

TUMOR PARDO EN CUELLO FEMORAL SECUNDARIO A HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO POR ADENOMA PARATIROIDEO ASOCIADO A CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES

María Tíscar García Ortiz, Issam Menchi Elanzi, Alexandra Sevilla Monllor, José Carlos Orihuela García, María Dolores Fernández Ruiz, Fernando López Prats.

Hospital General Universitario de Elche

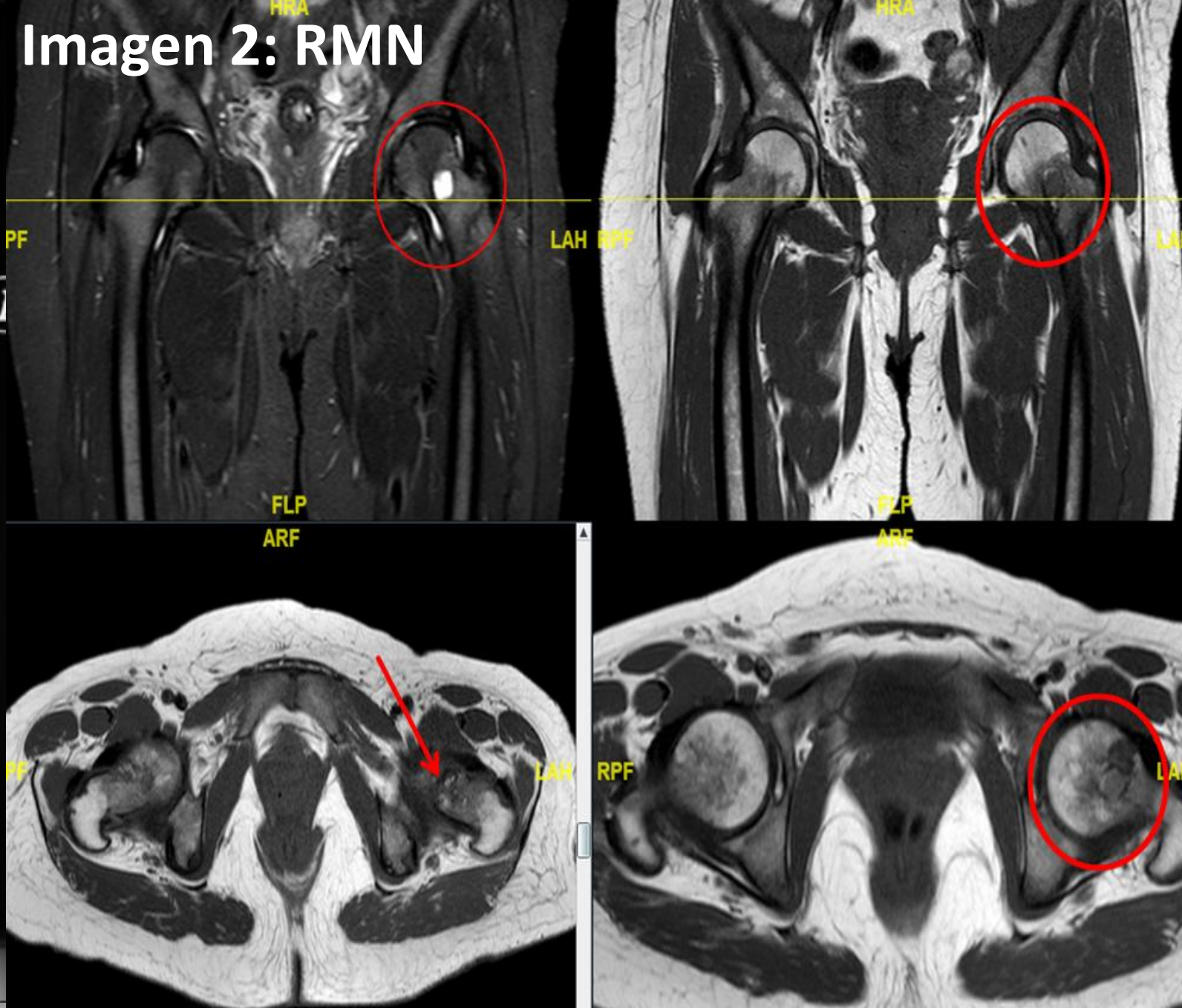
INTRODUCCIÓN

La función de la parathormona es regular la homeostasis del calcio. Los principales efectos del hiperparatiroidismo se manifiestan a nivel del sistema renal y óseo. Las manifestaciones esqueléticas son raras, sin embargo, es común la disminución de la densidad mineral en huesos corticales. Una complicación poco frecuente es el Tumor Pardo caracterizado por un intenso proceso reactivo del tejido óseo secundario a la acción osteoclástica de la hipercalcemia, más raro aún es su asociación con un Carcinoma Papilar tiroideo.

Imagen 1: Radiografía simple AP pelvis



Imagen 2: RMN



OBJETIVO

Documentar la asociación de un Adenoma paratiroideo que simula un Carcinoma por las elevadas cifras de Parathormona asociado a un Carcinoma Papilar de tiroides con un tumor pardo en cuello femoral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer 43 años con coxalgia izquierda mecánica diagnosticada de hiperparatiroidismo primario por Adenoma Paratiroideo (PTH 918pg/ml). Radiografía cráneo: Patrón apolillado en "sal y pimienta". Radiografía de pelvis (Imagen 1): lesión osteolítica en cuello femoral izquierdo, bien definida, bordes esclerosos, no afecta cortical ni asocia componente de partes blandas. RM (Imagen 2) hipointenso en T1 y densidad mixta en T2. Los hallazgos sugieren un tumor pardo. Se decide curetaje de la lesión lítica más injerto óseo de banco (Imagen 3).

Imagen 3: Localización de la lesión con aguja K, curetaje e injerto de banco



RESULTADOS

El resultado de la biopsia (Imagen 4): numerosas células gigantes tipo osteoclásticas con zonas de hemosiderina y estroma fibroso, confirma la sospecha diagnóstica, tumor pardo. La paciente estuvo en descarga tras la cirugía y se autorizó carga parcial progresiva según la evolución clínico-radiológica. Se realizaron controles radiológicos (Imagen 5) y a los 6 meses postquirúrgicos se solicitó RMN en la que se observa injerto completamente osteointegrado. La paciente se encuentra clínicamente bien, asintomática y sin dolor.

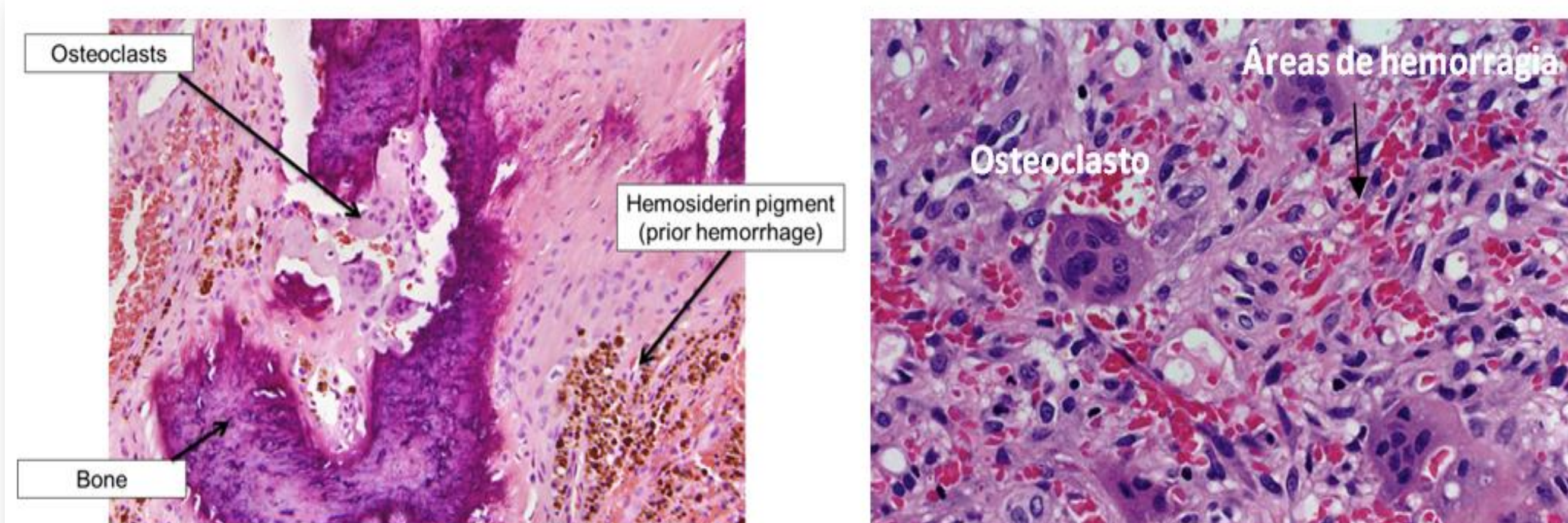


Imagen 4: Resultado Anatomía patológica.

CONCLUSIÓN

La detección temprana de la hipercalcemia y el tratamiento del hiperparatiroidismo primario evitan y previenen la evolución en la mayoría de los casos a lesiones más severas por los niveles elevados de calcemia y PTH. El Hiperparatiroidismo Primario grave puede simular un Carcinoma Paratiroideo con metástasis óseas, es imprescindible realizar un diagnóstico diferencial correcto y orientado y proporcionar al paciente un tratamiento individualizado. En nuestro caso el curetaje y relleno de la lesión con injerto fue suficiente sin necesidad de material de osteosíntesis ni otra cirugía más agresiva.

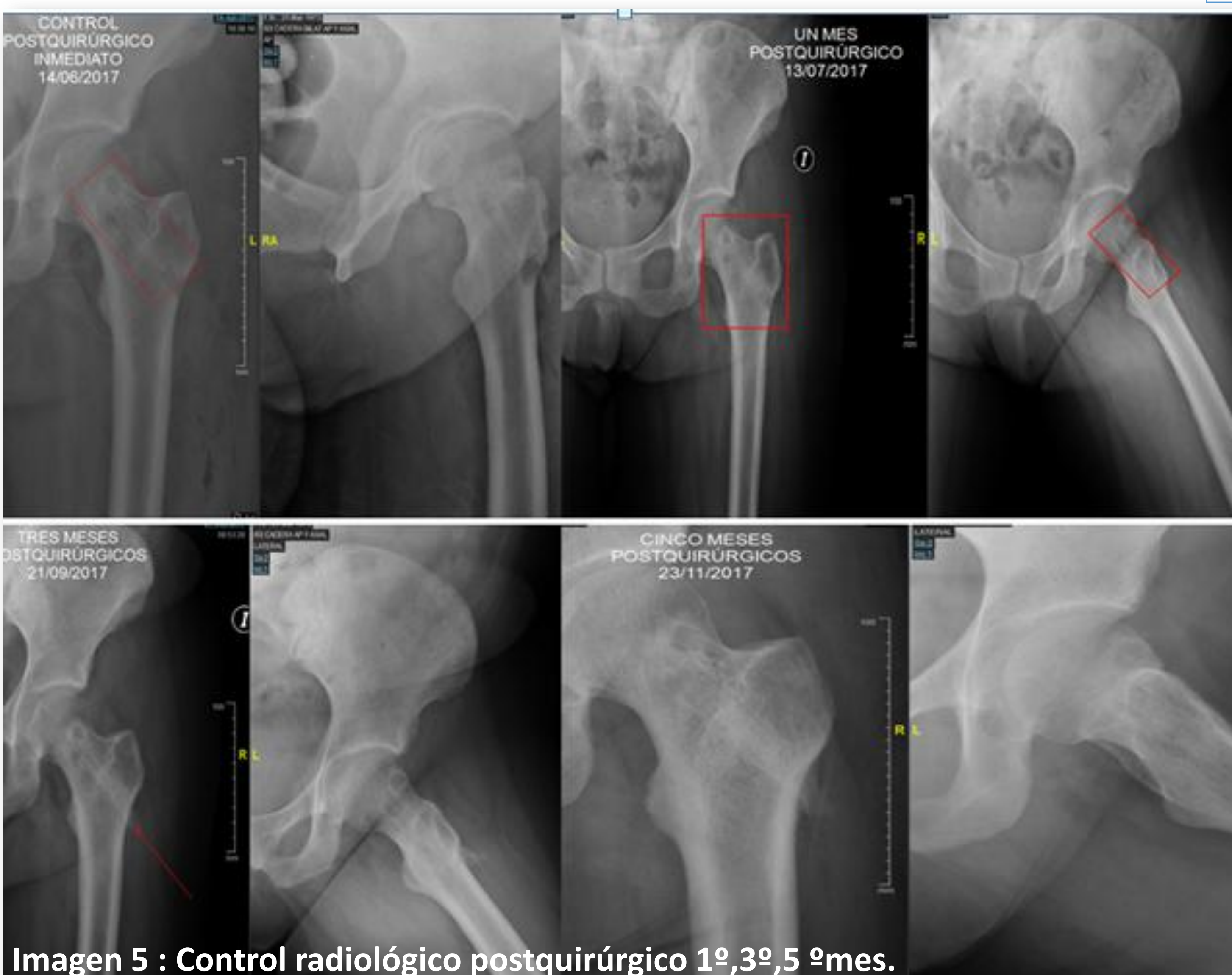


Imagen 5 : Control radiológico postquirúrgico 1º,3º,5 ºmes.