

Reumatología clínica en imágenes

Tumoración pétreo paracervical en paciente con esclerosis sistémica forma limitada



Hard paracervical tumor in a patient with limited systemic sclerosis

Isidro Contreras^a, Meritxell Sallés^{b,*}, Sonia Mínguez^b, Roser Tuneu^b y Saúl Mario Gelman^b

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Manresa, Barcelona, España

^b Sección de Reumatología, Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Manresa, Barcelona, España

Mujer de 81 años hipertensa, dislipidémica, afectada de asma bronquial y de esclerosis sistémica forma limitada (ESL). La esclerosis fue diagnosticada hace 5 años a raíz de calcinosis digital, esclerodactilia y anticuerpos anticentrómero positivos. Sin fenómeno de Raynaud ni otra clínica acompañante, no siguió controles en reumatología. Consulta por cervicalgia inflamatoria no irradiada de meses de evolución, acompañada de tumoración cervical izquierda dolorosa. La paciente refiere disnea habitual a mínimos esfuerzos, sin tos, dolor torácico ni disfagia, tampoco síndrome febril, pérdida de peso ni malestar general. En la exploración física, destaca artrosis en ambas manos, esclerodactilia, telangiectasias cutáneas y calcificaciones en los pulpejos de los dedos, algunas ulceradas. La movilidad de la columna cervical está limitada en la flexoextensión y lateralización sin signos de afectación

nerológica. Se palpa una tumoración cervical izquierda pétreo y dolorosa de 4 cm de diámetro, adherida a planos profundos. Se practica una radiografía simple de columna cervical, donde se aprecian calcificaciones en partes blandas y cervicoartrosis (fig. 1). Se completa el estudio con una tomografía computarizada (TC) cervical donde se observa una gran calcificación en la musculatura paravertebral a nivel de C3 (fig. 2). Los análisis de la paciente no presentan alteraciones del metabolismo fosfocálcico ni insuficiencia renal.

Discusión

Las calcificaciones de partes blandas pueden clasificarse en: metastásica, tumoral, calcifilaxis, distrófica e idiopática. La

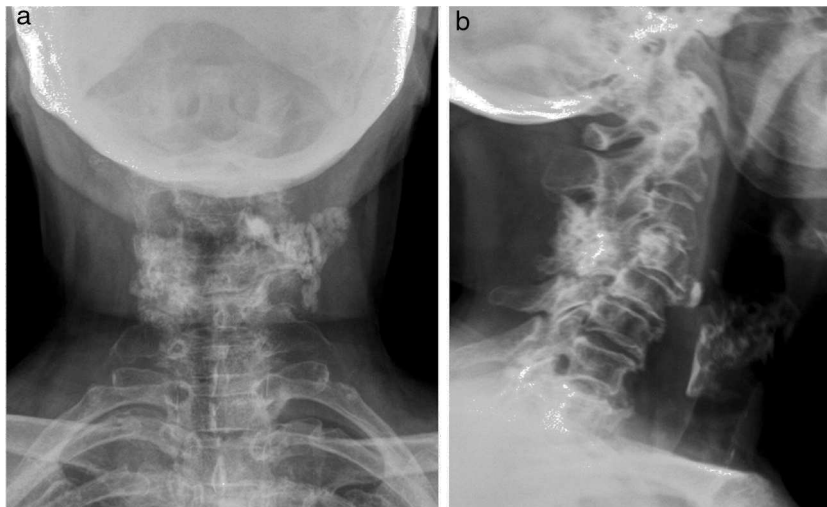


Figura 1. Radiografía de columna cervical anteroposterior y perfil.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: txellsalles@gmail.com (M. Sallés).

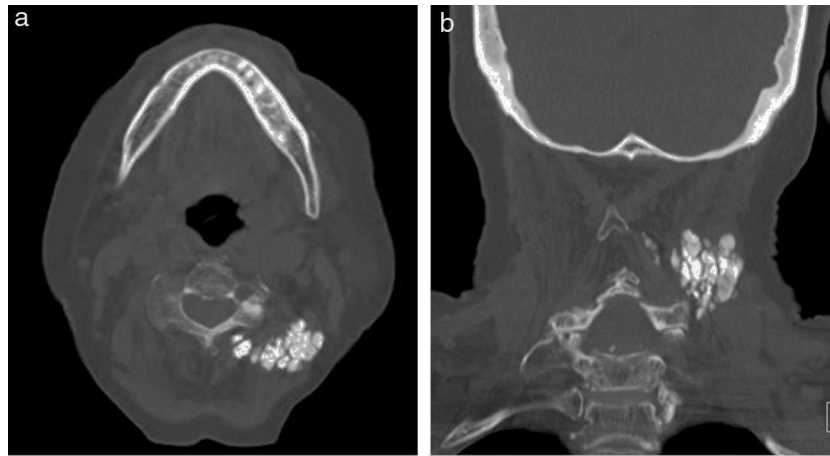


Figura 2. TC cervical, corte horizontal y frontal.

calcinosis pertenece al grupo de las distróficas y se localiza en tejidos dañados por la hipoxia. El metabolismo fosfocálcico es normal. Se asocia al lupus eritematoso sistémico, la esclerosis sistémica y la dermatomiositis^{1,2}.

La calcinosis está estrechamente relacionada con la esclerodermia sistémica, especialmente en su forma limitada, y con anticuerpos anticentromero positivos^{1,3}. Habitualmente son pequeñas calcificaciones puntiformes que se localizan donde se producen microtraumatismos de repetición, como antebrazos, codos y dedos^{1,3}. La calcinosis paraespinal es inusual y posiblemente está infradiagnosticada. Las localizaciones cervical y lumbar son de más fácil diagnóstico, ya que suelen dar alguna manifestación clínica. Un estudio de Ogawa et al. detectó calcinosis paraespinal torácica en el 58,5% de los pacientes con ESL a los que se les practicó una TC torácica estando asintomáticos⁴. La calcificación de nuestra paciente es grande y se extiende por varios niveles vertebrales, como también describen Schweitzer et al. en su revisión⁵. A menudo, la calcinosis paraespinal se acompaña de fenómeno de Raynaud, úlceras digitales y calcinosis cutánea (presente en este caso)⁶. Algunas opciones terapéuticas, como el diltiazem, los corticoides, la colchicina, los bifosfonatos, el probenecid, la minociclina, los agentes quelantes y la warfarina, se han utilizado, pero ninguno ha obtenido un resultado muy beneficioso^{1,6,7}. Nuestra paciente se trata con nifedipino 10 mg cada 8 h y antiinflamatorios no esteroideos de rescate, observando mejoría del dolor y estabilidad clínica. La opción quirúrgica está descrita en la literatura cuando hay compromiso neurológico^{6,7}.

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.

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.

Bibliografía

1. Boulman N, Slobodin G, Rozenbaum M, Rosner I. Calcinosis in rheumatic diseases. *Semin Arthritis Rheum.* 2005;34:805-12.
2. Nitsche A. Raynaud, úlceras digitales y calcinosis en esclerodermia. *Reumatol Clin.* 2012;8:270-7.
3. Oteen VD, Ziegler GL, Rodnan GP, Medsger Jr TA. Clinical and laboratory associations of anticentromere antibody in patients with progressive systemic sclerosis. *Arthritis Rheum.* 1984;27:125-31.
4. Ogawa T, Ogura T, Ogawa K, Hirata A, Hayashi N, Izumi Y, et al. Paraespinal and intraspinal calcinosis: Frequent complications in patients with systemic sclerosis. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:1655-6.
5. Schweitzer ME, Cervilla V, Manaster BJ, Gerharter J, Dalinka M, Peck WW, et al. Cervical paraspinous calcification in collagen vascular diseases. *AJR Am J Roentgenol.* 1991;157:523-5.
6. Nagai Y, Sogabe Y, Ishikawa O. Tumoral calcinosis of the ribs and lumbar spine in systemic sclerosis. *Eur J Dermatol.* 2008;18:473-4.
7. Caramaschi P, Baglio I, Ravagnani V, Bambara LM, Biasia D. Extensive soft tissue calcifications in systemic sclerosis. *Clin Exp Rheumatol.* 2010;28:798-9.