

PRESENTACION DE ENFERMOS, RADIOGRAFIAS E INSTRUMENTOS

Calcinosis tumoral

Dres. ALDO A. CASTAGNO, JUAN J. BRUNI y JORGE VANETTA*

Se denomina calcinosis tumoral a la localización masiva de fosfatos, pirofosfatos o carbonatos de calcio, aislados o en combinación, en los tejidos periarticulares, recibiendo el nombre de lipocalciogranulomatosis cuando además se observa anatomopatológicamente la presencia de histiocitos cargados con lípidos.

Fue descripta por Duret en 1899 como una calcificación periarticular, asociada a angiomas retinianos y acompañada en algunos casos de hiperfosfatemia. Teutschlander, en 1935, la denomina lipocalciogranulomatosis, pero es verdaderamente Inclán en 1934 quien la describe con el nombre de calcinosis tumoral.

La infrecuencia de su presentación nos hizo remitir a la literatura, donde hallamos dos artículos que a nuestro criterio pretenden compendiar una actualización del tema.

Sus causas aún no están claramente establecidas, postulándose: trastornos congénitos del metabolismo del fósforo o de su transporte, así como una predisposición condicionada genéticamente del tejido colágeno a la calcificación.

Mitnick (1980) la considera consecuencia de una alteración del metabolismo fosfocálcico debido a la aumentada reab-

sorción de fosfatos a nivel de los túbulos renales proximales. El aumento de fósforo sérico y la solubilidad fósforo-cálcica facilitarían su depósito tisular.

Otros autores la consideran un trastorno bioquímico local, iniciado por un traumatismo, con depósitos de iones cálcicos que serían por tejidos biológicamente preparados, debido a la predisposición genética del colágeno.

Por último cabría considerar la posibilidad de un factor inmunológico, dada la presencia de inmunoglobulinas G y A elevadas.

Más frecuente en gente de raza negra, con especial incidencia en la primera y segunda décadas de la vida. Su historia natural consiste en masas calcificadas periarticulares de lento crecimiento, con paulatina disminución de la función articular, ulceración y finalmente infección.

El plano exterior de las grandes articulaciones, hombro, cadera y codo, es la localización usual, comprometiendo su presencia la función articular.

La exéresis quirúrgica no es siempre curativa, ya que la frecuencia de recidivas es alta y frecuentemente con crecimiento más acelerado. Los buenos resultados obtenidos últimamente con tratamiento médico, consistente en la administración de preparados que inhiben la reabsorción de fósforo, son interesantes de señalar.

Así, Mozaffarian (1972) publica un caso de un paciente de 16 años que mejora no-

* Instituto de Oncología "Angel H. Roffo", Universidad de Buenos Aires.

tablemente luego de 11 semanas de tratamiento, mientras Kirk y Douglas logran el mismo resultado en un paciente adulto luego de un tratamiento sostenido de 7

meses. En cambio, Gregosiewicz (1989) obtiene mejoría significativa con sólo cuatro semanas de tratamiento en un paciente de 6 años.

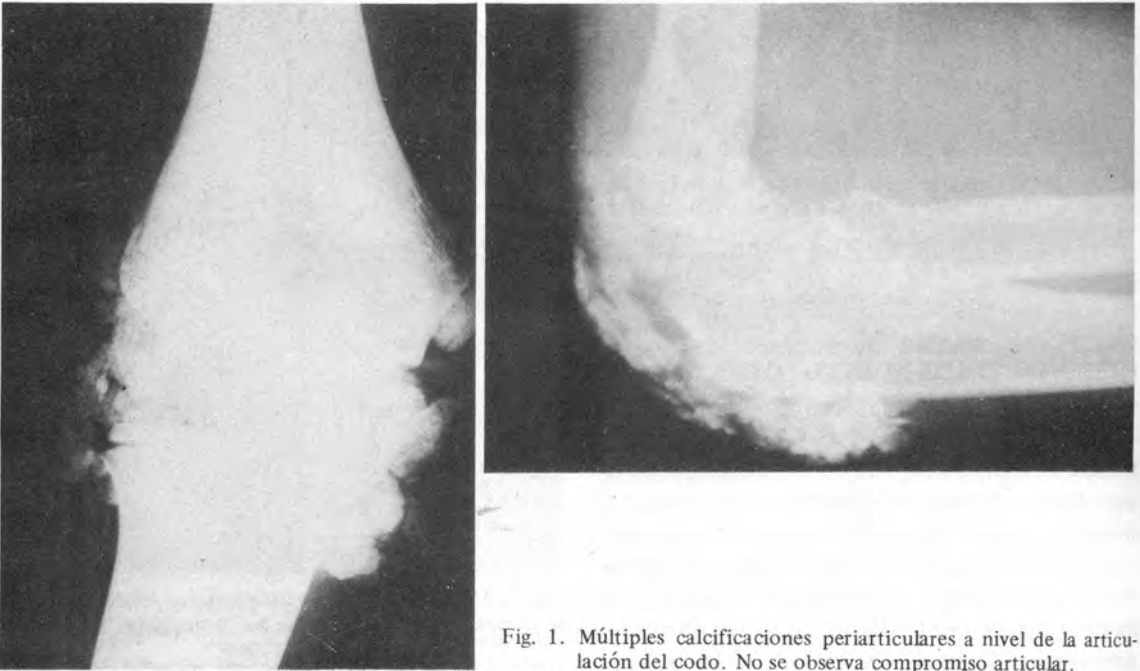


Fig. 1. Múltiples calcificaciones periarticulares a nivel de la articulación del codo. No se observa compromiso articular.

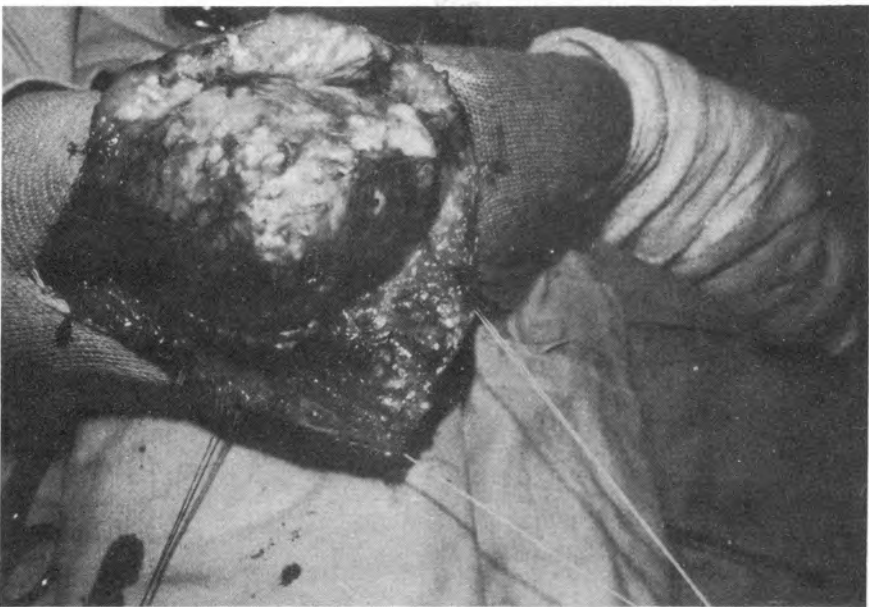


Fig. 2. Vista intraoperatoria donde se observan los nódulos

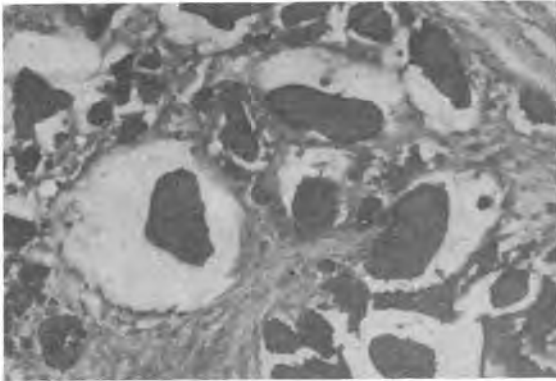


Fig. 3. Cristales de sales cálcicas en medio de un estroma fibroso con la presencia de algunas células multinucleadas.

PRESENTACION DE NUESTRO CASO

Se trata de un niño de 9 años de edad, con un antecedente traumático impreciso, quien presenta con algunas semanas de evolución una severa deformación a nivel del plano extensor del codo derecho. Radiológicamente aparece una masa calcificada periarticular de notable volumen. La movilidad se encuentra discretamente comprometida, con una limitación de la flexión. Los exámenes de laboratorio muestran niveles normales de calcio, fósforo y fosfatasa alcalina, observándose un discreto aumento de las inmunoglobulinas G y A. En el acto quirúrgico se observa la presencia de nódulos calcificados adheridos a la dermis y aún más firmemente a las estructuras blandas profundas. Estos nódulos se muestran blandos y de un contenido cremoso y blanquecino.

La exéresis de los mismos es laboriosa en virtud de la fijeza a las partes blandas.

Evaluada anatomopatológicamente, se observan sales cálcicas en forma de cristales de diferente tamaño, rodeados de tejido fibroso, con células gigantes de cuerpo extraño e histiocitos. Las paredes vasculares se encuentran infiltradas con células linfáticas y plasmáticas.



Fig. 4. Vista radiográfica postoperatoria donde se observa la desaparición completa de las formaciones calcificadas periarticulares.

El tratamiento quirúrgico fue seguido de tratamiento médico, consistente en dieta con aporte restringido de calcio y fósforo y una suspensión oral de 900 mg de carbonato sódico de dihidroxi-aluminio por espacio de tres meses.

La evolución ha sido favorable en cuanto a la función, no habiendo evidencia actual de recidiva.

El examen centellográfico alejado no ha demostrado que existan otras localizaciones.

La rareza de esta entidad hizo que nos pareciera interesante su presentación en esta Asociación.