

## ONCOCITOMA RENAL

Dra. González Primomo, Nilda - Dr. Petrone, Eduardo - Dr. De Marco, José María - Dra. Even, Lilian

### Resumen

Se presenta un caso de *Oncocitoma renal derecho*, cuyo diagnóstico preoperatorio, dadas las dificultades que el mismo presenta, fue de carcinoma renal.

### Introducción

El término oncocitoma fue usado por Jaffé por primera vez como sinónimo de adenolinfoma de glándula parótida. Más tarde, Hamperl lo mantuvo sólo para las neoplasias que estaban enteramente formadas por oncocitos, describiéndolos en muchos órganos como corteza adrenal, hipófisis anterior, riñón y páncreas.

El oncocitoma renal fue descrito por primera vez, como tal, por Zippel en 1942. Luego, en 1976, Klein y Valensi presentaron una serie de 13 casos más, proponiendo el nombre de adenoma tubular proximal.

### Características histológicas

Se los define como tumores renales originados de las células de los túbulos contorneados proximales, que crecen como neoplasias circunscritas de color grisáceo a caoba, pudiendo presentar una cicatriz central estrellada.

Microscópicamente están formados íntegramente por células epiteliales poligonales con citoplasma acidófilo ricamente granuloso (oncocitos). Puede existir cierto pleomorfismo nuclear, pero con ausencia de figuras mitóticas y necrosis. Las células se agrupan sobre todo centralmente, donde existe una cicatriz relativamente acelular. Algunos tumores están formados por células con tendencia al agrupamiento en nidos o cordones, separados por delicados tabiques fibrovasculares. Comúnmente la cicatriz central, sin los paquetes celulares, determina un patrón alveolar al corte transversal y una apariencia tubular cuando son vistos longitudinalmente. Suelen verse túbulos dilatados recordando los túbulos contorneados proximales normales.

Al examen con microscopio electrónico, indispensable para el diagnóstico, se observan numerosas mitocondrias esféricas u ovoides ocupando virtualmente el espacio citoplasmático, siendo éstas responsables del aspecto granular que se observa al microscopio óptico.

La tumoración puede ser encapsulada ó no, pero siempre es circunscrita, formando masas esféricas de 5 a 13 cm de diámetro como máximo. Suelen verse áreas focales de hemorragia. Raramente hay cambios quísticos y nunca invaden la vena renal y la pelvis.

El crecimiento y características histológicas de estos tumores, así también como su conducta clínica, hace que se los considere tumores benignos. Sin embargo, Lieber y col. han descrito 4 casos de oncocitomas renales que dieron metástasis y determinaron la muerte del paciente. De ahí que se sugiera un correcto seguimiento de los mismos, aun cuando anatomopatológicamente se establezca el diagnóstico de oncocitoma renal.

### Características clínicas

Se presentan en individuos de 40 a 80 años, con un predominio en el sexo masculino de 3 a 1. Representan el 4 % de todos los tumores renales. El diagnóstico generalmente es retrospectivo por patología durante la revisión de casos diagnosticados como carcinomas renales, o bien como hallazgo casual durante exploraciones por otras patologías, pues los pacientes no presentan sintomatología urinaria alguna y el examen físico es normal. En general son unilaterales y multicéntricos, pero existe la posibilidad de bilateralidad. Ambas condiciones, multicentricidad y

bilateralidad, deben hacer sospechar la presencia de oncocitoma renal.

### Exámenes complementarios

1. *Urograma excretor*: que revela la presencia de una masa ocupante renal sin prevalecer en ninguno de los polos o la zona media del riñón y sin signos sugestivos de oncocitoma.
2. *Ecografía renal*: que detecta la neoformación como una masa sólida.
3. *Tomografía axial computada*: que informa solamente masa sólida.
4. *Arteriografía selectiva renal*: Ambos y col. describen los siguientes patrones arteriográficos:
  - a) patrón de rueda con vasos radiantes en dirección al centro de la lesión;
  - b) la fase capilar del nefrograma homogénea, con densidad similar a la de un nefrograma normal;
  - c) una lesión bien marginada con una línea clara alrededor, que sugiere cápsula o pseudocápsula;
  - d) no hay vasos con irregularidades groseras. La masa puede ser hipo o hipervascular con neovascularización de apariencia tumoral.

### Diagnóstico diferencial

El principal diagnóstico diferencial es con el carcinoma renal, pues clínica y radiológicamente son muy semejantes. La diferencia se basa predominantemente en los hallazgos histopatológicos.

Otro diagnóstico diferencial podría hacerse con los hamartomas (angiomolipomas), asociados generalmente a la esclerosis tuberosa o a otras facomatosis.

### Tratamiento

Hasta que la historia natural del oncocitoma sea conocida, estos tumores deben ser explorados quirúrgicamente y tratados mediante cirugía radical. Ahora bien, si las lesiones son polares y el diagnóstico puede ser hecho intraoperatoriamente por histología, la conducta a seguir puede ser la nefrectomía parcial. Si éstas son centrales o multicéntricas, se propone la enucleación de las mismas. Y en pacientes con oncocitomas bilaterales y multicéntricos o bien en pacientes de alto riesgo, se aconseja la biopsia de la lesión y control periódico.

### Material y métodos

Se presenta un caso de oncocitoma renal en un paciente de 68 años, sexo masculino, que ingresa el 15/1/85 presentando un cuadro de anorexia, pérdida de peso (15 kg), decaimiento general e impotencia funcional de miembros inferiores de 3 meses de evolución y diagnóstico de tumoración renal derecha por ecografía.

El examen físico fue normal, así como los exámenes de laboratorio.

En la radiografía de tórax no se evidenciaron signos patológicos. En el urograma excretor, la radiografía simple no muestra alteraciones significativas. En los tiempos excretorios con cortes tomográficos, se observa buena función renal bilateral con nefrogramas normales y dislocación del árbol pielocalicial del riñón derecho. Ureterogramas y cistograma normales.



Foto 1. Urograma excretor.

Se efectuó nueva ecografía renal bilateral donde se informó imagen redondeada, sólida, de bordes netos, en región central del riñón derecho, con deformación de pelvis y cálices.

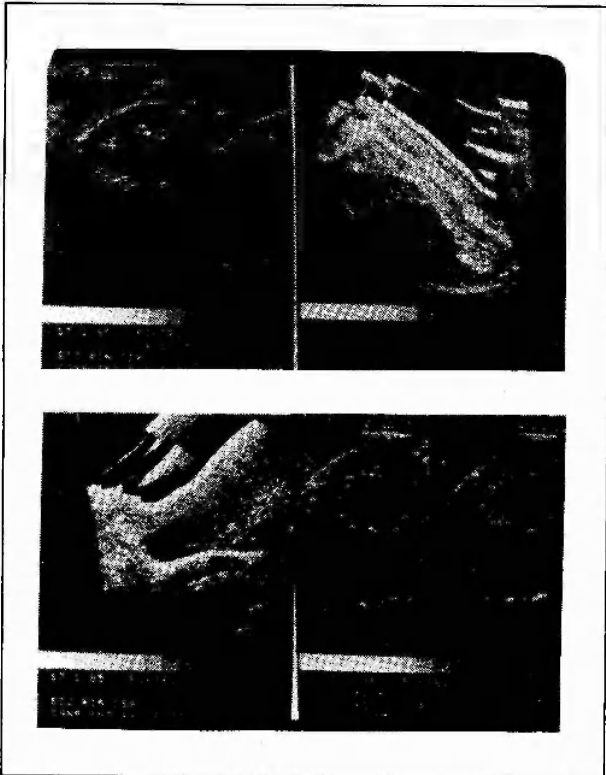


Foto 2. Ecografía renal.

La arteriografía selectiva renal demostró neoformación intraparenquimatosa que compromete el seno. Se observó la existencia de doble arteria renal. La superior, de calibre conservado con nacimiento eutópico entre 1<sup>o</sup> y 2<sup>o</sup> lumbar, irrigando polo superior y zona media. La inferior, de calibre menor, que irriga el polo inferior. Vasos de neoformación que toman la zona media del riñón y que llegan hasta el seno del mismo. Pequeñas zonas de "pooling", lo que determina el diagnóstico de neoformación intraparenquimatosa.

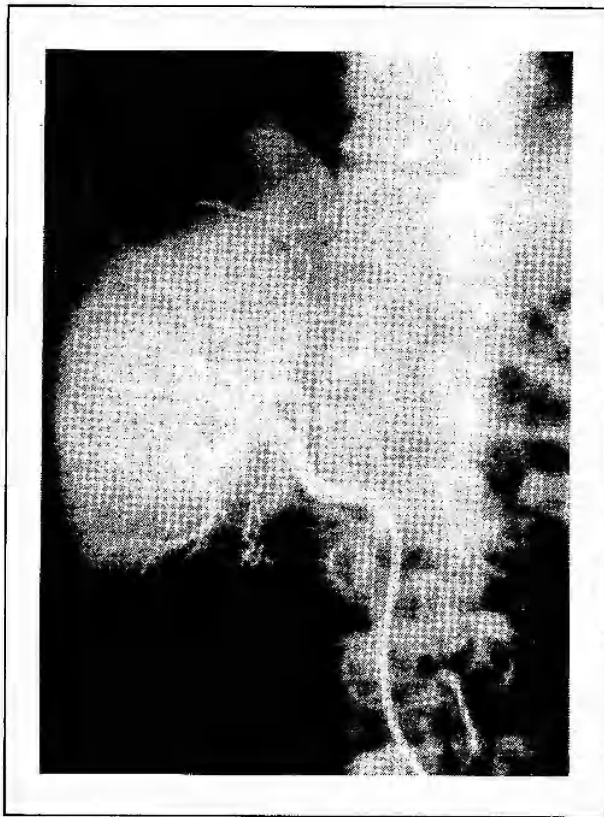


Foto 3. Arteriografía selectiva renal.

El día 7/2/85 se lo interviene quirúrgicamente con diagnóstico de tumor de riñón derecho. Dadas las características del mismo se lo abordó por lumbotomía amplia, incisión que permitió llegar fácilmente al hilio renal, efectuando una nefrectomía total derecha, sin dificultades técnicas y de la que evolucionó favorablemente.

### Estudio anatomopatológico

Inclusión N° 61.127.

Técnicas utilizadas: H/E - P.A.S. y microscopía electrónica.

#### Macroscopía:

Se recibe pieza de nefrectomía derecha que pesa 200 g y mide 12 x 7 x 3 cm. Al corte se observa la presencia de una tumoración oblonga de 4 x 2,5 cm ubicada a 2 cm del polo. La misma protruye hacia el sistema pielocalicial deformándolo, pero sin invadirlo. El tumor se halla bien circunscrito y su superficie es de color amarillo alternando con pequeños focos hemorrágicos periféricos.

#### Microscopía:

El examen microscópico revela que la tumoración se halla constituida por túbulos y alvéolos cuyas células muestran citoplasma acidófilo ricamente granuloso. Los núcleos típicos, algunos de ellos con nucléolos, muestran mínimo pleomorfismo. Delicados tabiques conectivos separan los alvéolos. En el parénquima vecino se hallan túbulos dilatados conteniendo sangre en su interior. No se observan a nivel del tumor zonas de necrosis o de hemorragia.

### Microscopia electrónica:

El material está constituido por células de estirpe epitelial, poligonales, de abundante citoplasma y núcleo central. Este presenta grumos de cromatina y, en algunos casos, un denso nucléolo. El citoplasma muestra abundantes mitocondrias que ocupan la casi totalidad del mismo. En algunos focos se observan filamentos dispersos o en manojos del tipo de los intermedios.

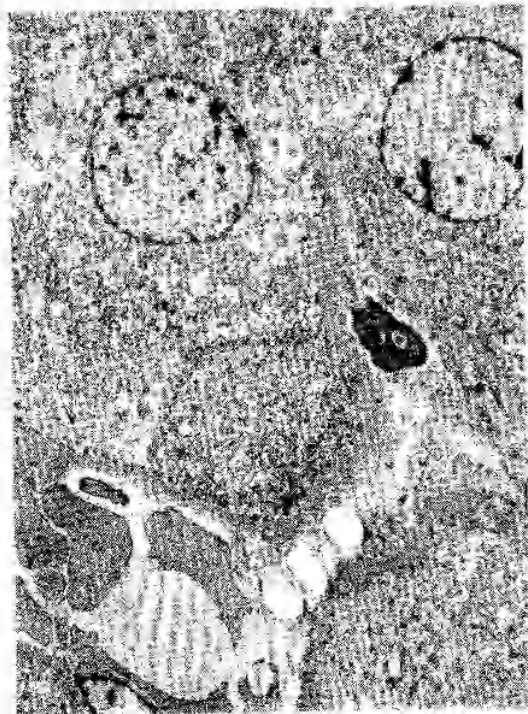


Foto 4. M. E. Células poligonales, con abundante citoplasma y núcleos redondeados.



Foto 5. M. E. Filamentos dispersos o agrupados en manojos.

### Diagnóstico

Oncocitoma renal (adenoma tubular).

### Agradecimiento

Los autores agradecen la colaboración de la Dra. Graciela Sánchez, quien hizo posible el estudio con microscopia electrónica.

### Bibliografía

1. Makoto, H.; Kazuhiro, Y.; Masaru, T.; Masao, A.; Hiroshi, K.; Yuh, F.: "A case of bilateral renal oncocytoma". *J. of Urol.*, 128:576-578, 1982.
2. Klein, M. J., y Valensi, Q. J.: "Proximal tubular adenomas of kidney with so called oncocytic features. A clinicopathologic study of 13 cases of a rarely reported neoplasm". *Cancer*, 38:906, 1976.
3. Ambos, M. A.; Bosniak, M. A.; Valensi, Q. J.; Madayag, M. A., y Lefleur, R. S.: "Angiographic patterns in renal oncocytomas". *Radiology*, 129:615, 1978.
4. Lieber, M. M.; Tomera, K. M., y Farrow, G. M.: "Renal oncocytoma". *J. of Urol.*, 125:481, 1981.
5. Woodard, B. H.; Tannenbaum, S.; Mossier, J.: "Multicentric renal oncocytoma". *J. of Urol.*, 126:247, 1981.
6. Yu, G. S. M.; Rendler, S.; Herskowitz, A.; Molnar, J. J.: "Renal oncocytoma. Report of five cases and review of literature". *Cancer*, 45:1010, 1980.