

Neoformaciones duras-blanquecinas en nalgas (calcinosis cutis primaria)

Primary calcinosis cutis

LARISSA D LÓPEZ CEPEDA,* GISELA NAVARRETE FRANCO,**

ROSALBA PAULINO BATISTA***

* Dermatóloga, Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua (CDP); ** Dermatóloga y dermatopatóloga, (CDP);

*** Residente de 4º año de Dermatología, (CDP), México, DF

RESUMEN

LA CALCINOSIS CUTIS PRIMARIA ES UNA AFECCIÓN POCO FRECUENTE EN LA QUE LOS DEPÓSITOS DE CALCIO SUELEN ENCONTRARSE A NIVEL DE DERMIS PROFUNDA O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO; PARA CORROBORAR EL DIAGNÓSTICO ES NECESARIO REALIZAR ESTUDIOS DIVERSOS, QUE INCLUYEN EVALUACIÓN ENDOCRINOLÓGICA.

COMUNICAMOS EL CASO DE UNA PACIENTE CON CALCINOSIS CUTIS PRIMARIA, CUYO TRATAMIENTO SE BASÓ EN EXTIRPACIONES QUIRÚRGICAS SERIADAS; ASIMISMO, SE REALIZA UNA BREVE REVISIÓN DEL TEMA.

PALABRAS CLAVE: CALCINOSIS CUTIS PRIMARIA, CALCINOSIS CUTIS, CALCINOSIS CUTIS IDIOPÁTICA

ABSTRACT

PRI-MARY CALCINOSIS CUTIS IS A RARE AFFECTION, IN WHICH THE CALCIUM DEPOSITS ARE LOCATED AT DEEP DERMIS AND/OR IN FAT TISSUES. TO CORROBORATE THE DIAGNOSIS ONE NEEDS TO CARRY OUT STUDIES THAT INCLUDE AN ENDOCRINOLOGIC EVALUATION. WE REPORT A FEMALE PATIENT WITH PRIMARY CALCINOSIS CUTIS, WHOSE TREATMENT IS BASED ON A SERIAL OF SURGICAL EXCISION; ALSO, A BRIEF REVIEW IS DONE.

KEY WORDS: PRIMARY CALCINOSIS CUTIS, CALCINOSIS CUTIS, IDIOPATIC CALCINOSIS CUTIS

Caso clínico

Paciente femenino de 21 años de edad, con dermatosis localizada en tronco, del que afecta nalgas en su tercio inferior; la dermatosis era bilateral y simétrica, de aspecto monomorfo, constituida por cinco neoformaciones hemiesféricas, unas de superficie lisa y eritematosa, otras blanquecinas y de superficie anfractuosa, duras, dolorosas al tacto profundo y a la posición sedente. Refirió una evolución de dos años aproximadamente, que se inició con unas *bolitas* duras, asintomáticas, que tuvieron incremento gradual en su volumen (Figura 1). La paciente negó haberse inyectado sustancias como aceites y negó antecedentes de traumatismos en la zona afectada.

CORRESPONDENCIA:

Vértiz 822-2, Narvarte, Deleg. B. Juárez,
México DF. Teléfono: (0155) 56 96 40 18
e-mail: larisslo@yahoo.com.mx

Con los diagnósticos iniciales de granuloma a cuerpo extraño vs. calcinosis cutis, se tomó biopsia de una de las lesiones y se realizó estudio histopatológico, que mostró con



Figura 1. Neoformaciones hemiesféricas, algunas de superficie lisa y eritematosa, otras blanquecinas y superficie anfractuosa, duras, en nalgas.

la técnica de parafina y tinción de rutina una lesión exofítica, con hiperqueratosis y acantosis moderada; en dermis superficial, media y profunda, numerosos depósitos de material amorfo basófilo de tamaño variable, rodeados por haces de colágena hialinizada (Figuras 2 y 3). Con tinción Von Kossa se corroboró la presencia de depósitos cálcicos amorfos.

Se solicitaron estudios radiológicos, en los que se observa material radioopaco a nivel de glúteos en su parte inferior, de material posiblemente cálcico, lo cual determina paniculitis (Figura 4). La afección se encontró únicamente en piel.

Para descartar calcinosis cutis secundaria a alteraciones endocrinológicas se solicitaron BH, QS y EGO, los cuales se encontraron en parámetros normales. También se realizaron evaluación endocrinológica y determinación de hormona paratiroidea, calcio y fósforo séricos y urinarios, encontrando determinación de hormona paratiroidea intacta 87.1 pg/ml (16-87 pg/ml), calcio 7.6 mg/dl (8.1-10.4 mg/dl), calcio en

orina 190.6 mg (50-400 mg/24 h), fósforo 3.2 mg/dl (2.5-4.5 mg/dl), fósforo en orina 511.5 mg (400-1 300 mg/24 h). Al mes se repitieron la determinación de albúmina en suero con valor de 5.1 g/dl (3.5-5 g/dl) y calcio en suero con 10.2 mg/dl (8.1-10.4 mg/dl), respectivamente.

Se hizo el diagnóstico final de calcinosis cutis primaria (clínicamente: calcinosis cutis idiopática de las extremidades; patogénicamente, calcinosis tumoral primaria normofosfatémica).

La paciente se encontró endocrinológicamente sin alteraciones y se descartó involucro sistémico.

El tratamiento ha consistido en extirpación quirúrgica de las neoformaciones cuando son molestas para sentarse. A la fecha se han realizado tres eventos quirúrgicos (Figura 5).

Comentarios

La calcinosis es un proceso en que en los tejidos hay depósito de cristales de hidroxapatita, seguidas de osificación. Hay múltiples clasificaciones, mas suele dividirse en calci-

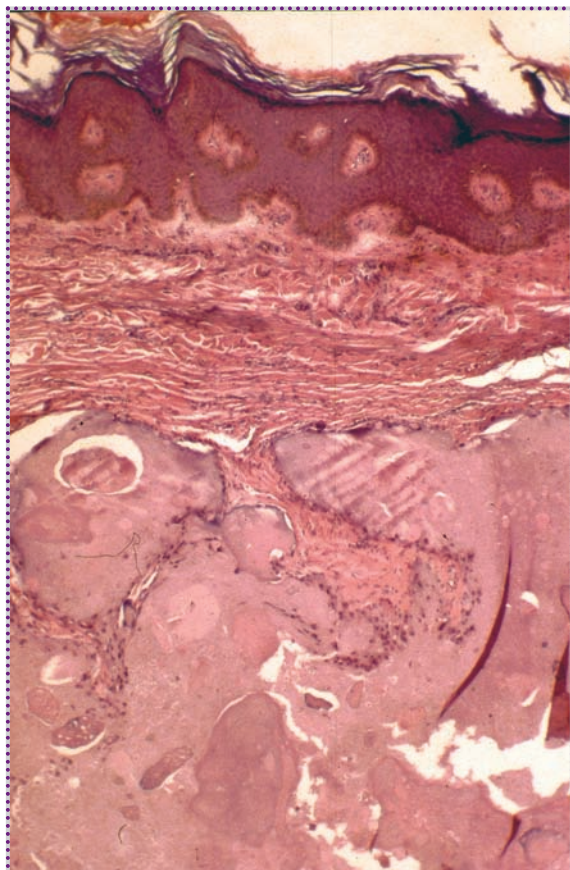


Figura 2. HE 10 x. Epidermis con hiperqueratosis y acantosis; en dermis media se aprecian abundantes depósitos de calcio.

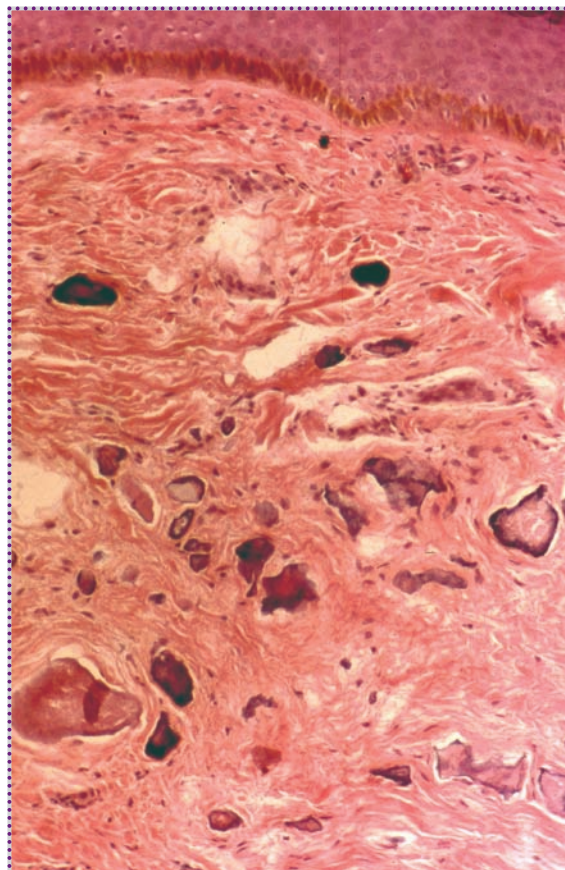


Figura 3. HE 20 x. Depósitos de calcio en dermis superficial y media.

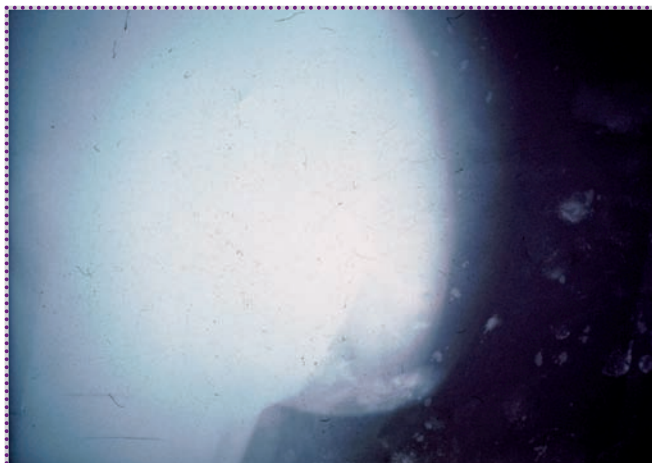


Figura 4. Radiografía lateral de pelvis. Nótese los depósitos radioopacos en regiones glúteas.



Figura 5. Aspecto clínico después de la última intervención quirúrgica, con remoción de cuatro lesiones.

nosis primarias y secundarias.¹ Su etiología es desconocida en los casos primarios, y en los secundarios puede deberse a alteraciones hísticas locales, penetración de sales de calcio en la piel, alteraciones metabólicas^{2,3} en donde haya concentraciones elevadas de calcio y fósforo en la sangre (hipercalcemia e hiperfosfatemia) y algunas enfermedades como la esclerosis sistémica progresiva, polimiositis-dermatomiositis,⁴ lupus eritematoso sistémico, hiperparatiroidismo y miositis osificante.⁵

La calcinosis cutis primaria es un proceso raro en que los depósitos de calcio suelen encontrarse a nivel de dermis profunda o tejido celular subcutáneo.

El caso que nos compete corresponde, de acuerdo con una clasificación clínica, a calcinosis idiopática de las extremidades, llamada también calcinosis circunscrita, cálculos cutáneos o nódulos calcificados subepidérmicos; en este tipo no hay esclerodermia asociada, es más frecuente en manos y pies y en pacientes con trisomía 21.² De acuerdo con una clasificación patogénica, corresponde a calcinosis tumoral primaria normofosfatémica (fosfato y calcio séricos normales, sin evidencia de causas previas asociadas a la calcificación de los tejidos).²

Para el diagnóstico se considera el aspecto clínico (neoformaciones blanco-amarillentas, frecuentemente con eliminación transepidérmica), estudio histológico con tinción Von Kossa; y para descartar involucro sistémico, estudios radiológicos, endocrinológicos con determinación de parathormona y valores de calcio y fosfato séricos. El tratamiento es, en los casos secundarios, con base en dieta con res-

tricción de calcio e ingesta de hidróxido de aluminio como quelante,⁴ y tanto en los casos secundarios como en los primarios (como el aquí referido), extirpación quirúrgica de las neoformaciones. En algunos casos hay remisión espontánea.^{1,2}

Agradecimientos

- Servicio de Endocrinología, Hospital General de México.
- Servicio de Dermatopatología, Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.

REFERENCIAS

1. Walsh J, Fairley J. "Cutaneous mineralization and ossification". In: *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Boston. McGraw-Hill, 1993; 1490-1495
2. Cribier B. "Calcificaciones, osificaciones y lesiones cartilaginosas cutáneas". In: *Encyclopédie Médico Chirurgicale*. Francia. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier, 2002 (2) 98 : 730-A-10
3. Kotsuji T, Imakado S, Iwasaki N & Otsuka F. *Milia-like idiopathic calcinosis cutis in a patient with translocation Down syndrome*. Letter. J Am Acad Dermatol 2001; 45: 152-153
4. Nakagawa, Takaima. *Calcinosis cutis in juvenile dermatomyositis responsive to aluminium hydroxide treatment*. J Dermatol 1993; 20: 558-560
5. Sahn, Smith. *Annular dystrophic calcinosis cutis in an infant*. J Am Acad Dermatol 1996; 26: 1015-1016
6. Phillips D, Norton S & Fitzpatrick J. *Proposal for a pathogenesis-based classification of tumoral calcinosis*. Int J Dermatol 1996; 35: 265-271
7. Alonzo Romero L, Novales J, Aparicio C, Padilla M del C. *Calcinosis cutánea idiopática. Reporte de un caso*. Rev Cent Dermatol Pascua 2005; 14: 100-103
8. Walsh J. *Calcifying disorders of the skin*. J Am Acad Dermatol 1995; 33: 693-703