

Pedro Dametto Neto¹; Ricardo Miyaoka¹; Adriano Ângelo Cintra¹; Luiz Gustavo Teixeira Brandão¹; Willian Lima Rodrigues¹; Marcos Edigar de Almeida¹; Cássio Luiz Zanettini Ricetto¹

1. Centro Médico Campinas

Introdução e Objetivo

Os carcinomas adrenais são raros, representando cerca de 0,05 a 0,2% de todas as neoplasias malignas e 0,2% das mortes por câncer¹. Embora ocorra mais frequentemente em adultos, também pode acometer crianças. A idade média no diagnóstico é 46 anos e cerca de 30% dos casos estão confinados à glândula no momento do diagnóstico². Geralmente têm um comportamento muito agressivo, são caracterizados por grandes massas que ao diagnóstico invadem os tecidos circunvizinhos, têm evolução rápida para estágio metastático e prognóstico muito ruim. Nosso objetivo é descrever o caso de um paciente diagnosticado com volumosas massas adrenais que apresentaram um comportamento indolente, mantendo-se estáveis por 6 anos até serem tratadas através de ressecção cirúrgica.

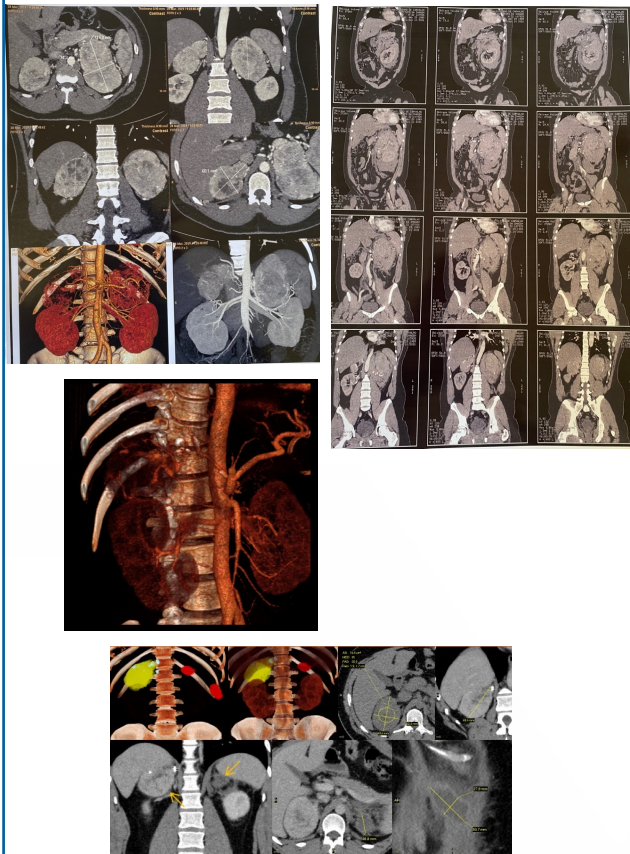
Método

Homem de 32 anos de idade com diagnóstico incidental em 2016 de volumosas massas adrenais e que manteve seguimento clínico irregular. Oligossintomático, referia dores abdominais eventuais, discretas, sensação de plenitude gástrica e apresentava hipertensão arterial leve e obesidade grau II.

Em outubro de 2021 evoluiu com quadro clínico de intensas dores abdominais, foi avaliado com tomografia do abdome que identificou lesões adrenais bem delimitadas, com ávido realce pelo meio de contraste e intensa vascularização arterial colateral, medindo 11,7 x 6,1 cm à esquerda e 6,8 x 6,3 cm à direita, além da presença de volumoso hematoma circunjacente à lesão esquerda e que ocupava todo o espaço perirrenal. Recebeu medidas de suporte clínico com estabilização do quadro. Encaminhado para nosso serviço, foi submetido a embolização das artérias da lesão, com boa evolução.

Indicada adrenalectomia bilateral.

Figuras



Resultados

Durante a programação pré-operatória foram realizados exames laboratoriais que evidenciaram elevação de sulfato de dehidroepiandrosterona (1.543 mcg/dl), catecolaminas urinárias (1.042,2 mcg/24 hs), metanefrinas urinárias (superior a 1.000 mcg/24 hs), e renina (334,1 uIU/ml). Cortisol salivar e testosterona total normais.

O paciente foi submetido a bloqueio alfa adrenérgico previamente à cirurgia, sendo optado por realizar as ressecções das unidades em tempos separados para evitar depleção hormonal abrupta. Os dois procedimentos foram realizados por via aberta.

Procedida adrenalectomia esquerda, cujo anátomo patológico indicou carcinoma adrenocortical Fuhrman 4.

Posteriormente foi realizada adrenalectomia direita, com diagnóstico anátomo-patológico também de carcinoma adrenocortical porém Fuhrman 2.

Ambas as massas adrenais foram classificadas como estágio II (T2N0M0).

O estudo imuno-histoquímico com Ki-67 revelou índice proliferativo menor que 1%. Vários estudos têm demonstrado o valor diagnóstico e prognóstico da elevada expressão do Ki67 (> 10 %) representando mau prognóstico³.

De acordo com os critérios de malignidade de Weiss a neoplasia em questão apresenta os seguintes aspectos histológicos : alto grau nuclear, células claras em menos de 25% da extensão da neoplasia e arquitetura difusa. Há ainda áreas sugestivas (mas não conclusivas) de invasão capsular, o que poderia ser mais um critério, e não foi considerado o critério "presença de necrose" porque foi realizada embolização das lesões, com subsequente necrose. Assim, corresponde a uma classificação limítrofe (3 pontos) de possível comportamento biológico mais agressivo (metástase ou recorrência).

Paciente permanece em seguimento clínico de controle sem terapia adjuvante e sem qualquer indicio de metástase.

Conclusão

As neoplasias adrenais, especialmente as muito volumosas como o presente caso, habitualmente evoluem de forma rápida para estágios metastáticos, sendo a sobrevida em 5 anos de 65% nos estágios I e II, 44% no estágio III e apenas 7% no estágio IV⁴.

A cirurgia continua sendo a principal terapia com potencial curativo, e estudos retrospectivos identificaram três importantes fatores prognósticos em relação ao tratamento cirúrgico : ressecção completa, estágio da doença e grau histológico. Os critérios macroscópicos que favorecem a malignidade são : peso do tumor acima de 500 gramas, tamanho superior a 10 cm, superfície de corte grosseiramente lobulada, áreas de necrose, calcificação ou hemorragia no tumor e invasão de cápsula tumoral⁵. No presente caso a massa à esquerda mediu 8,2 cm no maior eixo e pesou 128 gramas, enquanto a lesão direita apresentou 10,3 cm no maior eixo e 157 gramas de peso.

O paciente em questão permaneceu por anos com sua neoplasia em estágio II, mantendo os parâmetros macroscópicos estáveis e, ao que tudo indica, foi curado somente com o tratamento cirúrgico. Os critérios de Weiss e o índice proliferativo menor que 1% de acordo com o estudo imuno-histoquímico com Ki-67, constatados no presente caso, corroboram essa percepção.

Referências

1. Bharwani N, Rockal AG, Sahdev A, Gueorguev M, Drake W, Grossman AB, et al. Adrenocortical Carcinoma : The range of appearance on CT and MIR. AJR. 2011; 196:706-714.
2. Fassnacht M, Allolio B: Epidemiology of adrenocortical carcinoma. In: Hammer GD, Else T, eds.: Adrenocortical Carcinoma: Basic Science and Clinical Concepts. Springer, 2010, pp 23-9.
3. Allolio B, Fassnacht M. Clinical review: adrenocortical carcinoma: clinical update. J ClinEndocrinolMetab 2006; 91:2027-37.
4. American Cancer Society Website. ACS internet communication. Acessado em 10 junho, 2023.
5. Santos Jr MW, Andrade RT, Urologia Brasil 2013, capítulo 59