

# Oncocitoma renal bilateral en paciente pediátrico

## *Bilateral renal oncocytoma in a pediatric patient*

**Herrera, María Marcela; Castéra, Roberto; Medel, Ricardo; Podestá, Miguel**

*Unidad de Urología, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina.*

---

### INTRODUCCIÓN

El oncocitoma fue considerado, hasta los años setenta, una variante del carcinoma renal. Recién a partir de las descripciones de Klein y col., se reconoció como una variante de tumor la corteza renal, representando actualmente entre el 3 y el 7% de las masas renales sólidas. Dado su comportamiento benigno, en la mayoría de los casos, independientemente del tamaño y extensión local, resulta fundamental su análisis histopatológico, por la implicancia pronóstica para el paciente.

Motiva la presentación de este caso el hallazgo de esta patología excepcional en una paciente de edad pediátrica.

### CASO CLÍNICO

Se trata de una niña de 11 años de edad, previamente sana, que consultó a otro centro por un cuadro clínico de constipación de larga data, sin sintomatología urológica asociada. Como evaluación inicial se realizó una radiografía simple de abdomen y ecografía abdominal. En la ecografía se evidenció la presencia de una masa renal bilateral de gran volumen, motivo por el cual es derivada a nuestro Hospital.

Tras su ingreso, se realizó una tomografía axial computada (TAC) de tórax, abdomen y pelvis (**Figura 1**), descartándose lesiones pulmonares y poniendo de manifiesto la tumoración renal bilateral, a predominio izquierdo, de aspecto heterogéneo, sin refuerzo con el contraste endovenoso y sin adenomegalias retroperitoneales. Laboratorio de ingreso, normal.

Se interconsulta al Servicio de Oncología que, ante el diagnóstico presuntivo de tumor de Wilms bilateral, realiza 2 ciclos de tratamiento quimioterápico con Vincristina + Actinomicina. Al final del segundo ciclo de tratamiento no se evidenciaron cambios tomográficos significativos (**Figura 1**).

---

Aceptado en Junio de 2010  
Conflictos de interés: ninguno

Accepted on June 2010  
Conflicts of interest: none

Correspondencia  
Email: mmherrera4@hotmail.com

Ante la falta de respuesta a la quimioterapia, se realiza una laparotomía exploradora, evidenciándose la presencia de una extensa tumoración mesorrenal izquierda con compromiso de la región hiliar, efectuándose una biopsia del tumor. El riñón derecho presentaba una formación de menor tamaño a partir del polo inferior, con buen plano de clivaje y sin comprometer la vía excretora ni el hilio vascular. Esto permitió la tumorectomía completa de la masa (Figura 2).

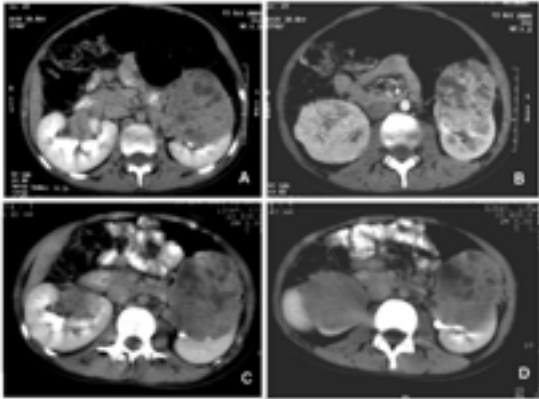


Figura 1. Tomografía axial computada, pre (A y B) y post (C y D) quimioterapia.

El informe de anatomía patológica arrojó como resultado un adenoma oncocítico renal. El tumor estaba formado íntegramente por oncocitos grado I de la clasificación de Fuhrman (con núcleos regulares, sin atipias ni mitosis), dispuestos en cordones sólidos y túbulos. El tumor derecho se hallaba rodeado por una cápsula fibrosa, sin invasión tumoral, con vasos indemnes (Figura 2).

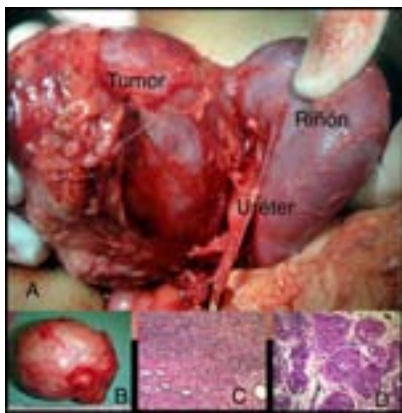


Figura 2. A) Foto intraoperatoria riñón derecho mostrando masa tumoral que se reseca. B) Pieza operatoria. C y D) Imagen histológica (H y E) se observan células homogéneas, núcleos regulares, sin atipias ni mitosis, dispuestas en cordones sólidos.

El centellograma renal ( $Tc^{99}$  DMSA) postoperatorio demostró función conservada del riñón derecho (55%) y el riñón izquierdo (45%) aumentado de tamaño, con captación heterogénea del trazador en región mesorrenal, correspondiente a la gran tumoración biopsiada en la cirugía inicial (Figura 3).

Un mes más tarde se llevó a cabo la nefrectomía izquierda, con buena evolución postoperatoria (Figura 3). El informe histopatológico confirmó el diagnóstico de adenoma oncocítico renal.

La paciente cumple 6 meses postoperatorios con buena evolución clínica, función renal normal (uremia = 38 mg/dl, creatinemia = 0,58 mg/dl) y con TAC toraco-abdomino-pelviana, sin evidencias de lesiones residuales y con adecuada excreción del material de contraste por el riñón derecho (Figura 4).

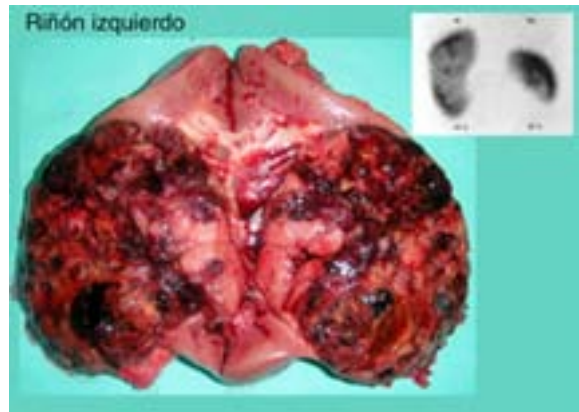


Figura 3. Centellograma renal ( $Tc^{99}$ ) postumorectomía derecha. Pieza de nefrectomía izquierda mostrando masa tumoral extensa que involucra el hilio renal.

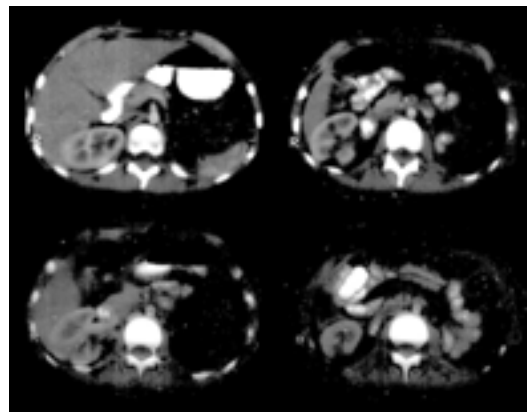


Figura 4. Tomografía axial computada de control postoperatorio.

## DISCUSIÓN

Los tumores renales en la primera infancia suelen manifestarse con una masa abdominal, hematuria o dolor, siendo el hallazgo incidental poco frecuente. En pacientes mayores, como el caso presentado, la masa abdominal puede pasar desapercibida, y serán los síntomas abdominales asociados o no al tumor, los que permitan arribar al diagnóstico.

Si bien los tumores renales son infrecuentes en niños mayores de 5 años, en la segunda infancia, ante una masa renal bilateral, es el tumor de Wilms la patología más probable. Con este diagnóstico presuntivo y siguiendo el protocolo de la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica (SIOP)<sup>1</sup>, se realizó quimioterapia inicial.

La falta de respuesta al tratamiento médico impuso la exploración quirúrgica, que permitió la exéresis del tumor derecho y la biopsia de una masa renal izquierda irreseccable.

El estudio anatomopatológico ulterior demostró la presencia en ambas piezas de un adenoma oncocítico renal (oncocitoma).

Habiendo confirmado la adecuada funcionalidad del riñón derecho, se realizó la nefrectomía izquierda.

La evolución clínica habitual del oncocitoma renal es benigna, sin importar el tamaño tumoral, invasión capsular o microvascular. Sin embargo, el estudio histopatológico deberá incluir técnicas histoquímicas e inmunohistoquímicas para descartar el carcinoma de células cromóforas, variante agresiva de este tumor<sup>2</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lemerle J, Voute PA, Tournade MF, y cols. Effectiveness of preoperative chemotherapy in Wilms' tumor. Results of a clinical trial conducted by the International Society of Pediatric Oncology (SIOP). *J Clin Oncol.* 1983; 1:604.
2. Avagnina A. El oncocitoma renal ¿Puede y debe ser diferenciado del resto de los tumores renales? *Rev Arg de Urol.* 2006; 71(3):155.