

ONCOCITOMA PULMONAR

A. Gúezmes, F. Sevilla, I. Ursua, F. Mazorra, R. Carbajo*, M.J. Eixaguirre y R. Ondiviela.

Departamentos de Anatomía Patológica y de * Cirugía Torácica. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander

Presentamos un caso de oncocitoma pulmonar en un varón de 65 años de edad. Esta entidad sólo ha sido descrita en cuatro ocasiones previas al caso presentado. Este trabajo aporta datos clinicopatológicos y estudios del microscopio óptico y electrónico característicos de la lesión. Este tumor fue diagnosticado, basándonos en la apariencia en el estudio óptico, de tumor carcinoide de tipo oncocítico, pero la observación ultraestructural de hiperplasia mitocondrial confirmó el diagnóstico de oncocitoma pulmonar.

Arch Bronconeumol 1990; 26:217-219

Pulmonary oncocytoma

A 65-years-old man with a pulmonary oncocytoma is reported. Four cases have been reported previously. This investigation includes clinicopathological features and light and electron microscopic studies. Based on the light microscopic appearance the pulmonary tumor was primarily diagnosed as an oncocytic carcinoid, but due to the electron microscopic finding of mitochondrial hyperplasia and an absence of neurosecretory granules we believe it should be regarded as an oncocytoma.

Introducción

El oncocitoma pulmonar es una entidad descrita ocasionalmente en la literatura, representando menos del 1 % de los tumores pulmonares¹.

Los oncocitos o células eosinófilas han sido apelladas como células de Askanassy y células de Hürthe. Pueden ser observadas en órganos maduros y su número aumenta con la edad en glándulas salivales, mucosa bucal, tiroides, paratiroides, hipófisis, faringe, traquea, estómago, hígado, vesícula biliar, páncreas, riñón, suprarrenales, mama, testículo, trompa de Falopio y glándulas lacrimales². Por tanto, los tumores compuestos de nocecitas pueden encontrarse con relativa frecuencia en estas localizaciones. El oncocito es, de esta forma, un componente habitual del tracto respiratorio en los conductos colectores de las glándulas mucosas³, aunque su función permanece desconocida. Sin embargo, muy raramente se han descrito casos de tumores oncocíticos en el pulmón. La revisión de la literatura tan solo nos ha proporcionado cuatro casos confirmados ultraestructuralmente^{2, 4-6}.

Presentación del caso

El paciente era un varón de 65 años de edad, viajante de profesión, fumador de 40 cigarrillos diarios desde joven hasta hace 12 años (33 paquetes/año), bebedor moderado, hipertenso, hiperuricémico y diabético en tratamiento con antidiabéticos orales. Desde

hacia dos meses, antes de su primer ingreso, presentaba un cuadro de infección respiratoria acompañado de síndrome general con pérdida de 3 kg de peso. No hemoptisis. La exploración demostró como dato más relevante disminución del murmullo vesicular en base pulmonar derecha. La radiografía de tórax (fig. 1), mostraba una masa de 8 x 11 cm de bordes bien delimitados y densidad homogénea en campo pulmonar inferior derecho, sin evidencia de adenopa-



Fig. 1. Imagen radiológica en la que se aprecia de forma imprecisa y con bordes poco netos la tumoración en lóbulo inferior pulmonar.

Recibido el 9-1-1990 y aceptado el 22-1-1990



Fig. 2. Imagen macroscópica de la pieza quirúrgica en la que observamos la tumoración en el lóbulo inferior pulmonar (flecha).

tías hiliares o mediastínicas. La broncoscopia evidenció la existencia de una masa endobronquial en bronquio intermedio derecho que obstruía completamente la luz. Se realizó toma biópsica que fue diagnosticada de tumor carcinoide. La TAC toracoabdominal mostró atelectasia del lóbulo inferior derecho con una masa endobronquial sin compromiso de estructuras y adenopatías mediastínicas.

El paciente fue intervenido a través de toracotomía derecha, comprobándose atelectasia crónica de lóbulo inferior derecho, producida por tumor endobronquial situado en el bronquio intermediario dis-

tal al origen del bronquio del lóbulo inferior derecho. Se practicó lobectomía inferior derecha reglada con broncoscopia exploradora y toilette ganglionar de adenopatías mediastínicas y bronquio principal derecho.

La pieza quirúrgica, lóbulo inferior derecho, pesaba 300 g y medía $17 \times 11 \times 5$ cm, observándose, al corte, una formación nodular bien delimitada que estaba en relación con la luz bronquial y desplazaba los vasos adyacentes con unas dimensiones de 8×11 cm (fig. 2). La pieza fue fijada en formol 10 % y glutaraldehído para su estudio con microscopia óptica y electrónica. La microscopia óptica mostraba una neoformación de apariencia organoide, constituida por células uniformes de citoplasma granular y eosinófilo y núcleo rechazado en la periferia (fig. 3). Estas células, a veces, formaban nidos delimitados por pequeños vasos capilares. El estudio ultraestructural mostró hiperplasia intracitoplasmática de mitocondrias de tamaño y formas variables y ausencia completa de gránulos de neurosecreción (fig. 4).

La evolución postoperatoria fue favorable, permaneciendo el paciente normal tras nueve meses de seguimiento.

Discusión

El oncocitoma pulmonar es una entidad que, como ya se ha comentado a lo largo del presente trabajo, tan sólo ha sido publicado en cuatro casos previos.

Se trata, por lo general, de un tumor de dimensiones intermedias, mayor de 2 cm en los casos revisados, bien delimitado, rodeado de una cápsula fibrosa reactiva y con una localización predominantemente en relación con pared de bronquios intermedios y basales.

La morfología del tumor es característica, estando constituida por células epiteliales grandes con un citoplasma eosinófilo finamente granular. Este patrón lo pueden provocar una gran variedad de organelas intracitoplasmáticas (cuerpos lisosomales, retículo endoplasmático liso y gránulos y vesículas de secreción)⁷, por lo que siempre será necesario para su diagnóstico correcto la confirmación mediante microscopia electrónica.

El origen y el significado de la célula oncocítica en las glándulas mucosas bronquiales son desconocidos⁸.

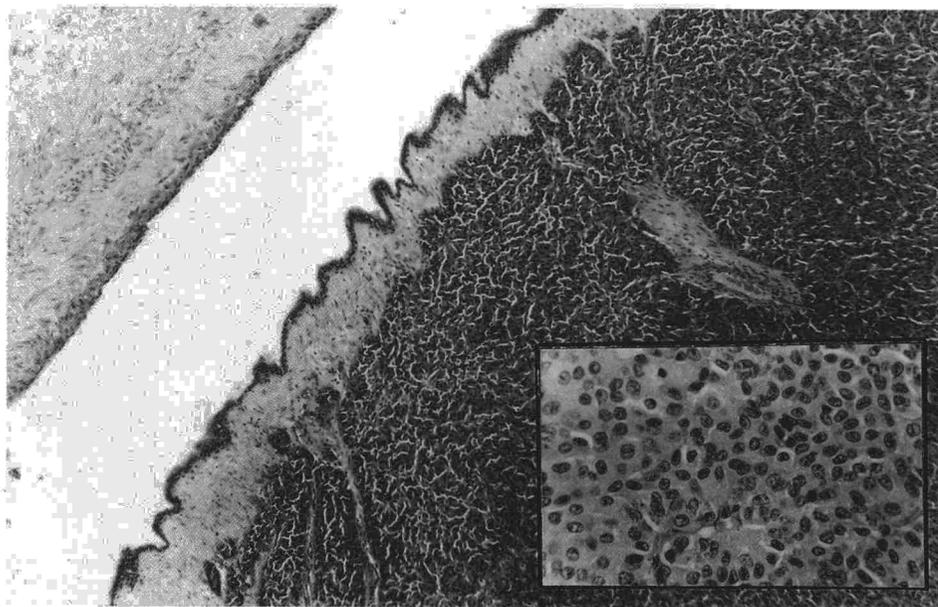


Fig. 3. Corte histológico de la tumoración en el que observamos, en relación con bronquiolo, una proliferación monomorfa de células eosinófilas oncocíticas (HE $\times 80$). En el recuadro inferior se aprecian la característica eosinofilia y la homogeneidad celular (HE $\times 225$).

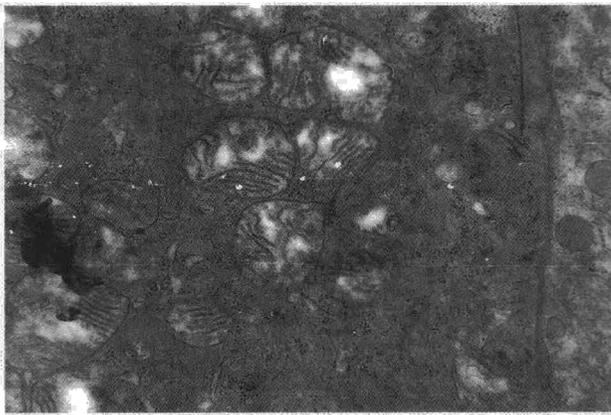


Fig. 4. Microscopía electrónica de la pieza en la que se observó hiperplasia mitocondrial con ausencia de gránulos de neurosecreción.

Para algunos autores podría tratarse de un tumor carcinóide oncocítico, tratándose, por tanto, de una variante del tumor carcinóide bronquial mas que un tumor de las glándulas exocrinas bronquiales⁹⁻¹¹. La ausencia de gránulos de neurosecreción en el estudio ultraestructural parece descartar esta última teoría, aunque han sido descritos tumores carcinóides con áreas oncocíticas^{10,12}. Todo lo cual hace pensar que ambos elementos deriven de una célula madre común⁵.

El diagnóstico preoperatorio del oncocitoma pulmonar, en los casos revisados y el nuestro propio, fue siempre erróneo (carcinóide bronquial y quiste hidatídico), por lo que parece claro que el primordial diagnóstico diferencial se debe realizar siempre con el tumor carcinóide de tipo oncocítico.

La evolución y pronóstico del oncocitoma pulmonar no es clara. Los casos revisados en la literatura y el nuestro propio mostraban un buen pronóstico a corto plazo, aunque es necesario un mayor seguimiento para conocer el comportamiento biológico de esta entidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dail DH. Uncommon tumors. Oncocytomas. En: Pulmonary pathology. Dail DH and Hammar SP. Ed. Springer-Verlag. 1988; 855-856.
2. Santos Briz A, Terron J, Sastre R, Romero L, Valle A. Oncocytoma of the lung. *Cancer* 1977; 40:1.330-1.336.
3. Matsubakand Thurlbeck WM. Oncocytes in human bronchial mucous gland. *Thorax* 1972; 27:181-184.
4. Echner RE, Bentinck BR. Ultrastructure of bronchial oncocytoma. *Cancer* 1973; 31:1.451-1.457.
5. Cwierzyk TA, Glasberg SS, Virshup MA, Cranmer JC. Pulmonary oncocytoma. *Acta Cytol* 1985; 29:620-623.
6. Tesluk H, Dajee A. Pulmonary oncocytoma. *J Surg Oncol* 1985; 29:173-175.
7. Sobel HJ, Marquet E. Granular cells and granular cell lesion. *Pathology Annual* 1974; 9:43-79.
8. Dunnill MS. Bronquial adenoma. Oncocytoma. En: Pulmonary pathology Ed. Churchill Livingstone 1987; 408.
9. Black W. Pulmonary oncocytoma. *Cancer* 1969; 23:1.347-1.357.
10. Skalar JL, Churg A, Bensch KG. Oncocytic carcinoid tumor of the lung *Am J Surg Pathol* 1980; 4:287-292.
11. Spencer H. Pathology of the lung. Pergamon Press, New York 1977; 865.
12. Siwersson V, Kindblom LG. Oncocytic carcinoid of the nasal cavity and carcinoid of the lung in a child. *Path Res Pract* 1984; 178:562-569.