

Reumatología clínica en imágenes

Calcinosis cutis sobreinfectada como presentación de esclerosis sistémica forma limitada

Superinfected calcinosis cutis as a presentation of a limited form systemic sclerosis

Joaquín Bernardo Cofiño^{a,*} y Luis Trapiella Martínez^b

^a Servicio de Medicina Internas, Hospital Carmen y Severo Ochoa, Asturias, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital de Cabueñes, Asturias, España

Caso clínico

Mujer de 83 años que consulta por celulitis en ambos miembros inferiores, de evolución tórpida. En la exploración física destacaba edema de consistencia pétreo en ambas piernas, eritema y úlceras con áreas de exudación blanquecina, junto con telangiectasias faciales y en el escote, esclerodactilia y esclerosis cutánea facial.

Diagnóstico y evolución

Con la sospecha diagnóstica de esclerosis sistémica forma limitada con calcinosis secundaria, se realizaron radiografías de los miembros inferiores, que demostraron depósito de sales cálcicas en el tejido celular subcutáneo (fig. 1). Se completó el estudio con analítica sanguínea que mostró unos anticuerpos antinucleares positivos a título 1/1.280, con anticuerpos anticentrómero positivos. Además, presentaba una insuficiencia renal estable leve-moderada (creatinina 1,23 mg/dl); un análisis de orina de 24 h evidenció un aclaramiento de creatinina de 46 ml/min y descartó la existencia de proteinuria. La paciente refería pirois y disfgia; dadas sus condiciones generales, y en ausencia de un diagnóstico alternativo, se asumió que las afectaciones digestiva y renal eran secundarias a tal afección. La paciente recibió tratamiento parenteral con amoxicilina/ácido clavulánico, con mejoría de las úlceras y desaparición del eritema y la supuración local.

Discusión

La calcinosis cutis en su variante distrófica es una manifestación frecuente en enfermedades autoinmunes como la esclerosis sistémica¹, especialmente en su forma limitada, en la que está presente de forma tardía hasta en el 25% de los casos². Los anticuerpos anticentrómero son característicos de esta variedad de esclerosis, siendo más frecuentes en pacientes ancianos³.

Los depósitos subcutáneos de hidroxapatita cálcica responsables de la calcinosis disminuyen el grosor y la resistencia de la piel, siendo frecuente la aparición de úlceras⁴. La sobreinfección bacteriana es un fenómeno relativamente frecuente que condiciona el pronóstico local⁵ y con la que hay que realizar siempre el diagnóstico diferencial en caso de que se presente una evolución desfavorable.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.



Figura 1. Radiografía simple de la extremidad inferior izquierda, que muestra calcificaciones en tejido celular subcutáneo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joaquin.bercof@gmail.com (J. Bernardo Cofiño).

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Boulman N, Slobodin G, Rozenbaum M, Rosner I. Calcinosis in rheumatic diseases. *Semin Arthritis Rheum.* 2005;34:805–12.
2. Gutierrez A, Wetter DA. Calcinosis cutis in autoimmune connective tissue diseases. *Dermatol Ther.* 2012;25:195–206.
3. Steen VD. The many faces of scleroderma. *Rheum Dis Clin N Am.* 2008;34:1–15.
4. Nitsche A. Raynaud, úlceras digitales y calcinosis en esclerodermia. *Reumatol Clin.* 2012;8:270–7.
5. Bussone G, Berezne A, Mouthon L. Complications infectieuses de la sclérodemie systémique. *Presse Med.* 2009;38:291–302.