

Oncocitoma renal gigante

M. Álvarez Ardura, V. Hernández Cañas, J.M. de la Morena Gallego,
D. Rengifo Abbad, F. González-Chamorro Ladrón de Guevara, C. Llorente Abarca

Servicio de Urología. Fundación Hospital de Alcorcón. Madrid.

Actas Urol Esp 2005, 29 (8): 791-793

RESUMEN

ONCOCITOMA RENAL GIGANTE

El oncocitoma renal es un tumor benigno derivado de las células del túbulos renal distal. Aunque no es muy frecuente, representa entre el 3-7 % de las masas renales. La mayoría de las ocasiones se presenta como un hallazgo incidental en pruebas de imagen realizadas por otros motivos. El diagnóstico diferencial preoperatorio con el carcinoma de células renales es complejo y a menudo sólo se puede confirmar después de la cirugía. Presentamos un caso clínico de oncocitoma renal de gran tamaño diagnosticado mediante una ecografía abdominal realizada por molestias en hipogastrio. Revisamos el enfoque diagnóstico y terapéutico de este tipo de tumores.

Palabras clave: Oncocitoma renal, carcinoma de células renales.

ABSTRACT

GIANT RENAL ONCOCYTOMA

Renal oncocyotoma is a benign neoplasms arising from cells of the distal renal tubule. They account for 3-7% of all renal tumors. most are incidental findings. Differential diagnosis with renal cells carcinoma is often difficult. Here we report a case of big renal oncocyotoma as an incidental finding while performing an abdominal ultrasound in a patient with low abdominal pain. We also review the diagnostic and therapeutic approach in this kind of malignancies.

Keywords: Renal oncocyotoma, renal cells carcinoma.

El oncocitoma renal es un tumor benigno derivado de las células del túbulos renal distal¹. Es una neoplasia poco frecuente, aunque no rara, que representa aproximadamente el 3,2-7% de las masas renales primarias².

La mayoría de los pacientes (56-91%) son diagnosticados de forma incidental³. Los síntomas más frecuentes en los pacientes que los presentan son dolor en flanco (4%), masa abdominal (4%) y hematuria (3%)⁴.

En la mayor parte de los casos, el tumor se presenta de manera unilateral. Los tumores bilaterales o multifocales representan menos del 5% de los casos⁵.

La distinción entre el oncocitoma y el carcinoma de células renales (CCR) es importante porque puede permitir abordajes terapéuticos menos agresivos³. La clínica, los hallazgos radiológicos,

la histología y el análisis genético e inmunohistoquímico pueden orientar el diagnóstico, pero no son patognomónicos, siendo en ocasiones difícil realizar un diagnóstico diferencial, en especial si el CCR es de la variedad cromófoba, un subtipo de características histológicas similares a las del oncocitoma.

CASO CLINICO

Paciente de 83 años con antecedentes personales de hipotiroidismo y degeneración macular que es remitida a nuestro servicio tras evidenciarse en un estudio ecográfico, realizado por molestias abdominales inespecíficas, una masa renal derecha de gran tamaño (Fig. 1). En el momento de acudir a consultas la paciente se encontraba completamente asintomática.



FIGURA 1. Imagen ecográfica en la que se observa una masa sólida de 15 x 8 x 12 cm en hipocondrio -fosa renal derecha, dependiente del riñón derecho y que comprime vesícula biliar. No se observan LOES hepáticas.



FIGURA 2. TAC abdominopélvico sin contraste.

En la exploración física, encontramos una paciente con buen estado general, siendo el único hallazgo significativo una masa en flanco derecho, de consistencia dura y no adherida a planos profundos. No se palpan adenopatías regionales.

En el TAC abdominopélvico se confirmaron los hallazgos de la ecografía previa, observándose una masa renal de 13 x 12 x 11 cm., que capta contraste y con centro necrótico. En el estudio no se evidencian adenopatías regionales. Como hallazgos secundarios se encontraron múltiples vasos perirrenales y quistes de Tarlov en el canal raquídeo. El juicio diagnóstico radiológico es de masa renal compatible con hipernefroma (Fig. 2 y 3)

Con el diagnóstico de masa renal sólida derecha, compatible con neoplasia renal, se decide tratamiento quirúrgico mediante nefrectomía radical derecha.

Los hallazgos intraoperatorios fueron una masa renal derecha de gran tamaño dependiente de polo inferior, que desplazaba cranealmente el riñón y comprimía los grandes vasos. No se encontraron adenopatías.

Histológicamente, a nivel macroscópico, se objetiva una tumoración sólida, bien circunscrita, que destruye gran parte del riñón y con unos 13 cm. de diámetro máximo. Al corte, es un tumor anaranjado que presenta una cicatriz estrellada central. Presenta un crecimiento expansivo pero no infiltra cápsula renal, sistema pielocalicial ni vasos renales. El escaso



FIGURA 3. TAC con contraste en el que se observa gran masa renal derecha, con centro necrótico.

parénquima residual, situado en polo inferior, no muestra alteraciones.

Desde el punto de vista microscópico, el tumor se encuentra constituido por células redondeadas o poligonales de citoplasma densamente eosinófilo, núcleo redondeado con cromatina dispersa y nucleolo central, que se disponen formando nidos compactos, acinos o túmulos. Se aprecia invasión de la cápsula renal sin sobrepasarla, estando los vasos respetados. El diagnóstico anatomo-patológico es de oncocitoma renal.

DISCUSION

El diagnóstico diferencial preoperatorio entre oncocitoma renal y CCR es impreciso ya que no hay signos clínicos patognomónicos que los diferencien¹.

Radiológicamente, el OR se presenta en el TAC como una masa esférica homogénea que a veces presenta una cicatriz central. El aporte arterial sigue un patrón en "rueda de carro". Por el momento, las técnicas de imagen que disponemos no nos permiten distinguir en todos los casos entre el OR y una lesión maligna². La tomografía por emisión de positrones (PET) puede ser una opción a considerar en el futuro, pero su papel todavía ha sido poco estudiado³.

En cuanto al uso de la punción aspiración de aguja fina (PAAF) o de la biopsia percutánea, éste todavía es controvertido. El diagnóstico diferencial entre OR y CCR (sobre todo la variedad cromófoba) es complejo por el solapamiento de las características histológicas y porque pueden presentarse simultáneamente hasta en un 10% de los casos⁵. Así, algunos autores consideran que estas pruebas juegan un papel muy limitado⁶, mientras que otros afirman que la combinación del estudio con microscopio óptico, inmunohistoquímica (vimentina, citoqueratina, hierro coloidal de Halle) y microscopio electrónico es útil para el diagnóstico diferencial preoperatorio⁷. El hallazgo de tumores múltiples (6%), bilateral (5%) o el desarrollo de tumores metacrónicos (4%) también dificulta el diagnóstico y condiciona el tratamiento⁵.

El abordaje terapéutico quirúrgico comprende un abanico de opciones como la nefrectomía radical, nefrectomía parcial y procedimientos ablativos tisulares (radiofrecuencia, crioterapia, etc.)². El tratamiento standard es la extirpación quirúrgica, pero todavía no hay acuerdo sobre la extensión de la misma. Para algunos autores, los mejores resultados se alcanzan con la cirugía radical³, puesto que no podemos estar seguros del diagnóstico preoperatorio. Los procedimientos conservadores quedarían reservados para pacientes muy ancianos, con patologías médicas graves

asociadas, compromiso de la función renal o enfermedad bilateral².

La realización cada vez más frecuente de la ecografía para el estudio de diferentes patologías permite el diagnóstico de lesiones renales más pequeñas o incidentalomas (diámetro medio de 3.2 cm.) que junto con la mejora del diagnóstico preoperatorio permite el planteamiento de una cirugía conservadora, siempre que sea técnicamente posible⁸. No hay que olvidar el comportamiento benigno de estos tumores y que la invasión microscópica linfovascular o de la grasa perirrenal no modifica el buen pronóstico de los mismos.

REFERENCIAS

1. Banks, K.W., Cherullo, E.E., Novick, A.C: Giant renal oncocytoma. *Urology* 2001; 57(2):365-366..
2. Romis, L., Cindolo, L., Patard, J.J., Messina, G., Altieri, V., Salomon, L. et al: Frequency, clinical presentation and evolution of renal oncocytomas: multicentric experience from a European database. *European Urology* 2004; 45:53-57..
3. Chao, D.H., Zisman, A., Pantuck, A.J., Freedland, J.W., Said J.W., Belldegrun, A.S: Changing concepts in the management of renal oncocytoma. *Urology* 2002; 59(5):635-642.
4. Pérez-Ordoñez, B., Hamed, G., Campbell, S., Erlanson, R.A., Russo, P., Gaudin, P.B., Reuter, V. E: Renal oncocytoma: A clinicopathologic study of 70 cases. *The American Journal of Surgical Pathology* 1997; 21 (8):871-883.
5. Dechet, C.B., Bostwick, D.G., Blute, M.L., Bryant, S.C., Zincke, H: Renal oncocytoma: Multifocality, bilateralism, metachronous tumor development and coexistent renal cell carcinoma. *The Journal of Urology* 1999;162:40-42.
6. Schatz, S.M., Lieber, M.M: Update on oncocytoma. *Current Urology* 2003;4:(1):30-35.
7. Liu, J., Fanning, C.V: Can renal oncocytomas be distinguished from renal cell carcinoma on fine-needle aspiration specimens? A study of conventional smears in conjunction with ancillary studies. *Cancer Citopathology* 2001;93 (6): 390-397.
8. Ponholzer, A., Reiter, W.J., Maier, U: Organ sparing surgery for giant bilateral renal oncocytoma. *The Journal of Urology* 2002;168: 2531-2532.

Dr. M. Álvarez Ardura
Los Nardos, 145, 3º B
28925 Alcorcón (Madrid)
E-mail: malvareza@fhalconcon.es

(Trabajo recibido el 18 de enero 2005)