

Oncocitoma renal

Centurión, Gustavo; Soler, Mauricio; Santostefano, Fabiana;
Hernandez, Romina; Peláez, Ana, Riolo, Diego



Instituto Oulton. Córdoba. Argentina

Introducción

El oncocitoma renal es un tumor benigno poco frecuente que representa el 3% de las masas renales sólidas, predominando en el sexo masculino, y por lo general se detectan de manera incidental (80%), aunque pueden presentarse con hematuria, dolor lumbar o como masa palpable.

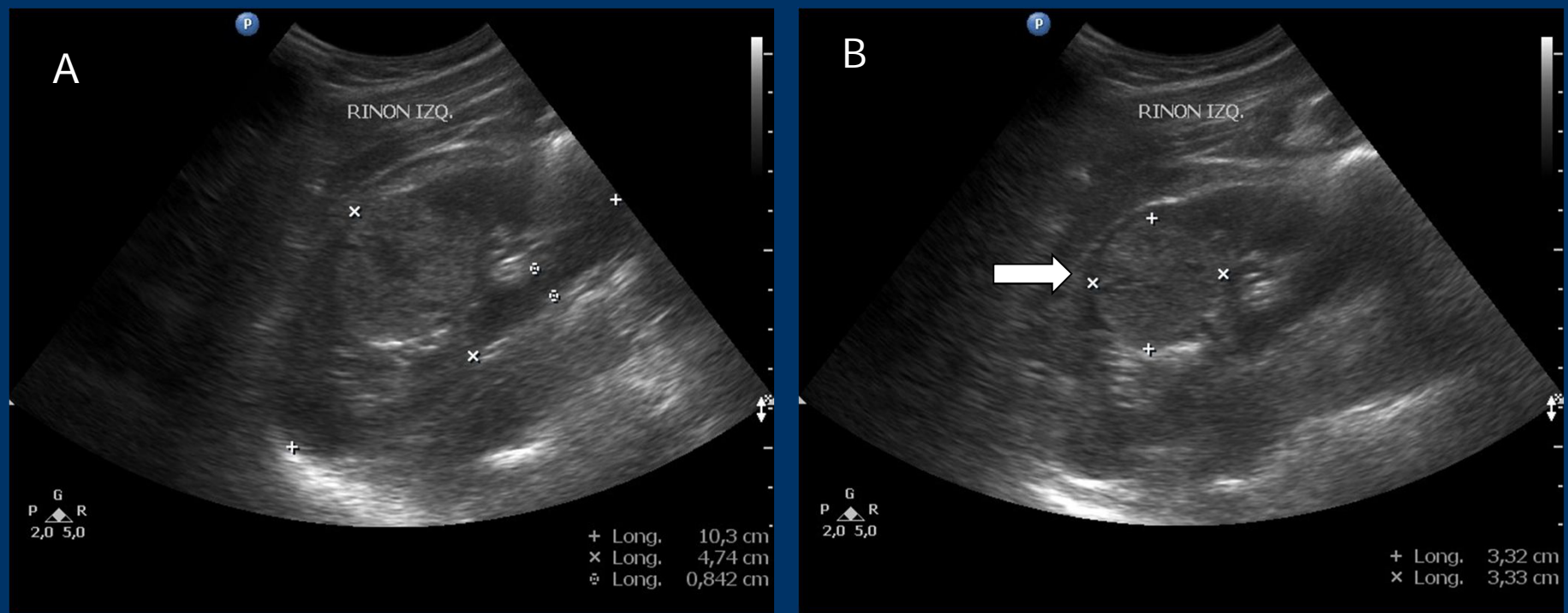
Objetivos

Analizar una lesión renal benigna, de difícil diagnóstico imagenológico, a partir de un caso extensamente estudiado y confirmado. Presentando los hallazgos radiológicos típicos de dicha patología.

Oncocitoma renal

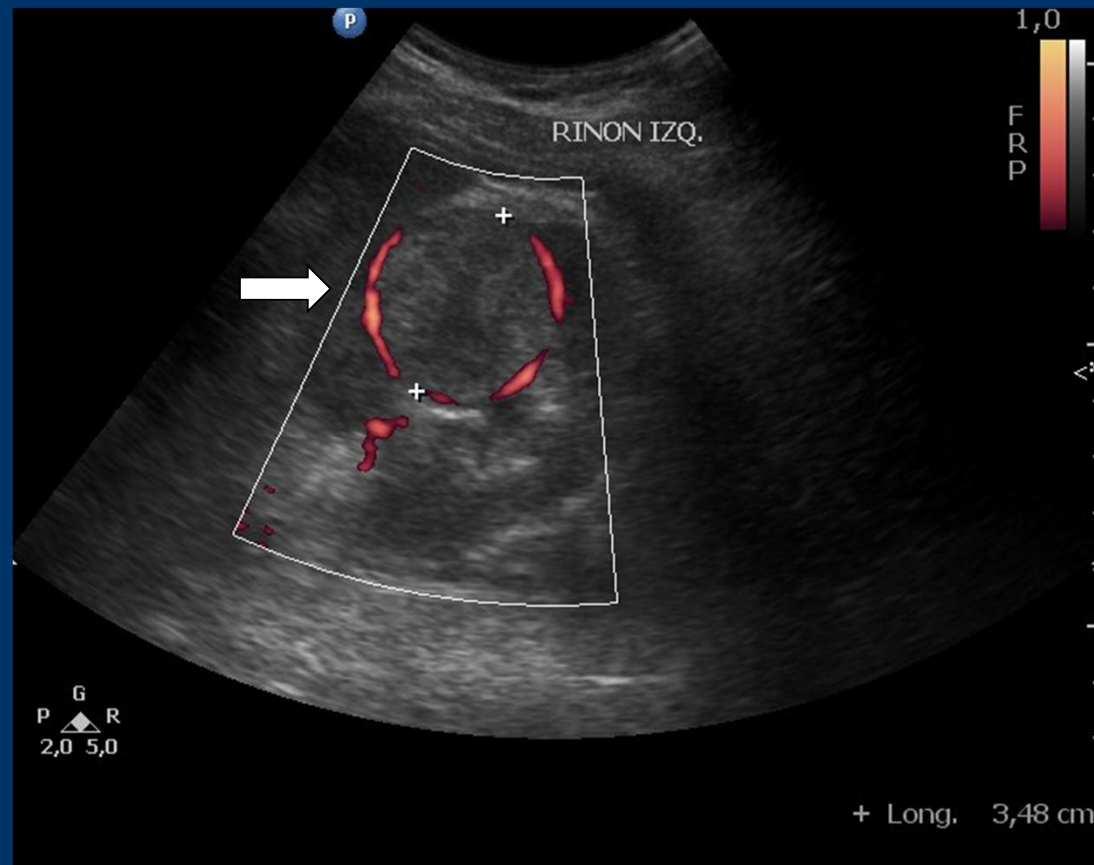
- Representan el 3% de los tumores renales
- Su tamaño es variable (la mayoría <5 cm)
- Suelen ser únicos, raramente pueden ser múltiples y bilaterales (5%)
- Aspecto en “rueda de Carro”
- La presencia de necrosis, calcificación, adenopatías o infiltración de la capsula, grasa perirrenal y/o de los vasos son hallazgos atípicos

Ecograficamente se los describe como lesiones isoecogénicas homogéneas



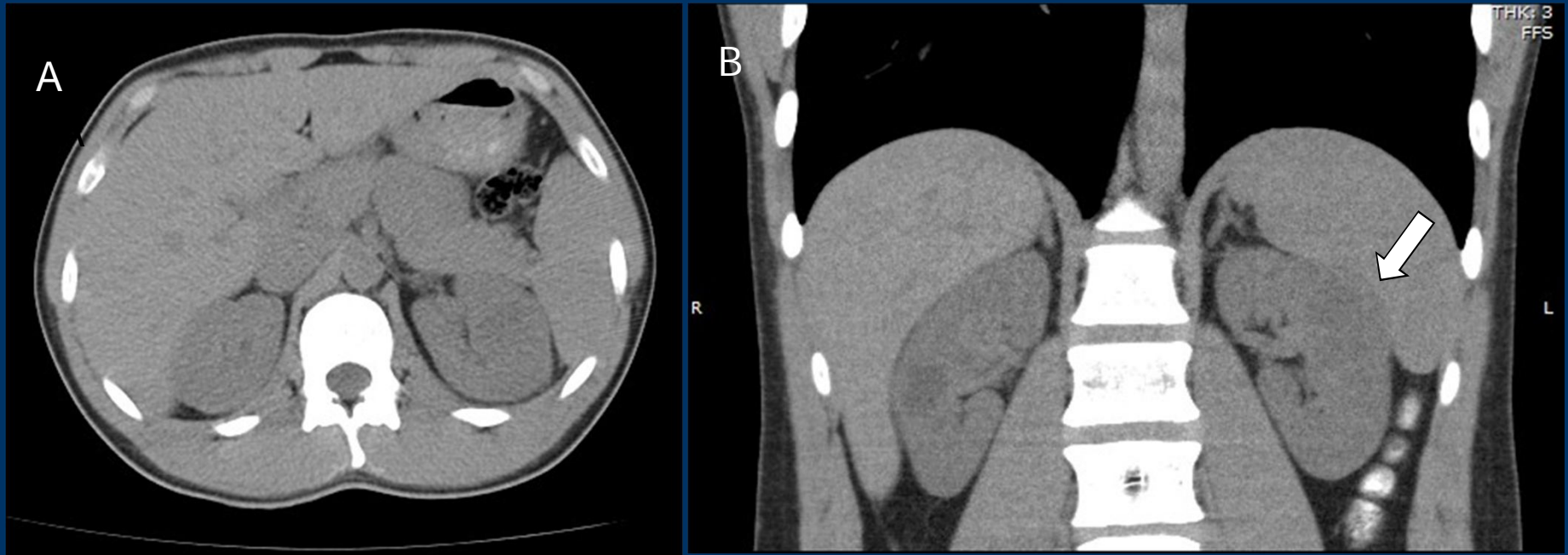
Ecografía de riñón izquierdo. (A) Riñón de forma y tamaño normal (103 x 47 x 8,4 mm). (B) Imagen nodular, ecogénica, homogénea, de borde regulares de aprox. 33 mm, mesorrenal izquierda.

Su imagen ecográfica generalmente es inespecífica y se asemejan al CCR.



Ecografía renal con doppler power. Lesión renal nodular con aparente ausencia de vascularización interna.

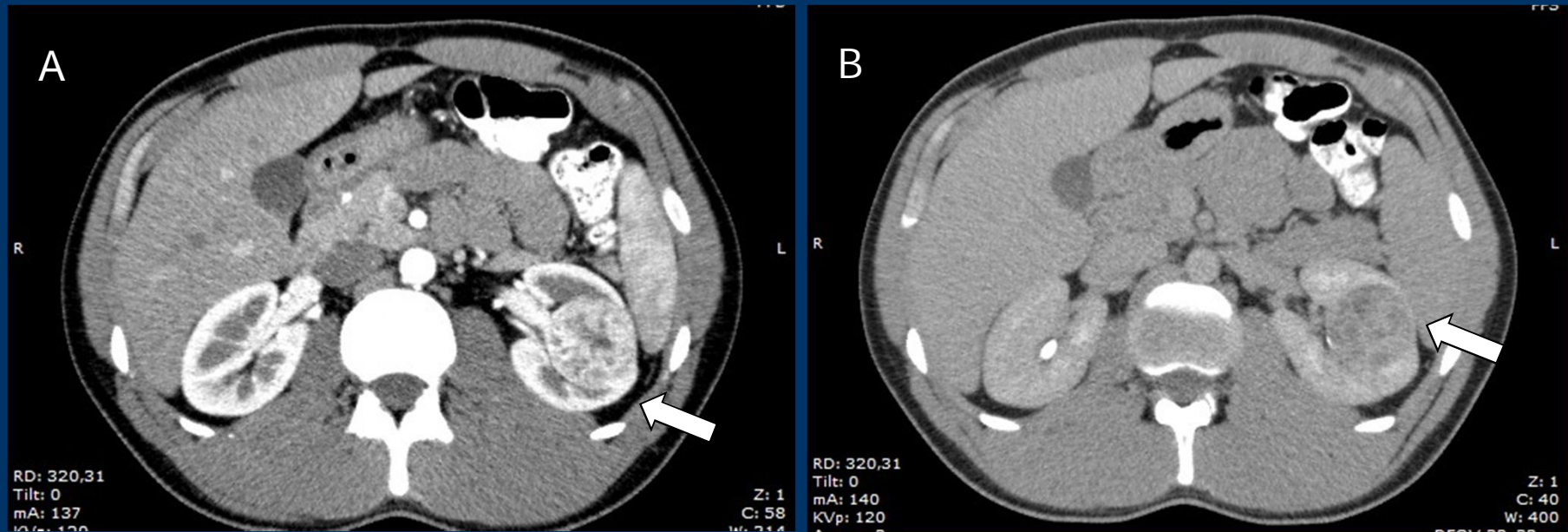
En TC se caracterizan por ser tumores sólidos, de bordes bien definidos, levemente hipodensos en relación al parénquima renal, mostrando un realce homogéneo tras la inyección del contraste EV, con lavado parcial en fase tardía.



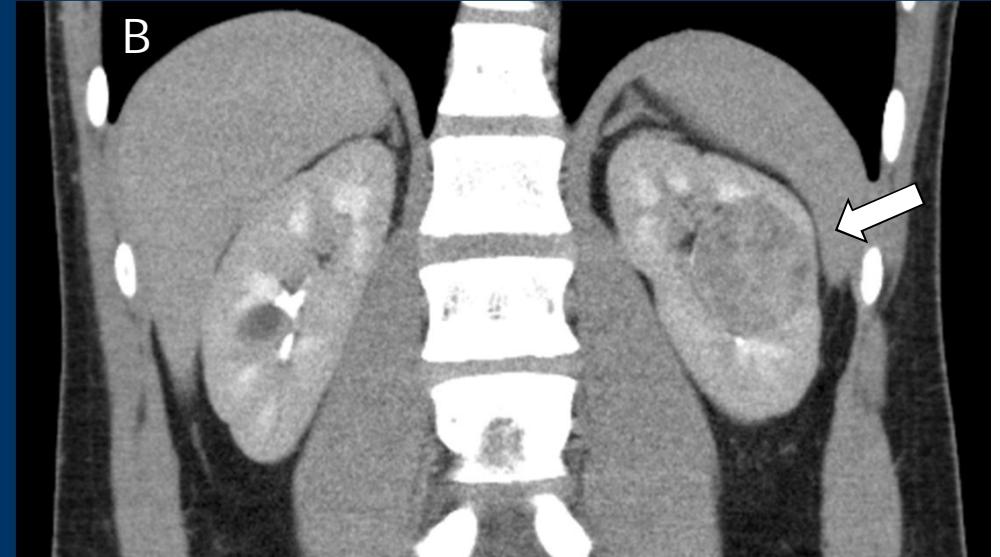
TC de abdomen sin contraste. (A) Corte axial a nivel mesorrenal en el cual es muy difícil apreciar la lesión renal izq. (B) Corte coronal donde se aprecia una lesión hipodensa mesorrenal derecha, e imagen levemente hipodensa mesorrenal izq.

Algunos presentan una cicatriz central de baja atenuación, de apariencia ramificada que no realza, aunque puede presentar una captación centrípeta en fase tardía.

Los CCR, con frecuencia son hipodensos con un área central de necrosis, que puede dar a confusión en el diagnóstico.



TC abdomen, cortes axiales con contraste ev. (A) Fase arterial: lesión renal izq. con realce levemente heterogéneo, con área central hipocaptante. (B) Fase excretora: muestra un lavado parcial de la lesión

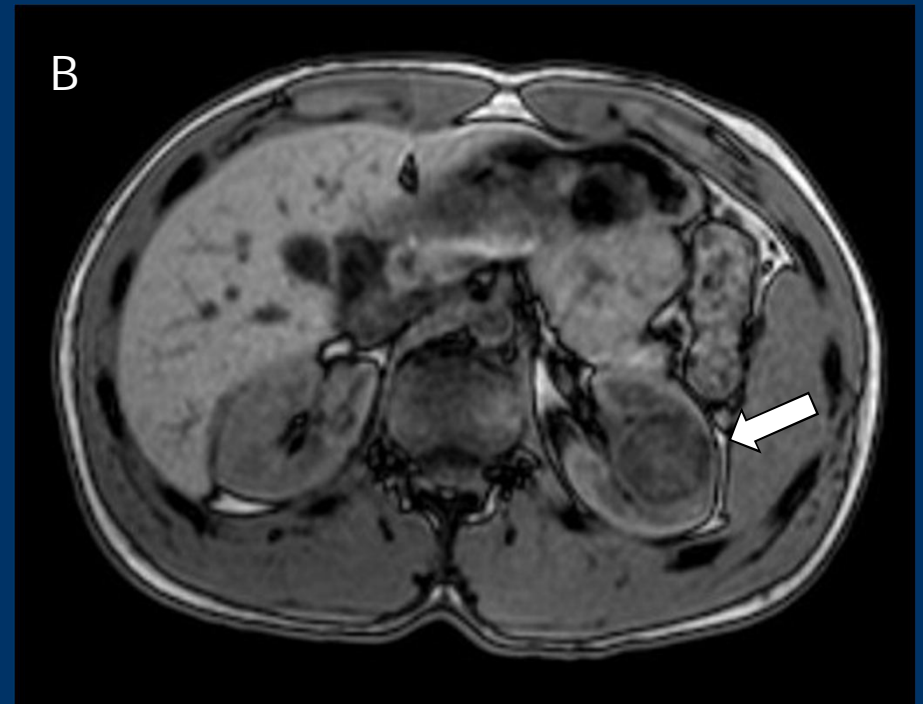
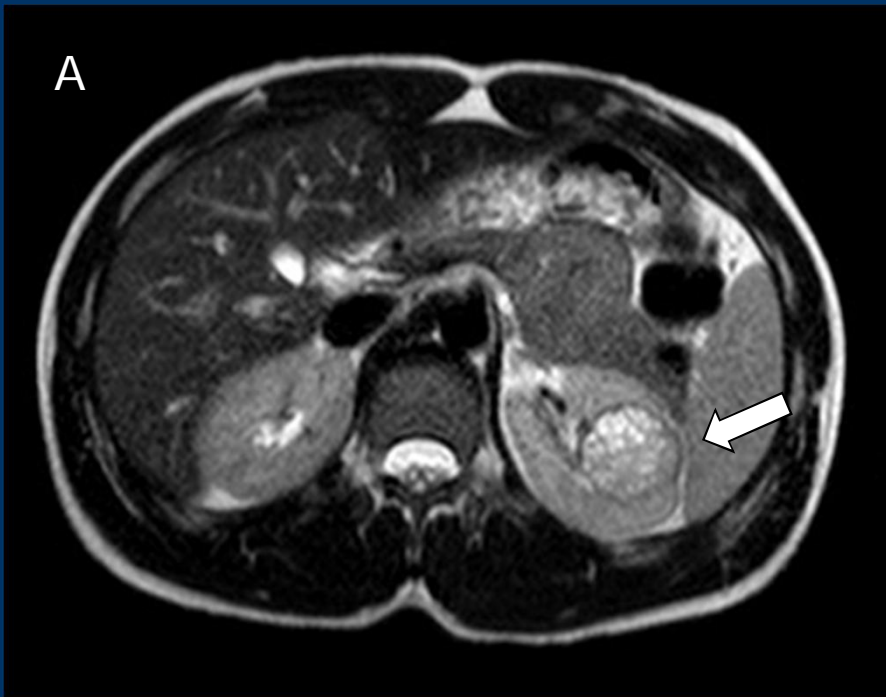


TC de abdomen, cortes coronales, con contraste ev.

- A. Fase arterial: lesión sólida renal izq., que realza con área central no captante. Lesión quística RD
- B. Fase excretora: lavado de la lesión izquierda.

El aspecto del oncocitoma en RM es típicamente hipointenso en T1 (27% isointensos), e hiperintensos en T2, cuando se presenta la cicatriz central la misma es hipointensa en T2, a diferencia de la necrosis que se presenta hiperintensa en T2.

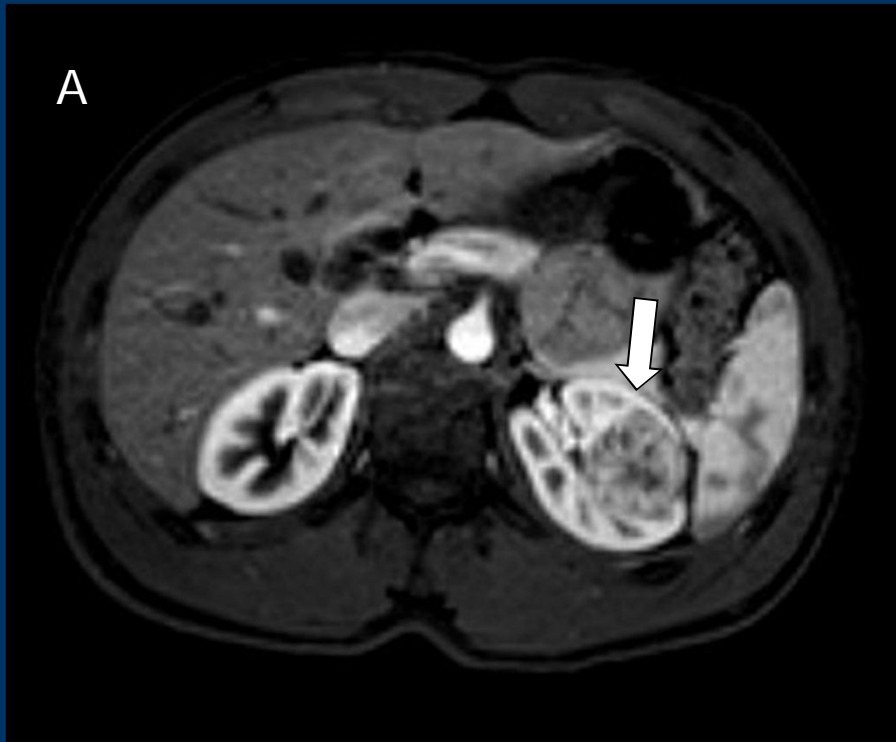
Tras la administración de gadolinio la lesión realza homogéneamente, pudiendo presentar un patrón en “rueda de carro”.



RM abdominal, serie axial, sin contraste. lesión nodular levemente heterogénea, bordes regulares

A. T2: lesión levemente heterogénea, iso-hiperintensa

B. T1: lesión levemente heterogénea hipointensa

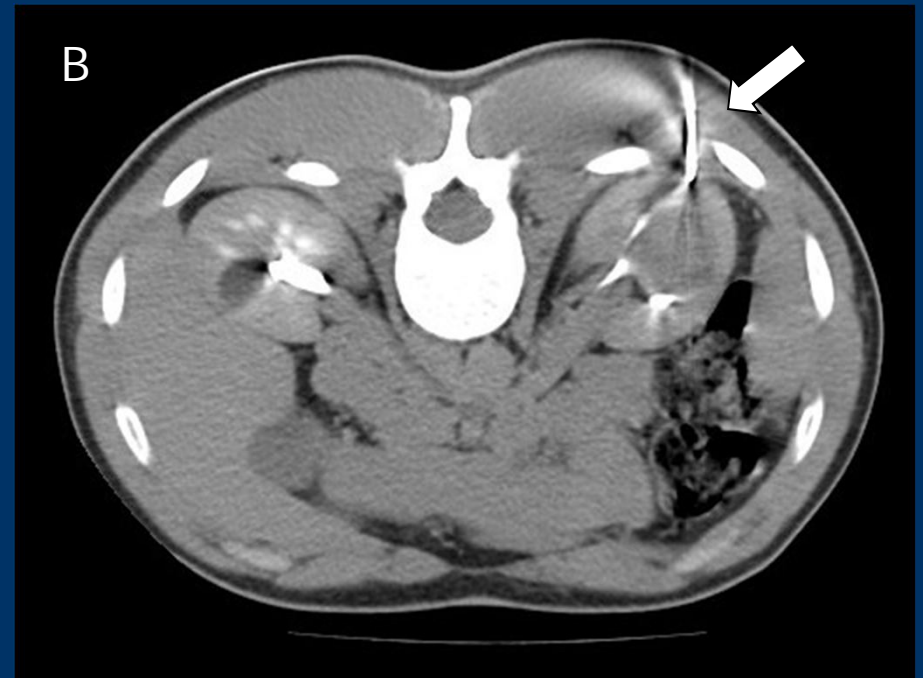


RM abdominal, axial T1 supresión grasa, con gadolinio.

A. Fase arterial, con realce homogéneo de lesión renal, presentando área central no captante.

B. Fase nefrografica: se aprecia lavado de la lesión, con realce tardío de la zona central.

De no haber confirmación previa de oncocitoma
y/o estabilidad imagenológica deberá intervenir
quirúrgicamente



TC abdominal, cortes axiales, con contraste ev.

A. Fase arterial

B. Se observa aguja de punción percutánea, orientada hacia lesión renal izq., previo a la toma de muestra

Conclusión

Si bien las características imagenológicas del oncocitoma tanto por TC como por RM, orientan el diagnóstico, no permiten distinguirlo con certeza del CCR, por lo que su diagnóstico definitivo será mediante estudio histológico.

Bibliografía

1. Lee J, Sagel S, Stanley R, Heiken J. Body TC con correlacion RM. Vol. 2. 4ta ed. España: Marban; 2007.
2. Del Cura J, Pedraza S, Gayete A. Radiologia esencial. Vol 1. España: Panamericana; 2009
3. "Solid Renal Cortical Tumors: Differentiation with CT". Jingbo Zhang, MD and cols. *Radiology* 2007; 244: 494-504.
4. "MR Imaging of Renal Masses: Correlation with Findings at Surgery and Pathologic Analysis". Ivan Pedrosa, MD and cols. *RadioGraphics* 2008; 28:985–1003.