

## Calcificación metastásica pleural secundaria a hiperparatiroidismo secundario

### Calcified Pleural Metastasis Secondary to Secondary Hyperparathyroidism

Sr. Director:

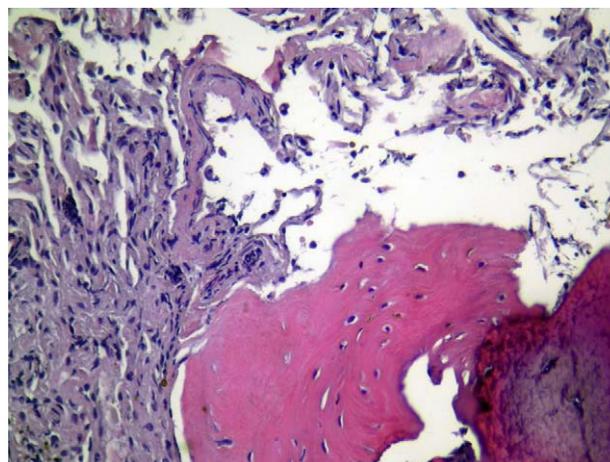
La calcificación anormal del tejido pulmonar normal, conocida como calcificación metastásica pulmonar, es una complicación frecuente en pacientes con insuficiencia renal crónica e hiperparatiroidismo secundario, especialmente en los sometidos a programas de hemodiálisis<sup>1</sup>. Suele caracterizarse por la presencia de numerosos nódulos calcificados de 3 a 10 mm de diámetro, visualizados en la tomografía computarizada de alta resolución (TCAR)<sup>2,3</sup> como opacidades en vidrio deslustrado, normalmente centrilobulillares, sin engrosamiento septal. No hay correlación entre la extensión de las calcificaciones macroscópicas y la sintomatología clínica<sup>4,5</sup>. Las muestras anatomopatológicas muestran una intensa captación de hematoxilina de los tabiques alveolares y de las paredes de los pequeños vasos pulmonares y bronquios, con fibrosis leve a moderada de los tabiques alveolares, sin afectación de los espacios aéreos adyacentes.

La calcificación pleural es a menudo el resultado de un hemotórax, un piotórax o un derrame tuberculoso antiguo, y comúnmente se asocia con un engrosamiento extenso de la pleura, en forma de lámina continua ancha o de múltiples placas discretas. Otra posibilidad diagnóstica es la exposición al asbesto y al talco, que muestran un período de latencia de 15 años aproximadamente, correlacionadas con la intensidad de la exposición inicial y el tiempo expuesto.

Presentamos el caso de un paciente de 64 años de edad que ingresó en nuestro servicio con carácter urgente por presentar un derrame pleural derecho persistente de varios meses de evolución, sin proceso infeccioso intercurrente ni dolor torácico y sin síntomas sugerentes de insuficiencia cardiaca congestiva.

Como antecedentes personales presentaba insuficiencia renal crónica (sin estar sometido a diálisis) con un aclaramiento de creatinina estimado del 20% y una cardiopatía hipertensiva. Las pruebas complementarias realizadas al ingreso mostraban una anemia normocítica normocrómica e insuficiencia renal con creatinina de 3,9 mg/dl. Destacaban valores de calcio disminuido y fósforo aumentado, lo que, junto a niveles de parathormona elevados (177 pg/ml; valores normales: 15-88 pg/ml), concordaba con hiperparatiroidismo secundario. La radiografía de tórax mostraba cardiomegalia con crecimiento de cavidades izquierdas y derrame pleural derecho en cuantía moderada. Se realizó una toracocentesis diagnóstica que mostró características bioquímicas de exudado, con escasa celularidad linfocitaria. Se practicó una TC torácica que mostraba una cardiomegalia leve, con un derrame pleural derecho sin engrosamiento pleural, y depósitos calcícos en la pleura visceral.

A la vista de los hallazgos se practicó una videotoroscopia, en la que se objetivaron signos inflamatorios difusos en las dos hojas pleurales, así como placas de aspecto nacarado, duras al tacto, tanto en la pleura parietal como en la pleura visceral. Las muestras remitidas pusieron de manifiesto la existencia de áreas de engrosamiento pleural con formación de tejido óseo (fig. 1), sin



**Figura 1.** Biopsia pleural por videotoroscopia; tinción H-E. Engrosamiento de pleura visceral con formación de tejido óseo y normalidad de parénquima pulmonar subyacente.

evidencia de infiltración por células tumorales ni de depósitos calcícos en las paredes de los alveolos adyacentes, que se encontraban libres.

La calcificación metastásica pleural es una entidad clínica rara, comunicada en escaso número de ocasiones en la literatura médica<sup>6</sup>. Suele aparecer en un contexto similar al de este caso, haciendo necesario el diagnóstico diferencial con otras entidades clínicas que cursan con engrosamiento y calcificación pleural.

### Bibliografía

1. Enfermedad Pulmonar Metabólica. En: Fraser RS, Müller NL, Colman N, Paré PD, editores. Diagnóstico de las enfermedades del tórax. 4.ª ed. Panamericana; 2002. p. 2677-78.
2. Gavelli G, Zompatori M. Thoracic complications in uremic patients and in patients undergoing dialytic treatment: State of the art. Eur Radiol. 1997;7:708-17.
3. Yookyung K, Sung SS, Jung HS, Gyu BC, Kyung SL, Chin-AF Y., et al. Variable pulmonary manifestations in hemodialysis patients. J Korean Radiol Soc. 2003;49:89-97.
4. Bendayan D, Barziv Y, Kramer MR. Pulmonary calcifications: A review. Respir Med. 2000;94:190-3.
5. Brown K, Mund DF, Aberle DR, Batra P, Young DA. Intrathoracic calcifications: Radiographic features and differential diagnoses. Radiographics. 1994;14:1247-61.
6. Watanabe T, Kobayashi T. Pleural calcification: A type of metastatic calcification in chronic renal failure. Br J Radiol. 1983;56:93-8.

Bernardino Alcázar Navarrete<sup>a,\*</sup>, Rafael Luque Barona<sup>b</sup> y Antonio Bravo Cerro<sup>c</sup>

<sup>a</sup> UGC de Neumología, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

<sup>b</sup> UGC de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

<sup>c</sup> UGC de Cirugía Torácica, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: balcazar@telefonica.net (B. Alcázar Navarrete).

doi:10.1016/j.arbres.2011.07.005