

## CASUÍSTICA

### MIELOLIPOMA ADRENAL

Dres. Marcos Matteoda, Maximiliano Matteoda, Alejandro Tempra

#### INTRODUCCIÓN

El mielolipoma de la glándula suprarrenal es un tumor benigno infrecuente, que se compone histológicamente de células adiposas y elementos hematopoyéticos maduros<sup>1-3</sup>.

Presentamos un paciente al cual se le encontró en forma incidental esta lesión.

#### CASO

Un varón de 54 años, sin antecedentes clínicos ni quirúrgicos de importancia, consultó para un control periódico de salud.

Se le solicitaron estudios de laboratorio de rutina, encontrándose en estos una plaquetopenia acentuada (10.000 pl./mm<sup>3</sup>), motivo por el cual se le pidió una radiografía de tórax y una ecografía abdominal para comenzar a estudiar el origen de la misma.

La radiografía de tórax fue de características normales.

En la ecografía abdominal, se visualizó, adyacente a la vena cava inferior y en contacto con el polo superior del riñón derecho, una imagen hiperecólica, homogénea, de aproximadamente 8,9 cm de diámetro que podría corresponder a masa en glándula suprarrenal (fig. 1).

Para caracterizar mejor la imagen se le solicitó una tomografía axial computada (TAC) abdominal, en donde se observó a nivel del polo superior renal derecho una extensa imagen heterogénea predominantemente hipodensa con áreas con densidad de tejidos blandos en su interior, de unos 8,5 cm AP y 7,5 cm. transversal (fig. 2 y 3).

Ante este hallazgo se decidió realizar una resonancia magnética por imágenes (RMI), en donde la imagen descrita en suprarrenal derecha se comportaba hiperintensa en T1 y T2, con leve desplazamiento caudal del polo superior del riñón homolateral (fig. 4, 5 y 6)

Presentaba pérdida de la señal hiperintensa tras la aplicación de técnicas con saturación grasa, siendo estos hallazgos compatibles con lesión adrenal predominantemente conformada con tejido graso (fig. 7).

#### DISCUSIÓN

En 1905 Gierke<sup>1</sup> describió un tumor endocrino inactivo consistente de tejido adiposo y tejido hematopoyético maduro. Posteriormente, en 1929, Oberling<sup>1</sup> lo denominó mielolipoma.

El mielolipoma de la glándula suprarrenal es una lesión benigna, infrecuente, endócrinamente inactiva<sup>5,6</sup>.

El origen es desconocido, aunque se han postulado varias teorías, como embolización de medula ósea a través del torrente sanguíneo, metaplasia adrenal cortical, metaplasia de células indiferenciadas del estroma adrenal, y degeneración de células adrenales corticales<sup>3</sup>.

La mayoría son pequeños, asintomáticos, encontrándose en forma incidental en estudios radiológicos<sup>1,4</sup>.

Ocurren más frecuentemente en la sexta década de la vida, afectan por igual a la suprarrenal derecha como a la izquierda, y han sido reportados casos de bilateralidad simultánea<sup>1</sup>.

Pueden hacerse sintomáticos en caso de hemorragia o rápido crecimiento.

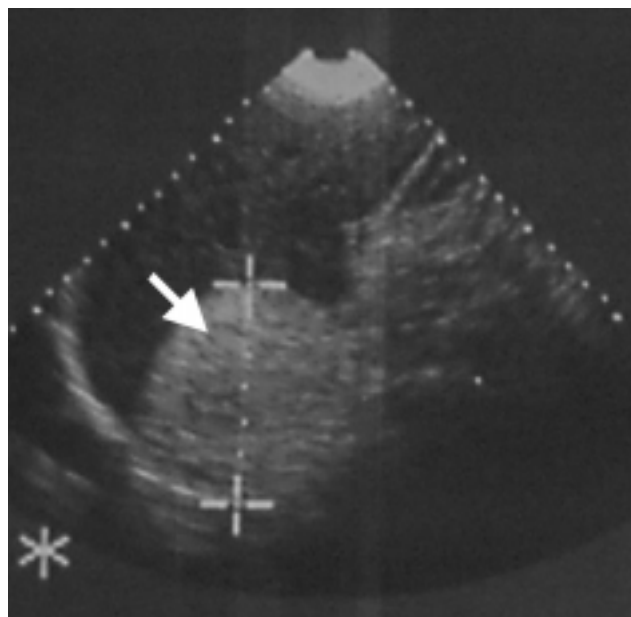
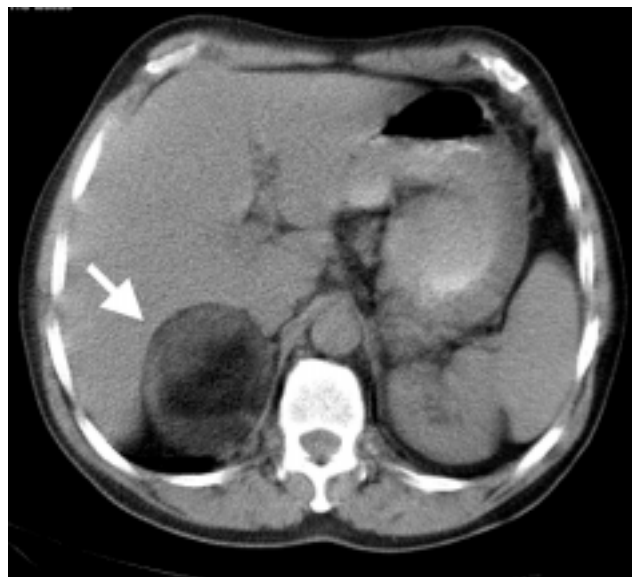
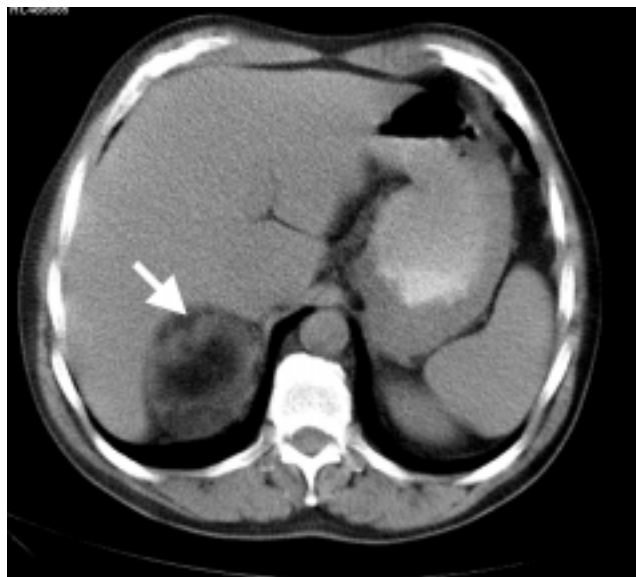


Figura 1. Ecografía abdominal. Se visualiza imagen hiperecólica en celda adrenal derecha.

<sup>1</sup>Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM) Mar del Plata, Argentina. E-mail: mrmatteoda@hotmail.com



Figuras 2 y 3. Tomografía abdominal. Imagen heterogenea predominantemente hipodensa en glandula adrenal.

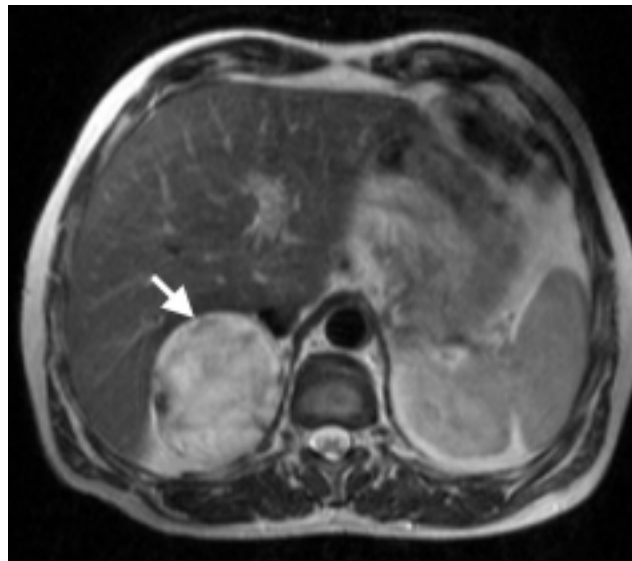
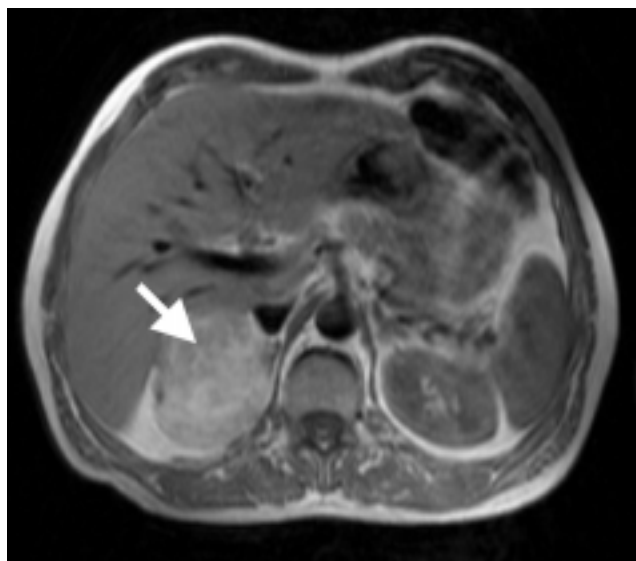
#### DIAGNOSTICO POR IMÁGENES

El diagnóstico de mielolipoma se sugiere ante la presencia de una masa adrenal con contenido graso<sup>2,3,5</sup>.

En la ecografía la apariencia varia con cada tumor en particular debido a la relación de tejido graso y tejido hematopoyético; frecuentemente presenta áreas hipo e hiperecoicas reflejando la variable canti-

dad de tejido graso y mioelide. Si el tumor contiene mayormente grasa se observa una masa uniformemente hiperecoica, o hipoeicoica si predominan los tejidos mioeloides

La apariencia en tomografía computada (TC) depende también de su composición histológica, mostrando algunos regiones de tejido graso con predominio de tejidos blandos, siendo otros completamente grasos.



Figuras 4 y 5: RMI, secuencia axial T1 y T2 *Spin echo*<sup>1</sup>. Imagen hiperintensa en adrenal derecha.

<sup>1</sup> N. del E.: El tipo más común de la RMI es la RMI de "spin-echo". Las palabras en inglés "spin-echo" se refieren al tipo de campo magnético usado durante la exploración. Hay diferentes formas y secuencias "spin-echo" que los radiólogos utilizan de acuerdo con el caso individual.

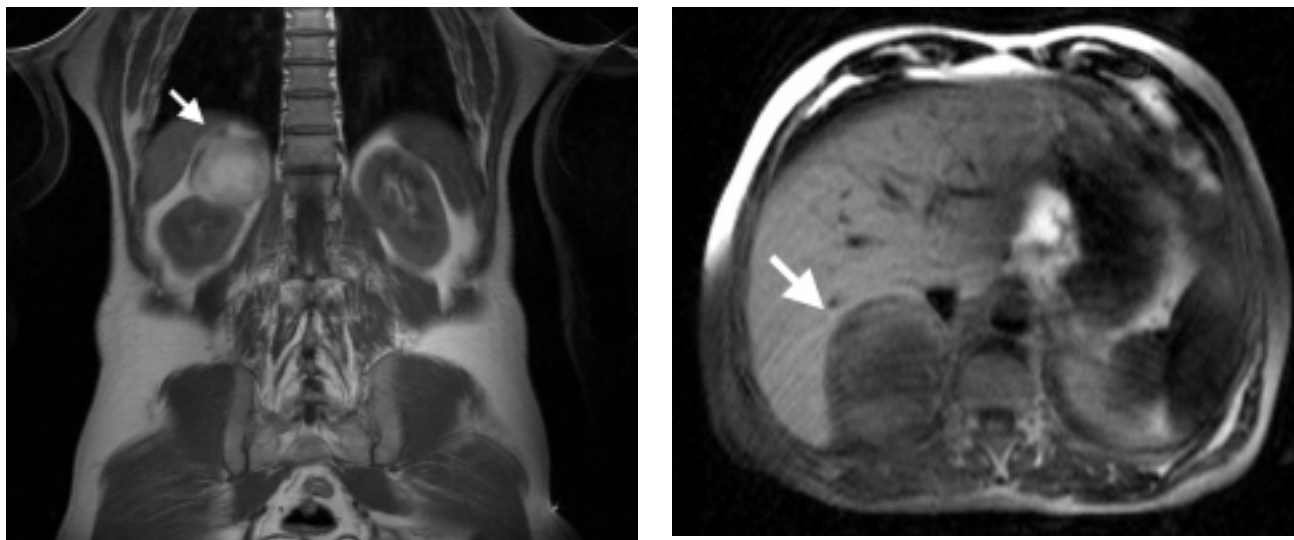


Figura 6. RMI, secuencia coronal T1 *spin echo*. Se observa lesión adrenal isointensa al tejido graso.

Usualmente presentan una cápsula y pueden tener calcificaciones.

La clave en el diagnóstico de mielolipoma en TC es el hallazgo de una lesión grasa en la adrenal con valores densitométricos entre -10 y -60 unidades Hounsfield

En la resonancia magnética la grasa es hiperintensa en T1 y en T2, secuencia *spin echo*, el tejido hematopoyético es isointenso en T1 y de intensidad moderada en T2

La habilidad de la resonancia magnética para realizar caracterización tisular, permiten, tras la aplicación de técnicas de saturación grasa, determinar con elevada especificidad las lesiones con contenido graso, de tal manera que al realizar la secuencia previamente descrita, la imagen se comporta hipointensa debido a la saturación grasa que presenta.

#### DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

Los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta son: angiomiolipomas renales y retroperitoneales,

teratomas adrenales, lipoma retroperitoneal, pseudoquiste adrenal, y tumores con contenido graso retroperitoneales primarios (liposarcoma, fibrohistiocitoma maligno)<sup>2,3</sup>.

El tratamiento de los mielolipomas es sólo de observación clínica, aunque pueden requerir tratamiento quirúrgico en caso de hacerse sintomáticos debido a hemorragia o compresión de estructuras adyacentes por aumento de volumen<sup>1,2,3</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Lamont J, Lieberman Z, Stephens J. Giant adrenal myelolipoma. *Am Surg* 2002; 68: 392-4.
2. Cyran K, Kenney P, Memel D et al col. Adrenal myelolipoma. *AJR Am J Roentgenol* 1996; 166: 395-400.
3. Moran R, Older R, De Angelis G et al. Genitourinary case of the day. *AJR Am J Roentgenol* 1996; 167:246-9.
4. Wenzel J, Ford K. Aunt Minnie's Corner's. *J Comput Assist Tomogr* 1999; 23: 485.
5. Web R, Brant E, Helmns C. *Body TC*. 2° edición. Editorial Marban, 1999; 268-9.
6. Davidson A, Hartman D, Choyke P., *Radiología del riñón*. 3° edición. Editorial Marban. 2001; 595-9.