

Caso Clínico

LESIÓN SUPRARRENAL QUÍSTICA: CUANDO LA IMAGEN NO ES SUFICIENTE

Romero L.¹; González D.¹

¹ Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 12 de enero de 2026

Revisión: 23 de febrero de 2026

Aceptado: 9 de junio de 2026

Palabras clave:

Glándula suprarrenal
quiste suprarrenal
adrenalectomía

Key words:

Adrenal gland
Adrenal cyst
Adrenalectomy

RESUMEN

Las lesiones suprarrenales tienen una incidencia de 1 a 8,7% y predominan entre la quinta y sexta década de vida. La etiología benigna constituye hasta el 95% de los casos. Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 51 años, con hallazgo incidental en tomografía computarizada de una lesión suprarrenal derecha sugestiva de adenoma. Se realizó adrenalectomía derecha, cuyo estudio histopatológico reveló un quiste endotelial suprarrenal. Las lesiones quísticas suprarrenales resultan un desafío diagnóstico por las limitaciones que acarrearán los métodos de imagen para definir su etiología. Es esencial realizar una evaluación integral clínica, humoral, imagenológica y contar con un estudio histológico en caso de tenerlo. Una evaluación integral y la correcta selección de pacientes para tratamiento quirúrgico permiten un abordaje seguro y eficaz, siendo la cirugía una herramienta fundamental para el diagnóstico definitivo en casos seleccionados.

ABSTRACT

Adrenal lesions have an incidence of ranges from 1 to 8.7%, predominantly affecting individuals in the fifth to sixth decades of life. Benign etiologies account for up to 95% of cases. Clinical case: We present the case of a 51-year-old patient with an incidental finding on computed tomography of a right adrenal lesion suggestive of an adenoma. A right adrenalectomy was performed, and histopathological examination revealed an adrenal endothelial cyst. Adrenal cystic lesions represent a diagnostic challenge due to the limitations of imaging methods in defining their etiology. It is essential to perform a comprehensive evaluation including clinical, hormonal, imaging, and histological assessment when available. A thorough evaluation and appropriate selection of patients for surgical treatment allow for a safe and effective approach, with surgery being a fundamental tool for definitive diagnosis in selected cases.

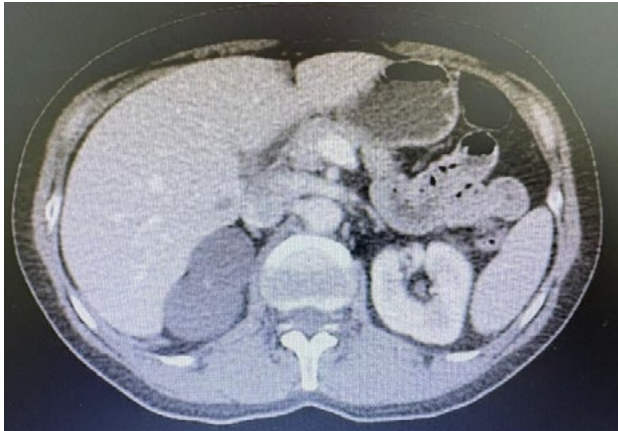
INTRODUCCIÓN

Los incidentalomas suprarrenales tienen una incidencia de 1 a 8,7% en estudios de autopsias⁽¹⁾. Las lesiones suprarrenales predominan entre la quinta y sexta década de vida. La etiología benigna constituye hasta el 95% de los casos⁽²⁾. Aun con imágenes de alta resolución, la distinción entre etiología benigna y maligna resulta compleja, volviéndose un desafío la conducta terapéutica. Por lo que el cirujano debe contemplar cuatro pilares fundamentales: la presencia de síntomas, tamaño del quiste, tasa de crecimiento durante el seguimiento y alteraciones de las hormonas suprarrenales. A partir de la presentación de un reporte de caso, se realizó una revisión y actualización del algoritmo diagnóstico y terapéutico de esta entidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 51 años de edad. Asintomática. Ecografía abdomen: imagen quística de 60 mm, polilobulada con calcificación periférica en segmento 6, probable quiste hidático. Tomografía computada de abdomen y pelvis (TCAP): Se identifica una lesión lobulada en la glándula suprarrenal derecha de 60 × 35 mm con calcificación focal periférica. Presenta una densidad de 18 UH en la fase sin contraste. En el estudio dinámico muestra un lavado de contraste absoluto del 80% y relativo del 20%, hallazgos sugestivos de adenoma suprarrenal (ver Figura 1). Humoral: Noradrenalina, dopamina y cortisol en rango. Aldosterona 4.30 ng/dL. Cirugía: Se realizó una adrenalectomía derecha por abordaje laparoscópico. Histología: quiste suprarrenal con moderada positividad para CD 34 y negatividad para citoqueratina, concordante con quiste de tipo endotelial.

Figura 1. Tomografía computada de abdomen con contraste en fase portal (imagen suprarrenal descrita)



DISCUSIÓN

En la literatura se describen cuatro tipos principales de esta entidad, en función de sus características histológicas y su incidencia: quistes endoteliales (45%), pseudoquistes (39%), quistes epiteliales (9%) y quistes de origen parasitario, a menudo hidatídicos (7%)⁽³⁾. Los quistes endoteliales, más comúnmente conocidos como quistes simples, representan hasta el 24% de las lesiones clínicamente sintomáticas. Los síntomas resultan inespecíficos, incluyendo

dolor abdominal, molestias gastrointestinales, masa palpable y, como complicación, hemorragia intraquística con la consiguiente repercusión hemodinámica y hematimétrica⁽⁴⁾.

En cuanto a la imagenología, ya mencionamos sus limitaciones en la caracterización de etiología. La ecografía presenta como principal ventaja su amplia disponibilidad y bajo costo económico. Sin embargo, se trata de un estudio técnico dependiente, donde las lesiones comparten las características de quistes simples de otras topografías, por lo que no resulta el estudio de elección. La tomografía computarizada permite caracterizar los quistes endoteliales suprarrenales como lesiones bien circunscriptas, de paredes delgadas y contenido líquido, que no presentan realce tras la administración de contraste en la fase portal⁽³⁾. Hasta un 15% de los quistes presentan calcificaciones periféricas.

El abordaje de una masa suprarrenal debe orientarse inicialmente a determinar su funcionalidad, independientemente de su tamaño o de las características radiológicas. Para ello, se debe realizar el test de supresión con dexametasona de 1 mg (para valorar hipercortisolismo), la determinación de metanefrinas plasmáticas o urinarias en 24 horas (para valorar feocromocitoma) y la evaluación del hiperaldosteronismo primario mediante la relación aldosterona/renina en pacientes hipertensos o con hipopotasemia⁽⁵⁾. Asimismo, en la tomografía es fundamental evaluar la densidad o atenuación medida en Unidades Hounsfield (UH) en fase sin contraste para establecer posibles diagnósticos diferenciales de una lesión suprarrenal. La mayoría de los adenomas suprarrenales contienen abundante lípido intracelular, presentando una atenuación ≤ 10 UH en la TC sin contraste, lo que permite sugerir con alta especificidad que se trata de una lesión benigna. Sin embargo, aproximadamente el 30% de los adenomas son pobres en lípidos y muestran valores >10 UH, por lo que el diagnóstico resulta un verdadero desafío, debiendo diferenciarse de otras lesiones suprarrenales hiperatenuantes como el feocromocitoma, las metástasis o el carcinoma suprarrenal⁽⁶⁾. En consecuencia, la atenuación ocasionalmente alta en la TC sin contraste impide su caracterización como quistes, lo que podría haber sucedido en el caso descrito.

Por el contrario, los adenomas suprarrenales suelen medir menos de 4 cm, presentan bordes bien definidos y baja densidad en las imágenes sin contraste. Tras la administración del mismo estas lesiones presentan realce en la fase venosa con lavado rápido en la fase tardía, considerándose diagnóstico de adenoma un porcentaje de lavado absoluto igual o superior al 60%⁽⁷⁾.

En la resonancia magnética (RM), los quistes suprarrenales benignos suelen ser hipointensos en T1 e hiperintensos en T2, y no realzan tras la administración intravenosa de gadolinio⁽⁸⁾.

La biopsia de la glándula suprarrenal tiene una indicación bastante restrictiva en la práctica clínica. Debiéndose considerar solo cuando se cumplan simultáneamente los siguientes criterios: lesiones hormonalmente inactivas (con feocromocitoma previamente descartado), imposibilidad de caracterizarlo como benigno por métodos de imagen y si el resultado histológico puede modificar el manejo clínico del paciente⁽⁹⁾.

En relación al manejo de los incidentalomas suprarrenales, la Guía de la Sociedad Europea de Endocrinología 2023 establece que la indicación quirúrgica debe guiarse por la probabilidad

de malignidad, la presencia y el grado de exceso hormonal, la edad, el estado de salud general y la preferencia del paciente. Desde el punto de vista radiológico, aquellas lesiones >4 cm, no homogéneas o con atenuación >20 UH tienen un riesgo de malignidad suficientemente elevado como para que la cirugía sea manejo habitual. Por el contrario, la cirugía no está indicada de forma rutinaria en pacientes con una masa suprarrenal unilateral, asintomática, no funcionante y con características claramente benignas en los estudios de imagen⁽⁹⁾.

La cirugía suprarrenal puede realizarse por abordaje transabdominal o retroperitoneal, ya sea laparoscopia, por cirugía robótica o abordaje convencional.

Respecto al seguimiento, las lesiones homogéneas con atenuación ≤10 UH en TC sin contraste se consideran benignas y no requieren estudios de imagen adicionales independientemente de su tamaño, mientras que los casos no concluyentes, con evidencia de exceso hormonal o crecimiento tumoral significativo deben ser discutidos en un equipo multidisciplinario con experiencia en patología suprarrenal⁽⁹⁾.

El caso presentado evidencia el desafío diagnóstico inherente de las lesiones suprarrenales. Se observaron múltiples discordancias diagnósticas. En primer lugar, una discrepancia imagenológica entre la ecografía, que sugirió un quiste hidatídico hepático, y la tomografía computarizada, que describió la lesión como un adenoma suprarrenal. Asimismo, el diagnóstico tomográfico presuntivo difirió del resultado anatomopatológico definitivo, que correspondió a un quiste endotelial suprarrenal, reafirmando por tanto, las limitaciones de los estudios por imágenes para definir la etiología. Ante dicha discordancia, se consideró la posibilidad de complementar el estudio con resonancia magnética con gadolinio, con el objetivo de obtener mayor caracterización y eventualmente optar por un manejo conservador con seguimiento imagenológico, dada la ausencia de hiperfunción hormonal y el contexto de una paciente asintomática. Sin embargo, la conducta adoptada se fundamentó en el algoritmo diagnóstico-terapéutico de la *Guía de la Sociedad Europea de Endocrinología 2023*, que establece la indicación quirúrgica en lesiones mayores de 4 cm con características indeterminadas en imágenes, en el marco de una paciente joven y con adecuado riesgo anestésico-quirúrgico. En este escenario, la cirugía no solo constituyó la herramienta terapéutica sino también el medio para alcanzar el diagnóstico definitivo.

CONCLUSIÓN

Las lesiones quísticas suprarrenales representan un desafío diagnóstico debido a las limitaciones de los métodos de imagen para definir su etiología con certeza. La evaluación integral: clínica, hormonal, radiológica e histológica resulta indispensable para una correcta toma de decisiones. La adecuada selección de pacientes para tratamiento quirúrgico, guiada por criterios estandarizados e individualizados, permite un abordaje seguro y eficaz. En casos seleccionados, la cirugía se erige como la herramienta fundamental para alcanzar el diagnóstico definitivo, tal como ilustra el caso presentado.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Owei L, Wachtel H.** The landmark series: evaluation and management of adrenal incidentalomas. *Ann Surg Oncol.* 2025 Jul;32(7):4712-4719. doi: 10.1245/s10434-025-17296-8.
2. **Dogra P, Sundin A, Juhlin CC, Calissendorff J, Falhammar H, Bancos I.** Rare benign adrenal lesions. *Eur J Endocrinol.* 2023 Apr 5;188(4):407-420. doi: 10.1093/ejendo/lvad036
3. **Laasri K, El Harras Y, Izi Z, Marrakchi S, Derqaoui S, Bernoussi Z, El Aoufir O, Laamrani FZ, Jroundi L.** Endothelial cyst of the adrenal gland: A rare case report. *SAGE Open Med Case Rep.* 2024 Jun 13;12:2050313X241261510. doi: 10.1177/2050313X241261510
4. **Issam R, Amine MM, Meriam T, Ahmed C, Mehdi B, Mourad HS.** Lymphangiomatous endothelial cyst of the adrenal gland: A case report. *Urol Case Rep.* 2021 Sep 18;39:101859. doi: 10.1016/j.eucr.2021
5. **Bancos I, Prete A.** Approach to the Patient With Adrenal Incidentaloma. *J Clin Endocrinol Metab.* 2021 Oct 21;106(11):3331-3353. doi: 10.1210/clinem/dgab512.
6. **Lee HJ, Lee J.** Differential diagnosis of adrenal mass using imaging modality: special emphasis on f-18 fluoro-2-deoxy-d-glucose positron emission tomography/computed tomography. *Endocrinol Metab (Seoul).* 2014 Mar;29(1):5-11. doi: 10.3803/EnM.2014.29.1.5.
7. **Mayo-Smith WW, Song JH, Boland GL, Francis IR, Israel GM, Mazzaglia PJ, et al.** Management of Incidental Adrenal Masses: A White Paper of the ACR Incidental Findings Committee. *J Am Coll Radiol.* 2017 Aug;14(8):1038-1044. doi: 10.1016/j.jacr.2017.05.001.
8. **Albano D, Agnello F, Midiri F, Pecoraro G, Bruno A, Alongi P, et al.** Imaging features of adrenal masses. *Insights Imaging.* 2019 Jan 25;10(1):1. doi: 10.1186/s13244-019-0688-8
9. **Fassnacht M, Tsagarakis S, Terzolo M, Tabarin A, Sahdev A, Newell-Price J, et al.** European Society of Endocrinology clinical practice guidelines on the management of adrenal incidentalomas, in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors. *Eur J Endocrinol.* 2023 Jul 20;189(1):G1-G42. doi: 10.1093/ejendo/lvad066.