

P-206 - TUMOR PARDO GIGANTE A NIVEL CRANEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

E.A. Cedeño Freire, E.M. Negro Moral, C. Doval Rosa, J. Solivera Vela

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Resumen

Introducción: La hipersecreción de hormona paratiroides provoca una alteración en el metabolismo óseo. La afectación ósea característica del hiperparatiroidismo es la osteítis fibrosa quística. Dentro de esta, con una incidencia del 3% encontramos los tumores pardos como lesiones óseas focales ocasionadas por esta remodelación ósea. La localización craneal es muy poco frecuente entre los tumores pardos, siendo escaso el número de casos publicados.

Caso clínico: Presentamos a una paciente de 39 años, diagnosticada de hiperparatiroidismo primario. Al presentar adenoma paratiroides inferior derecho, se decide tratamiento quirúrgico mediante paratiroidectomía. Pendiente de cirugía consulta por tumoración craneal izquierda de reciente aparición. Al realizar TC de cráneo se visualiza gran lesión ósea frontotemporal izquierda de $83 \times 78 \times 50$ mm de dimensión, con lesiones quísticas y nivel líquido en su interior. Tras completar el estudio con RM craneal, y dado el antecedente de hiperparatiroidismo, como diagnóstico diferencial se plantea un posible tumor pardo como primera opción. Tras la paratiroidectomía, en las pruebas de neuroimagen se aprecian cambios en la lesión, observándose incremento del área calcificada, así como disminución del número y tamaño de las lesiones quísticas. Sin embargo, dada la persistencia del efecto masa sobre el parénquima subyacente, se decide exéresis de la lesión, mediante craniectomía con resección en bloque por encima del plano dural, que no se encuentra infiltrado. Para la reconstrucción, se cubre defecto con malla de titanio preformada. El resultado de la anatomía patológica confirma la exéresis de un tumor pardo.

Discusión: Aunque se trata de una entidad con escasa frecuencia, debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en tumores óseos craneales. Ante hallazgos radiológicos compatibles, si no existe antecedente de enfermedad endocrinológica, se recomienda descartar hiperparatiroidismo asociado. El tratamiento de elección de esta patología es la paratiroidectomía, sin embargo, en lesiones de gran tamaño puede ser necesario su exéresis.