

Tumores pardos en múltiples localizaciones: manifestación de hiperparatiroidismo secundario

Brown tumors in multiple locations: manifestation of secondary hyperparathyroidism

Francisco Rodríguez V,* Martín Nicola S,* Óscar Venegas R,* Rocío Nieme B,* Eduardo Osses Z,*
Fernanda Häberle O*

Hombre de 46 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica (HTA) desde los 15 años de edad, con mal apego al tratamiento. El año 2006 se diagnostica con hipotiroidismo, dislipidemia mixta y diabetes mellitus tipo 2. Desarrolló insuficiencia renal crónica (IRC) terminal iniciando hemodiálisis tres veces a la semana un año después del diagnóstico. En exámenes de control se obtiene hormona paratiroidea (PTH) de 1828,6 pg/mL, compatible con hiperparatiroidismo severo. La ecosonografía tiroidea pone de manifiesto un nódulo sólido en el extremo distal del lóbulo derecho; hipocogénico y cuya impresión corresponde a glándula paratiroidea hiperplásica (Figura

1). Presenta aumento de volumen clavicular derecho y costal izquierdo. Se completa estudio con tomografía computada de tórax que muestra lesiones osteolíticas en dichas localizaciones (Figuras 2 y 3) con características radiológicas de tumores pardos (TP). En piso de hospital se identifica paratiroides hiperplásica (Figura 4). Se realiza paratiroidectomía total y reimplante de 1/4 en ECM. Los TP son una variante de osteítis fibrosa quística, raramente reportados en pacientes con IRC, con una incidencia que va de 1.5 a 1.7%.^{1,2} Son lesiones óseas benignas, expresión de un remodelado óseo acelerado, secundario a niveles persistentemente elevados de PTH y que determinan un incremento en

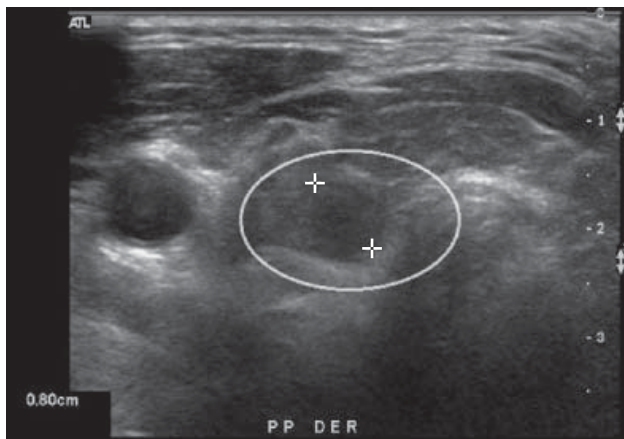


Figura 1. Ecosonografía tiroidea. Nódulo sólido hipocogénico, redondeado de 8.0 x 8.4mm en el extremo distal del lóbulo tiroideo derecho correspondiente a glándula paratiroides hiperplásica.

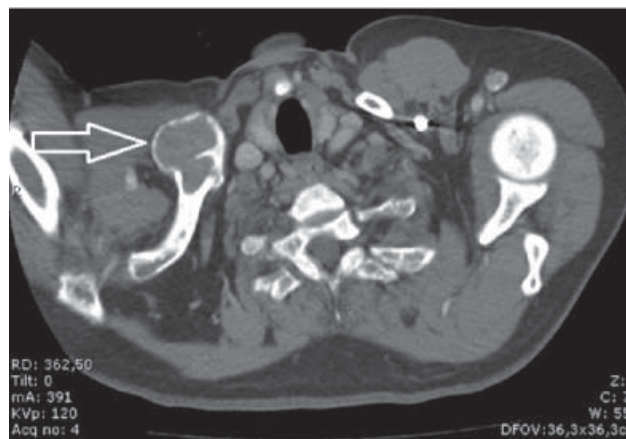


Figura 2. Tomografía computada de tórax. Lesión osteolítica expansiva localizada en el extremo proximal de la clavícula derecha (flecha).

* Servicio de Cirugía, de la Unidad de Imagenología en el Hospital de La Serena. Universidad Católica del Norte. Coquimbo, Chile.

Correspondencia:

Dr. Francisco Rodríguez Vega

Gerónimo Méndez Núm. 2, Torre I, Dpto. Núm. 94, Coquimbo, Chile. Fono: 051-2433397. Cel: 8 809 84 67.

E-mail: frv014@alumnos.ucn.cl

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/revlatcir>

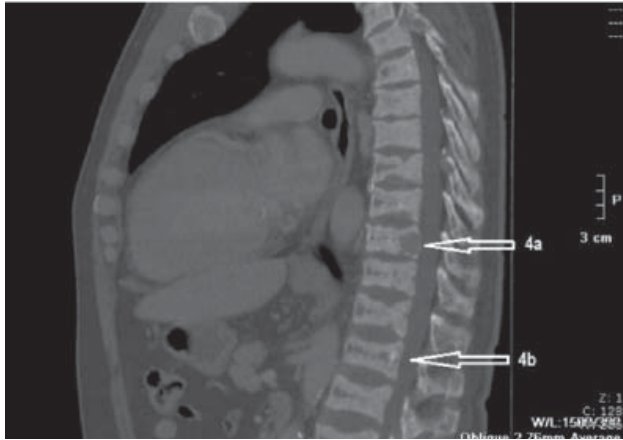


Figura 3. Tomografía computada de tórax. Lesiones óseas líticas en los cuerpos vertebrales T10 (4a) y T12. En el resto de la columna dorsal, existe esclerosis en banda de las superficies superior e inferior de los cuerpos vertebrales con aspecto radiológico de "camiseta de rugby" (4b).

la actividad osteoclástica y fibrosis peritrabecular progresiva.² Al suprimir la PTH con la cirugía, se produce calcificación y regresión de los TP.³

REFERENCIAS

1. Ben L, Barbouch S, Hamida B, Abdallah B, Karima K, Imed H et al. Brown tumors in patients with chronic renal failure

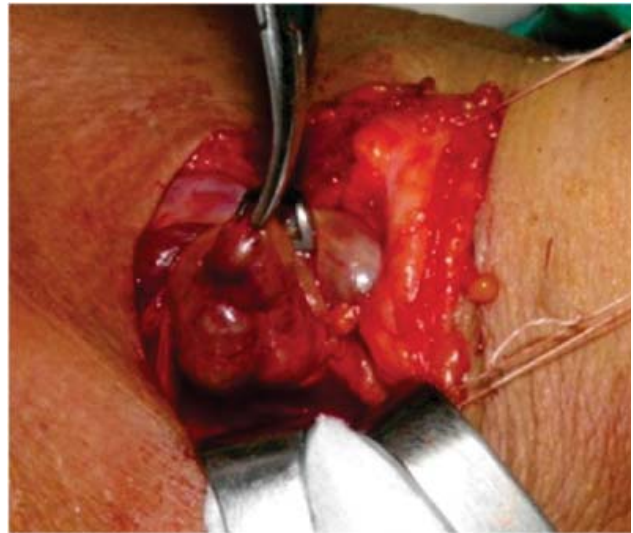


Figura 4. Se identifica paratiroides hiperplásica. Se realiza paratiroidectomía total y reimplante de 1/4 en ECM.

- and secondary hyperparathyroidism: report of 12 cases. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2010;21(4):772-777.
2. Gómez MC, Riquelme P, Sirandoni G, Sapunar J, Princic E, Lee B. Tumores pardos en múltiples localizaciones: manifestación de osteodistrofia renal severa. *Caso Clínico Rev Med Chile.* 2003;131(10):1183-1187.
3. Fordham CC, Williams TF. Brown tumor and secondary hyperparathyroidism. *N Engl J Med.* 1993;269:129.