

CISTOS ADRENAIS: REVISÃO DA LITERATURA

ADRENAL CYSTS: LITERATURE REVIEW

RICARDO ALEXANDRE FERNANDES FERRO*, HELENICE GOBBI**, PAULO ROBERTO SAVASSI ROCHA***, MARCO ANTÔNIO GONÇALVES RODRIGUES****

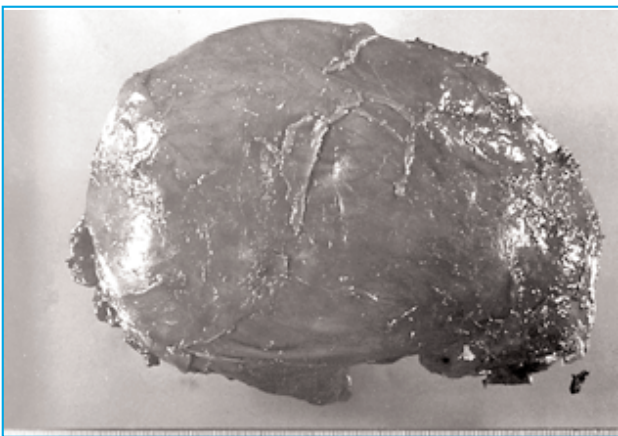
RESUMO

Os cistos adrenais são rara condição clínica, pouco conhecida, de modo geral. Realizamos revisão da literatura sobre Cistos Adrenais, considerando os aspectos de incidência, classificação, quadro clínico, exames complementares, diagnóstico diferencial e tratamento.

Palavras-chave: Cistos adrenais; Zona Reticular

As lesões císticas da adrenal são raras, geralmente assintomáticas e não-funcionantes, sendo a maioria dos casos encontrada acidentalmente ou em necrópsia.^{1,2} Os pseudocistos hemorrágicos são geralmente maiores e sintomáticos (Fig. 1). Alguns Cistos Adrenais (CA) são conseqüência de anomalia vascular hamartomatosa, assim como podem decorrer de traumatismos.³ O primeiro caso foi relatado por Griselius, em 1670. Até 1999 foram descritos, aproximadamente, 600 casos na literatura mundial.^{1,4,5,6}

Figura 1 - Aspecto macroscópico do pseudocisto hemorrágico adrenal



INCIDÊNCIA

A incidência dos CA varia de 0,02% a 0,18 % dos casos de necrópsia.^{1,7} As mulheres são mais freqüentemente acometidas, numa razão de 2 : 1 a 3 : 1.^{14,7,8,9,10,11,12,13} Aparecem sobretudo entre 40 e 60 anos, com pico de

incidência no quinto decênio de vida.^{10,11,14,15} No entanto, podem ocorrer em crianças e recém-nascidos,^{16,17,18,19} sendo freqüentes nos de baixo peso e nos prematuros. Na infância, são quase sempre pseudocistos. Os CA são, usualmente, unilaterais, sendo bilaterais em apenas 8% a 15% dos casos.^{7,11,12,20,21,22} Ambos os lados são acometidos igualmente.

CLASSIFICAÇÃO

Os CA são classificados em quatro categorias, de acordo com características etiomorfo-patogênicas, a saber:

1. Parasitários – são raros (6,5% dos casos), sendo a *eccinococose* sua principal etiologia;
2. Epiteliais – responsáveis por cerca de 9% dos CA, são subdivididos em cistos glandulares congênitos (de retenção), adenoma cístico e cistos embrionários;
3. Endoteliais – são os mais comumente encontrados (45% dos casos), existindo três subdivisões: linfangiectásicos, angiomatosos e hamartomatosos;
4. Pseudocistos – subdividem-se em hemorrágicos, benignos e malignos. O pseudocisto adrenal é o tipo de CA não-funcionante e sintomático mais freqüente.⁽²³⁾ São causados principalmente por traumatismos, síndrome de Waterhouse-Friderichson, tumores sangrantes, diátese hemorrágica, infarto séptico, choque e ruptura de aneurisma da artéria supra-renal.^{14,24}

Habitualmente são grandes, arredondados, uniloculares, contendo sangue ou líquido serohemorrágico e limitados por cápsula fibrosa.^{4,10,14,25} Apresentam, como característica importante, adesão às estruturas vizinhas, simulando neoplasias malignas.^{16,26}

*Médico Residente de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

**Prof.^ª Adjunta do Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em Medicina.

*** Prof. Titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutor em Medicina.

****Prof. Adjunto do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutor em Medicina.

Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil

Endereço para correspondência:
Ricardo Alexandre Fernandes Ferro
Rua Domingos Vieira, 144/402
Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG
CEP 30150 - 240
Tel: (31) 99069198 / 32412337
E-mail: ferroraf@hotmail.com

QUADRO CLÍNICO

Os CA são, geralmente, oligo ou assintomáticos, dificultando seu diagnóstico pré-operatório.^{2,7,8,9} Quando sintomáticos, o grande volume do cisto é responsável pela maior parte dos sintomas. Quando apresentam atividade endócrina, cursam com sintomatologia variada.

Em 1959, Abeshouse⁴ descreveu uma tríade clínica composta por dor lombar, sintomas digestivos e massa no flanco, aceita por vários autores como patognóstica de CA.^{7,9,10,22,25} As principais queixas são náuseas, vômitos, constipação, eructação e distensão abdominal. As anormalidades endócrinas podem ser isoladas ou associadas, como insuficiência adrenal, síndrome de Cushing, síndrome adeno-genital e hipertensão arterial. Anemia e febre são achados comuns nos cistos hemorrágicos.^{15,27,28} Existem relatos de abdome agudo hemorrágico.^{29,30} Sintomas como mal-estar, fadiga e emagrecimento são raramente descritos.⁸ Vezina et al.¹⁵ observaram massa palpável em 33% dos CA, correlacionaram esse achado com a intensidade da dor e verificaram que os indivíduos assintomáticos tinham volume médio dos CA significativamente menores.

EXAMES COMPLEMENTARES

No passado, o diagnóstico de CA era feito no peroperatório ou durante necropsia.^{8,21} Com o auxílio dos métodos de imagem, particularmente da tomografia computadorizada, é possível diagnosticá-lo no pré-operatório. A arteriografia seletiva da artéria supra-renal (Fig. 2) tem importância no diagnóstico diferencial com lesões císticas dos órgãos vizinhos. Nos casos de grande dificuldade diagnóstica, alguns autores sugerem punção biópsia do cisto, guiada por ultra-sonografia, com análise do líquido aspirado e dosagem dos hormônios adrenais.^{22,31} Esse método pode ser terapêutico se empregada drenagem percutânea. Nas áreas endêmicas para eccinococose, a drenagem deve ser evitada.

Figura 2 - Arteriografia seletiva da artéria renal direita evidenciando imagem cística em topografia adrenal



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial dos CA é feito principalmente com lesões malignas renais e adrenais, além de cistos hepáticos, esplênicos, renais e mesentéricos.^{4,7,8,9,12,21,25,32}

TRATAMENTO

O tratamento cirúrgico não constitui necessidade absoluta nos CA; eles podem ser tratados de maneira expectante. As principais indicações cirúrgicas são: compressão de órgãos adjacentes, sintomatologia importante e/ou problemas endócrinos, e dificuldade em afastar lesão maligna.^{1,9,10,12,24,25,33} Se a suspeita de malignidade é pequena e a lesão é não-funcionante, o CA pode ser tratado com aspiração e, nos casos de cistos sintomáticos recorrentes, pode-se proceder a nova aspiração ou realizar excisão cirúrgica.⁶ Nos casos de pseudocisto hemorrágico, a anemia, a dor e o risco de sua ruptura impõem o tratamento cirúrgico.^{8,10,14}

Para alguns autores, a possibilidade de malignidade justificaria a exploração cirúrgica sistemática.^{1,7,14,24,34} Entretanto, outros^{15,22,31,32} têm sugerido que o procedimento cirúrgico seja realizado somente nos casos em que a punção propedêutica evacuadora do CA evidenciar líquido hemorrágico, presença de células neoplásicas, ou quando seu esvaziamento não for suficiente para melhorar os sintomas ou ainda persistir dúvida diagnóstica.

Quando exequível, a enucleação do CA com preservação da glândula constitui a operação de escolha. Nos casos de cistos bilaterais, deve-se proceder à ablação total dos cistos, com preservação glandular. Na ausência de malignidade, não sendo possível a enucleação por fragilidade da parede do cisto ou pela presença de aderências às estruturas vizinhas pode-se optar pela exérese parcial, com marsupialização.

A cirurgia videolaparoscópica, sempre que possível, deve ser o procedimento de escolha, já que trata os CA efetivamente, é minimamente invasivo, preservando o parênquima adrenal.^{1,35}

Mais recentemente, tem-se adotado a cirurgia videolaparoscópica para os CA de até 8 cm. Os de 9 cm a 15 cm são motivo de controvérsia e os maiores que 15 cm devem ser abordados por via laparotômica transversal transperitoneal.

SUMMARY

The adrenal cysts are an unusual clinical condition about which there is not much information. A literature review on adrenal cysts, considering aspects of incidence, classification, clinical findings, complementary exams, differential diagnosis, and treatment is reported.

Keywords: Adrenal cysts; *Zona reticularis*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Bellantone R, Ferrante A, Raffaelli M, Boscherini M, Lombardi CP, Crucitti F. Adrenal cystic lesions: report of 12 surgically treated cases and review of the literature. *J Endocrinol Invest* 1998; 21(2):109-14.
- 2- Chew SP, Sim R, Teoh TA, Low CH. Haemorrhage into non-functioning adrenal cysts: report of two cases and review of the literature. *Ann Acad Med Singapore* 1999; 28(6):863-6.
- 3- Bonati L, Rubini P. Hemorrhagic pseudocyst of the adrenal gland: a case report. *G Chir* 1997; 18(5):286-9.
- 4- Abeshouse GA, Goldstein RB, Abeshouse BS. Adrenal cysts: review of the literature and report of three cases. *J Urol* 1959; 81:711-9.
- 5- Alfieri A, Bonivento P, Fulgioni V, Giovanelli E, Nissi M, Perugini A. Le cisti da echinococco delle ghiandole surrenale. *Minerva Med* 1985; 76:2279-89.
- 6- Neri LM, Nance FC. Management of adrenal cysts. *Am Surg* 1999; 65(2):151-63.
- 7- Uretzky G, Freund H, Charuzi I, Luttwak EM. Cysts of the adrenal gland. *Eur Urol* 1978; 04:97-9.
- 8- Buchino J, Dougherty HK, Shearer LT. Adrenal cyst. *Arch Pathol Lab Med* 1985; 109:377-9.
- 9- Kearney GP, Mahoney EM, Maher E, Harrison JH. Functioning and nonfunctioning cysts of the adrenal cortex and medulla. *Am J Surg* 1977; 134:3363-8.
- 10- Leger L, Godeau P, Delaitre B, Louvel A, Weschler B, Savulescu V. Kystes et pseudo- kystes surrenaliens. *J Chir (Paris)* 1972; 179:107-20.
- 11- Lynn RB. Cystic lymphangioma of the adrenal associated with arterial hypertension. *Can J Surg* 1965; 8:92- 5.
- 12- Okafo BA, Nickel C, Morales A. Pyogenic cyst of adrenal gland. *Urology* 1983; 21:619-22.
- 13- Torres C, Ro JY, Batt MA, Park YW, Ordonez NG, Ayala AG. Vascular adrenal cysts: a clinicopathologic and immunohistochemical study of six cases and a review of the literature. *Mod Pathol* 1997; 10(6):530-6.
- 14- Gregorie HB, Bradham RR, Chapman WW. Adrenal cysts. *Surgery* 1962; 52:860-6.
- 15- Vezina CT, Mcloughlin MJ, Louis ELS, Gray RR, Bird BL. Cystic lesions of the adrenals: diagnosis and management. *Can Assoc Radiol J* 1984; 35:107-12.
- 16- Levin SE, Collins DL, Kaplan GW, Weller MH. Neonatal adrenal pseudocyst mimicking metastatic disease. *Ann Surg* 1974; 179:186-90.
- 17- Rodin AE, Hsu FL, Whorton EB. Microcysts of the permanent adrenal cortex in perinatales and infants. *Arch Pathol Lab Med* 1976; 100:499-502.
- 18- Water JMVD, Fonkalsrud EW. Adrenal cysts in infancy. *Surgery* 1966; 60:1267-70.
- 19- Zivkovic SM, Jancic-Zguricas M, Jokanovic R, Nikezi M: Adrenal cysts in the newborn. *J Urol* 1983; 129: 1031-3.
- 20- Barault JF, Ferrier C. À propos d'un cas de kyste de la surrenale. *Lyon Chi* 1975; 71:207-8.
- 21- Gigax JH, Bucy JG, Troxler G, Chunn SP. Cystic hamartoma of the adrenal gland associates with hypertension. *J Urol* 1972; 107:161-3.
- 22- Matter D. Kyste surrenalien- apport diagnostique de la ponction percutanee guidee par echoscopie. *J Radiol* 1982; 63:219-21.
- 23- Groben PA, Roberson JB, Aanger SR, Askin FB, Price WG. Immunohistochemical evidence for the vascular origin of primary adrenal pseudocysts. *Arch Pathol Lab Med* 1986; 110:121-3.
- 24- Benati L, Lagana S, Longhini I. Su due casi di cisti giganti del surrene. *Minerva Chir* 1980; 35:1773-9.
- 25- White R, Sinnenberg R. Adrenal pseudocyst in a hypertensive patient. *South Med J* 1984; 77:1189-91.
- 26- Ghandur-Handur-Mnaymneh L, Slim M, Muakassa K. Adrenal cysts: pathogenesis and histological identification with a report of 6 cases. *J Urol* 1979; 122:87-91.
- 27- Boltrif F, Bertero D, Beffa VD, Fontana D, Sodero A, Oliaro A. Su di un caso di pseudocisti emorragica del surrene. *Minerva Chir* 1982; 37:2021-6.
- 28- Poupee JC, Saint-Julien J, Raillat A, Doury JC, Gisserot D. Uu nouveau cas de pseudo-kyste hemorragique primitif de la surrenale. *Chirurgie* 1978; 104:780-6.
- 29- Fontaine R, Babin S, Water P, Kuhn A. L' hypertension arterielle des kystes ou faux- kystes de la surrenale-trois observations personnelles. *J Urol Nephrol (Paris)* 1969; 75:47-58.
- 30- Robins RE, Sullivan LD. Adrenal cortical cyst with rupture and hemorrhage due to blunt abdominal trauma: case report. *Ann Surg* 1966; 163:315-8.
- 31- Siekavizza JL, Bernadino ME, Samaan NA. Suprarenal mass and its differential diagnosis. *Urology* 1981; 18: 625-32.
- 32- Pastakia B, Miller I, Wolfman M, Cutler GB, Doppman JL. MR imaging of a large adrenal cyst. *J Comp Assist Tomogr* 1986; 10:710-1.
- 33- Crombrugge PV, Vos MD, Hamerlynck R, Afschrift M, Verdonk G, Derom F. Observations on the association of adrenal cysts and hypertension. *Acta Clin Belg* 1983; 38:333- 7.
- 34- Bouchet P, Sava G, Marescaux J, Dentinger A, Grenier JF. Les kystes et pseudo-kystes de la surrenale- apropos de trois cas operes. *Sem Hôp Paris* 1983; 59:1835-9.
- 35- Guazzoni G, Montorsi F, Rigatti P et al. Laparoscopic unroofing of adrenal cysts. *Eur Urol* 1997; 31(4):499-502.