

Oncocitoma adrenal

Adrenal oncocytoma

El oncocitoma, también conocido como adenoma oncocítico, es un tumor benigno, infrecuente, generalmente asintomático, cuya detección es en la mayoría de los casos incidental en estudios radiológicos realizados por otro motivo. Se producen en tejidos como el riñón, la glándula tiroides y las glándulas salivales. También se han observado más raramente en sitios tales como la corteza adrenal¹. Se presenta el informe de una paciente con un oncocitoma adrenal de gran tamaño.

Mujer de 50 años que presentaba dolor abdominal sordo, de moderada intensidad y 3 días de evolución. La paciente refería pérdida de peso de aproximadamente 7 kg en 4 meses. El abdomen estaba doloroso con tumoración en mesogastrio de aproximadamente 15 × 10 cm, dura, adherida a planos profundos, no dolorosa, ruidos hidroáreos presentes.

La ecografía abdominal evidenció una tumoración en epigastrio e hipocondrio izquierdo, de ecogenicidad mixta, de 9 × 9 cm, que desplazaba riñón y páncreas, sin efecto Doppler, en relación probable con áreas de necrosis y presencia de calcificaciones. La tomografía abdominopelviana informaba tumoración heterogénea con áreas centrales hipodensas asociadas a calcificaciones distróficas; parecía estar ubicada en la región adrenal izquierda (fig. 1).

Se realizó laparotomía, y se encontró un tumor ovoide de 12 × 11 × 6 cm, con un peso de 1.030 g, cuya anatomía patológica informó de tumor retroperitoneal: neoplasia maligna de tipo epitelial con extensa necrosis. El examen inmunohistoquímico determinó la presencia de oncocitoma adrenal (fig. 2). La paciente evolucionó satisfactoriamente y en 12 meses de seguimiento no presentó recidiva.

Los oncocitomas adrenales son tumoraciones muy raras. Se detectan accidentalmente durante la investigación de diferentes síntomas no atribuibles al tumor. La mayoría de los casos se han catalogado como no funcionales, excepto por un caso en el que se describe que el paciente sufría de síndrome de Cushing².

El tamaño de los oncocitomas adrenales varía en tamaño de 3 a 15 cm y en peso de 3 a 865 g. En el caso de esta paciente, la tumoración se demostró más grande que las descritas previamente. La encapsulación fibrosa se observa característicamente en todos los tumores. Son más comunes del lado izquierdo (2:1) y hay un predominio del sexo femenino en la aparición de estos tumores (2,5:1)³. Desde el punto de vista microscópico, las células se alinean en patrones reticular, sólido, trabecular, papilar o tubular, hallazgos histológicos que pueden predecir si el tumor es benigno o maligno⁴. Las células son fuertemente eosinófilas y granulares, debido a la presencia de numerosas mitocondrias⁵.

La patogenia de estos tumores es desconocida. Algunos de los oncocitomas pueden ser tumores de mitocondrias a nivel subcelular³. Se ha propuesto que se debe a que las mitocondrias tienen su propio ADN que codifica proteínas características. La diferenciación hacia células altamente productoras de energía, en respuesta a un defecto en la maquinaria de

producción de energía en la célula, es otra posible explicación para la aparición de estos tumores⁶.

Los diagnósticos diferenciales del oncocitoma adrenal son adenoma cortical, quiste, mielolipoma, ganglioneuroma, feocromocitoma, carcinoma adrenocortical y metástasis adrenales³.

La diferenciación entre feocromocitoma y oncocitoma se puede realizar en la mayoría de los casos según parámetros clínicos y bioquímicos. Sin embargo, es raro que los feocromocitomas tengan células con citoplasmas eosinófilicos similares a los oncocitos. El diagnóstico definitivo del oncocitoma adrenal se realiza demostrando la presencia de numerosas mitocondrias en el citoplasma de las células tumorales. Los estudios de inmunohistoquímica son útiles para diferenciar tales casos, debido a que los feocromocitomas son positivos a la cromogranina A y otros marcadores neuroendocrinos⁷. En el adenoma adrenal no se observa aumento de las mitocondrias en el citoplasma celular.



Figura 1 – Tomografía del oncocitoma adrenal.

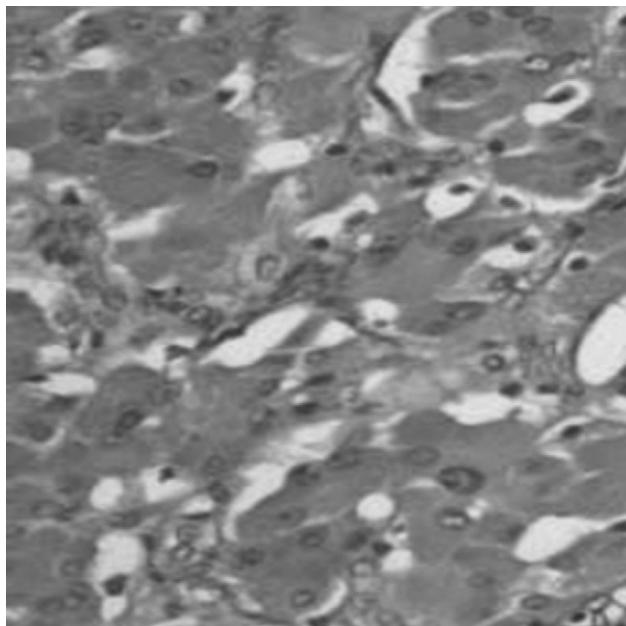


Figura 2 – Células oncocíticas con citoplasma granular eosinófilico.

Aunque estas lesiones, al igual que la de este caso, suelen ser benignas, parte de ellos puede malignizarse. Los criterios que indican malignidad del tumor son: presencia de atipias, citoplasma eosinófilico ($> 75\%$), arquitectura difusa ($> 33\%$), presencia de necrosis, figuras mitóticas ($> 5/50$ campos de alta energía), figuras mitóticas atípicas e invasión capilar venosa o sinusoidal. Se establece que lesiones con cuatro o más criterios posiblemente sean malignos, mientras que aquellos con dos o menos suelen ser benignos⁸. La paciente del presente caso sólo tenía un criterio de malignidad.

La adrenalectomía se debe realizar en todos los casos cuando se detecta el tumor. Se puede realizar por laparoscopia, ya que tiene la ventaja de invasión y estancia hospitalaria mínima y recuperación postoperatoria rápida. Sin embargo, hay controversia con relación al uso de la laparoscopia para la resección de tumores adrenales de capacidad maligna incierta y > 6 cm debido al alto riesgo de complicaciones y resecciones incompletas⁹. En este caso se decidió no realizar la laparoscopia debido al tamaño de la tumoración de la paciente.

B I B L I O G R A F Í A

1. Kitching P, Patel V, Harach H. Adrenocortical oncocytoma. *J Clin Pathol*. 1999;52:151-3.
2. Geramizadeh B, Norouzzadeh B, Bolandparvaz S, Sefidbakht S. Functioning adrenocortical oncocytoma: a case report and review of literature. *Indian J Pathol Microbiol*. 2008;51:237-9.
3. Sharma N, Dogra P, Mathur S. Functional adrenal oncocytoma: a rare neoplasm. *Indian J Pathol Microbiol*. 2008;51:531-3.
4. Giordano T. Molecular pathology of adrenal cortical tumors: separating adenomas from carcinomas. *Endocr Pathol*. 2006;17:355-63.
5. Chang A, Harawi S. Oncocytes, oncocytopsis, and oncocytic tumors. *Pathol Annu*. 1992;27:263-304.
6. Bisceglia M, Ludovico O, Di Mattia A, Ben-Dor D, Sandbank J, Pasquinelli G, et al. Adrenocortical oncocytic tumors: report of 10 cases and review of the literature. *Int J Surg Pathol*. 2004;12:231-43.
7. Tischler A, Dayal Y, Balogh K, Cohen R, Connolly J, Tallberg K. The distribution of immunoreactive chromogranins, S-100 protein, and vasoactive intestinal peptide in compound tumors of the adrenal medulla. *Hum Pathol*. 1987;18:909-17.
8. Corsi A, Riminiucci M, Petrozza V, Collins M, Natale M, Cancrini A, et al. Incidentally detected giant oncocytoma arising in retroperitoneal heterotopic adrenal tissue. *Arch Pathol Lab Med*. 2002;126:1118-22.
9. Eldahshan S, Celia A, Zeccolini G, Guerini A, Breda G. Laparoscopic transperitoneal adrenalectomy for adrenocortical oncocytoma. *Arch Ital Urol Androl*. 2008;80:82-4.

Eduardo Reyna-Villasmil^{a,*}, Joel Santos-Bolívar^a
y José Prieto-Montañó^b

^aServicio de Ginecología, Hospital Central Dr. Urquizaona, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

^bServicio de Cirugía General, Hospital Central Dr. Urquizaona, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(E. Reyna-Villasmil\).](mailto:sippenbauch@gmail.com)

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:[10.1016/j.ciresp.2010.05.023](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.05.023)