



Linfoma adrenal primario asociado con insuficiencia suprarrenal en una paciente mexicana

Primary adrenal lymphoma associated to adrenal insufficiency in a Mexican patient.

Carlos Guillermo Degante Fitzner, Ángel Daniel Granados Gurrola, José Martín De Santiago Valenzuela

Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, Ciudad de México.

Recibido: abril 2025

Aceptado: mayo 2025

Correspondencia

Ángel D Granados Gurrola

danielgurrola.gurrola@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-8793-4472>

<https://orcid.org/0000-0002-3957-9019>

<https://orcid.org/0000-0002-2512-5569>

Resumen

ANTECEDENTES: La insuficiencia suprarrenal se distingue por la producción inadecuada de glucocorticoides y mineralocorticoides. Entre las causas del tipo primario son poco frecuentes los tumores adrenales, especialmente el linfoma adrenal primario; existen menos de 200 casos reportados en la bibliografía.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 71 años, originaria de la Ciudad de México, quien mostró datos clínicos inespecíficos, acompañados de pérdida significativa de peso corporal. Tras su estudio se concluyó el diagnóstico de linfoma adrenal primario de tipo difuso B de células grandes.

CONCLUSIONES: El linfoma adrenal primario es una enfermedad poco común; sin embargo, hay que tenerla en cuenta como una posibilidad diagnóstica ante un caso de insuficiencia suprarrenal.

PALABRAS CLAVE: Insuficiencia suprarrenal; glucocorticoides; mineralocorticoides; linfoma no Hodgkin.

Abstract

BACKGROUND: Adrenal insufficiency is a disease characterized by inadequate production of glucocorticoids and mineralocorticoids. Among the primary causes, adrenal tumors are rare, especially primary adrenal lymphoma, with less than 200 cases reported in the literature.

CLINICAL CASE: A 71-year-old female patient, originally from Mexico City, who presented non-specific clinical data, accompanied by a significant loss of body weight. After the study, it was concluded the diagnosis of primary adrenal diffuse type B large cell lymphoma.

CONCLUSIONS: Primary adrenal lymphoma is a rare disease; however, it must be taken into account as a diagnostic possibility when we are faced with a case of adrenal insufficiency.

KEYWORDS: Adrenal insufficiency; Glucocorticoids; Mineralocorticoids; Lymphoma, non-Hodgkin.

Este artículo debe citarse como: Degante-Fitzner CG, Granados-Gurrola AD, De Santiago-Valenzuela JM. Linfoma adrenal primario asociado con insuficiencia suprarrenal en una paciente mexicana. Casos Clín Med Int Mex 2025; 1 (6): 113-116.

https://doi.org/10.24245/mim.v1iCC_Junio.10491

casosclnicosdemedicinainterna.org.mx

ANTECEDENTES

La insuficiencia suprarrenal se distingue por la producción inadecuada de glucocorticoides y mineralocorticoides. Su causa se clasifica en primaria, secundaria o terciaria.¹ La forma primaria es causada por afección o destrucción de las glándulas suprarrenales, lo que condiciona un déficit de hormonas adrenales.²

Puede sospecharse insuficiencia suprarrenal ante la existencia y persistencia de alguno de los siguientes síntomas y signos: pérdida de peso, náusea o vómito, hiporexia, diarrea, letargo, hipoglucemia, hipotensión, hiponatremia o hipercalemia;³ sin embargo, la mayor parte de los síntomas son inespecíficos.⁴

La adrenalitis autoinmunitaria es la principal causa de insuficiencia adrenal primaria adquirida en países occidentales y las causas de tipo infeccioso en los países en vías de desarrollo.⁵ Las menos frecuentes incluyen hemorragias, tumores, enfermedades infiltrativas y el consumo de algunos fármacos.⁶

En cuanto a los tumores de la glándula suprarrenal, las metástasis suelen ocurrir con mayor frecuencia en pacientes ancianos y los tumores primarios pueden manifestarse en cualquier etapa de la vida.⁷ La mayor parte de los tumores hematológicos adrenales primarios son linfomas, aunque son muy raros, con menos de 200 casos reportados en la bibliografía.⁸ El subtipo más frecuente corresponde al linfoma difuso de células B grandes,⁹ como el caso que se comunica.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 71 años, originaria de la Ciudad de México, con antecedentes médicos relevantes de hipotiroidismo primario debido a tiroiditis de Hashimoto en tratamiento con levotiroxina, tabaquismo desde hacía 40 años con índice tabáquico de 12 y cirugía oftalmológica (facemulsificación) 16 años antes.

Acudió a valoración al servicio de medicina interna con antecedente de un mes de evolución de episodios de diarrea intermitente en tratamiento con médico familiar con anti-diarreicos, con poca respuesta, asociados con pérdida de peso significativa de 12 kg, astenia, adinamia e hiporexia en los últimos tres meses. En la exploración física inicial se observó tendencia a la hipotensión arterial, con cifras de 90-70 mmHg, sin afectación neurológica ni hemodinámica, con ligera palidez tegumentaria, lesiones dermatológicas compatibles con angiomas capilares, sin adenopatías palpables. La valoración cardiopulmonar no mostró alteraciones; abdomen con peristalsis ligeramente aumentada y a la palpación se evidenció el bazo de tamaño aumentado.

En la primera etapa del proceso diagnóstico se solicitaron estudios clínicos generales (**Cuadro 1**) que evidenciaron

una elevación considerable de DHL, un desequilibrio hídroelectrolítico a expensas de hiponatremia hipovolémica hipotónica crónica y, en términos hematológicos, anemia microcítica hipocrómica, con un perfil cinético de hierro compatible con anemia inflamatoria acompañada de elevación significativa de ferritina. Se continuó el protocolo diagnóstico de la paciente con la premisa de pérdida de peso significativa con alta sospecha de una enfermedad neoplásica acompañada de datos sugerentes de insuficiencia suprarrenal primaria.

Se encontraron concentraciones de cortisol matinal de 11.3 µg/dL (normal) y de corticotropina de 71 pg/mL (elevado). Debido a los resultados no concluyentes se hizo una prueba de estimulación de corticotropina que no reportó un pico de cortisol a los 30 y 60 minutos después de la administración de 250 µg vía intramuscular de corticotropina; lo que confirmó el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal primaria.

Ante el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal y el contexto clínico de la paciente de un síndrome consuntivo de probable causa oncológica se practicó una tomografía computada abdominal simple y contrastada con hallazgos de lesión nodular de la glándula suprarrenal derecha, con un porcentaje de lavado del 65% con características aparentemente benignas, glándula suprarrenal izquierda ligeramente engrosada, con un porcentaje de lavado del 71%, hepatomegalia de 18.9 cm y esplenomegalia de 15 cm. **Figura 1**

La tomografía computada por emisión de positrones con 18 F-FDG reveló una imagen nodular en la glándula suprarrenal derecha asociada con hipermetabolismo focal, así como inversión del metabolismo hepatoesplénico y metabolismo difuso en la médula ósea, lo que sugirió una causa neoplásica. **Figura 2**

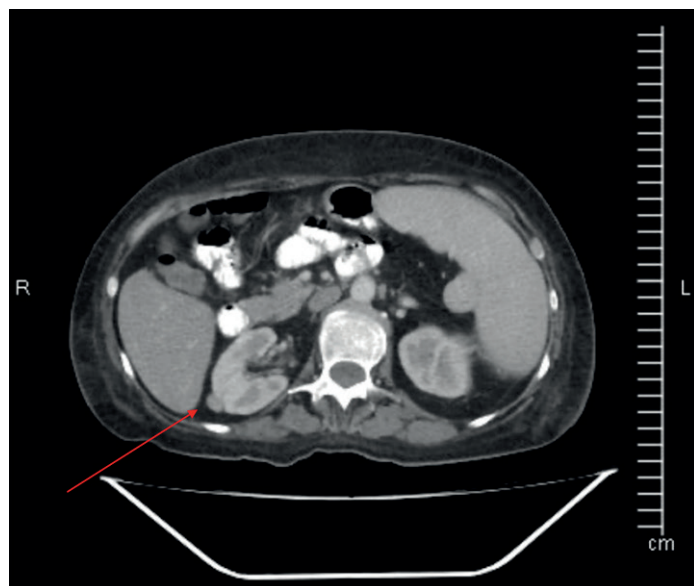
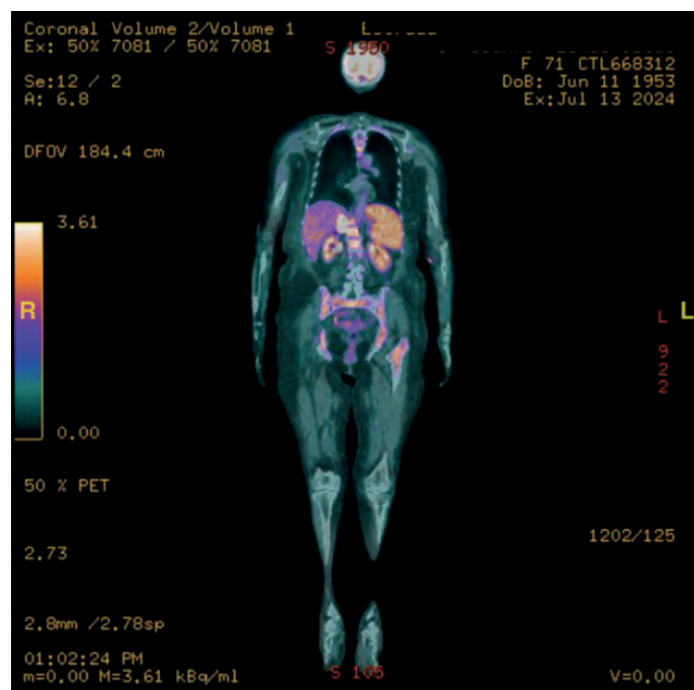
Se practicó adrenalectomía derecha laparoscópica con posterior estudio histopatológico e inmunohistoquímico de la pieza quirúrgica con resultados compatibles con linfoma de células B no Hodgkin, subtipo de células grandes, con CD20 positivo, Bcl-2 positivo, Bcl-6 positivo, Bcl-1 positivo, índice de proliferación Ki-67 del 90% y CD30 negativo. Se continuó con la atención de la paciente por parte del servicio de hematología donde se le tomó biopsia de médula ósea, cuyo estudio reportó: médula ósea moderadamente hiper celular, infiltración por linfoma difuso de células B grandes, inmunofenotipo CD20 positivo. Se inició tratamiento con quimioterapia con régimen CHOP y rituximab.

DISCUSIÓN

El linfoma suprarrenal primario es un subtipo poco común de linfoma y representa menos del 1% de los linfomas no Hodgkin. Aproximadamente el 95% de estos linfomas tienen linaje de células B. En dos terceras partes de los casos comunicados había asociación con insuficiencia suprarrenal.¹⁰

Cuadro 1. Estudios de laboratorio iniciales

Glucosa	116 mg/dL	Sodio	132.7 meq/L	Lipasa	48 U/L	Bilirrubina directa	0.52 mg/dL
Urea	31 mg/dL	Potasio	4.14 meq/L	AST	41 U/L	Bilirrubina indirecta	0.75 mg/dL
Creatinina	0.77 mg/dL	Calcio	8.5 mg/dL	ALT	14 U/L	Amilasa	40 U/L
BUN	14.5 mg/dL	Magnesio	3.1 mg/dL	GGT	9 U/L	Albúmina	2.9 g/dL
Ácido úrico	4.7 mg/dL	Cloro	100.7 meq/L	Bilirrubina total	1.27 mg/dL	Deshidrogenasa láctica	546 U/L

**Figura 1.** Lesión nodular de la glándula suprarrenal derecha.**Figura 2.** Imagen nodular en la glándula suprarrenal derecha.

En el proceso diagnóstico puede encontrarse una tumoración suprarrenal unilateral o bilateral en el 75% de los casos. Para su diagnóstico definitivo es necesaria la toma de una biopsia para estudio histopatológico.¹¹

El linfoma primario difuso de células B grandes de la glándula suprarrenal es un tipo de cáncer poco común y agresivo que afecta las glándulas suprarrenales, órganos responsables de producir hormonas decisivas para el cuerpo. Su pronóstico suele ser malo porque evoluciona rápidamente y su tratamiento es complejo.¹²

Aunque aún no se comprende del todo su origen, una hipótesis sugiere que podría sobrevenir a partir del tejido hematopoyético presente en la glándula suprarrenal, es decir, el tejido responsable de la producción de células sanguíneas. Esta incertidumbre sobre su patogénesis dificulta su diagnóstico y tratamiento, lo que lo convierte en un desafío.¹³

CONCLUSIONES

El linfoma primario suprarrenal es una enfermedad poco común; sin embargo, hay que tenerla en cuenta como una posibilidad diagnóstica ante un caso de insuficiencia suprarrenal. Definir la causa de esta última es importante porque establece un pronóstico.

REFERENCIAS

- Hahner S, Ross RJ, Arlt W, Bancos I, et al. Adrenal insufficiency. *Nat Rev Dis Primers* 2021; 7 (1): 19. doi: 10.1038/s41572-021-00252-7
- Charoensri S, Auchus RJ. A contemporary approach to the diagnosis and management of adrenal insufficiency. *Endocrinol Metab* 2024; 39 (1): 73-82. doi: 10.3803/EnM.2024.1894.
- Guideline NG243, NICE. Adrenal insufficiency: identification and management. *Methods* 2024; 28: 08.
- Husebye ES, Pearce SH, Krone NP, Kämpe O. Adrenal insufficiency. *Lancet* 2021; 397 (10274): 613-629. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00136-7
- Lundholm MD, Ambalavanan J, Rao PP. Primary adrenal insufficiency in adults: When to suspect, how to diagnose and manage. *Clev Clin J Med* 2024; 91 (9): 553-562. doi: 10.3949/ccjm.91a.23072
- Shaikh S, Nagendra L, Shaikh S, Pappachan JM. Adrenal failure: an evidence-based diagnostic approach. *Diagnostics* 2023; 13 (10): 1812. doi: 10.3390/diagnostics13101812
- Rushworth RL, Torpy DJ. The changing epidemiology of adrenal insufficiency: iatrogenic factors predominate. *J Endocr Soc* 2023; 7 (3): bvad017. doi: 10.1210/jendso/bvad017
- Lam AKY. Update on adrenal tumours in 2017 World Health Organization (WHO) of endocrine tumours. *Endocr Pathol* 2017; 28: 213-227. doi: 10.1007/s12022-017-9484-5

9. Rezkallah EMN, Hanna RS, Elsaify WM. Adrenal lymphoma: case reports and mini-review. *Int J Endocrinol Metab* 2022; 20 (4): e128386. doi: 10.5812/ijem-128386
10. Yang Y, Xie W, Ren Y, Tian H, Chen T. A case report of primary adrenal lymphoma: A rare but aggressive and invasive disease. *Medicine* 2020; 99 (28): e20938. doi: 10.1097/MD.00000000000020938
11. Grønning K, Sharma A, Mastroianni MA, Karlsson BD, et al. Primary adrenal lymphoma as a cause of adrenal insufficiency, a report of two cases. *Endocrinol Diabetes Metab Case Rep* 2020. doi: 10.1530/EDM-19-0131
12. Somasundaram H, Boyer PN, Casey J, Wong M, Shenoy V. Primary adrenal lymphoma as a rare cause of primary adrenal insufficiency: challenges in management and a review of the literature. *AACE Clinical Case Reports*, 2022; 8 (5): 199-203. doi: 10.1016/j.aace.2022.05.003
13. Aron DC. The adrenal incidentaloma: disease of modern technology and public health problem. *Rev Endocrine Metab Disord* 2001; 2 (3): 335-42. doi: 10.1023/a:1011580819132