

## Mielolipoma de adrenal en adrenalectomía

### Adrenal myelolipoma in adrenalectomy

Pebbles A. Medina-Hermosilla<sup>(1)</sup>, Emerson S. De-la-Rosa<sup>(1)</sup>.

1. Departamento de Patología. Hospital General San Juan de Dios, Guatemala, Guatemala.

**Correspondencia:** Dra. Pebbles Medina, [pebblesalmh84@gmail.com](mailto:pebblesalmh84@gmail.com)

**DOI:** <https://doi.org/10.36109/rmg.v161i3.509>

**Recibido:** 27 de Abril 2022 - **Aceptado:** 20 de Junio 2022 - **Publicado:** Septiembre 2022

## Resumen

El mielolipoma es el segundo tumor más frecuentemente descubierto al azar por estudios de imagen de la glándula suprarrenal, y comprende del 3.3 al 6.5% de todas las masas en esta glándula. A pesar de ser una neoplasia benigna, es clínicamente importante debido a la peculiar sintomatología, causando dificultades en el diagnóstico diferencial con otros tumores. Presentamos 5 casos de pacientes con diagnóstico histopatológico de mielolipoma en especímenes de adrenalectomía.

**Palabras clave:** Mielolipoma, glándula suprarrenal.

## Abstract

Myelolipoma is the second incidentally discovered tumor on adrenal gland imaging, comprising 3.3% to 6.5% of all adrenal gland masses. Despite being a benign neoplasm, it is clinically important due to the peculiar symptomatology, causing difficulties in the differential diagnosis with other tumors. We present 5 cases of patients with histopathological diagnosis of myelolipoma in adrenalectomy specimens.

**Keywords:** Myelolipoma, adrenal.

## Introducción

Los mielolipomas son neoplasias benignas compuestas por tejido adiposo y elementos hematopoyéticos, y pertenecen al grupo de tumores mesenquimales y estromales de la corteza suprarrenal, según la última clasificación de tumores de la Organización Mundial de la Salud. También se pueden presentar en otros sitios anatómicos. La mayoría no es funcional [1,2]. El diagnóstico se realiza frecuentemente de forma incidental, por hallazgos en estudios de imagen, principalmente en adultos de 55 a 65 años. No hay predominio de sexo. A pesar de ser la segunda neoplasia más común de la glándula suprarrenal, después del adenoma cortical, puede representar un reto en el diagnóstico diferencial de neoplasias suprarrenales, por lo cual presentamos esta serie de casos para analizar ciertos aspectos de importancia a considerar en el manejo clínico [2,3].

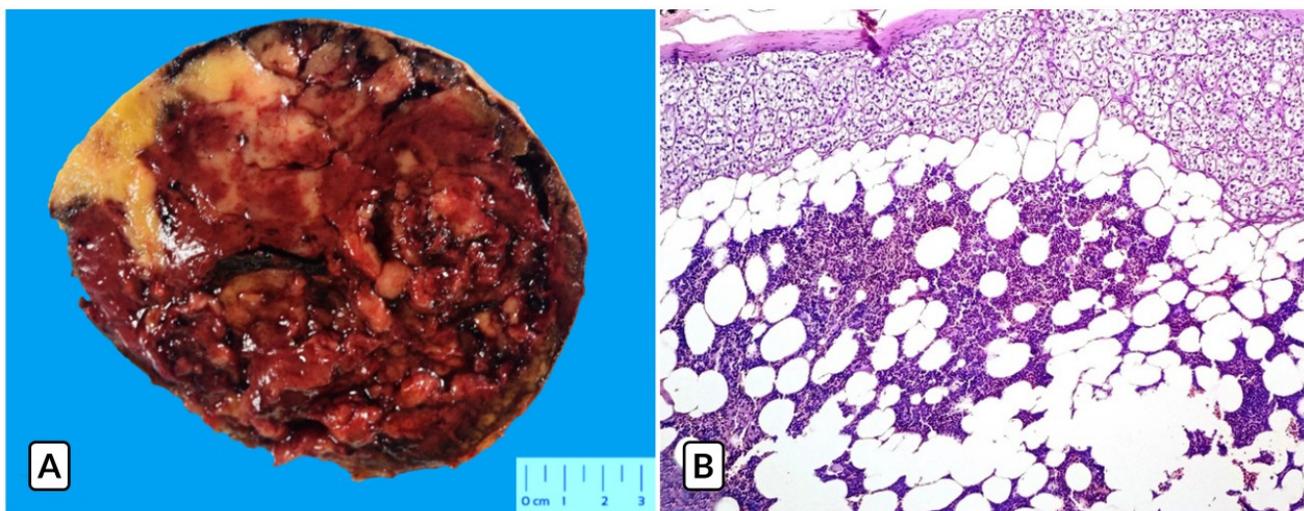
## Informe de casos

Se revisó la base de datos del departamento de patología del Hospital General San Juan de Dios, del año 2007 al 2022, y se obtuvieron 5 casos de adrenalectomía con el diagnóstico de mielolipoma. En la tabla no.1 se presentan los datos de cada caso. Todos los diagnósticos fueron realizados en tinción de hematoxilina-eosina.

Los hallazgos macroscópicos comunes en los especímenes recibidos fueron: presencia de cápsula o pseudocápsula, la superficie al corte fue de color rojo o marrón oscuro con áreas amarillas correspondientes al tejido adiposo en el análisis histológico, y algunos especímenes presentaban áreas hemorrágicas (Fig. 1A). A nivel histológico se observó tejido normal de la corteza suprarrenal y lesiones circunscritas, compuestas principalmente por tejido adiposo maduro e islas conformadas por las tres líneas celulares hematopoyéticas, sin presencia de adenoma cortical. En algunos casos se apreció aumento de la línea megacariocítica (Fig.1B).

**Tabla No. 1** Características clínicas y macroscópicas de los casos de mielolipoma diagnosticados en el Hospital General San Juan de Dios, 2007-2022

Paciente	Edad	Sexo	Datos clínicos	Hallazgos macroscópicos	Hemorragia presente
1	71 años	Femenino	Dolor en región lumbar de 2 meses de evolución.	Tamaño: 8x7x 5.8cm. Peso: 100g.	NO
2	11 años	Femenino	Dolor abdominal de 6 semanas de evolución.	Tamaño: 6x5x3.9cm. Peso: 41 g.	SI
3	53 años	Femenino	Hallazgo incidental en USG renal.	Tamaño:4.5x3x2.1cm Peso: 15 g.	NO
4	49 años	Femenino	Dolor abdominal de 10 días de evolución.	Tamaño: 12x8x8cm. Peso: 630 g.	SI
5	37 años	Femenino	Dolor abdominal y vómitos de 6 días	Tamaño: 12x8x5cm. Peso: 570 g.	SI



**Fig. 1.** Mielolipoma suprarrenal. **A:** Glándula suprarrenal con áreas de hemorragia y tejido adiposo. **B:** Tinción de hematoxilina-eosina.

## Discusión

La patogenia del mielolipoma no se ha dilucidado, y han surgido numerosas hipótesis como la metaplasia de las células reticuloendoteliales por estrés, metaplasia de adenomas, infección, trauma o por embolia celular de la médula ósea [3].

La sintomatología de estas neoplasias es particular, series de casos reportan que el 46% de los pacientes son asintomáticos y solo el 33% presenta dolor abdominal o en los flancos. Otros síntomas reportados son: dolor en hipocondrio, dispepsia, disnea, náuseas, vómitos, dolor lumbar, parestesia en extremidades inferiores, fiebre, hipertensión en raras ocasiones y dependiendo del tamaño del tumor se puede llegar a palparlo a nivel abdominal [4]. Como se aprecia en la tabla No. 1, el principal síntoma en esta serie de casos fue dolor abdominal no especificado, con un tiempo de evolución de 6 días a 2 meses, y solo un caso fue hallazgo incidental por estudio de imagen.

La resección de tumor está indicada cuando los pacientes son sintomáticos, generalmente si el tumor es mayor a 7 cm o si existe sospecha de ruptura que pueda ocasionar hemorragia retroperitoneal, por lo cual la biopsia con aguja gruesa está contraindicada [3]. En los casos presentados la hemorragia intratumoral se presentó en los 3 casos con un tiempo de evolución más aguda y el tamaño de los especímenes fue de 4.5 a 12 cm y en ninguno se realizó biopsia.

Dada la alta sensibilidad de los estudios de imagen actuales, es recomendable realizar una correlación clínico-radiológica en el abordaje de estos casos [2,5].

## Referencias bibliográficas / References

1. Lloyd RV, Osamura RY, Klöppel G, et al. WHO Classification of tumours of endocrine organs. 4 ed. Washington: WHO/IARC Clasificación de tumores; 2017. Chapter 4. Myelolipoma; p.175
2. Decmann, Á., Perge, P., Tóth, M, et al. Adrenal myelolipoma: a comprehensive review. *Endocrine*. 2018; 59(1): 7–15. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12020-017-1473-4>
3. Calissendorff, J., Juhlin, C. C., Sundin, A, et al. Adrenal myelolipomas. *The lancet. Diabetes & endocrinology*. 2021; 9(11): 767–75. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(21\)00178-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00178-9)
4. Bulut, A., Sandeep, J., Ricklan, D, et al. An Adrenal Myelolipoma With Hemorrhage. *AACE clinical case reports*. 2021; 7(6): 385–86. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aace.2021.04.001>
5. Lin, L., Gong, L., Cheng, L, et al. Adrenal Myelolipoma: 369 Cases From a High-Volume Center. *Frontiers in cardiovascular medicine*. 2021; 8: 663346. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.663346>