



DEFINIÇÃO: Achado de uma lesão incidental na glândula adrenal (ou supra-renal) (unilateral ou bilateral) em exame de imagem realizado por outro motivo.

I. ASSISTENCIAL

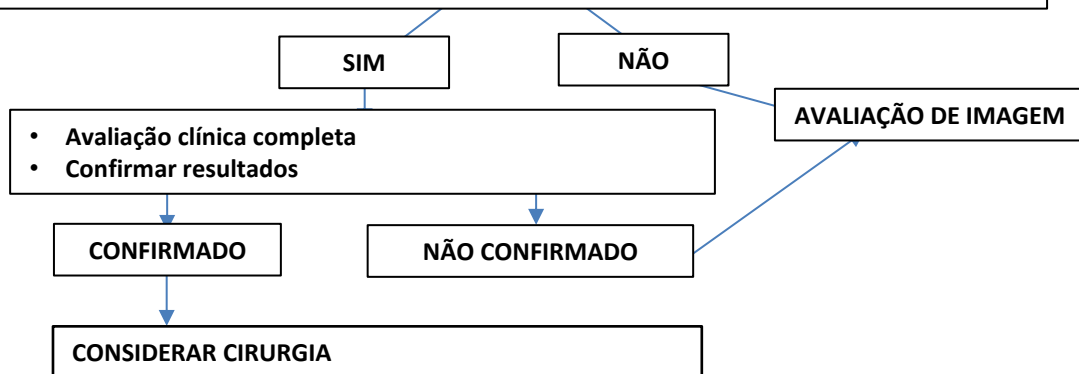
1. EPIDEMIOLOGIA

1. A prevalência de incidentaloma adrenal varia de 1,4% a 7,3% em tomografias abdominais
2. Indivíduos mais idosos têm uma prevalência maior de incidentaloma adrenal (10%)
3. Em estudos de autópsia, a prevalência é de 2%, variando de 1% a 9%
4. Massas adrenais entre 2 mm e 4 cm de tamanho estavam presentes em 9% dos indivíduos sem hipertensão e em 12% daqueles com hipertensão em uma série de 739 autópsias

2. AVALIAÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL (deve ser realizada em paralelo à avaliação da imagem)

HÁ SECREÇÃO HORMONAL?

- **PARA TODOS:**
 - ACTH, S-DHEA basal
 - CORTISOL PÓS DEXAMETASONA 1MG *OVERNIGHT* (tomar 2cps 0.5mg às 23h-24 e colher cortisol pela manhã 7-8h (não colher após 9h da manhã) (normal < 1,8 µg/dl): Dosar nível sérico de Dexametasona ou ACTH plasmático (se < 5 pg/mL indica dexanemia adequada)
- **SE HIPERTENSO OU HIPOCALÊMICO (investigação de hiperaldosteronismo primário):**
 - DOSAGEM DE RENINA DIRETA PLASMÁTICA (preferencial em relação à atividade plasmática de renina)
 - ALDOSTERONA PLASMÁTICA
 - CONSIDERAR SUSPENDER medicamentos IECA, RAA, ESPIRONOLACTONA, EPLERENONA E FINERENONA SE RENINA NÃO SUPRIMIDA > 4 µUI/mL (AVALIAR RISCO-BENEFÍCIO)
 - POTÁSSIO
- **SE CLÍNICA DE HIPERANDROGENISMO**
 - TESTOSTERONA (total + livre) , ANDROSTENIDIONA, 17 HIDROXIPROGESTERONA, S-DHEA
- **SE TOMOGRAFIA SEM CONTRASTE COM DENSIDADE DO TUMOR > 10UH:**
 - METANEFRINAS EM URINA 24H E/OU METANEFRINAS PLASMÁTICAS DOSADAS POR ESPECTROMETRIA DE MASSA



3. AVALIAÇÃO IMAGEM

- Comparar com exames anteriores disponíveis; se estável (1-2 anos) considerar benignidade.
 - Tomografia de boa qualidade sem contraste com nódulo com densidade < 10UH usualmente são benignas e não requer exame adicional (se <20-30UH sugestivo de mielolipoma)
 - Todos outros casos devem ser discutidos em reunião clínica multidisciplinar com experts
- tumores > 4 cm: cirurgia (considerar)
- tumores < 4 cm não-funcionantes: controle (6-12 meses com TC ou RM) e/ou *washout*
- Se crescimento ou *washout* NÃO sugestivo de adenoma: considerar PET
- com densidade >20UH ou tumor <4 cm com aparência heterogênea: individualizar conduta em reunião clínica multidisciplinar
- Em casos nos quais a decisão foi de seguimento recomenda-se reavaliação com imagem (tomografia ou ressonância entre 6 a 12 meses)
 - Recomenda-se contra biópsia na adrenal a não ser em caso de suspeita de malignidade extra-adrenal ou para investigar causas infecciosas em pacientes com insuficiência adrenal primária.

4. CIRURGIA

- A remoção de toda a glândula com o tumor funcionante
- A cirurgia para secreção autônoma leve de cortisol (ou Cushing sub-clínico) deve ser considerada frente à outras variáveis para ser discutida com o paciente os riscos e benefícios frente à tratamento clínico específico para as comorbidades.
- A via cirúrgica convencional ou minimamente invasiva podem ser escolhidas baseadas na experiência do cirurgião, no tamanho da lesão, da natureza maligna ou benigna, da presença de invasão de órgãos adjacentes e nas particularidades de cada caso.
- Pacientes com secreção autônoma de cortisol devem receber hidrocortisona 100 mg por via intravenosa no intraoperatório e manter reposição de glicocorticoide por via oral no pós-operatório até reavaliação hormonal. O risco de insuficiência adrenal secundária é maior em pacientes com cortisol pós-dexametasona 1 mg > 3 µg/dL e/ou ACTH < 10 pg/mL.
- Se cortisol basal > 10 µg/dL no pós-operatório, pode suspender a reposição de corticoide sem necessidade de teste de estímulo com cortosina (ACTH sintético).
- Recomenda-se a abordagem multidisciplinar com discussão de conduta pré-operatória (risco cirúrgico, medicamentos necessários para estabilização clínica), trans-operatória e pós-operatória.

5. RECOMENDAÇÃO GERAL

Estimula-se a avaliação do paciente com incidentaloma adrenal através de equipe multidisciplinar (clínico-cirúrgica-imagem)

II. REFERÊNCIAS

[1] Eur J Endocrinol, Volume 189, Issue 1, July 2023, Pages G1–G42, <https://doi.org/10.1093/ejendo/lvad066>.

[2] Up to date

[3] The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 110, Issue 9, September 2025, Pages e3117–e3124, <https://doi.org/10.1210/clinem/dgae855>

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW537.1	Cássio Andreoni Madson Almeida, Marcelo C Batista Flávia Amanda Costa Barbosa Thais Mussi Fernando Morbeck, Ronaldo Baroni	Fernando Ramos de Mattos	Andrea Maria Novaes Machado	20/05/2026	03/07/2026