

Los hallazgos incidentales o incidentalomas

Incidental findings or incidentalomas

Sofía Salamone*, Guadalupe Romero* y Sergio Terrasa†

Resumen

El hallazgo incidental de alguna "anormalidad" durante un procedimiento diagnóstico se ha vuelto cada vez más frecuente y suele llamarse incidentaloma. Muy pocas personas se benefician de estos hallazgos ya que la mayoría corresponden a diagnósticos de poca relevancia clínica. Respecto de los que implican el diagnóstico de alguna entidad de mayor peso, es poco probable que podamos definir si dicho diagnóstico le cambiará el pronóstico a ese paciente en particular o si esa persona habría podido vivir el resto de su vida sin un acortamiento de su duración o un empeoramiento de su calidad si tal hallazgo incidental no hubiera ocurrido (sobrediagnóstico).

Dado que esta problemática es compleja, no es extraño que haya diversas perspectivas para abordarla una vez sucedida algunas de ellas contradictorias-, sin que exista solución alguna que nos asegure que todos los actores de la interacción médico-paciente-familia quedemos conformes y tranquilos.

Solemos sobreestimar los beneficios potenciales de los estudios y a subestimar sus posibles daños para el propio paciente y para sus familiares, que pueden incluso quedar involucrados frente a un incidentaloma, por ejemplo los que implican alguna carga genética.

Este artículo describe las diferentes perspectivas a la hora de abordar los incidentalomas más frecuentes y sus potenciales consecuencias

Abstract

The incidental finding of any "abnormality" during a diagnostic procedure has become increasingly common and is often called incidentaloma. Very few people benefit from these findings since most diagnoses are of little clinical relevance. Regarding those involving the diagnosis of some entity of higher weight, it is unlikely to determine whether this diagnosis will change the prognosis of that particular patient or if that person could have lived the rest of his life without shortening its duration or worsening its quality if that incidental finding had not happened (overdiagnosis).

Since this problem is complex, it is not surprising that there are different perspectives to address it once it happened. Some of them are contradictory and there is not any solution that assures us that all actors (physician-patient-family) will be satisfied. We tend to overestimate the potential benefits of studies and to underestimate their potential harm to the patient and their families, who may even be involved, for example those regarding some genetic load.

This article describes the different perspectives in addressing the most common incidentalomas and its potential consequences.

Palabras clave: incidentaloma, hallazgo incidental, sobrediagnóstico. **Key words:** incidentaloma, incidental finding, overdiagnosis.

Salamone S, Romero G y Terrasa S. Los hallazgos incidentales o incidentalomas. *Evid Act Pract Ambul.* 2016 ;19(3):94-96.

Un incidentaloma es una anomalía hallada en forma incidental en un procedimiento diagnóstico.

Se trata del resultado inesperado en un examen realizado con un propósito distinto al obtenido o, eventualmente, luego de un examen realizado sin un motivo claro (p. ej. listas poco racionales de determinaciones bioquímicas).

Rescatamos en este momento el viejo aforismo que sentencia "...nunca solicite un estudio, si luego no sabe qué hará con sus resultados...", que consideramos muy certero.

Cuando hablamos de pruebas diagnósticas, también nos referimos a las maniobras del examen físico, por ejemplo el hallazgo palpatorio de un nódulo tiroideo que no había motivado consulta alguna del paciente en cuestión pero que fue identificado durante una maniobra exploratoria de dicha glándula promovida por el profesional de la salud.

Otra posibilidad de encontrarnos con incidentalomas es el hallazgo intraquirúrgico de alguna lesión inesperada durante una cirugía realizada por otro motivo.

El concepto de incidentaloma no está basado en el significado de lo hallado, ni en su etiología, ni en el tratamiento instituido ante dicha nueva información. Vale destacar que el incidentaloma encontrado puede ser una lesión no cancerosa (quiste, pseudoquiste, hemorragia, etc.), o bien una lesión maligna, y hasta una metástasis.

Por otro lado, este hallazgo puede ser previsible y habitualmente asociado con el procedimiento realizado o bien, totalmente inesperado.

Como sostiene Heath¹, el miedo es muchas veces motivador de conductas por parte del equipo de salud y por parte de los pacientes. Los médicos podemos, o por lo menos podemos temer ser criticados, juzgados o castigados por haber hecho un mal diagnóstico o por no haber logrado diagnosticar alguna entidad clínica. Dado que prácticamente ningún método tiene una sensibilidad de 100% para todas las preguntas clínicas, esto necesariamente implica la existencia de resultados falsamente negativos. Este marco de incertidumbre y el miedo previamente explicitado puede conducir a solicitar pruebas adicionales que a menudo no aportan claridad, certeza diagnóstica, ni comodidad al paciente.

Los seres humanos poseemos una gran cantidad de "anormalidades" asintomáticas -vale poner en duda si algo tan frecuente y muchas veces banal debería llamarse "anormalidad"- , la mayoría de las cuales son benignas. Por ejemplo, Furtado C y col.² realizaron tomografías a 1192 pacientes, y hallaron incidentalomas en el 86% de ellos, en su gran mayoría, benignos.

Por lo tanto, tenemos buenos argumentos para afirmar que muy pocas personas se benefician del hallazgo de un incidentaloma debido a que la mayoría corresponden a diagnósticos de poca relevancia clínica. Por otro lado, respecto de los incidentalomas que implican el hallazgo de alguna entidad de mayor peso (oncológica, vascular, etc.), es poco probable que podamos definir si ese diagnóstico realizado de casualidad le cambiará el pronóstico a ese paciente en particular o si esa persona habría podido vivir el resto de su vida sin un acor-

† Departamento de Salud Pública del Instituto Universitario Hospital Italiano. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria y Departamento de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires. sergio.terrasa@hiba.org.ar.

* Escuela de Medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires.

tamiento de su duración o un empeoramiento de su calidad si tal hallazgo incidental no hubiera ocurrido (sobrediagnóstico)⁹. Es importante recordar: 1) que nuestros pacientes -y nosotros mismos también- tendemos a sobreestimar los beneficios potenciales de los estudios y a subestimar sus posibles daños; 2) que los familiares más cercanos, incluso los miembros de una comunidad entera, pueden quedar involucrados frente al hallazgo de un incidentaloma, por ejemplo los que implican alguna carga genética (ej. documentación de alguna mutación o alteración cromosómica).

Es importante recordar: 1) que nuestros pacientes -y nosotros mismos también- tendemos a sobreestimar los beneficios potenciales de los estudios y a subestimar sus posibles daños; 2) que los familiares más cercanos, incluso los miembros de una comunidad entera, pueden quedar involucrados frente al hallazgo de un incidentaloma, por ejemplo los que implican alguna carga genética⁹ (ej. documentación de alguna mutación o alteración cromosómica).

Dado que esta problemática es compleja, no es extraño que haya diversas perspectivas para abordarla una vez sucedida algunas de ellas contradictorias-, sin que exista solución alguna que nos asegure que todos los actores de la interacción médico-paciente-familia vayamos a quedar conformes y tranquilos.

Podemos comenzar con algunas preguntas, para las cuales estamos lejos de tener respuestas contundentes: ¿sería razonable comunicarle al paciente la probabilidad de hallar incidentalomas que tiene cada estudio que le solicitamos? ¿no volvería a nuestra práctica clínica sumamente engorrosa? ¿es justo sorprender al paciente con un hallazgo incidental sin haberle avisado antes? ¿el paciente tiene derecho a reclamarnos no haberle avisado que dicho hallazgo incidental podía suceder? Para reflexionar sobre el tema y para contar con algo de información para, eventualmente realizar un consejo "pretest", en la tabla 1 se describe la prevalencia estimada de incidentalomas en los diferentes órganos donde es más habitual hallarlos⁴.

Tabla 1. prevalencia estimada de incidentalomas en diferentes localizaciones.

Localización	Prevalencia estimada
Cerebro	Por cada 37 RMN de cerebro realizadas se halla un incidentaloma (prevalencia de 2,7%) ⁵ . De estos, casi las tres cuartas partes son lesiones no neoplásicas como quistes aracnoideos y aneurismas, correspondiendo el restante 0,7% a neoplasias, predominantemente meningiomas. La mayoría de los incidentalomas cerebrales son consecutivos a la solicitud de imágenes en el contexto de traumatismos de cráneo.
Hígado	En el 50% de las autopsias realizadas en pacientes sin cáncer diagnosticado antes de su deceso se identifican nódulos hepáticos; mientras que su prevalencia tomográfica es del 15% en personas vivas sin cáncer.
Hipófisis	Prevalencia de 10% en las personas asintomáticas. Sólo uno de cada 100 de ellos es clínicamente relevante.
Ovario	Prevalencia de 3 a 18% en mujeres post menopausiásicas asintomáticas ⁶ y de hasta 8% antes de la menopausia ⁷ . Los quistes simples con un diámetro menor a 1cm (durante la postmenopausia) y los menores a 5cm (durante la premenopausia) no deberían generar preocupación.
Páncreas	En 2% de las tomografías y las resonancias magnéticas pancreáticas se identifican quistes en dicho órgano.
Pulmón	La probabilidad de hallar un incidentaloma pulmonar en un estudio torácico de alta resolución supera el 8%. La probabilidad que sea maligno depende de la presencia de factores de riesgo, fundamentalmente el tabaquismo, de la edad del paciente y del aspecto del nódulo. La prevalencia de nódulos pulmonares solitarios en las radiografías de tórax de individuos asintomáticos es del 2 por mil. ⁸
Riñón	Los quistes simples son benignos y solo requieren reaseguro. Las lesiones de mas de 3 cm de diámetro con algunas características de complejidad tienen una probabilidad de malignidad del 5 a 10% y requieren seguimiento o mayor evaluación. Ante la duda se recomienda conducta quirúrgica.
Suprarrenal	Aparecen lesiones suprarrenales en 3 a 4% de las imágenes abdominales en las que fue visualizada esa glándula (1,2% de ellas son malignas, casi todas mayores de 5cm).
Tiroides	Independientemente de su causa de muerte, al 50% de los pacientes a quienes se les ha realizado autopsia tiene algún nódulo tiroideo. Dado su hallazgo, la probabilidad de malignidad ronda entre el 2 y el 5%.

Fuente: Al-Shahi Salman Ry col. Screeningusingwhole-bodymagneticresonanceimagingsscanning: whowantsanincidentaloma? J MedScreen. 2007; 14(1):2-4. <http://dx.doi.org/10.1258/096914107780154530>. PMID:17362563. Hitzeman N y col. Incidentalomas: initialmanagement. Am FamPhysician. 2014 Dec 1;90(11):784-9. Álvarez Martínez C y col. Normativa sobre el manejo del nódulo pulmonar solitario. ArchBronconeumol. 2014;50(7):285-293. Solnik M. Ovarianincidentaloma. BestPract Res ClinEndocrinolMetab. 2012 Feb;26(1):105-16. doi: 10.1016/j.beem.2011.07.002.Ross E. Incidental ovariancysts: When to reassure, when to reassess, when to refer. CCJM 2013 Aug;80(8):503-514.

Una buena razón para comunicarle el hallazgo de un incidentaloma a un paciente es que esta revelación permita que él mismo decida la implementación de algún curso de acción de probada utilidad clínica, por ejemplo que ante dicho hallazgo incidental exista alguna intervención preventiva o terapéutica para la que haya evidencia de mayor probabilidad de beneficios que de daños.

¿Qué debemos hacer ante incidentalomas que no implican un cambio de conductas (ni siquiera un seguimiento periódico) o ante los cuales, los posibles cursos de acción no cuentan con beneficios potenciales documentados? ¿Sería razonable no

revelarle al paciente dicho hallazgo, con el objetivo de cuidarlo de sus efectos adversos? ¿Estaríamos violando su autonomía procurando cuidarlo? ¿Si nuestro paciente no nos pregunta sobre el incidentaloma podemos asumir que no desea que le hablemos sobre el tema y nuestro silencio implica estar cuidándolo? ¿nos exponemos a una demanda futura por no haberle comunicado a un paciente un hallazgo incidental?

Podemos ponernos en la postura más paternalista de desaconsejar la divulgación de los incidentalomas, especialmente ante situaciones frente a las cuales no existen tratamientos de eficacia probada.

⁹ Se denomina sobrediagnóstico al diagnóstico de una anomalía que de no haber sido identificada no habría tenido repercusión en la salud de dicha persona. La mayoría de los sobrediagnósticos proviene de resultados de estudios de rastreo o del estudio exhaustivo de hallazgos incidentales. En el último tiempo el número de sobrediagnósticos ha aumentado considerablemente, mas que nada como consecuencia de los avances tecnológicos y posiblemente también impulsados por nuestro miedo, como profesionales de la salud, de omitir un diagnóstico potencialmente relevante. Por otro lado, una vez realizado dicho diagnóstico es común la instalación de algún tratamiento.

Un concepto interesante es el de "beneficio neto". Por ejemplo, el equipo tratante puede considerar que dicha comunicación generará una gran ansiedad -recordemos que ansiedad muchas veces puede analogarse a sufrimiento- en el paciente, o que lo pondrá en riesgo de ser estigmatizado y, eventualmente, segregado frente a alguna oportunidad laboral. Si los profesionales tratantes consideran que estos potenciales riesgos superan a los potenciales beneficios pueden tener buenos argumentos como para no revelarle al paciente dicho hallazgo incidental. No es fácil definir si estamos ante una situación clínica en la cual el derecho a "no saber" puede enmarcarse dentro del principio de autonomía, salvo que le hubiéramos preguntado al paciente al principio de nuestro vínculo con él, si frente a alguna situación clínica que pudiera surgir en el futuro, él aceptaría que no le reveláramos toda la información con la que contaríamos con el estricto objetivo de cuidarlo.

Dado que es poco probable que contemos con este tipo de aval, frente a la disyuntiva de revelar o no algún incidentaloma en situaciones en las que el beneficio neto no es muy claro, una opción es que el equipo tratante realice la consulta a algún Comité de Ética, que ayudará a ampliar la mirada y a tomar la mejor decisión en cada caso.

Respecto de la prevención de los incidentalomas, poco puede agregarse al consejo acotar la solicitud de pruebas diagnósticas a las situaciones clínicas frente a las cuales, los potenciales hallazgos implican cursos de acción con probado beneficio neto, ya que salvo raras excepciones, el mejor incidentaloma es el que nunca ha sido hallado.

Para terminar y a modo de final abierto y sentencioso a la vez, vale recordar esta frase que hemos escuchado más de una vez de nuestros pacientes: -Dr. Ya que me van a pinchar ¿por qué no me agrega otros análisis y lo hacemos bien "completito"?

Agradecemos los valiosos comentarios de Karin Kopitowski, Esteban Rubinstein y Juan Franco, que ayudaron a mejorar este ensayo

Referencias

1. Heath I. Role of fear in overdiagnosis and overtreatment. *BMJ* 2014;349:g6123.
2. Furtado C y col. Whole-body CT screening: spectrum of findings and recommendations in 1192 patients. *Radiology*. 2005;237(2):385-394. <http://dx.doi.org/10.1148/radiol.2372041741>. PMID:16170016.
3. Christenhusz G. To tell or not to tell? A systematic review of ethical reflection on incidental findings arising in genetics contexts. *European Journal of Human Genetics* (2013) 21, 248–255.
4. Hitzeman N y col. Incidentalomas: initial management. *Am Fam Physician*. 2014 Dec 1;90(11):784-9. Disponible en URL: <http://www.aafp.org/aafp/2014/1201/p784.html> (último acceso 11/07/16).
5. Al-Shahi Salman R y col. Screening using whole-body magnetic resonance imaging scanning: who wants an incidentaloma? *J Med Screen*. 2007; 14(1):2-4. <http://dx.doi.org/10.1258/096914107780154530>. PMID:17362563.
6. Solnik M. Ovarian incidentaloma. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2012 Feb;26(1):105-16. doi: 10.1016/j.beem.2011.07.002.
7. Ross E. Incidental ovarian cysts: When to reassure, when to reassess, when to refer. *CCJM* 2013 Aug;80(8):503-514.
8. Alvarez Martínez C y col. Normativa sobre el manejo del nódulo pulmonar solitario. *Arch Bronconeumol*. 2014;50(7):285–293. Disponible en URL: <http://www.archbronconeumol.org/index.php?p=watermark&idApp=UINPBA00003Z&piiItem=S0300289614000647&origen=bronco&web=bronco&urlApp=http://www.archbronconeumol.org&estadoItem=S300&idiomaItem=es> (último acceso 11/07/16).



Cortesía: Javier Vilosio

