
Oncocitoma: Caso Clínico

Gallego A, Attaguile A, Benitez J, Ruiz D, Giannunzio G

Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucocomaxilofacial III, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires; Hospital General de Agudos "General Manuel Belgrano", Villa Zagala, San Martín, Buenos Aires, Argentina.

Recibido 15/04/2015
Aceptado 22/06/2015

RESUMEN

El oncocitoma es un tumor benigno que afecta varios órganos como tiroides, paratiroides, riñón y glándulas salivales, que consiste en la proliferación de células oncocíticas producidas por una gran hiperplasia mitocondrial. El oncocitoma representa menos del 1% de todos los tumores de las glándulas salivales. Cuando en estudios por imágenes de glándula parótida se observen múltiples pequeños nódulos con una masa sólida o quística, el diagnóstico de oncocitoma debe ser considerado, especialmente en pacientes de sesenta o más años.

El objetivo de este artículo es la presentación de un caso de oncocitoma y analizar el estado de arte de los casos reportados en la temática.

Palabras clave: oncocitoma, tumor de células oxiofílicas, adenoma oncocítico, tumores de glándula parótida.

ABSTRACT

The oncocytoma is a benign neoplastic tumor that occurs in several organs, including the thyroid gland, parathyroid gland, kidneys, and salivary glands consisting of a proliferation of oncocytic cells produced by a large mitochondrial hyperplasia. The oncocytoma accounts for less than 1% of the whole salivary gland tumors. When multiple small nodules are found in the parotid gland with a large solid or cystic mass that is evident on imaging, a diagnosis of oncocytoma should be considered, particularly in patients of sixty years of age or older.

The objective of this article is the presentation of a case of oncocytoma and the state of art of reported cases in this field.

Keywords: oncocytoma, oxyphilic granular cell adenoma, oncocytic adenoma, parotid gland tumor.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias oncocíticas resultan de la alteración metabólica de las células, caracterizada por un acumulo de mitocondrias en el citoplasma celular y con marcada eosinofilia de células oncocíticas, estas alteraciones celulares son extremadamente comunes y se presentan en múltiples órganos incluyendo glándula tiroides, paratiroides, riñón y glándulas salivales. El primer caso de oncocitoma de glándula parótida fue reportado en 1965 por Enroth y la serie más grande hasta la fecha, reportó 22 casos de oncocitomas en pacientes adultos mayores con solo un individuo joven de 21 años (Herrera et al., 2008).

El oncocitoma (tumor de células oxiofílicas o adenoma oncocítico) representa menos del 1 % de los tumores de la glándula parótida.

La clasificación de tumores de glándulas

salivales de la OMS de 1992 considera al oncocitoma como una variante poco frecuente de adenoma descrito como adenoma de células claras. Además distingue otras dos lesiones oncocíticas: hiperplasia oncocítica nodular multifocal y la oncocitosis difusa. Diferenciando a estas lesiones del carcinoma oncocítico (Seifert y Sobin, 1992).

Clínicamente se presenta como una masa única, firme, indolora, móvil no adherida a planos profundos, frecuentemente multinodulada, de crecimiento lento con ubicación retromandibular. Alrededor del 7% de los oncocitomas de la glándula parótida son bilaterales (Herrera et al., 2008; Vlachaki et al., 2009). Rara vez está comprometida la totalidad de la glándula, localizándose mayormente en el lóbulo superficial y solo el 12% en el lóbulo profundo.

Afectan a pacientes entre la quinta y séptima década de vida, algunos autores consideran una mayor frecuencia en el sexo femenino mientras que otros no encontraron diferencias (Herrera et al., 2008; Meza-Chavez, 1949, Ozcan et al., 2006; Shellenberger et al., 2008).

La resonancia magnética (RM) y la tomografía computada (TC) son los estudios por imágenes de elección donde el tumor se observa como una lesión sólida, que en conjunto al examen citológico de las muestras obtenidas por la punción aspirativa con aguja fina (PAAF), son los métodos complementarios de elección para el diagnóstico de esta patología.

Dentro de los diagnósticos diferenciales posibles se encuentran el adenoma pleomorfo, adenoma de células basales, carcinoma oncocítico, adenocarcinoma de células basales, el carcinoma adenoide quístico y el carcinoma de células escamosas basaloide.

A diferencia del oncocitoma las lesiones malignas presentan gran actividad mitótica, mayor pleomorfismo nuclear y ausencia de cápsula, observándose en ellos un crecimiento infiltrativo hacia tejidos blandos, invasión vascular y perineural e infiltración linfática regional. Además, clínicamente se presentan con dolor, crecimiento rápido y alteración del nervio facial.

El tratamiento recomendado es la resección quirúrgica total del tumor con tejido parotideo adyacente (parotidectomía parcial o total según el tamaño y ubicación del tumor) con conservación del nervio facial.

La recurrencia es rara pero se ha reportado hasta un 20% por resección incompleta o lesiones multifocales o hiperplasias ocultas (Herrera et al., 2008; Vlachaki et al., 2009).

CASO CLÍNICO

Paciente de 72 años de edad que concurre al servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General de Agudos “General Manuel Belgrano” presentando un aumento de volumen a nivel de la glándula parótida izquierda que el paciente relata haber percibido hace tiempo, con un aumento repentino de su tamaño de un mes de evolución. Clínicamente, se detectó una masa asintomática de consistencia sólida desplazable sin alteración del nervio facial presentando adenopatías regionales. Del lado derecho se observa un aumento de volumen de similares características, de menor tamaño que el izquierdo, también asintomático. (Fig. 1 A y B).

En la RM se observó, en las imágenes ponderadas en T2, una imagen hipertensa en polo inferior de parótida izquierda, con bordes definidos



Figura 1. A: Aumento de volumen circunscripto en región parotídea izquierda B: Proyección basal, donde se observa aumento de volumen en ambas regiones parotídeas, mayor del lado izquierdo.

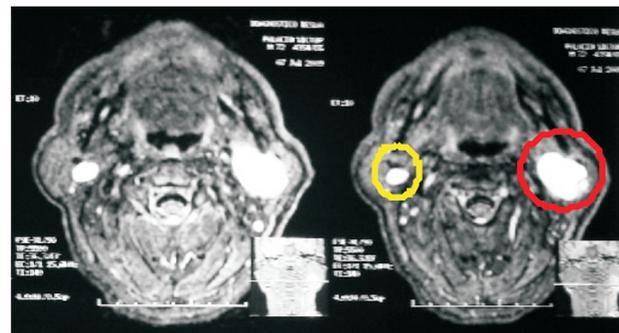


Figura 2. Resonancia magnética – cortes axiales

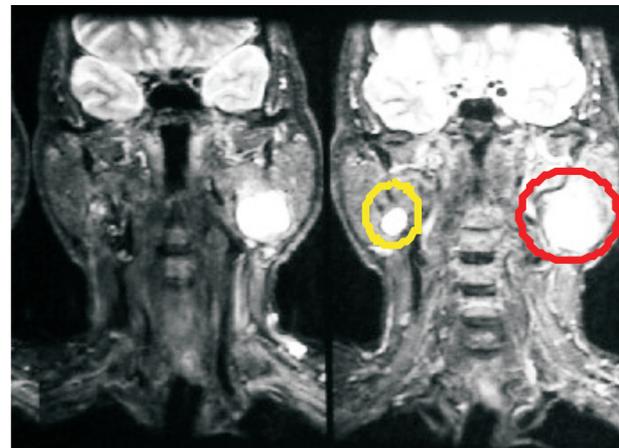


Figura 3. Resonancia magnética – cortes coronales

bilobulada de 3x4 cm., con adenopatías yugulocarotídeas homolaterales. (Fig. 2 y 3, círculo rojo) En el polo inferior de la parótida derecha se observó una imagen hiperintensa de similares características, de menor tamaño. (Fig. 2 y 3, círculo amarillo)

Bajo un diagnóstico presuntivo de adenoma pleomorfo infectado, se realizó una punción con aguja fina (PAAF) de la lesión del lado izquierdo, obteniéndose de la misma un líquido cetrino. Se enviaron dos muestras, una para anatomía patológica y otra para cultivo microbiológico. (Fig. 4) El cultivo fue positivo a estreptococos del grupo viridans por lo cual se administró Amoxicilina + Acido clavulánico 1 gramo cada 8 horas obteniendo una disminución de la tumoración a las 48hs. El resultado de anatomía patológica fue de adenoma oncocítico.

Se solicitaron estudios prequirúrgicos siendo el paciente categorizado en ASA II por su patología de base (diabetes controlada).

Se procedió a realizar bajo anestesia general parotidectomía total con conservación del nervio facial. (Fig. 5) El resultado final de anatomía patológica informó: "numerosos lóbulos constituidos por acinos serosos, ductos de distintos calibres intralobulillar e intrerlobulillar con sectores de reemplazo adiposo otros de fibrosis intersticial. Ductos con discreta dilatación quística de sus luces cubiertas por doble hilera de células oncocíticas y rodeando a los mismos escasos infiltrados inflamatorios linfocitarios y acumulos de histiocitos con hemosiderina. Además existe un área relativamente delimitada sin límite capsular formando ductos de reducidas dimensiones cubiertas por células de características oncocíticas (núcleos ovales de cromatina nuclear uniformemente distribuida, nucleolos visibles y abundante citoplasma eosinófilo) con fibrosis interpuesta que distorsiona sus contornos, diagnostico vinculable con adenoma oncocítico" (servicio de Anatomía Patológica Hospital Gral. Manuel Belgrano).

A la semana de control se observó una leve paresia del nervio facial. (Fig. 6) A 3 años de control no se observan signos de lesión del nervio facial ni recidiva. (Fig. 7) No se observan cambios clínicos ni imagenológicos en la lesión diagnosticada del lado derecho, la cual continúa bajo controles periódicos.

CONCLUSIÓN

El oncocitoma es un tumor benigno que afecta varios órganos como tiroides paratiroides, riñón y glándulas salivales. En la glándula parótida es una

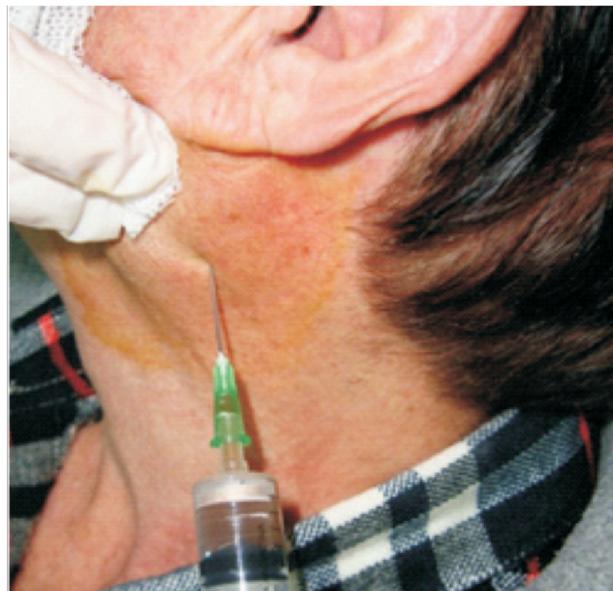


Figura 4. Punción con aguja fina

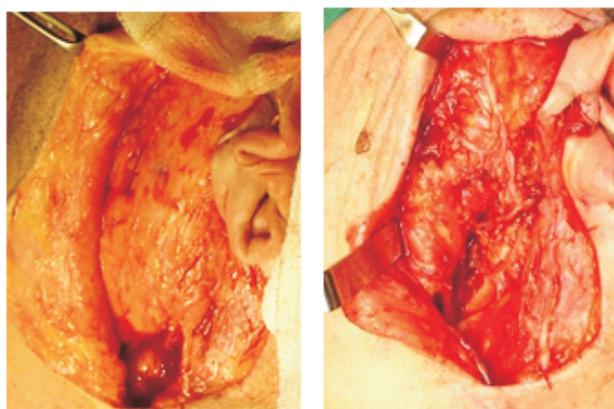


Figura 5. Foto intraoperatoria pre y pos parotidectomía total, con conservación del VII par.

patología poco frecuente que representa solo el 1% de todos los tumores de glándulas salivales y el 3% de los tumores benignos de origen epitelial (Kosuda et al., 1988).

La teoría sobre la patogénesis de las neoplasias oncocíticas son el resultado de una mitocondriopatía adquirida, debido a errores de ADNmt como resultado del envejecimiento, que termina en la alteración de la función enzimática y esto puede llevar a una diferenciación celular y por último metaplasia oncocítica. Múltiples lesiones oncocíticas localizadas en el mismo lugar de la glándula apoyan el concepto de la transición entre formas oncocíticas y sugieren un modelo de progresión metaplásica oncocítica inicial a neoplasia oncocítica de parótida. Pero se requieren más estudios para su confirmación molecular (Quer et al., 2010).

El tratamiento de elección del oncocitoma de



Figura 6. Control posoperatorio a los 7 días



Figura 7. Control posoperatorio a los 3 años

parótida sigue siendo la intervención quirúrgica consistiendo en la parotidectomía parcial o total, dependiendo del tamaño y/o ubicación del tumor con conservación del nervio facial.

En la literatura se describe como tratamiento alternativo una terapia con radiación y yodo 131 que puede ser efectivo en caso de recidivas con resultados favorables en solo un caso reportado (Shah y Branstetter, 2007).

El diagnóstico de oncocitoma debe ser tenido en cuenta fundamentalmente por la fácil confusión con lesiones malignas de bajo grado y su tendencia a la recidiva. Los métodos de elección para el diagnóstico de esta patología son RM y PAAF.

BIBLIOGRAFÍA

Herrera AA, Valderrama PA, Diaz JA, Liendo JO. Clinical and pathological features of the parotid oncocytomas in Bucaramanga, Colombia. *Acta de otorrinolaringología & Cirugía de cabeza y cuello* 2008; 36 (1): 17-24.

Kosuda S, Ishikawa M, Tamura K, Mukai M, Kubo A, Hashimoto S. Iodine 131 therapy for parotid Oncocytoma. *J Nucl Med* 1988; 29 (6): 1126-1129.

Meza-Chavez L. Oxyphilic granular cell adenoma of the parotid gland (oncocytoma) report of five cases and study of oxyphilic granular cells (oncocytes) in normal parotid glands. *Am J Pathol.* 1949; 25 (3): 523-547.

Ozcan C, Talas D, Gorur K, Aydn O. Incidental Deep lobe parotid gland Oncocytic neoplasms in an operated larynx cancer patient. *Oral Oncology Extra* 2006; 42:235-240.

Quer M, Pujol A, Leon X, Lopez M, Garcia J, Orus C, Sañudo JR. Parotidectomías en tumores benignos: clasificación "Sant Pau" de la extensión de la resección. *Acta otorrinolaringol Esp* 2010; 61 (1): 1-5.

Shah VN, Branstetter BF. Oncocytoma of the parotid gland: a potential false-positive on 18F-FDG PET. *Am J Roentgenol* 2007; 189 (4) 212-214.

Shellenberger TD, Williams MD, Clayman GL, Kumar AJ. Parotid gland oncocytosis: CT findings with histopathologic correlation. *Am J Neuroradiol* 2008; 29 (4): 734-736.

Seifert G, Sobin LH. World Health Organization histological classification of salivary gland tumors. A commentary on the second edition. *Source Institute of pathology, University of Hamburg, Germany Cancer* 1992; 70 (2): 379-385.

Vlachaki E, Tsapas A, Dimitrakopoulos K, Kontzoglou G, Klonizakis I. Parotid Gland Oncocytoma: a case report. *Cases J* 2009; 10; 2: 6423.

Dirección para correspondencia:
Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial III,
Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.
Marcelo T. de Alvear 2142, 13°A (C1122AAH)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
cirugia3@odon.uba.ar