

artigo científico

# Adrenaloma

## Relato de Caso

Pietro Accetta\*

Renato Accetta\*\*

### INTRODUÇÃO

São inquestionáveis os avanços tecnológicos na medicina e as novas soluções que têm permitido resolver muitos problemas clínicos. Entretanto, tais progressos também criam dificuldades que, algumas vezes, confundem os médicos quando não conseguem entender certas situações e, por conseqüência, definir a melhor conduta terapêutica. Uma dessas situações é causada pela descoberta de incidentalomas que, quando relacionados com as glândulas supra-renais, preferimos chamar de adrenalomas.

Denomina-se adrenaloma todo o tumor de supra-renal bem definido e de pequenas proporções identificado, causalmente, por algum método de imagem, usualmente a Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Nuclear Magnética (RNM) e, até mesmo, pela Ultrassonografia (US) durante investigação de alguma queixa abdominal. Esse nome também se aplica mesmo quando esses exames são realizados, seguindo algum protocolo para investigar possíveis doenças como obesidade ou hipertensão arterial, cuja expressão clínica e dados laboratoriais não fazem pensar, a princípio, em aldosteronoma, feocromocitoma, Cushing, tumores virilizantes ou feminilizantes ou no carcinoma. É evidente que as dúvidas suscitadas pela presença de um adrenaloma acabam sendo transmitidas aos pacientes, aumentando-lhes o temor e a insegurança.

Definir o que fazer com um adrenaloma é realmente um problema para o clínico e tudo indica que tais massas continuaram sendo, cada vez mais, diagnosticadas, seja pelo uso generalizado desses exames de imagem, seja pela capacidade de identificar tumores cada vez menores. Estudos em 739 necrópsias identificaram tumores adrenais insuspeitos, com até 4 cm, em 8,7 % de normotensos e em 12,4% dos hipertensos<sup>1</sup>; entre vivos, na Clínica Mayo foram analisadas 61.054 TC de abdome e identificadas 3,4 % de massas adrenais<sup>2</sup>. Com a definição, cada vez maior, desses exames é razoável supor que esses achados serão ainda mais freqüentes.

A descoberta de um adrenaloma implica em procurar definir duas questões fundamentais que representam a essência das dificuldades na condução desses casos. Muitos esforços têm sido empregados para tentar esclarecer se o tumor encontrado é benigno ou maligno e, nessa hipótese, se primário ou, como é mais comum, metastático. A outra relaciona-se com a possibilidade de se tratar de um tumor hiperfuncionante, mas de comportamento silencioso, causado pela produção de pequenas quantidades de hormônios ativos, onde a intervenção cirúrgica sem o preparo pré-operatório específico pode causar complicações indesejáveis. Dados da literatura mostram que cerca de 15% dos supostos adrenalomas podem ser funcionantes, ainda que sem expressão clínica e, dentre eles, a possibilidade de Doença de Cushing seria a mais freqüente<sup>3</sup>.

Esses são alguns dos problemas que precisam ser respondidos e que provocam tantas controvérsias no tratamento. Alguns indicam sempre a excisão cirúrgica independente de outros fatores, mas a maioria defende uma investigação mais abrangente antes de decidir pelo simples acompanhamento ou pela intervenção.

## RELATO DE CASO

MRA, branca, 68 anos, casada, natural do RJ, registro 925/04 de clínica privada, encaminhada pelo endocrinologista e relatando que, há cerca de três anos, passou a apresentar hipertensão arterial, com episódios, cada vez mais frequentes, de crises hipertensivas, atingindo picos de 210 mmHg, necessitando de atendimento de urgência; passou a tratar com Candesartan – 16 mg/dia e, mais recentemente, passou a usar Metformina para tratar diabetes. Nos dois últimos anos, vem apresentando fadiga, desânimo, dor nas pernas, ondas de calor e muita sudorese, principalmente, em volta da boca. Há cerca de um ano, fez USom de abdome que diagnosticou tumor de supra-renal direita e a cirurgia foi indicada. Decidiu não operar em função de opiniões discordantes de outros médicos, alimenta-se bem e mantendo seu peso. Referindo episódios de diarréia esverdeada após usar o hipoglicemiante. Ultimamente vem apresentando bronquite asmática, tratada com Formoterol e Budesonida spray; sem outras queixas ou informações relevantes ao caso. O exame físico mostrava uma paciente em bom estado geral, sem anormalidades visíveis ou palpáveis. Trouxe vários exames: USom de abdome com nódulo hipoecóico (3,0x2,6cm) no pólo superior do rim direito; TC com lesão expansiva (3,5x2,5cm) na adrenal direita, compatível com adenoma, além de outra lesão menor na adrenal esquerda; entre vários exames bioquímicos normais, apresentava glicemia de 123mg%, metanefrinas urinárias levemente aumentadas e ácido vanilmandélico normal. As dosagens de cortisol urinário e aldosterona no sangue eram normais. Com diagnóstico de Adrenaloma à direita, a cirurgia foi indicada. Por precaução, além dos cuidados básicos, foi preparada com alfabloqueador – Prazosina 16 mg/dia e, mais próximo da cirurgia, associou-se betabloqueador e broncodilatador oral dias antes da operação. Adrenalectomia direita, com acesso pelo flanco e ressecção da 11ª costela. Teve alta no 4º dia. O histopatológico confirmou diagnóstico de adenoma (3,2x3,0x3,0 cm), sem malignidade (fig. 1 e 2). Na revisão, com 180 dias de operada, encontrava-se bem, com o diabetes sob controle e em uso de Candesartan - 16 mg/dia.



Fig. 1 – Peça cirúrgica de adrenaloma

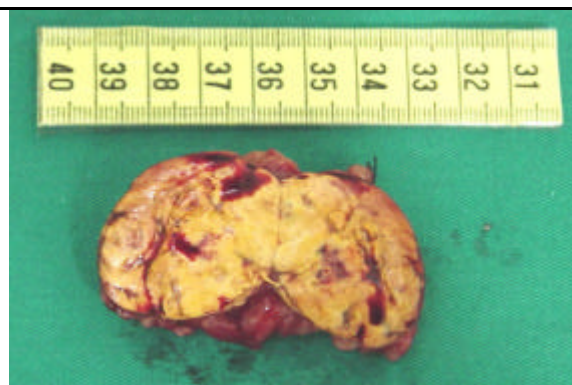


Fig. 2 – Adrenaloma aberto

## COMENTÁRIOS

O grande problema na abordagem dos adrenalomas é a seleção dos pacientes que devem ser submetidos à adrenalectomia e isso se deve a alguns fatores evolutivos e epidemiológicos a serem considerados.

Os tumores adrenais hiperfuncionantes são bem menos frequentes que os adrenalomas e, na ausência de queixas e sintomas objetivos, um rastreamento bioquímico básico costuma ser suficiente. As dosagens de cortisol, aldosterona com atividade de renina e potássio no sangue, assim como as taxas de metanefrinas, catecolaminas e ácido vanil mandélico na urina costumam ser suficientes para afastar

doenças adrenais que provocam excesso de produção de hormônios ativos. Mesmo após esse rastreamento, talvez um pequeno número de pacientes venha necessitar de exames complementares mais sofisticados. Vale lembrar que, não obstante tais exames possam estar na faixa de normalidade, é possível tratar-se de doença hiperfuncionante e que, se operada sem o devido preparo, podem ocorrer sérias complicações já no decorrer do ato operatório. Essa eventualidade é especialmente perigosa nos feocromocitomas sem diagnóstico.

O passo seguinte é avaliar a possibilidade de malignidade, mas até hoje, não existe qualquer exame capaz de fazer essa distinção no pré-operatório. Sabe-se que na população em geral os adenomas adrenocorticais benignos e clinicamente inativos são achados comuns em necropsias<sup>1</sup>. Já os tumores malignos primários são muito raros, com incidência anual estimada de 0,06 a 0,17 por 100000 pessoas<sup>4</sup>, ao mesmo tempo em que as adrenais são sítios comuns de tumores metastáticos<sup>5</sup>.

Os estudos citopatológicos de amostras obtidas por punção aspirativa com agulha fina (PAAF) não conseguem definir se uma massa adrenal é benigna ou maligna, pois o exame não permite estudar o índice de mitoses, avaliar o comprometimento da cápsula ou a angioinvasão<sup>6,7</sup>. Muitos chegam mesmo a contra-indicá-la por receio de contaminação neoplásica no trajeto da punção, mas concordam quanto a sua utilidade no diagnóstico de doença metastática. Favia<sup>8</sup> e colaboradores reconhecem as limitações do método, mas defendem seu uso em determinadas situações, do mesmo modo que valorizam a cintigrafia com <sup>75</sup>-selenometil-norcolesterol, com o argumento de que massas adrenais malignas não costumam captar esse radioisótopo.

Estudos mais recentes e bem complexos têm procurado avaliar se a quantificação da atividade da telomerase em portadores de massas adrenais pode ser útil no diagnóstico de malignidade<sup>9</sup>.

Com todas essas limitações, a maioria dos autores continua considerando o tamanho do tumor massa como o mais importante fator para suspeição de malignidade e é quase consensual que massas com mais de 6 cm têm indicação cirúrgica, enquanto aquelas com menos de 3 cm, podem ser apenas acompanhadas com exames periódicos. É evidente que tal critério tem suas falhas, pois existem relatos de carcinomas menores que 3 cm, assim como de adenomas maiores que 6 cm. Ainda assim, é o que tem prevalecido, restringindo o problema aos adrenalomas com tamanho situado entre essas duas faixas. Sendo o tamanho um fator essencial e a TC o exame mais utilizado nessa avaliação, vale o alerta feito por CerFolio<sup>10</sup>, que demonstrou que tal exame pode estimar o real tamanho dessas massas entre 32 e 47 % para menos.

Não se sabe por quanto tempo tais massas deverão ser acompanhadas. É óbvio que os pacientes mais jovens terão uma observação mais prolongada e se submeterão a uma rotina com múltiplos exames laboratoriais e radiológicos, o que justificaria uma indicação cirúrgica mais flexível.

Neste relato de caso, todas essas fases foram vivenciadas. A indicação cirúrgica foi reforçada pela marcada elevação da pressão arterial e suas frequentes crises hipertensivas, que acabaram por determinar um preparo pré-operatório especial com alfa e betabloqueadores.

## **BIBLIOGRAFIA**

1 – Hedeland H, Östberg G, Hökfelt B. On the prevalence of adrenocortical adenomas in a autopsy material in relation to hypertension and diabetes. *Acta Med Scan* 1968; 184:211.

2 – Herrera MF, Grant CS, van Heerden JA et al. Incidentally discovered adrenal tumors: An institutional perspective. *Surgery* 1991; 110:1014.

- 3 – Mantero F, Terzolo M, Arnaldi G et al. A survey on adrenal incidentaloma in Italy. Study group on adrenal tumors of the Italian Society of Endocrinology. J Clin Endocrinol Metab 2000; 85: 637.
- 4 – Kummerer RG, Staren ED, Northrop G et al. Modern management of adrenocortical carcinoma. Contemp Surg 1992; 41: 23.
- 5 – Caplan RH, Strutt PJ, Wickus CG. Subclinical hormone secretion by incidentally discovered adrenal masses. Arch Surg 1994; 129: 291.
- 6 – Cook DM, Loriaux DL. The incidental adrenal mass. Am J Med 1996; 101:88.
- 7 – Kay S. Hyperplasia and neoplasia of the adrenal gland. Pathol Ann 1976; 11: 103.
- 8 – Favia G, Lumachi F, Basso S et al. Management of incidentally discovered adrenal masses and risk of malignancy. Surgery 2000; 128: 918.
- 9 – Teng L, Tucker O, Malchoff C et al. Telomerase activity in the differentiation of benign and malignant adrenal tumors. Surgery 1998; 124: 1123.
- 10 – Cerfolio RD, Vaughan DE, Brennan TG et al. Accuracy of computed tomography in predicting adrenal tumor size. Surg Gynecol Obstet 1993; 176: 307.

\* *Professor Titular de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina da UFF*

\*\* *Médico Residente de Clínica Médica do HU Antonio Pedro*