

PSEUDOCISTO ADRENAL: ACHADOS E EVOLUÇÃO IMAGINOLÓGICA Gastrointestinal

DADOS DO CASO

Autores: André Benez Vieira da Costa - Hospital das Clínicas da FMRP-USP;

Jorge Elias Júnior - Hospital das Clínicas da FMRP-USP;

Valdair Francisco Muglia - Hospital das Clínicas da FMRP-USP;

Autor correspondente: André Benez Vieira da Costa - Hospital das Clínicas da FMRP-USP;

Palavras-Chave: Glândulas Suprarrenais e Período Pós-Parto;

URL: <https://brad.org.br/article/4198/pt-BR/pseudocisto-adrenal--achados-e-evolucao-imaginologica>

DOI: 10.5935/2965-1980.2022v1n1a22

RESUMO

Paciente no puerpério imediato realizou ultrassonografia devido à dor em hipocôndrio direito associada a náuseas e vômitos, na qual se identificou lesão hiperecogênica na adrenal direita, evoluindo posteriormente com aspecto cístico no US e hipodenso na tomografia computadorizada (TC).

HISTÓRICO CLÍNICO

Paciente puérpera, 26 anos, com hipertensão arterial gestacional e diabetes mellitus gestacional apresentando quadro de dor súbita em hipocôndrio direito associado a náuseas e vômitos. Negava outras queixas ou antecedentes pessoais patológicos.

ACHADOS RADIOLÓGICOS

Ultrassonografia inicial evidenciou lesão ovalada hiperecogênica em topografia adrenal direita, sem fluxo detectável ao estudo Doppler colorido, medindo 4,6 cm no maior eixo (Figura 1). Realizou-se controle ultrassonográfico após 48 horas, notando-se mudança da ecogenicidade para lesão cística uniloculada, de paredes discretamente irregulares (Figura 2). Tomografia computadorizada de abdome contrastada realizada após 96 horas do exame inicial demonstrou formação hipodensa, homogênea, sem realce nas fases pós-contraste, de dimensões mantidas (Figura 3A e 3B).

DISCUSSÃO

Lesões císticas adrenais são responsáveis por uma minoria (cerca de 6%) dos incidentalomas adrenais. Os cistos adrenais podem ser divididos em: cistos endoteliais (45%), pseudocistos (39%) e infecções parasitárias (7%) [1]. Existem algumas teorias sobre a origem dos pseudocistos adrenais, dentre

elas, hemorragia adrenal causada por trauma, sepse e cistos verdadeiros que sangraram [2]. Na TC, ambos, cistos verdadeiros e pseudocistos são caracterizados por lesões hipodensas (com densidade próxima da água, entre 0-20 UH), homogêneas e sem realce após injeção endovenosa de contraste [1]. A maioria das lesões císticas adrenais são assintomáticas e de pequenas dimensões, porém, algumas lesões maiores podem causar sintomas como dor no hipocôndrio/flanco e sintomas gastrintestinais [2]. Neste caso, o quadro clínico apresentando foi interpretado como sendo devido ao provável sangramento, evidenciado à ultrassonografia como a lesão hiperecogênica que, posteriormente, evoluiu com liquefação, resultando na imagem predominantemente anecóica, vista controle ultrassonográfico de 48 horas e hipodensa, com densidade líquida e sem realce, à TC com 4 dias de evolução. Sendo assim o caso apresentado corresponde a um pseudocisto pós-hemorragia adrenal. A abordagem destas lesões adrenais depende das dimensões e da sintomatologia, sendo importante reforçar que a maioria destes casos apresenta lesões de pequenas dimensões e assintomáticas, portanto, sem necessidade nenhum tipo de procedimento terapêutico. A abordagem cirúrgica de lesões adrenais císticas é, portanto, considerada em lesões que apresentam sintomatologia associada ou achados suspeitos para malignidade (como componentes sólidos com realce pelo meio de contraste) associados à crescimento significativo em exames sequenciais [3].

LISTA DE DIFERENCIAIS

Pseudocisto adrenal;
Hemorragia adrenal;
Cisto adrenal.

DIAGNÓSTICO

Pseudocisto adrenal

APRENDIZADO

Hemorragias adrenais podem se apresentar como pseudolesões expansivas antes de se transformarem em

pseudocistos com seu aspecto anecóico à ultrassonografia. O reconhecimento desta possibilidade, principalmente no contexto do quadro clínico doloroso, justifica o seguimento evolutivo com exames de imagem o que permite a correta caracterização desta condição clínica, evitando estresses físicos e mentais desnecessários ao paciente.

REFERÊNCIA

[1]Herr K, Muglia VF, Koff WJ, Westphalen AC. Imaging of the adrenal gland lesions. Radiol Bras 47, 228-39, 2014.

[2]Kenichi Matsuo ,Kenichi Yoshida ,Kuniya Tanaka , Hirotoshi Akiyama, Shoji Yamanaka and Itaru Endo (2011) A giant adrenal pseudocyst presenting with right hypochondralgia and fever: a case report. Journal of Medical Case Reports 2011 5:135.

[3]Kasperlik-Zauska AA, Otto M, Cichocki A, Rosonowska E, Sowinska-Srzednicka J, Zgliczyski W, Jeske W, Papierska L, Tooczko T, Polaski J, Sapa R: 1,161 patients with adrenal incidentalomas: indications for surgery. Langenbecks Arch Surg. 2008, 393 (Suppl 2): 121-126.

IMAGENS

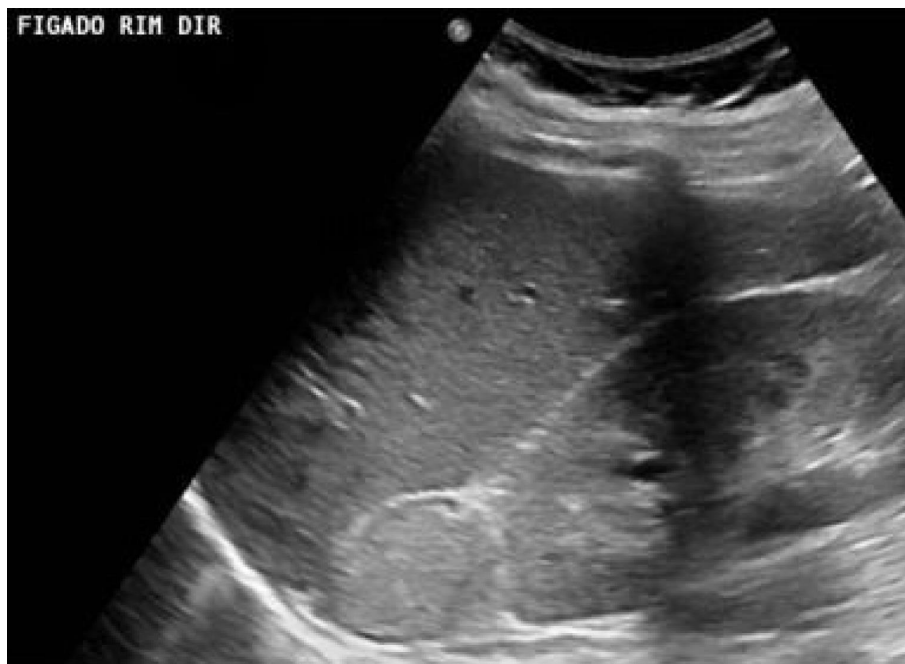


Figura 1. US inicial de abdome. Lesão nodular hiperecogênica em topografia adrenal direita, sem fluxo detectável ao estudo Doppler colorido (não representado na figura)

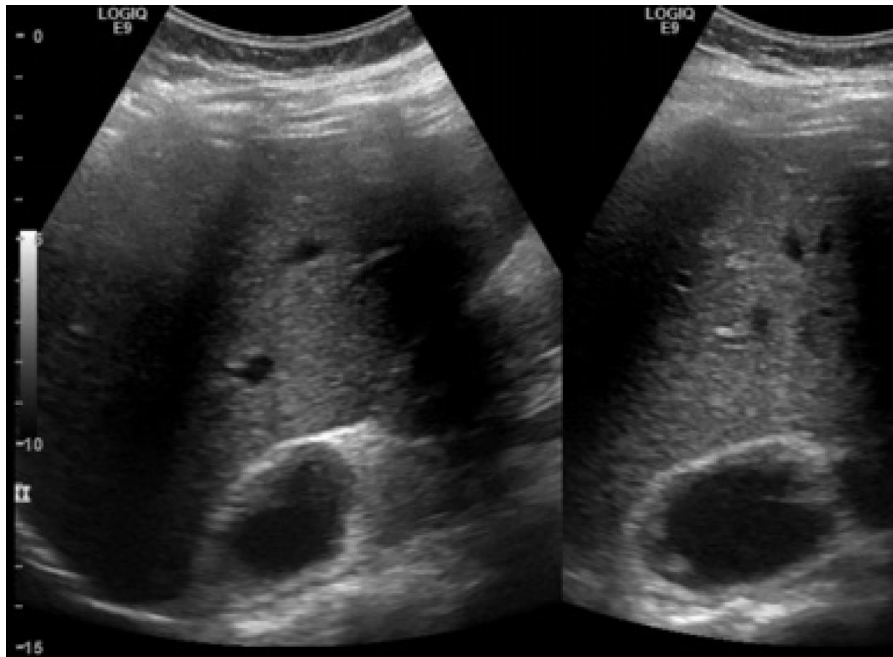


Figura 2. US de abdome, controle após 48h. Lesão heterogênea predominantemente anecóica, com paredes discretamente irregulares, sem fluxo detectável ao estudo Doppler colorido (não representado na figura).

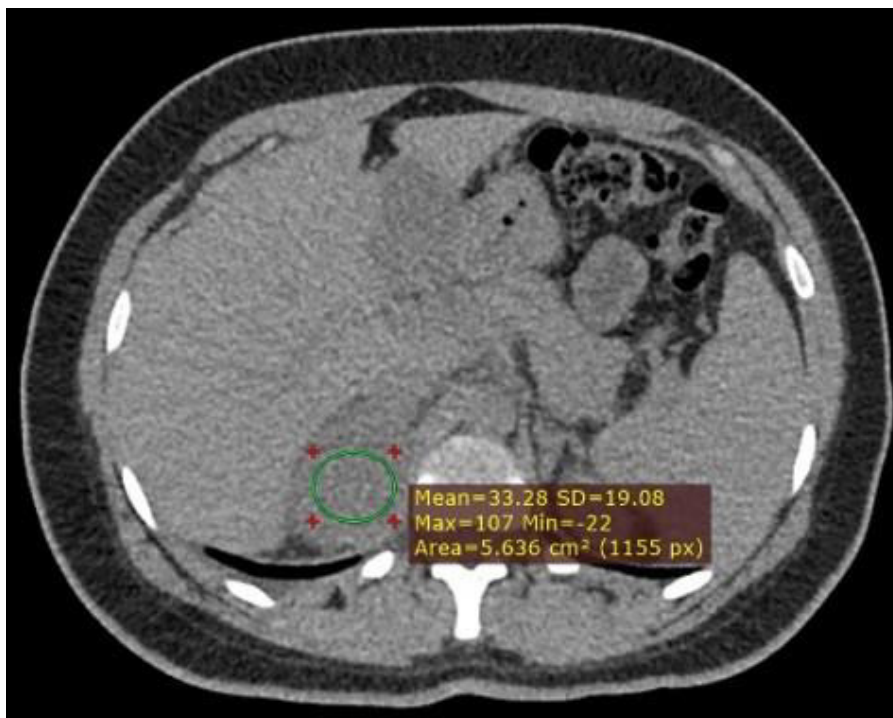


Figura 3A.



Figura 3B. TC abdome após 96h do US inicial, corte axial, pré (A) e pós-contraste (B). Adrenal direita apresentando massa hipodensa homogênea, sem realce interno pós-contraste, de dimensões mantidas em relação aos exames prévios.