

Cisto hemorrágico da glândula adrenal

Hemorrhagic adrenal cyst

Elsa Cristina Fontes Pires da Silva¹, Francisco Viamontez², Vasco Sabino Silva³, Artur Andrade⁴,
Gonçalo Júlio Neto², Constança de Palma Gomes³, Sérgio Neto⁵, Mateus Quitambo⁵, Higinio Dimbany⁵,
Joaquim Carlos Vicente Dias Van-Dunem⁶, Sandra Maria da Rocha Neto de Miranda⁷,
Fernando Bastos⁶, Lemuel Bornelli Cordeiro⁶, Mateus Guilherme⁸

RESUMO

Os autores apresentam um caso clínico de cisto hemorrágico da glândula adrenal, conhecido na literatura como uma das doenças do grupo dos incidentalomas, enfatizando características clínicas, como cistos e pseudocistos da adrenal, que são raros e geralmente diagnosticados incidentalmente por métodos de imagem. Tradicionalmente, essas lesões são classificadas em: pseudocistos, cistos endoteliais, epiteliais e parasitários. A adrenalectomia laparoscópica vem sendo considerada a conduta cirúrgica de escolha para o tratamento das lesões benignas da adrenal (funcionantes ou não funcionantes). As pequenas lesões císticas da adrenal podem ser manuseadas conservadoramente pela decorticação ou marsupialização laparoscópica; no entanto, os cistos maiores devem ser tratados por meio de adrenalectomia total ou parcial.

Descritores: Doenças das glândulas supra-renais/diagnóstico; Doenças das glândulas supra-renais/cirurgia; Cistos/diagnóstico; Adrenalectomia; Laparoscopia/métodos; Relatos de casos

ABSTRACT

The authors present a case of a hemorrhagic adrenal cyst, one of the tumors known in literature as incidentalomas, emphasizing the clinical characteristics, since adrenal cysts or pseudocysts are generally rare and observed by chance during imaging procedures. Traditionally they are classified as pseudocysts, endothelial, epithelial or parasitic cysts. Laparoscopic adrenalectomy has been considered the treatment of choice for benign, functioning or non-functioning adrenal lesions. Small cystic adrenal tumors can be managed conservatively by laparoscopic

decortication or marsupialization, but larger cysts should be treated by total or partial adrenalectomy.

Keywords: Adrenal gland diseases/diagnosis; Adrenal gland diseases/surgery; Cysts/diagnosis; Adrenalectomy; Laparoscopy/methods; Case reports

INTRODUÇÃO

Cistos e pseudocistos da glândula adrenal são raros e geralmente diagnosticados incidentalmente por métodos de imagem^(1,2). Pacientes com esse tipo de lesão são assintomáticos, a menos que a lesão se torne grande o suficiente para produzir efeito de massa em órgãos adjacentes. Tradicionalmente, essas lesões são classificadas em: pseudocistos, cistos endoteliais, epiteliais e parasitários. Os pseudocistos são os mais encontrados e representam um grupo heterogêneo, no qual se destaca um tipo específico de aparente origem vascular, que vem sendo denominado de pseudocisto vascular hemorrágico de suprarrenal, caracterizado por alguns achados histológicos e imunoistoquímicos bem definidos⁽³⁾.

Esses cistos têm característica microscópica própria por serem constituídos de cápsula fibrosa hialinizada, contendo sangue coagulado, tecido adrenocortical residual e vasos de parede delgada; no entanto, sem identificação de um revestimento cístico. Essa falta de

¹ Serviço de Cirurgia Geral, Clínica Girassol – Luanda, Angola.

² Departamento de Cirurgia, Clínica Girassol – Luanda, Angola.

³ Serviço de Imagiologia, Clínica Girassol – Luanda, Angola.

⁴ Diretoria Clínica, Clínica Girassol – Luanda, Angola.

⁵ Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral, Clínica Girassol – Luanda, Angola.

⁶ Gabinete de Ensino e Pesquisa, Clínica Girassol – Luanda, Angola.

⁷ Serviço de Epidemiologia, Clínica Girassol – Luanda, Angola.

⁸ Serviço de Patologia, Clínica Girassol – Luanda, Angola.

Autor correspondente: Elsa Cristina Fontes Pires da Silva – Rua Eduardo Mondlane, 59-61 – Caixa Postal 6540 – Luanda, Angola – Tel.: (+244) 226698366 – E-mail: elsapiressilva@gmail.com

Data de submissão: 19/05/2011 – Data de aceite: 15/11/2011

revestimento epitelial é o que o caracteriza como pseudocisto. Respondem fortemente ao corante de colágeno tipo IV, ao factor VIII-AR (antígeno relacionado), CD 34 e laminina. Essas reacções imunoistoquímicas sugerem fortemente a natureza vascular dessas lesões. Além do tipo vascular, existem pseudocistos hemorrágicos decorrentes de trauma e de outras causas de sangramento adrenal não traumático, como estresse, tumores, diáteses hemorrágicas ou coagulopatias. Os de causa obscura são denominados idiopáticos. Muito raramente, no entanto, esses pseudocistos podem ser encontrados em associação com tumores da cortical (carcinoma ou adenoma) e feocromocitoma^(1,3)

A adrenalectomia laparoscópica vem sendo considerada a conduta cirúrgica de escolha para o tratamento das lesões benignas da adrenal (funcionantes ou não funcionantes). Vários trabalhos têm demonstrado as vantagens da abordagem laparoscópica em relação ao procedimento aberto. Além do melhor aspecto estético, promove diminuição do sangramento transoperatório, da dor no pós-operatório (menor uso de analgésicos), da morbidade e do período de internação. Apesar de essas publicações restringirem a utilização da abordagem laparoscópica para tumores sólidos benignos de tamanho limitado, a videocirurgia vem abrangendo, gradativamente, o tratamento de lesões maiores e inclusive patologias malignas^(1,3,4)

As pequenas lesões císticas da adrenal podem ser manuseadas conservadoramente por meio de decorticação ou marsupialização laparoscópica, no entanto, os cistos maiores devem ser tratados por meio de adrenalectomia total ou parcial. Publicação recente demonstrou a possibilidade de tratamento de um cisto gigante de adrenal por meio da videolaparoscopia⁽⁵⁻⁸⁾

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do gênero feminino, 22 anos de idade, raça negra com antecedente traumático (queda de sua própria altura), há cerca de 5 dias, tendo, desde esse episódio, iniciado quadro doloroso abdominal com maior intensidade na região do hipocôndrio direito e flanco direito, sem náuseas, febre e/ou diarreia muco-sanguinolenta. Nas 24 horas antes de ter dado entrada na Emergência da Clínica Girassol, mantinha dor abdominal e houve surgimento de um quadro de icterícia, vômitos pós-prandiais, anorexia e parada de emissão de gases e fezes. Com esse quadro, a paciente procurou a Emergência da Clínica Girassol. Tendo sido avaliada, apresentou-se consciente, Glasgow 15/15, calma, colaborante e afebril; sinais vitais 110 ppm, com pulso fino; pressão arterial de 122/90 mmHg; temperatura de

36°C; frequência respiratória de 22 rpm; exame regional: abaulamento a nível do hipocôndrio direito; dor à palpação profunda e presença de hepatomegalia 3 cm abaixo do rebordo costal superfície lisa, regular, pouco móvel; sinal de Murphy vesicular (+). Exames de entrada (hematologia, bioquímica e ecografia) com os seguintes resultados: glicemia: 129 mg/dL; creatinina: 0,6; ureia: 22 mg/dL; GPT: 17; GOT: 35; BD: 0,1; BT: 0,7; plaquetas: 241×10^3 ; eritrócitos: 3,90; Hb: 8,7 g/dL; Ht: 29%; leucócitos: $9,89 \times 10^3$ (neutrófilos: 84,1%; linfócitos: 9,1%; monócitos: 6,8%); Widal (H: 1/320; O: 1/80); amilase: 220UI/L.

Ecografia: hepatomegalia com extensa lesão hiperecogênica semilíquida no lobo hepático direito, exercendo efeito de massa sobre o rim direito e vasos porta hepáticos com 143,8 x 122,6 mm, com septos no seu interior (Figura 1).

Inicialmente, com os exames subsidiários, levantamos a hipótese diagnóstica de abscesso hepático amebiano, e decidiu-se pelo internamento para conclusão do estudo e tratamento. No período de internamento, a paciente evoluiu com queda gradual dos parâmetros de hemoglobina, em média de 1 g/dia. Frente a isso, optou-se pela punção aspirativa eco dirigida pelo Serviço de Gastrenterologia com saída de abundante líquido sero-hemático. Com esse procedimento aspirativo positivo para um quadro de sangramento agudo abdominal, optamos pela tomografia axial computadorizada (TAC), que revelou massa quística volumosa retroperitoneal exercendo efeito de massa sobre o rim direito e vasos do sistema porta (Figura 2).

Após a discussão coletiva, decidiu-se levar a doente ao bloco operatório com o diagnóstico de cisto hemorrágico da adrenal direita.

Por decisão da equipe cirúrgica e por alguns aspectos inerentes à instabilidade hemodinâmica apresentada pela paciente, logo após a realização da TAC, optou-se pela adrenalectomia a céu aberto (Figuras 3 a 5).

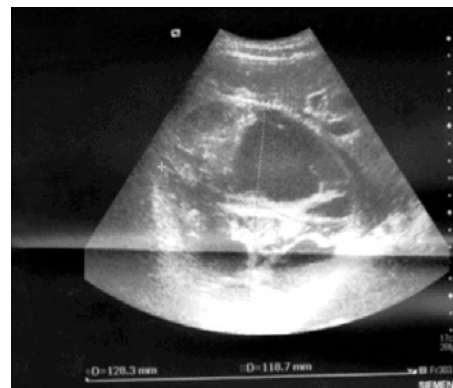


Figura 1. Ecografia abdominal ilustrando massa quística e septada



Figura 2. Tomografia axial computadorizada abdominal mostrando a grande massa sobre o rim direito, fazendo compressão extrínseca e já apresentando algum efeito de massa, traduzindo clinicamente por hipertensão intra-abdominal



Figura 3. Identificação da massa cística retroperitoneal e aspiração de conteúdo



Figura 4. Cirurgia cápsula do cisto aberta, com o conteúdo sendo aspirado

A figura 6 mostra a imagem microscópica, na qual a cápsula e o tecido histológico são identificados.

A incisão lombar direita foi a melhor opção, pois deparamo-nos com uma grande massa retroperitoneal que explicava as alterações hemodinâmicas citadas em epígrafe, uma vez que já havia, nessa paciente, um qua-



Figura 5. Cápsula cística após exérese. Ênfase na grande dimensão da lesão

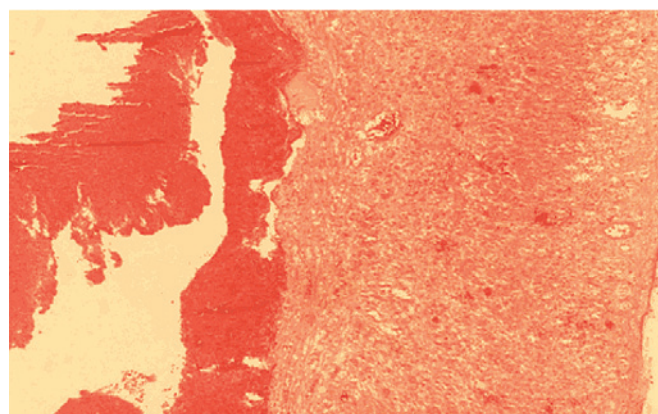


Figura 6. Imagem microscópica exibindo a cápsula e o tecido histológico cístico

dro evidente e instalado de síndrome compartimental abdominal. É de relevante ressaltar que, dada a magnitude da massa e do efeito compartimental que ela exercia sobre as outras estruturas retroperitoneais, optou-se pela drenagem do conteúdo cístico e exérese total do referido cisto, deixando, na cavidade retroperitoneal, um dreno de Malecot, tendo apresentado baixa drenagem nas 48 horas de pós-operatório e por não oferecer saída de líquido com suspeição de exsudado que pudesse ser encaminhado para a microbiologia para a recuperação de algum micro-organismo por meio de cultura. Foi retirado o dreno e a paciente obteve alta 96 horas após a internação.

DISCUSSÃO

O caso clínico que ora se apresenta está em consonância com o que nos revela a literatura dos achados incidentais de cisto e pseudocisto adrenais, ou seja, que a maioria de seus diagnósticos incidentais por exames imaginológicos abdominais rotineiros ou em decorrência de eventos traumáticos do abdômen ou pelve⁽⁴⁾.

O diagnóstico de hemorragia adrenal não é fácil e, com frequência, complicado por sua apresentação não específica, em geral no decurso de outras complicações médicas⁽⁹⁾.

Num primeiro momento, o parâmetro ecográfico levou a se aventar a possibilidade de um abscesso hepático amebiano, pois a região Subsaariana da África é endêmica para amebíase⁽¹⁰⁾. Porém, as repetidas e progressivas perdas sanguíneas, constatadas pela queda de hemoglobina, levou a equipe cirúrgica a um procedimento invasivo por punção percutânea ecodirigida com saída de abundante líquido sero-hemático. Frente a esse quadro de dúvida interpretação e dada a piora clínica de distensão abdominal e dor que apresentava a paciente, um exame de TAC do abdome foi decisivo para o diagnóstico de cisto hemorrágico da adrenal direita⁽¹¹⁾.

Apesar das melhores referências bibliográficas apontarem para a videocirurgia como a melhor escolha para o tratamento do cisto adrenal^(12,13), no que estamos plenamente de acordo, há que se levar em consideração para além da curva de aprendizado da videocirurgia nas situações de trauma e efeito de massa intra-abdominal, e também dada a localização retroperitoneal da lesão, a experiência do serviço possui melhores resultados com a abordagem a céu aberto. Assim, este relato de caso teve como uma de suas propostas a troca de impressões sobre a real melhor abordagem.

CONCLUSÃO

Apresentou-se um caso de cisto hemorrágico da glândula adrenal em que a ressecção cirúrgica foi uma opção segura para o desfecho do caso.

REFERÊNCIAS

1. Melo MA, Lucena MT, Cartaxo HQ. Pseudocisto adrenal hemorrágico gigante tratado por acesso videolaparoscópico. *Rev Bras Videocir.* 2005;3(4):208-15.
2. Gagner M, Lacroix A, Bolte E. Laparoscopic adrenalectomy in Cushing's syndrome and pheochromocytoma. *N Eng J Med.* 1992;327(14):1033.
3. Martins DL, Baroni RH, Blasbalg R, Viana PC, Bezerra RO, Donato Jr F, et al. Avaliação por ressonância magnética dos tumores de adrenal com correlação histológica. *Radiol Bras.* 2008;41(1):55-62.
4. Chapuis Y. Laparoscopic versus Young-Mayor open posterior adrenalectomy: a case control study of 100 patients. *Chirurgie.* 1998;123(3):322-3.
5. Sabiston tratado de cirurgia: as bases biológicas da prática cirúrgica moderna 17a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
6. Gordon H. Distúrbios da glândula adrenal. In: Harrison medicina interna. 17a ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2008. Vol II, Parte 13, Seção 1. p. 2213-40.
7. Nunes LF, Mello EL, Corrêa JH. Análise crítica da adrenalectomia videolaparoscópica. *Rev Bras Cancerol.* 2003;49(4):215-20.
8. Marcelino J, Dias J, Martins F, Lopes T. Incidentaloma da glândula supra-renal. Avaliação e atitude terapêutica. *Acta Urol Portuguesa.* 2000;17(4):35-40.
9. Simon DR, Palese MA. Clinical update on the management of adrenal hemorrhage. *Curr Urol Rep.* 2009;10(1):78-83.
10. Hotez PJ, Kamath A. Neglected tropical diseases in sub-saharan Africa: review of their prevalence, distribution, and disease burden. *PLoS Negl Trop Dis.* 2009;3(8):e412.
11. Pradeep PV, Mishra AK, Aggarwal V, Bhargav PR, Gupta SK, Agarwal A. Adrenal cysts: an institutional experience. *World J Surg.* 2006;30(10):1817-20.
12. Simforoosh N, Majidpour HS, Basiri A, Ziaee SA, Behjati S, Beigi FM, et al. Laparoscopic adrenalectomy: 10-year experience, 67 procedures. *Urol J.* 2008; 5(1):50-4.
13. Amarillo HA, Bruzoni M, Loto M, Castagneto GH, Mihura ME. Hemorrhagic adrenal pseudocyst: laparoscopic treatment. *Surg Endosc.* 2004;18(10):1539.