

ESTUDIOS DE LAS GLÁNDULAS SUPRARRENALES

INTRODUCCIÓN

Las glándulas suprarrenales son pequeñas glándulas de forma piramidal ubicadas en la parte superior de cada riñón, presentan una corteza y una médula desde donde secretan diferentes hormonas imprescindibles para la vida.

La corteza adrenal está conformada por una zona glomerular donde se segrega aldosterona, una zona fascicular donde se segrega cortisol y una zona reticular donde se segregan andrógenos. A nivel de la médula adrenal se segregan catecolaminas.

Las glándulas pueden estar afectadas por:

- Tumor
- Metástasis
- Infección (sepsis)
- Medicamentos (Glucocorticoides, antimicóticos)
- Mutación (Hiperplasia adrenal congénita)

Dentro del estudio de las glándulas suprarrenales existen:

- Laboratorios
- Pruebas funcionales
- TAC de abdomen
- RMN de abdomen
- PET-TC
- Biopsia percutánea guiada bajo TAC
- Cateterismo

MÁS INFORMACIÓN

Las alteraciones a nivel de las glándulas suprarrenales son un motivo frecuente de consulta al endocrinólogo, ya que hasta el 10% de los adultos pueden presentar un tumor adrenal (incidentaloma).

Siempre debe estudiarse la presencia de un tumor adrenal y saber si se trata de:

- Lesión benigna o maligna
- Lesión primaria o metastásica
- Lesión funcionante o no funcionante (si tienen clínica o no)

Dentro de los estudios por imágenes de las glándulas suprarrenales:

La tomografía de abdomen con contraste arterial endovenoso es el método inicial de elección. Con este estudio se evalúa tamaño, aspecto, densidad medida en UH, presencia de calcificaciones, heterogeneidad y vascularización, teniendo en cuenta para esto último el lavado del contraste arterial (% de wash out).



Figura: TAC de abdomen, con gran quiste en la glándula suprarrenal izquierda

Fuente: Revista Chilena de Cirugía 2011; 63(6):617-622

En otras ocasiones la RMN de abdomen es muy útil, sobre todo ante la presencia de una tumoración adrenal con >10 UH, o una lesión heterogénea con componente quístico (Feocromocitoma), o una lesión rica en grasa (Mielolipoma) o ante la sospecha de un sangrado.

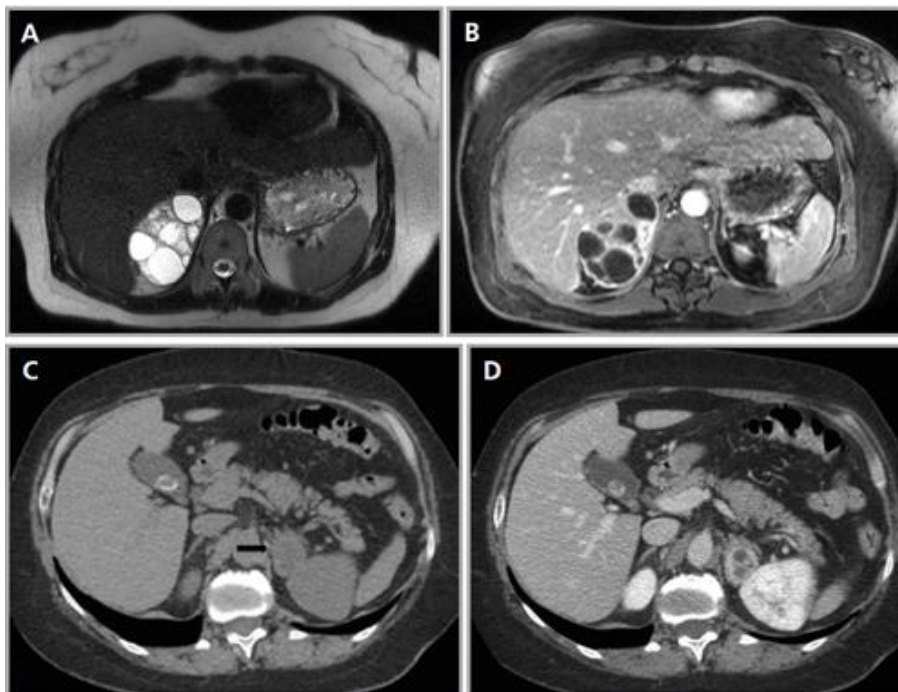


Figura: Feocromocitoma quístico

Fuente: Revista Chilena de Endocrinología año 2011.

En la práctica diaria suele solicitarse posterior a una TC de abdomen, donde el desplazamiento químico permite discriminar si la lesión es rica en grasa (adenoma) o no (carcinoma).

Ante la sospecha de una lesión metastásica suelen ser útiles el PET-TC con medición la actividad metabólica medida en FDG, y la punción biopsia guiada por TC (antes de esto último debe descartarse un feocromocitoma).

El cateterismo selectivo de las venas adrenales puede ser necesario cuando hay dudas en la localización en casos de hiperaldosteronismo primario.

Esta información es SÓLO meramente educativa. NO deberá usarse como un reemplazo del acto médico. Siempre le recomendamos la SUPERVISIÓN y el MANEJO de su enfermedad por un PROFESIONAL de la salud.