

Oncocitoma renal: un buen diagnóstico diferencial de cáncer renal

Dres. Tito Navarro-Romero,¹ Percy Moreno,¹ Álvaro Rodríguez,² Jorge Guerrero,³ Cilia Farías¹

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente del sexo femenino, de 67 años de edad, con un oncocitoma renal diagnosticado después de nefrectomía realizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, debido a la sospecha de neoplasia maligna. Se incluyen las principales características clínicas, radiológicas, ecográficas, tomográficas e histopatológicas del caso en referencia. Además, se hace una discusión del caso y sus principales características radiológicas, que ayudarán a discernir con una neoplasia maligna y se complementa con una revisión nosográfica de la entidad.

PALABRAS CLAVES: Oncocitoma, Cicatriz central.

HISTORIA

Paciente mujer de 67 años que desde hace dos años presenta tumoración en flanco derecho sin mayor molestia y desde hace 10 días presenta hematuria franca y dolor a la palpación del abdomen. Al examen físico, en el abdomen se palpa una tumoración redondeada, dolorosa, que impresiona como dependiente del riñón derecho. Ingresa a la institución con la impresión diagnóstica de neoplasia maligna de riñón.

Presencia de una gran opacidad redondeada, de bordes definidos, regulares, localizada en el hipocondrio y flanco derecho, que parece depender del riñón derecho (Figura 1).

UROGRAFÍA EXCRETORIA

En el riñón derecho se evidencia concentración y eliminación de la sustancia de contraste y una masa que depende del polo inferior de este riñón, con deformación del sistema colector. El lado izquierdo no muestra alteraciones significativas (Figura 2).

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

Extensa tumoración sólida ligeramente heterogénea, dependiente del polo inferior del riñón derecho, de 14 cm de diámetro, de contornos bien definidos con área central hipoecogénica. No hay adenopatías en el retroperitoneo. Vena cava sin trombo. (Figura 3).

TOMOGRAFÍA COMPUTADA

La tumoración depende de la cara anterior del polo inferior del riñón derecho tiene áreas hipodensas en su interior que podría corresponder a necrosis vs cicatriz central y presenta captación del contraste en forma intensa. Presenta contornos bien definidos, sin infiltración de la grasa perirenal. No hay trombo en la vena cava y no es posible visualizar la vena renal derecha. No se observan adenopatías en el retroperitoneo (Figura 4). Con la sospecha de NM de riñón, la paciente fue hospitalizada y programada para nefrectomía derecha radical.

HALLAZGOS OPERATORIOS

Tumoración dependiente del tercio medio e inferior del riñón derecho de 10 x 10 cm de dimensiones, de configuración ovalada y de apariencia quística. No se aprecian tumoraciones duras ni adenopatías regionales. No líquido ascítico en cavidad.

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)

1. Médico radiólogo asistente del Servicio de Radiodiagnóstico del INEN.

2. Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico del INEN.

3. Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico de Oncosalud.



Figura 1. Radiografía de abdomen. Se observa extensa lesión que depende del riñón derecho (flechas).



Figura 2. Urograma excretor que muestra deformación del sistema colector del lado derecho (cabeza de flecha) y la tumoración dependiente del polo inferior (flechas).

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Macroscopía: a la sección se aprecia tumor único nodular, bien delimitado del polo inferior del riñón derecho, de color pardo homogéneo, consistencia firme, sólido con áreas de degeneración mixoide, totalmente encapsulado, que comprime la pelvis renal sin infiltrarla.

Microscopía: oncocitoma renal derecho.

DISCUSIÓN

Con la radiología convencional sólo se puede apreciar una lesión expansiva dependiente del polo inferior del riñón derecho, que podría corresponder a una neoplasia benigna o maligna o, inclusive, un quiste renal gigante. La ecografía confirma que se trata de una tumoración sólida de contornos bien definidos, con área central hipocogénica

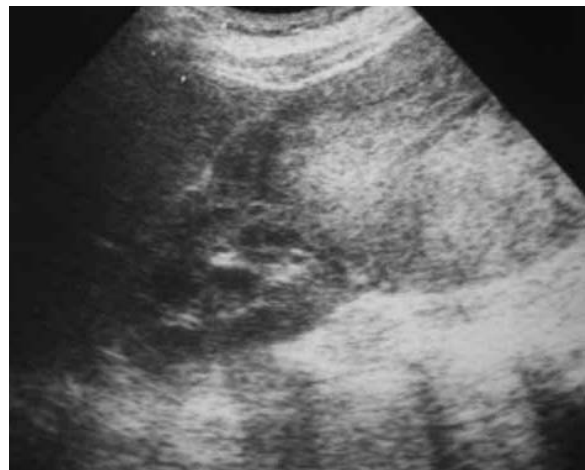


Figura 3. Ecografía que muestra tumoración sólida, ligeramente heterogénea, que depende del polo inferior del riñón derecho.

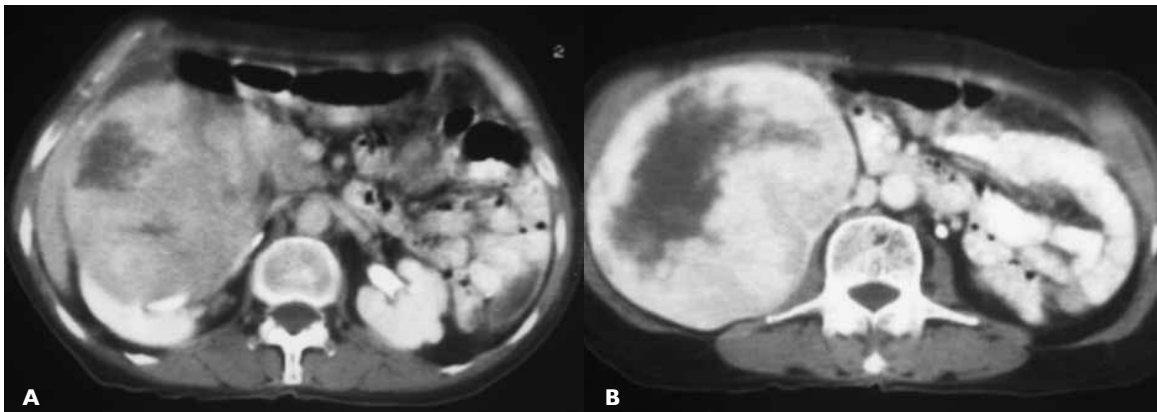


Figura 4. TC con contraste muestra. A. Lesión dependiente del labio anterior del riñón. Obsérvese parte del parénquima renal normal (flechas). B. Aprecie los contornos bien definidos de la lesión y las áreas hipodensas en su interior (cabeza de flecha).

que podría corresponder a necrosis o cicatriz central. Con la tomografía se demuestra que la tumoración realza con el medio de contraste, es de contornos bien definidos, con un área central hipodensa que fue catalogado como necrosis, pero podría corresponder a cicatriz central. No compromete la grasa perirenal y no hay evidencia de trombo en la vena cava inferior.

El no compromiso de la grasa perirenal a pesar del gran tamaño de la lesión, los contornos bien definidos del mismo, la ausencia de trombo en la vena cava inferior y adenopatías en el retroperitoneo nos deben hacer pensar que la lesión es de comportamiento muy poco agresivo o benigno.

Con la edad de la paciente, los hallazgos clínicos (la lenta evolución de la lesión) y los hallazgos radiológicos, el diagnóstico más probable es de un oncocitoma renal, pero

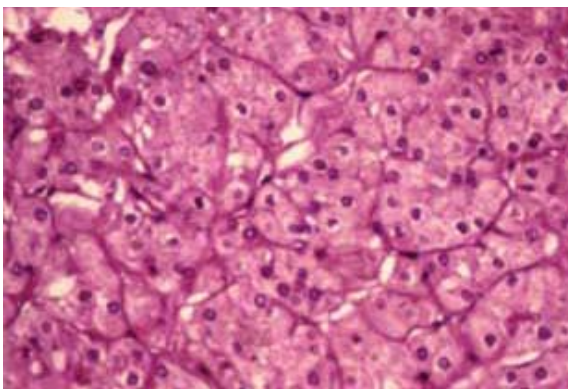


Figura 5. Imagen histológica con una clásica disposición organoide de células de amplio citoplasma eosinófilo y granuloso, sin rasgos de atipicidad.

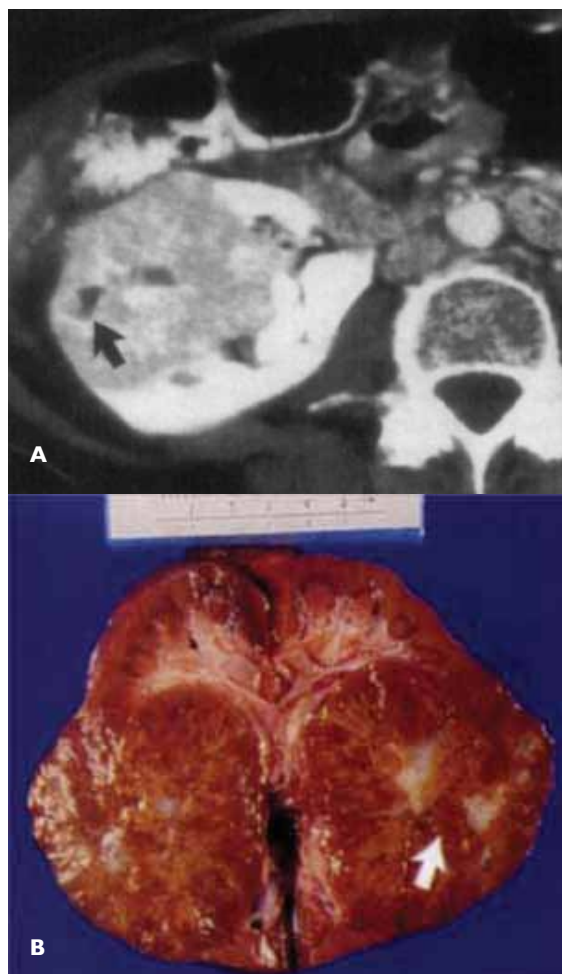


Figura 6. Imagen de oncocitoma de riñón derecho (8cm de diámetro mayor). A. La tomografía con contraste muestra una lesión de densidad heterogénea con área de baja atenuación en la periferie del tumor (flecha negra). B. Fotografía del corte macroscópico de la pieza anatómica que demuestra la cicatriz correspondiente en la periferie del tumor (flecha blanca).

dentro del diagnóstico diferencial no se puede descartar la posibilidad de un cáncer renal, por este motivo fue sometida a nefrectomía radical, confirmándose el diagnóstico final de oncocitoma renal.

El oncocitoma renal es un tumor benigno del epitelio tubular renal (la célula del epitelio tubular renal también es llamado oncocito),⁸ relativamente raro, correspondiendo de 3 a 6% de todas las neoplasias renales.⁵ Tiene una apariencia histológica distintiva que incluye la presencia de grandes células epiteliales polisómicas eosinófilas, con citoplasma rico en mitocondrias (Figura 5).

Más frecuente en varones y entre la sexta y séptima décadas de la vida y usualmente no tiene síntomas. Se originan del epitelio tubular proximal. Cerca del 3% son bilaterales y el 5% multicéntricos dentro del mismo riñón. Estos tumores son bien encapsulados con una superficie marrón de caoba y su diámetro promedio es de 7 cm, llegando a medir hasta 20 cm.⁵ Los tumores grandes con frecuencia tienen cicatriz central.^{3,9} La necrosis, hemorragia y calcificaciones son características infrecuentes.⁵ Cuando son pequeños, generalmente, redondeados u ovales e isodensos con el parénquima renal y muestran un realce homogéneo con el medio de contraste, un patrón no distinguible del carcinoma renal pequeño.^{3,5} Cuando son menores de 3 cm no suele verse cicatriz central.³ Más problemático es el hecho de que la necrosis central de un carcinoma renal puede ser similar a una cicatriz radial central de un oncocitoma.

Otros autores han comparado las características tomográficas de los oncocitomas y de los carcinomas renales, de similares dimensiones y han podido notar algunas características para poder diferenciarlos:⁴ el carcinoma de células renales aparece como una masa sólida que generalmente tiene mala interfase con el parénquima renal normal, de contornos lobulados y con un patrón de realce del contraste heterogéneo, lo cual se correlaciona con frecuentes de un tumor con necrosis y hemorragia.⁴ El oncocitoma de otro lado, generalmente tiene unos márgenes bien definidos, de contornos lisos y con una captación homogénea del contraste, lo cual se correlaciona con ausencia de hemorragia y necrosis en la evaluación patológica.⁴ Estas características se cumplen en la mayoría de los casos,⁴ lo cual es muy

útil para caracterizar una lesión y la aproximación diagnóstica útil para ayudar al cirujano a decidir por una cirugía conservadora para los oncocitomas, pero por un reducido grupo de casos, se debe estar preparados para la nefrectomía radical, si la congelación nos indica que se trató de un carcinoma de células renales.^{3,4}

La apariencia en los estudios con RMN es muy similar a los estudios con tomografía computada. En la angiografía, se observa que el oncocitoma puede tener patrones diferentes: radiado, 'nuboso' y una mezcla de patrones radiado y nuboso. Mientras que el carcinoma de células renales no presenta ninguno de estos patrones.¹¹

El diagnóstico diferencial de oncocitoma renal incluye el carcinoma de células renales, el linfoma renal, el tumor metastásico, el nefroblastoma y el angiomiolipoma con poco contenido graso.

CONCLUSIÓN

El oncocitoma renal es una neoplasia benigna renal poco frecuente y que, por sus características radiológicas, en muchas ocasiones se puede diferenciar del carcinoma de células renales, para ayudar a la decisión conservadora como tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Choike L, et al. Hereditary Renal Cancer. *Radiology* 2003; 226: 33-46.
2. Cohen T, et al. Renal - cell carcinoma. *N Engl J Med* 2005;353:2477-2490.
3. Davinson A, et al. Renal oncocytoma and carcinoma: Failure of differentiation of CT. *Radiology*. 1993;189:693-696.
4. Errol L, et al. Computed tomography of renal oncocytoma. *AJR*. 1983;141: 741-746.
5. Laperrière J, Lafortune M. Case of the day. General. Oncocytoma of the right kidney. *RadioGraphics*. 1992;10:1105-1107.
6. Lee JKT. *Computed Body Tomography with MRI Correlation*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
7. Parra Bernal E, y col. Oncocitoma renal. Primer caso reportado en Venezuela. *Rev Ven Urol*. 1992;42:69-72.
8. Paspulati RM, Bhatt S. Sonography in benign and malignant renal masses. *Radiol Clin North Am*. 2006;44:787-803.
9. Dyer R, DiSantis DJ, McClennan BL. Simplified imaging approach for evaluation of the solid renal mass in adults. *Radiology*. 2008;247:331-343.
10. Vogelzang N, Stadler W. Kidney cancer. *Lancet*. 1998; 352: 1691-1696.
11. Quinn M, et al. Renal oncocytoma: New observations. *Radiology*. 1984; 153: 49-53.

Recibido 3 de octubre 2010

Aceptado 6 de noviembre del 2010-12-15

Correspondencia: Tito Navarro-Romero
tinaro12345@hotmail.com