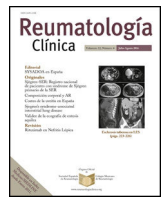




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Reumatología Clínica en imágenes

Nódulo subcutáneo doloroso

Painful subcutaneous nodule

Jorge Santos-Juanes^{a,*}, Cristina Galache^a y Veronica Blanco^b

^a Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Lozano Blesa, Zaragoza, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de abril de 2016

Aceptado el 5 de mayo de 2016

On-line el 18 de junio de 2016

Mujer de 57 años, sin antecedentes patológicos, aficionada al senderismo, que consultó por la aparición de una lesión subcutánea de 5 mm en el quinto dedo del pie izquierdo, de 12 semanas de evolución. La lesión era intensamente dolorosa y no había experimentado cambios. La radiografía simple del pie reveló la presencia de una pequeña calcificación en el borde lateral de la falange distal del quinto dedo del pie izquierdo (fig. 1). Analítica incluyendo marcadores inflamatorios, calcio, fósforo y ácido úrico dentro de la normalidad. El dolor desapareció tras la extirpación (fig. 2). No ha reaparecido en los 20 meses de seguimiento.

El diagnóstico fue de tenosinovitis con calcificación psammatosa (TCCP). Aunque puede considerarse como una parte del espectro de las lesiones tumorales con calcificación, sus características clínicas e histológicas permiten considerarla como una entidad independiente, infrecuentemente reconocida, y rara vez comunicada en la literatura médica^{1–4}. Clínicamente se presenta como un nódulo o masa subcutánea única, localizada principalmente en las zonas acras de las extremidades, de predominio en mujeres de edad adulta. Los pacientes refieren historia de traumas repetitivos de índole ocupacional, o relacionados con la realización de deportes². Las lesiones se localizan en el tendón o en los tejidos blandos peritendinosos, y desde el punto de vista histológico se presenta como una proliferación compuesta por histiocitos y (mio) fibroblastos, y la presencia de numerosos cuerpos esferoidales psammoma-like.

El diagnóstico diferencial hay que realizarlo con una variedad de procesos neoplásicos y no neoplásicos de las extremidades



Figura 1. En la radiografía simple se observa una pequeña calcificación en zona lateral de la quinta falange distal.

distales que presentan calcificaciones: gota, seudogota, fibroma aponeurótico calcificante, tumor de células gigantes de la vaina tendinosa, sarcoma sinovial y proliferación osteocondromatosa parosteal^{1–4}. Es importante añadir la TCCP al diagnóstico diferencial de las lesiones dolorosas acras, lo que va a permitir evitar su confusión con otros cuadros neoplásicos o no, que presentan calcificaciones.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorgesantosjuanes@gmail.com (J. Santos-Juanes).

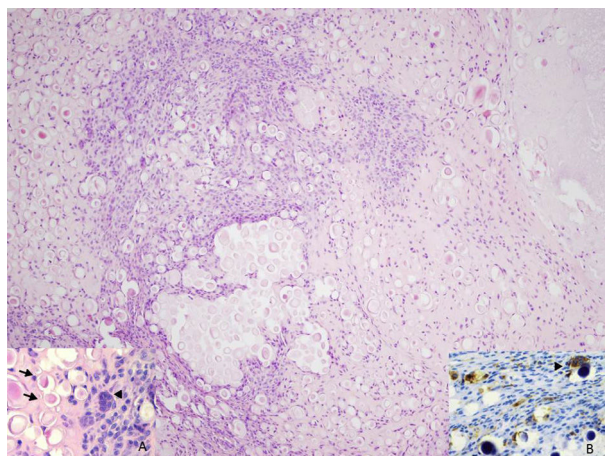


Figura 2. Abundantes cuerpos de psamoma, y proliferación de células mononucleares de hábito fusocelular (H&E $\times 100$). A) Presencia de calcificaciones esféricas (flechas) y células gigantes multinucleares (cabeza de flecha) (H&E $\times 200$). B) La inmunotinción con CD68 revela la presencia de células mononucleares dispersas, y rodeando las calcificaciones y células gigantes multinucleadas (cabeza de flecha) (CD68 $\times 200$).

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.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Gravanis MB, Gaffney EF. Idiopathic calcifying tenosynovitis. Histopathologic features and possible pathogenesis. *Am J Surg Pathol.* 1983;7:357–61.
2. Shon W, Folpe AL. Tenosynovitis with psammomatous calcification: A poorly recognized pseudotumor related to repetitive tendinous injury. *Am J Surg Pathol.* 2010;34:892–5.
3. Kawata M, Seki K, Miura T. Tenosynovitis with psammomatous calcification arising from the volar plate of the proximal interphalangeal joint of the finger. *Pathol Int.* 2014;64:539–41.
4. Robb T, Oliver K, Strutton GM, McAuliffe M. Tenosynovitis with psammomatous calcification of the knee. *Pathology.* 2012;44:369–70.