

“TUMOR INDUCTOR DE OSTEOMALACIA.”

Presenta: Dra. Evelyn Ortiz
Médico Internista, Hospital Carlos Van Buren.
Tutor: Dra. Silvia Acuña
Endocrinóloga, Hospital Carlos Van Buren
GRUPO NO GESUR

CASO 1

Paciente A.P.O, femenina, 64 años con antecedente de HTA e hipotiroidismo. Refiere historia de fracturas costales bilaterales luego de caída de su propia altura en el año 2020. Posterior a ello desarrolla cuadro de dolor óseo progresivo principalmente localizado en extremidades superiores e inferiores con mala respuesta analgésica que requirió manejo con paracetamol y opioides. Es evaluada en medicina interna Hospital Claudio Vicuña (San Antonio) con laboratorio: ácido úrico 2.2 mg/dL, fosforo sérico 1.1 mg/dL, PTHi 55.2 pg/mL Vitamina D 30 ng/mL. Se deriva a HCVB a Nefrología por sospecha de síndrome de Fanconi y es hospitalizada para agilizar estudio. Durante su estadía se realiza interconsulta a Endocrinología por antecedente de hipotiroidismo. Llama la atención hipofosfatemia e historia de dolor óseo por lo que se amplía estudio.

Prueba	13/01/2023	Prueba	13/01/2023
Glicemia	88 mg/dL	Glucosa en orina de 24 hrs	25,5 mg/día
PTHi	73 pg/mL	Calcio en orina 24 hrs	127.5 mg/día
Albumina	4.2 g/dL	Fosforo en orina 24 hrs	795.6 mg/día
Fósforo	1.4 mg/dL		31.2 mg/dL=20.13 mEq/L
Calcio	9,6 mg/dL	Creatinina en orina 24 hrs	31.7 mg/dL
Creatinina	0.55 mg/dL	Ácido úrico en orina de 24 hrs	487 mg/día
Vitamina D	30 ng/mg	%TRP	75%
Na/K/Cl	141/4.6/109		
Ácido úrico	2,2 mg/dL		

Se rescata **densitometría ósea (09/09/2021)**: Osteopenia de ambas caderas (T score 2.1 g - 1.9) - Osteoporosis de columna lumbar (T score 2.7).

Se realiza **TC cerebro-TAP c/c (2023)**:

- Tórax: Fracturas costales derechas, con signos de reparación y discreta deformación de la pared. En el lado izquierdo, también hay fracturas costales con signos de reparación.
- Abdomen y pelvis: Fracturas bilaterales de huesos pelvianos de aspecto antiguo.

Al interrogatorio sin antecedentes familiares de trastornos óseos y sin alteración nutricional. Estudio por nefrología descarta Sd de Fanconi.

Se inicia manejo con jarabe de fosfato, calcitriol y por osteoporosis se indica manejo con bifosfonato EV (ácido zoledrónico). Presenta respuesta parcial al dolor, pero manteniendo hipofosfatemia. Es dada de alta para continuar estudio ambulatorio. Se enfoca manejo como sospecha de tumor inductor de osteomalacia.

En policlínico de endocrinología se solicita **PET CT GALIO – DOTATE (19/05/2023)** que informa: Nódulo plantar izquierdo con intensa sobreexpresión de receptores de somatostatina que dado el contexto clínico es sospechoso de corresponder a tumor mesenquimal fosfatúrico primario.

Se realiza exéresis de tumor plantar el día 21/03/2024 por equipo de traumatología. Biopsia informa: Tejido adiposo que contiene un tumor oval de contorno muy neto que mide 26 x 16 x 12 mm. **Diagnóstico histológico:** Tumor mesenquimático fosfatúrico, sin anaplasia, figuras mitóticas ni necrosis (histológicamente benigno). Posterior a cirugía paciente evoluciona de forma favorable, logrando normalización de fosfemia (3,9 mg/dL).

Bibliografía:

- Boland, J. M., Tebben, P. J., & Folpe, A. L. (2018). Phosphaturic mesenchymal tumors: what an endocrinologist should know. *Journal Of Endocrinological Investigation*, 41(10), 1173-1184. <https://doi.org/10.1007/s40618-018-0849-5>.
- Minisola, S., Fukumoto, S., Xia, W., Corsi, A., Colangelo, L., Scillitani, A., Pepe, J., Cipriani, C., & Thakker, R. V. (2022). Tumor-induced osteomalacia: A comprehensive review. *Endocrine Reviews*, 44(2), 323-353. <https://doi.org/10.1210/endrev/bnac026>
- Dahir, K., Zanchetta, M. B., Stanciu, I., Robinson, C., Lee, J. Y., Dhaliwal, R., Charles, J., Civitelli, R., Roberts, M. S., Krolczyk, S., & Weber, T. (2021). Diagnosis and Management of Tumor-induced Osteomalacia: Perspectives From Clinical Experience. *Journal Of The Endocrine Society*, 5(9). <https://doi.org/10.1210/jendso/bvab099>