

ONCOCITOMA SUPRARRENAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

DAO, HÉCTOR***
ARANA, DAVID**
ZAMBRANO, PATRICIA*
MUJICA, LORENA*

RESUMEN

Objetivos: Presentar las características clínicas, paraclínicas y anatomopatológicas de un tumor retroperitoneal poco frecuente.

Caso clínico: Estudio descriptivo de caso clínico y revisión de la literatura, de masculino de 45 años quien inició enfermedad de 2 años de evolución caracterizado por la presencia de tumor abdominal en epigastrio de crecimiento progresivo. Concomitantemente pérdida de peso, hiporexia y dolor abdominal. Se practicó ultrasonido que concluye tumor de glándula suprarrenal vs. tumor renal. Tomografía de abdomen-pelvis que reporta extensa lesión de apariencia tumoral heterogénea con áreas centrales hipodensas asociadas a calcificaciones distróficas y realce post contraste que parece estar ubicada en la región suprarrenal izquierda condicionando desplazamiento inferior del riñón izquierdo, el cual conserva su morfología y funcionalismo. Se realizó laparotomía y exéresis del mismo con reporte anatomopatológico de tumor retroperitoneal: neoplasia maligna de estirpe epitelial, con necrosis extensa no siendo concluyente, por lo cual se realiza inmunohistoquímica que concluye adenoma, oncocitoma suprarrenal. El paciente evolucionó satisfactoriamente. En 8 meses no se ha evidenciado recidiva.

Conclusión: El oncocitoma es una entidad infrecuente diagnosticada con el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica. Puede tener comportamiento maligno o benigno y su exéresis es el tratamiento de elección.

Palabras clave: Oncocitoma, tumor retroperitoneal, suprarrenal

ABSTRACT SUPRARRENAL ONCOCYTOMA. A CLINICAL CASE

Objectives: to present clinical, paraclinical and anatomopathologic characteristics of an uncommon retroperitoneal tumor.

Clinical case: descriptive study of a clinical case and literature review, of a 45 years old male who began her sickness 2 years ago, characterized by the presence of abdominal tumor in epigastrio, that grows slowly. Concomitant loss of weight, hyporexia and abdominal pain. An abdominal ultrasound concludes suprarenal tumor vs. renal tumor. Abdomen-pelvis tomography reports extends injury of tumoral appearance heterogenic with central hypodenses areas associate to dystrophic calcifications and post contrasted raised that seem to be localized in left suprarenal region generating displacement of left kidney, which conserve its morphology and functionalism. Resection of the tumor was made by a Chevron laparotomy and the anatomopathologic report was retroperitoneal tumor: Malignant tumor of epithelial stirpe with extended necrosis. Immunohistochemical study concludes adenoma, oncocitoma suprarenal. Patient with satisfactory outcome, without evidence of tumor in eight months.

Conclusion: The oncocitoma is an uncommon entity which diagnostic is made by anatomopathologic study of the surgical piece. It could have benign and malign behavior. The treatment is surgical resection.

Key words: Oncocitoma, retroperitoneal tumor, suprarenal

*** Adjunto de cirugía MSVC
** Cirujano general
* Residente de post-grado de cirugía
Hospital Miguel Pérez Carreño. Servicio Cirugía II. Caracas

El oncocitoma es un tumor epitelial formado por grandes células eosinófilas de núcleo pequeño, redondeado. El estudio ultraestructural demuestra mitocondrias grandes. Macroscópicamente muestran un color pardo y aspecto relativamente homogéneo, bien encapsulados. Pueden adquirir gran tamaño. Comúnmente ocurre en riñón, glándula salival y órganos endocrinos.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 45 años quien inició enfermedad de 2 años de evolución caracterizado por la presencia de tumor abdominal en epigastrio de crecimiento progresivo, concomitante pérdida de peso, hiporexia y dolor abdominal.

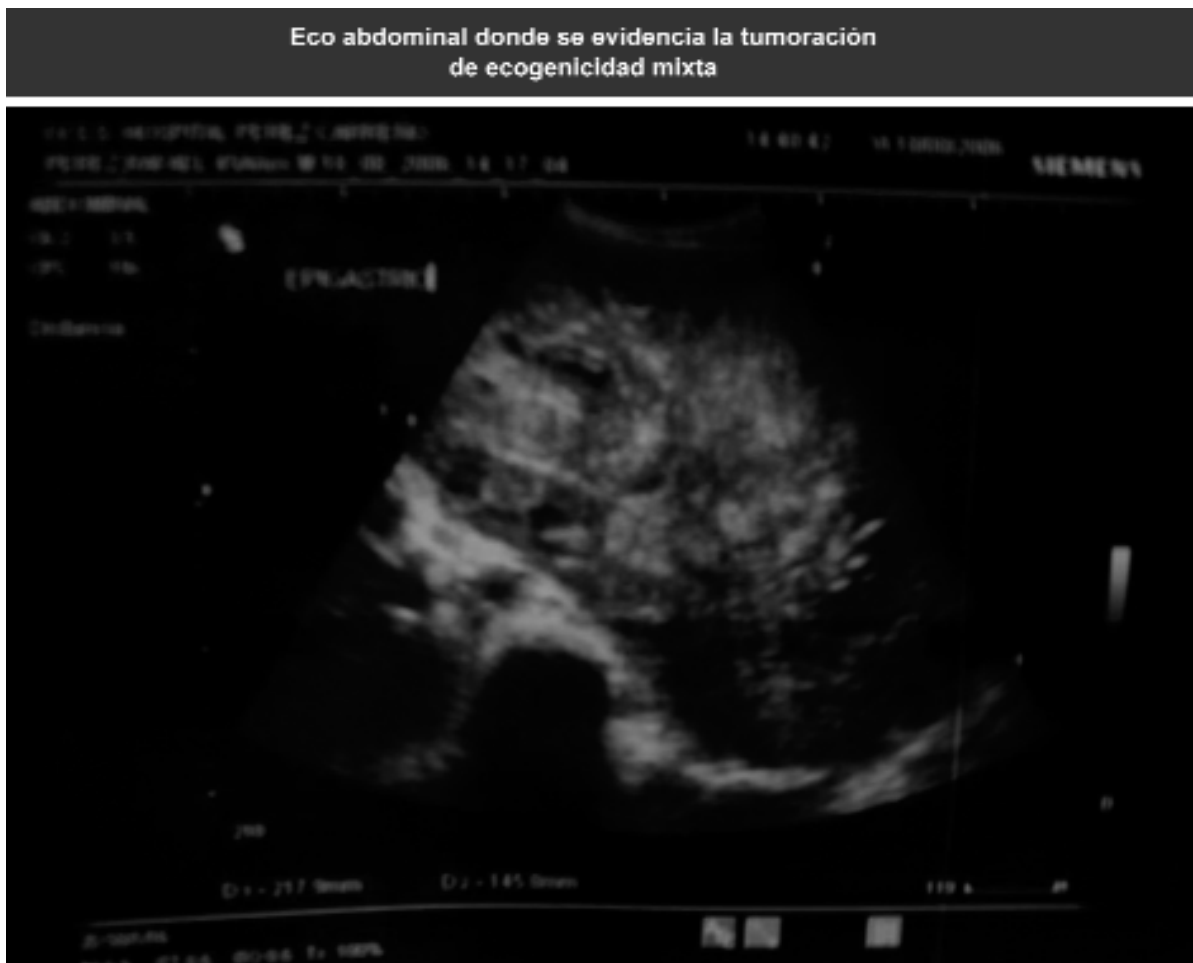
Antecedentes: niega asma, alergias, HTA, DM. Hábitos tabáquicos en la juventud y OH semanal (Whisky)

Funcional. Evacuaciones diarias, blandas normo cólicas. Pérdida de peso de aproximadamente 7 Kg. en 4 meses. Dolor abdominal sordo, de moderada intensidad de 3 días de evolución.

Examen físico de ingreso: P:78x' R:17x' T.A: 130/70mmHg. Afebril, hidratado, eupneico, tórax: simétrico, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios presentes sin agregados, abdomen: globoso con tumoración a predominio de epigastrio y mesogastrio de aproximadamente 20 x 30 cms, dura, impresiona adherida a planos profundos, no dolorosa. Ruidos hidroaéreos presentes. Genitales: varicocele izquierdo. Recto: esfínter tónico heces normo cólicas, próstata sin aumento de volumen. Miembros: sin deformidades ni edemas. Neurológico Glasgow 15 puntos.

Eco abdominal: lesión ocupante de espacio en epigastrio e hipocondrio izquierdo, de ecogenicidad mixta de aproximadamente 18 x 18 cmts, con áreas anecogénicas en su centro, sin efecto doppler en relación probable con áreas de necrosis. Imágenes ecogénicas con sombra sónica posterior en probable relación con calcificaciones; de bordes bien delimitados que desplaza estructuras vecinas (riñón y páncreas). Conclusión: tumor de glándula suprarrenal vs. tumor renal (Figura 1).

Figura 1



Eco endoscopia: LOE de 120 x 120 mm de aspecto ecomixto, paredes bien definidas contiguo a polo superior del riñón. Conclusión: hipernefrona vs. sarcoma retroperitoneal vs. tumor de mesenterio.

Tomografía abdomen-pelvis: extensa lesión de apariencia tumoral heterogénea con áreas centrales hipodensas asociadas a calcificaciones distróficas y realce post contraste que parece estar ubicada en la región suprarrenal izquierda condicionando desplazamiento inferior del riñón izquierdo el cual conserva su morfología y funcionalismo (Figura 2).

Figura 2



RESULTADOS

Se llevó a mesa operatoria realizándose laparotomía de Chevron encontrándose tumor ovoide de 25x24x12 cm, con un peso de 5,300g (Figura 3), cuya anatomía patológica reportó tumor retroperitoneal: neoplasia maligna de estirpe epitelial con necro-

sis extensa (Figura 4), se realizó inmunohistoquímica que concluyó adenoma, oncocitoma suprarrenal (Figura 5). El paciente evolucionó satisfactoriamente y en ocho meses de seguimiento no ha presentado recidiva.

Figura 3



Figura 4

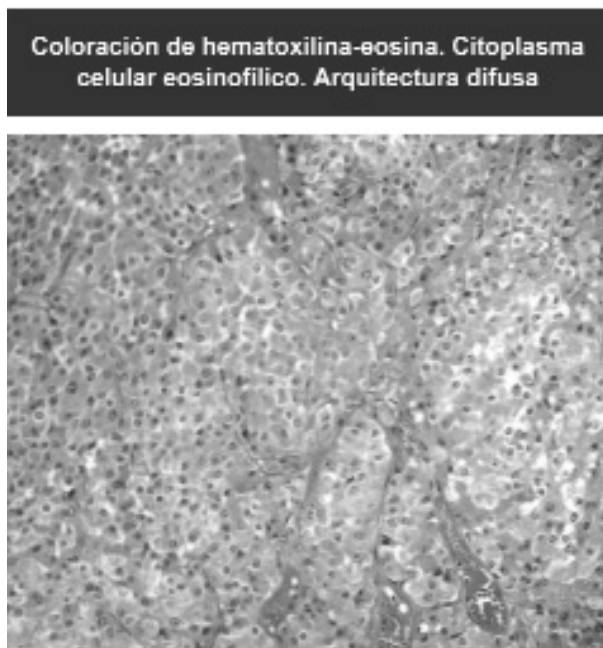
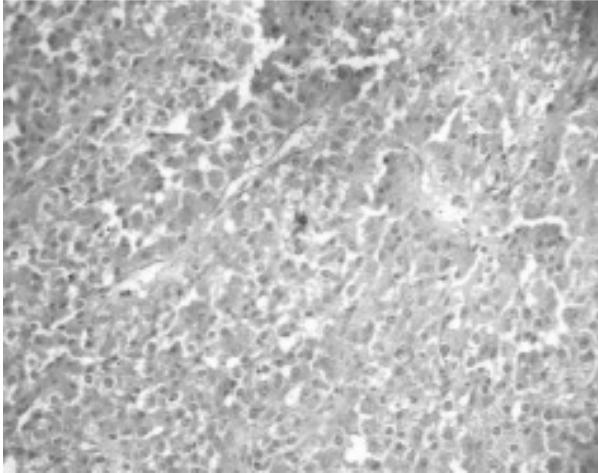


Figura 5

**Inmunohistoquímica: uleus europeus.
Conclusión: oncocitoma suprarrenal**



DISCUSIÓN

Los oncocitomas son neoplasias infrecuentes de la corteza suprarrenal compuestas por células con citoplasma granular eosinofílico abundante, que se puede distribuir en patrones alveolares, tubulares o sólidos⁽¹⁾; en revisiones internacionales se han descrito diez casos en el Reino Unido⁽¹⁾, no encontrándose esta información disponible a nivel nacional. Además de la localización antes descrita, se localizan en riñón, glándulas salivares y órganos endocrinos⁽²⁾. Macroscópicamente son de color arena oscuro o marrón, pueden mostrar áreas focales de cambios oncocíticos, los cuales están dados por la presencia de abundantes mitocondrias⁽³⁾. Su tamaño varía desde pocos gramos hasta tumores mayores de 1Kg⁽⁴⁾. No se consideran tumores funcionales, generalmente sin ninguna expresión de enzimas involucradas en la esteroidogénesis⁽³⁾; por lo que su descubrimiento suele ser

incidental o por síntomas relacionados por compresión a órganos vecinos. En raras oportunidades se expresa como una neoplasia abdominal. Si bien estas lesiones suelen tener comportamiento benigno, parte de ellos puede malignizarse. Weiss estableció una serie de criterios que orientan hacia la malignidad del tumor: presencia de atipias; citoplasma celular eosinofílico (mayor al 75%), arquitectura difusa (mayor 33%); presencia de necrosis; figuras mitóticas (mayor de 5 por cada 50 campos de alto poder); figuras mitóticas atípicas; invasión capilar, venosa o sinusoidal. Se establece que lesiones con 4 o más de los criterios anteriormente descritos posiblemente sean malignos; mientras que aquellos con 2 o menos criterios suelen ser benignos⁵. De igual forma se evidenciaron tres criterios que únicamente estaban presentes en tumores metastásicos o recurrentes, a saber: índice mitótico de 6 o más por cada 50 campos de alto poder, mitosis atípica e invasión venosa.

El tratamiento indicado es la resección tumoral.

REFERENCIAS

1. Oncocytic Adrenocortical Neoplasmas. A Report of Seven Cases and Review of the Literature. Bryan T; Y. Lin; Stephen M. Bonsib, Gary W. Mierau, Lawrence M. Weiss and L. Jeffrey Medeiros. Am J Surg Pathol 22(5).1998.
2. Adrenocortical Oncocytoma: case report with immunocytochemical and ultrastructural study. Louis Begin. Department of Pathology, The Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital, Canada, 1992.
3. Tumor of the adrenal gland and extra adrenal paraganglia. Lank Ernest; Atlas of Tumor Pathology, Tercera serie, fascículo 19, 1997.
4. Robbins, Patología Estructural y Funcional. Ramzi S. Cutran; Vinay Kumar; Tucker Collins. Sexta edición. Mc Graw Hill Interamericana España SAU Madrid.2000.
5. Incidentally Detected giant oncocytoma arising in retroperitoneal heterotopic adrenal tissue. Corsi A; Riminucci M; Petrozza V; Collins MT; Natale M; Cancrini A; Bianco P. Arch Pathol Lab Med. Vol 126, Septiembre 2002.



NOTICIAS BREVES

Congreso 2008 (Marzo)

Se les informa a todos aquellos interesados en enviar trabajos científicos para el Congreso que la fecha tope para recibir trabajos científicos será hasta el 31 de enero de 2008.