25° CONGRESSO NAZIONALE AME
Update in Endocrinologia Clinica
ROMA 12 - 15 novembre 2026
Associazione Medici Endocrinologi

Masse surrenaliche: il contesto clinico influenza il percorso diagnostico e il rischio di malignità

Marianna Torchio[1], Elettra Sarzani[1], Erika Messina[1], Martina Romanisio[2], Cinzia Parola[1], Lorenzo Cantore[1], Giuseppe Reimondo[1], Matteo Manfredi[3], Cristian Fiori[3], Massimo Terzolo[1], Soraya Puglisi[1]

[1]Internal Medicine, Department of Clinical and Biological Sciences, San Luigi Hospital, University of Turin, 10043 Orbassano, Italy. [2] Department of Translational Medicine, Endocrinology, University of Piemonte Orientale, Novara. [3]Division of Urology, San Luigi Gonzaga Hospital, Orbassano, Turin, Italy.

Introduzione

Le masse surrenaliche possono essere diagnosticate in presenza di sospetta ipersecrezione ormonale o durante il follow-up oncologico di neoplasie extrasurrenaliche. Questi **differenti contesti clinici sono associati a diverse probabilità pre-test di malignità e possono influenzare il percorso diagnostico.** Lo scopo dello studio è stato confrontare il work-up diagnostico e gli esiti istologici nei due gruppi di pazienti.

Metodi

Studio retrospettivo monocentrico su **90 pazienti sottoposti a surrenectomia monolaterale**, suddivisi in **due gruppi in base al contesto clinico che ha portato all'identificazione della massa surrenalica**. La Tabella 1 riassume i criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti.

Sono state valutate: caratteristiche cliniche e di secrezione; diagnosi istologica; numero di esami radiologici preoperatori; utilizzo della 18F-FDG PET; diametro massimo alla diagnosi, presenza di almeno una caratteristica radiologica sospetta (ovvero HU >10 alla TC senza mezzo di contrasto, disomogeneità della lesione, incremento dimensionale durante il follow-up, diametro >40 mm o assenza di perdita di segnale nelle sequenze RM in opposizione di fase).

Criteri di Inclusione	Criteri di Esclusione
• Età ≥18 anni al momento della surrenectomia. • Surrenectomia eseguita dopo il 2005. • Disponibilità di imaging radiologico preoperatorio (TC, RM e/o PET).	• Diagnosi biochimica di feocromocitoma (metanefrine plasmatiche e/o urinarie >2 volte il limite superiore di normalità). • Surrenectomia bilaterale per sindrome di Cushing ACTH-dipendente. • Recidiva di carcinoma corticosurrenalico (ACC). • Masse surrenaliche identificate incidentalmente (incidentalomi surrenalici).

Tabella 1. Criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti.

Risultati

Sono stati inclusi **90 pazienti**, di cui **66** (73%) con **sintomi suggestivi di ipersecrezione surrenalica e/o effetto massa** («pazienti sintomatici») e **24** (27%) con riscontro incidentale di nodulo surrenalico durante stadiazione oncologica per **neoplasie extrasurrenaliche** («pazienti oncologici»). L'età media è risultata essere di 51 anni.

La Tabella 2 riassume le caratteristiche dei pazienti della coorte analizzata.

Caratteristiche		n (%)
Genere	maschile	44 (49%)
BMI	normopeso	26 (32%)
	sovrappeso	38 (47%)
	obesità	17 (21%)
Secrezione ormonale	nessuna secrezione ormonale	20 (22.2%)
	ipercorticismo	33 (36.7%)
	iperaldosteronismo	24 (27%)
	cosecrezione	13 (14%)

Tabella 2. Caratteristiche demografiche e profilo secretivo dei pazienti inclusi nello studio.

Nei pazienti oncologici, il più alto sospetto radiologico si associava a un maggiore impiego di imaging e a una più elevata prevalenza di malignità (Tabella 3).

Dimensioni maggiori, 18F-FDG PET positiva e radiologia sospetta identificano le lesioni maligne e determinano un work-up preoperatorio più esteso (Tabella 4).

		Pazienti sintomatici (n=66)	Pazienti oncologici (n=24)	p
Esame istologico	Benigno	53.0 (80.3%)	12.0 (50.0%)	0.005
	Maligno	13.0 (19.7%)	12.0 (50.0%)	
Diametro max (mm)	Media (DS)	41.3 (41.0)	33.1 (17.8)	0.369
Caratteristiche radiologiche	Dubbie	35.0 (53.0%)	**21.0 (87.5%)**	**0.003**
	Benigne	31.0 (47.0%)	3.0 (12.5%)	
Ipersecrezione ormonale	Monosecrezione	52.0 (78.8%)	6.0 (25.0%)	< 0.001
	Cosecrezione	12.0 (18.2%)	1.0 (4.2%)	
	Nessuna secrezione	2.0 (3.0%)	17.0 (70.8%)	
N esami radiologici	Media (DS)	1.7 (1.0)	**2.9 (1.9)**	**< 0.001**
18F-FDG PET	No	55.0 (83.3%)	**14.0 (58.3%)**	**0.013**
	Sì	11.0 (16.7%)	**10.0 (41.7%)**	

Tabella 3. Caratteristiche cliniche, radiologiche e istopatologiche dei pazienti sintomatici rispetto ai pazienti con nodulo surrenalico identificato durante la stadiazione di neoplasie extrasurrenaliche.

		Esame istologico benigno (N=65)	Esame istologico maligno (N=25)	p
Motivo del riscontro	pazienti sintomatici	53.0 (81.5%)	13.0 (52.0%)	0.005
	pazienti oncologici	12.0 (18.5%)	12.0 (48.0%)	
Diametro max (mm)	Media (DS)	27.2 (12.1)	**73.3 (56.9)**	**< 0.001**
Caratteristiche radiologiche	Dubbie	31.0 (47.7%)	**25.0 (100.0%)**	**< 0.001**
	Benigne	34.0 (52.3%)	0.0 (0.0%)	
Ipersecrezione ormonale	Monosecrezione	52.0 (80.0%)	6.0 (24.0%)	< 0.001
	Cosecrezione	5.0 (7.7%)	8.0 (32.0%)	
	Nessuna secrezione	8.0 (12.3%)	11.0 (44.0%)	
N esami radiologici	Media (DS)	1.8 (1.4)	**2.6 (1.3)**	**0.019**
18F-FDG PET	No	57.0 (87.7%)	12.0 (48.0%)	**< 0.001**
	Sì	8.0 (12.3%)	**13.0 (52.0%)**	

Tabella 4. Confronto delle caratteristiche cliniche e radiologiche tra i pazienti con diagnosi istologica benigna e pazienti con diagnosi istologica maligna.

Conclusioni

Il contesto clinico di identificazione di una massa surrenalica influenza significativamente l'intensità del percorso diagnostico e identifica popolazioni con differente rischio di malignità. L'integrazione tra dati clinici e radiologici, inclusa la 18F-FDG PET quando indicata, può migliorare la stratificazione del rischio e supportare le decisioni chirurgiche.