

Glándula suprarrenal

Dra Laura Carreño Toro
Departamento de Anatomía Patológica.
Universidad de Chile

GLANDULA SUPRARRENAL

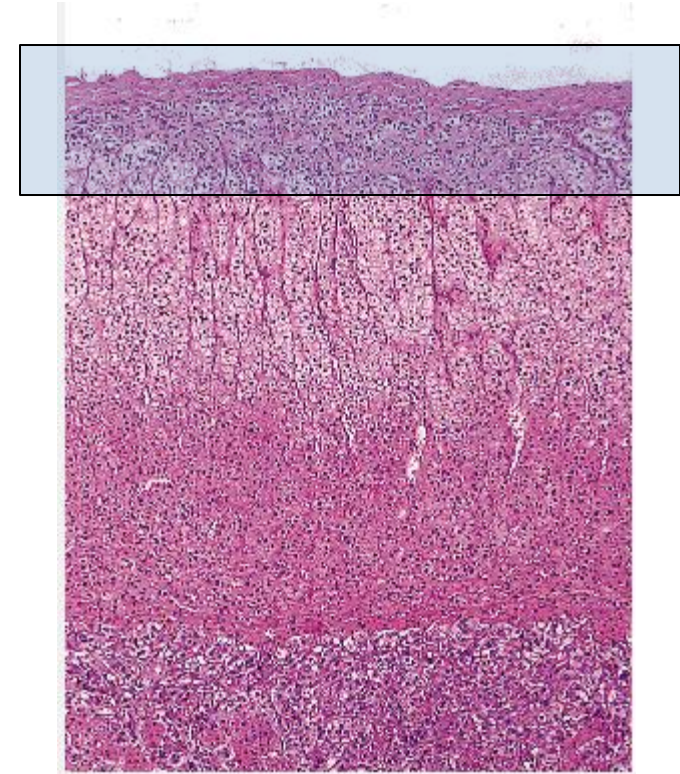


CORTEZA: zona glomerular (aldosterona)

zona fascicular (cortisol)

zona reticular (estróg-andróg)

MEDULA: células cromafines (adrenalina)



GLANDULA SUPRARRENAL

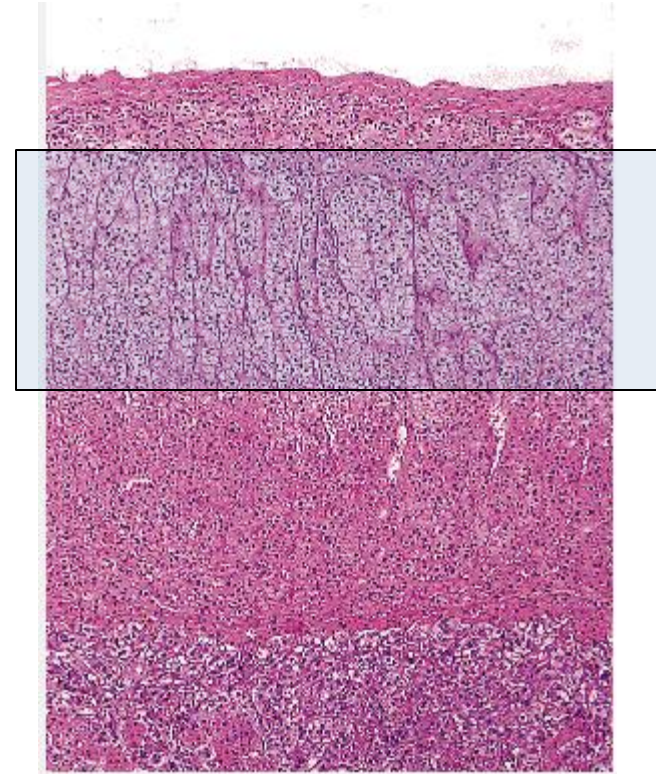


CORTEZA: zona glomerular (aldosterona)

zona fascicular (cortisol)

zona reticular (estróg-andróg)

MEDULA: células cromafines (adrenalina)



GLANDULA SUPRARRENAL

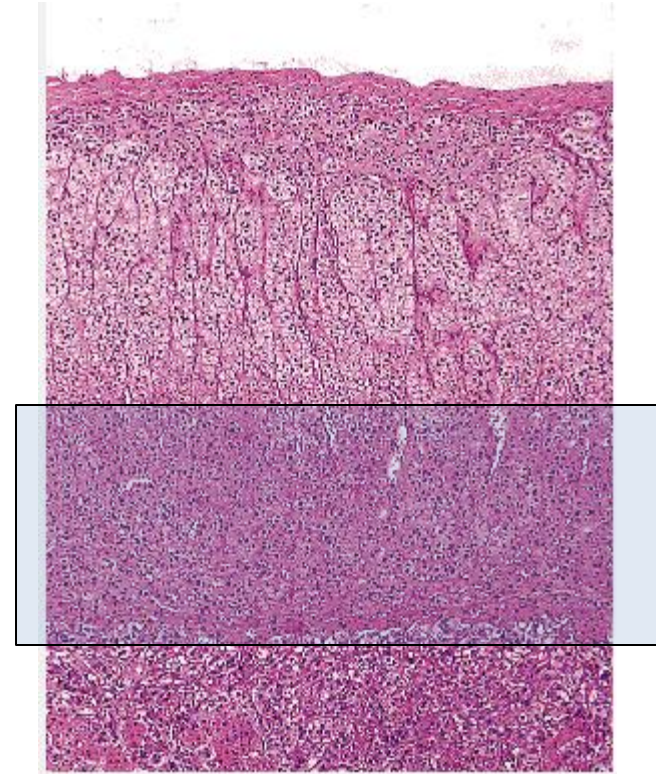


CORTEZA: zona glomerular (aldosterona)

zona fascicular (cortisol)

zona reticular (estróg-andróg)

MEDULA: células cromafines (adrenalina)



GLANDULA SUPRARRENAL

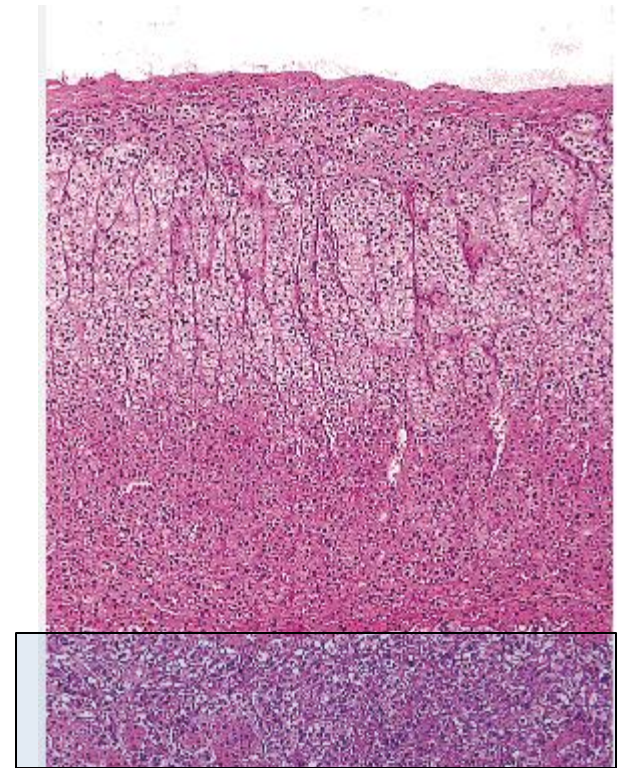


CORTEZA: zona glomerular (aldosterona)

zona fascicular (cortisol)

zona reticular (estróg-andróg)

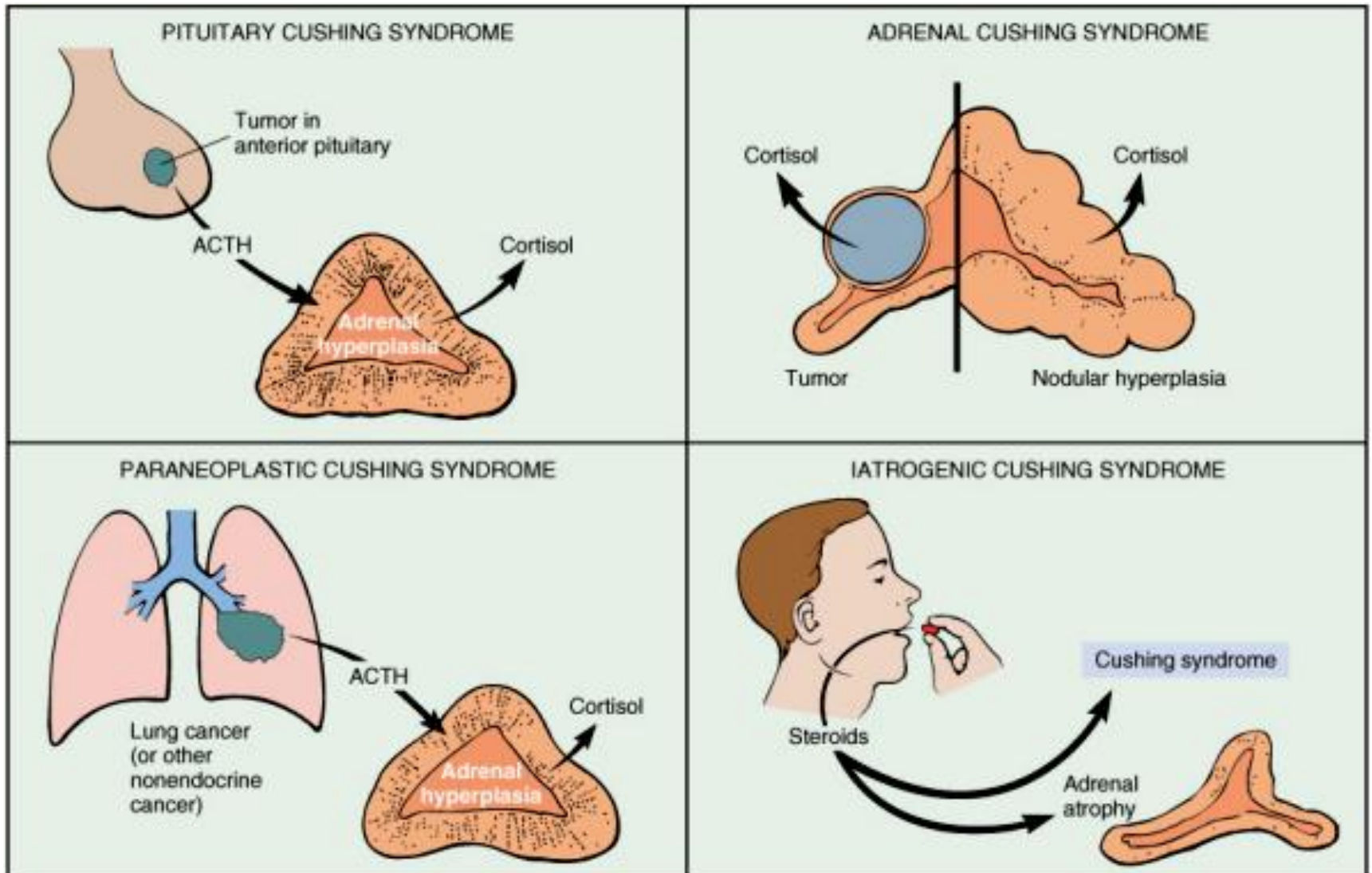
MEDULA: células cromafines (adrenalina)



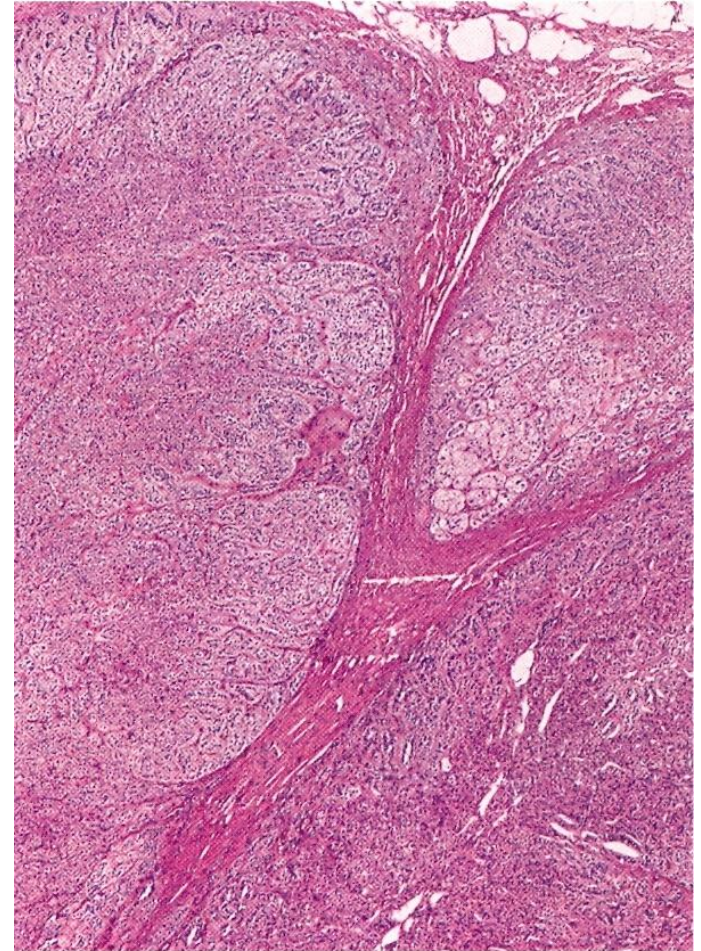
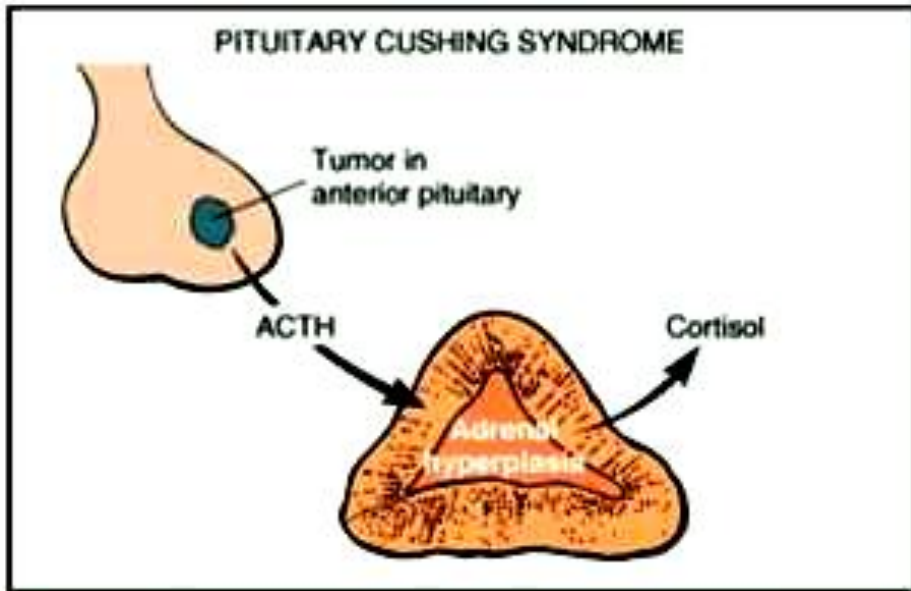
PATOLOGIA CORTICAL

- Hiperfunción : Hiperaldosteronismo
Hipercortisolismo (Cushing)
Sd. Virilizantes
- Hipofunción : Insuficiencia cortical

HIPERFUNCIÓN: CAUSAS



HIPERPLASIA NODULAR CORTICAL



50% de causas endógenas

Hipersecreción de ACTH: adenoma

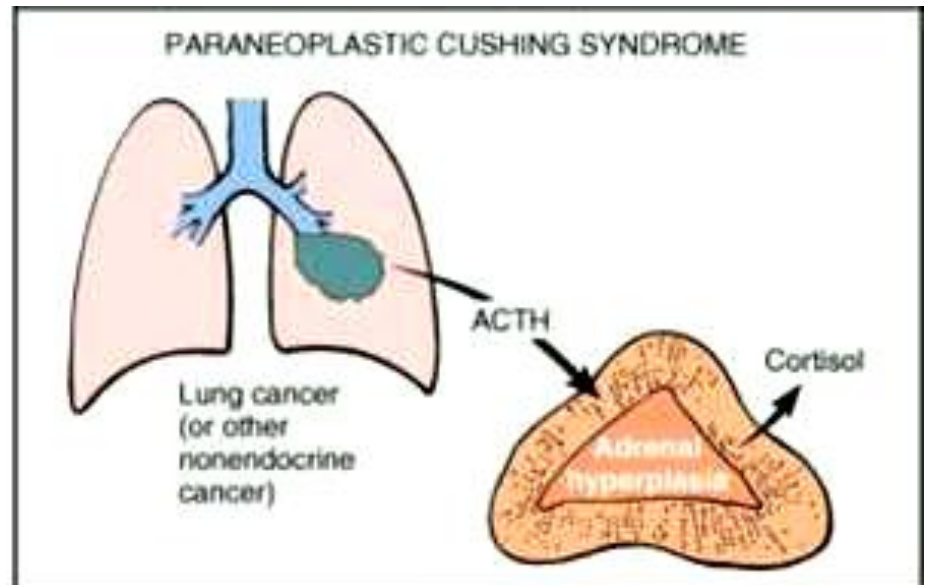
hiperplasia

hipotálamo

Hiperplasia nodular cortical bilateral

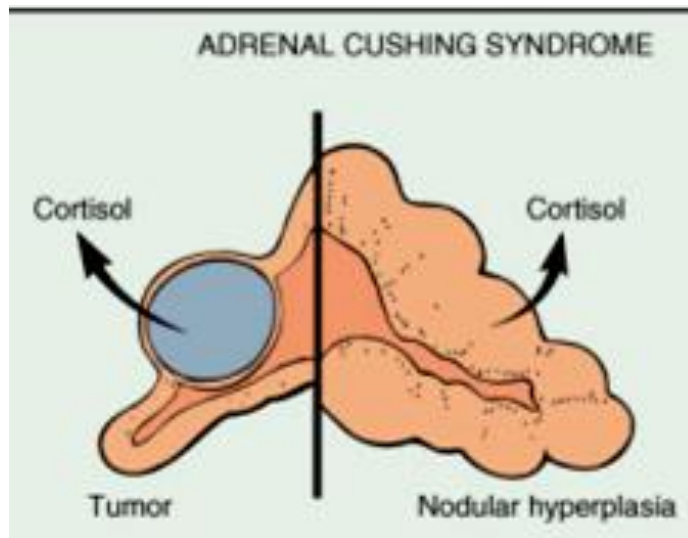
SECRECION ECTOPICA DE ACTH

- Ca de células pequeñas del pulmón.
- Tumores carcinoides.
- Carcinoma medular de tiroides.
- Tu de islotes pancreáticos.



NEOPLASIAS E HIPERPLASIAS

- 15% a 30% como causa de Sd.Cushing
- Adenoma- Carcinoma – Hiperplasia
- En adultos la frecuencia adenoma-Ca es igual
- En niños es más frecuente el carcinoma



NEOPLASIAS SUPRARRENALES

- Morfología igual en funcionantes y no funcionantes.
- ADENOMA: Neoplasia glandular benigna con mayor frecuencia no funcionante.
- CARCINOMA: Neoplasia epitelial maligna con más frecuencia funcionante que adenoma.



ADENOMA - CARCINOMA

ADENOMA	CARCINOMA
Frecuente No funcionantes	Frecuente Funcionantes
Promedio 2,5 cm.	> 5 cm.
Bien delimitado	Infiltra cápsula, vecindad
Amarillo-pardo	Hemorragia y necrosis frecuente
Corteza normal o atrófica	Infiltra vasos sanguíneos
	Da metástasis

EN RESUMEN:MORFOLOGIA SSRR

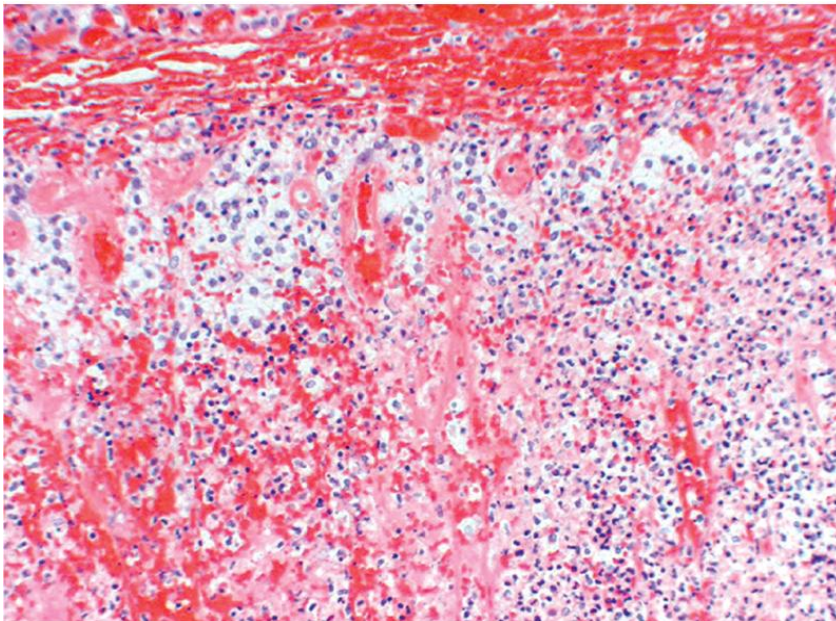
- Atrofia cortical: En administración exógena de cortisol, es bilateral y difusa.
- Hiperplasia difusa y nodular: Aumento de tamaño y peso bilateral. Patología hipofisiaria.
- Neoplasias: Adenoma-Carcinoma.

HIPOFUNCIÓN: INSUFICIENCIA SSRR

- Insuficiencia aguda primaria
- Insuficiencia crónica primaria
- Insuficiencia secundaria

INSUFICIENCIA CORTICO SSRR AGUDA PRIMARIA

- Crisis en pacientes con insuficiencia SSRR cr.
- Retiro abrupto de corticoides exógenos.
- Hemorragia suprarrenal masiva



INSUFICIENCIA SSRR CRONICA PRIMARIA

- Destrucción progresiva de SSRR
- 90% de casos.
- ACTH plasmática alta, SSRR no responde.
- Sus causas son:
- **Causas:** Adrenalitis autoinmune (60%-70%)
Tuberculosis
SIDA
Metástasis

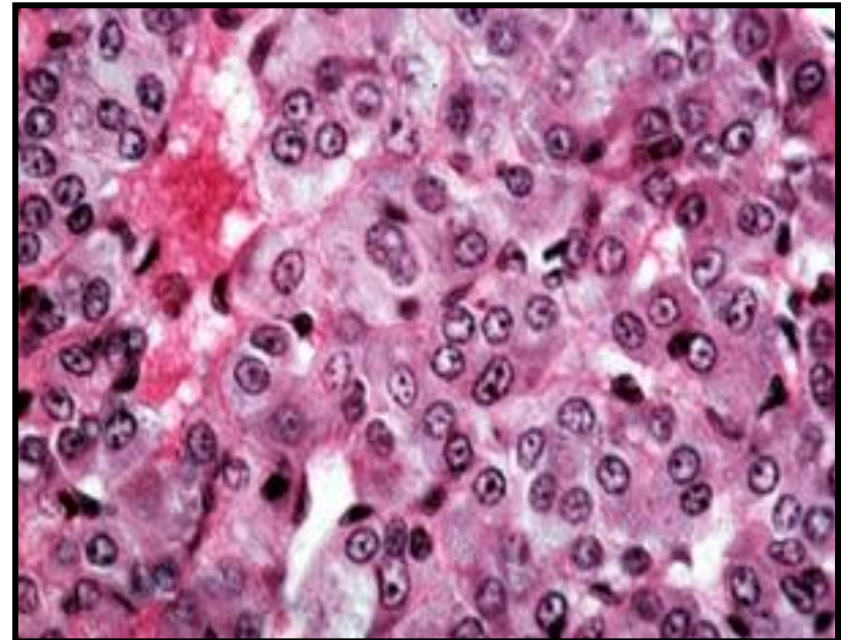
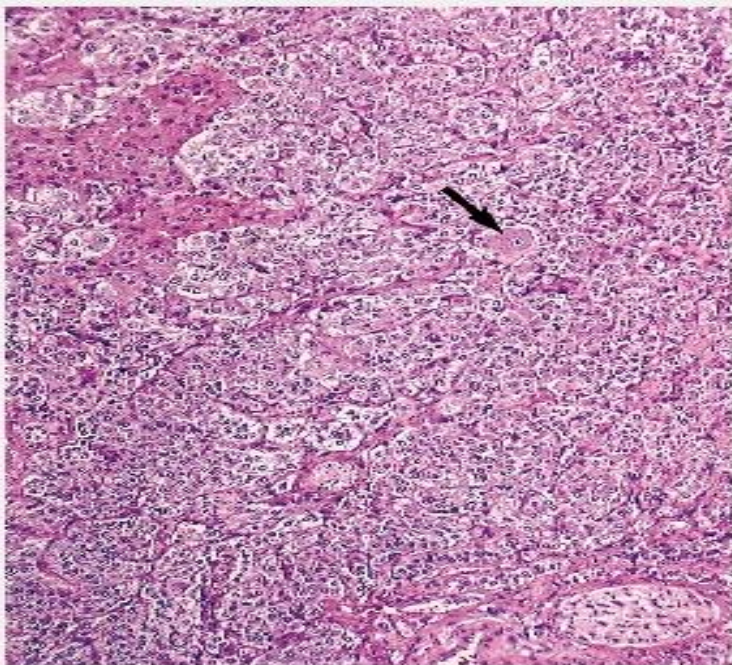
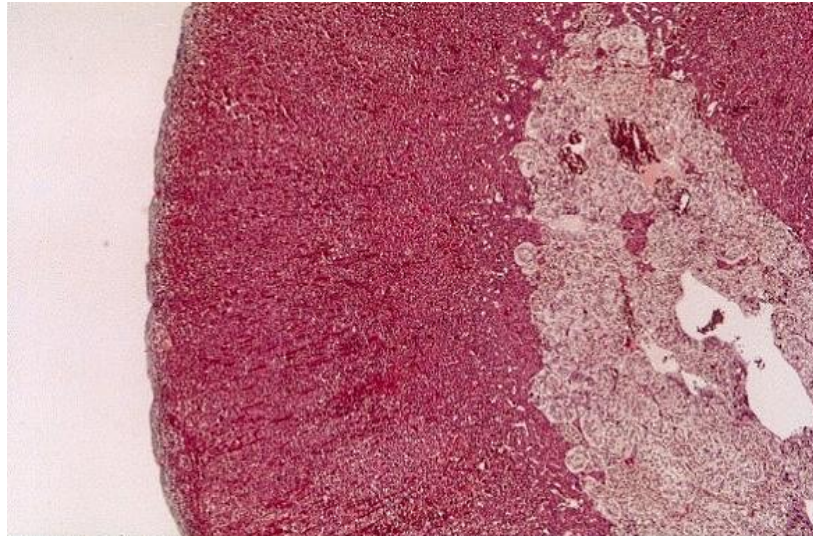
Insuficiencia Adrenal ➡ 90% destrucción glandular

INSUFICIENCIA SSRR SECUNDARIA

Niveles de ACTH bajos, SSRR responde a su administración.

- **Causas:**
 - Trastornos hipot- hipof con ACTH baja.
 - Administración exógena crónica de corticoides con ACTH baja.

MEDULA SUPRARRENAL



FEOCROMOCITOMA

▪ Neoplasia de células que secretan catecolaminas.

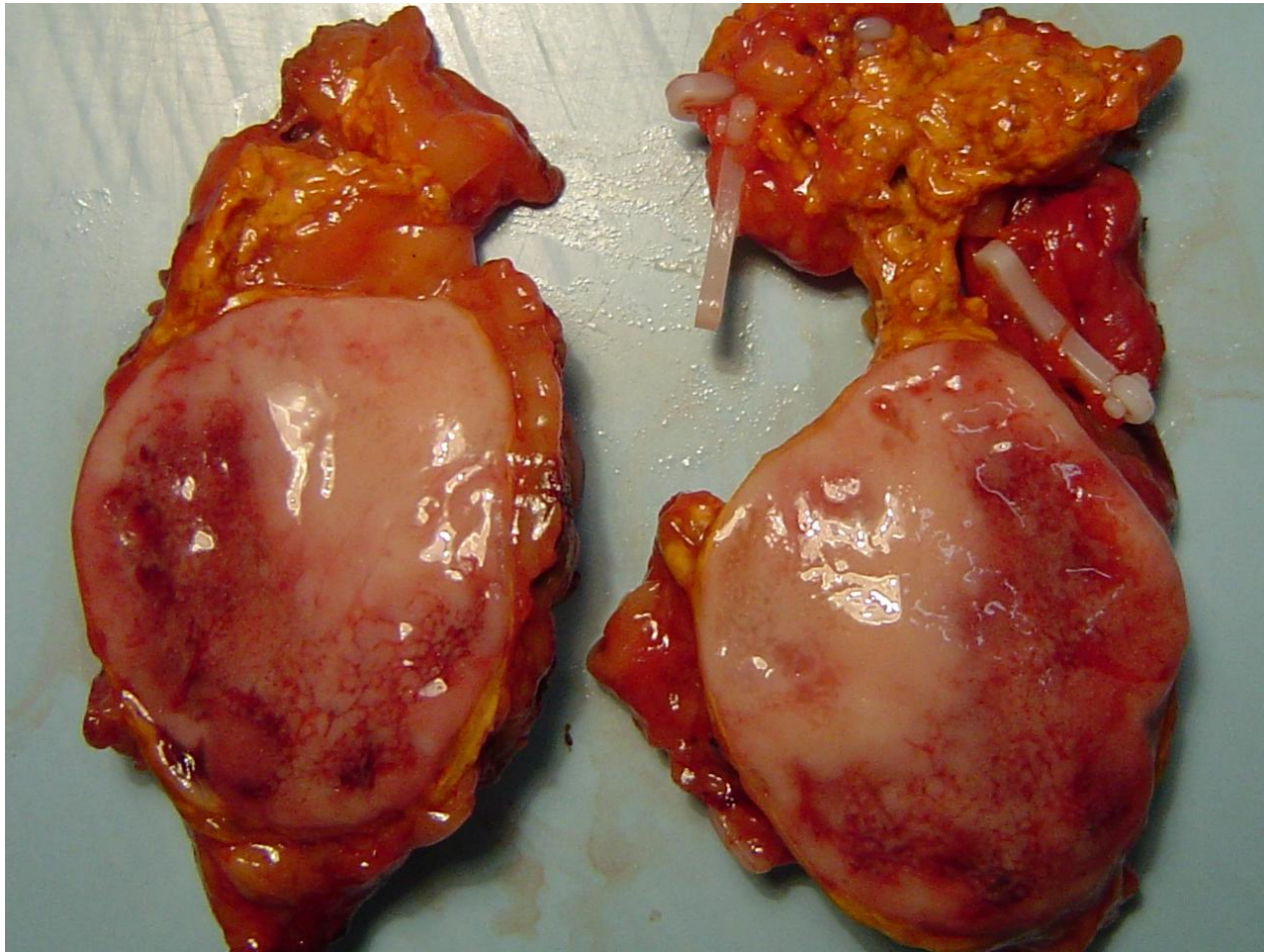
- Epidemiología:

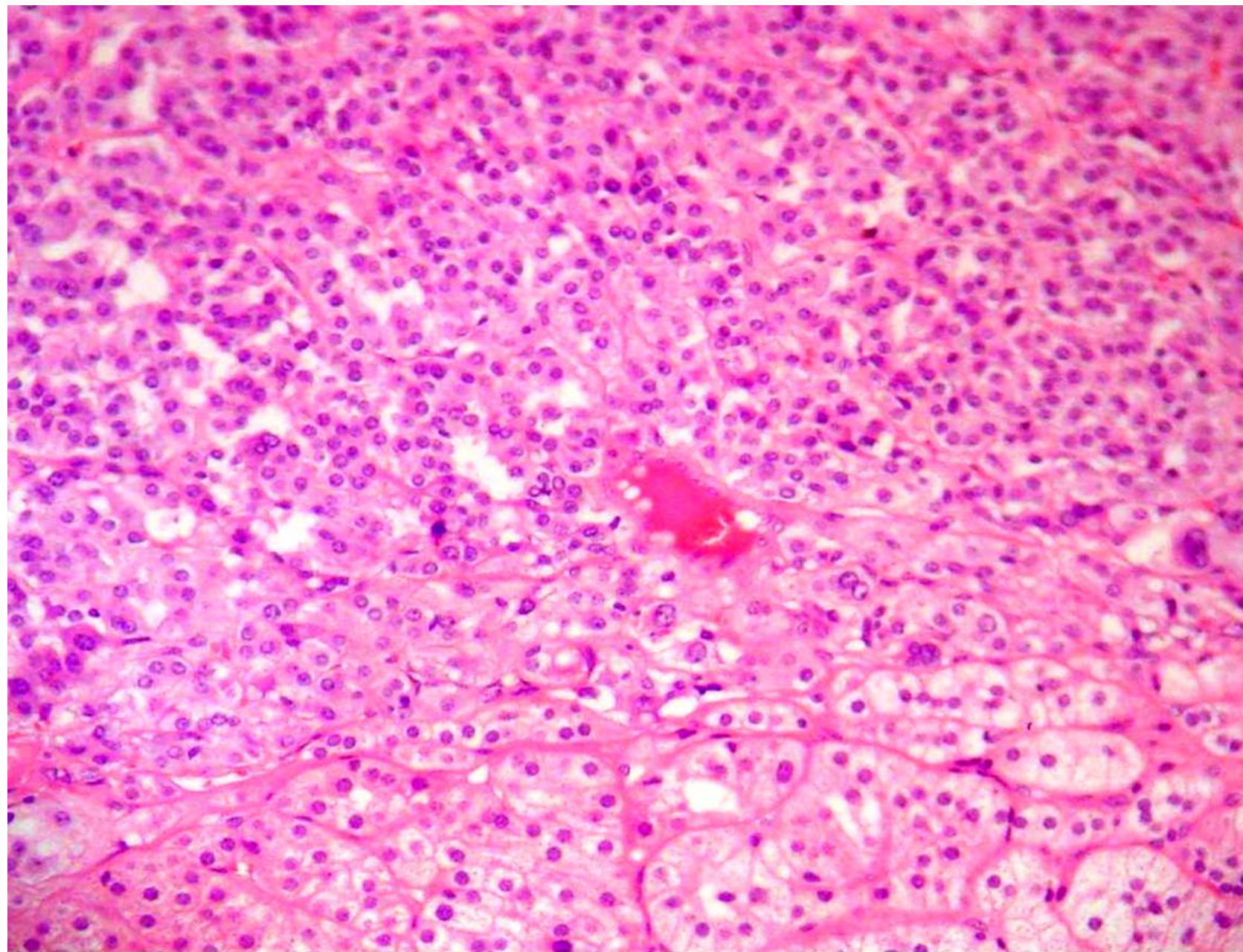
Esporádicos	• 90% de casos. • 40-60 años, mujeres • 10-15% bilaterales
Familiares	• 10% de casos. • varones, niños y jóvenes • 70% bilaterales

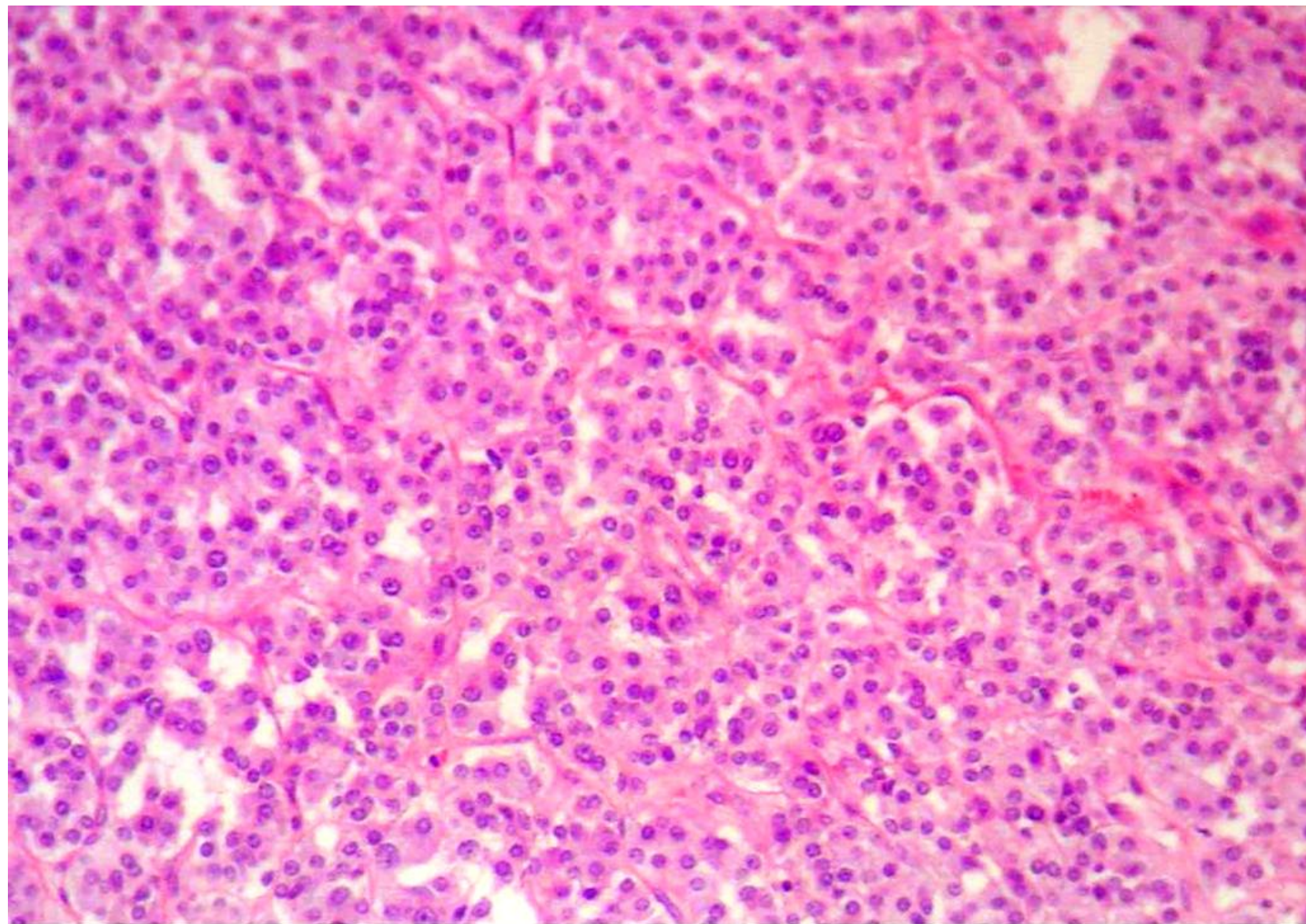
▪ Tumor del “10%”:

- 10% bilateral
- 10% extraadrenal
- 10% en niños
- 10% malignos

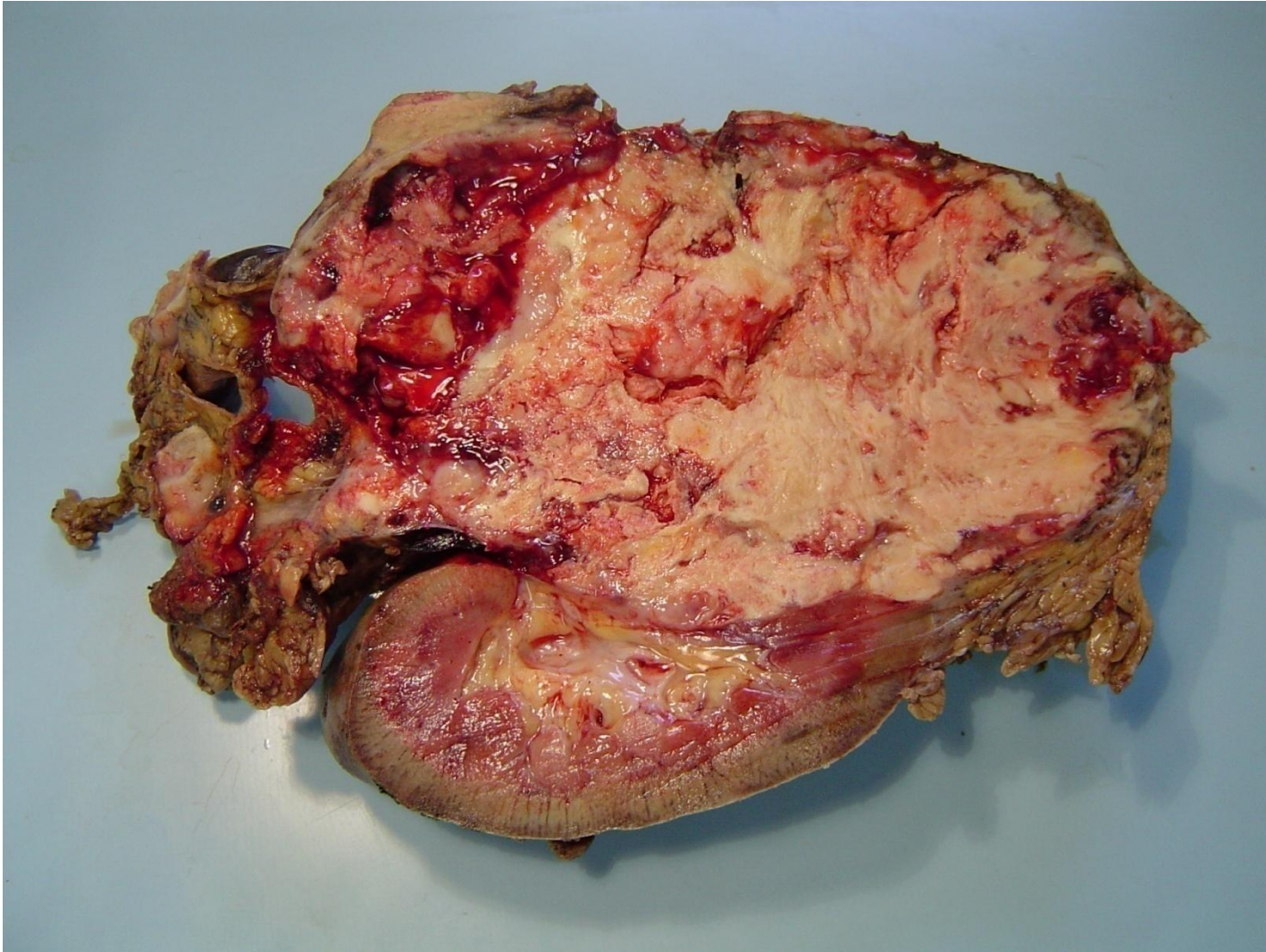
MACROSCOPÍA



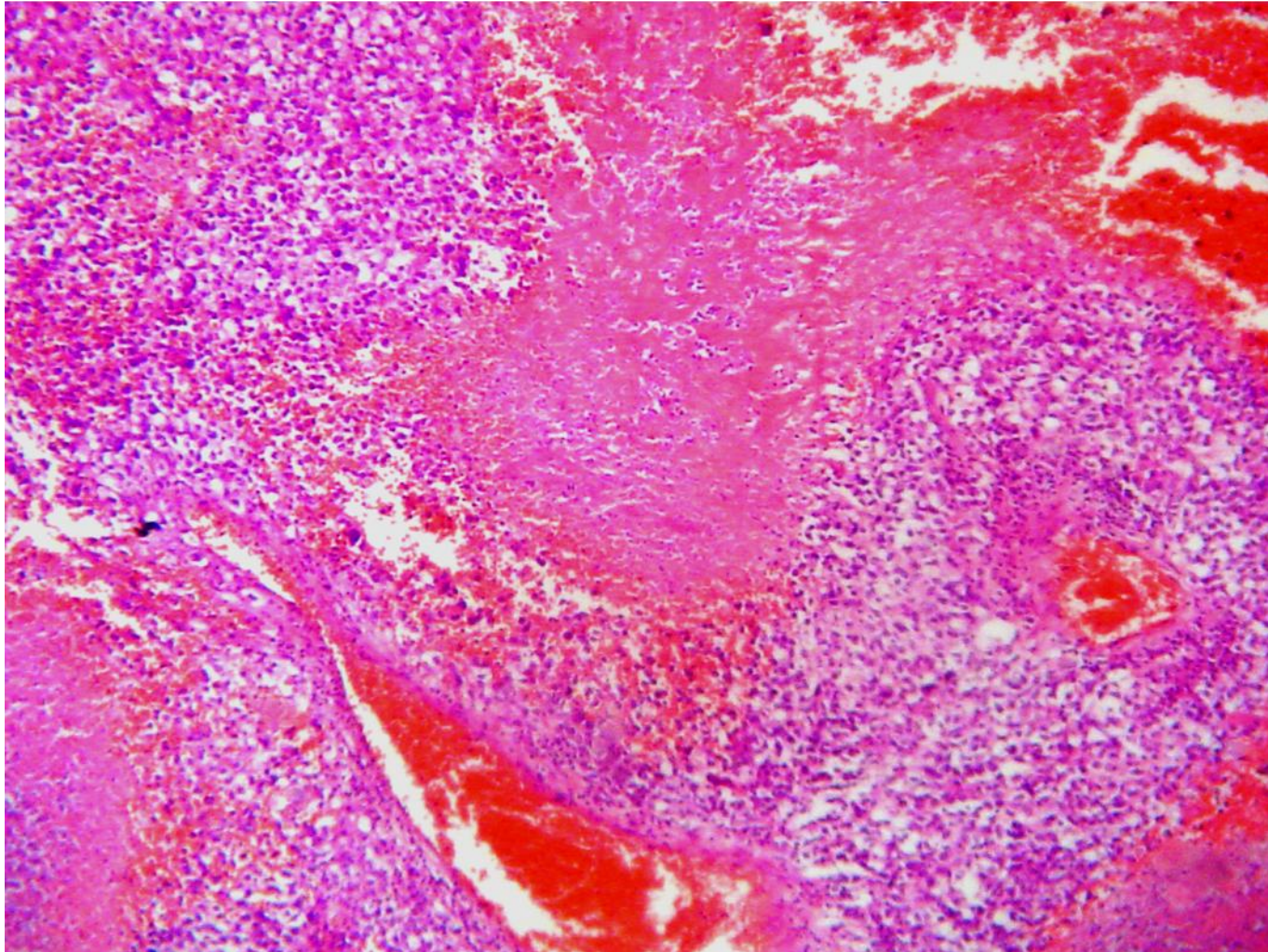


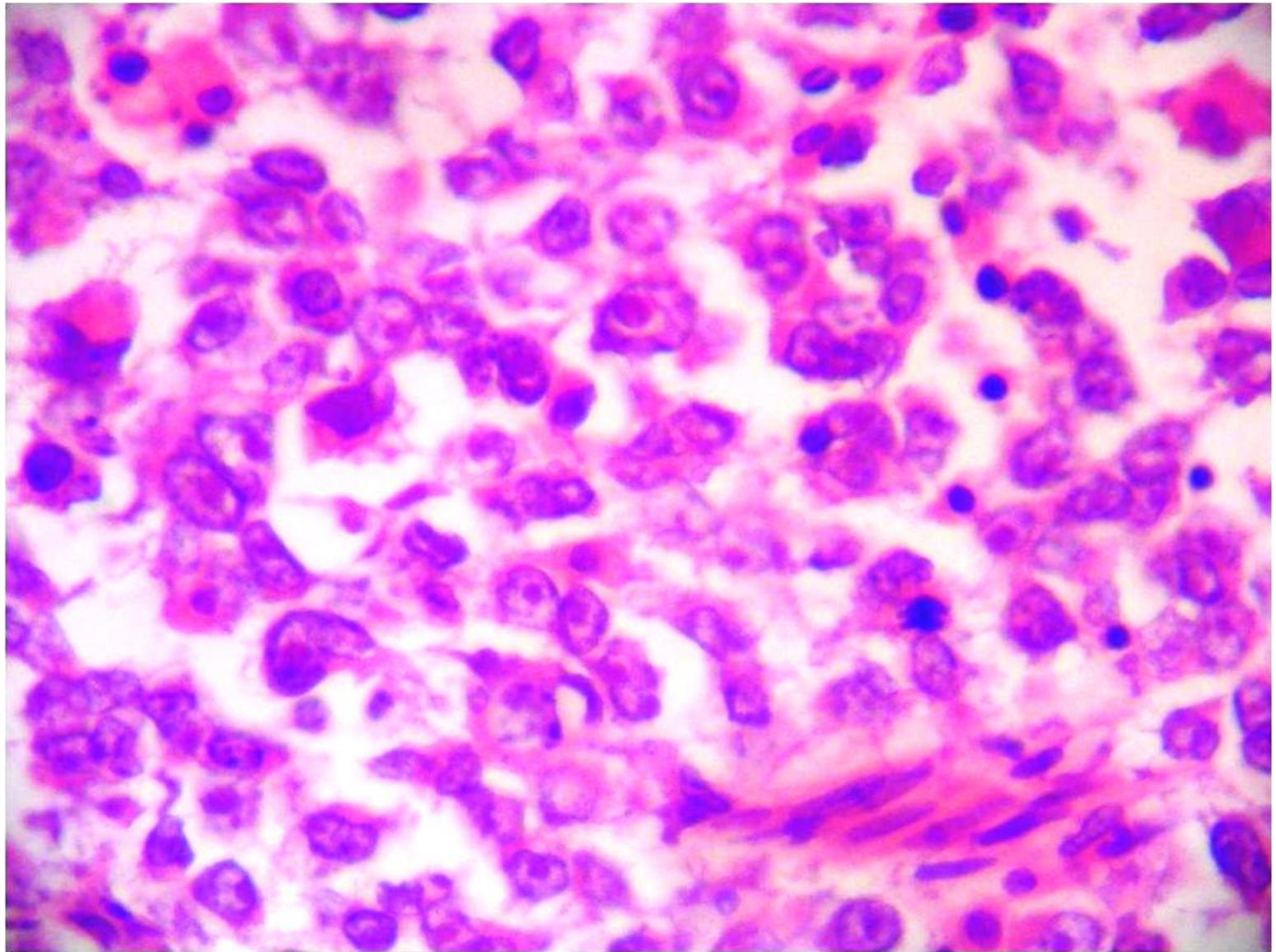


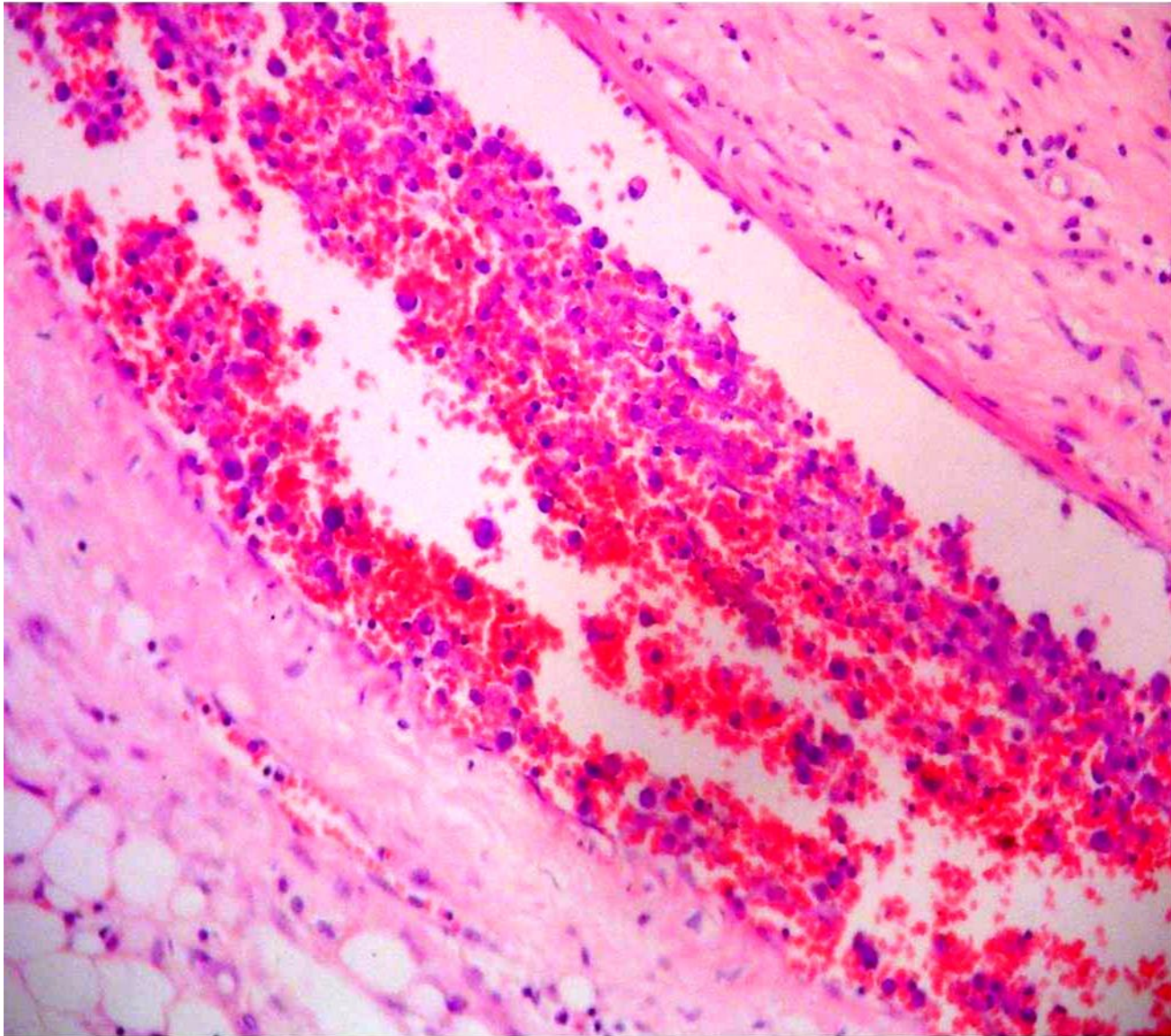
MACROSCOPIA



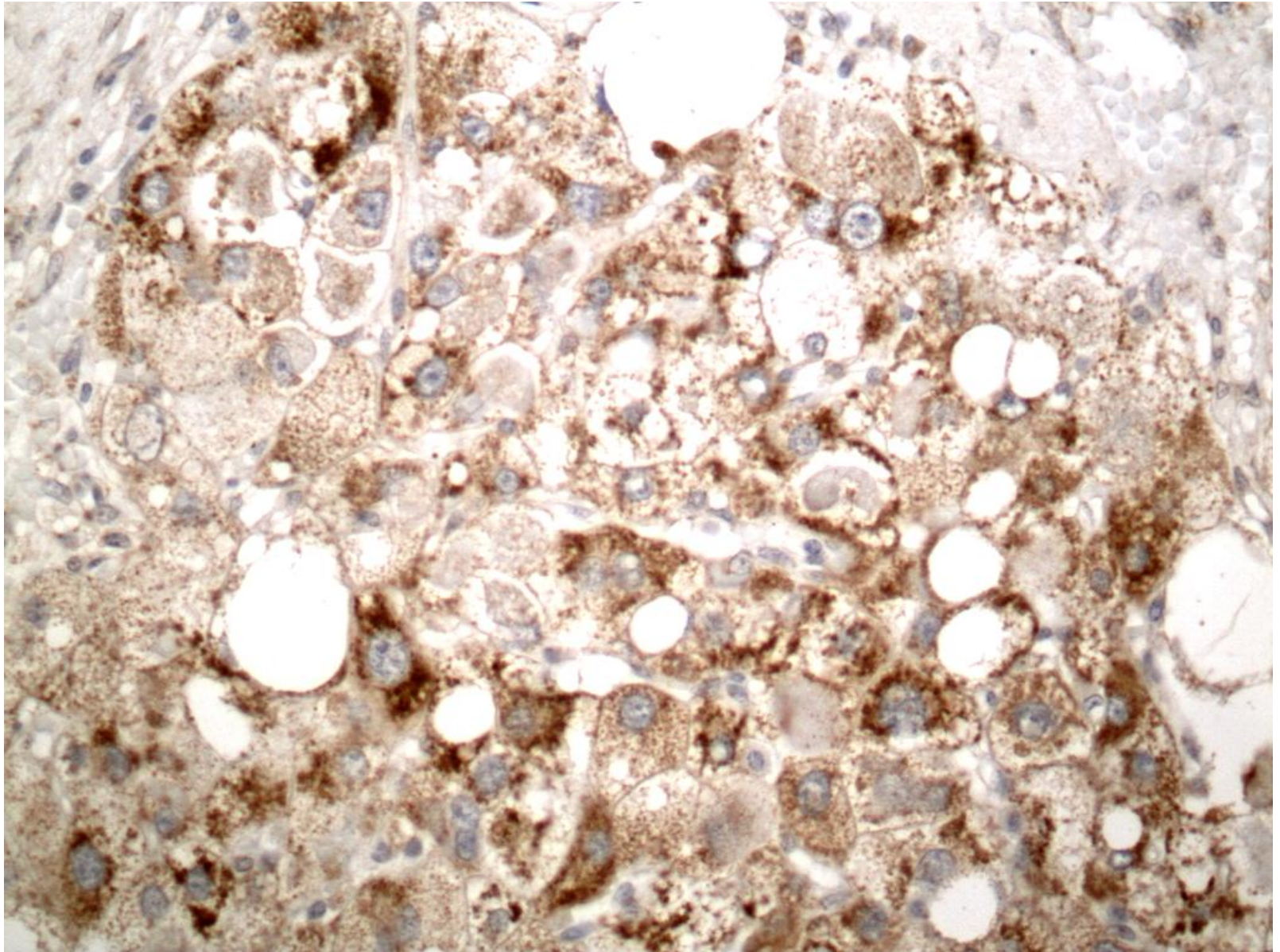
MICROSCOPIA







CROMOGRANINA Y SINAPTOFISINA +



CRITERIO MORFOLOGICOS DE MALIGNIDAD

Único criterio cierto de malignidad —————→ METASTASIS —————→

- Costillas, pulmón, hígado y riñón

CRITERIOS MORFOLOGICOS DE MALIGNIDAD

- Tamaño: Mayor a 300 grs
- Necrosis tumoral
- Más de 3 mitosis por 30 HPF
- Invasión órganos adyacentes
- Invasión vascular