

# L'incidentaloma surrenalico: inquadramento diagnostico/terapeutico e follow-up

Letizia Canu, Giuseppina De Filpo

Dipartimento di Scienze Biomediche Sperimentali e Cliniche "Mario Serio", Università di Firenze, Firenze, Italia

Autore corrispondente:

Dr.ssa Letizia Canu

Email: letizia.canu@unifi.it

## Introduzione

L'incidentaloma surrenalico è una lesione surrenalica riscontrata incidentalmente durante indagini diagnostiche effettuate per altri motivi con una frequenza che varia dal 3% nei pazienti con età attorno ai 50 anni al 10% nei soggetti più anziani (1). Nella maggior parte dei casi si tratta di adenomi surrenalici (80%) prevalentemente non secernenti, seguiti dal carcinoma corticosurrenalico (ACC) (11%), dal feocromocitoma (FEO) (10%) ed infine da lesioni metastatiche (5%) (2).

## Indagini radiologiche

L'indagine di prima scelta nello studio delle lesioni surrenaliche è la TC diretta. È necessario valutare le caratteristiche della massa, quali l'omogeneità, i margini e le dimensioni, oltre alla misurazione delle HU (*Hounsfield Units*) che sono attese <10 nelle lesioni ricche di lipidi come gli adenomi. Indagini di secondo livello sono, invece, considerate la RMN, la <sup>18</sup>F-FDG-PET e la TC con mezzo di contrasto che consente di valutare il *wash out* assoluto e relativo (negli adenomi >60% e >40% rispettivamente). La biopsia nelle lesioni surrenaliche è controindicata, eccetto che nel sospetto di localizzazione surrenalica in paziente con altra neoplasia nota.

## Studio funzionale

Tutte le masse surrenaliche devono essere sottoposte ad una completa valutazione funzionale. Infatti, in tutti i pazienti è indicata l'esecuzione del test di Nugent (desametasone 0.5 mg 2 cp alle ore 23:00 con dosaggio del cortisolo ore 8:00 il mattino seguente) ed il dosaggio delle metanefrine libere plasmatiche o urinarie frazionate. Solo nei pazienti ipertesi è raccomandato il dosaggio di aldosterone e renina plasmatici, mentre il dosaggio degli ormoni sessuali (testosterone e delta4androstenedione in presenza di androgenizzazione nella femmina; 17beta-estradiolo in presenza di femminilizzazione nel maschio) viene raccomandato nel sospetto di ACC. In pazienti con masse surrenaliche bilaterali è indicato il dosaggio del 17OH-progesterone. Si sospetterà:

- ipercortisolismo in presenza di mancata soppressione al test di Nugent (cortisolo ore 8:00 >1.8 mcg/dl = 50 nmol/l)
- FEO in presenza di metanefrine al di sopra del range di riferimento (un aumento di quattro volte il limite superiore è fortemente diagnostico) (3)
- iperaldosteronismo in presenza di rapporto aldosterone (ng/dl)/PRA (ng/ml/h) > 30. In tal caso, sarà necessario ricorrere ad un test di conferma, quale l'infusione salina (diagnostico se aldosterone pl ≥ 10 ng/dl al termine delle 4 ore) o il test al Captopril (diagnostico se aldosterone pl ≥ 15 ng/dl o aldosterone pl (ng/dl)/PRA (ng/ml/h) post Captopril ≥30) (4)

## Indicazione chirurgica

Sussiste indicazione all'asportazione chirurgica delle masse surrenaliche >4 cm, con una crescita nell'arco di un anno >1 cm, con caratteristiche radiologiche compatibili con ACC ed in tutti i

pazienti con lesioni secernenti. Nel caso dei pazienti con diagnosi di iperaldosteronismo primitivo, prima di procedere all'intervento chirurgico sarà necessario sottoporre il paziente a cateterismo delle vene surrenaliche al fine di dimostrare la presenza di un gradiente di lateralizzazione. La surrenectomia laparoscopica convenzionale rappresenta il *gold standard* per l'asportazione delle lesioni surrenaliche benigne. Più recentemente è entrata in uso la chirurgia robotica che permette una visione tri-dimensionale, una maggior ergonomia e la possibilità di controllo della videocamera e degli strumenti da parte del chirurgo. Questa tecnica è, però, gravata da maggiori costi e più lunghi tempi operatori oltre ad essere meno diffusa (5). L'intervento per via laparotomica resta il *gold standard* nei casi in cui si sospetti un ACC e nei FEO > 6 cm o che interessino le strutture circostanti. I pazienti affetti da FEO devono essere preparati all'intervento chirurgico con terapia farmacologica specifica (alfa-litici), mentre i pazienti con lesioni surrenaliche cortisolo-secernenti devono ricevere una copertura con corticosteroidi durante e dopo l'intervento chirurgico.

### **Follow up**

Non sono disponibili indicazioni precise sul *follow-up* da effettuare nei pazienti con adenoma surrenalico non secernente che non viene sottoposto ad intervento chirurgico. Il rischio di trasformazione maligna è <1/1000. È possibile che una lesione non secernente si trasformi in una lesione secernente, più frequentemente cortisolo con quadri subclinici fino all'11% dei casi (6). Più rara è la possibilità di comparsa di eccesso di catecolamine o iperaldosteronismo. L'utilizzo del test di Nugent durante il *follow-up* può, quindi, essere giustificato. Dal punto di vista strumentale, in lesioni di piccole dimensioni (<2 cm) con HU <10 alla TC diretta non sono raccomandate ulteriori indagini strumentali (1). Nei casi in cui viene intrapreso il *follow-up* radiologico, questo dovrebbe tendere a minimizzare l'esposizione a radiazioni ionizzanti (utilizzo di ecografia e RM).

### **Conclusioni**

L'incidentaloma surrenalico è un'evenienza di sempre più frequente riscontro in corso di indagini diagnostiche. La corretta caratterizzazione della lesione surrenalica necessita di un inquadramento strumentale e funzionale completo.

**Conflitti di interesse.** L'autrice dichiara di non avere conflitti di interesse

**Consenso informato** Lo studio presentato in questo articolo non ha richiesto sperimentazione umana

**Studi sugli animali.** L'autrice non ha eseguito studi sugli animali

### **Lecture Consigliate**

1. Cooper MS, Gittoes NJL. Diagnosis and management of hypocalcaemia. *BMJ* 2008. doi:10.1136/bmj.39582.589433.BE.
2. Fong J, Khan A. Hypocalcemia: updates in diagnosis and management for primary care. *Can Fam Physician* 2012.
3. Schafer AL, Shoback DM. Hypocalcemia: Diagnosis and Treatment. 2000.
4. Kelly A, Levine MA. Hypocalcemia in the critically ill patient. *J Intensive Care Med* 2013;28:166–77. doi:10.1177/0885066611411543.
5. Rubin MR. Recent advances in understanding and managing hypoparathyroidism. *F1000Research* 2020;9. doi:10.12688/f1000research.22717.1.