

Reunión Clínica 16 de Junio 2018

10:00 – 11:15

“CARCINOMA SURARRENAL”

Presenta: Dr. Antonio Zapata Pizarro

Endocrinólogo Hospital Regional de Antofagasta – Clínica Antofagasta (CLINYCO)

Caso Clínico 2:

Mujer de 34 años, sin antecedentes mórbidos. Con historia de 7 meses de evolución de compromiso del estado general, lumbalgia, aumento de peso, aumento de volumen facial, HTA y amenorrea. En los últimos dos meses previos a la evaluación médica se suma aparición de acné, hirsutismo e intensificación del dolor lumbar. Evaluada en forma ambulatoria, se solicitó TAC Abdomen y pelvis (20/9/2016) que mostró gran masa sólida en polo superior renal derecho de 18x13x12,5 cm, que borra hilio renal derecho y suprarrenal ipsilateral, esplenomegalia y fracturas costales antiguas y fracturas por aplastamiento en vertebras T5, T7 y T8. El 22/9/2016 la paciente es hospitalizada y se realiza estudio de funcionalidad de masa suprarrenal:

Actividad de Renina Plasmática 1,96ng/ml/hr, Aldosterona 1,96ng/dl.

Metanefrinas en orina 24 horas: 21 ug/gr creatinina (normal)

Normetanefrinas en orina 24 horas: 171 ug/gr crea (normal)

Test de nugent (+): 40 ug/dl (1er examen) - 42 ug/dL (2do examen) (VN: <1,8 ug/dl)

DHEA-S: >1000 ug/dl (VN 45-270 ug/dl entre 30-39 años)

Cortisol basal: 39,6 ug/dl

ACTH: 22pg/ml (VN 6-76 pg/mL) (no se logró obtener repetición de ACTH)

Cortisol libre urinario 24 horas: 2317 ug/gr (VN 10 a 100 ug/24 h)

TAC cerebro y TAC de silla turca normal (sin disponibilidad de RMN hipófisis)

Paciente evoluciona con anasarca y dificultad respiratoria. Se inicia tratamiento con ketoconazol, espironolactona, cotrimoxazol, calcio/vitamina D. Después de reunión médica de urología, oncología, endocrinología y cirugía vascular, el 14/11/2016 se decide realizar adrenalectomía con nefrectomía y colecistectomía. Cirugía se realiza sin incidentes, se extrae masa tumoral de 16cm, con riñón ipsilateral, no se observó compromiso macroscópico de otros órganos, tumor estaba adherido a vena cava sin comprometerla. En el perioperatorio se inicia tratamiento con hidrocortisona 50 mg c/8hr ev y luego 20mg AM 10 mg PM vía oral, se suspende ketoconazol y espironolactona.

Se realiza control con exámenes de laboratorio e imagenológicos:

Cortisol sin suplementación corticoesteroidal: 0,7 ug/dl

TAC TAP 24/11/2016: Cambios postquirúrgicos y leve líquido en lecho quirúrgico.

Biopsia de lesión: Carcinoma suprarrenal de 16 cm y 1,55 kg, émbolos tumorales, bordes con compromiso focal de 4 mm en partes blandas, alto grado nuclear. pT3NxMx, riñón sin tumor.

Comité oncológico decide inicio de quimioterapia con etopósido cisplatino, dado que tratamiento de elección (mitotano) no se encuentra disponible.

Control con exámenes de laboratorio 2 meses postoperatorio:

Cortisol libre urinario de 24 hrs: 2,6 ug/L

DHEA-S: 4,28 ug/dl

Cortisol AM: 7,3 ug/dl (VN: 6.2-19.4 ug/dl).

El 16/11/2017 se realiza TAC de cuello-TAP que informa región submandibular derecha con múltiples linfonodos aumentados de tamaño que deben ser evaluados a objeto de definir compromiso secundario. Lesión nodular en segmento lateral del lóbulo medio que se sugiere controlar, pudiera corresponder a una localización secundaria o una banda residual. Cambios postquirúrgicos con nefrectomía derecha sin evidencia de recidiva local ni adenopatía secundaria.

En el postoperatorio se reevalúa fracturas vertebrales con RMN de columna que informa fracturas por aplastamiento en T7, T11, T12 y L3, sin imágenes sospechosas de ocupación ósea secundaria con efecto de masa o expansivas. PTH 42 pg/ml, Ca++ 8,6mg/dl, P 3,2 mg/dl, Creatinina 0,6 mg/dl, albumina 3 gr/L. Equipo de neurocirugía decide manejo médico de fracturas vertebrales con corsé de Jewett. Endocrinología administra Zoledronato 5 mg ev. Paciente completa ciclos de quimioterapia y deja el país, se pierden controles médicos.

Bibliografía.

Abiven G et al. Clinical and biological features in the prognosis of adrenocortical cancer: Poor outcome of cortisol-secreting tumors in a series of 202 consecutive patients. JCEM 2006

Tang et al. Benefits of adjuvant mitotane after resection of adrenocortical carcinoma: A systematic review and meta-analysis. Biomed Research International. 2018.