

ACHOY-INZUNZA, M<sup>1</sup>. MALCAMPO-MORENO, H<sup>2</sup>. CAMACHO-CASTRO, J<sup>3</sup>. FLORES-BENITEZ, G<sup>4</sup>  
 ALCÁRAZ-LARA, N<sup>5</sup>. ROMERO-MANZANO, J<sup>6</sup>. AMARAL-PEÑA, C<sup>7</sup>.

### INTRODUCCIÓN:

El carcinoma adrenocortical es una neoplasia maligna rara que se origina en las células parenquimatosas adrenocorticales, a menudo secreta varios tipos de hormonas esteroideas de forma desorganizada. Tiene una incidencia aproximada de 0.7 a 2 casos por millón de habitantes, lo que se representa del 0.05% a 2% de todos los tumores malignos. La distribución por edades es bimodal, menos de 5 años y entre la cuarta y quinta década de la vida. Tiene una tasa de mortalidad a 5 años de aproximadamente del 75% a 90%. El 30% potencialmente curables en etapas tempranas. El diagnóstico histológico es fundamental para un diagnóstico final. Los marcadores de inmunohistoquímica tienen un gran valor diagnóstico en diferenciar las neoplasias corticosuprarrenales resecaadas. El índice proliferativo Ki67 es uno de los marcadores más utilizados. El manejo de estos pacientes se fundamenta en dos tratamientos: la resección quirúrgica y la adyuvancia con quimioterapia y radioterapia. La adrenalectomía abierta sigue siendo el procedimiento de elección. Los tumores con invasión a órganos vecinos deben researse en bloque con los tejidos afectados. En estadios I, II y III es factible realizar una resección completa, recomendándose no romper la cápsula tumoral durante la cirugía, para reducir la posibilidad de recurrencia, la cual se presenta entre 60 y 80%.

### CASO CLINICO

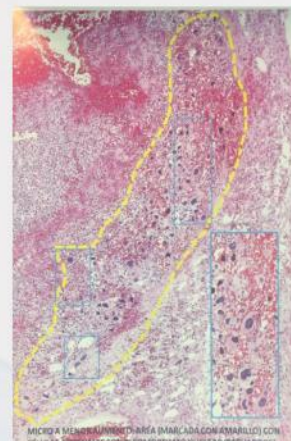
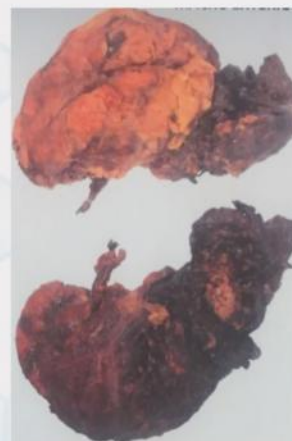
#### Historia clínica:

Se presenta caso de paciente masculino de 40 años de edad; originario y residente de Canelas, Durango; casado, católico, empleado; sin antecedentes cronicodegenerativos y quirúrgicos. Paciente acude al servicio de urgencias, referido de una unidad de salud de Durango por presentar dolor súbito, punzante en fosa renal izquierda con irradiación a flanco izquierdo, de un día de evolución. Se inicia protocolo de estudio con laboratorios encontrando leucocitosis de 16.8 así como anemia de 7.9mg/dl. TAC abdominal con presencia de tumoración renal izquierda. A la exploración física presentando dolor en fosa renal izquierda, así como datos de irritación peritoneal.



#### Manejo y Evolución:

Se realiza laparotomía exploradora. Como hallazgos quirúrgicos se encuentra hemoperitoneo 1500ml, tumoración suprarrenal izquierda abierta, doble vena renal izquierda. Se procede a realizar nefrectomía renal izquierda en bloque más adrenalectomía ipsilateral, pasando a recuperación, con manejo post operatorio, y mejoría clínica, dándose de alta tres días posterior a la cirugía. seguimiento ambulatorio por tres días.



ACHOY-INZUNZA, M<sup>1</sup>. MALCAMPO-MORENO, H<sup>2</sup>. CAMACHO-CASTRO, J<sup>3</sup>. FLORES-BENITEZ, G<sup>4</sup>.  
ALCÁRAZ-LARA, N<sup>5</sup>. ROMERO-MANZANO, J<sup>6</sup>. AMARAL-PEÑA, C<sup>7</sup>.

## Conclusiones:

Siendo el carcinoma adrenocortical, una entidad muy rara; Es de suma importancia tener en cuenta la gran variedad de diferentes cuadros clínicos que se pueden presentar desde tumores no funcionales como funcionales, y tomar en cuenta que en etapas tempranas de diagnóstico y tratamiento se obtienen mejores resultados de sobrevida.

## Bibliografía:

- 1.- Yasuhiro Nakamura, Yuto Yamazaki, Saulo J. et.al. Adrenocortical Carcinoma, Review of the pathologic features, Production of adrenal steroids, and molecular pathogenesis. *Endocrinol Metab Clin N Am* 44 (2015) 399–410.
- 2.- R. Oliveira Caiafa, R. Salvador Izquierdo, L. Bun Ñesch Villalba, M.C. Sebastià Cerqueda y C. Nicolau Molina. Manejo y diagnóstico del incidentaloma suprarrenal. *Radiología*. 2011;53(6):516-530.
- 3.- Sagarra Cebolla E, et al. Linfoma adrenal primario; una entidad poco frecuente en el diagnóstico diferencial de las tumores suprarrenales. *Cir Esp*. 2016.