

Dolor epigástrico: ¿colecistitis aguda?

Salinas Vela FT.¹, Arcos Sánchez C.² Martínez Madrid C.³

Sanid. mil. 2014; 70 (2): 119-120; ISSN: 1887-8571



Figura 1. Rx simple de abdomen.

INTRODUCCIÓN

Paciente de 67 años sin alergias conocidas y con antecedentes personales de hipertensión arterial, hiperplasia benigna de próstata, *ulcus* duodenal, fibrilación auricular en tratamiento con Sintrom® y cirugía hace 20 años por melanoma *in situ*.

Acude al servicio de Urgencias por dolor epigástrico con irradiación en ambos hipocondrios, sensación de distensión abdominal, sin acompañarse de náuseas, vómitos ni diarrea y con febrícula. A la exploración el abdomen es globuloso, blando y depresible, con dudosa defensa en hipocondrio derecho.

Se solicita una radiografía simple de abdomen y una ecografía abdominal para valoración de dudosa colecistitis aguda. En la radiografía de abdomen (fig.1) se observa abundante meteorismo abdominal con gran cantidad de residuos en colon, principalmente en colon ascendente, sin niveles hidroaéreos ni patrón obstructivo intestinal, son abundantes los flebolitos pélvicos y existe una ligera escoliosis de convexidad izquierda, mientras que en la ecografía¹ (fig.2) llaman la atención unas lesiones redondeadas-ovoideas, hiperecogénicas, homogéneas, de tamaño superior a los 5 cm de eje mayor cada una, situadas justo por encima de ambos polos renales superiores².



Figura 2. Eco abdominal. Abordaje subcostal, donde se aprecia una lesión ovoidea hiperecoica bien delimitada, cuya localización sugiere la glándula suprarrenal derecha. El mismo hallazgo se demostraba en la suprarrenal izquierda.

¹ Cte. Médico. Servicio de Radiodiagnóstico.

² Cte. Médico. Servicio de Neurología.

³ Col. Médico. Servicio de Radiodiagnóstico.

Hospital General de la Defensa "Orad y Gajías", Zaragoza. España.

Dirección para correspondencia: Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital General de la Defensa "Orad y Gajías", de Zaragoza. Vía Ibérica 1, CP 50009. E-mail: fsalvel@fn.mde.es

Recibido: 6 de febrero de 2014

Aceptado: 7 de marzo de 2014

Tras estas exploraciones se solicitó TAC de abdomen sin y con contraste intravenoso.

Diagnóstico: Mielolipomas suprarrenales bilaterales de gran tamaño

HALLAZGOS EN TC DE ABDOMEN

Se estudió el abdomen con TC de abdomen sin y con contraste intravenoso (fig.3 y 4), apreciando sendas masas suprarrenales bilaterales, que muestran amplias áreas hipodensas (depósitos de grasa) mezcladas con otras de tejido blando de mayor densidad (tejido mieloide)³. Las determinaciones de densidad en las áreas hipodensas mediante ROI (region of interest) determinaron entre -85 y -100 UH (unidades Hounsfield), lo que demostraba el origen graso de las mismas. Se completó el estudio con contraste sin apreciar captaciones de interés, aunque realzaron sutilmente ambas lesiones permitiendo un más nítido contraste entre las áreas grasas y el propio tejido mieloide⁴.



Figura 3. Corte axial de TC de abdomen con contraste i.v., donde se aprecian dos masas suprarrenales (flechas blancas) con áreas de distinta densidad. Nótese una mayor diferencia de densidades en la suprarrenal derecha (más contenido graso), junto con una mayor definición de las densidades por el uso del contraste.

COMENTARIO

Los mielolipomas son tumores benignos suprarrenales poco frecuentes y no funcionantes, formados por tejido graso y hematopoyético. Suelen ser hallazgos incidentales, más frecuentes en edades avanzadas, desconociéndose su etiopatogenia. Aunque su localización más habitual es la glándula suprarrenal, también pueden aparecer en retroperitoneo perirrenal o área presacra⁵.

Clinicamente suelen pasar silentes y ser lesiones descubiertas en el contexto de otros procesos, salvo que compriman estructu-

ras cercanas, se necrosen o sufran hemorragias, más importantes cuanto mayor tamaño presenten estos tumores. A veces presentan calcificaciones.

Cabe hacer el diagnóstico diferencial con otros procesos que asienten en las suprarrenales como adenomas, feocromocitomas, linfoma, hemorragias o metástasis principalmente, pero su sospecha ecográfica y la constatación por TC de la característica presencia de grasa parenquimatosa, nos permite afinar el diagnóstico sin recurrir a otros procesos invasivos como biopsias para determinar su naturaleza⁶.

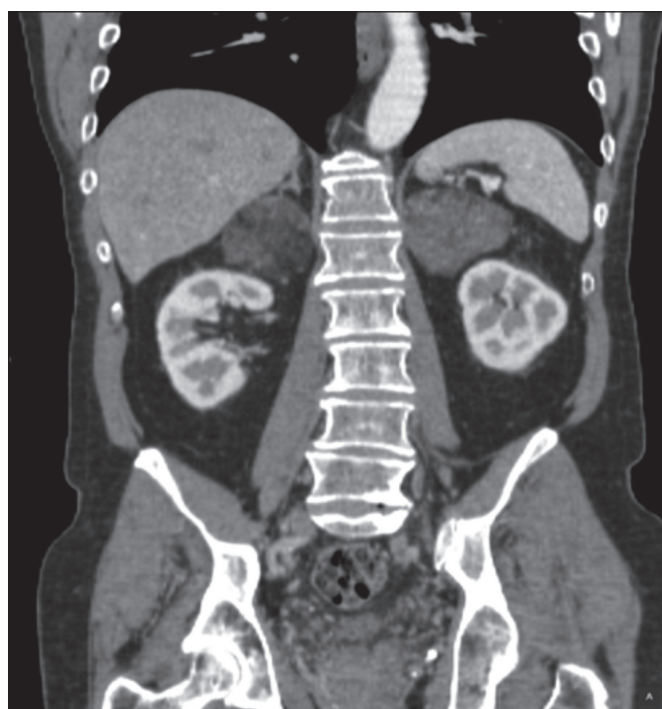


Figura 4. Reconstrucción coronal de TC de abdomen, donde se aprecia con claridad las masas suprarrenales justo por encima de ambos riñones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rao P, Kenney PJ, Davidson AJ. Imaging and pathologic features of myelolipoma. *Radiographics* 1997 Nov-Dec;17(6):1373-85.
2. Middleton WD, Kurtz AB, Hertzberg BS: *Ecografía* 3ª Ed. Marban Libros, 2007.
3. Webb WR, Brant WE, Major NM: *Fundamentos de TAC Body* 3ª Ed. Marban Libros, 2007
4. Johnson PT, Horton KM, Fishman EK: Adrenal mass imaging with multi-detector CT: pathologic conditions, pearls and pitfalls. *Radiographics* 2009 Sep-Oct;29(5):1333-51.
5. Craig WD, Fanburg-Smith JC, Henry LR, Guerrero R, Barton JH. Fat-containing lesions of the retroperitoneum: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* Jan-Feb;29(1):261-90.
6. Rajiah P, Sinha R, Cuevas C et al: Imaging of uncommon retroperitoneal masses. *Radiographics* 2011 Jul-Aug;31(4):949-76.