

MIELOLIPOMA GIGANTE – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

GIANT MYELOLIPOMA: CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Gustavo Vasconcelos Alves¹, Livia Goldraich¹, Luciana Loss Reck¹, Joel Alex Longhi², Tiago Auatt Paes Remonti²

RESUMO

Mielolipomas são tumores benignos raros compostos por tecido adiposo maduro e por elementos hematopoiéticos. Geralmente são menores que 5 cm e assintomáticos, embora lesões maiores podem apresentar-se com dor ou hemorragia retroperitoneal. Descrevemos um caso de mielolipoma gigante, associado à hemorragia retroperitoneal após biópsia por punção com agulha fina.

Unitermos: mielolipoma, tumor adrenal, incidentaloma adrenal

ABSTRACT

Myelolipomas are rare benign tumors composed of mature fat and haematopoietic tissue. Myelolipomas are usually smaller than 5 cm and asymptomatic, although larger lesions can present with pain or retroperitoneal hemorrhage. We describe a case of a giant myelolipoma, associated with haemorrhagic complication after diagnostic fine needle aspiration.

Key words: myelolipoma, adrenal tumor, adrenal incidentaloma

¹ Residentes do Serviço de Medicina Interna do HCPA

² Ex-residentes do Serviço de Cirurgia Geral do HCPA

Correspondência: Rua Catão Coelho, 111 – bairro Medianeira – Porto Alegre/RS – CEP 90880-360 – Telefone: 3233 9043 / 9989 2548 – E-mail: lureck@hotmail.com

RELATO DO CASO

Paciente masculino de 64 anos com história de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito tipo 2, dislipidemia, gota e insuficiência renal crônica (IRC) em tratamento conservador internou devido a piora de função renal associada a hipercalemia grave. Relatava história prévia de adrenalectomia (total à direita e parcial à esquerda) há 30 anos por hiperplasia e atrofia do rim esquerdo como causa de sua IRC. Ao exame físico apresentava massa palpável em hipocôndrio esquerdo até 5 cm abaixo do rebordo costal, com superfície lisa e indolor.

Realizada ecografia abdominal que demonstrou volumosa imagem hiperecótica sólida medindo 26,1 x 16,3 cm na região epigástrica e hipocôndrio esquerdo. Rim direito medindo 10,3 cm e rim esquerdo atrofico. Paciente foi, então, submetido à biópsia percutânea ori-

entada por ecografia cujo laudo anatomopatológico (AP) descrevia tecido hematopoiético apresentando elementos das 3 séries e tecido pancreático atrofico. Devido a dúvida diagnóstica após revisão das lâminas da biópsia, paciente foi submetido a nova biópsia percutânea cujo AP foi mielolipoma. Após a biópsia, paciente apresentou choque hipovolêmico sendo transferido ao Centro de Tratamento Intensivo e submetido a tomografia de abdômen que demonstrou extensa lesão com predomínio de gordura ocupando o hemiabdomen esquerdo superiormente e grande hematoma junto à sua parede anterior e medial (figura 1). Submetido a laparotomia de urgência com identificação de massa em retroperitônio com hematoma contido com drenagem de 5L de sangue, realizada hemostasia e biópsia incisional de fragmento de 3,5 x 1,5 x 1,3cm cujo AP revelou aspecto histopatológico compatível com mielolipoma de

provável origem adrenal. Apresentou novamente sinais de sangramento nas primeiras 12 horas de pós-operatório sendo submetido a nova laparotomia com ressecção de volumosa massa retroperitoneal na topografia da glândula adrenal esquerda aderido à cauda do pâncreas e ao baço (figura 2), pesando 4kg e com aproximadamente 30cm de maior diâmetro. O paciente evoluiu com choque refratário, neutropenia grave, coagulopatia, insuficiência renal anúrica e óbito no segundo dia pós-operatório da segunda intervenção cirúrgica.

REVISÃO DA LITERATURA

Mielolipomas são tumores benignos geralmente de origem adrenal, compostos de tecido adiposo maduro e de tecido hematopoiético (contendo precursores tanto da série vermelha quanto da branca, bem como megacariócitos) assemelhando-se à medula óssea, e, na maior parte dos casos, são funcionalmente inativos (1, 2, 3). Foram inicialmente descritos em 1905 por Gricke (4), contudo só receberam essa denominação em 1929 dada por Oberling (5).

Essas neoplasias compõem o grupo dos tumores lipomatosos adrenais junto com os lipomas, teratomas, angiomiolipomas e lipossarcomas, compondo o tipo histológico mais comum desse grupo (6, 7). São tumores incomuns, sendo encontrados em séries de autópsias com uma frequência entre 0,08 – 0,4%, geralmente de forma incidental. Entre os incidentalomas adrenais, mielolipomas são diagnosticados em 3 a 9% dos casos

(3, 8). São geralmente tumores pequenos, com suas dimensões situando-se entre lesões microscópicas e tumores de até 8 cm de diâmetro. Contudo, raramente, esses tumores podem atingir grandes dimensões sendo conhecidos como mielolipomas gigantes (9), existindo relatos de tumores ressecados pesando até 6000g (2).

Costumam ser diagnosticados entre a quinta e a sexta década de vida com leve predominância masculina, 1,75:1 (10). Sua etiologia é desconhecida e diversas teorias tem sido propostas, como focos extramedulares de hematopoiese, metaplasia de células corticais mesenquimais, conforme teoria de Rubin, ou ainda metaplasia de células corticais ectópicas, conforme teoria de Stenberg (1).

São neoplasias geralmente assintomáticas, contudo com o crescimento tumoral podem surgir sintomas como dor abdominal, o mais comum, aumento da circunferência abdominal, náuseas e vômitos (2). A dor pode ser causada por hemorragia intratumoral, necrose ou compressão de outros órgãos (1, 2). Além disso, comorbidades como obesidade, hipertensão e diabetes podem estar associadas (1, 10).

A tomografia computadorizada (TC) é o exame de imagem mais sensível para o diagnóstico do mielolipoma adrenal, através da identificação do componente adiposo do tumor (2). Entretanto, quando o componente adiposo não pode ser bem identificado, seja por calcificações, por um extenso componente hematopoiético ou ainda por componente hemorrágico intratumoral, a diferenciação de outras lesões tumorais como o lipossarcoma fica prejudicada. Quando existe dúvida diagnóstica, recomenda-se a punção por agulha fina guiada por TC (1, 2, 9, 10).

Mielolipomas adrenais pequenos (menores que 4cm de diâmetro), descobertos incidentalmente e com

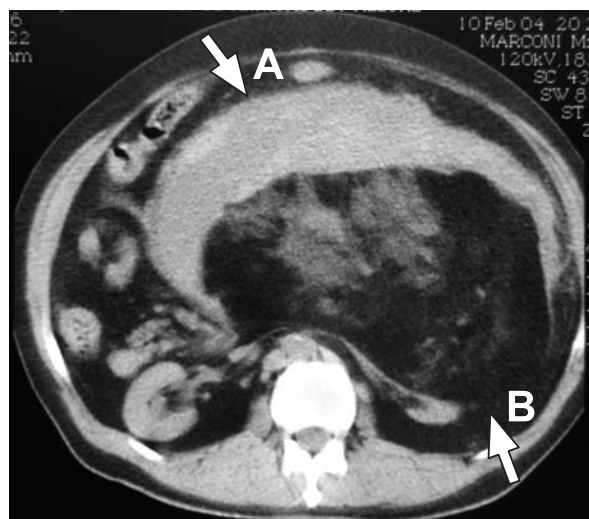


Figura 1. TC de abdômen mostrando grande lesão expansiva no hemiabdomen esquerdo predominantemente gordurosa (seta A) com hematoma na sua face anterior e medial (seta B)



Figura 2. Peça cirúrgica (régua medindo 30cm)

diagnóstico inequívoco podem ser monitorados por tomografias computadorizadas sem a necessidade de ressecção cirúrgica (1, 2). Tumores maiores, entretanto, podem apresentar hemorragia retroperitoneal espontânea ou secundária a trauma ou ainda estar relacionados à insuficiência renal (10, 11, 12). Recomenda-se a ressecção cirúrgica a pacientes com grandes tumores pelo risco potencial de choque hemorrágico, além das situações em que o tumor se torna sintomático (1, 2, 11).

REFERÊNCIAS

1. El-Mekresh MM, Abdel-Gawad M, El-Diasty T, El-Baz M, Ghoneim MA. *Br J Urol* 1996; 78: 345-350.
2. Akamatsu H, Koseki M, Nakaba H, et al. *Surg Today* 2004; 34:283-285.
3. Mansmann G, Lau J, Balk E, et al. The clinically inapparent adrenal mass: update in diagnosis and management. *Endoc Reviews* 2004; 25(2): 309-340.
4. Gricke E. *Über knochenmarksgewebe in der nebenniere. Beitr Path Anat Suppl* 1905; 7:311.
5. Oberling C. Les formations myelo-lipomateuses. *Bull Assoc Fr Cancer* 1929;18:234-236.
6. Lam KY, Lo CY. Adrenal lipomatous tumours: a 30 year clinico-pathological experience at a single institution. *J Clin Pathol* 2001;54:707-712.
7. Kasperlik Zeluska AA, Roslonowska E, Slowinska Srzednicka J, et al. Incidentally discovered adrenal mass (incidentaloma): investigation and management of 208 patients. *Clin Endocrinol* 1997;46:29-37.
8. Montero F, Albiger N. A comprehensive approach to adrenal incidentalomas. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2004; 48(5): 583-589
9. Repassy D, Csata S, Sterlik G, Ivanyi A. Giant Adrenal Myelolipoma. *Pathol Oncol Research* 2001; 7:72-73.
10. Hoeffel CC, Kowalski S. Giant myelolipoma of the adrenal gland: natural history. *Clin Radiol* 2000;55:402-403.
11. Goldman HB, Howard RC, Patterson AL. Spontaneous retroperitoneal hemorrhage from giant adrenal myelolipoma. *J Urol* 1996;155:639.
12. Rózsahégyi J, Szabó F, Gonda G, Fülöp R, Forrai G, Gamal M. Perirenal myelolipoma causing giant, infected hydronephrosis and renal pelvic stone. *J Urol* 2001;165:1620-1621.