el nuestro, sólo que el mielolipoma midió 4 x 2 mm, el tamaño más pequeño publicado hasta el momento en un paciente sintomático.<sup>1</sup>

Los mielolipomas también pueden asociarse a otros tipos de lesiones suprarrenales, como la hiperplasia y los adenomas<sup>6</sup>, y las manifestaciones clínicas más frecuentemente asociadas han sido: dolores abdominales, hematuria, hipertensión arterial, síndrome nefrótico, choque por hemorragia peritoneal, trastornos endocrinos y manifestaciones generales, muchas de las cuales se relacionan con el efecto compresivo del tumor y otras aún siguen siendo objeto de investigaciones.<sup>7,8</sup>

Hoy en día, el diagnóstico preoperatorio de los mielolipomas se ha hecho posible, y con mayor frecuencia, debido a la facilidades que brindan los medios diagnósticos imagenológicos, como es el ultrasonido, que en los casos de los mielolipomas da una imagen hiperecoica, aunque no es definitivamente concluyente, y la TAC, que permite apreciar y medir las diferencias de densidades de la grasa intratumoral al descubrir tumores hasta de un centímetro de diámetro, lo que la convierte en un método diagnóstico confiable.<sup>9,10</sup>

También, el ultrasonido permite que pueda realizarse bajo su control el diagnóstico citopatológico del mielolipoma por punción-aspiración del tumor con aguja fina, y estudiar las características citomorfológicas de las células grasas y mieloides que lo constituyen, lo que le imprime utilidad, especificidad y eficacia a este método para el diagnóstico preoperatorio del mielolipoma y otros tumores profundos, como lo preconiza Kashimura.<sup>11,12</sup>

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Conocer el comportamiento y las manifestaciones clínicas del mielolipoma, lesión poco común, y sus características imagenológicas, permiten establecer diagnósticos diferenciales y definitivos preoperatorios para su tratamiento quirúrgico adecuado.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Larrea R, Sollet R, Paramio A, Duarte G, Fuentes M, Palomo B. Pseudoaldosteronismo primario como forma clínica de presentación de un mielolipoma suprarrenal. Informe de un caso y revisión de la literatura. Rev Cub Med 1986; 25(1): 25-30.

2. Medeiros LJ, Wolf BC. Traumatic rupture of an adrenal myelolipoma. Arch Pathol Lab Med 1983;107: 50.
3. Ashley DJB. Evan's Histological appearances of tumours. 3ed. Edinburgh, London and New York: Churchill, Livingstone, 1978; 307-8.
4. Fernández J, *et al.* Adrenal myelolipoma simulating a retroperitoneal malignant neoplasm. J Urol 1981; 126(2): 780-2.
5. Dickman J, Freedman D. Myelolipoma of the adrenal with clinical features and surgical excision. J Mt Sinai Hosp 1957; 24: 793.
6. Pasimini G, Rosi F, Ragazzo M, Guerrini L, Markouizou A, Santemma V. Adenoma suprarrenalico e mielolipoma con Síndrome de Crohn. Recent Prog Med 2000; 91(3): 110-8.
7. Kadafatis P. Bilateral Giant Adrenal Myelolipoma and polycystic ovarian diseases. Urol Int 1990; 63(2): 139-43.
8. Dibonito L, Bianchi C. Il mielolipoma del surrene. Patológica 1977; 69: 51.
9. Shuchleib S, Mondragón A, Chousleb A, Pérez N. Resección laparoscópica de un mielolipoma de la glándula suprarrenal. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Cir & Cir 1998; 66(1):151-4.
10. Neyra J, Godofredo H, Rodríguez RA, Ramos F. Mielolipoma suprarrenal. Comunicación de un caso y revisión de la literatura. Rev Mex Urol 1992; 62(8): 147-51.
11. Settakom J, Sirivanichai C, Rongdaang S, Chaiwun B. Fine-Needle Aspiration Cytology of Adrenal Myelolipoma. Case report and review of the literature. Diagn Cytopathol 1999; 21(6): 109-12.
12. Kashimura H, *et al.* Case of adrenal myelolipoma with effective use of ultraserieguided needle biopsy. Nippon Seikeigeka Gakkai Zasshi 1982; 79(9):1788-93.



Figura 1. Imagen ecogénica en glándula suprarrenal derecha (58x54x65 mm).

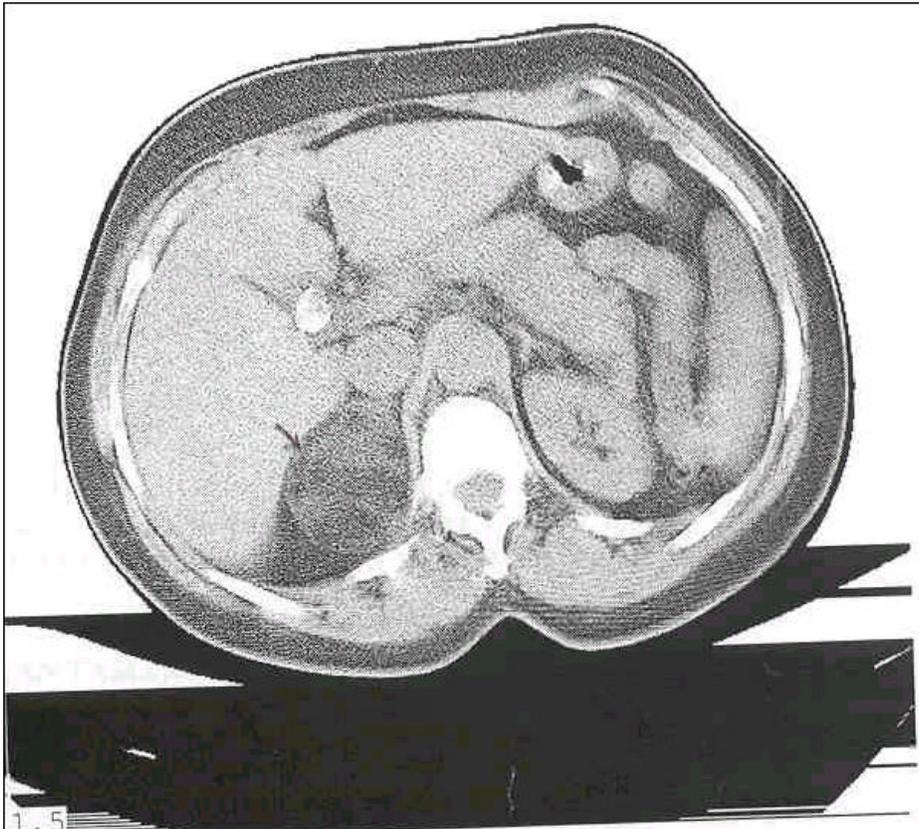
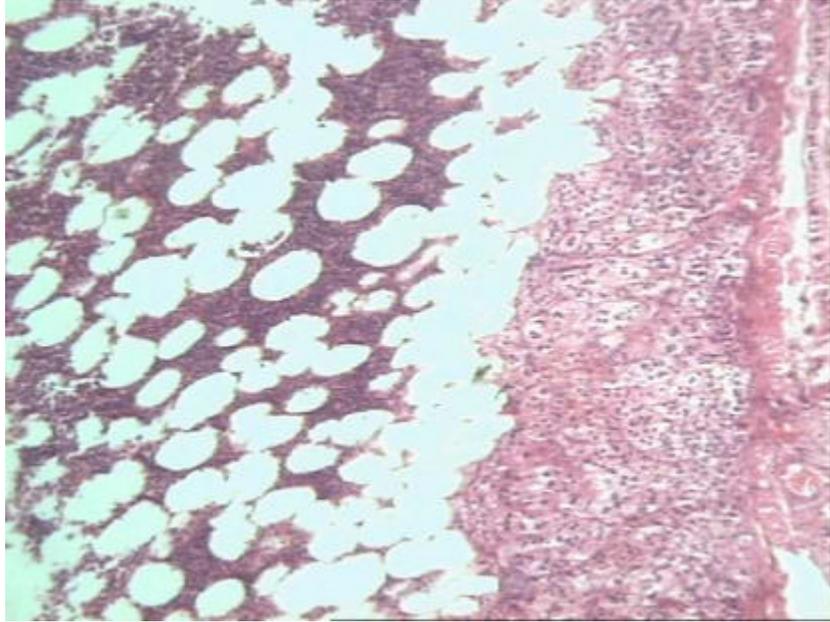
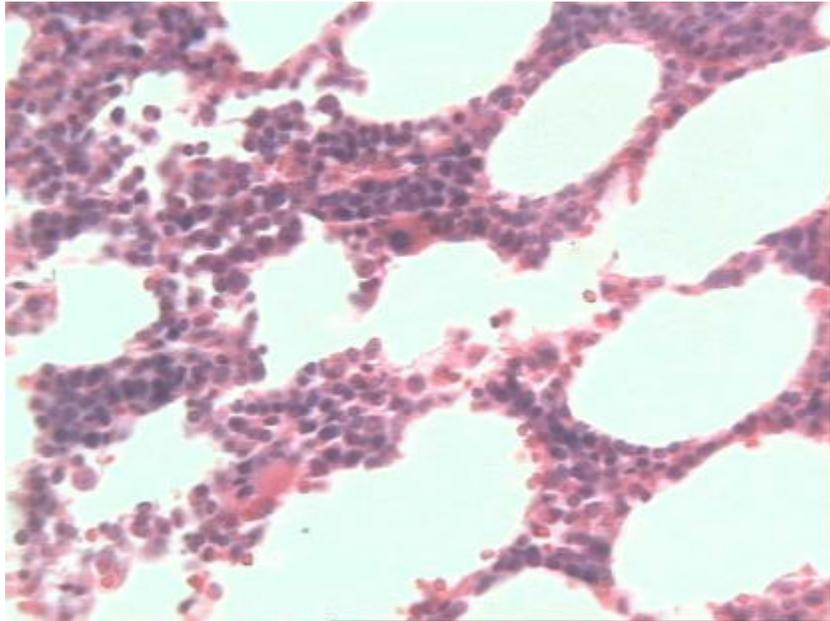


Figura 2. Masa de densidad variable, en proyección de la glándula suprarrenal derecha (diámetro 65 cm), con aspecto tumoral.



*Figura 3.*



*Figura 4.*

*Figuras 3 y 4. Tejido adiposo maduro, con focos dispersos de médula ósea en tejido graso. En márgenes, la corteza muestra marcado adelgazamiento y desorganización de la estructura hística normal.*