

CORRELATO CLÍNICO-PATOLÓGICO | 106

Nódulo indoloro en pabellón auricular

SABINA HALAC

MARIANA MICAELA LOPEZ

Sector Dermatología Pediátrica, Servicio de Dermatología,
Hospital Gral. de Agudos "J.M. Ramos Mejía"

VIRGINIA MARIANA GONZALEZ

Servicio de Dermatología, Hospital Alemán

FÉLIX VIGOVICH

Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Alemán

MARGARITA LARRALDE

Sector Dermatología Pediátrica, Servicio de Dermatología,
Hospital Gral. de Agudos "J.M. Ramos Mejía"

BUENOS AIRES, ARGENTINA

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 15 años de edad, procedente de Buenos Aires, con antecedentes personales patológicos de mastocitosis cutánea y acné.

Consultó por presentar una tumoración asintomática en el pabellón auricular derecho de 2 años de evolución. En el examen clínico se observó una tumoración papuloide blanco-amarillenta de 5 mm de diámetro, hemisférica, de consistencia firme, localizada en el hélix del pabellón auricular derecho (Figura 1). En el examen dermatoscópico se



Figura 1

Imagen clínica: lesión tumoral blanco-amarillenta en el hélix del pabellón auricular derecho.

constató una lesión con áreas blanco-lechosas y vasos lineales irregulares, algunos de ellos ramificados (Figura 2).

Se procedió a la extirpación quirúrgica de la lesión y el estudio histopatológico evidenció a nivel epidérmico una leve hiperqueratosis, acantopapilomatosis, y la presencia de una extensa área de calcifi-

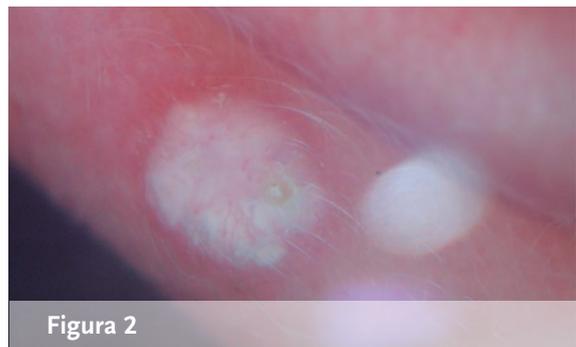


Figura 2

Imagen dermatoscópica: lesión con áreas blanco-lechosas y vasos lineales irregulares, algunos de ellos ramificados.

cación en la dermis (Figuras 3 y 4).

Se solicitó un laboratorio con hemograma, función renal, metabolismo fosfo-cálcico y paratohormona que resultó normal.

De la correlación entre los hallazgos clínicos y patológicos, arribamos al diagnóstico de **nódulo calcificado subepidérmico**.

Correspondencia:

MARGARITA LARRALDE
ARENALES 2557, 1° A, CABA, BUENOS AIRES, ARGENTINA
CP: 1425
EMAIL: doctoralarralde@gmail.com

Dermatol Pediatr Latinoam (En línea). 2014; 12 (3): 109-11.

CORRELATO CLÍNICO-PATOLÓGICO
Nódulo en pabellón auricular

SABINA HALAC ET AL.

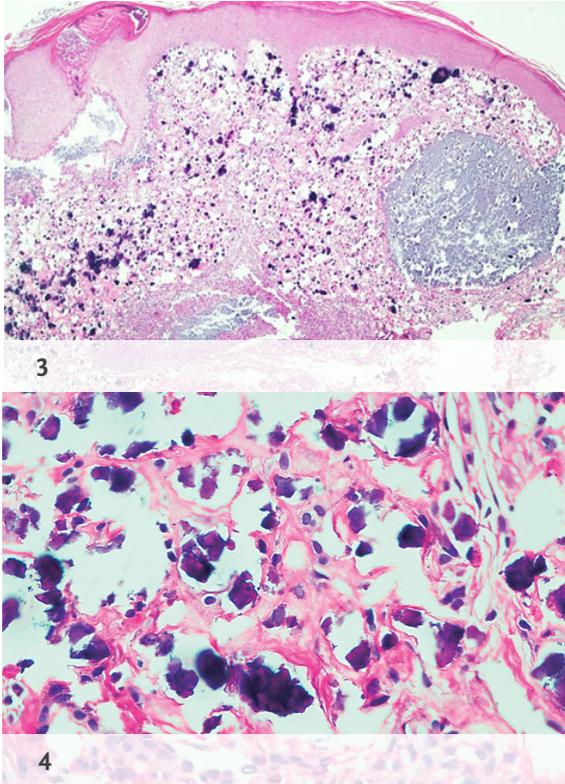


Figura 3. Histopatología: leve hiperqueratosis y acantopapilomatosis epidérmica, calcificación extensa a nivel de la dermis (H&E, 10X).
Figura 4. Histopatología: mayor detalle de la calcificación dérmica (H&E, 40X).

DISCUSIÓN

La calcinosis cutis (CC) fue descrita por primera vez por Virchow en 1855 y consiste en el depósito de sales insolubles de calcio en piel y/o tejido celular subcutáneo. Las sales de calcio se depositan en los tejidos como cristales de hidroxapatita o fosfato cálcico amorfo.¹

Se describen 5 tipos de CC según el mecanismo fisiopatogénico que la genera: distrófica, metastásica, iatrogénica, idiopática y calcifilaxis.^{1,3}

La calcificación *distrófica* es la forma más frecuente. Se caracteriza por el depósito de sales de calcio en tejidos previamente dañados por procesos inflamatorios, traumáticos o neoplásicos y cursa con niveles de calcio y fosfato normales. Esta forma de calcificación está relacionada con diversas patologías que incluyen enfermedades del tejido conectivo, enfermedades hereditarias, neoplásicas e infecciosas. Se presenta con frecuencia en la dermatomiositis, principalmente en la forma juvenil, pudiéndose observar desde pequeños depósitos en piel y tejido celular subcutáneo hasta formas graves

de calcificación que remedan a un exoesqueleto. También puede hallarse en la esclerosis sistémica, sobre todo en la forma limitada, donde la CC forma parte del acrónimo CREST (Calcinosis, Raynaud's phenomenon, Esophageal dysmotility, Sclerodactyly, Telangiectasia). En el lupus eritematoso sistémico, la calcificación cutánea es más rara y puede observarse principalmente en la paniculitis lúpica. Otra paniculitis en la que puede aparecer esta entidad es en la paniculitis pancreática. En la porfiria cutánea tarda puede verse calcificación distrófica de manera infrecuente, en las placas esclerodermiformes.^{2,4,5} Las enfermedades hereditarias que pueden cursar con calcificación distrófica son la enfermedad de Ehlers-Danlos (en la forma de esferoides subcutáneos) y en el pseudoxantoma elástico, en donde se calcifican las fibras elásticas. También puede verse en el síndrome de Werner, aunque en esta entidad es más raro.^{2,4,5} La calcificación distrófica también puede ocurrir en neoplasias tanto benignas como malignas. El pilomatrixoma es un tumor frecuente de la infancia y hasta un 75% de ellos puede presentar calcificación. Con menor frecuencia, los quistes epidérmicos, los tricoepiteliomas desmoplásicos y los carcinomas basocelulares pueden hacerlo.^{1,3} Otras entidades que cursan con calcificación distrófica son infecciones como los quistes hidatídicos, traumatismos, úlceras de miembros inferiores y la necrosis grasa del recién nacido.⁵

La calcificación *metastásica* se caracteriza por anomalías en el metabolismo fosfo-cálcico y puede afectar vasos sanguíneos, piel, riñones y estómago.⁶ Las enfermedades que pueden producirla son hiperparatiroidismo, insuficiencia renal crónica, hipervitaminosis D, síndrome alcalino-lácteo, sarcoidosis y enfermedades que cursan con destrucción ósea como neoplasias metastásicas y mieloma múltiple.⁵

La calcificación *iatrogénica* es consecuencia de la administración endovenosa de gluconato de calcio o productos que contengan fosfato, uso de pastas o geles con alto contenido de calcio para electroencefalogramas o punciones repetidas en los talones de recién nacidos.³

La *calcifilaxis* consiste en la calcificación de los vasos sanguíneos de la dermis y el tejido celular subcutáneo que ocasiona isquemia y necrosis tisular en pacientes con enfermedad renal crónica terminal. Suele afectar las regiones distales de las extremidades inferiores.^{3,7}

Las calcificaciones cutáneas idiopáticas son aquellas que ocurren en el contexto de un metabolismo fosfo-cálcico normal y sobre tejidos sanos. Dentro

CORRELATO CLÍNICO-PATOLÓGICO
Nódulo en pabellón auricular

SABINA HALAC ET AL.

de este grupo de CC se incluyen: el nódulo subepidérmico calcificado, la calcinosis idiopática del escroto, el pene o la vulva, la calcinosis tumoral y la calcinosis similar a quistes de milium en pacientes con síndrome de Down.

La calcinosis idiopática del escroto se presenta como nódulos blanco amarillentos asintomáticos múltiples en la piel del escroto. Afecta principalmente a adultos jóvenes de entre 20 y 40 años y pueden drenar un material blanquecino pastoso.⁴

La calcinosis tumoral es una enfermedad rara, de herencia autosómica recesiva, que se caracteriza por grandes depósitos de sales cálcicas en regiones peri-articulares de caderas, rodillas, hombros y codos. El defecto genético altera la reabsorción tubular renal de fosfato. En el laboratorio, esta entidad cursa con niveles normales de calcio y niveles de fosfato normales o aumentados.⁸⁻¹⁰ Algunos autores describen un tercer tipo de calcinosis tumoral secundaria a enfermedades sistémicas como insuficiencia renal, hipervitaminosis D, sarcoidosis y osteolisis masiva.^{9,10}

Finalmente el nódulo subepidérmico calcificado, como el de nuestro paciente, fue descrito por primera vez por Winer en 1952, quien comunicó 3 casos de nódulos calcificados solitarios congéni-

tos. A partir de entonces, se han descrito otros casos en la literatura, algunos congénitos y otros adquiridos en la infancia. Se localizan característicamente en cabeza y cuello, principalmente en el pabellón auricular, el lóbulo de la oreja o el hélix, como en el caso aquí presentado.¹¹ La fisiopatogenia de esta entidad es conocida, sin bien se han propuesto varias teorías, entre ellas la calcificación del tejido por degranulación de mastocitos secundaria a una causa desconocida.¹²

Clínicamente, se manifiesta como lesiones únicas, aunque se han descrito casos múltiples, de pápulas o pequeños nódulos planos o cupuliformes de color blanquecino o blanco-amarillento, de 3 a 10 mm de diámetro, a veces de superficie verrugosa, que pueden estar rodeadas de un halo eritematoso y que se localizan en las orejas, los párpados, la nariz, dedos y los pies.¹¹⁻¹³ El estudio histopatológico de estas lesiones demuestra depósitos de calcio visibles como un material basófilo amorfo en la dermis superior. Puede acompañarse de histiocitos y células gigantes tipo cuerpo extraño.^{3,11,13} La intervención quirúrgica podría considerarse la primera línea de tratamiento para la CC idiopática.^{7,12,13} Otra opción es la destrucción de las lesiones con un láser CO₂.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zambelli C, Beruschi M del P, Dancziger E. Calcinosis cutis idiopática circunscripta. Comunicación de un caso. *Dermatol Argent*. 2012; 18:62-4.
2. Reiter N, El-Shabrawi L, Leinweber B, Berghold A, Aberer E. Calcinosis cutis: part I. Diagnostic pathway. *J Am Acad Dermatol*. 2011; 65:1-12.
3. Pedrini Cinqualbrez MF, Cohen Sabban E, Paz L, Cabo H. Calcinosis cutis idiopática universal. *Arch Argent Dermatol*. 2013; 63:237-40.
4. Díaz Leño J, Michelena M, Matamoros E, Chiavassa A, Garritano M. Calcinosis cutánea de localización escrotal. *Dermatol Argent*. 2014; 95:49-55.
5. Urbina F, Pérez L, Sudy E, Misad C. Calcificación y osificación cutánea. *Actas Dermosifiliogr*. 2001; 92:255-69.
6. Spremolla A, Salmenton GM, Valls V, Bonasse J, De Anda G. Enfoque diagnóstico de la calcinosis cutánea. A propósito de un caso. *Arch Pediatr Urug*. 2004; 75:323-6.
7. Reiter N, El-Shabrawi L, Leinweber B, Berghold A, Aberer E. Calcinosis cutis: part II. Treatment options. *J Am Acad Dermatol*. 2011; 65:15-22.
8. Galindo Gómez A, De la Fuente Silva A, González Magaña R, Rodríguez Baca A, Casas Espinosa S. Calcinosis tumoral hiperfosfatémica en pediatría: reporte de un caso. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2014; 71:167-73.
9. Muddegowda, PH, Lingegowda JB, Ramachandrarao RK, Konapur PG. Calcinosis cutis: report of 4 cases. *J Lab Physicians*. 2011; 3:125-6.
10. Restrepo JP, Molina MP. Calcinosis tumoral de rodilla. *Acta Med Colomb*. 2010; 35:185-6.
11. Lai CH, Farah R, Mallory SB. Congenital calcinosis cutis of the ear. *J Am Acad Dermatol*. 2003; 49:122-4.
12. Nico MM, Bergonse FN. Subepidermal calcified nodule: report of two cases and review of the literature. *Pediatr Dermatol*. 2001; 18:227-9.
13. Tharini GK, Prabavathy D, Daniel SJ, Manjula J. Congenital calcinosis cutis of the foot. *Indian J Dermatol*. 2012; 57:294-5.