



P-107 - TUMOR PARDO E HIPERCALCEMIA GRAVE EN PACIENTE CON HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

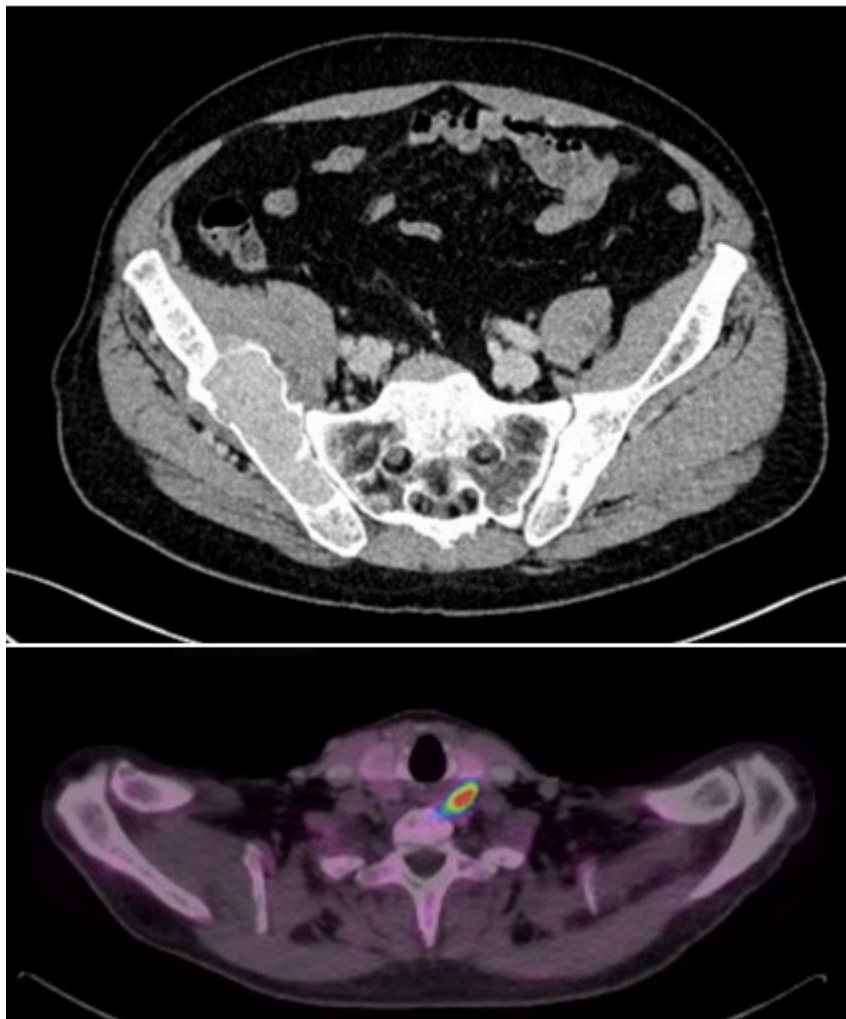
Codina Espitia, Clàudia; D' Guilio Arévalo, Gabriela Carolina; González Abós, Sandra; Alonso Vallés, Alejandro; Norte García, Andrea; Clos Enríquez, Montserrat; Pérez García, Jose Ignacio; Moral Duarte, Antonio

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: El hiperparatiroidismo primario se caracteriza por hipercalcemia analítica con niveles elevados o inapropiadamente normales de paratohormona (PTH). Las manifestaciones clínicas son variables, incluyen desde diagnóstico bioquímico incidental, manifestaciones gastrointestinales, renales, psiquiátricas u óseas. El tumor pardo es una lesión no neoplásica derivada del metabolismo osteoclástico del hueso, causado por el efecto de la PTH, típicamente localizado en huesos faciales, clavícula, costillas, pelvis y fémur. Pese a ser un hallazgo patognomónico de hiperparatiroidismo, es infrecuente.

Caso clínico: Varón de 58 años con antecedentes de HTA, litiasis renales, HBP y bocio multinodular (BMN). Diagnosticado de hiperparatiroidismo primario a raíz de episodio de hipercalcemia y fractura patológica iliaca derecha. En RMN se observa insuflación ósea del hueso iliaco desde región supraacetabular hasta articulación sacroiliaca con erosión de la cortical, sugestivo de plasmocitoma o metástasis. Se realiza biopsia de dicha lesión donde se observa tumor con abundantes células gigantes de tipo osteoclasto, concordantes con un tumor pardo. Posteriormente ingresa por hipercalcemia grave con calcio 3,60 mmol/L (2,10-2,55), fósforo 0,69 mmol/L (0,87-1,45) tratado mediante sueroterapia intensiva, calcitonina subcutánea y ácido zoledrónico. Gammagrafía ósea con lesión ósea hipercaptante en ambos huesos ilíacos y gammagrafía paratiroidea que resulta no concluyente. PET-Colina donde se observa BMN con nódulo inespecífico de 13 mm en LSD y glándula paratiroidea hiperfuncionante superior izquierda. Tumores pardos en escápula derecha y huesos ilíacos, nódulo pulmonar en lóbulo superior derecho. Ecografía cervical con dos nódulos en lóbulo tiroideo derecho espongiiformes de 6 × 8 × 9 mm y 12 × 11 × 12 mm, TIRADS 2. Bethesda III. Nódulo sólido de 25 × 30 × 35 mm en lóbulo tiroideo izquierdo, TIRADS 4, Bethesda IV. Se realiza tiroidectomía total con paratiroidectomía superior izquierda. PTH peroperatoria: Basal 174,7 y 10 minutos posexéresis 6,74. Posoperatorio con síndrome de hueso hambriento e hipocalcemia leve 48h post intervención con clínica de parestesias peribucales e hipocalcemia analítica con calcio 1,99 mmol/l, fósforo 0,87 mmol/l. Se inicia tratamiento con calcio oral. Estudio anatomopatológico con adenoma típico de glándula paratiroides de 5,74 g. Glándula tiroidea con cambios de hiperplasia folicular sin evidencia de displasia o malignidad.



Discusión: Los tumores pardos, pese a ser infrecuentes, deben ser considerados como diagnóstico diferencial en lesiones osteolíticas. El diagnóstico diferencial incluye tumor de células gigantes, quiste óseo aneurismático, mieloma, plasmocitoma y metástasis. El tratamiento etiológico consiste en la extirpación de la glándula paratiroides hiperfuncionante.