

Tumor Pardo Brown Tumor

Ana Orantes,⁽¹⁾ Marisol Gramajo.⁽¹⁾

¹⁾ Departamento de Patología, Hospital General de Enfermedades, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Guatemala, Guatemala.

Correspondencia: Dra. Marisol Gramajo mgrsol@hotmail.es

Recibido: 09/02/2020

Aceptado: 21/02/2020

Resumen

El tumor pardo es una neoplasia ósea asociada al aumento en niveles de hormona paratiroidea. En su localización mandibular puede confundirse con otros diagnósticos como un tumor de células gigantes y un granuloma central o periférico de células gigantes, pasando desapercibida su asociación con la afección glandular.[1] Se presenta caso de hombre con tumoración mandibular e hiperparatiroidismo.

Abstract

The brown tumor is a bone neoplasia associated to increased levels of parathyroid hormone. When located in the mandible, it can be misdiagnosed as other bone giant cell tumors and, as a consequence, the parathyroid abnormality be neglected. The case of a man with mandibular tumor and hyperparathyroidism is presented. DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v159i1.172>

Introducción

El tumor pardo se relaciona con hiperparatiroidismo primario o secundario. Con una incidencia del 0.1%, es una complicación poco común de dicha patología. El aumento de la parathormona modifica en el hueso el equilibrio entre las células del tejido óseo, aumentando la resorción producida por los osteoclastos y disminuyendo la formación de nuevo tejido óseo por los osteoblastos. Como resultado de este desequilibrio, se produce osteoide sobre un tejido fibroblástico altamente vascularizado y con tendencia al sangrado.

Radiográficamente, se observa como una lesión bien delimitada, lítica que provoca expansión del

hueso afectado.[2] En la mandíbula se caracteriza por la pérdida de la lámina dura que rodea las raíces dentales. Microscópicamente se compone de un estroma fibroblástico acompañado de células gigantes tipo osteoclasto. La presencia de macrófagos cargados con hemosiderina es la que le confiere el color pardo que le da su nombre.[3]

Reporte de Caso

Hombre de 50 años, originario y residente de la ciudad de Guatemala, operario en "Call Center"; con único antecedente hipertensión tratada con hidroclorotiazida. Consultó a la emergencia por inflamación no dolorosa en mejilla derecha de cuatro meses de evolución. Al notar aumento de tamaño y extensión a la rama mandibular, decide consultar a odontólogo, quien realiza estudios de imagen y receta tratamiento antibiótico. Al cumplir tratamiento y no evidenciar mejoría, le realizó biopsia. Exámenes de laboratorio solo evidencian una leve elevación de la creatinina. Microscópicamente, se observa una lesión compuesta por células gigantes multinucleadas tipo osteoclasto embebidas en estroma vascularizado rico en fibroblastos. Se diagnostica como lesión de células gigantes; con una nota sugiriendo evaluar niveles de parathormona para descartar tumor pardo. Se encuentran niveles de hormona paratiroidea elevados (1615pg/mL), niveles de calcio, calciuria y vitamina D normales.

En estudios de imagen se observaron ambas paratiroides inferiores aumentadas de tamaño, las cuales fueron resecaadas. Macroscopicamente, las paratiroides se observaron cafés y grisáceas, la mayor de 3.5x2x2cm y la menor de 1.5x1x1cm. Al corte multilobuladas con áreas quísticas.

Microscópicamente, ambas glándulas compuestas en su totalidad por células con abundante citoplasma claro; membranas celulares bien

definidas; núcleos redondos, pequeños, sin atipia. Se diagnostica como hiperplasia de células principales tipo células claras.



Fig. 1: Paciente con tumefacción en cuerpo y rama mandibular derecha(A). Radiografía mandibular. Lesión hipodensa de bordes bien definidos en cuerpo mandibular(B). H y E fotomicrografía de lesión mandibular compuesta por dos poblaciones(C). Fotomicrografía de glándula paratiroides, compuesta por células claras.

Discusión

El tumor pardo del hiperparatiroidismo se presenta principalmente en personas mayores de 50 años; como en el caso de este paciente, pero son más prevalentes en el sexo femenino que en el masculino, en proporción de 1:3. En general se asocia con más frecuencia a hiperparatiroidismo secundario; sin embargo, este paciente cursaba con un hiperparatiroidismo primario. El hiperparatiroidismo primario es provocado por una sobreproducción de parathormona por las glándulas paratiroides.

La causa más frecuente es un adenoma; no obstante, el paciente cursaba con una hiperplasia de células principales. Este hallazgo corresponde únicamente al 6-12% de los casos de

hiperparatiroidismo primario. La presentación más común del hiperparatiroidismo primario es asintomática, aunque algunas de las manifestaciones que pueden presentar los pacientes son anorexia, fatiga, dolor abdominal, estreñimiento, náusea, vómitos, nefrolitiasis, síndrome depresivo y afección ósea. La afección ósea por hiperparatiroidismo se conoce como Enfermedad de Von Recklinghausen u osteítis fibrosa quística. Esta produce cambios esqueléticos generalizados, aunque puedan parecer clínica y radiográficamente localizados. La osteítis produce una pérdida de densidad ósea, asociada a deformidad y fractura. El tumor pardo es una forma de presentación de la osteítis fibrosa y puede ser el primer hallazgo de la misma.

En el caso del paciente no se habían documentado síntomas o alteraciones en otras localizaciones óseas. A pesar de su nombre, el tumor no constituye realmente una neoplasia. Por el contrario, esta lesión realmente representa un granuloma reparativo.[4]

El tumor pardo puede aparecer en múltiples localizaciones; siendo aquellas más frecuentes mandíbula, pelvis, costillas y clavícula. Aunque en algunos casos el tumor pardo puede ser asintomático; en este paciente por su localización había producido deformidad a nivel mandibular.

Es importante considerar el tumor pardo y distinguirlo de otros diagnósticos diferenciales con las mismas características microscópicas, debido a que el tratamiento es distinto. Mientras que los granulomas de células gigantes son tratados con enucleación, el tumor pardo requiere la corrección de la causa del hiperparatiroidismo. Se ha encontrado que el tumor pardo presenta regresión espontánea al estabilizar los niveles de parathormona.[5]

En el caso presentado, los valores hormonales realizados post biopsia mandibular permitieron el estudio y resección de las paratiroides hiperplásicas que ocasionaban el hiperparatiroidismo del paciente.

Referencias References

1. *Barnes, Leon: Surgical Pathology of the Head and Neck. Third Edition. Informa Healthcare. New York, 2009 (984-987)*
2. *Sapp, Philip; Eversole, Lewis, Wysocki, George: Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology. Second Edition. Mosby. Missouri 2004. (108-110)*
3. *Gnepp, Douglas: Diagnostic Surgical Pathology of the Head and Neck. New York. McGraw Hill (769-772)*

4. *Godlblum, John; McKenney, Jesse; Lamps, Laura; Myers, Jeffrey: Rosai and Ackerman Surgical Pathology: Décimo primera edición. Editorial Elsevier. Filadelfia. Páginas 360-363.*

5. *Reichart, Peter; Philipsen, Hans: Odontogenic Tumors and Allied Lesions. Quintessence Publishing Co. London (325-326)*