

## Incidentaloma en lactantes de 6 meses de edad *Incidentaloma in 6 month old breastfed babies*

J. Molina<sup>1</sup>, D. Martínez<sup>1</sup>, M. Sagaseta de Ilurdoz<sup>1</sup>, M.J. Azanza<sup>1</sup>, M. Chueca<sup>2</sup>, M. Oyarzábal<sup>2</sup>, C. de Miguel<sup>3</sup>

### INTRODUCCIÓN

Se denomina incidentaloma a todo tumor detectado de forma casual en ausencia de una sintomatología específica durante una exploración radiológica que se practica por sospecha de cualquier otra patología. La localización suprarrenal es la más habitual. La frecuencia de su hallazgo en pruebas de imagen es del 1 al 10% según estudios. Esta cifra es similar al porcentaje de masas suprarrenales encontradas como hallazgo accidental de autopsia<sup>1,2</sup>.

Con la utilización de las técnicas de imagen complementarias (ecografía, TAC) de forma casi rutinaria es previsible que el hallazgo de estas masas sea cada vez más frecuente.

Los datos encontrados en la literatura tanto epidemiológicos como sobre el manejo diagnóstico y terapéutico de los incidentalomas se refieren a la edad adulta. En lactantes, la masa suprarrenal más frecuente es el neuroblastoma<sup>2,3</sup>, siendo el resto de tumores raros en la infancia, suponiendo los adrenocorticales entre el 0,2 y 0,4% de los tumores sólidos<sup>4,5</sup>. La mayoría de estas masas son carcinomas funcionantes<sup>5,9</sup>, siendo la virilización por secreción androgénica su manifestación más fre-

cuente<sup>4,6,8</sup>. Por el contrario, en los adultos predominan los adenomas no funcionantes<sup>10</sup>. Por este motivo, el manejo clínico en niños atendiendo a protocolos de adultos puede resultar un tanto arriesgado<sup>6</sup>.

A continuación vamos a exponer el primer caso de incidentaloma suprarrenal diagnosticado en nuestro servicio.

### CASO CLÍNICO

Lactante de 6 meses de edad que acude al servicio de Urgencias, remitido por su pediatra, para descartar invaginación intestinal. Presenta cuadro de llanto intenso desde hace 24 horas, con aparente sensación dolorosa a la palpación abdominal, en el contexto de fiebre alta (39°C) de 4 días de evolución.

No existen antecedentes personales ni familiares de interés para el caso.

La exploración física realizada en Urgencias es normal salvo la palpación abdominal que parece dolorosa. Se le realiza ecografía en la que se detecta una masa a nivel de la glándula suprarrenal izquierda (Fig. 1).

Es remitido a su domicilio con el diagnóstico de gastroenteritis aguda y se le cita para control en Oncología Pediátrica.

En las pruebas realizadas posteriormente en ese servicio se obtienen los siguientes resultados: hematemetría normal; bioquímica normal

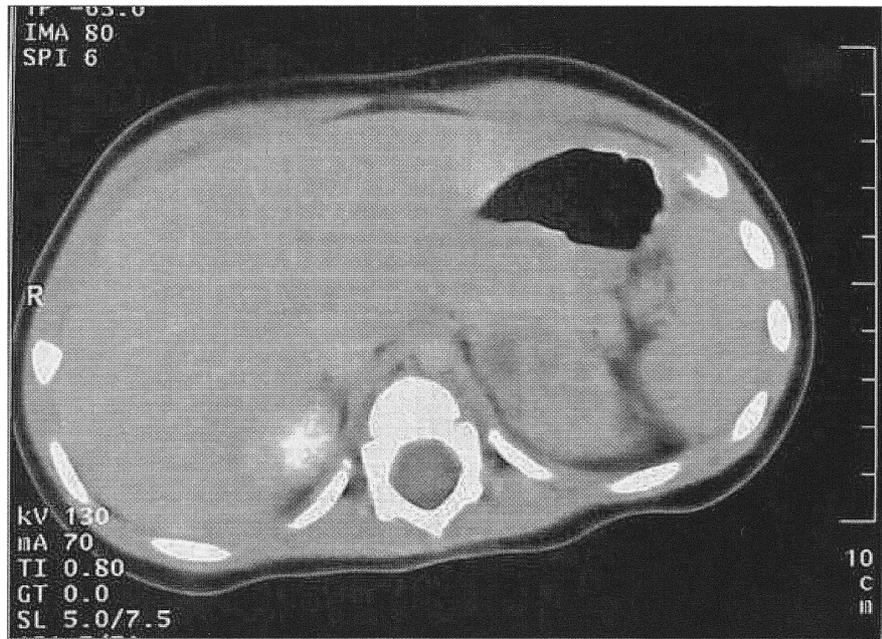
*ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (3): 369-373.*

1. Unidad de Pediatría Oncológica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.
2. Unidad de Pediatría Endocrinológica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.
3. Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

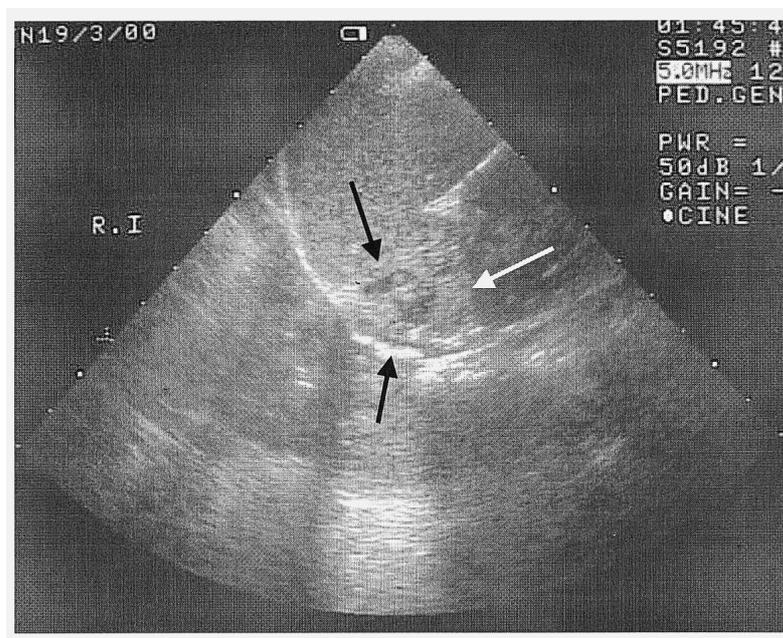
Aceptado para su publicación el 5 de noviembre de 2001.

### Correspondencia

Dr. Javier Molina Garicano  
Unidad de Pediatría Oncológica  
Hospital Virgen del Camino  
Servicio de Microbiología  
C/ Irunlarrea, 4  
31008 Pamplona  
E-mail: jmolinag@cfnavarra.es



**Figura 1.** Ecografía en la que se detecta una masa al nivel de la glándula suprarrenal izquierda



**Figura 2.** TAC abdominal con apreciación de masa hipodensa.

salvo discreta elevación de la enolasa neuronal específica (27,2 ng/ml; vn < 13); sistemático y sedimento de orina normal; catecolaminas en orina normales; ecografía abdominal: persiste la masa suprarrenal; TAC abdominal: se aprecia masa hipodensa de 2 x 2,7 x 3,5 cm que, tras la inyección de contraste, presenta captación irregular, realce periférico y centro hipocaptante con finos tabiques (Fig. 2); gammagrafía con Tc es normal y con MIBG no presenta focos de hiperfijación sugestivos de neuroblastoma.

Ante la negatividad de los datos complementarios que orienten a tumoración propia de la edad, se decide realizar laparotomía diagnóstico-terapéutica. Se extirpa la tumoración junto con la glándula suprarrenal homolateral. Macroscópicamente, se trata de una masa bien delimitada, con áreas sólidas y quísticas, que ocupa toda la glándula suprarrenal. Microscópicamente, las zonas quísticas están constituidas por células pequeñas, de apariencia similar a la corteza suprarrenal normal. El diagnóstico anatómico-patológico es de adenoma suprarrenal.

Posteriormente, se han realizado controles endocrinológicos y de imagen que han resultado normales. Actualmente, el niño está asintomático al año de la intervención quirúrgica.

## DISCUSIÓN

Este es el primer caso de incidentaloma suprarrenal diagnosticado en nuestro servicio. Es previsible que su incidencia aumente debido a la generalización y accesibilidad de pruebas de imagen como la ecografía y el TAC.

Los datos que se disponen para su manejo son escasos y dispares según autores.

El principal problema ante el que nos encontramos es distinguir la potencial malignidad de la masa hallada. Aunque la analítica y las pruebas de imagen pueden orientarnos, el manejo conservador o invasivo va a depender de cada caso individual.

Las dimensiones de la masa son el criterio establecido por la mayoría de autores como el más importante a la hora de establecer una actitud diagnóstico-terapéutica. El punto de corte varía según estudios. Glazer y col<sup>2</sup> recomiendan que, en tumores no funcionantes, con un tamaño menor a 3 cm se realice un seguimiento a los 2-3 meses mediante TAC. Si en ese periodo aumenta de tamaño o presenta

alteraciones bioquímicas se actúa de forma invasiva, bien realizando una biopsia o bien una excisión quirúrgica según los casos. Charles y col<sup>11</sup> son más conservadores y proponen una actitud expectante con tumores menores de 6 cm con seguimiento por TAC a los 2,6 y 18 meses. Sempere y col<sup>12</sup> sugieren cirugía inicial también para masas mayores de 6 cm y vigilancia anual a los menores de 3 cm requiriendo los tumores entre 3 y 6 cm una actitud más individualizada. Belldegrum y col<sup>13</sup> afirman que, en una serie de 88 pacientes con masas suprarrenales, ningún caso con tamaño menor de 3,5 cm presentó comportamiento maligno tras una media de seguimiento de 25 meses. Salmerón de Diego<sup>1</sup> en tumores menores de 4 cm, no funcionantes y sin criterios radiológicos de malignidad mantiene una actitud expectante. En su experiencia con 231 casos, sólo 4 aumentaron de tamaño y ninguno presentó alteraciones funcionales ni datos de malignidad. Korobkin y col<sup>14</sup> ponen en entredicho el seguimiento mediante TAC de los incidentalomas suprarrenales. Si la masa es benigna supone una radiación innecesaria para el paciente y si es maligna retrasa el diagnóstico y el posterior tratamiento. Tampoco son partidarios de la PAAF debido a su baja sensibilidad para los tumores suprarrenales (54-86%)<sup>15</sup>. Por otro lado, Gaboardi y col<sup>16</sup> sugieren la PAAF como paso previo a la laparotomía. En su experiencia con 13 pacientes con incidentaloma, 8 requirieron PAAF y en todos ellos fue diagnóstica.

Todos los estudios anteriores son referidos a adultos en donde se describen y publican las mayores series de incidentalomas. Este manejo se basa en que el 99% de las masas suprarrenales no funcionantes en adultos son adenomas<sup>11</sup>.

La mayoría de los tumores suprarrenales en lactantes son neuroblastomas<sup>9,17</sup>, suponiendo el 5,1% de los tumores malignos en la infancia<sup>17</sup> por lo que el manejo más agresivo ante incidentalomas suprarrenales en la infancia está justificado. Vázquez López y col<sup>18</sup> presentaron un caso de incidentaloma en una niña de 5 años con un tamaño de 3,5 x 3 cm con pruebas funcionales normales, caracte-

rísticas radiológicas de benignidad y marcadores tumorales normales. Se siguió una actitud expectante con control a los 12 meses mediante TAC. No presentó cambios pero se decidió realizar suprarrenalectomía, hallándose en la anatomía patológica un neuroblastoma. Dada esta experiencia ellos recomiendan precaución ante las actuales indicaciones de manejo conservador en las masas de pequeño tamaño. Por otro lado, algunos autores, ante el diagnóstico de neuroblastoma sugieren una actitud expectante como alternativa a la extirpación quirúrgica dado que pueden presentar una regresión espontánea o una maduración hacia ganglioneuroma benigno<sup>9</sup>.

Dejando de lado el neuroblastoma, diferenciar adenoma y carcinoma suprarrenal también supone un problema. Una masa pequeña, bien delimitada, con patrón ecográfico homogéneo y sin calcificaciones sugiere benignidad. Prando y col<sup>19</sup> en una serie de 14 niños con diagnóstico anatómico-patológico de carcinoma suprarrenal estudiaron sus características ecográficas sin encontrar un patrón representativo. Cuatro de ellos presentaban densidad homogénea similar al parénquima normal siendo además su tamaño entre 2,5 y 3 cm. Estos datos se refieren al sur de Brasil donde la incidencia de carcinoma suprarrenal es similar al tumor de Wilms.

Los datos anatómico-patológicos que sugieren benignidad tampoco son equiparables con los utilizados para adultos<sup>6</sup>. Cagle y col<sup>5</sup> sugieren como único dato significativo el peso, siendo los mayores de 500 g de muy mal pronóstico. También Graham y McHenry<sup>20</sup> señalan el peso como mejor criterio para diferenciar tumores benignos y malignos.

Como conclusión, existen pocos datos en la literatura para el manejo diagnóstico-terapéutico del incidentaloma suprarrenal en niños. Actualmente, se tiende a adoptar los protocolos que existen para adultos. Dadas las peculiaridades epidemiológicas y clínicas de las masas suprarrenales en la edad infantil, la individualización de cada caso sería lo recomendable.

## BIBLIOGRAFÍA

1. SALMERÓN DE DIEGO J. Tumores suprarrenales clínicamente asintomáticos (incidentalomas suprarrenales). *Endocrin Nutr* 2001; 48.
2. GLAZER HS, WEYMAN PJ, SAGEL SS, LEVITT RG, McCLENNAN BL. Nonfunctioning adrenal masses: incidental discovery on computed tomography. *AJR Am J Roentgenol* 1982; 139: 81-85.
3. SCHULMAN H, LAUFER L, BARKI Y, PHILIP M, MARES AJ, MAOR E et al. Ganglioneuroma: an "incidentaloma" in childhood. *Eur Radiol* 1998; 8: 582-584.
4. VALLEJO D, QUEIZÁN A, CARRERO MC, NISTAL N, TOVAR JA. Tumores adrenocorticales en niños. *Cir Pediatr* 1997; 10: 122-127.
5. CAGLE PT, HOUGH AJ, PYSHER TJ, PAGE DL, JOHNSON EH, KIRKLAND RT. Comparison of adrenal cortical tumors in children and adults. *Cancer* 1986; 57: 2235-2237.
6. MAYER SK, OLIGNY LL, DEAL C, YAZBECK S, GAGNE N, BLANCHARD H. Childhood adrenocortical tumors: case series and reevaluation of prognosis. A 24 years experience. *J Pediatr Surg* 1997; 32: 911-915.
7. MORALES L, ROVIRA J, ROTTERMANN M, JULIÀ V. Adrenocortical tumors in childhood: a report of four cases. *J Pediatr Surg* 1989; 24: 276-281.
8. HAYLES B, HAHN HB JR, SPRAGUE RG, BAHN RC, PRIESTLEY JT. Hormone-secreting tumors of adrenal cortex in children. *Pediatrics* 1966; 37: 19-25.
9. ABRAMSON SJ. Adrenal neoplasm in children. *Radiol Clin North Am* 1997; 35: 1415-1453.
10. HERRERA MF, GRANT CS, VAN HEERDEN JA, SHEEDY PF, ILSTRUP DM. Incidentally discovered adrenal tumors: an institutional perspective. *Surgery* 1991; 110: 1014-1021.
11. CHARLES MA, SIMON D, ABBOU C, MATHIEU D, BELLOT Y, HARZARD J. Management of large adrenal glands discovered incidentally. *Ann Endocrinol (Paris)* 1989; 50: 503-507.
12. SEMPERE PA. "Incidentalomas suprarrenales". <http://medicina.umh.es/docencia/medicina/6/4256/tema06/suprarrenal2/tema6.htm>
13. BELLDEGRUN A, HUSSAIN S, SELTZER SE, LOUGHLIN KR, GITTES RF, RICHIE JP. Incidentally discovered mass of adrenal gland. *Surg Gynecol Obstet* 1986; 163: 203-208.
14. KOROBKIN M, FRANCIS IR, KLOOS RT, DUNNICK NR. The incidental adrenal mass. *Radiol Clin North Am* 1996; 34: 1037-1054.
15. KLOOS RT, GROSS MD, FRANCIS IR, KOROBKIN M, SHAPIRO B. Incidentally discovered adrenal masses. *Endocr Rev* 1995; 16: 460-484.
16. GABOARDI F, CARBONE M, BOZZOLA A, GALLI A. Adrenal incidentalomas: what is the role of fine needle biopsy? *Int Urol Nephrol* 1991; 23: 197-207.

17. SHAH SH, PERVEZ S, HASSAN SH. Frequency of malignant solid tumors in children. *J Pak Med Assoc* 2000; 50: 86-88.
18. VÁZQUEZ LÓPEZ MA, BELMONTE MARTÍN MJ, LÓPEZ MUÑOZ J et al. Incidentaloma suprarrenal en Pediatría. *An Esp Ped* 1999; 127: 59-60.
19. PRANDO A, WALLACE S, MARINS JL, PEREIRA RM, DE OLIVEIRA ER. Sonographic findings of adrenal cortical carcinomas in children. *Pediatr Radiol* 1990; 20: 163-165; discussion 169.
20. GRAHAM DJ, MCHENRY CR. The adrenal incidentaloma: guidelines for evaluation and recommendations for management. *Surg Oncol Clin N Am* 1998; 7: 749-764.