



13 - ¿ES NECESARIO DESCARTAR FEOCROMOCITOMA EN TODAS LAS LESIONES ADRENALES? ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 1.109 CASOS

R. García-Centeno¹, C. Robles Lázaro², P. Parra Ramírez³, P. Gracia Gimeno⁴, P. Martín Rojas-Marcos³, M. Tomé Fernández-Ladreda⁵, J.C. Percovich Hualpa¹, M. Sampredo Núñez⁶, P. Valderrábano⁷ y M. Araujo-Castro⁷

¹Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ³Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁴Endocrinología y Nutrición. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. ⁵Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Puerto Real. ⁶Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁷Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Resumen

Objetivos: Analizar las diferencias radiológicas entre los feocromocitomas y otras lesiones suprarrenales no productoras de catecolaminas.

Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico (14 centros) de 1.109 pacientes con lesiones suprarrenales en los que existan datos sobre el estudio radiológico. Se clasificaron los pacientes en dos grupos: pacientes con niveles de metanefrinas urinarias/plasmáticas y/o catecolaminas urinarias normales (grupo no-feocromocitoma) y pacientes con niveles elevados y confirmación histológica de feocromocitoma (grupo feocromocitoma).

Resultados: Se incluyeron 135 pacientes con feocromocitoma y 974 no-feocromocitomas. El tamaño tumoral fue significativamente mayor en los feocromocitomas que no-feocromocitomas ($45,2 \pm 32,71$ mm vs. $20,9 \pm 9,40$ mm, $p < 0,001$). La presencia de calcificaciones (5,3% vs. 1,4%, $p = 0,010$), necrosis (28,3% vs. 0,5%, $p < 0,001$) y bajo contenido lipídico (95,9% vs. 16,4%, $p < 0,001$) en el TAC fueron más frecuentes en los feocromocitomas. En la RMN, el 90,3% de los no-feocromocitomas presentaron baja oposición en la señal de fase frente al 42,9% de los feocromocitomas ($p < 0,001$). La presencia de alto contenido lipídico permite establecer el diagnóstico de no-feocromocitoma con una sensibilidad del 83,6% y especificidad del 96,0% (AUC 0,900 [0,871-0,924]). Un tamaño tumoral de 28mm fue el que ofreció una mayor capacidad diagnóstica para diferenciar no-feocromocitoma vs. feocromocitoma (sensibilidad 79,9% (IC95%: 72,3-85,8) y especificidad del 79,3% (IC95%: 76,5-81,8). La combinación de un tamaño tumoral 28 mm y alto contenido lipídico mejoran la capacidad diagnóstica (AUC 0,949 [0,930-0,954], sensibilidad 85% y especificidad 96% para establecer el diagnóstico de no-feocromocitoma).

Conclusiones: En pacientes con lesiones adrenales 28 mm y con alto contenido lipídico se podría valorar obviar el despistaje de feocromocitoma si no existe una alta sospecha clínica, dada la combinación de ambos factores es muy específico de no-feocromocitoma.