

CASO CLÍNICO Nº 13 (SCLECARTO, 2010)

AUTOR

Comité editorial de www.sclecarto.org

CASO CLINICO

Paciente mujer de 74 años de edad, con antecedentes de insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis (Figuras 1 y 2), remitida por su médico de Atención Primaria para valorar una tumoración asintomática en el borde radial del tercio distal de su antebrazo izquierdo (Figuras 3 y 4) con una imagen calcificada que a aquél le parecía un tumor.



Figuras 1 y 2



Figura 3



Figura 4

DIAGNÓSTICO

CALCINOSIS TUMORAL URÉMICA

TRATAMIENTO Y RESULTADO

El tratamiento consistió en la información de la lesión a la paciente y a su médico de Atención Primaria, y la paciente no precisó de más medidas que el control de la enfermedad de base.

DISCUSIÓN

La calcinosis tumoral es una entidad poco frecuente y benigna caracterizada por tumoraciones de partes blandas calcificadas periarticulares, frecuentemente de tamaño considerable, compuestas de sales de calcio y habitualmente localizadas en las grandes articulaciones. Se distinguen tres tipos de calcinosis tumoral:

1. Idiopática (la más frecuente), con antecedentes familiares en el 30% de los casos.

2. Calcificación distrófica en tejidos lesionados previamente, como en la osteomielitis multifocal crónica recurrente.
3. Calcinosis tumoral secundaria (la forma menos frecuente), descrita en una amplia variedad de patologías (hiperparatiroidismo, primario o secundario; sobredosis de vitamina D; esclerodermia; e insuficiencia renal crónica).

La calcinosis tumoral urémica es una lesión poco frecuente en pacientes con insuficiencia renal crónica que realizan hemodiálisis periódica. Es una enfermedad progresiva y de difícil tratamiento pero que puede evitarse con un adecuado control del metabolismo fósforo-cálcico. Las masas se presentan como encapsuladas y multilobuladas, de diámetro variable (hasta 25 cm), con paredes fibrovasculares que contienen un material cremoso calcificado blanco-amarillento compuesto por fosfato cálcico y/o carbonato cálcico. La lesión crece de forma expansiva sin invasión visceral, muscular ni ósea.

La incidencia de la calcinosis tumoral urémica es poco clara, si bien se estima en un 1-7%. Sus causas son múltiples y la patogenia no está clara. Cuando la solubilidad del Ca/P alcanza niveles críticos, las sales de fosfato cálcico se precipitan entre los tejidos blandos.

En relación con la sintomatología, la calcinosis tumoral urémica se presenta como tumoraciones periarticulares no dolorosas de consistencia firme y crecimiento progresivo. Suelen ser poco sintomáticas, aunque puede limitarse algo la movilidad articular y comprimirse algún nervio en grandes tumoraciones. En alguna ocasión puede ulcerarse la piel suprayacente, con drenaje de un líquido blanco lechoso.

Radiográficamente se observan tumoraciones periarticulares lobuladas, homogéneas, densamente calcificadas, con una interlínea articular conservada. En la TC las masas son septadas y muestran una alta densidad, a veces con niveles. En RM se adivinan múltiples cavidades de baja densidad en T1. Su diagnóstico diferencial es amplio, incluyendo osteosarcomas y condrosarcomas de partes blandas, sarcomas sinoviales, miositis osificantes y huesos heterotópicos.

El diagnóstico de la calcinosis tumoral urémica es clínico-radiográfico, siendo pocas veces necesaria la biopsia. Esta demostraría un material calcificado amorfo con macrófagos y algunas células gigantes multinucleadas; así como, a veces, pequeñas masas psammomatosas formadas por el material calcificado.

El tratamiento de la calcinosis tumoral urémica se basa en la corrección del producto Ca/P, que en algunos pacientes podría significar un trasplante renal. En casos de hiperparatiroidismo grave se recomienda la paratiroidectomía. La extirpación de la tumoración estaría indicada en casos de compresión nerviosa, limitación de la movilidad o en presencia de ulceración cutánea.

BIBLIOGRAFÍA

García S, Cofán F, Combalía A, Segur JM, Campistol JM, Oppenheimer F. Calcinosi tumoral urémica en pacientes hemodializados de larga evolución. Avances Traum., 31 (3): 155-160, 2001.