

CALCINOSIS TUMORAL

RESUMEN

La calcinosis tumoral (C.T.) es una enfermedad caracterizada por masas calcificadas de diferentes tamaños en las regiones yuxtarticulares de grandes articulaciones. Se han descrito en asociación a esta patología, trastornos en el metabolismo del calcio y fósforo, como así también una historia familiar de hiperfosfatemia. La mayoría de los casos de C.T. fueron reportados en personas de raza negra de origen africano.

La rareza de esta enfermedad en nuestro medio (fue descrito sólo un caso en nuestro país) motivó la presentación de estos dos pacientes con diagnóstico de C.T.

Palabra clave: Calcinosis tumoral - Tumores yuxta articulares.

SUMMARY

Tumoral calcinosis disease is characterized by calcified masses of different size which develop around large joints. Calcium and

phosphorus metabolic disorders as well as a family history of hyperphosphatemia have

been described associated with this disease. Most of the cases have been reported in african negroes. As far as we know, there is only one case reported from our country. Here we describe two new cases seen in our service.

Key word: Tumoral calcinosis.

Dres. Gustavo Ibarreta *, Ricardo León de la Fuente **, Gustavo Elena *** y Emilio Fantin ****.
Servicio de Ortopedia y Traumatología
Hospital Privado-centro Médico de Córdoba

INTRODUCCION:

El término "calcinosis tumoral" (C.T.) fue usado por primera vez por Inclan (1) para describir grandes masas calcificadas periarticulares observadas en tres niños. Las primeras publicaciones acerca de esta entidad patológica datan de 1899, realizadas por Duret (2) y en 1935 por Teutschlaender (3), quienes describen a esta entidad como hipercalcinogranulomatosis.

La C.T. está caracterizada por la presencia de quistes simples o multilobulados que contienen material cálcico. Su formación es el resultado del depósito de sales de calcio en los tejidos blandos que rodean los hombros, caderas, codos y zonas de extensión de los miembros. Las masas no son dolorosas y se las observa en niños y adolescentes. Existe una historia familiar de hiperfosfatemia en el 30 % de los pacientes lo que sugiere un trastorno en el metabolismo del fósforo (4) (5).

Nosotros hemos visto dos pacientes con C.T., siendo la segunda descripción de dicha enfermedad en nuestro país. La mayoría de las C.T. han sido observadas en pacientes de raza negra de países africanos (6) (7).

Reporte Clínico

Caso 1: Varón de 16 años, sin antecedentes traumáticos; consulta por dolor de cuatro meses de evolución y masa tumoral de 8 x 10 cm en región glútea derecha. Metabolismo de calcio y fósforo, y función renal normales. Radiografía y TAC: imagen calcificada yuxtarticular. Se procede a extirpación quirúrgica, con confirmación diagnóstica por anatomía patológica (Fotos 1 - 2) (3) Control postoperatorio (Foto 4).

Caso 2: Mujer de 30 años, con dolor en hombro derecho; de 10 días de evolución sin trastornos funcionales y tumor palpable en surco deltopectoral. Radiografía: calcificaciones en hombro derecho de 4 cm de diámetro. Extirpación quirúrgica. (Foto 5 y 6)

DISCUSION

El tiempo en que se desarrollan las calcificaciones va-

* Residente de Ortopedia y Traumatología - Hospital Privado.

** Residente de 1er. Año - Hospital Privado.

*** Médico de Clínica Médica - Hospital Privado.

**** Adjunto de Ortopedia y Traumatología - Hospital Privado.



Foto 1) Radiografía de caderas que muestra una extensa masa calcificada, heterogénea, proyectada en la región de cuello femoral derecho próxima a las estructuras articulares.

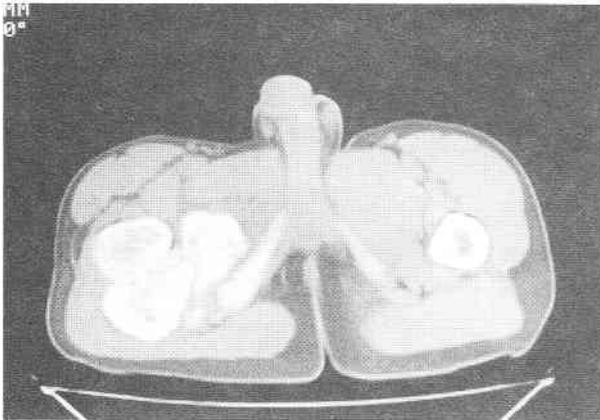


Foto 2) TAC muestra la masa de tejidos blandos calcificada en la región posterointerno de la raíz del muslo derecho, ubicada inmediatamente por debajo de la articulación de la cadera y en contacto con el cuello femoral, no evidenciándose lesión ósea.



Foto 4) Radiografía de caderas, (post-quirúrgica). Desaparición completa de la masa calcificada de partes blandas. No se observan lesiones óseas.

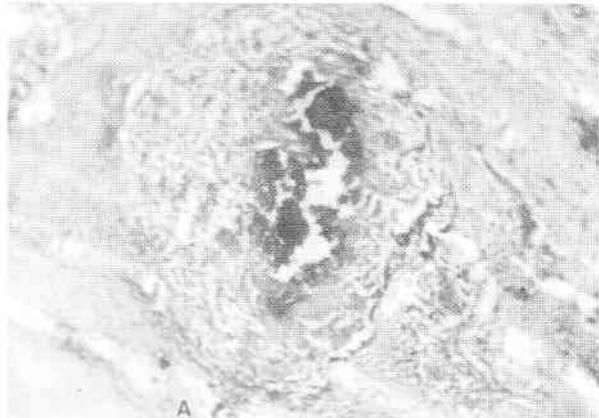


Foto 3 -A) Calcificación central rodeada por necrosis.

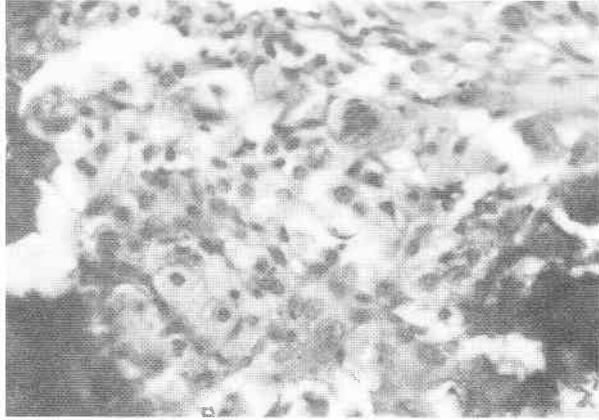


Foto 3 -B) Proliferación histiocítica y escasas células gigantes de tipo cuerpo extraño



Foto 5/6) Radiografía de hombro derecho (F y P) Calcificación en los tejidos blandos periarticulares, localizadas por delante de la cabeza humeral.

ría según los autores desde algunas semanas a varios años (6). En nuestros pacientes el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento fue de cinco semanas. Considerando el tamaño de la masa tumoral y el corto tiempo de los síntomas, estas masas deben desarrollarse en forma silenciosa durante un largo tiempo.

Los hallazgos en nuestros pacientes no coinciden con lo observado por Mitnick y col (4), en que las calcificaciones pueden ser una consecuencia de una alteración en el metabolismo del calcio y fósforo, causada por una función defectuosa del túbulo renal proximal. Nuestros pacientes tenían una función renal normal.

La hiperfosfatemia que fue descrita por algunos autores (4) (5), no la observamos en nuestros pacientes.

Los hallazgos anatómo-patológicos, demostraron nódulos de hidroxapatita rodeados de histocitos y células gigantes que contenían masas granulares, lo que explica una reacción de cuerpo extraño a nivel del tumor. Este proceso está acompañado por hiperplasia de los vasos y fibrosis. Según Slavin (9) los marcadores histoquímicos son negativos para alfa-antiquimiotripsina, alfa-antitripsina e hidroxapatita.

No podemos explicar la etiología de la C.T. en nuestros pacientes, puesto que no tiene factores inmunológicos ni metabólicos. Nosotros especulamos que el trauma puede iniciar el proceso inflamatorio con depósito de iones cálcicos que son captados por los tejidos blandos. El hecho que las calcificaciones aparecen en sitios yuxtarticulares sugiere que las fibras de colágeno en esos sitios tienen propiedades biológicas que permiten el depósito de sales y cristales.

En resumen, reportamos dos casos de C.T., en personas de raza blanca de mediana edad de nuestra región. La presentación y el tamaño de las lesiones son inusuales.

No hubo recurrencia en dos años de seguimiento.

Agradecemos la colaboración del Servicio de Anatomía Patológica y de Diagnóstico por Imágenes.

BIBLIOGRAFICA

- (1) Inclan, Alberto: Tumoral Calcinosis. J. Am. Med. J.A.M.A., 121:490-495, 1943.
- (2) Duret, M.H.: Tumeurs multiples et singulieres des bourses sereuses. Bull. et Mem.Soc. Ant. de Paris, 74: 725-731, 1899.
- (3) Teutschlaender, O.: Über Progressive Lipogranulomatose der Muskulatur, Klin. Wochensehr, 14:451-453, 1935.
- (4) Mitnik, P.D., Agus Z.S.: Calcium and Phosphate Metabolism in Tumoral Calcinosis. Ann.Intern. Med., 92:482-487, 1980.
- (5) Wilbert, J.F. and Slatopolsky, E.: Hyperphosphatemia and Tumoral Calcinosis. Ann. Intern. Med., 68:1044-1049, 1968.
- (6) Fernández Vocos, A.; Azar Alberto F.: Calcinosis con esclerodermia y esclerodactilia. Rev. Soc. Cir. de Córdoba, 253-268, 1948.
- (7) Harkess, J.; Peters H.: Tumoral Calcinosis. JBJS, 49-A, 4:721-731, 1967.
- (8) Kirk, T.S. and Simon, M.A.: Tumoral Calcinosis. Report of a Case with Successful Medical Management. J.B.J.S., 63-A: 1167-1169, Spt. 1981.
- (9) Slavin R.E., Wen J.; Jumar D.; Evans E.B.: Familiar Tumoral Calcinosis. A Clinical Histopathologic and Ultrastructural Study with an Analysis of its Calcifying Process and Pathogenesis. Am. Surg. Path 17 (8): 788-802, 1993.