

Oncocitoma renal. Informe de caso

Renal oncocytoma. Case report

Pedro León-Acosta^{1*} <https://orcid.org/0009-0008-5248-324X>

Pedro Rosales-Torres² <https://orcid.org/0000-0003-0606-8914>

Rafael Pila-Pérez^{3†} <https://orcid.org/0000-0002-7105-6664>

¹Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina Interna. Especialista de Segundo Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital Provincial General "Camilo Cienfuegos Gorriarán". Sancti Spiritus, Cuba.

²Especialista de Primer y Segundo Grados en Anatomía Patológica. Profesor Instructor. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey, Cuba.

³Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina Interna. Profesor Titular. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey, Cuba.



*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: leomp3726@gmail.com

RESUMEN

Introducción: el oncocitoma renal es un tumor poco frecuente. En el diagnóstico diferencial se debe distinguir del carcinoma renal de células cromófabas.

Objetivo: presentar un paciente con oncocitoma renal, diagnosticado con posterioridad al acto quirúrgico. El cual fue el primero reportado en el servicio de medicina interna del Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech" desde el año 1962.

Presentación del caso: paciente masculino, de 60 años de edad, sin antecedentes personales o familiares de interés. Dos meses antes presentó dolor lumbar, dificultades en la micción, y hematuria; por lo cual

acudió al servicio de urgencias del policlínico comunitario. Ante la persistencia de los síntomas, fue atendido en el servicio de medicina interna del hospital, donde se decidió su ingreso. En el examen físico, manifestó dolor durante la palpación en el flanco derecho, donde se apreció una masa abdominal con contacto lumbar. Con el diagnóstico presuntivo de carcinoma renal, fue sometido a exploración quirúrgica y se encontró una tumoración. El resultado del estudio anatomopatológico confirmó que se trataba de un oncocitoma renal.

Conclusiones: los estudios complementarios y la intervención quirúrgica oportuna posibilitaron la evolución favorable del estado del paciente. Este caso aportó evidencias sobre la importancia de tener en cuenta la sintomatología de los pacientes y los estudios imagenológicos necesarios, para descartar o constatar esta dolencia en el diagnóstico diferencial del síndrome tumoral abdominal.

Palabras clave: adenoma oxifílico; neoplasias renales; túbulos renales.

ABSTRACT

Introduction: renal oncocytoma is a rare tumor. In the differential diagnosis it must be distinguished from renal chromophagus cell carcinoma.

Objective: to present a patient with renal oncocytoma, diagnosed after the surgical procedure. Which was the first reported in the internal medicine service of the "Manuel Ascunce Domenech" Provincial Clinical Surgical Teaching Hospital since 1962.

Case presentation: male patient, 60 years old, with no personal or family history of interest. Two months earlier, he presented with lower back pain, urination difficulties, and hematuria; therefore, he went to the emergency service of the community polyclinic. Given the persistence of symptoms, he was treated in the internal medicine service of the hospital, where it was decided to admit him. On physical examination, he reported pain during palpation on the right flank, where an abdominal mass with lumbar contact was noted. With the presumptive diagnosis of renal carcinoma, he underwent surgical exploration and a tumor was found. The result of the pathological study confirmed that it was a renal oncocytoma.

Conclusions: complementary studies and timely surgical intervention enabled the favorable evolution of the patient's condition. This case provided evidence on the importance of taking into account the symptoms of the patients and the necessary imaging studies, to rule out or confirm this condition in the differential diagnosis of abdominal tumor syndrome.

Keywords: kidney neoplasms; kidney tubules; oxyphilic adenoma.

Recibido: 16/09/2023

Aprobado: 10/01/2024

Publicado: 24/02/2024

INTRODUCCIÓN

El oncocitoma renal es un tumor benigno derivado de las células del túbulo renal distal.⁽¹⁾ Varios autores se han referido a este tumor, entre ellos Jaffe,⁽²⁾ considerado el creador del término *onkocytoma*, el cual usó para identificar un adenolinfoma parotideo, en 1932. El primero en describir un oncocitoma renal fue Zippel,⁽³⁾ en 1941.

Esta neoplasia es poco frecuente, aunque no rara. Representa aproximadamente entre 3,2% y 7% de los tumores renales primarios.⁽⁴⁻⁸⁾ Se han descrito su posible bilateralidad, múltiples localizaciones y asociaciones a otros tumores renales (tanto benignos como malignos), y su capacidad de originar metástasis. Se considera que muchos casos referidos en la literatura, pudieron ser carcinomas de células renales, fundamentalmente de tipo cromóforo, diagnosticados de forma incorrecta.⁽⁸⁾

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de un paciente con oncocitoma renal, diagnosticado con posterioridad al acto quirúrgico. El cual fue el primero reportado en el servicio de medicina interna del Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech" desde el año 1962.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Varón de 60 años de edad, sin antecedentes personales o familiares de interés. Dos meses antes presentó dolor lumbar, dificultades en la micción, y hematuria; por lo cual acudió al servicio de urgencias del policlínico comunitario. Se le indicaron estudios de laboratorio –hemograma con diferencial, glucemia, y pigmentos biliares en orina–, que resultaron normales. En el ultrasonido abdominal se observó una tumoración en el flanco derecho, interpretada como una lesión quística renal. Ante la persistencia de los

síntomas (dolor y hematuria abundante), fue atendido en el servicio de medicina interna del hospital, donde se decidió su ingreso.

CUMPLIMIENTO DEL COMPONENTE ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

El Comité de Ética de la Investigación de la institución aprobó la publicación del informe de caso (con las fotos incluidas), previa conformidad del paciente mediante la firma del consentimiento informado. Se excluyeron los datos identificativos del paciente.

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Se mantuvo estrecha comunicación con el paciente y sus familiares para informarles sobre los resultados de las evaluaciones clínicas y complementarias. Quedaron satisfechos con la atención recibida.

HALLAZGOS CLÍNICOS

El paciente presentó buen estado general, sin pérdida de peso, afebril, hidratado, con piel normal, y sin alteraciones en las cadenas ganglionares periféricas. Su tensión arterial fue de 120/80 mm Hg, y su frecuencia cardíaca central de 88 latidos por minuto. En el abdomen presentó dolor a la palpación en el flanco derecho y se evidenció una tumoración de forma redondeada, dolorosa, con contacto lumbar, y posible dependencia ipsilateral del riñón. Los resultados del resto del examen físico –que incluyó estudios urológicos y fondo de ojo–, fueron normales. El paciente fue internado en la sala de medicina interna, con la impresión diagnóstica de carcinoma de células renales.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

El estudio analítico practicado, resultó normal. El antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) fue de 1,4 ng/ml (valores normales 1,2-4,0 ng/ml).

No se observaron alteraciones en las radiografías de tórax en vista posteroanterior, ni en el electrocardiograma. En el ultrasonido abdominal se observó una masa sólida, hiperecogénica, carente de vascularización, localizada en el polo inferior del riñón derecho, de 6x9x12 cm de diámetro, con sus contornos bien definidos, y su área central hipogénica. No se pudo confirmar si había infiltración de grasa perirrenal; tampoco se observaron adenopatías, ni líquido en la cavidad abdominal.

En la tomografía axial computarizada se observó una imagen tumoral de aspecto sólido, localizada en la cara anterior y el tercio medio e inferior del riñón derecho, con dimensiones de 6,5 x 9,2 x 12,8 cm, captación de contraste en el centro, y áreas hipodensas en su interior; relacionada con una probable necrosis. Se observaron sus contornos regulares, sin infiltración de grasa perirrenal. No se detectaron adenopatías, ni líquido libre en la cavidad abdominal.

La punción por aspiración con aguja fina resultó negativa respecto a la existencia de células neoplásicas.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

El tratamiento médico indicado consistió en analgésicos, hidratación parenteral con cloruro de sodio al 0,9% (en dosis de 1500 ml/24 h) y ácido tranexámico (10 mg/Kg de peso).

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

El paciente se sometió a nefrectomía radical derecha; se encontró una tumoración dependiente del tercio medio e inferior del riñón ipsilateral, ovalada, de 6 cm, y apariencia sólida. No se encontraron tumoraciones, adenopatías, ni líquido ascítico en la cavidad abdominal.

En el estudio histopatológico se observó un tumor único, nodular, de 6 cm, bien delimitado del polo inferior del riñón, color carmelita dorado. Su zona central, estrellada y retraída (tipo cicatriz fibrosa), tenía un pequeño foco hemorrágico, sin necrosis ni infiltración al parénquima renal. La consistencia estaba aumentada, con aspecto sólido y áreas de degeneración mixoide encapsuladas. Comprimía la pelvis renal, sin infiltrarla (Fig. 1).

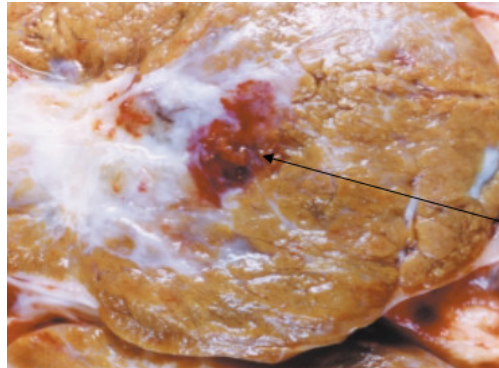


Fig. 1 – Macrofotografía del tumor. Obsérvese la buena delimitación de los bordes, con una coloración carmelita dorada, y la típica zona central fibrosa estrellada, tipo cicatriz, con un pequeño foco hemorrágico.

Tanto en los resultados de la citología (Fig. 2 y 3) como en los de la biopsia (Fig. 4), se concluyó que el tumor era un oncocitoma renal derecho.

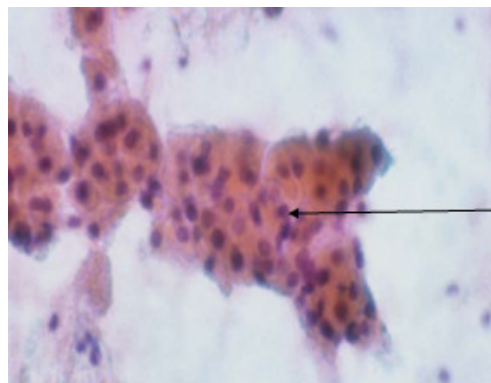


Fig. 2 - Microfotografía de un campo citológico obtenido en una punción por aspiración con aguja fina. Obsérvese los grupos celulares típicos del tumor. (H-E) 20x.

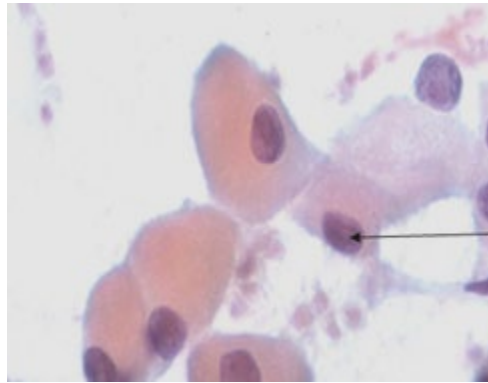


Fig. 3 - Citología de grupo celular en un campo de gran aumento. Obsérvense los núcleos grandes con abundantes citoplasmas eosinofílicos. (H-E) 40x.

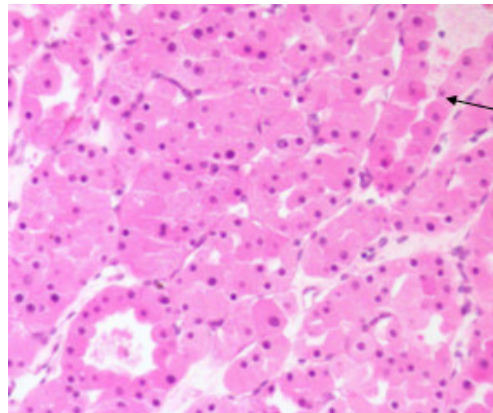


Fig. 4 – Examen histológico de un campo a mayor aumento. Se observa la formación tubular. (H-E) 40x.

DISCUSIÓN

El tamaño del oncocitoma renal puede oscilar entre 0,1 cm y 2,6 cm. El rango de edades en que se presenta abarca desde los 26 a los 94 años; aunque se han descrito algunos casos en la infancia, es más frecuente en varones entre la sexta y séptima décadas de vida.^(1,6-10) El paciente estudiado tenía 60 años. El descubrimiento del oncocitoma renal puede ser incidental, durante exploraciones complementarias por otros motivos (56-91 % de los casos), sobre todo en los estudios ecográficos;⁽⁹⁾ ello se debe a que, por lo general, el tumor no causa síntomas. No obstante, en ocasiones la sintomatología puede generar confusión por el dolor (4%) y la hematuria (3%), que son raros⁽⁹⁾ pero este enfermo los presentó.

Los oncocitomas renales se originan a partir del epitelio tubular proximal; aproximadamente 3% son bilaterales, y 5% multicéntricos dentro del mismo riñón.⁽¹⁾ Se caracterizan por estar bien encapsulados, y su superficie es marrón (color caoba); su diámetro promedio es de 7 cm, sin embargo, los tumores grandes tienen cicatriz central.^(6,10) La necrosis, la hemorragia y las calcificaciones son características poco frecuentes.⁽¹⁾

Es importante distinguir entre el oncocitoma renal y el carcinoma de células, para evitar la realización de procedimientos terapéuticos agresivos.⁽¹¹⁾ Los resultados de la evaluación clínica, los exámenes histológico, genético, e inmunohistoquímico pueden orientar la diagnosis, pero no son patognomónicos. En ocasiones se dificulta el diagnóstico diferencial, en especial si el carcinoma de células renales es de la variedad cromófoba (subtipo con características histológicas similares al oncocitoma renal). Además, en el diagnóstico diferencial se deben incluir los linfomas, los tumores metastásicos, el nefroblastoma y el angiomiolipoma.^(1,6)

Si el oncocitoma renal es pequeño, generalmente es redondeado u ovalado. En ese caso es isodenso con el parénquima renal, y muestra realce homogéneo con el medio de contraste (un patrón indistinguible del carcinoma renal pequeño).⁽¹⁰⁾ Si es menor de 5 cm, no puede verse la cicatriz central;⁽⁶⁻¹¹⁾ por ello, pese tener buen pronóstico, en la mayoría de las ocasiones los enfermos de oncocitomas renales deben someterse a nefrectomías radicales. Hay que tener en cuenta que las características radiológicas de estos tumores nunca son particulares; por lo cual, tanto en la punción por aspiración como en los análisis de radionúclidos no es posible efectuar el diagnóstico diferencial.⁽¹²⁾

La ecografía suele ser la primera exploración en la que se descubre la masa tumoral; pero aporta información insuficiente para el diagnóstico diferencial con el carcinoma de células renales.⁽⁴⁻⁷⁾ Además, cualquiera que sea su tamaño, el oncocitoma renal no se puede diferenciar del carcinoma de células renales por tomografía axial computarizada.⁽⁸⁾

También se cree que no hay patrón angiográfico específico del oncocitoma renal.⁽⁷⁾ Por ello cualquier lesión mayor de 3 cm –incluso si se sospecha que sea un oncocitoma renal– debe ser extirpada, aunque lo mejor sería un procedimiento conservador.⁽¹²⁾

La tomografía por emisión de positrones puede ser una opción a considerar en el futuro, pero su efectividad todavía ha sido poco estudiada.^(1,6) Los usos de la biopsia percutánea y la punción por aspiración con aguja fina, son todavía controvertidos.⁽⁹⁻¹²⁾ En el caso de este paciente, la última fue determinante en su diagnóstico.

Algunos autores⁽⁶⁻⁸⁾ opinan que esos exámenes, combinados con la microscopía (óptica y electrónica) y el análisis inmunohistoquímico (vimentina, citoqueratina, hierro coloidal de Halle), son útiles para el diagnóstico preoperatorio.

La intervención quirúrgica comprende varias opciones: nefrectomía radical o parcial, y procedimientos ablativos hísticos (radiofrecuencia, crioblación).⁽⁹⁻¹¹⁾ El tratamiento más empleado es la extirpación quirúrgica (nefrectomía radical, en este caso). Sin embargo, todavía no hay acuerdo sobre su extensión.⁽¹²⁾ Los procedimientos conservadores quedarán reservados para pacientes muy ancianos, con enfermedades graves asociadas, compromiso de la función renal, o enfermedad bilateral.⁽¹²⁾

CONCLUSIONES

Los estudios complementarios y la intervención quirúrgica oportuna posibilitaron la evolución favorable del estado del paciente. Este caso aportó evidencias sobre la importancia de tener en cuenta la sintomatología de los pacientes y los estudios imagenológicos necesarios, para descartar o constatar esta dolencia en el diagnóstico diferencial del síndrome tumoral abdominal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López-Gil R. Carcinoma de células renales y otros tumores renales parenquimatosos. En: De los Ríos-Osorio J, De los Ríos-Osorio S, Olarte-Serna F, Aristizábal-Giraldo H, Botero-Betancur M, Restrepo-Cuartas J, editores. Cirugía Urología. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2005. p. 136-54.
2. Jaffe RH. Adenolymphoma (oncocytoma) of the parotid gland. Am J Cancer. 1932;16:1414-23.
3. Zippel J. Zurkenntnis der onkocyten. Virchows Arch. Pathol. Anat. Physiol. Klin. Med. 1941;308:360-82.
4. Ramezani M, Karami K, Mohammadi K, Baharzadeh F. Renal oncocytoma: a large tumor, report of a case and review of literature. Acta Med Iran [Internet] 2023 [citado 18 Ene 2023];61(1):61-3. Disponible en: <https://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/download/8969/5747/>

5. Paschos KA, Chatziaggelou A, Chatzigeorgiadis A. Primary collision renal tumor of papillary renal cell carcinoma within an oncocytoma: emergency presentation of a rare entity. Hippokratia [Internet]. Jun 2017 [citado 18 Ene 2023];21(2):105-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6239085/pdf/hippokratia-21-105.pdf>
6. Gündüz N, Eser MB, Yıldırım A, Kabaaliğlu A. La radiómica mejora la utilidad del ADC en la diferenciación entre el oncocitoma renal y el carcinoma cromóforo de células renales: resultados preliminares. Actas Urol Esp [Internet]. Abr 2022 [citado 18 Ene 2023];46(3):167-77. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-actas-urológicas-espanolas-292-articulo-la-radiómica-mejora-utilidad-del-S0210480621002436>
7. Ren Q, Wang L, Al-Ahmadie HA, Fine SW, Gopalan A, Sirintrapun SJ, et al. Distinct genomic copy number alterations distinguish mucinous tubular and spindle cell carcinoma of the kidney from papillary renal cell carcinoma with overlapping histologic features. Am J Surg Pathol [Internet]. Jun 2018 [citado 22 Ene 2020];42(6):767-77. Disponible en.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6685145/pdf/nihms-818070.pdf>
8. Balaji AR, Prakash JVS, Darlinton D. Cystic renal oncocytoma mimicking renal cell carcinoma. Urol Ann [Internet]. Mar 2019 [citado 22 Ene 2020];11(1):98-101. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6362796/pdf/UA-11-98.pdf>
9. Ríos-Cabrera MM, Bello-Rivero I, Cruz-Rodríguez J. Actualización en la terapia farmacológica del cáncer renal avanzado. Acta méd centro [Internet]. Mar 2023 [citado 18 Ene 2023];17(1):177-92. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amdc/v17n1/2709-7927-amdc-17-01-177.pdf>
10. Morlotte DM, Harada S, Batista D, Gordestsky J, Rais-Bahrami S. Clear cell papillary renal cell carcinoma: molecular profile and virtual karyotype. Hum Pathol [Internet]. Sep 2019 [citado 22 Ene 2020];91:52-60. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0046817719301029?via%3Dihub>
11. Kitajima K, Yamamoto S, Kawanaka Y, Katsuura T, Fujita M, Nakanishi Y, et al. Imaging of renal cell carcinoma in patients with acquired cystic disease of the kidney: comparison ¹¹C-choline and FDG PET/CT with dynamic contrast-enhanced CT. Jpn J Radiol [Internet]. Feb 2019 [citado 18 Ene 2020];37(2):165-77. Disponible en: <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11604-018-0789-1.pdf>

12. Jagdale RV, Pol JN. Multilocular cystic renal oncocytoma-Awareness of an unusual morphologic variation. Indian J Pathol Microbiol [Internet]. Jun 2021 [citado 27 Jul 2021];64(2):343-6. Disponible en:

https://journals.lww.com/ijpm/fulltext/2021/64020/multilocular_cystic_renal_oncocytoma_awareness_of.20.aspx

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

Pedro León-Acosta: conceptualización, curación de datos, recursos, análisis formal y redacción del borrador original.

Pedro Rosales-Torres: recursos, análisis formal, redacción, revisión y edición.

Rafael Pila-Pérez: análisis formal, redacción, revisión y edición.

Financiación

Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey, Cuba.