

Caso clínico: “tumor pardo, ¿contraindicación para el trasplante renal?”

Pablo González Pereira, María Olga Vegas Prieto, Ana Yolanda Gómez Gutiérrez, M^a Jesús Rollán de la Sota

Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España

El trasplante Renal es el tratamiento sustitutivo más importante existiendo complicaciones puntuales que pueden llegar a ser excluyentes en el tratamiento. El TUMOR PARDO constituye una contraindicación relativa no excluyente para la realización de trasplante renal. Los tumores pardos (TP) se asocian con hiperparatiroidismo primario o secundario pudiendo ser invasivos no constituyendo un tumor maligno. El TP es un hallazgo casual en la enfermedad renal avanzada con osteodistrofia asociada siendo 3 veces más frecuentes en mujeres que en hombres. Aparecen lesiones en estructuras vecinas por compresión, acompañándose de clínica (dolor, neuropatía y mielopatía). La localización: en la mayoría de los casos en maxilar superior o inferior y también a nivel de escapula, pelvis, costillas ó órbita ocular. La Parathormona (PTH) y otros factores locales como la Necrosis Tubular alfa (TNFa ó Interleukina 1) inducen la proliferación y diferenciación de células medulares a osteoblastos. Se muestra en imagen TAC una masa en hueso, sin disrupción de la cortical, sin reacción perióstica ni signos de inflamación. En la RNM el hallazgo de quistes es un signo de probable TP. El tratamiento está fundamentado en un buen control del hiperparatiroidismo, uso de quelantes del fosforo, calcio y suplementos de vitamina D. En los casos más avanzados de TP es necesaria la Paratiroidectomía. La cirugía local del TP suele estar contraindicada, ya que las lesiones suelen disminuir o desaparecer al controlar las cifras de PTH.

Caso Clínico:

Mujer de 32 años en tratamiento con Diálisis Peritoneal (DP) a la que se le realiza un Trasplante Renal, tras superar un TP. Antecedentes de miopía, HTA Hiper-

paratiroidismo secundario severo, anemia por trastornos crónicos. Antecedentes quirúrgicos: TP de hueso en órbita derecha intervenida por neurocirugía y otorrino (paraidectomía). Anatomopatológicamente: tumoración ósea de células gigantes, remitida para estudio Hiperparatiroidismo. Se le realiza trasplante de riñón derecho en fosa iliaca izquierda. A las 24 horas se realiza ECO-DOPPLER y GAMMAGRAFIA renales que evidencian buena función del injerto renal, rango normal. Al alta aparece una nefrotoxicidad por Tracrolimus.

Discusión:

La patología previa de tumores como el tumor pardo no debe contemplarse como un impedimento excluyente para la realización de un trasplante renal si bien el riesgo de desarrollar una neoplasia es mayor en pacientes trasplantados. Autores como Kasiske y Col analizaron la incidencia de tumores en pacientes en lista de espera y después de trasplantarse observando que eran más frecuentes después (cáncer de piel no melanocítico, melanoma, sarcoma de kaposi, linfoma no Hodgkin, cáncer de boca y el renal). Fineman y Torres manifiestan que el tratamiento inmunosupresor constituye el principal factor de riesgo de presentación de neoplasias post trasplante. Si el enfermo sufre un proceso neoplásico post trasplante habría que desarrollar más guías de ayuda de cuidados psicológicos y físicos. Cada caso merece ser minuciosamente analizado y estudiado pues de ello depende la posibilidad de un trasplante renal; Y debe asociarse a un estilo de vida que incluya hábitos saludables, no fumar, disminución alcohol, ejercicio diario, control del peso.