

NÓDULO DOLOROSO EN GLÚTEO. A PROPÓSITO DE UN CASO...

JENY RODRÍGUEZ-CORONADO¹, CRISTINA FAURA-BERRUGA², VÍCTOR ALEXANDER GARCÍA-CANO³

Recibido para publicación: 13-03-2018 - Versión corregida: 05-09-2019 - Aprobado para publicación: 15-12-2019

Rodríguez-Coronado J, Faura-Berruga C, García-Cano VA. **Nódulo doloroso en glúteo. A propósito de un caso...** Arch Med (Manizales) 2020; 20(1):217-0. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.20.1.2580.2020>

Resumen

Se presenta el caso clínico de un paciente con calcinosis cutis distrófica en glúteo, una patología infrecuente e infra-diagnosticada por la falta de sospecha clínica. Es de vital importancia que a quienes presenten calcificaciones cutáneas se les realice una detallada anamnesis y un estudio analítico con función renal, metabolismo del calcio y fósforo y autoinmunidad para descartar la existencia de una patología subyacente como las enfermedades autoinmunes o renales.

Palabras clave: calcinosis, calcificación patológica, microcalcificación, microcalcinosis

Painful nodule in the buttock. About a case...

Summary

We present the clinical case of a patient with calcinosis dystrophic skin on the buttock, an infrequent and infradiagnosed pathology due to the lack of clinical suspicion. It is very important that those patients with skin calcifications have a detailed anamnesis and analytical study with renal function, calcium and phosphorus metabolism and autoimmunity to rule out the existence of underlying pathology such as autoimmune or renal diseases.

Keywords: calcinosis, pathological calcification, microcalcification, microcalcinosis.

Archivos de Medicina (Manizales) Volumen 20 N° 1, Enero-Junio 2020, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874, Rodríguez-Coronado J., Faura-Berruga C., García-Cano V.A.

- 1 Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster Urgencias hospitalarias. Hospital General de Albacete. Albacete. España. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1226-7899> Correo e.: jeny682@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-3276-9725> Correo e.: medicoinge@hotmail.com
- 2 Especialista en Dermatología. Hospital General de Albacete. Albacete. España. Correo e.: crisfa-ber84@hotmail.com
- 3 Especialista en Anestesiología y Reanimación. Hospital General de Albacete. Albacete. España. ORCID.

Caso clínico

Varón de 24 años sin antecedentes médicos de interés acude a la consulta de dermatología por lesión dolorosa a la palpación en glúteo derecho de 1 año de evolución. El paciente no refería antecedente traumático en dicha localización, simplemente comentó que montaba en bicicleta frecuentemente.

En la exploración física se palpaba una tumoración subcutánea indurada de 1 cm con bordes bien delimitados y dolorosos a la presión (Figura 1).

Se solicitó una analítica sérica con hemograma, coagulación, bioquímica con función renal,

calcio, fósforo, PTH, vitamina D, inmunoglobulinas, ANA, ENAS y una orina de 24 horas con excreción de calcio y fósforo; todo ello resultó sin alteraciones.

Se realizó una prueba de imagen con ecógrafo MyLab25Gold Esaote con sonda lineal a 18 Mhz donde se objetivaba un nódulo en dermis y tejido subcutáneo de 0,71 por 1,76 cm con contenido heterogéneo que producía sombra acústica posterior. No había aumento de vascularización ni neovascularización en el color Doppler. (Figura 2)

Se procedió a la extirpación de la lesión y a su disección mediante un corte transversal para observar su contenido interno (Figura 3).



Figura 1. En glúteo derecho (zona de apoyo del isquion), no se observaban cambios epidérmicos y se palpaba un nódulo subcutáneo bien delimitado de 1 cm.

Fuente: Rodríguez-Coronado Jeny.jpg. (2017).

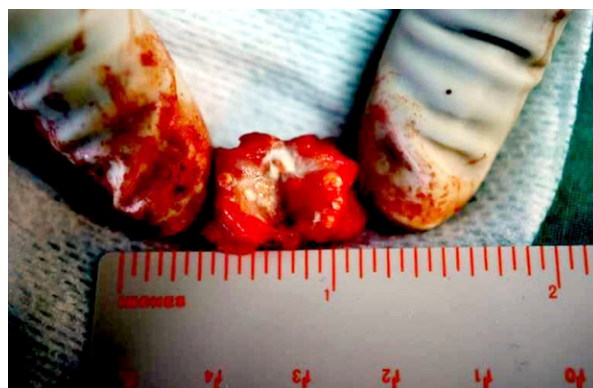


Figura 3. Pieza quirúrgica tras extirpación. Se observa en su interior formaciones redondeadas blanquecinas amarillentas induradas a la palpación.

Fuente: Rodríguez-Coronado Jeny.jpg. (2017).

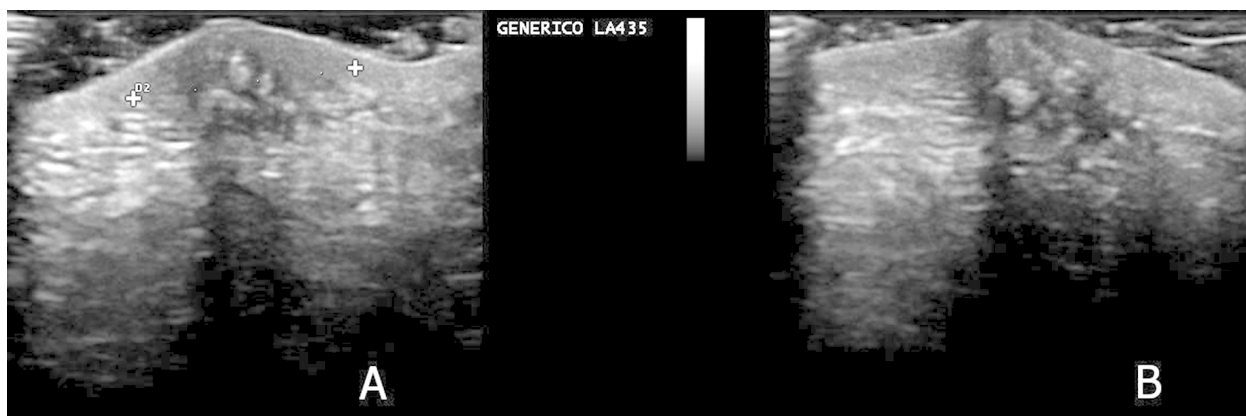


Figura 2. Ecografía en modo B: Lesión hipoeoica bien delimitada en dermis y unión dermo-epidérmica de 1,76 cm (A), con imágenes hiperecoicas en su interior que producen sombra acústica (B).

Fuente: Rodríguez-Coronado Jeny.jpg. (2017)

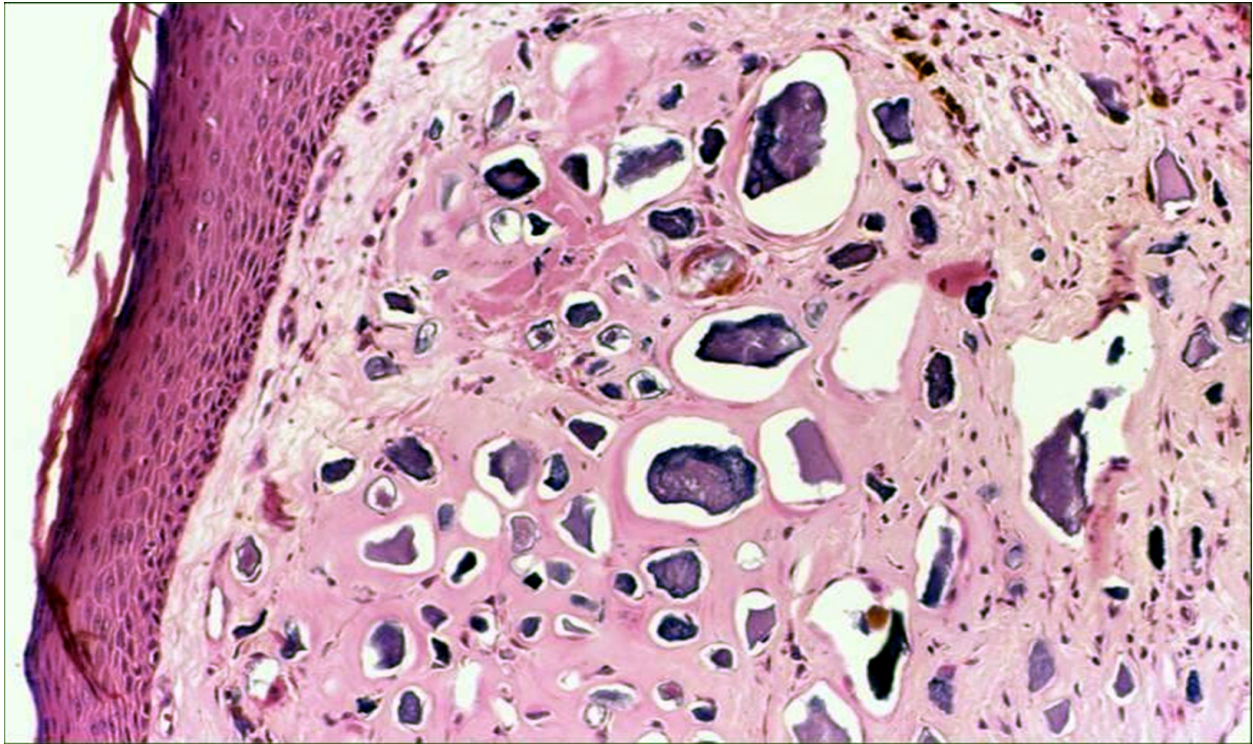


Figura 4. Múltiples depósitos de calcio basófilos amorfos en la dermis. *Calcinosis_cutis.jpg*.
 Fuente colegio médico de Calicut. (21 octubre 2014).

En el estudio histopatológico se encontraron depósitos de material granular amorfo con calcio en la dermis superior y tejido celular subcutáneo, junto a una reacción granulomatosa a cuerpo extra (Figura 4).

Diagnóstico

Calcinosis cutis.

Comentario

La *calcinosis cutis* es el término empleado para describir una serie de trastornos caracterizados por presentar depósitos de sales de calcio a nivel cutáneo o subcutáneo [1-4]. La calcificación cutánea puede dividirse en cuatro categorías.: calcificación distrófica, calcificación metastásica, calcificación idiopática, calcificación iatrogénica [2].

El síndrome se divide en cinco subtipos: calcificación distrófica, calcificación metastásica, calcificación idiopática, calcificación iatrogénica

y calcifilaxis. La calcificación distrófica aparece como resultado del daño tisular local con niveles normales de calcio y fósforo en suero. La calcificación metastásica se caracteriza por un metabolismo anormal del calcio y / o fósforo, que conduce a la precipitación de calcio en el tejido cutáneo y subcutáneo. La calcificación idiopática ocurre sin ningún daño tisular subyacente o trastorno metabólico. La calcificación de la piel en la calcinosis cutánea iatrogénica es un efecto secundario de la terapia. La calcifilaxis se presenta con calcificación de vasos pequeños que afecta principalmente a los vasos sanguíneos de la dermis o la grasa subcutánea.

La calcificación distrófica es la más frecuente, y si bien el metabolismo y los niveles plasmáticos de calcio y fósforo son normales, existen anomalías locales en los tejidos, como alteración del colágeno, elastina o tejido adiposo subcutáneo que desencadena la

calcificación [1,4]. Este subtipo de calcinosis puede ser secundario a múltiples causas, por ejemplo, de origen traumático. Otras de las posibles causas desencadenantes son diversos trastornos de tipo inflamatorio como acné o quemaduras. También ha de tenerse en cuenta que algunas enfermedades del tejido conectivo pueden asociarse, especialmente la esclerodermia, la dermatomiositis y el lupus eritematoso sistémico [2,3,5].

La calcificación metastásica (donde se producen depósitos de sales de calcio en tejido normal debido a una alteración en el metabolismo del calcio o del fosfato) puede diseminarse y afectar otros órganos extracutáneos como los vasos sanguíneos, riñones, pulmones y mucosa gástrica. Las posibles causas de calcificación metastásica son: la insuficiencia renal, la hipervitaminosis D, el síndrome hipercalcémico y neoplasias asociadas a destrucción ósea como linfoma, leucemia y el mieloma múltiple [2].

La calcificación iatrogénica puede verse en pacientes con tratamiento intravenoso con cloruro de calcio y gluconato de calcio en los sitios de extravasación, o en pacientes a quienes se les realiza un encefalograma con electrodos de cloruro de calcio saturado y en los sitios de injerto cutáneo tras vendaje con alginato de calcio [2].

La calcificación idiopática se diagnostica cuando no se encuentra una causa para explicar el depósito de calcio y fosfatos a nivel cutáneo, ya que no hay alteraciones en el metabolismo del calcio ni del fósforo, ni alteraciones que lo justifiquen en los tejidos. Pueden presentarse en diversas formas como el nódulo calcificado subepidérmico, calcificación idiopática del escroto, heteroplasia progresiva ósea y la calcificación del pabellón auricular [2].

El paciente fue diagnosticado de calcinosis cutis distrófica en glúteo; ya que no presentaba alteraciones en el metabolismo

del calcio y del fósforo y atribuía el desencadenante traumático en dicha área debido al ciclismo que practicaba. Si es cierto que el principal diagnóstico diferencial que se planteó fue el higroma isquiático [6-9] (también denominado “testículos accesorios de los ciclistas”), que suele manifestarse como dos nódulos, aunque ocasionalmente se presenta como uno único, localizado inmediatamente posterior al escroto, cerca de la tuberosidad isquiática. A la palpación presenta una consistencia fibro-elástica, e histológicamente se observa una formación pseudoquistica que se desarrolla en un área de necrosis aséptica. La etiopatogenia de este proceso parece relacionarse con la compresión y fricción del tejido blando entre el sillín y la tuberosidad isquiática.

Literatura citada

1. Urbina F, Pérez L, Sudy E, Misad C. **Cutaneous calcification and ossification**. *Actas Dermosifiliogr* 2001; 92:255-269.
2. Wolff K, Goldsmith L, Katz S. Fitzpatrick **Dermatología en Medicina General**. 7° ed. Buenos Aires: Editorial Medica panamericana; 2010. p. 1293-1296.
3. Weinel S, Callen JP. **Calcinosis cutis complicating adult-onset dermatomyositis**. *Arch Dermatol* 2004; 140(3):365-6. DOI: 10.1001/archderm.140.3.365
4. Juzych LA, Nordby CA. **Subepidermal calcified nodule**. *Pediatr Dermatol* 2001; 18(3):238-40.
5. Rodríguez L, García V, Bartralot R, Castells A. **Calcinosis cutánea**. *Jano* 1997; 1215:51-8.
6. González-Pérez R, Carnero L, Arbide N, Soloeta R. **Induración nodular perineal del ciclista**. *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100:907-22.
7. Reiter N, El-Shabrawi L, Leinweber B, Berghold A. et ál. **Calcinosis Cutis, Part I: Diagnostic pathway**. *J Am Acad Dermatol* 2011; 65:1-12. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2010.08.038>
8. Santos JA, Bonal E, Garcia J, Sanchez L. **Calcificación distrófica postraumática aislada del músculo sartorio**. *Semergen* 2007; 33(6):315-7
9. Zambelli, C.; Beruschi, MP.; Danczinger, E.: **Calcinosis cutis idiopática circumscripta**.
10. **Comunicación de un caso**. *Dermatol Argent* 2012; 18: 63-64.

