

**Revista del  
Centro Dermatológico Pascua**

**Volumen**  
*Volume* **14**

**Número**  
*Number* **2**

**Mayo-Agosto**  
*May-August* **2005**

*Artículo:*

**Calcinosis cutánea idiopática.  
Reporte de un caso**

Derechos reservados, Copyright © 2005:  
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in  
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



**medigraphic.com**

# Calcinosis cutánea idiopática. Reporte de un caso.

Dra. Lourdes Alonzo Romero,\* Dra. Josefa Novales,\*\* Dra. Claudia Aparicio Gracilazo,\*\*\* Dra. Carmen Padilla D\*\*\*\*

## RESUMEN

La calcinosis cutánea es el depósito de calcio y fosfato en los tejidos. Los trastornos comúnmente asociados son la dermatomiositis y la esclerosis sistémica progresiva. Se presenta el caso de una paciente de 46 años de edad y se realiza breve revisión de la literatura.

**Palabras clave:** Calcinosis cutánea.

## ABSTRACT

*Calcinosis cutis is the deposit of calcium and phosphate of the tissue. The most common conditions associated are dermatomyositis and progressive systemic sclerosis. We present the case of a 46 year old female and we made synthesis of the literature.*

**Key words:** *Calcinosis cutis.*

## INTRODUCCIÓN

En 1878 se realiza el primer registro clínico de calcinosis cutánea. Rothstein y Welt en 1936 revisaron 39 casos de calcinosis cutánea y comunicaron que los trastornos más comúnmente asociados eran dermatomiositis y esclerosis sistémica progresiva.

La calcificación cutánea es el depósito de fosfato cálcico en la piel y en el tejido celular subcutáneo, las sales de calcio y de fósforo que se precipitan formando un material amorfo, generan colecciones fluctuantes que eventualmente pueden fistulizarse, drenando material al exterior.

Por otra parte, las osificaciones, constituyen un tejido organizado y duro, provisto de células (osteoblastos y osteoclastos) e incluso médula ósea. La radiografía muestra en ambos casos una estructura radioopaca y no permite distinguirlas. Solamente el examen histopatológico proporciona un diagnóstico preciso.

Las calcinosis se han clasificado, de acuerdo a su mecanismo de producción en:

- |                 |                   |                    |
|-----------------|-------------------|--------------------|
| I. Distrófica   | a) localizada     | b) generalizada    |
| II. Etastásica  | a) hipercalcémica | b) normo calcémica |
| III. Idiopática | a) localizada     | b) generalizada    |

En las últimas décadas, la calcinosis cutánea ha sido descrita en lupus eritematoso, lupus cutáneo subagudo y discoide.<sup>1,2</sup>

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

### CALCINOSIS CUTÁNEA DISTRÓFICA

Es la forma más común de calcinosis cutánea y ocurre cuando las sales de calcio se depositan en tejido previamente dañado o en proceso de degeneración; esta necrosis focal sirve como iniciadora de la mineralización. Las calcinosis pueden ser localizadas, como por ejemplo en acné, granuloma a cuerpo extraño, cicatrices, quemaduras, hematomas y reacción posinflamatoria, a la aplicación de gluconato de calcio por vía intravenosa. Las infecciones parasitarias que producen calcinosis incluyen oncocercosis y cisticercosis.

La calcinosis cutánea distrófica se presenta en asociación con una variedad de lesiones benignas como el pilomatrixoma, siringoma condroide, angiomas, lipomas

\* Dermatóloga del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

\*\* Dermatopatóloga del CDP.

\*\*\* Residente de 3° año Dermatología, CDP.

\*\*\*\* Micóloga del CDP.

y tumoraciones malignas como carcinoma basocelular y liposarcoma.

En las formas generalizadas, puede haber numerosos depósitos de gran tamaño en el cuerpo, a los que se denomina calcinosis universal. Esta variedad predomina en pacientes con dermatomiositis, y excepcionalmente en esclerosis sistémica progresiva.

### **CALCINOSIS CUTÁNEA METASTÁSICA**

Es un fenómeno que se presenta en toda la superficie corporal, pero que afecta principalmente tejido intersticial de los vasos sanguíneos, riñones, pulmones y mucosa gástrica.

La hipercalcemia puede deberse a hiperparatiroidismo primario, consumo excesivo de vitamina D, ingesta exagerada de leche y álcalis, destrucción ósea extensa por osteomielitis o metástasis de un carcinoma.

Las lesiones cutáneas son neoformaciones de aspecto nodular, blancas, lineales, de consistencia firme, que contienen una sustancia granular de color blanco.

### **CALCINOSIS CUTÁNEA IDIOPÁTICA**

Recibe el nombre de calcinosis cutánea primaria, y se asocia a depósitos de calcio en piel, no relacionados con lesiones en tejidos o anomalía metabólica demostrable.

La calcinosis tumoral es una manifestación especial de la forma idiopática. Otras variedades clínicas son la calcinosis escrotal, vulvar, del pene, caja torácica y nódulo sub-epidérmico calcificado, que se localiza frecuentemente en cara.<sup>3-5</sup>

### **HISTOPATOLOGÍA**

En la calcinosis cutánea distrófica, el calcio constituye depósitos pequeños en la dermis y masivos en el tejido celular subcutáneo, los cuales pueden rodearse de células gigantes tipo cuerpo extraño.

Los acúmulos suelen encontrarse en áreas con degeneración del colágeno o tejido adiposo, a causa de la patología asociada a la calcinosis.

En la calcinosis cutánea metastásica, el calcio forma acúmulos masivos en el tejido celular subcutáneo, y gránulos pequeños en la dermis.

Los depósitos grandes a menudo generan una reacción por cuerpo extraño, por lo que puede haber células gigantes, infiltrado inflamatorio y fibrosis.<sup>6</sup>

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Diversos tumores pueden acompañarse de osificación y deben considerarse como diagnóstico diferencial. Los tumores que se osifican con mayor frecuencia, son el pilomatrixoma (20% de casos), y el siringoma condroide, cuyo estroma cartilaginoso puede osificarse fácilmente; los quistes epidermoides, carcinomas basocelulares, y tricoepiteliomas se calcifican en menor proporción.

Se ha observado la presencia de pequeños focos de osificación en el nevo azul, nevo de Spitz y melanoma.

### **TRATAMIENTO**

Para este padecimiento se han probado diversas terapéuticas; una de ellos es el gel de hidróxido de aluminio, que actúa quelando el fósforo a nivel intestinal, impidiendo su absorción. El etidronato disódico *in vitro*, disminuye la formación de cristales de hidroxiapatita, y administrado endovenosamente disminuye los niveles de calcemia.

En los episodios agudos de inflamación de un nódulo calcificado, es útil el tratamiento con colchicina. La warfarina a dosis de 1 mg/día disminuye los niveles tisulares de ácido gammacarboxiglutámico, que está probablemente implicado en el desarrollo de la calcificación.

En casos avanzados se han utilizado glucocorticoides y terapia inmunosupresora.

Ocasionalmente la exéresis quirúrgica puede utilizarse, para prevenir la ulceración y la infección crónica; pero suele acompañarse de recidiva.

Es importante mencionar que existe un elevado porcentaje de regresiones espontáneas.<sup>7-10</sup>

### **CASO CLÍNICO**

Se presenta el caso de una paciente del sexo femenino, de 46 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal, de ocupación empleada; quien consulta al Centro Dermatológico Pascua, en marzo de 2005, con cuadro clínico de 3 meses de evolución.

Se trata de una dermatosis localizada a tronco, del cual afecta cara posterior a nivel de región glútea y subglútea derecha. Unilateral y asimétrica (*Figura 1*).

La dermatosis está constituida por una placa de 10 x 5 cm, de aspecto esclerodermiforme, color eritematovioláceo, bordes definidos, y con pseudonódulos calcificados en la superficie, asintomáticos (*Figura 2*).

Al interrogatorio niega antecedentes patológicos y tratamientos previos.



**Figura 1.** A nivel de región glútea derecha, placa de color eritematovioláceo de aspecto esclerodermiforme de bordes definidos.



**Figura 2.** A mayor acercamiento se observa placa esclerodermiforme con pseudonódulos calcificados en la superficie.

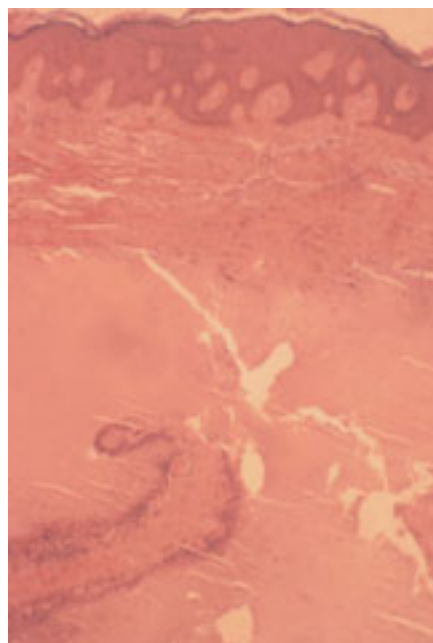
Se hace diagnóstico presuntivo de calcinosis cutánea y se inicia protocolo de estudio, que incluye biopsia de lesiones.

Una semana posterior a la realización de biopsia, la paciente presentó ulceración de los nódulos, drenando material calcificado. Tres semanas después inició involución espontánea de las lesiones.

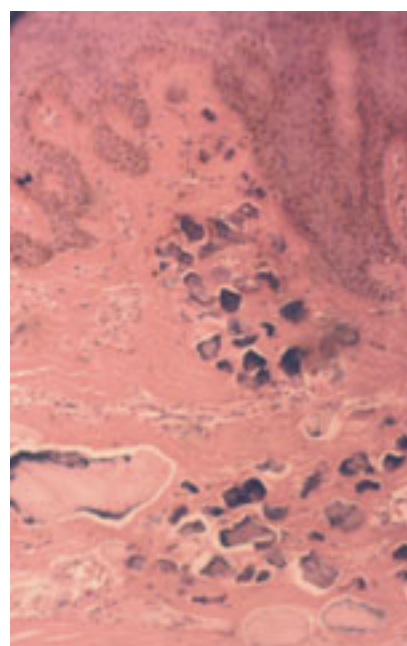
#### ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

Con el número de estudio P-606/2005 se hizo la siguiente descripción:

Los cortes muestran una epidermis con capa córnea laxa, acantosis irregular moderada, a expensas de los



**Figura 3.** Imagen histológica I. Epidermis con acantosis irregular. En la dermis media y profunda se observan grandes depósitos amorfos rodeados por infiltrado granulomatoso. (H-E 4x).



**Figura 4.** Imagen histológica II. Un mayor aumento demuestra la presencia de varios depósitos de calcio, los cuales ocupan toda la dermis. (H-E 10x).

procesos interpapilares, capa basal con pigmentación irregular.

La dermis tiene papilomatosis, en algunas áreas de dermis superficial y media hay pequeños depósitos de calcio.

En otras zonas del corte tanto en dermis superficial como media y profunda se observan grandes masas eosinófilas

ovaladas, rodeadas por infiltrados linfohistocitarios moderados, fibrosis de la colágena (*Figuras 3 y 4*).

### COMENTARIO

El presente caso fue clasificado como calcinosis cutánea idiopática, ya que el cuadro clínico no se asoció con otra dermatosis ni alteraciones metabólicas demostrables.

La confirmación del diagnóstico se realizó con el estudio histopatológico.

La evolución clínica satisfactoria de la paciente no sorprende, ya que se ha reportado un elevado porcentaje de casos que tienen regresión espontánea. En aquellos que no presentan una respuesta satisfactoria, se justifica evaluar la elección de algunos de los tratamientos descritos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Aractingi S, Berbis P. *EMQ* 2003; 2: 98-730-745.
2. Beers BB, Flowers F. Dystrophic calcinosis cutis. *Pediatric Dermatol* 1986; 3: 208-211.
3. Browne SG. Calcinosis circumscribed of the scrotal wall. *Br J Dermatol* 1982; 74: 136-140.
4. Fitzpatrick, Emsen et al. *Dermatology in General Medicine*. 6<sup>a</sup> edition. 2004; 2: 1491-1492.
5. García D. Calcinosis cutis universal secundaria a dermatomiositis infantil. *Actas DS* 1992; 83: 109-112.
6. Lever W. *Histopathology of the skin*. 7<sup>a</sup> edition. 1990: 441-444.
7. Mora RG. Calcinosis cutánea. *Revista del CDP* 1997; 6: 40-41.
8. Rook A. Tratado de dermatología. 4<sup>a</sup> edición, 2525-2529.
9. Roth SI, Helwing EB. Cutaneous ossification: report of 120 cases and review of the literature. *Arch Pathol* 1983; 76: 44-54.
10. Walsh J. Calcifying disorders of the skin. *J Am Acad Dermatol* 1995: 693-703.