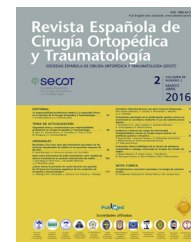




Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

www.elsevier.es/rot



NOTA CLÍNICA

Tumor pardo en falange del dedo anular por insuficiencia renal crónica. Reporte de un caso

J.E. Forigua V^a, R.A. Brunicardi H^{a,*}, C.A. Morales V^a, M. del P. Archila^{a,b}
y D.M. Chaparro Rivera^b

^a Cirugía de la Mano, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia

^b Servicio de Patología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia

Recibido el 25 de mayo de 2016; aceptado el 26 de septiembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Tumor pardo;
Insuficiencia renal;
Tumor;
Mano

Resumen Los tumores pardos son lesiones óseas líticas altamente vasculares encontradas en el hiperparatiroidismo primario y secundario. El término *pardo* se le da por el color rojo-marrón de los tejidos, dado por la acumulación de hemosiderina. En el siguiente caso clínico, presentamos a un paciente masculino de 29 años de edad, con insuficiencia renal crónica terminal, quien cursa con 4 meses de aparición de masa en punta del dedo anular derecho posterior a un trauma, que ha aumentado en tamaño y dolor de forma progresiva. Fue tratado de forma quirúrgica, mediante amputación, preservando márgenes sanos y, luego de 10 meses de la cirugía, no ha presentado recidiva.

© 2016 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Brown tumour;
Renal failure;
Tumour;
Hand

Brown tumour in phalanx of the ring finger due to chronic kidney failure. A case report

Abstract Brown tumours are highly vascular lytic bone lesions found in primary and secondary hyperparathyroidism. The *brown* term is given due to the red-brown colour of the tissue, which is due to the accumulation of hemosiderin. The case is presented of a 29 year-old male with chronic renal failure, who had a mass in the tip of the ring finger after a trauma of 4 months onset, which had increased progressively in size and pain. He was treated surgically, by amputation, with no recurrence 10 months after the surgery.

© 2016 SECOT. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rabrunicardi@gmail.com (R.A. Brunicardi)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2016.09.004>

1888-4415/© 2016 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

Los tumores pardos (TP) son lesiones óseas líticas altamente vasculares encontradas en el hiperparatiroidismo primario y secundario. En el tumor, se encuentra abundante tejido fibrovascular y células gigantes parecidas a los osteoclastos. El término *pardo* se le da por el color rojo-marrón de los tejidos, provocado por la acumulación de hemosiderina¹.

Tradicional e históricamente, los TP han sido reportados en pacientes de todas las edades, sobre todo con hiperparatiroidismo primario, sin embargo, en la actualidad el diagnóstico de esta entidad se realiza en etapas tempranas, por lo que la frecuencia de TP ha disminuido en estos pacientes. Es más frecuente, y se encuentra hasta en un 13%, en los pacientes con hiperparatiroidismo secundario^{1,2}.

En la insuficiencia renal crónica (IRC) ocurren cambios hormonales y bioquímicos que generan calcificaciones en el organismo y cambios en el esqueleto óseo, enfermedad conocida como osteodistrofia renal. El hiperparatiroidismo secundario es consecuencia de estas alteraciones, y se encuentra en la mayoría de los pacientes que requieren de hemodiálisis.

La fisiopatología del hiperparatiroidismo secundario es una disminución en la excreción del fósforo por la falla renal, lo que genera una disminución en la forma activa de la vitamina D (calcitriol) y de los niveles séricos de calcio. Además de la hiperfosfatemia y de la hipocalcemia, la IRC ocasiona una disminución en la actividad de la 1-alfa-hidroxilasa, lo que disminuye la absorción intestinal del calcio. La hipocalcemia, por lo tanto, induce un aumento en la secreción de parathormona y de la resorción ósea. En algunos pacientes, se puede presentar hiperparatiroidismo secundario grave, con la consecuente aparición de lesiones óseas líticas conocidas como TP³⁻⁶.

Los TP pueden comprometer el esqueleto axial o apendicular. En las radiografías lucen como imágenes quísticas, ya que generalmente no comprometen las corticales, sin embargo, pueden parecer también lesiones líticas únicas o múltiples. Generalmente, cuando son lesiones pequeñas,

en etapas iniciales, el tratamiento del hiperparatiroidismo puede generar involución del tumor.

Presentación del caso

Presentamos a un paciente masculino, de 29 años de edad con antecedente de nefrectomía derecha, quien tiene diagnóstico de IRC en estado terminal, en tratamiento con hemodiálisis 3 días a la semana, y presenta cuadro clínico de 4 meses de evolución, que consiste en la aparición de una masa en la punta del dedo anular derecho posterior a un traumatismo. Refiere que dicha masa ha ido aumentando en tamaño y en dolor progresivamente, motivo por el cual ingresa por Urgencias de nuestra institución.

Luego del examen físico minucioso, identificamos que el tamaño de la masa del dedo anular derecho mide aproximadamente 3 × 3 cm y compromete circunferencialmente la punta, deformando la lámina ungueal (fig. 1 A-B).

Posteriormente, se efectuaron estudios radiológicos, en donde se identifica una lesión lítica, que compromete casi completamente la falange distal del dedo anular y respeta parcialmente la superficie articular de la articulación interfalángica distal y un pequeño porcentaje de la parte proximal de la falange. Además, se observan otras lesiones menos llamativas asociadas en falanges y metacarpianos (fig. 2).

Luego de valorar clínica y radiográficamente al paciente, se concluye que el paciente presenta un TP en la falange distal del dedo anular, por lo que se practica amputación de la punta del dedo, preservando los márgenes sanos. Macroscópicamente, se confirma una masa de 2,5 × 3 cm, en donde no es posible identificar la falange distal (fig. 3A). Histológicamente, el Departamento de Patología de nuestra institución describe una lesión bien circunscrita, compuesta por estroma rico en fibroblastos con extravasación de glóbulos rojos y abundantes células gigantes multinucleadas dispuestas en lóbulos separados por tejido óseo reactivo, con áreas quísticas de contenido hemático, lo que confirma el diagnóstico (fig. 3B-D).

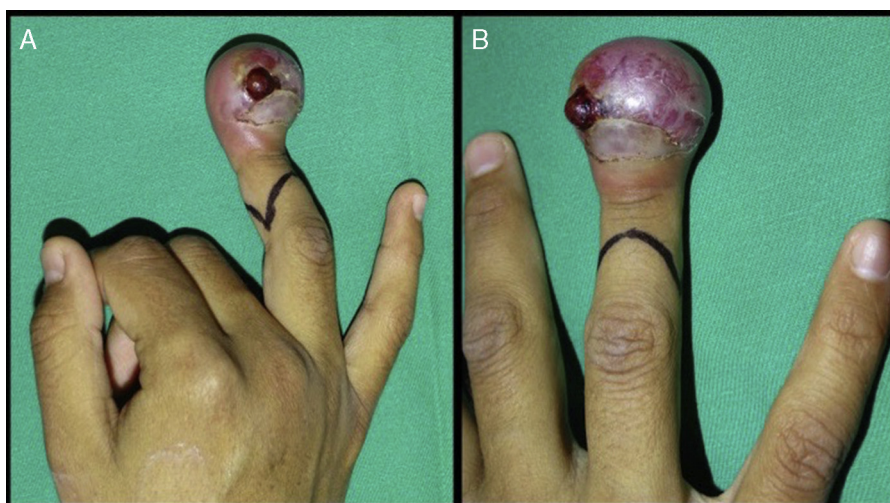


Figura 1 A y B) Se observa el aspecto clínico del dedo anular derecho, con gran compromiso de tejidos blandos y dolor.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5711566>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5711566>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)