

2.-TUMOR PARDO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE HIPERPARATIROIDISMO: COMUNICACIÓN DE UN CASO.

Flores V., Bruno M.A., Silva F.C. LABORATORIO PRIVADO CBA.

INTRODUCCIÓN

El tumor óseo pardo forma parte del compromiso óseo por hiperparatiroidismo primario, como consecuencia de un metabolismo alterado del calcio. Compromete cualquier parte del esqueleto con predominio en costillas, clavícula y pelvis. Cuando afecta cabeza y cuello lo hace preferentemente en mandíbula.

OBJETIVO

Presentar un caso de tumor pardo como primera expresión de hiperparatiroidismo, evento muy infrecuente en la actualidad, de donde se desprende el interés de esta comunicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hombre de 53 años de edad que consultó por dolor articular intenso en cintura y miembros inferiores, con disminución de movimientos. La centellografía reveló lesiones osteolíticas múltiples, en vértebras, húmero, costilla, mandíbula y articulación sacroilíaca izquierda, compatible con secundarismo. Antecedentes patológicos: litiasis renal, bocio endotorácico. Se realizó TAC para hallar tumor primario, con resultado negativo, por lo que se indicó punción ósea vertebral.

Macroscopia: se recibió cilindro óseo blanquecino de 0,7 cm. de longitud, y fragmento pardo irregular de consistencia blanda de 0,8 x 0,3 x 0,2 cm. El material fue fijado en formol y procesado con técnica de rutina.

RESULTADOS

La microscopía reveló una proliferación celular densa, constituida por numerosas células gigantes tipo osteoclastos, fondo fibroso y hemosiderina.

Conclusión diagnóstica: Tumor Pardo por Hiperparatiroidismo, en un adecuado contexto clínico. Completar estudios.

CONCLUSIÓN

La presentación del tumor pardo como primera manifestación clínica de hiperparatiroidismo es infrecuente en la actualidad, ya que habitualmente se incluye el dosaje de calcio en análisis clínicos, en controles de rutina. En el presente caso, estudios posteriores a nuestro diagnóstico revelaron la presencia de un adenoma de paratiroides. Seis meses después de su extirpación se observó regresión casi completa de las lesiones líticas. En la actualidad continúa en control clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. F. Schajowicz, L.V. Ackerman. and H.A Sissons. *Histological Typing of Bone Tumour- World Health Organization. International histological classification of tumours 1972; 48-49.*
2. Bilezikian JP, Silverberg SJ. *Asymptomatic primary hyperparathyroidism N Engl J Med 2004; 350:1746-51.*
3. Triantafyllidou K, Zouloumis L, Karakinaris G, Kalimeras E, Iordanidis F. *Brown tumors of the jaws associated with primary or secondary hyperparathyroidism. A clinical study and review of the literature. Am J Otolaryngol. 2006; 27(4):281-6.*
3. Dr. Miguel Arredondo López, Dr. Oscar García-Roco Pérez y Dra. Yamilet Villalonga Moras *Tumor marrón del hiperparatiroidismo. A propósito de un caso. Rev Cubana Estomatol 2002;39*
4. Wilson A. Delgado Azañero, José Leonardo Silva Toro, Edgar Alejandro Cabrera Gómez: *Tumor pardo parasinfisiario en paciente con enfermedad renal crónica terminal: reporte de caso y revisión de la literatura. Revista Estomatológica Herediana Vol. 21, núm. 4 (2011):219-225*
5. Rosai and Ackerman's *Surgical Pathology. Volumen 1. Ed. Mosby. Tenth edition: 573-574.*

3.-REVISIÓN CASUÍSTICA DEL MIXOMA ODONTOGÉNICO EN LABORATORIO DE ANATOMÍA

PATOLÓGICA DE FACULTAD ODONTOLÓGICA DE UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA. ESTUDIO RETROSPECTIVO.

Martina A, Tomasi R, Cisneros M, Kaplan R, Ferreyra de Prato RS. FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNC.

INTRODUCCIÓN

El Mixoma odontogénico es una neoplasia benigna, agresiva y recurrente que provoca desplazamiento y movilidad dentaria. Según la OMS, representa entre el 3-20% de los tumores odontogénicos. Siendo más frecuente en mandíbula y en sexo femenino con edad promedio de aparición: 28.8 años. Histológicamente está constituido por células fusiformes inmersas en un estroma mixoide, en ocasiones fibroso, con o sin restos de epitelio odontogénico.

OBJETIVO

Revisión casuística de Mixomas en el laboratorio de Anatomía Patológica de Facultad de odontología UNC y presentación de un caso clínico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron casos con diagnóstico de Mixoma/Mixofibroma Odontogénico, de biopsias recibidas entre 1990 y 2016, que fueron fijadas en formol e incluidos en parafina. Los cortes se colorearon con técnica de H/E. Se tipificaron mediante observación a doble ciego. Se consignaron los datos correspondientes a la edad, sexo, diagnóstico presuntivo, localización y fueron analizados mediante estadística descriptiva. Caso clínico: correspondiente a una paciente de 27 años con lesión en maxilar superior lado izquierdo, afectando 33x22x42 mm según revela la Tomografía Axial computada, ocupando el seno maxilar y conservando el piso de órbita. El Tratamiento quirúrgico se realizó bajo anestesia general mediante enucleación con márgenes de seguridad que involucro el 3º molar inmerso en el tejido tumoral, sin complicaciones ni recidiva hasta la actualidad. Con diagnóstico de Fibromixoma Odontogénico que mostraba un componente fibromixoide con sectores de abundante fibroplasia.

RESULTADOS

Del total de casos recibidos (6314), 6 correspondieron a Mixoma/Mixofibroma Odontogénico (0.09%), con localización en maxilar superior (66 %) y frecuencia 1:1 en sexo masculino/femenino.

Conclusión: Los datos epidemiológicos comentados en la literatura mundial son semejantes a los encontrados en nuestro estudio. Debido a su agresividad local que hace necesaria la resección quirúrgica con márgenes amplios.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Aditya A, Khandelwal P, Joshi S, Trimbake S, Dighe R. *Odontogenic Myxoma of Mandible: Report of A Rare Case. J Clin Diagn Res.* 2016 Feb;10(2):ZJ01-2.
- 2- Barnes L., Eveson J W, Reichart P, Sidransky D. *Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours.* IARC Press. Lyon 2005, pp 316-317
- 3- Leiser YI, Abu-El-Naaj I, Peled M *Odontogenic myxoma--a case series and review of the surgical management. J Craniomaxillofac Surg.* 2009 Jun;37(4):206-9.
- 4- Fernández RG, Arzate H. *Mixoma odontogénico; expresión y localización espacial de la fibronectina, vitronectina y queratina. Revista Odontológica Mexicana.* 2006;10(1):8-15.
- 5- Gendelman H, Cuesta-Carnero R, Bachur RO, et al *Odontogenic Mixoma: report of a case. J. Oral Maxillofac Surgery* 1998; 46:705-709.