

CALCINOSE EM DOENTE COM ESCLERODERMIA: TRATAR OU AGUARDAR?

Olga Gomes*, Anabela Barcelos**

A calcinose subcutânea é uma das manifestações do Síndrome de CREST (*Calcinosis, Raynaud's phenomenon, Esophageal dysmotility, Sclerodactyly, Telangiectasias*) que ocorre em cerca de 40% dos doentes com Esclerodermia Limitada de longa evolução e raramente na forma Difusa. A deposição de cristais de hidroxapatite de cálcio ocorre frequentemente nas mãos, perto das eminências ósseas e nos tecidos peri-articulares podendo contudo aparecer em qualquer localização. A sua patogénese é desconhecida. Na maioria das vezes, a calcinose é assintomática.

A pele afectada pode parecer normal, inflamada ou ulcerada com saída de material leitoso calcificado. O tecido ulcerado pode infectar facilmente e devido ao reduzido aporte sanguíneo a cicatrização torna-se difícil, dolorosa e incapacitante.

As autoras apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, 34 anos de idade, raça caucasiana, seguida em consulta de Reumatologia por Esclerodermia Limitada (CREST) e Síndrome de Sjögren secundário com 10 anos de evolução. A doente referiu dor na mão direita relacionada com calcinose no 4º e 5º dedos condicionando grande incapacidade para as actividades da vida diária e para a actividade profissional (costureira).

Ao exame objectivo apresentava para além da esclerodactilia, calcinose no 4º e 5º dedos da mão direita (Figura 1). No Rx das mãos visualizavam-se as calcificações nos tecidos moles do 4º e 5º dedos da mão direita (Figura 2). Um mês depois surgiu na consulta com ulceração do 5º dedo da mesma mão e com saída de material leitoso sem infecção associada (Figura 3). Passado meio ano apresentava completa cicatrização, sem sinais de calcinose (Figura 4) e sem ter realizado qualquer tratamento.

Não há tratamento efectivo para a calcinose sub-

cutânea na Esclerodermia. A administração crónica de Colchicina pode suprimir episódios de inflamação da pele em torno dos depósitos calcificados¹. Os Bloqueadores dos Canais de Cálcio, nomeadamente o Diltiazem, têm sido usados no tratamento destes doentes podendo melhorar os sintomas relacionados com o Fénomeno de Raynaud mas os seus efeitos a nível da calcinose ainda não estão demonstrados². Pensa-se que a proteína Gla, que é sintetizada a nível hepático, te-



Figura 1. Calcinose no 4º e 5º dedos da mão direita.

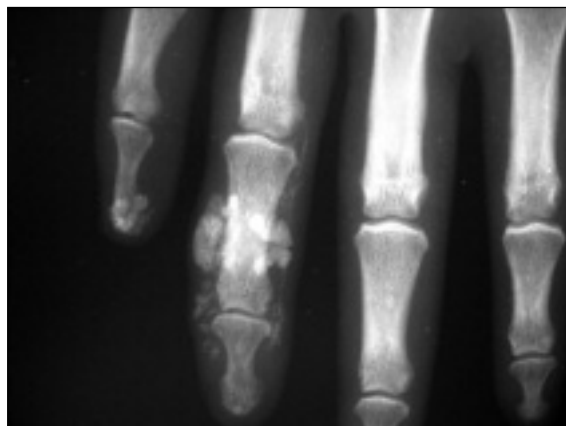


Figura 2. RX evidenciando calcificações nos tecidos moles do 4º e 5º dedos da mão direita.

*Interna do Internato Complementar de Medicina Interna, Serviço de Reumatologia, Hospital Infante D. Pedro - E.P.E., Aveiro

**Directora do Serviço de Reumatologia, Serviço de Reumatologia, Hospital Infante D. Pedro - E.P.E., Aveiro



Figura 3. Calcificação exposta no 5º dedo da mão direita.

nha um papel central no desenvolvimento das calcificações ectópicas. Baixas doses de Varfarina demonstraram reduzir a extensão da calcinose em alguns doentes com Esclerodermia uma vez que actua a nível hepático inibindo a síntese da proteína Gla³ enquanto outros estudos não confirmaram esse efeito⁴. Num estudo com poucos doentes, 8 dos 9 doentes com Esclerodermia Sistémica Limitada tiveram boa resposta a baixa dose de Minociclina⁵.

Outros estudos têm demonstrado que a administração de Hidróxido de Alumínio⁶ e de Probenecid também são úteis em alguns casos. O tratamento com Corticosteróides orais não é considerado efectivo mas, de acordo com Hazen e col., os corticosteróides intralesionais têm sido associados a melhoria da calcinose⁷. O tratamento com Bifosfonatos têm tido um sucesso limitado.

Em resumo, não existe um tratamento eficaz para a prevenção ou eliminação da calcinose sendo necessário mais estudos. Contudo, não nos podemos esquecer que em 1986, Fink e Cook⁸ reportavam que 55% dos doentes têm resolução espontânea da calcinose como foi o caso da nossa doente.

Correspondência para

Olga Gomes
Condomínio Habitacional Fonte da Ladeira, Bloco A,
2º esquerdo
3750-044 Aguada de Cima – Águeda
E-mail: olgagms@yahoo.com



Figura 4. Polpa digital do 5º dedo da mão direita sem calcinose.

Referências

1. Taborn J, Bole GG, Thompson GR. Colchicine suppression of local and systemic inflammation due to calcinosis universalis in chronic dermatomyositis. *Ann Intern Med* 1978; 89: 648-6499.
2. Vayssairat M, Hidouche D, Abdoucheli-Baudot N, Gaitz JP. Clinical significance of subcutaneous calcinosis in patients with systemic sclerosis. Does diltiazem induce its regression? *Ann Rheum Dis* 1998; 57: 252-254.
3. Cukierman T, Elinav E, Korem M, Chajek-Shaul T. Low dose warfarin treatment for calcinosis in patients with systemic sclerosis. *Ann Rheum Dis* 2004; 63: 1341-1343.
4. Berger RG, Featherstone GL, Raasch RH, McCartney WH, Hadler NM. Treatment of calcinosis universalis with low-dose warfarin. *Am J Med* 1987; 83: 72-76.
5. Robertson LP, Marshall RW, Hickling P. Treatment of cutaneous calcinosis in limited systemic sclerosis with minocycline. *Ann Rheum Dis* 2003; 62: 267-269.
6. Boulman N, Slobodin G, Rozenbaum M, Rosner I. Calcinosis in rheumatic diseases. *Semin Arthritis Rheum* 2005; 34: 805-812.
7. Hazen PG, Walker AE, Carney JE, Stewart JJ. Cutaneous calcinosis of scleroderma. Successful treatment with intralesional adrenal steroids. *Arch Dermatol* 1982; 118: 366-367.
8. Fink CW, Cook JD. Spontaneous resolution of calcinosis in childhood dermatomyositis. *Arthritis Rheum* 1986; 29: S91.