

Incidentaloma suprarrenal (IS): ¿qué mirar? ¿cuándo actuar? Y saber parar

Arturo Gross González¹, Lina Maria Pinzón Triana¹, Mario Rubén Paz Campos², Sandra Marcela Figueroa Cárdenas¹, Paloma Salvadro Saenz¹, Pablo Álvarez Reyes¹, Ana Campaña Marza¹ Maria Vallejo Riego¹

¹Hospital General Universitario de Segovia, Segovia; ²Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivo docente

Reconocer los hallazgos en que permiten caracterizar un incidentaloma suprarrenal en TC Y RM, identificar criterios de benignidad y malignidad para un diagnóstico y manejo apropiado.

Revisión del tema

El incidentaloma suprarrenal (IS) es una masa ≥ 1 cm (Figura 1) descubierta incidentalmente en estudios de imagen realizados por motivos ajenos a patología adrenal. Su prevalencia aumenta con la edad, siendo muy habitual en estudios abdominopélvicos de rutina. Aunque la mayoría son adenomas lipídicos no funcionantes, el papel del radiólogo es clave para identificar los casos que requieren estudio adicional.

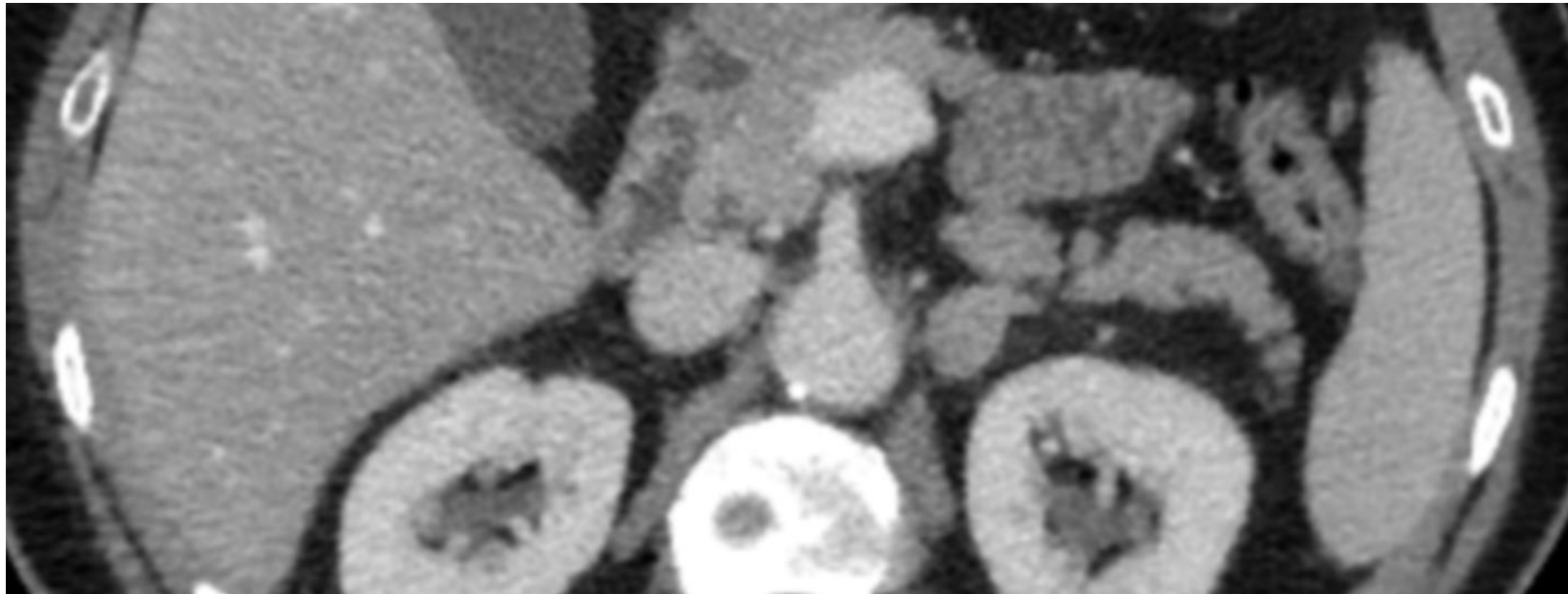


Figura 1: TC de abdomen con contraste intravenoso. Nódulo adrenal izquierdo, identificado en un TC solicitado por otro motivo.

Revisión del tema

La tomografía sin contraste (TC), es el primer estudio para su caracterización. Na masa homogénea, con bordes definidos y con ≤ 10 HU se considera altamente sugestiva de adenoma lipídico benigno y no requiere seguimiento si mide < 4 cm (figura 2).

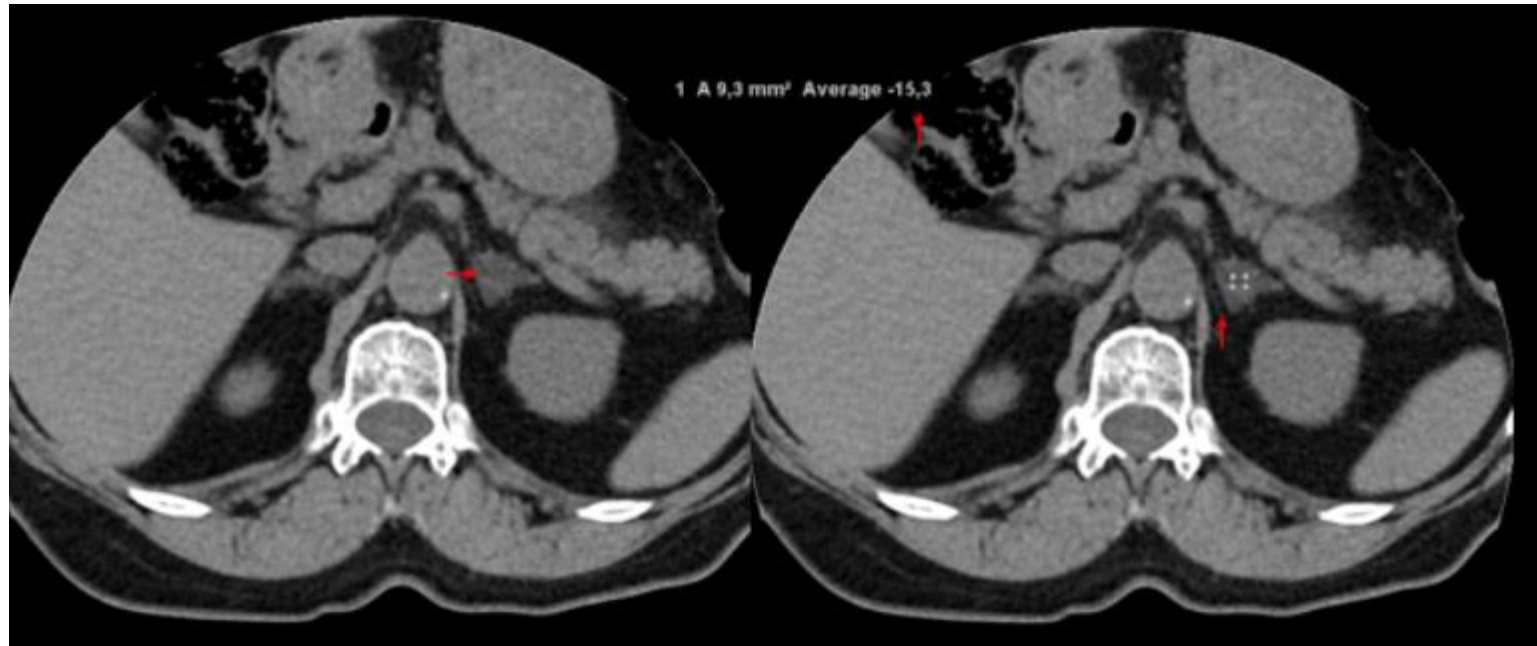


Figura 2: TC de abdomen sin contraste intravenoso. Nódulo adrenal izquierdo, con atenuación < 10 HU, diagnóstico de adenoma rico en lípidos. No se requiere más seguimiento.

Revisión del tema

Una masa masas con atenuación >10 HU deben evaluarse con técnicas complementarias (figura 4).

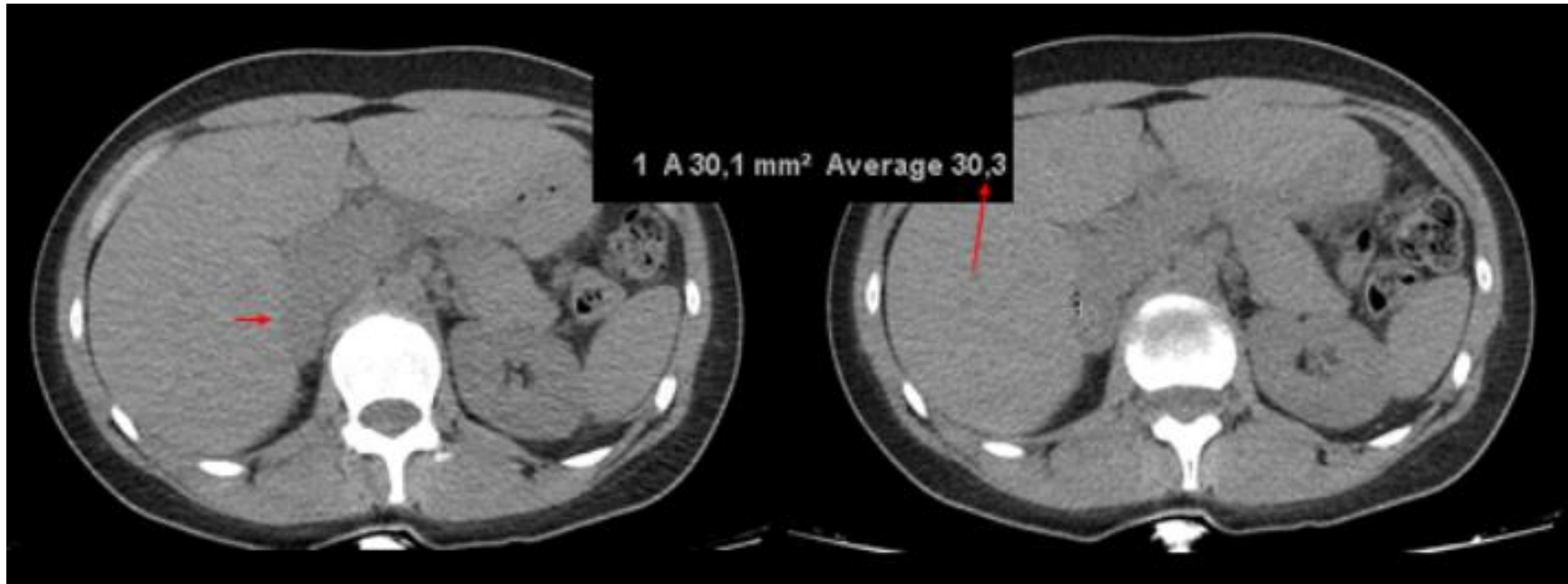


Figura 4: TC de abdomen sin contraste intravenoso. Nódulo adrenal derecho, con valores de atenuación por encima de 10 UH. Requiere más estudios.

Revisión del tema

Protocolo por TC:

- TC abdominal sin contraste
 - TC abdominal con contraste intravenoso en fase portal.
 - TC abdominal con contraste intravenoso en fase tardía (15 minutos).
-

Revisión del tema

Protocolo por RM:

- T1 axial (fase y fuera de fase)
 - T2 axial
 - T1 tras la administración de contraste intravenoso (incluyendo fase portal y tardía a los 15 minutos).
-

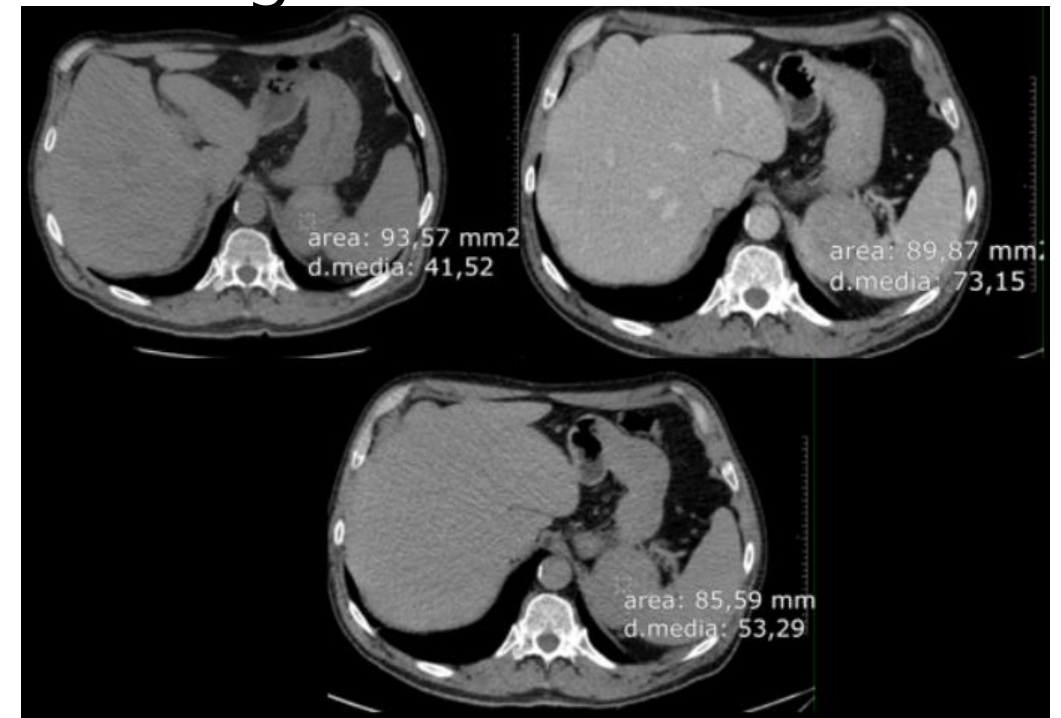
Revisión del tema

El estudio complementario se realiza con un TC de abdomen con contraste intravenoso en fase portal y un estudio tardío (a los 15 minutos). Se miden las UH y se realizan los siguientes cálculos:

$$\text{Absolute washout: } 100 \times \frac{\text{Post HU} - \text{Delayed HU}}{\text{Post HU} - \text{Pre HU}}$$
$$\text{Relative washout: } 100 \times \frac{\text{Post HU} - \text{Delayed HU}}{\text{Post HU}}$$

Lavado absoluto: 55%

Lavado relativo: 22,7. Lo que indica poca probabilidad de ser adenoma, e indica la posibilidad de etiología neoplásica.



Revisión del tema

Signos de alarma de malignidad.

- Bordes irregulares (figura 5).
 - Heterogeneidad interna (figura 6).
 - Necrosis o calcificaciones (figura 7).
 - Crecimiento mayor a 5 mm por año en controles (o estudios previos, donde pudo pasar por alto),
 - Realce atípico o comportamiento no característico en fases dinámicas (figura 8).
-

Revisión del tema

Signos de alarma



Figura 5:
TC con contraste
intravenoso en fase portal,
con hallazgos incidental de
una lesión adrenal
derecha con bordes
irregulares como signo de
alarma.

Revisión del tema

Signos de alarma

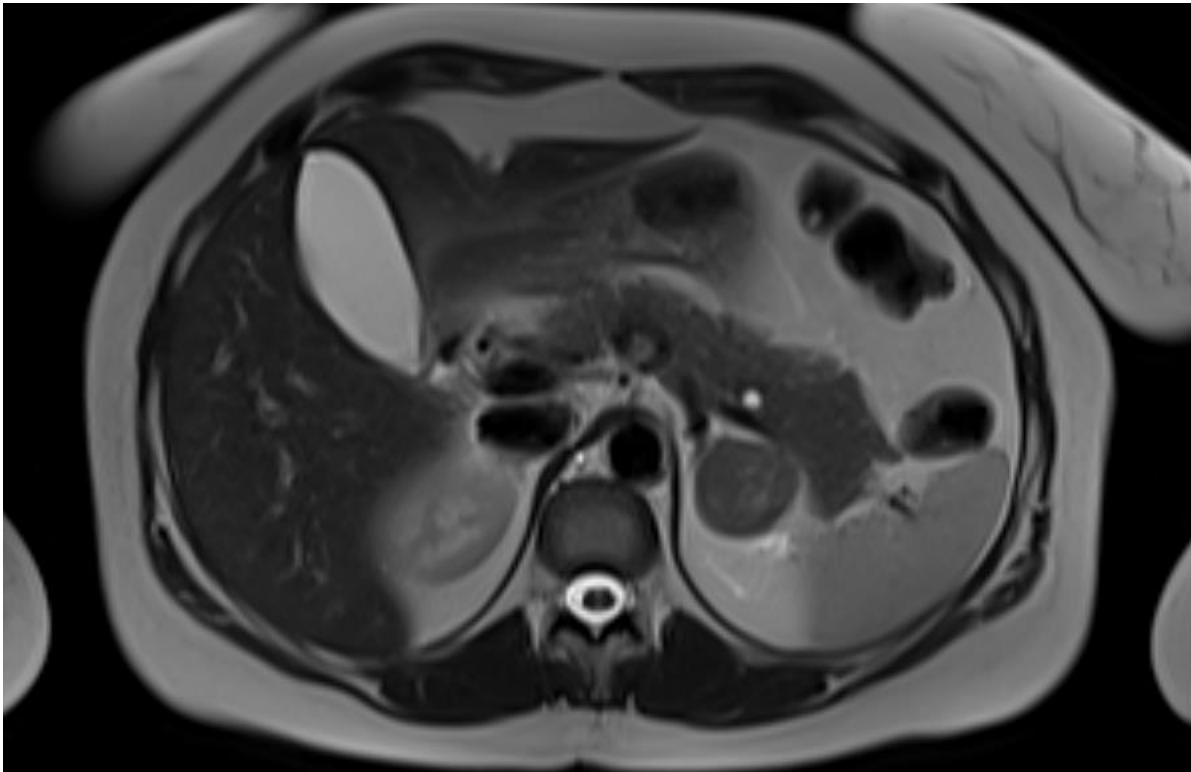


Figura 6:
RM potenciado en T2:
hallazgo incidental con de
una lesión adrenal
izquierda con
heterogeneidad interna.

Revisión del tema

Signos de alarma

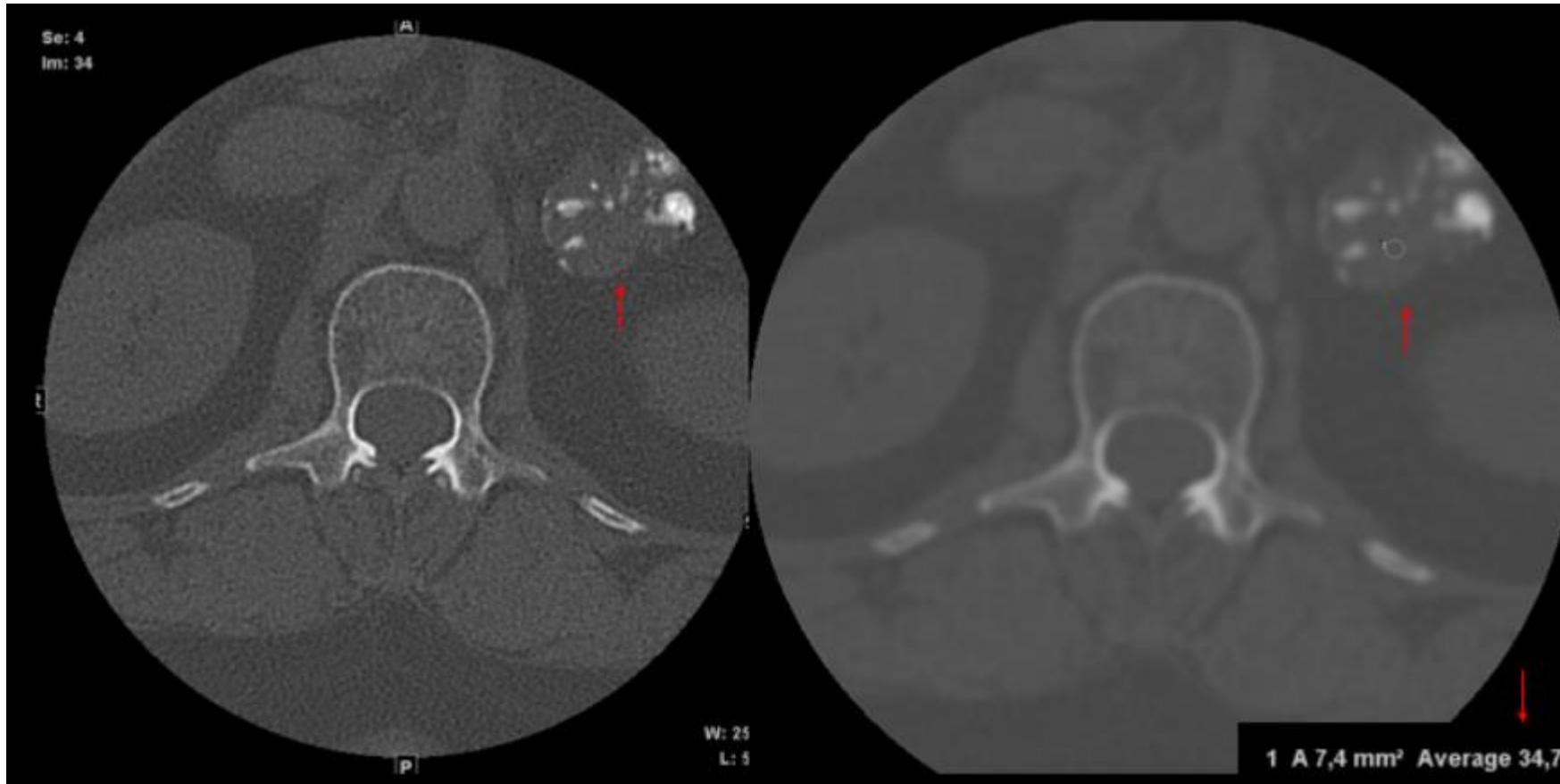


Figura 7: TC de columna lumbar sin contraste intravenoso: hallazgo incidental con múltiples calcificaciones como signo de alarma.

Revisión del tema

Signos de alarma

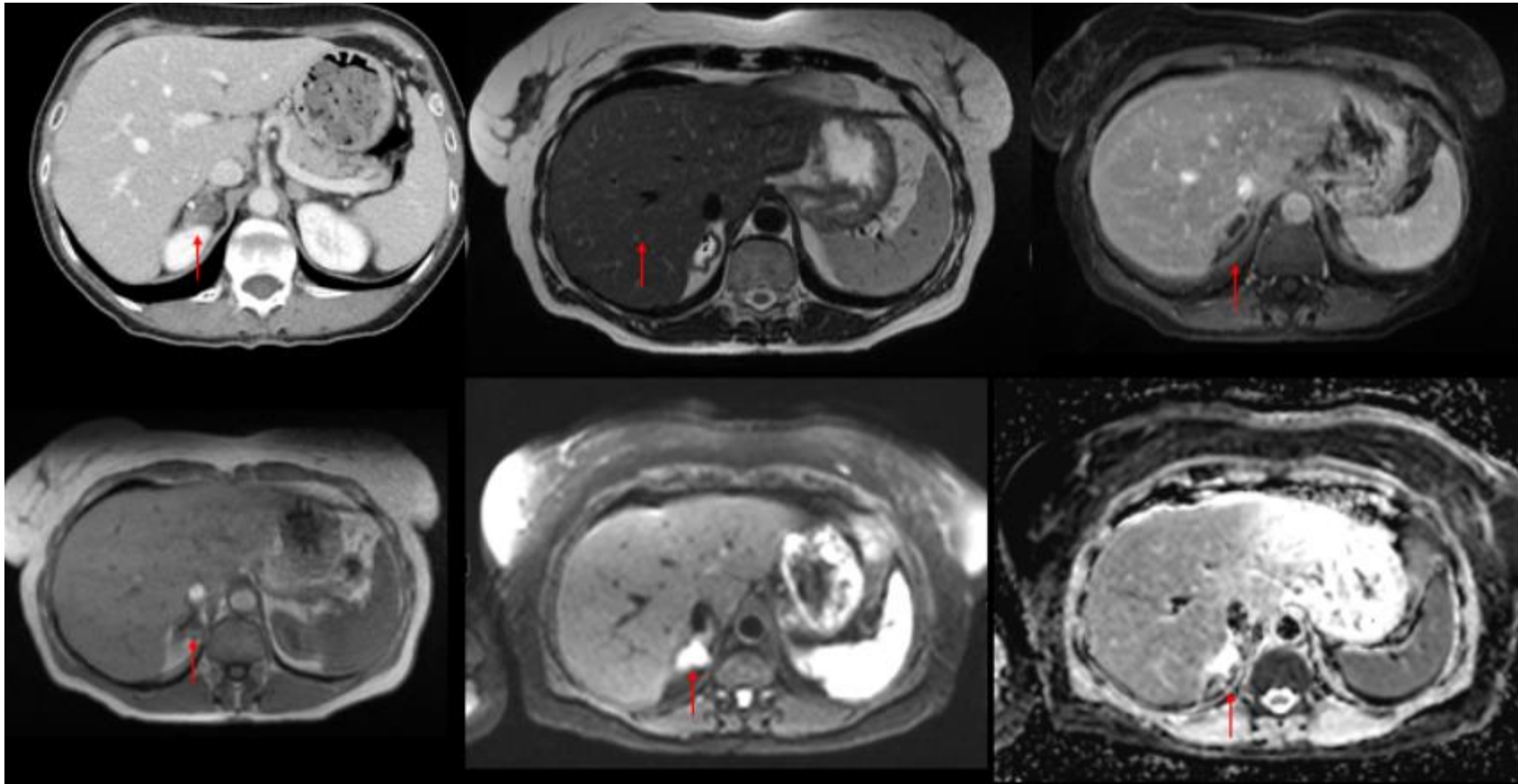


Figura 8: TC de columna lumbar sin contraste intravenoso: hallazgo incidental con múltiples calcificaciones como signo de alarma.

CONCLUSIÓN

El radiólogo puede establecer el carácter benigno de la mayoría de los incidentalomas mediante TC sin contraste, evitando pruebas innecesarias. La correcta caracterización con estudios dinámicos por RM y TC solo es necesaria en casos dudosos.

Bibliografía.

1. Fassnacht M, Arlt W, Bancos I, Dralle H, Newell-Price J, Sahdev A, et al. Management of adrenal incidentalomas: European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors. Eur J Endocrinol. 2016;175(2):G1–G34.
Berland LL, Silverman SG, Gore RM, Mayo-Smith WW, Megibow AJ, Yee J, et al. Managing incidental findings on abdominal CT: white paper of the ACR Incidental Findings Committee II on adrenal masses. J Am Coll Radiol. 2017;14(8):1038-44.
 2. Boland GW, Blake MA, Hahn PF, Mayo-Smith WW. Incidental adrenal lesions: principles, techniques, and algorithms for imaging characterization. Radiology. 2008;249(3):756-75.
 3. Young WF Jr. The incidentally discovered adrenal mass. N Engl J Med. 2007;356(6):601-10.
 4. Mayo-Smith WW, Song JH, Boland GL, Francis IR, Israel GM, Mazzaglia PJ, et al. Management of incidental adrenal masses: a white paper of the ACR Incidental Findings Committee. J Am Coll Radiol. 2010;7(10):754-73.
 5. Blake MA, Kalra MK, Sweeney AT, Lucey BC, Maher MM, Sahani DV, et al. Distinguishing benign from malignant adrenal masses: multi-detector row CT protocol with washout analysis. Radiology. 2006;238(2):578-85.
-