

Tratamiento de la calcinosis cutis con tiosulfato sódico tópico: presentación de un caso de calcinosis idiopática tras injerto cutáneo

Paula Penanes Alonso¹, Susana Mallo García¹, Daniel Ruiz Sánchez¹, Martina Espasandín Arias¹, Eloy Rodríguez Díaz¹, Lucía Palacio Aller¹



¹Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias)



Introducción

La calcinosis cutis consiste en el depósito de sales cálcicas en la piel y se ha clasificado en función de su etiología en yatrógena, idiopática, metastásica, distrófica y mixta. Dentro de este espectro de patologías, existe una entidad con mal pronóstico: la calcifilaxis. En esta última se emplea el tiosulfato sódico intravenoso como tratamiento de primera línea. También se ha descrito administración vía intralesional. Escasos reportes muestran el potencial de uso tópico, tratándose de una vía cómoda y asequible para el paciente.

Presentación del caso

Se trata de un paciente de 73 años con antecedentes personales de alergia a ácido acetilsalicílico, dislipemia y glaucoma. Sus antecedentes personales oncocutáneos eran: melanoma IB en espalda, melanoma in situ abdominal, carcinoma basocelular en región escapular, varios carcinomas espinocelulares en cuero cabelludo intervenidos mediante exéresis e injerto, así como radioterapia adyuvante en varias ocasiones. La última intervención con reconstrucción se había realizado en noviembre de 2019, consistiendo en exéresis de un carcinoma epidermoide en vértex. Se realizó un **injerto cutáneo de piel total** procedente de ingle derecha. Tras el análisis anatomopatológico, se observó el borde profundo en **contacto focal** con un nido tumoral y se decidió complementar la intervención con radioterapia posterior. Tras el tratamiento radioterápico, se observa en la región del injerto una zona erosivo costrosa de 6x7mm de diámetro. Al descostrar deja un lecho limpio con exposición **ósea** y mínimo tejido de granulación en el polo posterior. Se indicaron curas con mupirocina y apósito con discreta reducción del tamaño del defecto a 4x5mm en la siguiente revisión (tres meses después). Seis meses después, el **defecto** permanecía **estable** con aparición de una **nueva erosión con exposición ósea** adyacente.

Durante dos años, se realizaron curas continuas por el personal de enfermería dermatológica en trabajo conjunto con el personal de enfermería de su centro de salud con escasa mejoría. Tras este periodo, en una nueva revisión, se decide **reevaluar la región de exposición ósea por ligero aumento de tamaño** referido por el paciente. Se observan entonces **tres defectos con capa fina de aspecto óseo** (imagen 1). En este caso se comprueba la presencia de esquirlas de tejido de consistencia dura y aspecto cálcico. Sin embargo, al retirarlas, se aprecia tejido de granulación bajo estas. **Se plantea en ese momento el diagnóstico de calcinosis cutis sobre injerto cutáneo**. Se plantea entonces tratamiento con tiosulfato sódico al 25% en vaselina filante dos veces al día con lo que el paciente experimenta una gran mejoría a los cuatro meses (imagen 2). No se presentaron efectos adversos.



Imagen 1

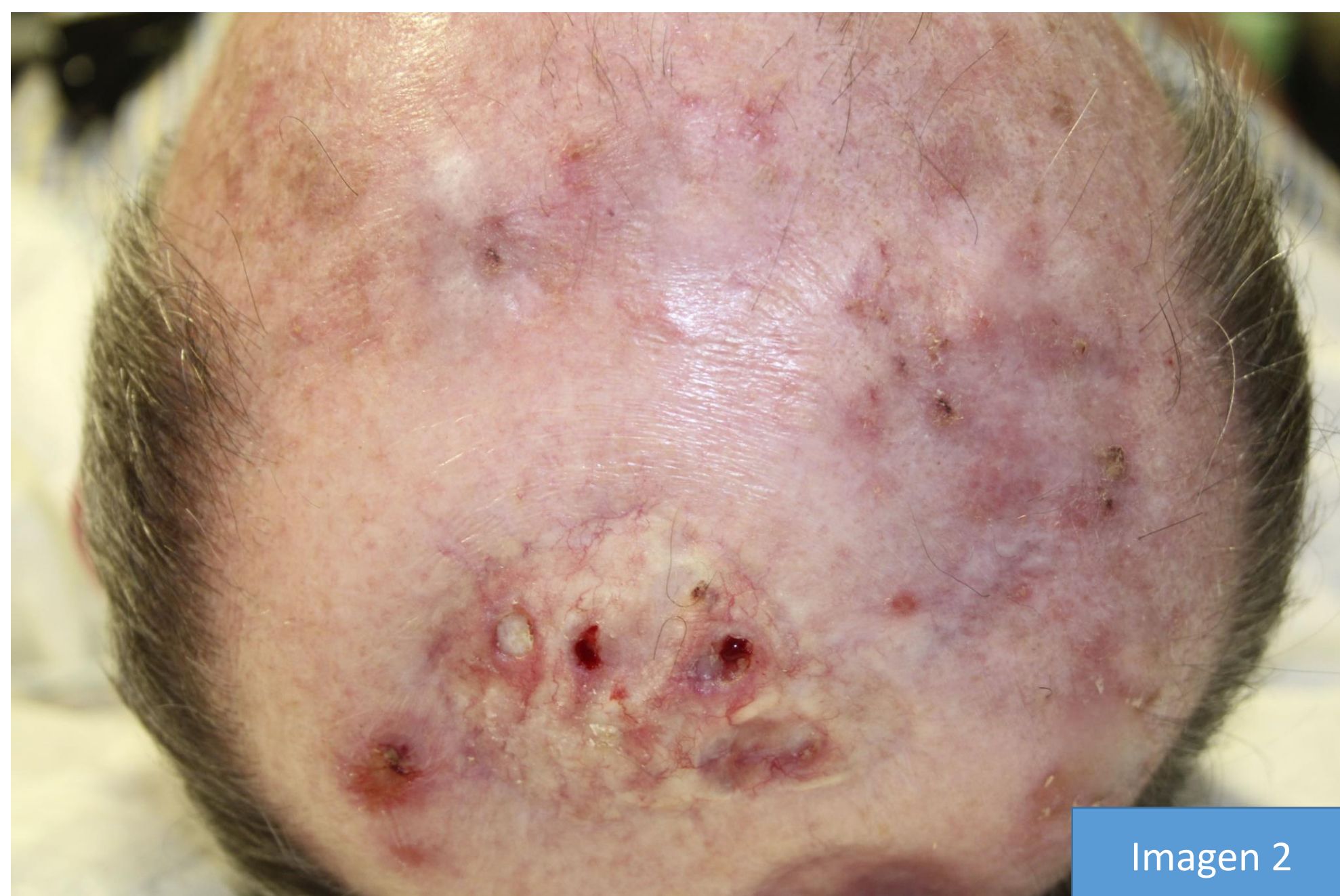


Imagen 2

Resultados y discusión

La calcificación cutis de tipo distrófica es la forma más frecuente de esta entidad y se ha descrito sobrevenida a entidades diversas como la epidermólisis bullosa o en caso de quemados. En este último caso, no se observó una mayor tasa de calcinosis tras el uso de injertos. En el caso de procedimientos dermatológicos se ha descrito por el uso de apósitos con alginatos cálcicos. No se pudo descartar el uso de estos materiales dado el largo tiempo de curas y el pobre registro de estas, por lo que podría tratarse igualmente de una forma idiopática de calcificación. En la literatura, se reporta el uso del tiosulfato sódico con todo tipo de calcinosis cutis con buenos resultados. En defectos con exposición ósea la vía tópica parece ser eficaz, en nuestra experiencia, con una excelente tolerancia. Además, a raíz de este caso, nos gustaría extraer una reflexión sobre la importancia de los materiales de las curas, el registro de estos y la posibilidad de efectos adversos como la calcificación yatrógena por el uso de apósitos con alginato cálcico, ya reportada pero en nuestra opinión poco valorada.

Bibliografía

- Róbert L, Kuroli E, Bottlik G, Hidvégi B. Late-onset calcinosis in burn scars: A review of the literature and two case reports. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2022;20(2):141-148. doi:10.1111/ddg.14677
- Nowaczyk J, Zawistowski M, Fiedor P. Local, non-systemic, and minimally invasive therapies for calcinosis cutis: a systematic review. *Arch Dermatol Res.* 2022 Aug;314(6):515-525. doi: 10.1007/s00403-021-02264-5. Epub 2021 Jun 24. PMID: 34165603; PMCID: PMC9232439.
- Davey RB, Sparnon AL, Byard RW. Unusual donor site reactions to calcium alginate dressings. *Burns.* 2000;26(4):393-398. doi:10.1016/s0305-4179(99)00140-0
- Bhari N, Bharti P. Dystrophic calcinosis cutis in autosomal recessive dystrophic epidermolysis bullosa. *BMJ Case Rep.* 2019;12(9):e231287. Published 2019 Sep 20. doi:10.1136/bcr-2019-231287
- Ricardo JW, Sun HY, Gorji M, Sebaratnam DF. Topical sodium thiosulfate as treatment of calcinosis cutis: Case series and systematic review. *J Am Acad Dermatol.* 2022;87(2):443-444. doi:10.1016/j.jaad.2021.09.013