ONCOCITOMA CARUNCULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Lita Aguinaga Berrocal[1] , Dr. Mario Buitrago Buenaño[1], Dra. Lelia Marroquín Loayza [1]

RESUMEN:

Objetivo: Examinar el correlato clínico-patológico del Oncocitoma caruncular.

Material y Métodos: Se presenta un caso clínico-patológico de esta patología.

Resultados: Se trata de un paciente varón de 76 años que acudió a nuestra institución por presentar desde hacía dos meses una lesión indolora, de crecimiento lento pero progresivo, localizada en la carúncula del ojo izquierdo (OI).

La exploración oftalmológica fue normal en ambos ojos. En la carúncula del OI se observaba una lesión rosa-anaranjada. Se estableció un diagnóstico diferencial con hiperplasia linfoidea.

Se procedió a su extirpación quirúrgica bajo anestesia local, reportándose una proliferación celular con patrón columnar e infiltración linfoplasmocitaria perilesional, localizada por debajo del epitelio conjuntival poliestratificado caruncular, característica de oncocitoma. Las figuras mitóticas eran escasas Los bordes y el lecho quirúrgicos estaban libres de la neoplasia.

Conclusión: Destacamos la importancia de la biopsia ante cualquier lesión caruncular de crecimiento progresivo, prefiriéndose la exéresis completa de la carúncula que asegure márgenes quirúrgicos libres y remoción de cualquier otra lesión coexistente.

Palabras claves: Oncocitoma, carúncula.

SUMMARY:

Purpose: To examine the clinic-pathological correlation of caruncular oncocytoma.

Material and Methods: A clinic-pathologic case of this disease is presented.

Results: This is a 76-year-old male who presented for two months a painless, slow-growing lesion on the left lacrimal caruncle.

Ophthalmologic examination was normal in both eyes. A pinkish orange lesion was seen on the left caruncle. A differential diagnosis with lymphoid hyperplasia was established.

We proceeded to surgical excision under local anesthesia. On histopathologic examination, a columnar cell proliferation located beneath the caruncular epithelium, and perilesional lymphoplasmacytic inflammatory infiltration were reported. This findings were diagnostic of caruncular oncocytoma. Mitotic figures were scarce and surgical edges were free of neoplasia.

Conclusion: We emphasize the importance of total caruncular excision in the presence of any growing mass to ensure free surgical margins and removal of any coexisting lesions.

Key Word: Oncocytoma, caruncle.

INTRODUCCIÓN:

La mayoría de los tumores que se originan en las estructuras anexas de los párpados, las cejas y la órbita, pueden surgir en la carúncula, como por ejemplo, adenoma pleomórfico, oncocitoma, carcinoma de glándula sudorípara y carcinoma sebáceo. Este hecho no es sorprendente, ya que la carúncula contiene glándulas lagrimales accesorias, glándulas sebáceas y folículos pilosos. El tumor maligno más frecuente de la carúncula es el carcinoma sebáceo, y entre los benignos se encuentran el papiloma, nevus, y en menor grado, el oncocitoma. [1,2,3]"

Los oncocitomas son tumores poco frecuentes, que se originan a partir de epitelios glandulares y secretores[3,4]. En la región ocular y periocular se localizan preferentemente en carúncula y en menor medida en el epitelio del saco lagrimal o canalículos, glándula lagrimal, epitelio conjuntival, glándulas lagrimales accesorias de la conjuntiva, glándulas de Moll en el párpado y glándulas de Krause en

[1] Instituto Nacional de Oftalmología. Av. Tingo María 398 - Lima
Contacto: Litha_19@hotmail.com

el fórnix. Su comportamiento suele ser benigno, aunque se han descrito algunos casos de oncocitomas malignos en saco y en glándula lagrimal[5]. Son lesiones pequeñas, que se presentan como una masa rosada de crecimiento lento pero progresivo, de 2-5 mm de tamaño, sólidas o quísticas. Se observan con mayor frecuencia en mujeres y en pacientes adultos mayores, quienes no muestran síntomas, salvo la aparición de reacciones inflamatorias o la presencia de una tumoración.

Microscópicamente los oncocitomas tienen un patrón variable, y las células pueden disponerse en planos, cordones o nidos o pueden formar estructuras quísticas o glandulares[2]. Las células que lo componen típicamente tienen apariencia poligonal con abundante citoplasma eosinofílico finamente granular[5,6]. Dicho material corresponde, en microscopía electrónica, a estructuras mitocondriales. Esta transformación oncocítica considerada una metaplasia, es inespecífica, ocurre en otras glándulas y mucosas del cuerpo y podría representar un cambio por envejecimiento.

El diagnóstico clínico diferencial incluye papiloma escamoso, nevus o melanoma amelanóticos, granuloma piogénico, hemangioma e hiperplasia linfoide. Otros diagnósticos a descartar, aunque menos frecuentes en esta zona son los carcinomas basocelular, escamoso y sebáceo[7].

CASO CLÍNICO-PATOLÓGICO:

Paciente varón de 76 años quien consulta por presentar una lesión indolora, de crecimiento lento y progresivo de 2 meses de evolución. En la carúncula izquierda se observa una tumoración rosado-amarillenta, de bordes definidos y superficie irregular que mide 6x5x3 mm. Se procedió a su extirpación quirúrgica bajo anestesia local, con resección completa de carúncula. (Figura 1).

El diagnóstico histopatológico fue Oncocitoma de carúncula, reportándose una proliferación celular con patrón columnar, citoplasma eosinofílico y finamente granular, núcleo pequeño y ovalado, con trabéculos celulares entre las estructuras glandulares e infiltración linfoplasmocitaria perilesional, localizada por debajo del epitelio conjuntival poliestratificado caruncular. Las figuras mitóticas eran escasas (02 mitosis en 20 campos de alta magnificación). Los bordes y el lecho estaban libres de la neoplasia. Incidentalmente se encontraron dos quistes de queratina por debajo de la lesión epitelial.

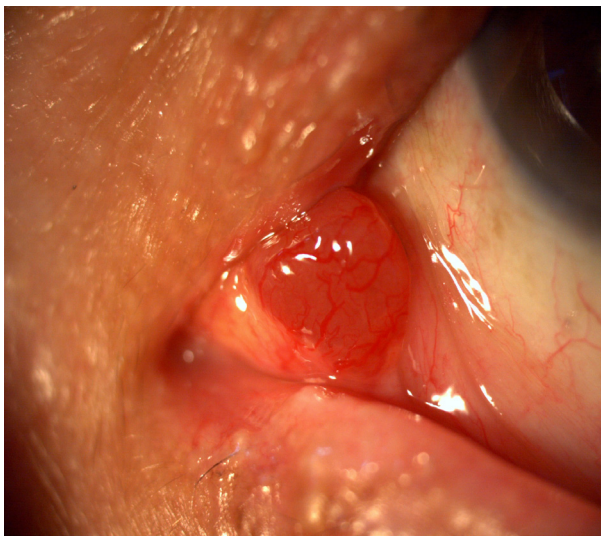

Figura 1. Paciente varón de 76 años. En la carúncula izquierda se observa una tumoración rosado-amarillenta, de bordes definidos y superficie irregular que mide 6x5x3 mm.

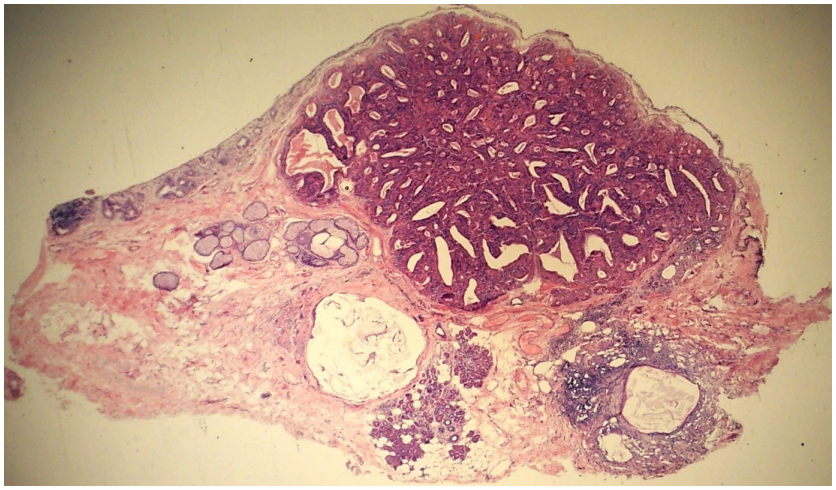

Figura 2. Lóbulo tumoral sub-epitelial de apariencia quística. Por debajo de la proliferación se observan dos lesiones quísticas (HE 20X).

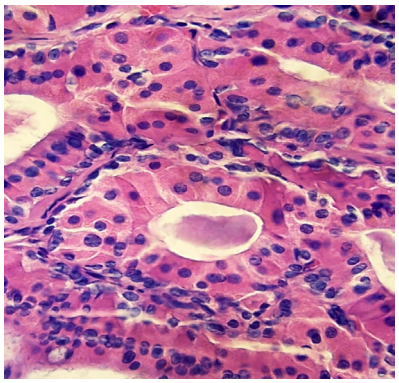

Figura 3. Detalle de la proliferación oncocítica donde se observa la citologia benigna (HE 400X).

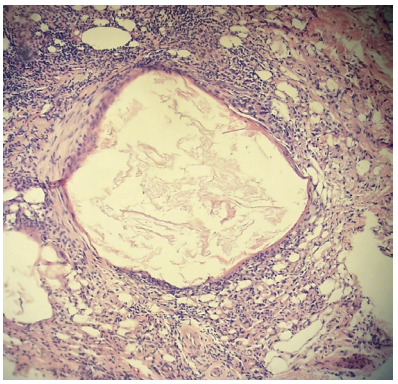

Figura 4. Detalle de uno de los quistes epiteliales subyacentes al oncocitoma (HE 100X).

COMENTARIO Y DISCUSIÓN:

Se desconoce por qué es más frecuente la aparición de oncocitomas en la carúncula que en la glándula lagrimal, si ambos órganos comparten, al menos parcialmente, componentes glandulares lacrimales.

La frecuencia de aparición de oncocitomas en la carúncula varía según las series publicadas. Así en la serie de Luthra, sólo se detectaron un 3,57% de lesiones oncocíticas en 112 biopsias de carúncula , mientras que Hirsch publica un caso de oncocitoma sobre 65 biopsias realizadas en carúnculas patológicas[7].

Los oncocitomas de carúncula son lesiones pequeñas de 2-5 mm de tamaño, de crecimiento lento pero progresivo, sólidas o quísticas. Son más frecuentes en mujeres (relación 5-6/1 con los hombres) y en pacientes mayores (media de 70 años). Son normalmente asintomáticos, aunque a veces pueden acompañarse de reacciones inflamatorias. Microscópicamente, se caracterizan por la presencia de células uniformes, ovaladas o poliédricas, con abundante citoplasma, finamente granular y eosinofílico. Los núcleos son pequeños, redondos y excéntricos[8].

El caso clínico que se presenta es un varón con una edad algo mayor a la media de presentación de este tipo de tumor, histológicamente y clínicamente compatible con lo anteriormente mencionado.

El diagnóstico diferencial clínico debe establecerse con otras lesiones carunculares como el papiloma, nevus amelanótico, granuloma biogénico, hemangioma e hiperplasia linfoide, y más raramente con carcinomas basocelular, escamoso o sebáceo. Histológicamente su apariencia hace difícil que pueda ser confundido con otros tumores, aunque debe realizarse el diagnóstico diferencial con neoplasias de origen epitelial secretor, como adenomas y adenocarcinomas[9-11].

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Girard B, Choudat L, Lopez P, Moravia-Prevost G, Rizk A, Benzacken L, et al. Oncocytoma of the caruncle. Anatomo-clinical study apropos of a case. *J Fr Ophtalmol* 1996;19:619-22.
2. *Beatrice Morand, MD, Georges Bettega, MD, PhD, Vincent Bland, MD, Nicole Pinel, MD, Jacques Lebeau, MD, PhD, Bernard Raphael, MD, PhD.* Oncocytoma of the eyelid. *Ophthalmology 1998;105:2220–2224.*
3. Francis Carbonaro, Geraldine j o'dowd, lorna m cottrell, et al. three oncocytomas in a short space of time*br j ophthalmol* 2007 91: 1718-1719.
4. Morgan MB, Truitt A, Romer C, Somach S, Pitha JV. Ocular adnexal oncocytoma: A case series and clinicopathologic review of the literature. *Am J Dermatopathol* 1998;20:487-90
5. Freddo TF, Leibowitz HM. Oncocytoma of the caruncle: A case report and ultrastructural study. *Cornea* 1991;10:175-82.
6. Chang WJ, Nowinski TS, Eagle RC Jr. A large oncocytoma of the caruncle. *Arch Ophthalmol* 1995;113;382.
7. Luthra CL, Doxanas MT, Green WR. Lesions of the caruncle. A clinicohistopathlologic study. *Surv Ophthalmol* 1978;23:183-95.
8. Radnot M, Lapis K. Ultrastructure of the caruncular oncocytoma. *Ophthalmologica* 1970;161:63-77.
9. Biggs SL, Font RL. Oncocytic lesions of the caruncle and other ocular adnexa. *Arch Ophthalmol* 1977;95:474-78.
10. Pecorella I, Garner A. Ostensible oncocytoma of accessory lacrimal glands. *Histopathology* 1997;30:264-70.
11. Pierre-François Kaeser, MD, Sylvie Uffer, MD, Leonidas Zografos, MD, and Mehrad Hamédani, MD. tumors of the caruncle: a clinicopathologic correlation. Am J ophthalmol 2006;142:448–455.