

CALCINOSIS TUMORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Irene Morales Hernández / Dra. Marta García Castelblanque

Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almozara. Zaragoza

RESUMEN

La calcinosis tumoral es una lesión benigna, aunque muy infrecuente, por la cual se produce un depósito de calcio en tejidos blandos periarticulares. La etiología es desconocida, aunque se ha observado con mayor frecuencia en pacientes dializados o en aquellos con antecedentes familiares. Clínicamente, la presencia de dichos depósitos puede cursar de forma asintomática, si bien la clínica más común es el dolor, pudiendo producir incluso compresión nerviosa. El diagnóstico se realiza gracias a las pruebas de imagen, donde se suelen encontrar depósitos de calcio dispuestos de forma multilobular y quística. Para su tratamiento, se ha empleado calcitonina, bifosfonatos, corticoesteroides o radioterapia, con escaso éxito, motivo por el cual la resección quirúrgica sigue siendo el tratamiento de elección, aunque es común la recurrencia a pesar de ello.

PALABRAS CLAVES

Calcinosis tumoral, calcinosis tumoral glútea, calcificaciones de tejidos blandos

TUMORAL CALCINOSIS: A CASE REPORT

ABSTRACT

Tumoral calcinosis is a benign, but rare disorder characterized by deposits of calcium in periarticular soft tissues. The etiology is unknown, even though it has been described in dialysis patients, or it can also be familial. Clinically, the presence of these deposits can occur asymptotically, but usually, the patient suffers pain or even from nerve compression. The diagnosis needs to be made using imaging testing, in which calcium deposits are usually found arranged in a multilobular and cystic ways. Medical treatments of tumoral calcinosis (including calcitonin, bisphosphonates, steroids or radiotherapy) had been tried, all of them showing poor results. Consequently, surgical resection continues to be the gold-standard, although recurrence often occurs.

KEY WORDS

Tumoral calcinosis, Gluteal tumoral calcinosis, Soft tissue calcifications

Diagnóstico por imagen

CASO CLÍNICO

Paciente de 66 años sin antecedentes de interés, acude a Urgencias por dolor de meses de evolución en región dorsolumbar y ambas caderas y región inguinal que en las últimas 24 horas se ha intensificado con incapacidad para la deambulación. Afebril en domicilio.

En la exploración se constata dolor a la palpación de región inguinal bilateral, posición de extremidad inferior derecha con tendencia a la rotación interna y acortamiento y balance articular normal pero muy doloroso en ambas articulaciones coxofemorales.

En el Servicio de Urgencias se decide realización de analítica sanguínea (que resulta sin alteraciones) y una radiografía de pelvis y cadera (Fig. 1), en la que se aprecian depósitos cálcicos masivos e irregulares, de distribución periarticular en ambas caderas sugestivos de calcinosis tumoral.

Dado el empeoramiento rápidamente progresivo del cuadro y la necesidad de estudio, se decide ingreso hospitalario a cargo de medicina interna.

Durante su estancia en planta, se realiza RM de pelvis (Fig. 2, informada como “múltiples focos confluentes con morfología multinodular con edema perilesional. Los depósitos afectan al músculo glúteo medio y cuadrado femoral. Las calcinosis y su componente inflamatorio

asociado engloban al nervio ciático, afectando a su vaina en el tercio proximal del muslo.”) y gammagrafía ósea (Fig. 3, “aumento de captación, de distribución heterogénea, desde región petrocantérea bilateral hasta región distal de muslos, con mayor actividad en tercio medio y distal de región posterior de muslo izquierdo.”).

Se solicitó analítica con metabolismo fosforocálcico y PTH que es normal. Se realizó despistaje de neoplasia con marcadores tumorales y TAC toracoabdominal sin hallazgos. Se solicitó estudio de autoinmunidad cuyo resultado fue negativo. Se consultó con los servicios de Traumatología y Reumatología. Se pautó tratamiento sintomático con pregabalina y ante la presencia de reacción inflamatoria extensa pericalcinosi se inició corticoides (con intención de pauta corta). También y ante la presencia de osteoporosis se infundió una dosis de ácido zoledrónico. Con dicho tratamiento presentó mejoría clínica con alivio del dolor y mejoría de la deambulación. El Servicio de Traumatología descartó intervención quirúrgica dada la dificultad y secuelas de la resección de las calcificaciones y la posibilidad de recidiva.

Posteriormente, fue seguida de forma ambulatoria en consultas de Reumatología para tratamiento de su osteoporosis. Sin embargo, 3 meses después del ingreso y tras la suspensión de corticoterapia, inició de nuevo intenso dolor inguinal y en cara posterior de muslo izquierdo,



Fig. 1.

Diagnóstico por imagen

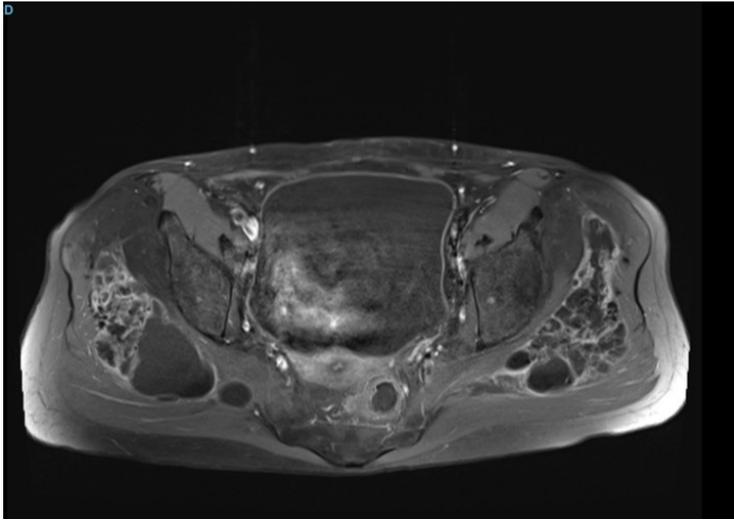


Fig. 2.

por lo que se le realizó nueva radiografía (Fig. 4) y RM de fémur, objetivándose tumoración en el compartimento posterior de muslo izquierdo, con afectación de bíceps femoral, semitendinoso, semimembranoso y ciático. En este momento se realizó resección quirúrgica de la lesión femoral y se envió muestra para análisis de anatomía patológica, con resultado de calcinosis tumoral.



Fig. 3.

Diagnóstico por imagen



Fig. 4.

BIBLIOGRAFÍA

1. Karaca L, Polat G, Sade R, Yüce I, Ogul H, Kantarci M. Nontraumatic tumoral calcinosis. *Joint Bone Spine*. 2017;84(4):491.
2. Bravo V del, Liuzza F, Perisano C, Chalidis B, Marzetti E, Colelli P, et al. Gluteal tumoral calcinosis. *HIP Int*. 2012;22(6):585-591.
3. Hsiao CC, Lee CC, Chen KH. Successful treatment of tumoral calcinosis by lanthanum carbonate. *INTMED*. 2018;57(24):3589-91