

CALCINOSIS PULMONAR METASTÁSICA

Julieta Alconcher, María Florencia Murachelli, Flavia Barrera, Maximiliano Matteoda,
Claudio Milicchio, Enrique Naudeau.

SIN CONFLICTO DE INTERÉS

Autor responsable: Julieta Alconcher. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
julietalconcher@hotmail.com

Presentación del caso

Paciente masculino de 61 años, con antecedente de insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, consulta por disnea persistente de 3 meses de evolución.

Hallazgos imagenológicos

Múltiples opacidades nodulares en vidrio esmerilado bilaterales, de distribución centrilobulillar, a predominio de lóbulos superiores, algunas de ellas con áreas hiperdensas en su interior. Asimismo se identifican calcificaciones en cartílagos traqueales y de bronquios principales, como así también en estructuras vasculares de la caja torácica. En cortes de abdomen superior, se observa atrofia renal bilateral. Estos hallazgos ya eran evidentes en una TC realizada 3 años antes, no presentando cambios significativos.

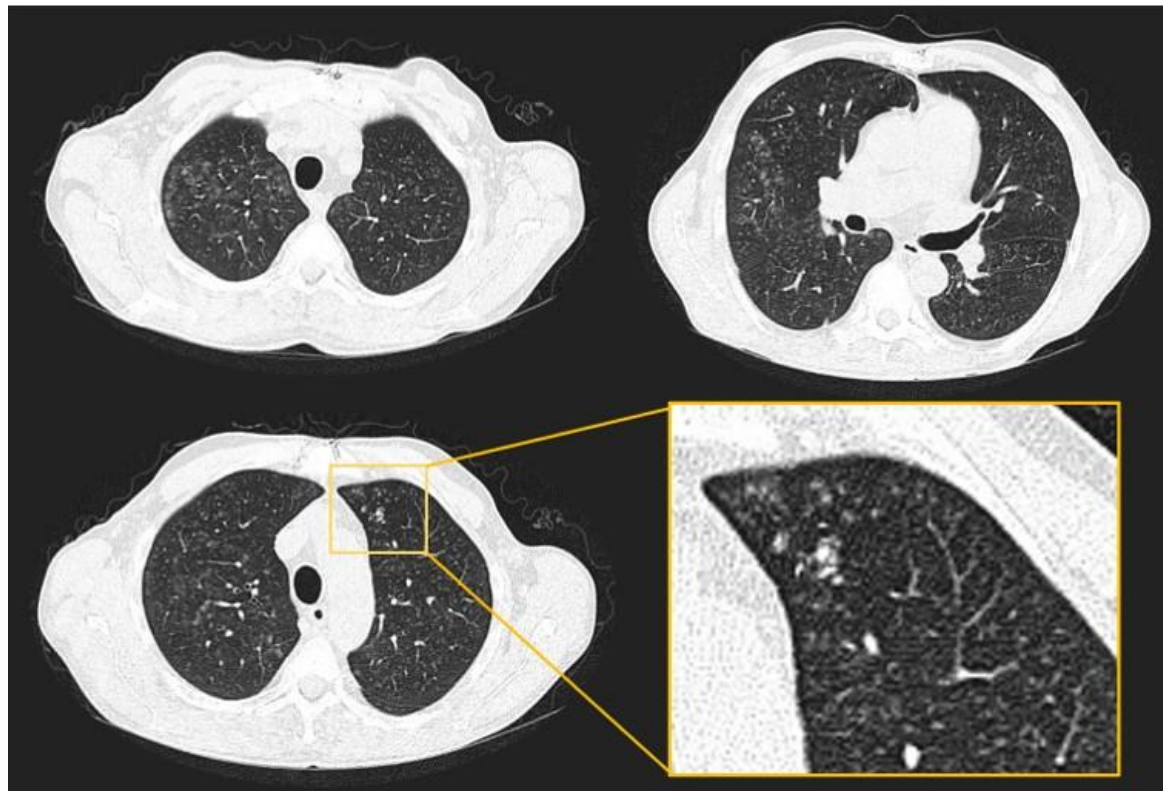


Imagen 1: Cortes axiales de TC con ventana pulmonar, donde se evidencian las múltiples opacidades nodulares en vidrio esmerilado bilaterales, de distribución centrilobulillar, a predominio de lóbulos superiores, algunas de ellas con áreas hiperdensas en su interior.

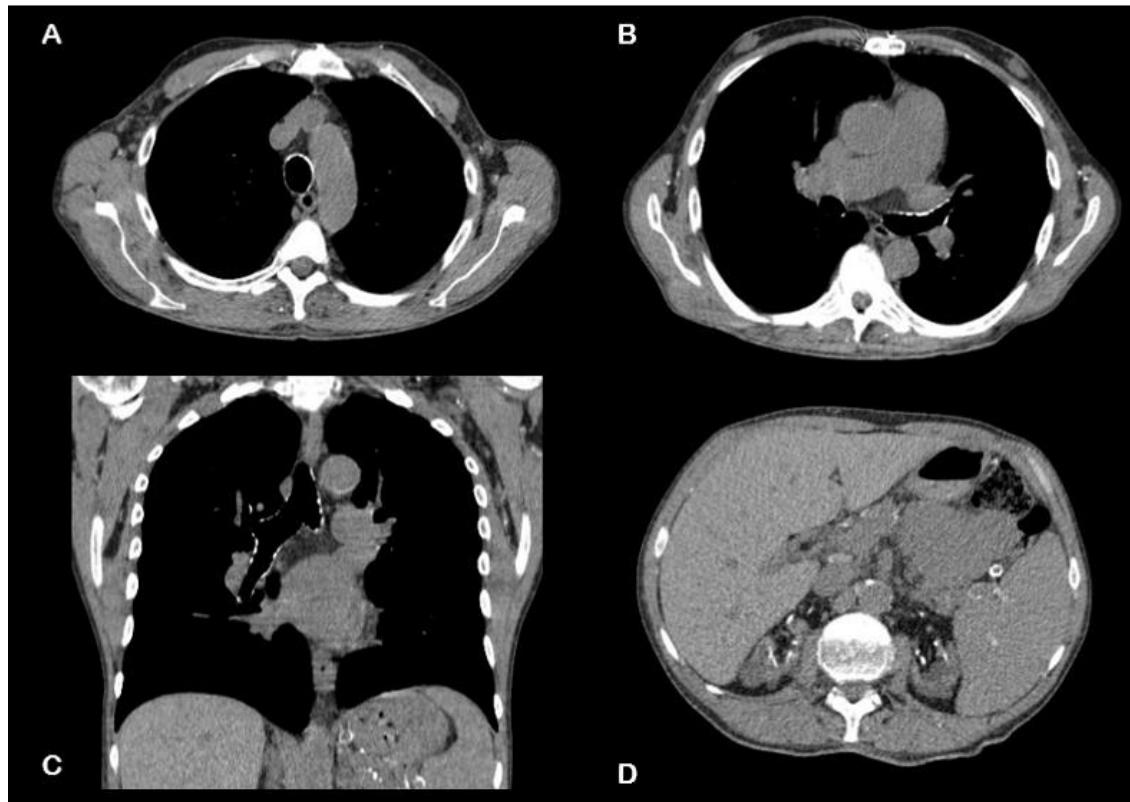


Imagen 2: Cortes axiales (A, B y D) y reconstrucción coronal (C) de TC en ventana mediastinal en donde se muestran las finas calcificaciones en cartílagos de la tráquea y bronquios principales (A, B y C). También se evidencian calcificaciones en tejidos blandos de la caja torácica, principalmente en topografía axilar bilateral, en relación a calcificaciones vasculares (A y B). Por último, en cortes de abdomen superior (D), se observa franca disminución del espesor de la corteza renal bilateral, con quistes corticales y calcificaciones en senos renales.

Discusión

Las calcificaciones metastásicas constituyen depósitos de calcio en un tejido normal. Se producen principalmente en el sistema vascular periférico, tejidos blandos, pulmones, riñones, estómago y corazón, órganos que poseen un ambiente alcalino que predispone a la precipitación de sales de calcio. El pulmón es el órgano afectado con mayor frecuencia.

Se deben a cualquier patología que curse con hipercalcemia, siendo la más común, la insuficiencia renal crónica. Otras causas incluyen hiperparatiroidismo primario, administración exógena de calcio y vitamina D, osteólisis masiva por metástasis o mieloma múltiple, etc.

Las manifestaciones clínicas suelen ser mínimas, cuando están presentes incluyen disnea y tos no productiva. En la TC suelen observarse opacidades nodulares centrilobulillares densas o claramente calcificadas, predominantes en lóbulos superiores. Las calcificaciones en los vasos de la pared torácica y en las estructuras traqueobronquiales son un hallazgo frecuente.

El tratamiento de la calcinosis pulmonar metastásica se enfoca en la eliminación de la causa.

Conclusión

La calcinosis pulmonar metastásica es una enfermedad rara que debemos tener presente al momento de valorar pacientes con hallazgos patológicos pulmonares cuando existen factores de riesgo. Es importante su diagnóstico precoz ya que es una entidad potencialmente reversible con un tratamiento adecuado.

Bibliografía

Belém, L. C., Souza, C. A., Souza Jr., A. S., Escuissato, D. L., Hochhegger, B., Nobre, L. F., Marchiori, E. (2017). Metastatic pulmonary calcification: high-resolution computed tomography findings in 23 cases. *Radiologia Brasileira*, 50(4), 231–236.

Hochhegger, B., Marchiori, E., Soares Souza, A., Soares Souza, L., & Palermo, L. (2012). MRI and CT findings of metastatic pulmonary calcification. *The British Journal of Radiology*, 85(1011), e69–e72.

Madhusudhan, K. S., Shad, P. S., Sharma, S., Goel, A., & Mahajan, H. (2011). Metastatic pulmonary calcification in chronic renal failure. *International Urology and Nephrology*, 44(4), 1285–1287.