

# CARCINOMA DE LA CORTEZA ADRENAL

**Alejandro Cámara Balda.** FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario San Pedro. Logroño. Especialista vía MIR en Endocrinología y Nutrición en Hospital Miguel Servet de Zaragoza desde 2002.

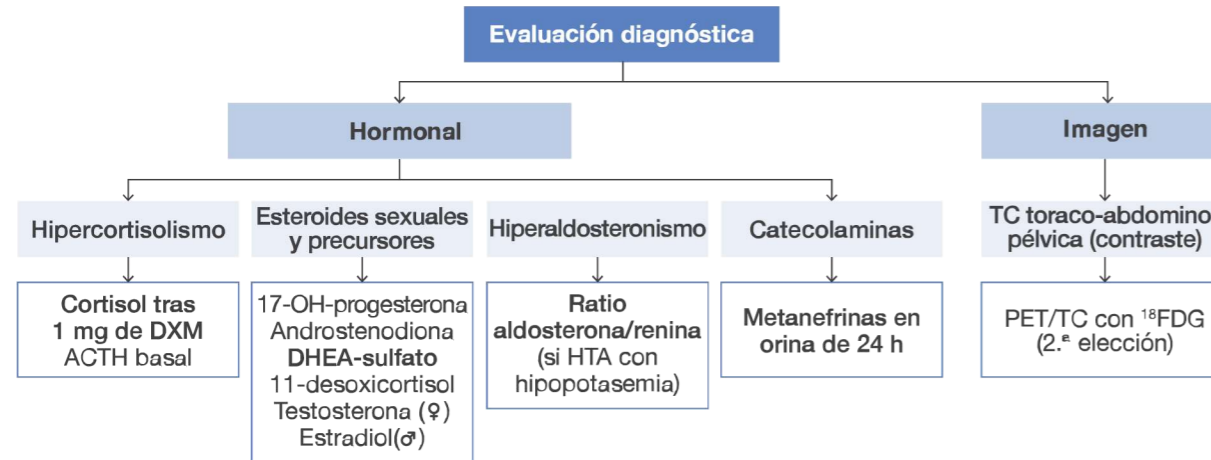
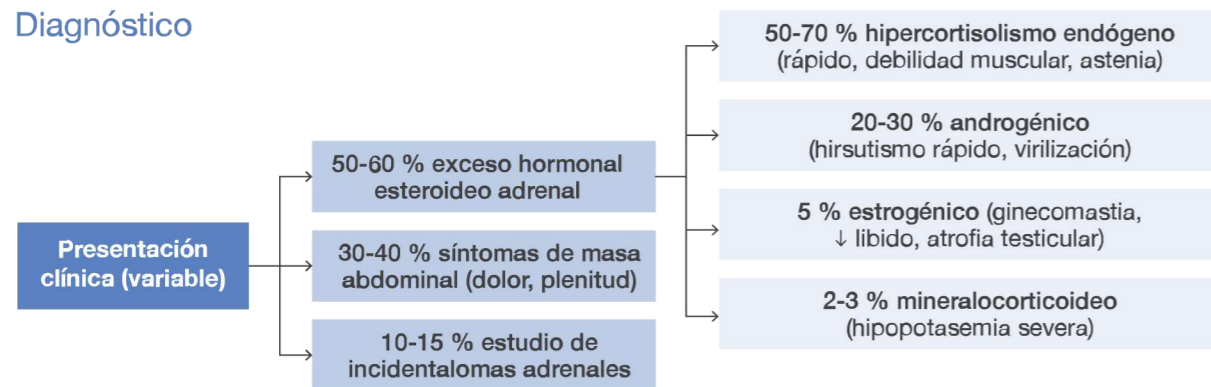
**Luis Muñoz de Dios.** FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario San Pedro. Logroño. Especialista vía MIR en Endocrinología y Nutrición en Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés desde 2010.

**Julia Campos Fernández.** FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario San Pedro. Logroño. Especialista vía MIR en Endocrinología y Nutrición en Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza desde 2017.

## Introducción

El carcinoma de corteza adrenal es un tumor infrecuente cuyo pico de máxima incidencia está en 50 años. Habitualmente es esporádico, aunque puede asociarse a mutaciones germinales en el gen *TP53* y se han descrito casos asociados a síndromes hereditarios. Es un tumor agresivo. La supervivencia media a los 5 años del diagnóstico está en torno al 35%.

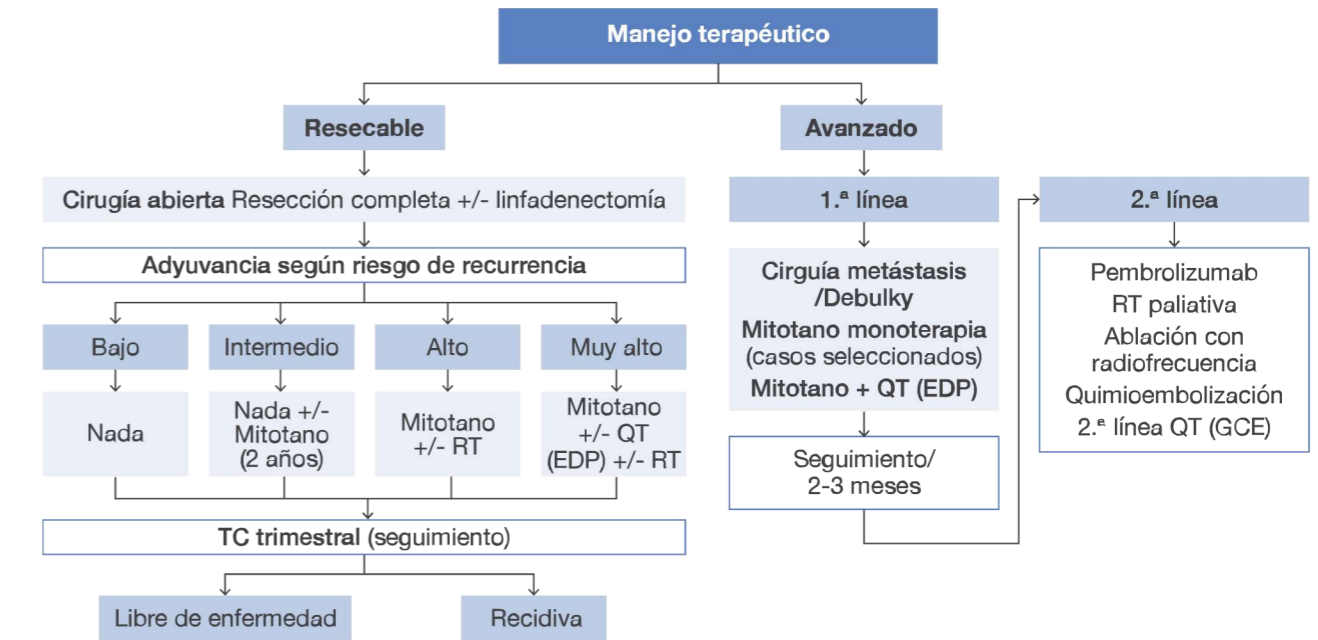
## Diagnóstico



Estadaje tumoral (clasificación ENSAT-2009)		
	TNM	Definición
I	T1 N0 M0	Tumor ≤5 cm
II	T2 N0 M0	Tumor >5 cm
III	T1-T2 N1 M0 T3-T4 N0-N1 M0	Tumor infiltrante de estructuras adyacentes o con adenopatías metastásicas regionales
IV	T1-T4 N0-N1 M1	Metástasis a distancia

No se recomienda la realización de biopsia de la masa adrenal para el diagnóstico.

## Enfoque terapéutico



EDP: etopósido, doxorubicina, cisplatino; GCE: gemcitabina, capecitabina, estreptozocina; QT: quimioterapia; RT: radioterapia.

## No olvides...

- Es un tumor infrecuente, pero con una alta agresividad.
- La sospecha clínica se fundamenta en síntomas de exceso hormonal (predominando el hipercortisolismo) y de masa abdominal.
- Para el diagnóstico debemos realizar determinaciones hormonales y pruebas de imagen, confirmándose tras la valoración anatomopatológica de la pieza quirúrgica reseçada.
- El pronóstico depende fundamentalmente del estadio al diagnóstico, lo que va a condicionar la posibilidad de una resección completa.
- El tratamiento con mitotano se indica como adyuvante a la cirugía según el riesgo de recidiva inicial, en casos de recidiva, en casos avanzados y para control del hipercortisolismo.
- El tratamiento con mitotano precisa de monitorización clínica estrecha y de determinaciones de concentraciones plasmáticas para ajuste de dosis.