

11237
161
29



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

*DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL VERACRUZ*

**ONCOCYTOMA RENAL EN PEDIATRIA
(REPORTE DE UN CASO)**

TESIS DE POSTGRADO

**QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE:**

PEDIATRIA MEDICA

PRESENTA:

Dr. German Ramirez Alcocer

ASESOR:

Dr. Victor Ortiz Garcia



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

H. VERACRUZ, VER.

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CAPITULO I	
INTRODUCCION.....	1
GENERALIDADES:	
1.1 DEFINICION.....	2
1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS.....	3
1.3 EPIDEMIOLOGIA.....	4
CAPITULO II	
ETIOPATOGENIA.....	5
CAPITULO III	
CUADRO CLINICO.....	7
CAPITULO IV	
DIAGNOSTICO: ESTUDIOS DE GABINETE.....	8
PATOLOGIA.....	10
CAPITULO V	
TRATAMIENTO.....	12
CAPITULO VI	
PRONOSTICO.....	14
CAPITULO VII	
CASO CLINICO.....	25
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	26
DISCUSION.....	30
CONCLUSIONES.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	35

I N T R O D U C C I O N

En los últimos 30 años, existe un notable progreso en el diagnóstico y tratamiento de las neoplasias en Pediatría con mejoría en el pronóstico de el paciente.

Los parámetros pronósticos, ya no están limitados a la presencia o ausencia de datos histológicos ya que actualmente incluyen estudios de la delec---ción y translocación cromosómicas y expresión de oncógenos.

Hay cierto número de anomalías cromosómicas -- constitucionales bien definidas, malformaciones somáticas, o síndromes que pueden anunciar el desarrollo de ciertas neoplasias.

La edad de presentación, localización primaria y la distribución anatómica de la enfermedad; favorecen a problemas en el diagnóstico diferencial por sus similitudes microscópicas. Si se tiene la posibilidad de valorar el tumor e inmuno histoquímica -- es posible hacer el diagnóstico en un 95% aproximadamente. (20).

ONCOCYTOMA RENAL

DEFINICION :

El término oncocytoma proviene del griego onkousthai que significa inclado y cyte, una célula - (célula aumentada en volumen) (6), también recibe el nombre de: Adenoma Tabular proximal (10) (6), - adenoma Oxifílico (9) o Mitocondrima (4).

Los oncocytomas están compuestos de oncocytos los cuales son células epiteliales transformadas - que recuerdan sus células de origen y que contienen citoplasma eosinófilo granular con abundantes mitocondrias (9), así como una alta actividad de ATP asa y de enzimas oxicativas (6).

ANTECEDENTES HISTORICOS

Los oncocytos fueron descritos por SCHAFER en 1897 (7).

El término oncocyto fue introducido por HAMPERTH en 1931 (11), para describir los adenolinfomas de las glándulas salivales (6). El término Oncocytoma fue utilizado por JAFREE en 1932 (9).

THOMSOM lo describe como mitocondrioma, dado a que contiene gran número de mitocondrias (6).

Hasta 1976 sólo se habían encontrado 13 adenomas tubulares, en un estudio realizado por KLEIN y VALESI. Antes de este reporte solamente se describieron 6 casos (13), de estos casos 4 se encontraban clasificados como Carcinomas de Células Renales (13). En 1977 se habían descrito 20 casos, de los cuales 6 se reportaron en ese mismo año.

En 1983 se realizó una revisión de los últimos 20 años y sólo se encontraron 50 casos de oncocytoma renal en la Literatura Mundial, reclasificando varios casos (16), reportandose sólo 3 casos antes de los 40 años de edad, siendo el más joven 15 años (16).

EPIDEMIOLOGIA

El oncocytoma renal tiene predominio en el sexo masculino en relación de 1.7 a 1 con el sexo femenino (13).

Se presenta en pacientes jóvenes caquéticos - (5) sin embargo, su frecuencia aumenta con la edad - (16), presentándose entre los 40 y 80 años (6), con promedio a los 60 años de edad (16); sólo se han reportado 3 casos, antes de los cuarenta años de edad - (6).

Dentro de los antecedentes de importancia, se ha reportado que un 46% eran pacientes fumadores (2) (13).

El oncocytoma renal se presenta con mayor número de veces en el riñón derecho, que en el izquierdo y más en el polo inferior que en el superior (13).

ETIOPATOGENIA

El oncocytoma presenta estructuras similares a las de sus células de origen tubular proximal. (16) presentan microscópicamente microvellosidades con invaginación de la membrana basal, vesículas picnóticas, escaso glicogeno y atenuados desmosomas (6). Son células epiteliales transformadas. (9).

En años recientes se han realizado estudios -- para determinar el origen de los adenomas, lo que se ha demostrado por medio de estudios modernos como lo es la inmunofluorecencia por medio de antisueros contra túbulos proximales (1).

Los oncocytomas muestran translocación entre los cromosomas 7.19 y 1.13, así como asociaciones telométricas de los cromosomas (17).

Se han descrito oncocytomas en diferentes órga
nos como en glándulas salivales (3); parótida, ti--
roides, paratiroides (4); faringe, tráquea esófago-
(7); bronquios, membrana de la mucosa nasal, hipófi
sis, testículos, trompas de falopio, páncreas, híga
do, glándulas salivales (7); Glándulas lagrimales,-
corteza adrenal (16).

CUADRO CLINICO

El Oncocytoma Renal se presenta en la mayoría de los casos hasta en un 59% asintomático y es descubierto incidentalmente durante la exploración física sistemática, que no es orientada a patología renal (13). En los niños frecuentemente es diagnosticada por los padres, o bien son hallazgos de autopsias (13).

Existen reportes que mencionan la hematuria; es el signo más frecuente en este tipo de tumores (16), o bien el dolor en flanco, el cual se reporta hasta en un 30% de los casos, que es desencadenado por compresión de estructuras vecinas (13) (10), se ha reportado pérdida de peso y fiebre (13).

Una masa Renal palpable en flanco fue descubierta en un 28% de los pacientes y un 19% presentaron hipertensión arterial. El 40% de los pacientes presentaron hematuria microscópica en el examen de orina y anemia en un 11% de la biometría hemática (13).

ESTUDIOS DE GABINETE

Los estudios radiográficos son de gran orientación en el diagnóstico de el Oncocytoma Renal (4) -- (8), y son de gran ayuda para el cirujano en el diagnóstico preoperatorio (11), sin embargo, no todos -- son específicos, la Nefrotomografía y la Urografía -- excretora sólo muestran una masa densa después de la aplicación de el medio de contraste; generalmente -- bien delimitada de estructuras vecinas.

La Ultrasonografía y la Tomografía computalizada tampoco son específicas, ya que sólo muestran una masa sólida (10).

La Angiografía selectiva es el único estudio -- que es potencialmente orientadora para el diagnóstico de el Oncocytoma Renal. (10) (9) (4).

Los hallazgos radiológicos en la angiografía -- selectiva son:

- a).- Configuración de los vasos en forma radial de rayos de rueda.
- b).- Presenta un nefrograma vascular homogéneo que recuerda a la del riñón normal.

c).- Una lesión bien delimitada que sugiere --
una cápsula.

d).- No presenta irregularidad en los vasos, -
ni evidencia de necrosis, ni mala margin
ación.(10) (9) (4).

Los datos radiográficos son sólo sugestivos de
Oncocytoma Renal y no son patognómicos, el diagnós-
tico definitivo es solamente por patología.(10).

Es la biopsia por aspiración con aguja fina - -
guiada por ultrasonido, fluoroscopia, o tomografía -
un método pronto, mínimamente invasivo, en la evalua
ción de tumores abdominales y Renales.(11).

DIAGNOSTICO

El diagnóstico definitivo de Oncocytoma Renales por medio de patología (10).

Macroscópicamente el Oncocytoma es de color café marrón (15). La superficie es lisa; al corte se encuentra uniforme con una cápsula, o pseudocápsula bien delimitado, sin áreas de necrosis puede haber escasas áreas de hemorragia, presenta áreas blancuecinas en forma de radiación, de el centro a la periferia (15) es de color uniforme de consistencia firme (16).

Se han reportado Oncocytomas de diferentes tamaños desde 0.3 cm. (16) hasta 26 cm. (13); el tumor de mayor peso reportado en literatura es de - - 2.350 gr. (6).

En el examen de microscopio de bajo poder, se encuentran las células con un citoplasma abundante-granular eosinófilo, los núcleos se encontraron uniformes, aunque se han visto con pleomorfismo y a pesar de ello no se encontraron mitosis en ninguno de los casos de los examinados (15), las células se en

cuentran más grandes de lo normal (3)

Con el microscopio electrónico, se encuentran células aumentadas de volumen y muestran gran número de mitocondrias (15) (6) (3). En las mitocondrias se encuentran las microvellosidades con invaginación de la membrana basal (15); presenta escasos organelos como los ribosomas, retículo endoplásmico rugoso y liso, aparato de golgi y poco glicogeno; el citoplasma se encuentra densamente poblado de mitocondrias, las cuales ocupan la mayor parte de el volumen, el padrón de las crestas de las mitocondrias estaba distorcionado con variedad en cuanto a su forma (13), a menudo presentan núcleos picnóticos (3).

T R A T A M I E N T O

El tratamiento, es la Nefrectomía como se ha demostrado en estudios de seguimiento de 10 a 14 -- años (14) (15).

La Nefrectomía se puede realizar por vía abdominal, o retroperitoneal ésta última es la tradicional de acceso quirúrgico, pero a veces es sustituida por vía transabdominal cuando se necesita un acceso rápido y fácil a los vasos renales, como lo es en Tumores, o enfermedades vasculares del Riñón.

En procedimientos se efectua con el paciente - en posición lateral flexionada y con estiramiento - del lado afectado, la incisión se hace desde el triángulo Lumbar hasta un punto situado arriba de la - espina antero-superior Iliaca.

Se incide por planos hasta exponer el retroperitoneo, se desplaza el peritoneo hacia la línea media, se abre la fascia de Gerota para quedar descubierto el riñón y tejido graso perinefrico, los elementos anatómicos importantes del pedículo renal -- que estará situado por delante; se realizará la di-

sección de éstos y se ligarán por separado, se liga
rá y se cortará el uretero.

Se procede a cerrar por planos, utilizando cat
gut crómico excepto la piel, la cual se deberá ce--
rrarse con material no absorbible. (24)

P R O N O S T I C O

Son tumores bastante bien diferenciados, limitados sólo a riñón sin capacidad de invadir (13), son de origen benigno (6), con un excelente pronóstico (13), como se ha demostrado en estudio de seguimiento de diez años (14). No se ha reportado con malignidad, sin embargo, debe mantenerse alarma - - cuando se tenga este diagnóstico, ya que presenta -- aberraciones cromosómicas como los tumores malignos (17), existen reportes de probables transformaciones de benigno a maligno (2), la sobrevida es característica del Oncocytoma.

CASO CLINICO

Femenino de 3 años y 6 meses de edad, que ingresa a el Centro Médico Nacional Veracruz en Noviembre de 1989 a el Servicio de Cirugía Pediátrica por presentar masa abdominal.

Antecedentes heredofamiliares; hermano finado con diagnóstico de Riñones Poloquísticos.

Originaria y residente de Nueva Victoria, municipio de Cabada Veracruz. Producto de V gestación, embarazo normaevolutivo sin antecedentes perinatales de importancia. Desarrollo psicomotriz normal, habitación tipo rural, alimentación buena en Calidad y en cantidad.

Cinco meses antes de su ingreso presenta parasitosis intestinal(Teniasis, Himenolepys Nana).

Refiere la madre padecimiento de 3 meses de evolución, presentando dolor abdominal en cuadrante superior derecho, acude a facultativo quien en la exploración física de rutina detecta masa abdominal en hipocondrio derecho, además presenta hiporexia de mismo tiempo de evolución y nauseas de un mes de

evolución.

A la exploración física se encuentra con palidez de tegumentos; el abdomen se encuentra sin lesiones aparentes, en la superficie plano, a la palpación se encuentra blando, no doloroso, con masa en hipocondrio derecho que se extiende a fosa renal de el mismo lado, con medidas de 6 X 7 cm., de consistencia dura, no dolorosa, deslizable que no pasa la línea media. A la percusión con matides en área de el tumor y timpanismo en el resto de el abdomen, peristalsis presente normal.

Los exámenes de laboratorio reportan en la biometría hemática Hb de 10,6 Htc de 35, Leuc. 13000, - Linfocitos 60, Monocitos 0, Eosinófilos 6, Bandas 0 Segmentos 34. En la Química sanguínea reportan Glucosa 104, Urea 35, Creat. 0.8.

EXAMENES DE GABINETE

La urografía excretora, muestra con la administración del medio de contraste endovenoso, concentración y eliminación simultánea por ambos sistemas colectores, el riñón izquierdo es normal; el dere--



FIGURA 1.- URUGRAFIA EXCRETORA MUESTRA RIÑON DERECHO AUMENTADO DE TAMAÑO A EXPENSA DE TEJIDO - BLANDO CON ELONGACION DEL SISTEMA COLEC-- TOR Y DEFORMIDAD DE LOS CALICES.

cho se encuentra aumentado de tamaño a expensas de masa de tejidos blandos, además muestra elongación de sistemas colectores (infundíbulos) de el grupo colector superior y medio, con deformidad de los calices correspondientes con deformidad de el contorno de el polo superior. (Fig. 1).

La ultrasonografía muestra una tumoración sólida de el riñón derecho. (Fig.2).

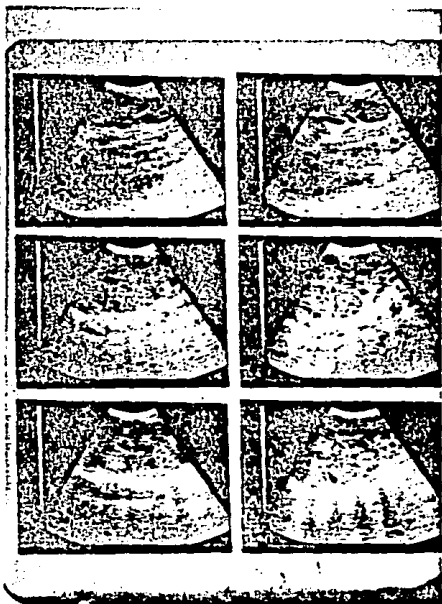
La tomografía con medio de contraste muestra una tumoración sólida sin medida, con áreas hipodensas con posible necrosis. (Fig. 3).

Con los datos anteriores se diagnostica Nefroblastoma (Tumor de Wilms). Se realiza Nefrectomía - bajo anestesia inhalatoria con incisión transversa-supraumbilical derecha, encontrando tumor en riñón-derecho sin datos de metástasis.

Se envia a Patología reportando lo siguiente:

REPORTE DE PATOLOGIA

Macroscópicamente presenta una superficie externa, el riñón se encuentra sustituido casi totalmente por una neoplasia multilobulada, limitada par



- FIGURA 2.- EL ULTRASONIDO MUESTRA UNA TUMORACION SOLIDA DE RIÑON DERECHO.

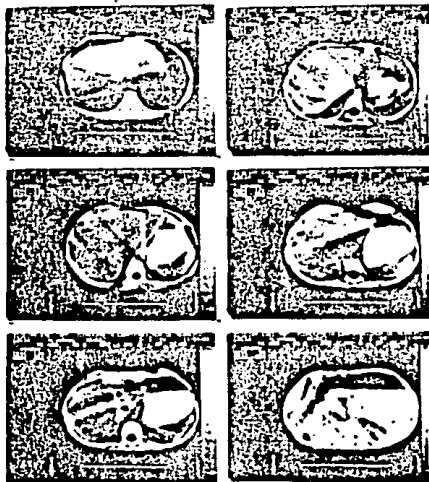


FIGURA 3.- TOMOGRAFIA POR MEDIO DE CONTRASTE MUESTRA UNA TUMORACION SOLIDA.

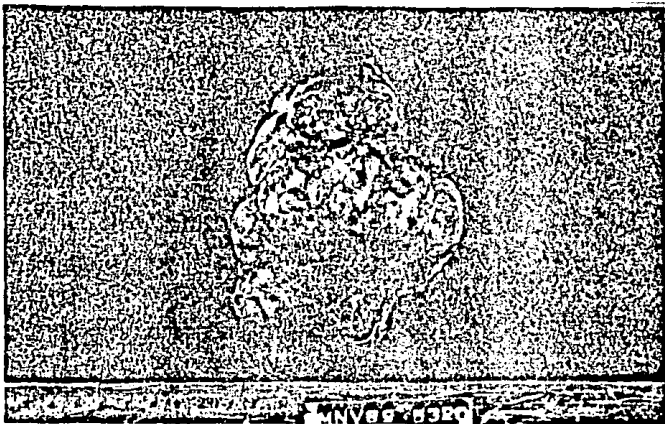


FIGURA 4.- RIÑON CON NEOPLASIA MULTILOBULADA DE ---
9X14X8 CM., LIMITADA DE CAPSULA PERIRREN-
NAL.

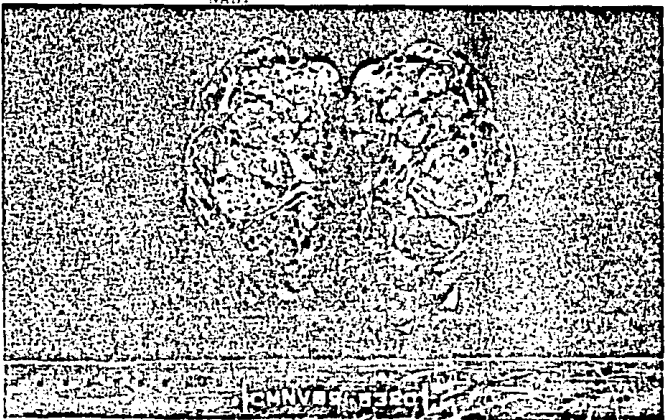


FIGURA 5.- AL CORTE MUESTRA EN LA PARTE MEDIA SUPE-
RIOR TEJIDO NEOPLASICO CON VARIOS NODU-
LOS RESPETANDO EL RIÑON.

cialmente por una cápsula perirrenal de 9 X 14 X 8-cm., con un peso de 310 gr. (Fig.4); al corte es de consistencia semifirme, la mitad superior muestra - mayor proporción de tejido neoplásico, este es multilobular, café amarillento con extensas zonas amarillentas, infiltra el sistema pielocalicial, extendiéndose varios nódulos neoplásicos hacia el polo inferior, respetando el tejido renal; éste último - presenta una relación corticomedular normal con zonas de aspecto congestivo en la corteza. (Fig. 5).

En la Microfotografía tomada a 30 X muestra tejido bien delimitado de la cápsula y tejido perirrenal sin datos de invasión, mostrando túbulos más pequeños. (Fig.6).

Microfotografía tomada a 125 X muestra disposición de los elementos neoplásicos simulando estructuras tubulares separados por delgados septos fibroconectivos en los que se observan vasos neoformados y algunos elementos inflamatorios mononucleares. - (Fig.7).

La microfotografía tomada con 600 X hace más -

evidente la separación de los cordones y estructu--
ras tubulares separados por los septos conectivos -
vascularizados, de esta manera es posible ver el de
talle de las células; éstas son redondas o poligona
les de mayor tamaño, se distingue claramente una --
membrana citoplásmica, el citoplasma eosinófilo gra
nular, el núcleo es único vesiculoso, la membrana -
nuclear es evidente y muestran uno o dos núcleos --
prominentes. (Fig. 8).

Microfotografía tomada con 600 X muestra otro-
campo en donde se encuentran elementos celulares de
mayor tamaño con núcleos hiper cromáticos formando -
estructuras tubulares, nótese la presencia de ele--
mentos inflamatorios mononucleares y la ausencia de
mitosis. (Fig. 9).

Nuestra paciente ha tenido seguimiento por un-
período de 15 meses con toma de Ultrasonidos de con
trol, no mostrando datos de metástasis, ni de reinci
dencia.

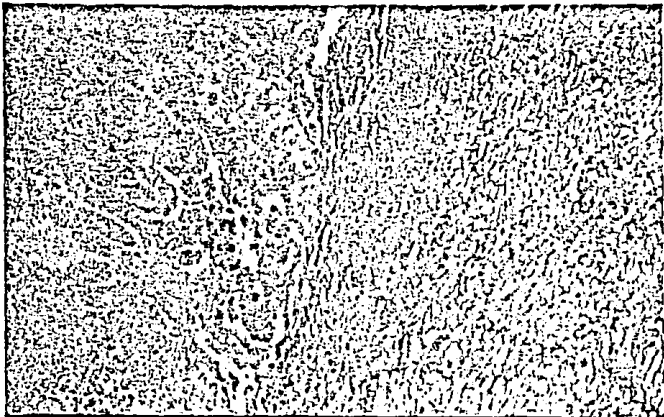


FIGURA 6 30 X

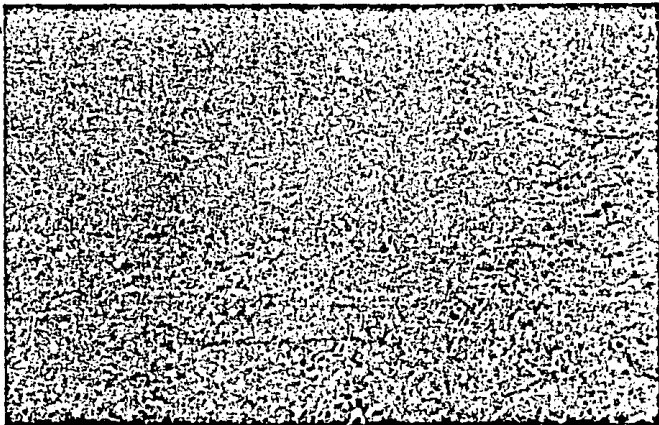


FIGURA 7 125 X

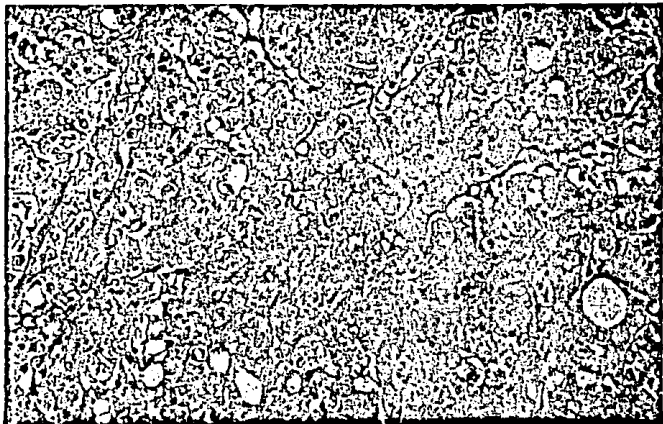


FIGURA 8 600X



FIGURA 9 600X

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de Oncocytoma Renal debe hacerse con los tumores sólidos de Riñón.

El tumor de Wilms es la neoplasia Renal primaria más frecuente en niños, representa hasta un 10% (22) (23) de las neoplasias malignas en pediatría, con edad promedio de presentación de 4.5 años (19).

Aunque clínicamente se puede manifestar de una manera similar a el Oncocytoma (19), macroscópicamente presenta una capa fibrosa con coloración grisácea amarillenta con vasos dilatados en la superficie con áreas de hemorragia y necrosis.

Microscópicamente presenta estroma con tejido embrionario, células indiferenciadas y puede encontrarse con mezcla con tejido de músculo estriado liso y cartilaginoso, además es un tumor que causa metástasis a pulmón siendo el sitio más frecuente a ganglios parahiliares, paraaorticos, hígado y tejido óseo.

La pielografía muestra distorsión de los calices.

El tumor de Willms suele asociarse con otras -- anomalias congénitas como genitourias, aniridria y hemipertrofia. (23).

El segundo tumor sólido en frecuencia es el -- Neuroblastoma Renal, el cuadro clínico también es -- similar a el de el oncocytoma, sólo que representa hipertensión arterial frecuentemente; macroscópicamente se encuentra encapsulado pero con bordes mal-definidos que infiltran a tejidos vecinos; microscópicamente se encuentra compuesto de células alargadas con poco citoplasma, el primer signo de diferenciación es formación de estructuras en forma de rosetas.

Presenta metástasis a la corteza de los huesos largos y planos, ganglios linfáticos regionales, hígado, médula ósea y tejido subcutáneo, el 65% se -- originan en la región retroperitoneal, en la médula suprarrenal, o un ganglio simpático. puede palpase una masa indolora en el flanco, que puede pasar la línea media.

Las radiografías de abdomen suelen mostrar ca

cificaciones intramurales punteadas, la pielografía muestra un desplazamiento anterolateral e inferior de el riñón, con poca o ninguna deformación de el sistema pielocalicial cuando el tumor nace en la médula suprarrenal. (21).

El Carcinoma Renal es raro en pacientes menores de 40 años de edad pero, se han reportado Carcinomas Renales en niños y deben ser considerados en pacientes con masas abdominales y renales, ya que se presenta como una masa abdominal, dolor abdominal, hipertensión arterial; a diferencia del Oncocytoma Renal presenta pérdida de peso. (12).

Se han reclasificado Oncocytomas Renales que anteriormente se habían diagnosticado como carcinomas Renales.

Las Células de el Carcinoma son generalmente redondas, o poligonales; el nucleo presenta variedad de formas desde redondas, ovaladas hasta formas no identificadas, puede presentar varios núcleos con cromatina abundante distribuida en ellas, contiene relativamente poco citoplasma con pocas mitocondrias

11.

D I A G N O S T I C O D I F E R E N C I A L

	ONCOCYTOMA RENAL	CARCINOMA RENAL	NEFROBLASTOMA.
NECROSIS	AUSENTE	COMUN	COMUN
MITOSIS	AUSENTE	COMUN	COMUN
CONFIGURACION PAPILAR	AUSENTE	COMUN	COMUN
CELULAS CLARAS	AUSENTES	VARIABLE	CELULAS INDIFERENCIADAS
<u>SIGNOS</u>			
COLOR	CAFE MARRON	AMARILLO ANARANJADO	GRISASEO AMARILLO_
FIBROSIS CENTRAL	+	-	-
NECROSIS	-	+	+
HEMORRAGIA	rara	+	+
INVACION: PERIRRENAL	-	+	+
A VASOS	-	+	+
METASTASIS	-	+	+
<u>MICROSCOPICAMENTE</u>			
ONCOCYTOS	+	-	-
MITOSIS	-	+	+
<u>ULTRAESTRUCTURAL:</u>			
MITOCONDRIAS	ABUNDANTES	VARIABLES	NORMALES.

ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

poco retículo endoplásmico liso y rugoso, en el citoplasma presenta gran número de lípidos y glicógeno. (2).

Microscópicamente presenta color amarillo anaranjado, con áreas de hemorragia frecuentes, con -- configuración irregular con infiltración perirrenal que envuelve a venas y nódulos linfáticos.

ONCOCYTOMA RENAL
DISCUSION

Nuestro paciente con tres años y seis meses de edad es el más joven reportado en la literatura, ya que el paciente de menor edad reportado es de 15 -- años y es el cuarto caso reportado antes de los 40-- años de edad. (6) (16).

Se manifestó por dolor abdominal, que es uno - de los síntomas más frecuentes en pacientes con Oncocytoma Renal, se desencadena por compresión de - estructuras vecinas (10) (13). El paciente permane-- cio asintomático mientras el tumor se encontraba pe queño y es como se presenta en la mayoría de los pa cientes (13).

El tumor fue detectado durante la exploración- física de rutina, como una masa abdominal(13) no do lorosa, de consistencia firme, no fija a planos pro fundos y que no pasaba la línea media.

En los exámenes de laboratorio presentó hematu ria microscópica, la que se presenta hasta en un -- 40% de estos pacientes, así como anemia. (13).

El estudio fue abordado como una masa abdomi--

nal, primero clínicamente y, posteriormente con estudios de gabinete, los cuales sólo son orientadores en el diagnóstico preoperatorio. (4).

La Urografía excretora mostró sólo una masa sólida de tejidos blandos en el riñón derecho, con -- eliminación simultánea de el material de contraste por ambos riñones, con riñón de el lado izquierdo normal. (10).

En la ultrasonografía como en la Tomografía -- muestran una masa sólida, estos estudios no son específicos para el diagnóstico de Oncocytomas Renales (10).

No se realizó la Angiografía Renal selectiva, -- la cual sí es un estudio específico para este tipo de patología. (10) (9) (4).

Con los datos anteriores sólo se tenía el diagnóstico de Tumor Renal, con éstas características -- y por frecuencia de tumores Renales en niños se consideró el diagnóstico de Tumor de Willms (Nefroblastoma), ya que es la neoplasia más frecuente en Pediatría en esta edad. (23).

Sin embargo, el carcinoma de células Renales --

no es frecuente en Pediatría, pero es la neoplasia - que tanto clínicamente como histológicamente debe - considerarse como diagnóstico diferencial. (15).

Se procedió a realizar Nefrectomía considerando el diagnóstico de tumor de Willms, por lo que se realiza con incisión transversa para mejor exposición de el campo quirúrgico, sin embargo, el Oncocytoma Renal es un tumor benigno retroperitoneal(14) ésta es la vía de acceso indicada (24).

En la exploración quirúrgica no se encontraron áreas de metástasis, el tumor estaba bien delimitado de sus estructuras vecinas sin datos de invasión a ganglios linfáticos, ni a vasos. (14).

El estudio histopatológico dió el diagnóstico definitivo.(10). Macroscópicamente se encontró un - tumor café amarillento, con una superficie externa lisa (15), de consistencia firme (16) y bien delimitado con una cápsula.

En el microscopio en 30 X se mostró como un tumor bien delimitado de el tejido perirrenal sin datos de invasión; con 125 X muestra elementos neoplásicos que simulan túbulos renales (1,16); con 600 X

muestra células aumentadas de tamaño con núcleos --
hipercromáticos y con ausencia de mitosis. (15).

CONCLUSIONES

- 1.- El Oncocytoma Renal es una neoplasia con presen-
tación escasa en pediatría.
- 2.- Nuestro paciente es el de menor edad reportado
en la Literatura.
- 3.- El seguimiento de nuestro paciente por un perío-
do de 15 meses, sin manifestaciones de metásta--
sis ni de reincidencia, nos enfatiza que es un -
tumor benigno con pronóstico favorable.
- 4.- En la literatura se reporta un incremento de --
frecuencia en los últimos años, lo que es debi-
do a un mejor conocimiento de el Oncocytoma Re-
nal y a la utilización de métodos de diagnósti-
co, como la biopsia por aspiración con aguja, --
la utilización de el microscopio electrónico y-
los estudios histoimmunquímicos.
- 5.- Los estudios de gabinete sólo son orientadores--
en el diagnóstico de Oncocytoma Renal y el más-
selectivo es la Angiografía Renal, ya que aler-
tan a el médico sobre la posibilidad diagnósti-
ca.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Wallace A and Nairn R: Renal Tubular Antigens - in Kidne Tumors. Cancer 1971; 20:977-981.
- 2.- Fisher E And Horvat B: Comparative Ultrastructu ral study of so-called Renal Adenoma and Carci-
noma J. Urol. 1972; 108: 382-386.
- 3.- Landolt A and Oxwald U: Histology and Ultras- -
tructure of an Oncocytic Adenoma of the Human -
Pituitary. Cancer. 1973; 31:1099-1105.
- 4.- Sun C; White H and Thompson B: Oncocytoma (mito
condrioma) of the Parotid Gland. Arch Pathol. -
1975; 99: 208-214.
- 5.- Sos T; Gray G and Baltaxe H: The Angiographic -
Appearance of Benign Renal Oxyphilic Adenoma. Am
J Roentgenol. 1976; 127: 717-722.
- 6.- Klein, M and Valensi, Q: Proximal Tubular adeno--
mas of Kidney With so-called Oncocytic Features
Cancer. 1976; 38:906-914.
- 7.- Gray, S, Cornog J and Seo: Oncocytic Neoplasm of --
Salivary Glands Cancer. 1976; 38: 1306-1317.
- 8.- Milstoc M.: Renal Oncocytoma: A rare case of Re
nal o Adenoma J. Urol. 1977; 118: 856-857.
- 9.- Weiner, S and Bernstein, R.: Renal Oncocytoma: -
Angiographic Features of Two Cases. Radiology.-
1977; 125: 633-635.
- 10.- Ambos, M., Bosniak M., Valensi Q., and Et Al: Angio
graphic Patterns in Renal Oncocytomas Radiology
1978; 129:615-622.
- 11.- Rodríguez, C., Buskop, A, Johson J. and Et. Al.: -
Renal Oncocytoma Preoperative Diagnosis by Aspi
ration Biopsy. Act. Citol. 1980; 24: 355-359.

- 12.- Lieber M., Tomera F., Taylor W. and Farrow G : - Renal Adenocarcinoma in Young Adults.: Survival and variables affecting Prognosis. J. Urol 1981 125: 164-168.
- 13.- Lieber, M., Tomera K. and Farrow G.: Renal Oncocytoma. J. Urol. 1981; 125:481-485.
- 14.- Harrison, R., Baird J. and Kowierschke S, Renal Oncocytoma: Ten-year Follow-up. Urology. 1981;-17: 596-599.
- 15.- Merino M. and Livolsi V.: Oncocytoma of the Kidney. Cancer. 1982; 50: 182-1856.
- 16.- Choi H., Almagro, U., Mcmanus, J. and Et. Al. Renal Oncocytoma A Clinicopathologic Study. can--1983; 51: 1887-1896.
- 17.- Kovacs, G., Szucs, S., Eichner, W. and Et. Al.- Renal Oncocytoma A Cytogenetic and Morphologic-study. Cancer. 1987; 59: 2071-2077.
- 18.- Cohen, C., McCue, P. and Derosé P.: Histogenesis of Renal Cell Carcinoma and Renal Oncocytoma. Cancer. 1988; 62: 1946-1951.
- 19.- Mesrobian H. Wilms Tumor Past, present, future. - J. Urol; 140:231-238.
- 20.- Dehner L. Situación actual de las neoplasias - en niños. Clin. Ped. 1989;1: 125-151.
- 21.- López B. Schwartz A, Wilms N. and et al. Neuroblastoma Clin Ped 1989;1:777-810.
- 22.- Broeckr B, Caldamone A, Wilms N. And Et. Al. -- Primary extrarenal Wilms Tumor In Children. -- J. Ped. Surg. 1989; 24: 1283-1288.
- 23.- Velasco B. Chaten J. Wilms Tumor . Clin Ped. -- Oncology. 1984; 588- 621.
- 24.- Franc I. Y Mc Donald D. Patología Quirúrgica. - Prensa Médica Mexicana México, D. F. 1986. - -- 1851-1852.