

INCIDENTALOMA ADRENAL COMO MANIFESTAÇÃO DE MELANOMA CUTÂNEO METÁSTATICO: UM RELATO DE CASO

THALES RANIERI PEDROSO 1, AYRTON JOHN MACEDO GONÇALEZ 1, MATHEUS FELIPE KETES BERGAMIN 1, CLAUDIO HIDEKI TOI 1

1 Hospital Ipiranga, São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

Relatamos o caso de um paciente portador de incidentaloma adrenal bilateral, identificado em investigação de imagem. A avaliação anatomopatológica revelou tratar-se de possível metástase de melanoma para glândula adrenal, previamente desconhecida pelo paciente e com lesão cutânea só identificada posteriormente. O caso chama atenção pela apresentação rara de metástase adrenal bilateral como manifestação de melanoma, ressaltando a importância da abordagem diagnóstica sistemática dos incidentalomas adrenais.

Palavras-chave: incidentaloma adrenal; Melanoma metastático; Metástase adrenal; Neoplasias cutâneas; Relato de caso.

ABSTRACT

We report the case of a patient with a bilateral adrenal incidentaloma identified on imaging. The anatomopathological evaluation revealed it to be a possible metastasis of melanoma to adrenal gland, previously unknown to the patient, with the skin lesion only identified later. This case draws attention due to the rare presentation of bilateral adrenal metastasis as manifestation of melanoma, highlighting the importance of a systematic diagnostic approach to adrenal incidentalomas.

Keywords: Adrenal incidentaloma; Metastatic melanoma; Adrenal metastasis; Cutaneous neoplasms; Case report.

INTRODUÇÃO

O termo incidentaloma adrenal refere-se a lesões da glândula suprarrenal detectadas incidentalmente em exames de imagem realizados sem suspeita clínica prévia de acometimento deste órgão. Os incidentalomas são massas maiores ou iguais a um centímetro, sendo um achado mais predominante em adultos acima dos 50 anos de idade, na prevalência de 2 a 4% nesta população, podendo chegar a mais de 10% em indivíduos acima dos 70 anos (1).

O manejo do incidentaloma adrenal envolve a diferenciação entre lesões benignas e malignas, além da avaliação da produção hormonal autônoma. As principais etiologias incluem adenomas não funcionantes, adenomas produtores de cortisol (síndrome de Cushing), feocromocitomas, adenomas produtores de aldosterona e, menos frequentemente, metástases e carcinoma adrenocortical (1, 2).

A prevalência de lesões malignas entre os incidentalomas varia entre 2% e 5%, sendo maior em pacientes com histórico de câncer, especialmente pulmão, rim, melanoma e mama. A avaliação diagnóstica deve contemplar a caracterização imagiológica para definição da probabilidade de malignidade, associada à avaliação funcional para detecção de excesso hormonal, incluindo cortisol, catecolaminas e aldosterona. O tratamento e seguimento devem ser individualizados conforme essas avaliações (1, 2).

Estudos mostram que, em indivíduos com câncer conhecido, entre 50% e 75% das le-

sões adrenais identificadas podem representar implantes metastáticos, e entre as neoplasias metastáticas, o melanoma destaca-se como uma das mais frequentemente associadas. O melanoma metastático apresenta um tropismo particular pelas glândulas adrenais, provavelmente devido ao seu rico suprimento vascular e ao microambiente lipídico, que favorecem a deposição e crescimento de células neoplásicas (3).

Embora a maioria dos casos de metástase adrenal por melanoma ocorra após o diagnóstico da lesão primária, em algumas situações a doença metastática pode ser identificada antes do reconhecimento clínico do tumor cutâneo, especialmente quando este se apresenta de forma pequena, regressiva ou clinicamente pouco evidente. Nessas circunstâncias, o diagnóstico pode ser inicialmente estabelecido por meio da análise histopatológica da lesão metastática, com posterior identificação do foco primário (4).

Adicionalmente, embora extremamente raro, o melanoma primário da glândula adrenal deve ser considerado como diagnóstico diferencial. Essa entidade apresenta características clínicas e histopatológicas próprias e é descrita apenas em relatos isolados na literatura, o que reforça a necessidade de uma correlação clínico-patológica criteriosa na avaliação dessas lesões (4).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, do tipo relato de caso, elaborado a partir da coleta de dados e informações clínicas registradas no prontuário médico durante a internação hospitalar. A base teórica foi construída a partir de artigos científicos, visando contribuir com informações úteis ao diagnóstico e tratamento da patologia apresentada.

O objetivo do trabalho é relatar o caso de um paciente do sexo masculino, de 45 anos, previamente hipertenso, diabético tipo II (insulinodependente) e com obesidade grau I, sem antecedentes pessoal e familiar

para neoplasias, que foi diagnosticado com lesão bilateral em adrenais, sendo submetido à adrenalectomia radical à direita, constatando possível lesão metastática de melanoma. Após exame dermatológico completo, evidenciou-se lesão sugestiva de melanoma em tórax anterior, confirmado diagnóstico após histopatologia e imunohistoquímica.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Paciente masculino, 46 anos, com obesidade grau I, hipertenso, diabético. Em uso contínuo de insulina, gliclazida, metformina, losartana, nifedipino e hidroclorotiazida. Paciente negava etilismo ou tabagismo. Sem histórico familiar relevante.

ACHADOS CLÍNICOS

Paciente em acompanhamento no ambulatório de Urologia, encaminhado do pronto-socorro por achado incidental em exame de imagem realizado devido a dor lombar à esquerda há cerca de dois meses. Nega outras queixas.

AValiação DIAGNÓSTICA

Realizada tomografia computadorizada de abdome total com contraste, que evidenciou formação nodular de aspecto cístico multisseptado na adrenal direita, medindo $10,6 \times 7,8 \times 8,3$ cm, e nódulo semelhante na adrenal esquerda, medindo $3,6 \times 2,9 \times 3,6$ cm. Ausência de linfonodomegalias retroperitoneais e ilíacas. Realizado estadiamento com tomografia de tórax, sem sinais de acometimento pulmonar ou linfonodal. Realizada investigação metabólica para avaliação da funcionalidade das lesões, que se mostrou negativa para produção de catecolaminas, aldosterona e cortisol (figura 1).

Foi optado por abordagem cirúrgica, iniciando-se com adrenalectomia radical aberta à direita. O procedimento cirúrgico foi desafiador, devido à presença de múltiplas aderências locais,

Figura 1: Corte tomográfico axial e coronal demonstrando as lesões em adrenais bilateralmente (setas brancas)

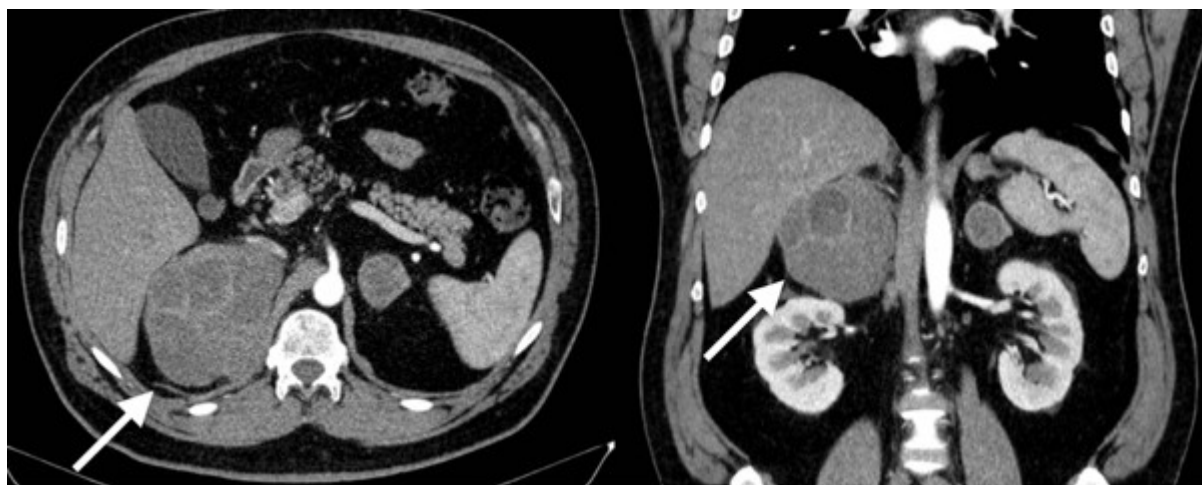


Figura 2: Lesão melanocítica em hemitórax à esquerda.



inclusive na veia cava inferior, além de importante neovascularização. A cirurgia teve duração aproximada de três horas, com sangramento estimado

em 850 mL. O paciente foi encaminhado à unidade de terapia intensiva após o procedimento.

ACOMPANHAMENTO E DESFECHO

O produto da adrenalectomia à direita foi encaminhado para exame anatomopatológico, que evidenciou neoplasia extensamente necrótica, com raros focos de células viáveis.

O estudo imuno- histoquímico foi compatível com carcinoma do córtex adrenal com pigmentação melânica, podendo corresponder a melanoma metastático.

A equipe de Dermatologia foi acionada para avaliação do caso, identificando lesão suspeita em região anterior do tórax, medindo aproximadamente 1,5 cm. Realizada biópsia incisional, que demonstrou proliferação melanocítica juncional, com perfil imuno-histoquímico e morfológico compatíveis com melanoma in situ do tipo extensivo superficial.

O paciente apresentou complicações infecciosas e neurológicas durante o período de internação na UTI, evoluindo com neuropatia hipóxica, dependência de oxigênio e infecção da corrente sanguínea, vindo a óbito no 35o dia de internação hospitalar.

Tabela 1 - Antígenos Pesquisados.

Anticorpos	Clone	Resultado
CK AE1/AE3	AE1/AE3	FOCAL
EMA	E29	NEGATIVO
CROMOGRANINA A	POLICLONAL	NEGATIVO
Melan-A	A103	POSITIVO
HMB45	HMB45	POSITIVO
Prot. S100	POLOCLONAL	POSITIVO
VIMENTINA	V9	POSITIVO
Ki-67	MIB-1	60%
SOX 10		NEGATIVO

Conclusão

Adrenal

- neoplasia extensamente necrótica, com raros focos de células viáveis para análise
- o perfil imuno-histoquímico favorece carcinoma do córtex adrenal com pigmentação melânica
- dados clínicos complementares são necessários para afastar possibilidade de metástase de melanoma

DISCUSSÃO

A metástase adrenal isolada de melanoma constitui uma apresentação rara e desafiadora, tanto do ponto de vista diagnóstico quanto terapêutico. Em pacientes nos quais um incidentaloma adrenal é inicialmente ressecado e subsequentemente identificado como metástase de melanoma, a avaliação multidisciplinar se mostra fundamental para o planejamento do manejo mais adequado. Evidências recentes indicam que a adrenalectomia pode proporcionar benefício de sobrevida em casos selecionados, particularmente

em indivíduos com doença restrita à glândula adrenal ou progressão isolada, reforçando o papel da cirurgia como complemento às terapias sistêmicas (5).

Embora excepcional, o melanoma primário da glândula adrenal deve ser considerado no diagnóstico diferencial. Essa entidade apresenta descrição limitada na literatura, com poucos casos documentados, caracterizando-se por ausência de lesão cutânea primária identificável e diagnóstico baseado em critérios histopatológicos e imuno-histoquímicos rigorosos. A distinção entre

Tabela 2 - Estudo imuno-histoquímico da lesão suspeita em hemitórax esquerdo.

Antígenos Pesquisados

Anticorpos	Clone	Resultado
HMB45	HMB45	POSITIVO NOS MELANOCITOS JUNCIONAIS ATÍPICOS
Melan-A	A103	POSITIVO NOS MELANOCITOS JUNCIONAIS ATÍPICOS
SOX 10		POSITIVO NOS MELANOCITOS JUNCIONAIS ATÍPICOS
P16	G175-405	POSITIVO FOCAL
Ki-67	MIB-1	5%

-O perfil imuno-histoquímico e os achados morfológicos favorecem o diagnóstico de melanoma in situ do tipo extensivo superficial sobre área de regressão.

-Ulceração: não detectada

-Lesão associada: nevo melanocítico intradérmico.

-Margens cirúrgicas comprometidas em uma das laterais.

melanoma primário adrenal e metástase é essencial, uma vez que impacta diretamente o estadiamento, prognóstico e estratégias terapêuticas (4).

De acordo com as diretrizes da American Association of Endocrine Surgeons, a ressecção cirúrgica deve ser considerada em pacientes com metástase adrenal isolada, bom estado funcional, avaliação hormonal completa e exclusão de secreção excessiva. Sempre que tecnicamente viável, a abordagem minimamente invasiva apresenta resultados oncológicos comparáveis à cirurgia aberta, desde que se preservem os princípios de ressecção completa e manejo cuidadoso da glândula (6).

Apesar dos avanços recentes em imunoterapia e terapias alvo, incluindo inibidores de PD-1, CTLA-4 e BRAF/MEK, metástases adrenais podem apresentar resposta subótima, reforçando a relevância da adrenalectomia em casos selecionados. Estudos sugerem que pacientes submetidos à ressecção cirúrgica apresentam sobrevida significativamente superior em comparação àqueles tratados exclusivamente com terapia sistêmica. Para pacientes que não são elegíveis à cirurgia, modalidades como radioterapia ablativa ou ablação térmica oferecem controle local eficaz com perfil de toxicidade favorável, constituindo alternativas viáveis de manejo (7).

Portanto, o tratamento do melanoma metastático adrenal deve ser individualizado, integrando avaliação criteriosa, abordagem cirúrgica quando indicada, terapias sistêmicas e, em situações específicas, radioterapia ou ablação local. A literatura recente reforça que, mesmo diante dos avanços das terapias sistêmicas, a adrenalectomia permanece como intervenção essencial em pacientes selecionados, especialmente quando se busca prolongar a sobrevida e otimizar o controle local da doença (5-7).

CONCLUSÃO

A metástase de melanoma para a glândula adrenal, confirmada pela patologia após ressecção de um incidentaloma adrenal, é uma situação rara e pouco documentada na literatura médica. Embora o mais comum seja identificar a lesão primária na pele, o diagnóstico pode ser suscitado a partir do acometimento na glândula, reforçando a necessidade de investigação sistemática em caso de massas adrenais. O diagnóstico diferencial entre incidentaloma primário da adrenal e metástase de outros sítios é fundamental e deve ser guiado por características de imagem (tamanho >4 cm, margens irregulares, heterogeneidade, HU >10) e avaliação hormonal, conforme recomendado pela abordagem contemporânea (1-4).

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (TCLE)

Solicitado e cedido a dispensa do TCLE pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição.

CONFLITO DE INTERESSE

Nenhum declarado.

REFERÊNCIAS

1. Kebebew E. Adrenal Incidentaloma. *N Engl J Med*. 2021;384(16):1542-1551. doi:10.1056/NEJMcp2031112.
2. Owei L, Wachtel H. The Landmark Series Evaluation and Management of Adrenal Incidentalomas. *Ann Surg Oncol*. 2025;32:4712-4719. doi:10.1245/s10434-025-17296-8.
3. Shortreed H, Burute N, Aseyev O. Management of undifferentiated adrenal gland metastases from malignant melanoma: case report. *Front Oncol*. 2024;14:1419827. doi:10.3389/fonc.2024.1419827.

4. Katz SC, Bowne WB, Mihm MC Jr, et al. Clinical characteristics and outcome of patients with unknown primary melanoma. *Ann Surg Oncol*. 2005;12(7):475–484.
5. Wachtel H, Roses RE, Kuo LE, Lindeman BM, Nehs MA, Tavakkoli A, Parangi S, Hodin RA, Fraker DL, James BC, Carr AA, Wang TS, Solórzano CC, Lubitz CC. Adrenalectomy for Secondary Malignancy: Patients, Outcomes, and Indications. *Ann Surg*. 2021;274(6):1073-1080. doi:10.1097/SLA.0000000000003876. PMID: 32427760.
6. Yip L, Duh QY, Wachtel H, Jimenez C, Sturgeon C, Lee C, et al.. American Association of Endocrine Surgeons Guidelines for Adrenalectomy. *JAMA Surg*. 2022;157(10):870-877. doi: 10.1001/jama-surg.2022.3544.
7. Wachtel H, Dickson P, Fisher SB, Kiernan CM, Solórzano CC. Adrenal Metastasectomy in the Era of Immuno- and Targeted Therapy. *Ann Surg Oncol*. 2023;30(7):4146-4155. doi:10.1245/s10434-023-13474-8. Epub 2023 Apr 20. PMID: 37079202.

AUTOR CORRESPONDENTE

Dr. Ayrton John Macedo Goncalez

Hospital Ipiranga,

São Paulo, SP, Brasil

E-mail: ayrtongoncalez@gmail.com

Recebido em:

23 de outubro de 2025

Aceito para publicação em:

10 de junho de 2026

Publicado:

30 de julho de 2026



AYRTON JOHN MACEDO GONCALEZ

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9707-5487>