

Pseudoquiste suprarrenal calcificado en riñón con variante anatómica. Reporte de caso

Ronal A. Morantes-Rolón* y Eduardo Jiménez-Cisneros

Departamento de Urología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México, México

Resumen

Los pseudoquistes suprarrenales son una rara entidad que afecta más comúnmente a mujeres entre los 30 y 60 años. En el siguiente caso presentamos a una paciente de 59 años, con cuadro clínico de 6 meses de evolución de dolor en hipocondrio izquierdo, sin ninguna otra sintomatología. Se realizó estudio de tomografía de abdomen y pelvis que evidenció imagen quística de gran volumen en topografía de glándula suprarrenal izquierda, con bordes calcificados. La localización anormal del riñón fue llamativa, se consideró una variación anatómica. Se realizó manejo quirúrgico laparoscópico sin complicaciones. Reporte de patología con evidencia de pseudoquiste suprarrenal. Se debe considerar esta afección en los diagnósticos diferenciales de los cuadros de dolor abdominal y tener en cuenta que pueden existir variaciones anatómicas que representarán un reto en el manejo quirúrgico.

Palabras clave: Reporte de caso. Pseudoquiste suprarrenal. Variante anatómica.

Calcified suprarenal pseudocyst in kidney with anatomical variant. Case report

Abstract

Adrenal pseudocysts are a rare entity that most commonly affects women between 30 and 60 years of age. In the following case, we present a 59-year-old female patient with a 6-month history of left hypochondriac pain and no other symptoms. A computed tomography scan of the abdomen and pelvis revealed a large cystic image of the left adrenal gland with calcified borders. The abnormal location of the kidney was striking, it was considered an anatomical variation. Laparoscopic surgery was performed without complications. The pathology report with evidence of suprarenal pseudocyst. This condition should be considered in the differential diagnosis of abdominal pain, and it should be noted that there may be anatomical variations that will present a challenge in surgical management.

Keywords: Case report. Adrenal pseudocyst. Anatomical variant.

*Correspondencia:

Ronal A. Morantes-Rolón

E-mail: Ronalmorantes.rm@gmail.com

2565-005X/© 2025 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 03-04-2025

Fecha de aceptación: 17-06-2025

DOI: 10.24875/j.gamo.25000042

Disponible en internet: 13-08-2025

Gac Mex Oncol. 2025;24(Supl):93-96

www.gamo-smeo.com

Introducción

Los quistes suprarrenales son tumores que surgen en la glándula suprarrenal¹. Fueron descritos por Greiseliuss en 1679 y representan una rara entidad con heterogeneidad en su etiología y manifestaciones clínicas. A menudo son unilaterales, pero pueden ser bilaterales en el 8-15% de los casos¹. De acuerdo con la clasificación de Levison se dividen en cuatro categorías: quistes endoteliales (45%), quistes epiteliales (9%), pseudoquistes (39%) y quistes parasitarios (7%)². El pseudoquiste se caracteriza porque carece de revestimiento epitelial y representa un residuo encapsulado de una hemorragia suprarrenal previa. La mayoría cursan asintomáticos y se descubren de forma incidental, cuando son sintomáticos suele ser derivado de la compresión de estructuras vecinas o por sangrado intraquístico³. Las calcificaciones periféricas pueden presentarse hasta en el 15% de los casos². Los estudios iniciales deben comprender biometría hemática, pruebas de función hepática y renal, cortisol, aldosterona, calcio, catecolaminas urinarias y metanefrinas. El ultrasonido suele ser el estudio de imagen inicial, pero la tomografía muestra mayor sensibilidad y especificidad⁴. Los diagnósticos diferenciales incluyen todas las lesiones ocupantes de espacio de abdomen superior².

Presentación de caso

Paciente de sexo femenino de 59 años, con antecedente personal patológico de diabetes tipo 2 en manejo con insulina glargina, metformina, sitagliptina y dapagliflozina, e hipertensión arterial sistémica en manejo con losartán; ambas afecciones desde 2015 con adecuado control. Niega antecedentes familiares y no patológicos relevantes para el caso. Acude al servicio de urología por cuadro clínico que inicia en septiembre de 2024, consistente en dolor localizado en hipocondrio izquierdo, irradiado a región dorsolumbar, sin otra sintomatología acompañante. Al examen físico no se encontró ninguna alteración ni hallazgo significativo. Dada la localización del dolor se consideró como probables diagnósticos colecistopatías, hepatopatías, enfermedades renales o suprarrenales, así como trastornos gastrointestinales. Ante persistencia de sintomatología se realizó tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis simple y contrastada que evidenció lesión ovoidea en topografía de glándula suprarrenal izquierda de interior hipodenso en rango líquido y periferia de mayor densidad en rango de calcio, con un volumen de aproximadamente 356 cc, sin realce tras la aplicación del medio de contraste (Figs. 1-4).



Figura 1. Radiografía de abdomen anteroposterior.

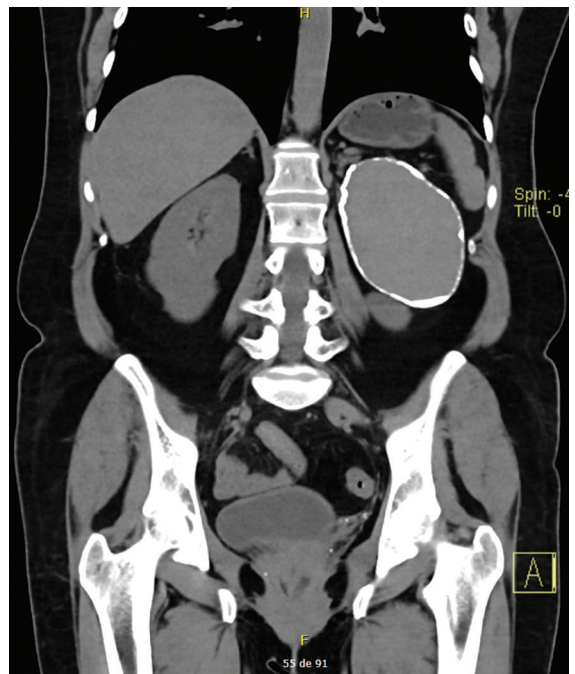


Figura 2. Tomografía de abdomen y pelvis, corte coronal, fase simple. Evidencia de pseudoquiste suprarrenal izquierdo.

Además, se evidenció unidad renal izquierda desplazada hacia región caudal, con rotación del hilio y horizontalización de su eje además de vasos renales elongados como variación anatómica. Estudios preoperatorios sin evidencia de alteraciones

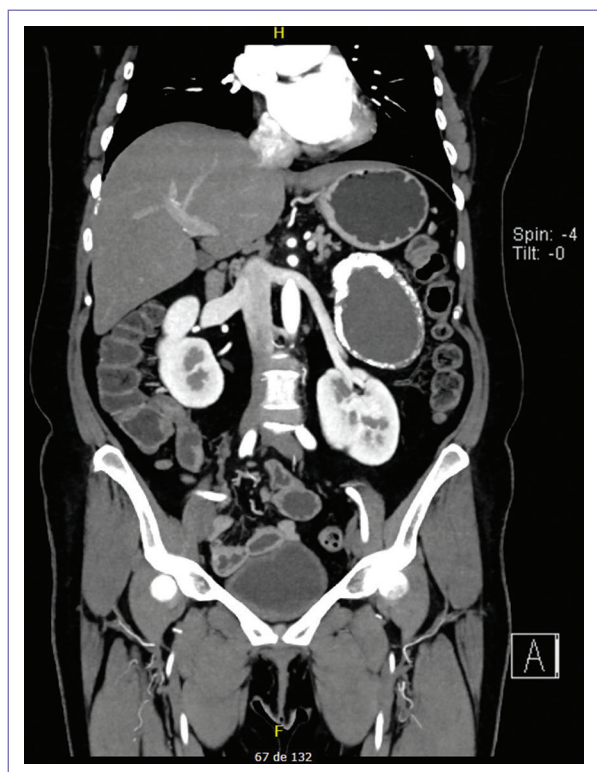


Figura 3. Tomografía de abdomen y pelvis, corte coronal, con contraste arterial. Relación del riñón izquierdo con pseudoquiste suprarrenal.

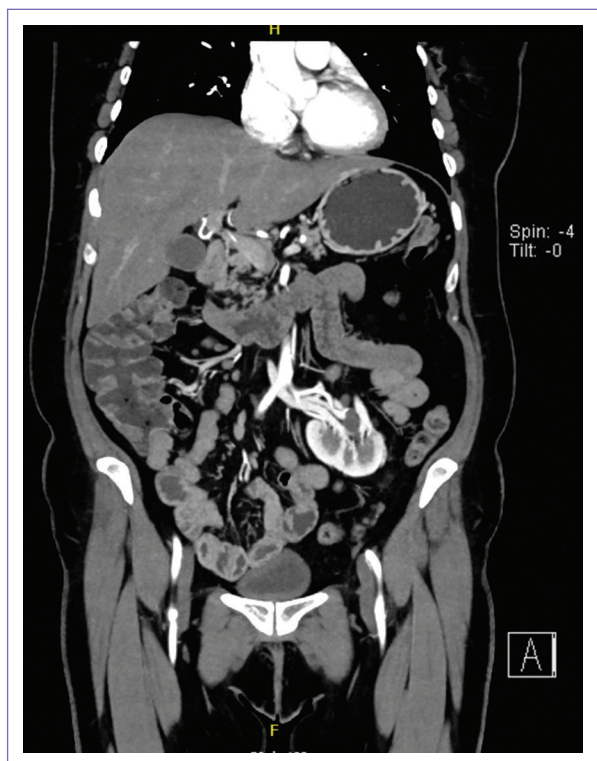


Figura 4. Tomografía de abdomen y pelvis, corte coronal, con contraste arterial. Variante en localización del riñón e hilio renal izquierdo.

hidroelectrolíticas, función renal conservada y hormona adrenocorticotrópica, cortisol, aldosterona y cortisol urinario con resultados en valores de referencia. La paciente fue protocolizada y se realizó suprarrenalectomía izquierda en febrero de 2025, encontrando quiste suprarrenal de $11 \times 10 \times 10$ cm con aproximadamente 300 cc de líquido lechoso en su interior, sin complicaciones trans- o postoperatorias. El reporte de histopatología confirmó sospecha diagnóstica con lesión de $12.0 \times 9.0 \times 3.0$ cm sin epitelio de revestimiento con calcificación periférica extensa. Se dio seguimiento en consulta externa una semana y un mes posterior a procedimiento sin evidencia clínica de complicaciones tardías posquirúrgicas ni eventos adversos o imprevistos. No se presentaron desafíos financieros ni culturales para la realización de este trabajo investigación y el paciente autorizó el uso de sus datos personales en el estudio. Se cumplió con expectativa de paciente en relación con la resolución de su sintomatología.

Discusión

Los quistes suprarrenales son raros, con una incidencia reportada del 0.064-0.18%⁵. Casi en todos los casos se encuentran de forma incidental. Sin embargo, los síntomas se presentan cuando alcanzan un tamaño suficiente como para causar dolor y molestias gastrointestinales, o cuando se palpan. También pueden presentarse síntomas en caso de cursar con hemorragia intraquística o una infección⁶. La mayoría son no funcionales y benignos, como en el caso presentado, que tenía perfil hormonal normal². La TC representa la modalidad de imagen de primer nivel para la evaluación de lesiones suprarrenales, con sensibilidad del 85-95% y especificidad del 95-100%^{1,5}. En nuestro caso, este estudio además permitió identificar las variaciones anatómicas en el riñón izquierdo. Las indicaciones para la intervención quirúrgica incluyen un tamaño superior a 10 cm de diámetro, la presencia de síntomas, anomalías endocrinas, sangrado intraquístico y sospecha de malignidad⁶. Sin embargo, la correlación clínica con los radiológicos es lo más importante para decidir entre la escisión quirúrgica y la conducta expectante⁵. En este caso la paciente recibió manejo quirúrgico, dado el tamaño de la lesión y la sintomatología con la que cursaba, presentando mejoría de esta posterior a procedimiento.

Este caso deja como lección el papel importante que cumple la TC para el diagnóstico de los pseudoquistes suprarrenales y para esclarecer la duda diagnóstica, sobre todo cuando las manifestaciones clínicas son

poco específicas. Así mismo, esta nos permite identificar de forma incidental variaciones anatómicas, como sucedió en este caso.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los

protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.

Los autores declaran que no utilizaron algún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

1. Cavallaro G, Crocetti D, Paliotta A, De Gori A, Tarallo MR, Letizia C, et al. Cystic adrenal lesions: clinical and surgical management. The experience of a referral centre. *Int Surg J Surg.* 2024;13:23-6.
2. Patatuchi-Rugiero I, Hernández-Rivas A. Pseudoquiste adrenal derecho. *Cir Gen.* 2020;42(3):215-8.
3. Sáenz Medina J, Esteban Peris A, Linares Quevedo AI, Vallejo Herrador J, Castillon Vela I, Páez Borda A. Pseudoquiste adrenal. Aportación de un nuevo caso y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp.* 2006;30(4):420-3.
4. Lockart M, Kevin Smith J, Philip Kenney I. Imaging of adrenal masses. *Eur J Radiol.* 2002;41:95-112.
5. Dar S, Qayyum F, Amir A, Ullah Khan MU, Ans Asif M, Saif Ullah A, et al. Pseudocysts of the adrenal gland: a systematic review of existing scientific literature. *Cureus.* 2024;16(9):e70528.
6. Faris A, Vinod KS, Samuel R, Merajuddin, Vidher VS, Suleman A, et al. Adrenal pseudocyst. Case report. *J Clin Surg Res.* 2024;5:1-5.