

Tumor Oncocítico Adrenocortical Produtor de Cortisol – Relato de Caso e Revisão de Literatura

Thiago Milani da Costa¹, Matheus Carpenedo Frare^{*2}, Thalita Campos Aparecido Miranda³, Thaís Stabile Martins³, Rodrigo Velloni Da Silva Bastos⁴

Departamento de Urologia do Hospital Regional de Presidente Prudente – Presidente Prudente, SP.

Correspondência*: R. José Bongiovani, 1297
Cidade Universitária,
Pres. Prudente, SP
CEP: 19050-680
matheuscarpenedof@gmail.com

- 1) Urologista responsável pelo caso e preceptor da Residência de Urologia do Hospital Regional de Presidente Prudente-SP (HRPP-SP).
- 2) Residente de Urologia do HRPP – SP;
- 3) Residente de Clínica Médica pelo HRPP – SP;
- 4) Endocrinologista responsável pelo caso e preceptor da Residência de Clínica Médica do HRPP-SP.

INTRODUÇÃO

As neoplasias oncocíticas são pouco frequentes, sendo descritas na tireóide, rim, glândula salivar e raramente na supra-renal. Atualmente existem menos de 200 casos descritos de tumores oncocíticos de supra-renal. Maioria dos casos são assintomáticos e descobertos acidentalmente, com parcela de até 20% dos tumores com produção hormonal. Há casos descritos entre 27 – 72 anos com predominância para mulheres. Apresentamos um caso Tumor Oncocítico de supra-renal de comportamento raro, ocorrendo em mulher de 26 anos, associado à síndrome de Cushing e com características benignas.

CASO CLÍNICO

MSR, 26 anos, encaminhada ao Endocrinologista por amenorreia há 3 anos, obesidade (130kg), fâscie em lua cheia, giba de búfalo, estrias e HAS. Mediante hipótese de Cushing, realizado exames laboratoriais: Cortisolúria 24 horas: elevada / ACHT reduzido / Teste de supressão com dexametasona negativo / DHEA: normal. Traz Tomografia de Abdômen de Set/2018: imagem nodular hipodensa de 35x29x31mm em

Adrenal esquerda com > 10UH na fase sem contraste, intenso realce heterogêneo na fase arterial com Washout indeterminado podendo estar relacionado com Adenoma / Carcinoma Funcionante. Diagnosticada com Síndrome de Cushing ACTH-independente de provável origem adrenal. Optado na realização de Adrenalectomia à Esquerda. Procedimento realizado pela via subcostal a esquerda em Nov/2018 sem intercorrências, paciente com boa recuperação pós operatória recebendo alta em 4 dias. Anatomopatológico confirmado por Imunohistoquímica: Neoplasia Oncocítica Adrenocortical com caracteres de Adenoma Oncocítico. Paciente hoje com 6 meses de PO, apresenta perda de 70kg, fim da HAS, padrão menstrual habitual e sem queixas relacionadas à Síndrome de Cushing.

DISCUSSÃO

As neoplasias oncocíticas adrenais (NOAs) geralmente são incidentais e não funcionantes. Apenas cerca de 17% a 20% delas apresentam-se como secretoras de hormônios, assim

como no presente relato ⁽¹⁻²⁾. Conforme relatado na literatura ⁽²⁾ que identifica maior prevalência das NOAs em mulheres, em uma proporção de 2,5 : 1, mais comumente em região de córtex adrenal. ⁽³⁾

Tais neoplasias podem ser classificadas em oncocitoma, neoplasia oncocítica de potencial maligno incerto e carcinoma oncocítico. Atualmente são utilizados os Critérios de Lin-Weiss-Bisceglia, o qual avalia: critérios maiores - taxas mitóticas (> 5 mitoses em aumento de 50x); mitose atípica; invasão venosa - e quatro critérios menores - tamanho do tumor maior que 10 cm de diâmetro; peso maior que 200 g; necrose tumoral e capsular; invasão sinusoidal. ⁽³⁾ Os exames de imagens são ainda outras ferramentas que podem auxiliar nessa diferenciação, observando que os tumores benignos tendem a ser constituídos por uma maior porcentagem de lipídios ⁽⁴⁾.

Mesmo com os estudos recentes, ainda possuem comportamento biológico incerto, em parâmetros histológicos ou bioquímicos isolados que permitam prever sua evolução clínica. O tratamento de escolha atualmente proposto baseia-se no procedimento cirúrgico de retirada da glândula adrenal, sendo possível por via aberta, laparoscópica ou robótica, com acessos abdominais, toracoabdominal combinado ou retroperitoneal. A decisão da via dependerá de diversos fatores como o tamanho do tumor, as condições do paciente e experiência do cirurgião ⁽⁴⁾. Terapia Adjuvante com QT e RT são avaliadas em casos de carcinomas e de forma individualizada ⁽⁴⁻⁵⁾.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as NOSa são um importante diagnóstico diferencial a ser considerado em casos de Síndrome de Cushing ACTH independente, visto seu potencial de malignidade. Devido ao seu comportamento biológico incerto, é reforçado a necessidade do diagnóstico de tratamento cirúrgico precoce dessa patologia pouco frequente.

FIGURA 1

Peça cirúrgica nodular, acastanhada, medindo 5,5cm;



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kanitra JJ, Hardaway JC, Soleimani T, Koehler TJ, McLeod MK, Kavuturu S. Adrenocortical oncocytic neoplasm: A systematic review. *Surgery*. 2018 Dec;164(6):1351-1359.
2. Peynirci H, Taskiran B, Dik N, Saraydaroglu Ö, Ersoy C. Oncocytic neoplasms; rare adrenocortical tumours - a report of eleven patients. *Endokrynologia Polsk*. 2018; 69 (6): 682-687.
3. Capela A, Martinho A, Paixão Duarte F, Garcia H, Rocha Pires F, Theias Manso R, et al. Tumores Oncocíticos da Supra-Renal. *Revista Científica da Ordem dos Médicos. Acta Med Port* 2013 Jan-Feb; 26(1):61-66 .
4. Panizzo V, Rubino B, Piozzi GN, Ubiali P, Morandi A, Nencioni M, et al. Laparoscopic Trans-Abdominal Right Adrenalectomy for a Large Primitive Adrenal Oncocytic Carcinoma: A Case Report and Review of Literature. *American Journal of Case Reports*. 2018; 19: 1096-1102.
5. MEARINI, L.; DEL SORDO, R.; et al; Adrenal Oncocytic Neoplasm: A systematic review. *Uro Int* 2013; 91: 125-133; DOI 10.1159/000345141.