

Tumor Pardo "La olvidada enfermedad ósea "

A proposito de un caso

Sotelo Sevillano FJ¹; Hoyos Perales I ²; Martínez Pardo F²; Fernández Alba G²; Sánchez de la Flor MD¹
Director UGC: Ballester Alfaro, JJ. ¹
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital SAS Puerto Real (Cádiz)¹
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital SAS Jerez de la Frontera (Cádiz)²

INTRODUCCIÓN

Los tumores pardos representan el estadio terminal de la patología ósea causada por el hiperparatiroidismo. Se producen por un rápido recambio osteoclástico del hueso, consecuencia del efecto de la PTH. Los tumores pardos son muy raros en la actualidad, probablemente porque el hiperparatiroidismo es diagnosticado y tratado antes de su desarrollo.

OBJETIVO:

Presentamos el caso de una paciente de 73 años con unas lesiones diafisarias de tibia a filiar.

MÉTODOS:

Mujer de 73 años, que acude a Urgencias por dolor en cara anterior de tibia izquierda de 4 meses de evolución. Como antecedentes personales presenta una insuficiencia renal en diálisis, Diabetes Mellitus e hipertensión arterial. Dolor en diáfisis media tibia izquierda. Se palpan 3 masas de consistencia pétrea, adheridas a planos profundos. No impotencia funcional ni déficit neurovascular distal. El ritmo del dolor es mixto y a veces aparece en la noche. Sin traumatismo previo, fiebre, pérdida de peso, ni malestar general.

Rx: Observamos 3 áreas radiolúcidas bien definidas en diáfisis media de la tibia, con formación reactiva de hueso y corteza no penetrada (figuras 1 y 2).

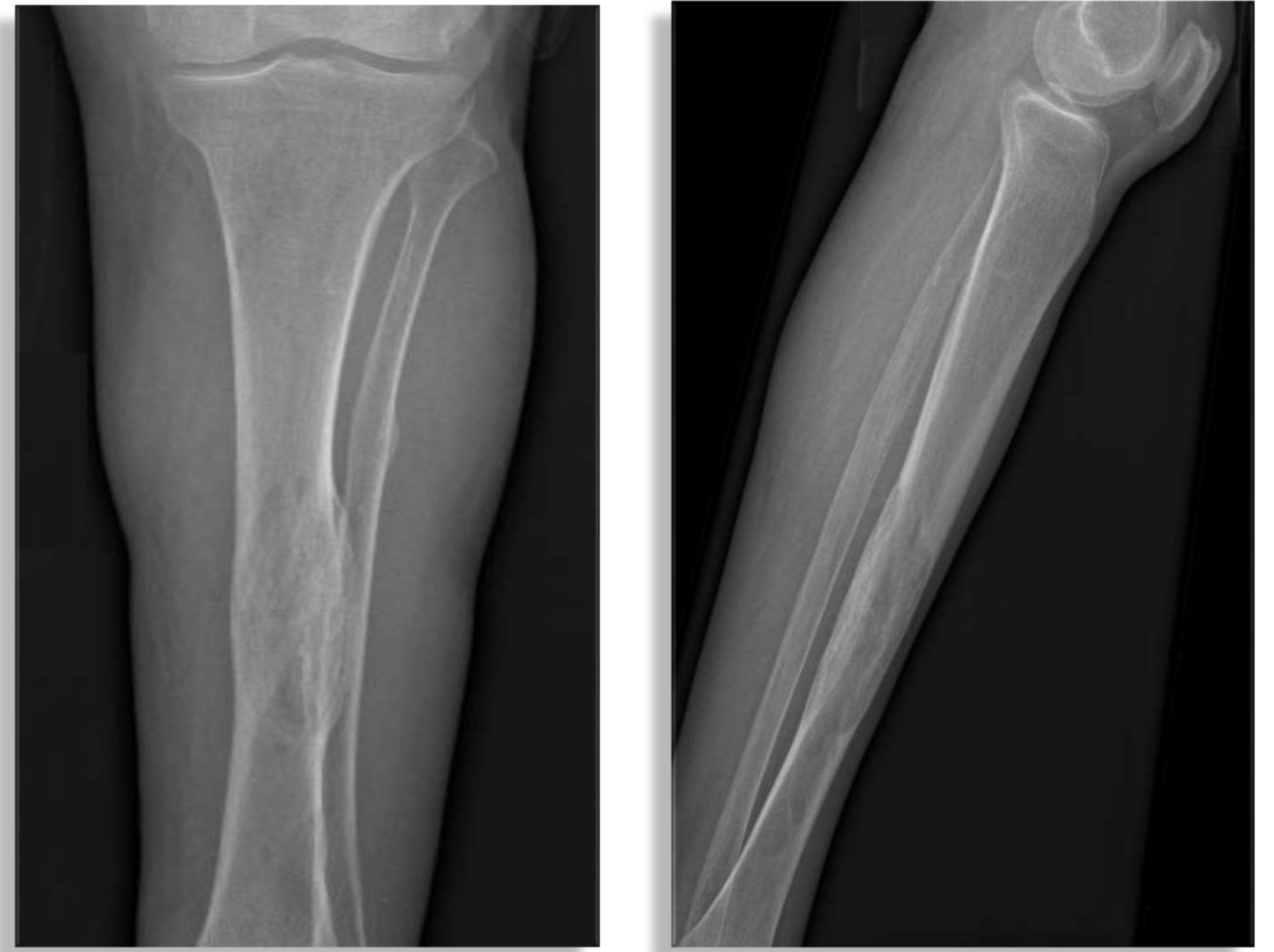
TAC y RNM: Lesión ósea focal en diáfisis media de la tibia, de base cortical y disposición concéntrica, de diámetro máximo lateral de 10 mm. Densidad en vidrio desmerilado de aspecto fibroso, formadora de hueso perióstico con disposición laminada y condicionando resorción subperióstica y adelgazamiento endóstico. Caudalmente se visualizan dos lesiones más de similar apariencia. No se objetiva masa de partes blandas asociada ni edema perilesional, aunque sí un marcado realce cortical perióstico. Las lesiones descritas son compatibles con tumores pardos multicéntricos, no obstante se debe correlacionar con el resto de pruebas complementarias (figuras de 3 a 8).

RESULTADOS-DISCUSIÓN:

Contactamos con el servicio de Nefrología para proseguir con el estudio. Finalmente se diagnosticaron las lesiones como tumores pardos.

CONCLUSIÓN:

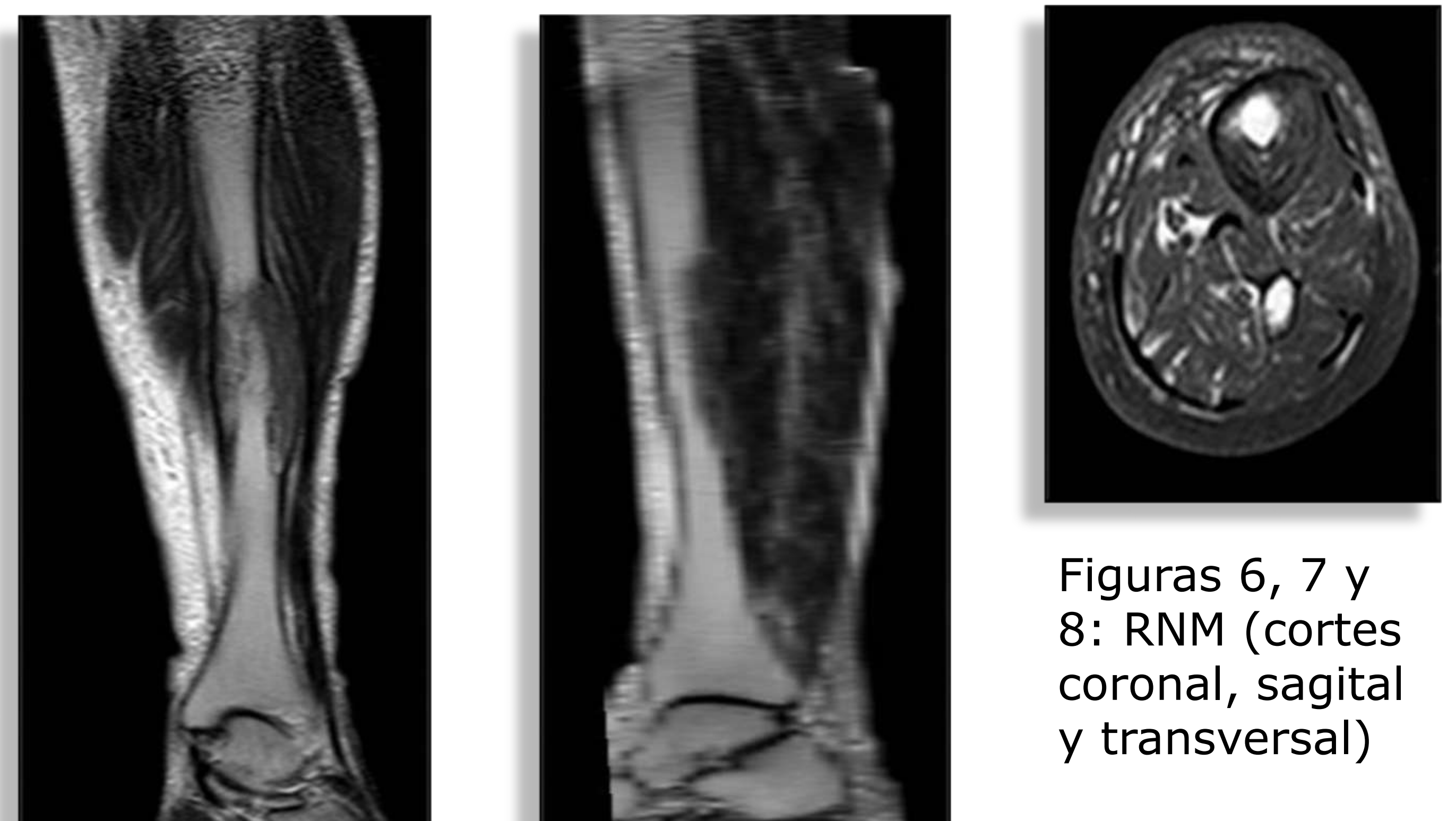
Los tumores pardos son lesiones tan infrecuentes que no existen guías para su tratamiento. La intervención quirúrgica por parte de COT se limita al tratamiento de fracturas. En pruebas como el TC o la RMN, los tumores pardos producen imágenes que en ocasiones simulan lesiones óseas líticas que plantean el diagnóstico diferencial con metástasis de tumores malignos.



Figuras 1 y 2: Rx AP y LAT pierna



Figuras 3, 4 y 5:
TAC (cortes coronal, sagital y transversal)



Figuras 6, 7 y 8: RNM (cortes coronal, sagital y transversal)

BIBLIOGRAFÍA

1. MacKenzie-Feder J, Sirrs S, Anderson D, Khan A. Primary Hyperparathyroidism: An Overview. Int J Endocrinol. 2011;2011:251410.
2. Sitges-Serra A, Bergenfelz A. Clinical update: Sporadic primary hyperparathyroidism. Lancet 2007;370:468-70.
3. Ayuk J, Cooper M, Gittoes N. New perspectives in the management of primary hyperparathyroidism. Ther Adv Endocrinol Metab. 2010;5:197-205.