

Masa suprarrenal: manejo de incidentaloma y metástasis

Dr José T Real

Servicio de Endocrinología y Nutrición.
Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Departamento de Medicina. Universidad de
Valencia.



Incidentaloma suprarrenal

- Prevalencia
 - 2-10 % de las necropsias (3% > 50 años)
 - 1-4% de los TAC/RM abdominales
 - Localización frecuente de metástasis
 - 1 cada 4000 es maligno
- Evaluación
 - Benigno o maligno
 - Tamaño
 - Uni o bilateral
 - Antecedentes de enfermedad maligna o infecciosa
 - Funcional o no funcionante
 - 70 – 90% son no funcionantes

Kloos RT, et al. Endocr Rev 1995.
Roos NS, et al. N Engl J Med 1990.
Thompson GB et al. Curr Opin Oncol 2003.

Incidentaloma suprarrenal: etiología

Unilateral		Bilateral	
Funcionante	No funcionante	Funcionante	No funcionante
Adenoma Feocromocitoma Carcinoma	Adenoma Carcinoma Ganglioneuroma Mielolipoma Metastasis	HSC Cushing ACTH dep. Feocromocitoma Hipерминeral. Enfermedad micronodular (Cushing ACTH indep.)	Infecciones (TBC...) Infiltración (leucemia, linfoma...) Hemorragia Metastasis

41% adenomas, 19% metástasis, carcinomas adrenocorticales 10%, mielolipomas 10% y feocromocitomas 8%.

Adenomas suprarrenales

- Prevalencia y características generales
 - 1,5-6 % de las necropsias población general
 - HSC: 82% homocigotos, 45% heterocigotos
 - Tamaños: 1.5-9 cm media 3.3 cm
 - No historia de cáncer 2/3 masas suprarrenales serán adenomas
 - Secretores (10%): 5-40% cortisol, 1.5-3% mineralcorticoides y es excepcional la secreción de andrógenos o estrógenos.

Metástasis suprarrenales

- Etiología: linfoma, carcinomas pulmón y mama
- Prevalencia en sujetos con cáncer 27%
- Incidencia del 39% en mama y 35% en pulmón
- Incidentaloma en pacientes con cáncer 50-75% son metástasis
- Tratamiento paliativo con QT del primario

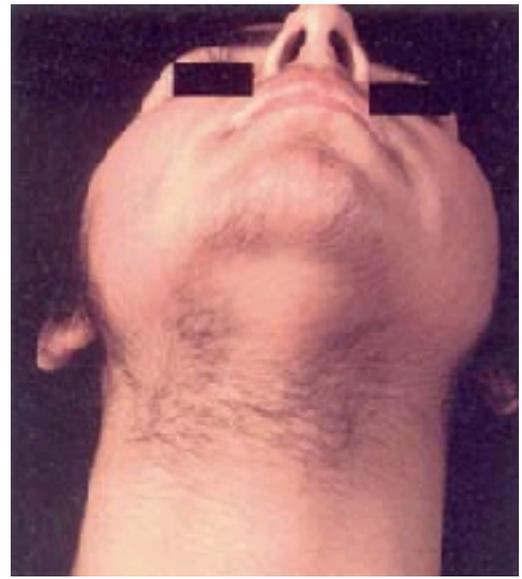
Abrams HL et al. Cancer 1950.
Lumb G et al. Cancer 1959.

Incidentaloma suprarrenal: diagnóstico funcional

- Contexto clínico
 - Aspecto: síndrome Cushing
 - HTA
 - Virilización/hirsutismo
 - Síndrome paraneoplásico
 - Síndrome constitucional
- Evaluación: Hormonal
 - Cortisoluria 24 horas / Frenaje con 1 mg DXM (cortisol a las 8.00 h > 5 microg/dl)
 - Catecolaminas y sus metabolitos en orina 24 horas
 - Na, K, ARP, Aldosterona (Ald/ARP > 30)
 - DHEAS, testosterona



Figure 47-9 Common characteristics of Cushing's syndrome.
 Copyright © 2009 by Mosby, Inc.



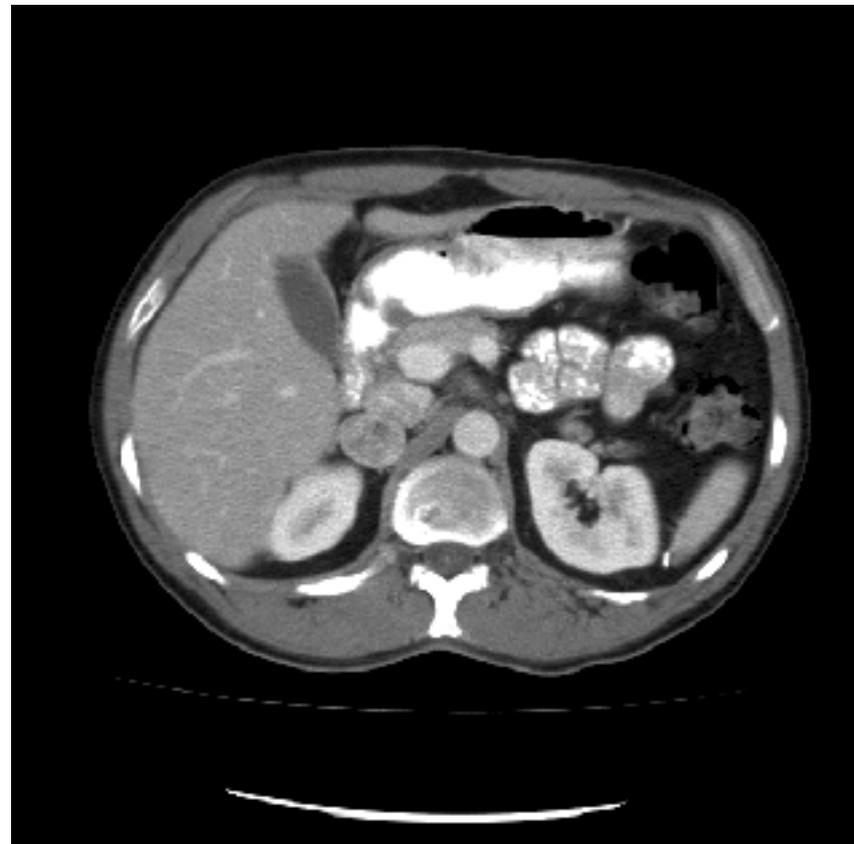
Incidentaloma suprarrenal: pruebas complementarias

- TAC (Sensibilidad 97-99%, especificidad 80-90%)
 - HU (coeficientes de atenuación) basal como tras la administración de contraste
 - Extensión regional
 - Mielolipoma
- RM (Sensibilidad 97-99%, especificidad 90%)
 - Intensidad (T2)
 - “Brillantes”: carcinoma, metástasis o feocromocitoma
 - “Oscuras”: adenoma e hiperplasias
 - Extensión regional
- PET
 - FDG
- PAAF (sensibilidad 80-100%, especificidad 80-100%)

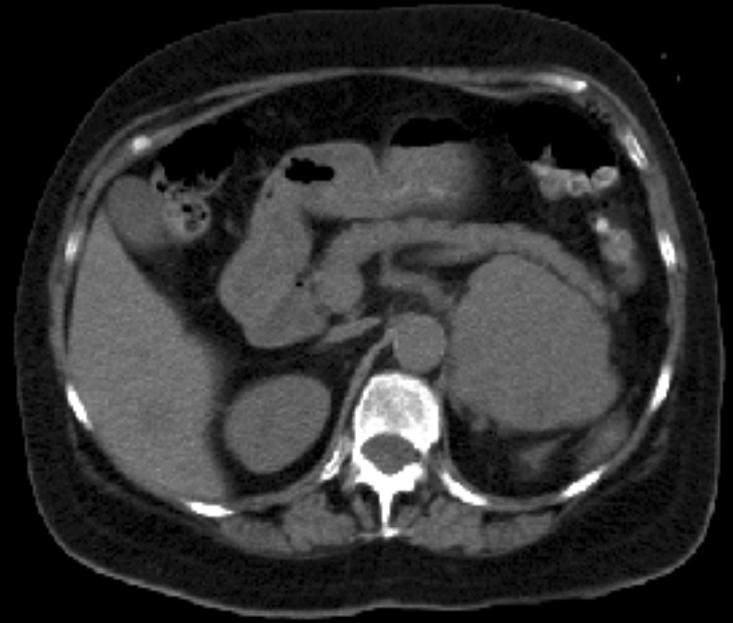
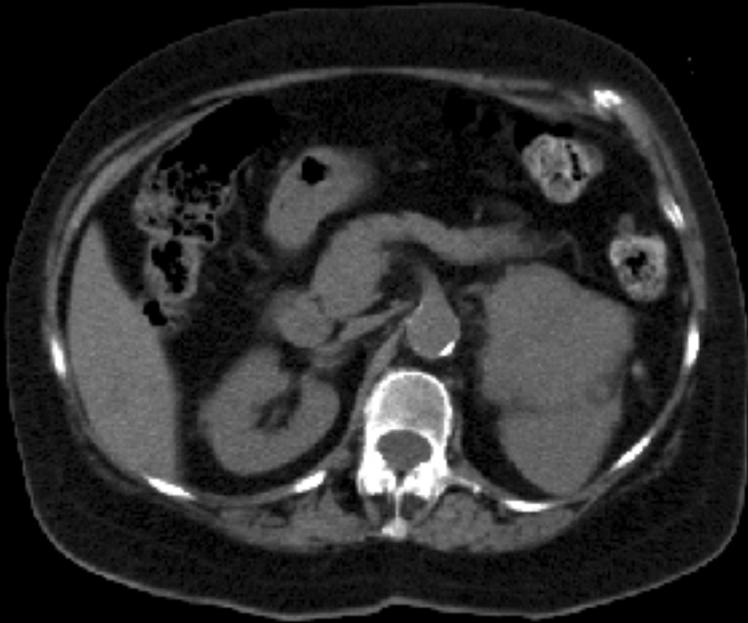
Incidentaloma suprarrenal: diagnóstico

	Tamaño	Homogéneo	Intensidad	Extensión
Adenoma	< 3 cm < 5 cm	Si	Baja HU <18 (TAC) Isointenso (RM)	No
Feocrom.		No	Baja (TAC) Hiperintenso T2 (RM)	No
Carcinoma	> 5 cm	No. Márgenes irregulares	Baja (TAC) Intermedio (RM)	Si. Infiltración regional
Metástasis	Variable	No	Baja (TAC) Hiperintensa T2,hipointensa en T1 (RM)	Variable

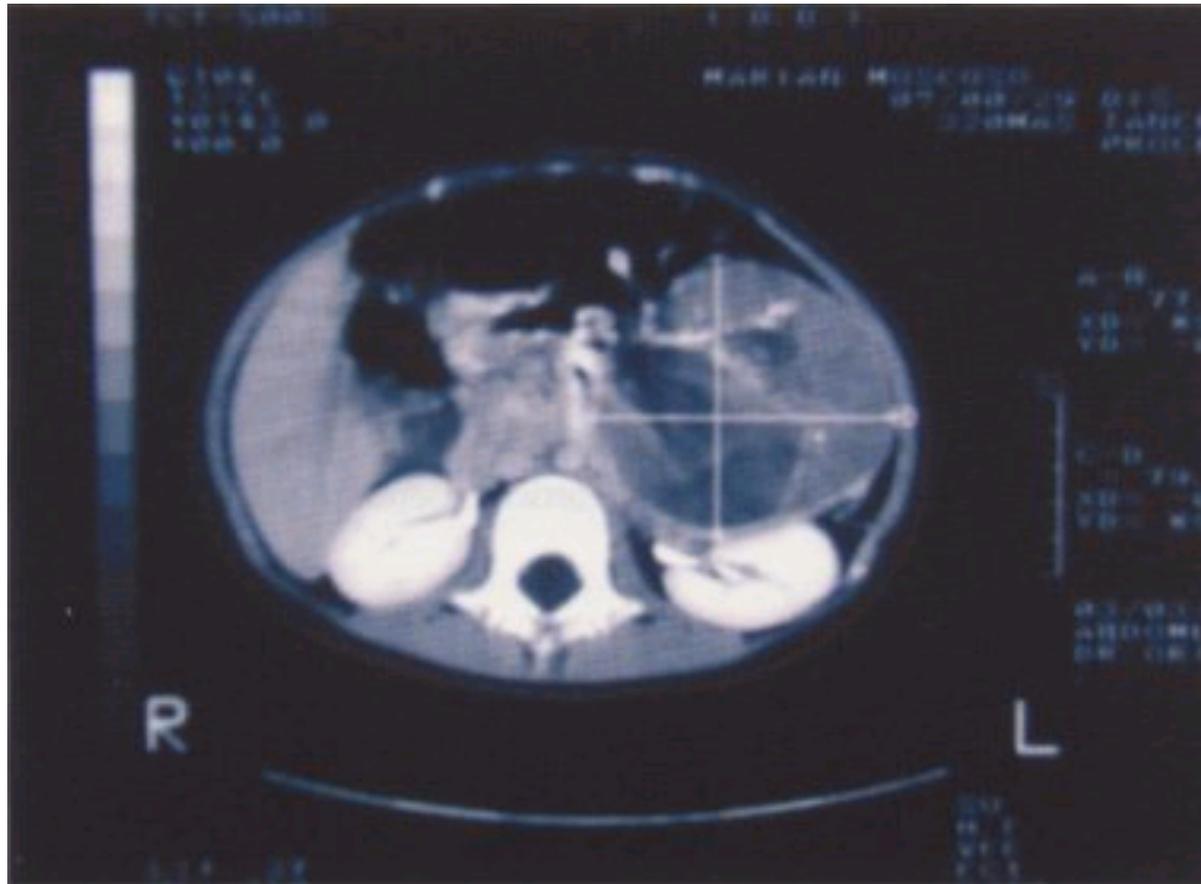
Feocromocitoma MEN2A



Carcinoma Suprarrenal



Carcinoma Suprarrenal



S. Cushing: tratamiento

1. Adrenalectomia

2. Tratamiento médico

Mitotane (o-p DDD o Lisodren). Dosis de 6 a 12 g/d.

Aminoglutetimida (Elipten). 700-1500 mg/d.

Ketoconazol 400-1200 mg/día.

Feocromocitoma

1. Adrenalectomia

2. Médico

- **Fenoxibenzamina (dibencilina):** 10 mg/12h e ir ↑ hasta 40-80 mg/día.
- **Prazosin** 1.5-2 mg/6h (utilización de segunda línea)
- **Betabloqueantes:** solo para las arritmias y no como preventivo.

Hipermineralcorticismo

1. **Adenoma** - quirúrgico.

2. **Hiperplasia** - Espirolactona 200 mg/d, Amiloride 20-40 mg/día.

