

## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

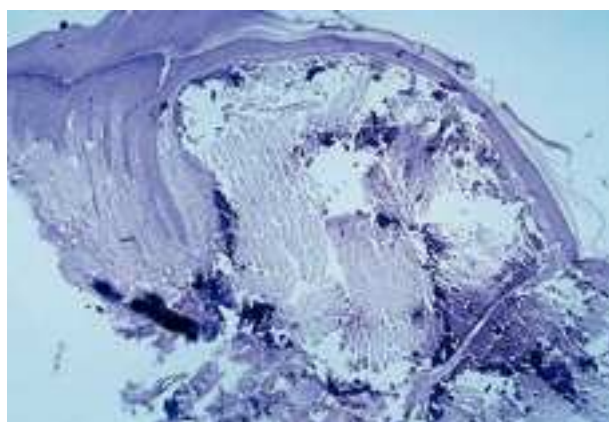
### Pápula blanquecina en un dedo de la mano

José Ignacio Esquivias Gómez y Antonio González-López

Sección de Dermatología. Hospital Del Río Hortega.Valladolid.



**Figura 1.** Aspecto clínico de la lesión.



**Figura 2.** Apariencia histológica de la lesión (hematoxilina-eosina).

Mujer de 18 años, estudiante, sin antecedentes médicos de interés, que acude a nuestra consulta por presentar desde hace unos 5 meses una pápula de color blanco intenso, situada en el dorso de la falange proximal del primer dedo de la mano derecha. La lesión era totalmente asintomática y había crecido muy poco desde su aparición.

En la exploración clínica se apreciaba una tumoración redondeada, de 3 mm de diámetro, color blanco, super-

ficie lisa y brillante, dura al tacto, con bordes y límites bien definidos (fig. 1). Los resultados de los estudios complementarios, que incluyeron bioquímica sanguínea, hemograma y determinaciones del calcio y fósforo séricos, estaban dentro de los valores normales.

Se realizó una extirpación simple de la lesión, y en el estudio histopatológico posterior se observó una zona bien delimitada, compuesta por material calcificado, dispuesto en pequeños conglomerados, más intenso en dermis superior. La epidermis adyacente se encontraba hipertrofiada (fig. 2).

Correspondencia: Dr. J.I. Esquivias Gómez.  
C/ Doctor Fleming, 33, 9.º F. 28036 Madrid.

## DIAGNÓSTICO

Nódulo subepidérmico calcificado.

## COMENTARIO

Se denomina calcinosis cutis a aquellos procesos caracterizados por un depósito en la piel de cristales de hidroxapatita o fosfato cálcico amorfo. En función de los mecanismos etiopatogénicos se distinguen tres grupos: calcificación distrófica (forma más frecuente, caracterizada por depósito de calcio en los tejidos previamente inflamados, degenerados o neoplásicos, en presencia de un metabolismo fosfocálcico normal), calcificación metastásica (calcificación de tejidos sanos debido a alteraciones en el metabolismo fosfocálcico) y calcificación idiopática, no relacionada con daño tisular ni alteraciones metabólicas<sup>1</sup>.

Si bien el nódulo epidérmico calcificado se incluye dentro de las calcificaciones idiopáticas, varias hipótesis etiológicas han sido realizadas. Entre ellas se incluye la calcificación de un hamartoma de los ductos sudoríparos ecrinos, como postuló Winer<sup>2</sup>. Otras hipótesis incluyen calcificación secundaria a necrosis grasa post-traumática<sup>3</sup>, secundaria a un proceso de degranulación mastocitaria de causa desconocida<sup>4</sup>, calcificación de un nevus melanocítico antiguo<sup>5</sup> o de un pilomatricoma<sup>6</sup>. Algunos autores han postulado que representa una calcificación distrófica que sigue un daño dérmico de causa desconocida<sup>7</sup>.

Existe una predominancia masculina con una relación de 2:1. Generalmente aparecen en la primera infancia. La localización más frecuente es la de cabeza y cuello. Dentro de estas localizaciones, la oreja ha sido referida con una frecuencia elevada<sup>8-11</sup>, lo que ha hecho plantear la posibilidad de que esta localización represente una entidad específica<sup>7</sup>. La localización en extremidades, como en nuestro caso, es menos frecuente. Otras localizaciones como la mucosa oral<sup>12</sup> o el pene<sup>13</sup> han sido descritas de forma ocasional. Clínicamente suelen presentarse como pápulas redondeadas de color blanquecino, generalmente únicas, de consistencia dura, y tamaño generalmente menor de 1 cm.

Histológicamente se observa material calcificado en la dermis. Este material puede tener un patrón de grandes depósitos amorfos o pequeños glóbulos cálcicos o una mezcla de los dos. Estos patrones parecen tener relación con la edad de las lesiones. Así, el primer patrón es observado en las lesiones más jóvenes que suelen acompañarse de ulceración epidérmica, y el segundo en las lesiones más antiguas. Junto al depósito cálcico se observa un escaso infiltrado inflamatorio. La epidermis suele ser hipertrófica. La eliminación transepidérmica es más frecuente observarla en las lesiones recientes en las que existe ulceración epidérmica.

El tratamiento consiste en la extirpación simple de la lesión y son raras las recidivas. El diagnóstico es histológico, hay que realizar, desde el punto de vista clínico, el diagnóstico diferencial con las entidades que se comentan a continuación.

## Diagnóstico diferencial

**Verruga viral.** Son tumores cutáneos benignos producidos por la infección epitelial del virus del papiloma humano. Clínicamente cursa como pápulas firmes de superficie queratósica. Su tamaño varía entre 1 mm y 1 cm. A diferencia del cálculo cutáneo, su localización en la cara y el cuello es menos frecuente, mientras que las manos y los dedos son su ubicación más frecuente.

El diagnóstico se hace generalmente por la clínica. En los casos dudosos, la histología ayuda al diagnóstico. En ocasiones, en los cálculos cutáneos se observan cambios histológicos sugestivos de verruga, como la simetría de la lesión, y la presencia de hiperqueratosis y acantosis de la epidermis. Este hecho ha llevado a algunos autores a plantearse la posibilidad de que el nódulo calcificado epidérmico represente una calcificación distrófica secundaria a los cambios dérmicos producidos en una verruga antigua, que ha presentado anteriormente procesos inflamatorios<sup>7</sup>.

**Molluscum contagiosum.** Representa la infección cutánea del virus del *Molluscum*. El contagio se produce por inóculo directo de personas infectadas. Afecta preferentemente a niños. Clínicamente cursa como pápulas translúcidas, generalmente de pequeño tamaño, y característicamente con centro umbilicado. Las lesiones pueden ser localizadas y en escaso número o muy numerosas, lo que junto con la posibilidad de aparición en pequeñas epidermis le distingue del cálculo cutáneo.

El diagnóstico es clínico, y se puede confirmar con el estudio histológico, en el que se observa una epidermis lobulada, en la que los queratinocitos presentan grandes cuerpos de inclusión.

**Cuerno cutáneo.** El cuerno cutáneo es un crecimiento exofítico de material córneo compacto queratósico, cuya longitud es más del doble del diámetro de la base de implantación. Es un concepto clínico. A diferencia del cálculo cutáneo, puede aparecer a cualquier edad y no existe una localización preferente, ya que depende del proceso responsable.

Dada la imposibilidad de asegurar un diagnóstico desde el punto de vista clínico, es obligatoria la realización de un estudio histopatológico de la pieza que incluya su base. Bajo esta apariencia clínica pueden presentarse varios procesos como queratosis actínicas, verrugas vulgares, epitelomas espinocelulares, queratosis seborreica variante queratósica y enfermedad de Bowen.

**Millium.** Es un pequeño quiste superficial de queratina. Su etiología es desconocida. Es una afección muy común, y es muy frecuente encontrarlo en la piel y las mucosas de recién nacidos. También ocurre en adultos. Clínicamente es una pápula superficial blanca, de 1 a 2 cm de diámetro. La localización más frecuente es la cara. La diferenciación con el cálculo cutáneo puede ser difícil en ocasiones, por lo que hay que recurrir al estudio histopatológico, el cual es idéntico al de un quiste epidérmico. Existe un caso particular de calcinosis cutis que

afecta a pacientes con síndrome de Down, y cursa clínicamente como *millium-like*<sup>14</sup>.

**Osteoma cutis.** Es una osificación cutánea relativamente rara. Tanto la etiología como su patogénesis no están aclaradas. Existen formas de osificación cutánea primarias y otras secundarias asociadas a otros procesos. El osteoma cutis hace referencia a las formas localizadas de las osificaciones cutáneas primarias. Clínicamente cursan como nódulos pequeños, asintomáticos y de dureza pétrea. A veces pasan inadvertidos. Pueden estar presentes al nacimiento o aparecer más tarde. A diferencia de la calcinosis cutis, los nódulos suelen ser más profundos, si bien el diagnóstico se confirma por el estudio histológico. El tratamiento es la escisión simple.

**Xantomas eruptivos.** Los xantomas son lesiones cutáneas producidas por la infiltración dérmica de histiocitos, que contienen en su citoplasma acúmulos de lípidos. Cursa como pápulas amarillentas de 1 a 4 mm de diámetro con halo eritematoso. Se localizan por todo el tegumento con predilección por las zonas de roce. Se asocia con concentraciones plasmáticas muy elevadas de triglicéridos, quilomicrones y lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL). Se diferencia del cálculo cutáneo por la localización, las alteraciones analíticas y la posi-

bilidad de cursar por brotes. En la histología se encuentran histiocitos espumosos cargados de lípidos en la dermis superficial y media.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Urbina F, Pérez L, Sudy E, Misad C. Calcificación y osificación cutánea. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:255-69.
2. Winer LH. Solitary congenital nodular calcification of the skin. *Arch Dermatol Syph* 1952;66:204-11.
3. Duperrat PB, Goetschel G. Calcification nodulaire solitaire congenitale de la peau. *Ann Derm Syph* 1963;90:283-7.
4. Tezka T. Cutaneous calculus. Its pathogenesis. *Dermatologica* 1980;161:191-9.
5. Steigleder GK, Elschner H. Lokalisierte calcinosis. *Hautarzt* 1957;8:127-8.
6. Weigand DA. Subepidermal calcified nodule. Repeat of a case with apparent hair follicle origin. *J Cutan Pathol* 1976;3:109-15.
7. Evans MJ, Blessing K, Gray ES. Subepidermal calcified nodule in children: a clinicopathologic study of 21 cases. *Pediatr Dermatol* 1995;12:307-10.
8. Younger B, Swan JW. Solitary congenital calcified nodule of the ear. *Am J Dermatopathol* 1982;4:377-80.
9. Azon-Masoliver A, Ferrando J, Navarra E, Mascaró JM. Solitary congenital nodular calcification of Winer location on the ear: Report of two cases. *Pediatr Dermatol* 1989;6:191-3.
10. Just M, Bielsa L, Ribera M, Ferrándiz C. Nódulo calcificado de Winer. *Actas Dermosifiliogr* 1994;85:599-602.
11. Espinel ML, Piqué E. Nódulo cutáneo duro en pabellón auricular. *Piel* 1993;8:250-2.
12. El-Mofty SK, Santa Cruz D. Mucosal calcified nodule. The oral counterpart of the subepidermal calcified nodule. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73:472-5.
13. Torreló A, Bajo C, Mediero IG, Zambrano A. Cálculos cutáneos del pene. *Actas Dermosifiliogr* 1990;89:264-6.
14. Sais G, Jucglá A, Moreno A, Peyri J. Milia-like idiopathic cutis and multiple connective tissue nevi a patient with Down syndrome. *J Am Acad Dermatol* 1995;32:129-30.