

Mielolipoma de supra-renal. Relato de caso

Adrenal myelolipoma. Case report

Otávio Costa Cunha¹, Constantino Campos Fernandes^{2,3}, Lutero M. Machado^{2,3}, Marcelo G. Belitardo⁴, Marcelo N. Azevedo⁴, Rogério B. Lourenço⁴, João Paulo B. Teixeira⁴

¹ Aluno do 6º ano da Faculdade de Medicina de Campos

² Professor da Disciplina de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Campos

³ Cirurgião Geral do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos

⁴ Residentes do Serviço de Cirurgia da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos

RESUMO

Introdução: O mielolipoma é um tumor benigno do córtex da supra-renal composto de tecido adiposo maduro e ilhotas de tecido hematopoiético, de ocorrência pouco freqüente. O diagnóstico quase sempre é estabelecido de forma casual em explorações radiológicas realizadas por outras patologias, uma vez que clinicamente é assintomático e sem atividade hormonal.

Objetivo: Relatar o caso de um mielolipoma de supra-renal diagnosticado incidentalmente durante exame ultrasonográfico.

Método: Revisão de prontuário.

Relato de caso: Paciente de 56 anos de idade, sexo feminino, durante investigação de dor abdominal através de ultra-sonografia teve diagnosticada a presença de massa na região supra-renal direita. A tomografia computadorizada confirmou este achado, sendo indicada cirurgia para ressecção da supra-renal. Estudo histológico foi compatível com mielolipoma.

Conclusão: O mielolipoma de supra-renal é um tumor raro, geralmente assintomático e na maior parte dos casos descoberto acidentalmente durante exploração radiológica. O presente relato ilustra tal afirmação e sinaliza para a necessidade de sua inclusão no diagnóstico diferencial dos tumores de retroperitônio e de supra-renal.

Unitermos: Incidentaloma de supra-renal, mielolipoma supra-renal, tumor de supra-renal.

ABSTRACT

Introduction: Adrenal myelolipoma is a rare, benign adrenal tumor composed of adipose and haematopoietic tissues. Usually diagnosis is incidentally established during radiological examination for other pathologies. The great majority is asymptomatic and hormonally nonfunctioning.

Objective: To relate a case of adrenal myelolipoma diagnosed incidentally during ultrasonographic evaluation.

Method: Revision of medical records.

Case report: A 56-year-old woman had the diagnosis of adrenal mass during investigation for abdominal pain by ultrasonography. Computerized tomography confirmed this finding and surgery was recommended for removal. Histology was positive for myelolipoma.

Conclusion: Adrenal myelolipoma is an uncommon tumor, asymptomatic and diagnosed occasionally during imaging studies. This report illustrates such assertion and the need to include the myelolipoma in differential diagnosis of retroperitoneal and adrenal tumors.

Keywords: Adrenal incidentaloma, adrenal myelolipoma, adrenal tumor.

INTRODUÇÃO

O mielolipoma é um tumor benigno do córtex supra-renal composto de tecido adiposo maduro e ilhotas de tecido hematopoiético, de ocorrência pouco freqüente, descoberto habitualmente de forma casual em explorações por imagem (ultra-sonografia e tomografia computadorizada abdominal) efetuada por outras causas ^{1,2}. O termo incidentaloma é empregado atualmente para definir estas tumorações supra-renais achadas de forma casual.

A classificação, por ordem decrescente de freqüência dos incidentalomas é: adenomas não funcionantes, cistos, metástases, carcinomas corticais, lipomas, mielolipomas e granulomas crônicos². A prevalência dos incidentalomas de supra-renal em tomografia computadorizada abdominal varia de 1% a 2% e, em estudos de necropsia, de 10 a 20%¹.

Há diversas teorias sobre a etiopatogenia deste tipo de tumor. Segundo a mais aceita, origina-se de uma hiperplasia lipóide. Outras teorias, no entanto, postulam que sua origem seja devida a uma embriogênese supra-renal incompleta, a uma hematopoiese extra-medular ou a um embolismo de medula óssea³.

Macroscopicamente, o tumor é delimitado por uma pseudocápsula e pode ter uma ampla variedade de cores segundo a proporção de seus componentes (tecido adiposo e hematopoiético) e a existência ou não de hemorragias intratumorais. Microscopicamente, é formado por grandes células vacuoladas entre as quais são visualizadas hemácias, linfócitos, granulócitos e excepcionalmente megacariócitos. Pode chegar a pesar até 6 kg e seu tamanho varia desde milímetros até 30 centímetros³.

O mielolipoma é habitualmente assintomático. O sintoma mais freqüente descrito é uma dor produzida pela tumoração ao comprimir as vísceras adjacentes como por exemplo, rim, fígado e pâncreas. Assim como em outros tumores supra-renais, pode ser observada uma hemorragia intratumoral espontânea ou traumática que cursa com dor abdominal aguda acompanhada de choque hipovolêmico (Síndrome de Wunderlich)^{4,5}.

Ocasionalmente pode causar hematúria ou produzir hipertensão arterial pela compressão dos vasos renais^{4,5}. Associa-se a outras endocrinopatias (Addison, Cushing, virilização) em até 10% dos casos ^{1,4,5}. A obesidade pode ser um fator de risco. Geralmente é unilateral, mas há casos bilaterais descritos ^{5,6}. Frequentemente ocorre entre a quarta e a sexta décadas de vida, sendo a idade média de aproximadamente 56 anos e o sexo feminino o mais atingido ^{4,5}.

RELATO DO CASO

TJM, 56 anos, sexo feminino, casada, residente em São Francisco do Itabapoana (RJ) procurou o ambulatório de Clínica Cirúrgica do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos queixando-se de dor em hipocôndrio direito há aproximadamente um mês, contínua, diária, de baixa intensidade, sem irradiação e sem fatores associados de alívio ou de piora. Foi solicitada uma ultra-sonografia abdominal total, por suspeita de coledoclitase, que mostrou massa em topografia de glândula supra-renal direita. Para melhor caracterização da mesma foi realizada uma tomografia abdominal total com duplo contraste, a qual evidenciou uma massa de 12 cm de diâmetro, com alto teor de gordura (Figura 1A). Com suspeita diagnóstica de mielolipoma, procedeu-se a adrenalectomia direita através de laparotomia exploradora com incisão mediana. A figura 1B e 1C exibe a peça cirúrgica. O exame anátomo-patológico demonstrou à macroscopia, formação tumoral arredondada, capsulada, pesando 950g e medindo 14,0 x 12,0 x 12,0 cm; e à microscopia, presença de células adiposas e hematopoiéticas da linhagem mielóide (Figura 1D). A paciente não apresentou complicações no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no segundo dia após a cirurgia.

DISCUSSÃO

Como já exposto, os incidentalomas são descobertos casualmente em exames por imagem

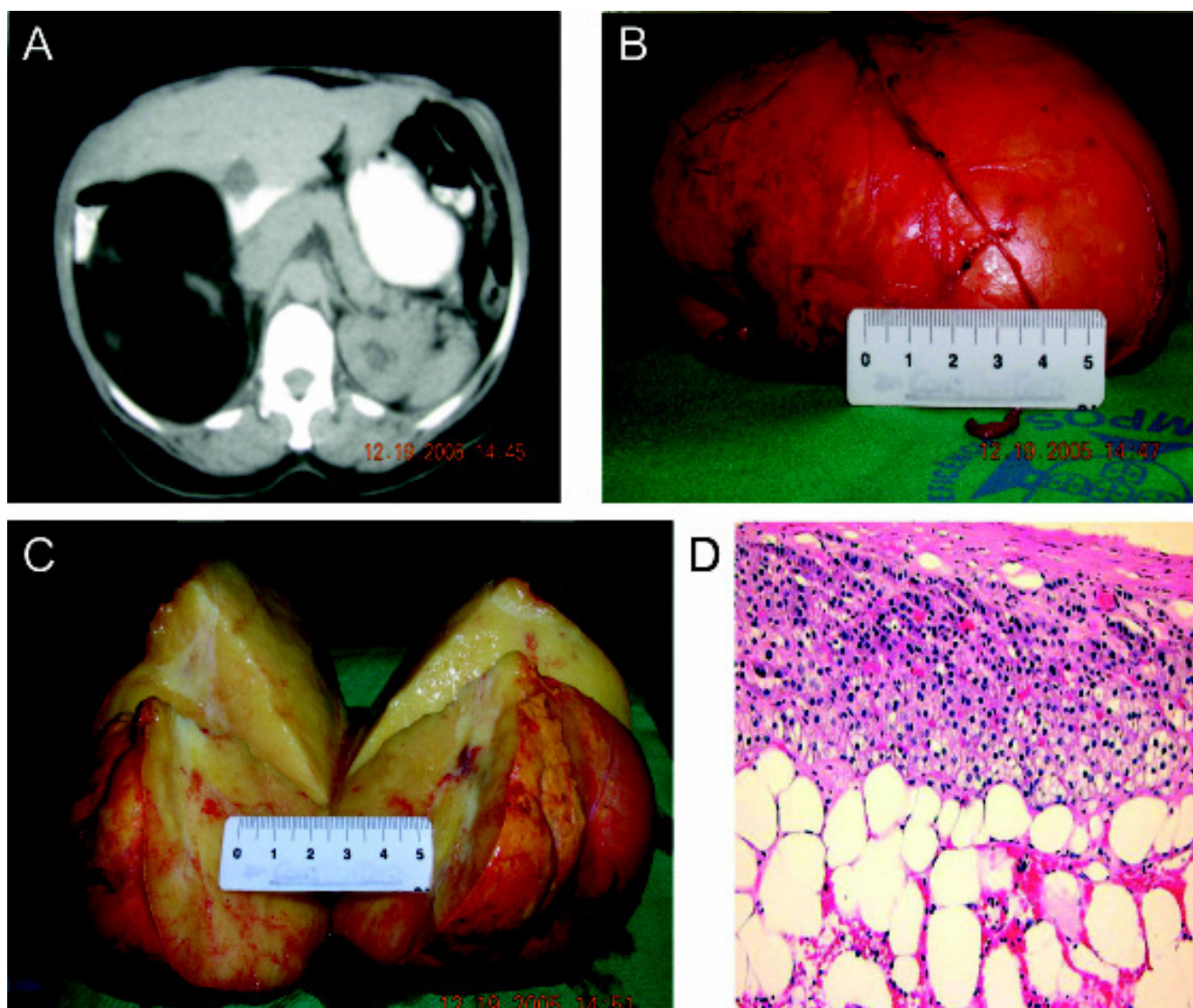


Figura 1. A: Corte tomográfico evidenciando tumoração em supra-renal direita; B, C: Peça cirúrgica; D: Padrão histológico com riqueza em tecido adiposo e hemopoético.

realizados por outras razões, sendo as mais comuns, dor lombar, hematúria, dor abdominal e nefrolitíase. No presente caso o incidentaloma foi diagnosticado durante exame ultrasonográfico que buscava afastar uma colelitíase como causa de dor abdominal, numa paciente de 56 anos. A radiografia simples de abdome

e a urografia são de pouco valor nesta situação. Tanto a ultra-sonografia quanto a tomografia abdominal computadorizada e a ressonância nuclear magnética são excelentes métodos diagnósticos para o estudo dessas tumorações.

Ao mesmo tempo em que se aprofunda o estudo por imagens e independente do tamanho da massa⁷ deve ser feita a caracterização sobre se o tumor é ou não funcionante (Cushing, feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário, etc.). Isto inclui a dosagem do cortisol plasmático, da excreção urinária de 24 horas de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) ou de seus metabólitos^{1,2}. A dosagem de ácido vanilmandélico (VMA) é o exame mais utilizado, mas apresenta índices de resultados falso-positivos elevados, especialmente em pacientes que consomem muita quantidade de café, chá e frutas cruas. A dosagem de VMA e de catecolaminas totais na urina se acompanha de falso-negativos em torno de 29 e 21%, respectivamente. Também devem ser avaliados a renina plasmática e os eletrólitos séricos (sódio, potássio). Todos os incidentalomas com atividade hormonal confirmada devem ser ressecados, independente do tamanho⁷.

No presente caso a dor abdominal relatada provavelmente apresentava relação com o tamanho da massa adrenal. O exame clínico da paciente foi negativo para endocrinopatia e sua pressão arterial normal. Este padrão é encontrado em até 90% dos incidentalomas¹. Se um tumor maligno extra-adrenal está presente, existe de 30 a 50% de chance de se tratar de metástase¹. Ela geralmente é bilateral². Os tumores mais freqüentemente associados com metástases para as supra-renais são de pulmão, mama, cólon e rim. Nestes casos a investigação deve incluir radiografia de tórax, mamografia e colonoscopia⁴. Na anamnese não havia nenhum relato de diagnóstico anterior de neoplasia. Caracterizado não se tratar de um tumor de adrenal funcionante e nem se tratar de metástase, o passo seguinte foi buscar na tomografia computadorizada abdominal evidências em relação a uma neoplasia primária de adrenal. A favor de neoplasia falam os seguintes achados: tamanho maior que 4-6 cm; contornos irregulares; calcificações em tecidos moles; extensão para a veia cava inferior, caracterizada após injeção do contraste endovenoso. Naqueles casos em que ainda persiste a dúvida sobre a natureza do

tumor existe o recurso da realização de punção com agulha fina guiada pela tomografia e posterior estudo patológico^{1,2}. Por fim, a ressonância nuclear magnética pode demonstrar com elevada sensibilidade as características destes tumores, embora seja menos disponível e de elevado custo¹.

Quando nenhum destes recursos permite o estabelecimento do diagnóstico, a ressecção cirúrgica é mandatória.

Também é importante lembrar que o diagnóstico do mielolipoma de supra-renal deve incluir adenomas não funcionantes, cistos, patologias infecciosas como a histoplasmoze, tuberculose, etc.

No caso relatado falavam a favor de mielolipoma: a ausência de atividade hormonal e de manifestações clínicas e a densidade compatível com tecido gorduroso ao exame tomográfico. Na laparotomia exploradora foi encontrada massa de aproximadamente 14 cm de maior diâmetro, de superfície lisa, consistência elástica, de localização supra-renal direita, sendo ressecada após liberação de aderências e ligadura do pedículo. Estudo anátomo-patológico foi compatível com mielolipoma. A paciente evoluiu sem complicações, recebendo alta no segundo dia do pós-operatório, encontrando-se assintomática após 2 anos. O tratamento do mielolipoma é controverso. Alguns autores recomendam que tumores menores de 5 cm devam ser acompanhados radiologicamente por 6 a 12 meses^{1,2}. A excisão cirúrgica estaria reservada apenas para os tumores a partir de 10 cm, sintomáticos e que apresentassem complicações como hemorragia e ruptura^{1,6}. Para os tumores intermediários estaria indicada uma seleção individualizada. Outros^{2,7}, no entanto, recomendam a ressecção cirúrgica de toda massa supra-renal maior que 5 cm.

CONCLUSÃO

O mielolipoma de supra-renal é um tumor relativamente raro, benigno, não funcionante e quase sempre assintomático, composto por células adiposas

e elementos hematopoiéticos. O uso mais freqüente de estudo por imagens tem permitido maior número de diagnósticos e enriquecido a discussão sobre seu manejo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 14th Ed. New York: The McGraw-Hill Companies; 1998.
2. Vieira OM, Chaves CP, Manso JEF, Eulálio JMR. Clínica Cirúrgica Fundamentos Teóricos e Práticos. 1ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2002.
3. Cotran RS, Vinay K, Robbins. Patologia Estrutural e Funcional. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
4. Porto CC. Semiologia Médica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
5. Patel VG, Babalola AO, Fortson JK, Weaver WL. Adrenal myelolipoma: report of a case and review of the literature. Am Surg 2006; 72(7): 649-654.
6. Amendolara M, Barbarino C, Bucca D, Guarnieri F, Novello GB, Romano FM, et al. Giant and bilateral adrenal myelolipoma. Case report. G Chir 2008; 29(3): 85-88.
7. Duenschede F, Bittinger F, Heintz A, Musholt T, Korenkov M, Kann P, et al. Malignant and unclear histological findings in incidentalomas. Eur Surg Res 2008; 40(2): 235-238.