

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TUMOR PARDO DEL HIPERPARATIROIDISMO

Delgado Navarro V., Poyato Núñez F.J., Gallo Ayala J.M., Chacón Cartaya S. Hospital Universitario Virgen Macarena

INTRODUCCIÓN

Los **tumores pardos** son una rara manifestación clínica descrita en <5% de los pacientes con hiperparatiroidismo y consisten en lesiones osteolíticas que pueden aparecer en todo el esqueleto.

OBJETIVOS

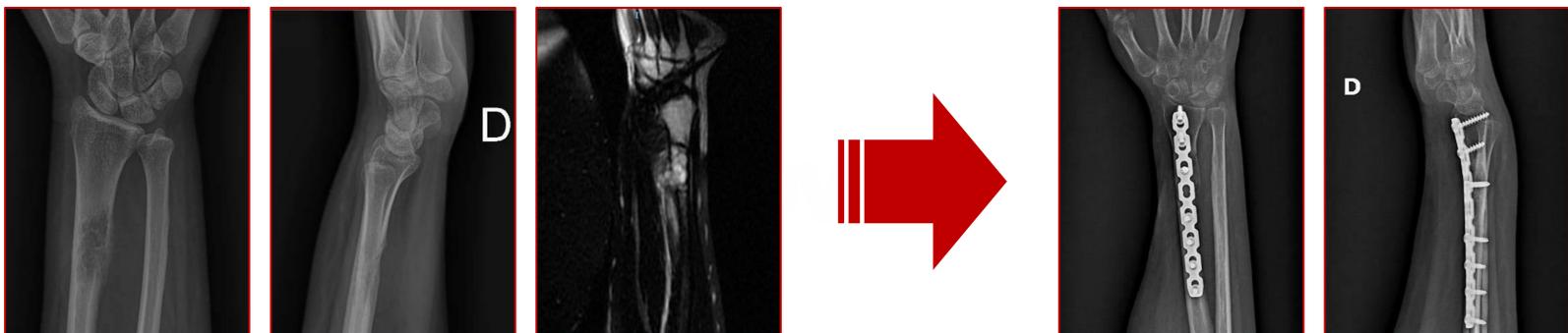
Presentamos el caso de una mujer diagnosticada de una lesión de características agresivas en la metáfisis distal del radio, con el objetivo de realizar el diagnóstico diferencial con otras dos patologías encuadradas dentro de las lesiones de células gigantes del hueso: el **tumor de células gigantes** (TCG) y el **quiste óseo aneurismático** (QOA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 40 años derivada a la Unidad de Tumores Musculoesqueléticos que refiere dolor en muñeca derecha de 2 meses de evolución. Se realiza estudio radiográfico en el que se describe una **lesión osteolítica con rotura de la cortical y masa de partes blandas**.

Se realiza punción-biopsia con diagnóstico preliminar de TCG, descartado tras la inmunohistoquímica. En el contexto de un **hiperparatiroidismo primario**, se diagnostica finalmente de **tumor pardo**.

Dado el diagnóstico benigno se realiza legrado, **injerto con hueso de banco y osteosíntesis con placa**.



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El **tumor pardo del hiperparatiroidismo** puede simular radiológicamente una neoplasia primaria o secundaria del hueso. Además, debido al parecido histológico, puede confundirse con otras patologías como son el TCG o el QOA.

Los tumores pardos afectan más frecuentemente a las **diáfisis de los huesos largos**, y menos comúnmente a las metáfisis y epífisis (como es el caso de los TCG y QOA), así como tampoco a los huesos tubulares de manos y pies.

Radiológicamente se objetiva una **lesión osteolítica, de márgenes poco nítidos, con expansión de las corticales y reabsorción perióstica**, de forma similar al TCG. En el caso del QOA los márgenes están mejor definidos y en las imágenes de TAC y RM se objetivan cavidades y niveles líquido-líquido.

Histológicamente consiste en una **lesión nodular constituida por una proliferación de células mononucleadas** del estroma inmersas en una matriz fibrosa, **entremezcladas con abundantes células gigantes de tipo osteoclasto**. Las células mononucleadas son mas diferenciadas y menos abundantes que las células proliferantes mononucleadas de los TCG; además, las células gigantes son menos abundantes y tienen menos núcleos que en estos últimos. En el caso del QOA, este presenta además cavidades macroscópicas llenas de sangre que se corresponden con lagos sanguíneos.

CONCLUSIONES

El tumor pardo del hiperparatiroidismo, el TCG y el QOA se incluyen dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones de células gigantes del hueso. Para su diagnóstico habrá que disponer de los datos clínicos del paciente, así como un diagnóstico radiológico e histológico.

