

HOSPITAL DE BADAJOZ DEL INSALUD

## Calcificación masiva en osteodistrofia renal

M. QUILES

### RESUMEN

Se presenta un caso de calcificación masiva en enfermo con insuficiencia renal crónica como un signo más de osteodistrofia renal.

Descriptores: Osteodistrofia renal. Calcificación.

### SUMMARY

A large calcification in a patient with chronic renal disease is presented as a sign of renal osteodystrophy.

Key words: Renal Osteodystrophy. Calcification.

El tratamiento de la insuficiencia renal crónica ha aumentado mucho la frecuencia de la osteodistrofia renal o hiperparatiroidismo secundario.

Los signos radiográficos y anatómo-patológicos de la osteodistrofia renal son: hiperparatiroidismo, osteomalacia, osteoporosis, calcificaciones vasculares y de partes blandas.

En este trabajo, se presenta un caso de calcificación de partes blandas, en estrecha relación con un área de resorción ósea localizada, detectada cinco años antes y que presentó gran velocidad de crecimiento los últimos meses.

### Caso clínico

R.M.S. varón de 54 años, padecía insuficiencia renal crónica desde 1976 de la que estaba siendo tratado con hemodiálisis desde mayo de 1979; presentaba calcificaciones vasculares. Desde los primeros meses de 1985, se le diagnosticó valvulopatía mitro-aórtica angar inestable.

Fue visto por primera vez en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica en diciembre de 1979 quejándose de lumbociática derecha sin compresión radicular. En la exploración radiográfica se apreció resorción ósea en la porción externa de la clavícula derecha y del pubis izquierdo

(Fig. 1) además de imagen de camiseta de rugby en columna lumbar.

La exploración analítica era: velocidad de sedimentación a la primera hora 35 mm, creatinina 10 mg por 100, nitrógeno ureico 70 mg por 100, fósforo inorgánico 8 mg por 100, fosfatasa alcalina 160 (normal 30-125) m U/ml, calcio 9 mg por 100.

Basado en los datos clínicos, radiográficos y analíticos, se diagnosticó osteodistrofia renal. Estaba siendo tratado con hidróxido de aluminio, vitamina D y calcio.

Cinco años más tarde, fue visto de nuevo por la presencia de una tumoración no dolorosa en región inguino-perineal izquierda de consistencia dura, de forma irregular, lobulada, sin aumento de calor local no adherida a planos superficiales, pero sí a los profundos, sin adenopatías regionales. En la exploración radiográfica se apreciaban abundantes calcificaciones que se extendían más allá del límite del hueso y que parecían provenir del sitio donde previamente había existido una resorción ósea (Fig. 2). La exploración analítica era semejante a la de cinco años antes.

Se siguió la evolución de esta masa con radiografías trimestrales y aunque confidantes con el diagnóstico de osteodistrofia renal, la velocidad de crecimiento de ésta hizo sospechar que se tratara de una lesión maligna (Fig. 3, 4 y 5). Cuando se intentaba controlar su angos inestable, en espera de practicarle una biopsia, sufrió edema agudo de pulmón del que falleció. No se le practicó autopsia.

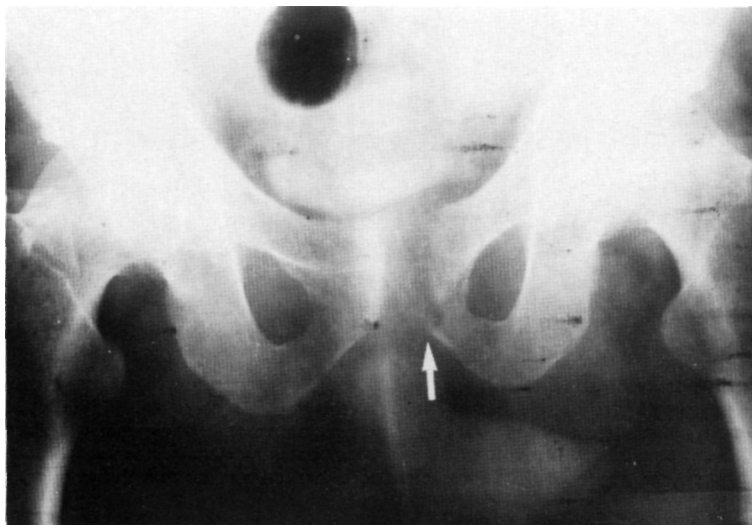


FIG. 1.— Radiografía antero-posterior de pelvis practicada en 1979. La imagen de resorción ósea localizada afecta al pubis izquierdo (flecha).

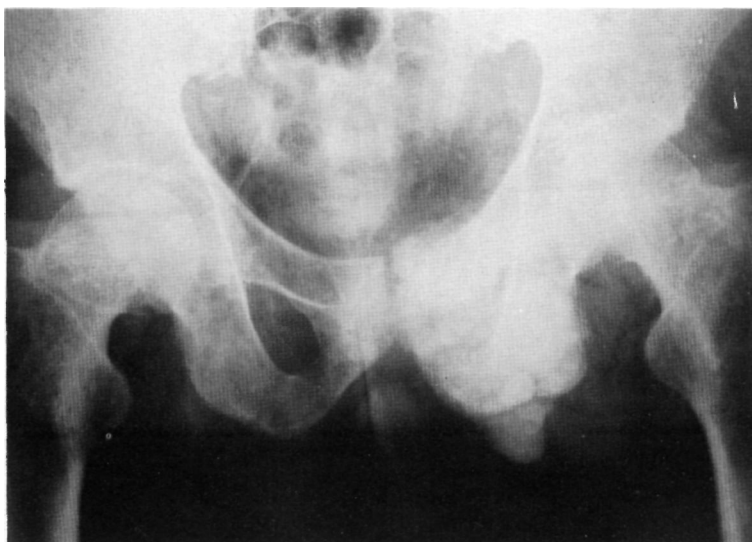


FIG. 2.— Radiografía antero-posterior de pelvis de 1984. La imagen de resorción ósea de la figura 1, se ha transformado en un aumento de la densidad ósea, con el límite fuera del hueso.

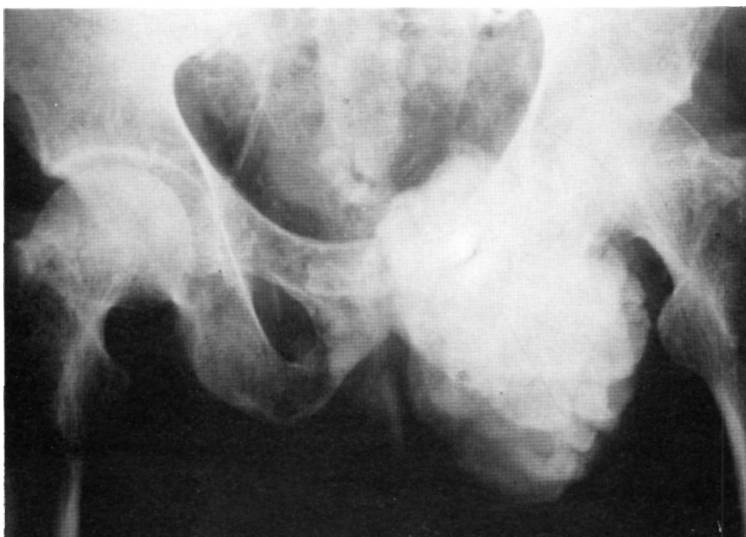


FIG. 3.— Radiografía antero-posterior de pelvis 6 meses después de la anterior, apreciándose un aumento considerable de la masa calcificada sin estructura ósea visible.

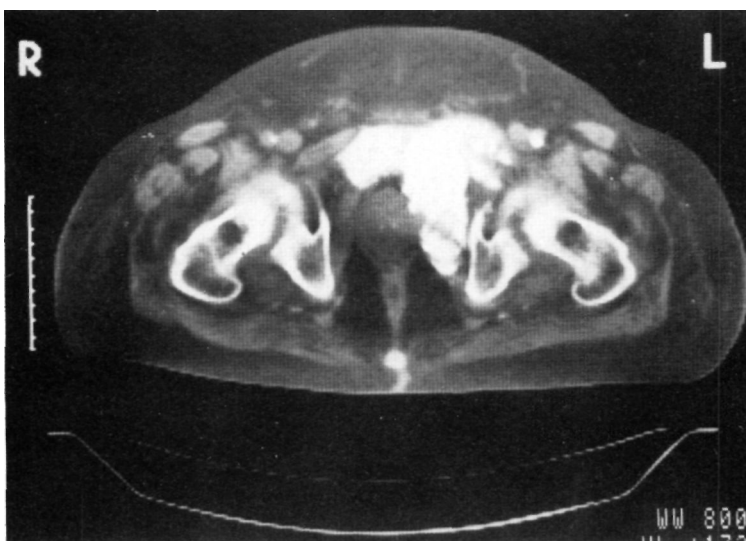


FIG. 4.— Tomografía axial computarizada de pelvis en la que se aprecia la extensión de la masa calcificada hacia adentro de la pelvis en el plano horizontal.

### Discusión

Ante la presencia de calcificaciones es preciso hacer un diagnóstico diferencial basándonos primariamente en las imágenes radiológicas y ayudándonos de las alteraciones sistémicas si las hubiera, para identificar la causa de la misma. Así Levi-Valensin y Bard, buscan en primer lugar si están localizadas sobre una formación anatómica (arteria, vena, parasitaria, tumoral, traumática), si están regionalizadas (peri-artropatías calcificantes) y si están diseminadas. Dentro de este último grupo pueden darse las calcificaciones arteriales difusas, las intersticiales de las colagenosis y las debidas a una alteración del equilibrio sérico fosfo-cálcico.

Las calcificaciones tisulares de la insuficiencia renal crónica parecen debidas principalmente a un aumento del producto fosfo-cálcico. Aparecen casi únicamente cuando éste sobrepasa los 70 (expresado en miligramos por 100 mililitros). Para evitar o hacer desaparecer las calcificaciones tisulares es

preciso mantener la fosforemia por debajo de 60 mg. por litro dando al enfermo hidróxido de aluminio por vía oral.

Dada la personalidad del enfermo existían serias dudas de que siguiera correctamente el tratamiento indicado puesto que no se consiguió esa cifra los últimos meses de estrecho control sérico (1, 2, 3).

El diagnóstico de osteodistrofia renal o hiperparatiroidismo secundario ofrecía pocas dudas en la exploración clínica, radiográfica y analítica de 1979 por la hiperfosforemia con la calcemia normal. Sin embargo la imagen de las calcificaciones alrededor del pubis no son fáciles de asociar a las de una osteodistrofia renal, aunque la analítica persistió con pocos cambios.

No es frecuente en clínica ver calcificaciones de este tamaño y aún menos que su velocidad de formación sea tan rápida. Esto planteó serias dudas sobre el diagnóstico de osteodistrofia renal.

Se sabe que en la osteodistrofia renal se producen calcificaciones vasculares y de

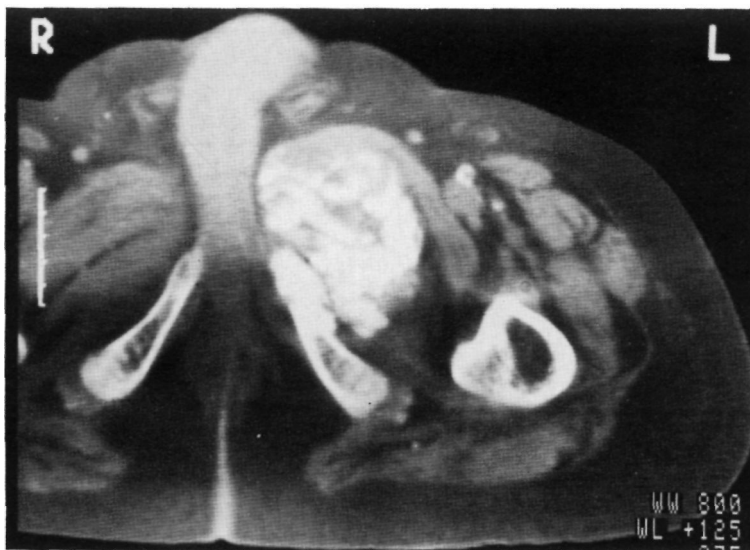


FIG. 5.- Tomografía axial computarizada de pelvis por debajo de la anterior con extensión de la masa calcificada hacia afuera.

partes blandas, pero aquí partiendo del pubis se extienden excéntricamente hasta formar una masa de dimensiones considerables.

#### BIBLIOGRAFIA

1. DE SEZE, S. y RYCKEWAERT, A. (1977): *Maladies des os et des articulations*. Flammarion
2. LEVI-VALENSIN, G. y BARD, M. (1977): *Calci-fications et ossifications anormales*. *Encycl. Méd. Chir.*, París. Radio-Diagnostique. 31750 A10.
3. RESNICK, D. y NIWAYAMA, G. (1981): *Diagnosis of bone and joint disorders*. W.B. Saunders Company. Filadelfia.
4. WILNER, D. (1982): *Radiology of bone tumors and allied disorders*. W.B. Saunders Company. Filadelfia.