

Gota tofácea crónica en un adulto

Chronic tophaceous gout in an adult

Dra. Ana Maria Ortiz Olivares^{1*}

Dra. Odisa Mildres Cortés Ross¹

Dra. Deisy de los Milagros Torres Motas²

¹Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley". Manzanillo, Granma, Cuba.

²Policlínico I "Francisca Rivera Arocha". Manzanillo, Granma, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: anamaria@elam.grm.sld.cu

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente de 57 años de edad, mestizo, con antecedentes de artritis reumatoidea y gota, quien acude a la consulta especializada de Dermatología del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley" de Manzanillo, provincia de Granma, por presentar lesiones nodulares dolorosas diseminadas. Se realizaron estudios complementarios y biopsia de piel, cuyos resultados permitieron diagnosticar una gota tofácea crónica. El paciente llevaba tratamiento medicamentoso con prednisona, colchicina y metrotexate, pero luego de discutir el caso con los especialistas en medicina interna y reumatología se decidió sustituir la colchicina por el alopurinol.

Palabras clave: gota tofácea crónica; tofo gotoso; hiperuricemia; urato monosódico; Atención Secundaria de Salud.

ABSTRACT

The case report of a 57 year-old mestizo patient, is presented with a history of rheumatoid arthritis and gout who visited the specialized Dermatology department of "Celia Sánchez Manduley" Teaching Clinical-Surgical Hospital in Manzanillo, Granma province, for presenting disseminated painful nodular lesions. Complementary studies and skin biopsy were carried out which results allowed to diagnose a chronic . The patient was under drugs treatment with prednisona, colchicina and metrotexate, but after discussing the case with the specialists in internal medicine and rheumatology it was decided to substitute colchicina by alopurinol.

Key words: chronic tophaceous gout; gout tophus, hyperuricemia; monosodic urate; secondary health care.

Recibido: 15/03/2018

Aprobado: 19/05/2018

Introducción

La gota es un síndrome clínico desencadenado por un grupo heterogéneo de afecciones, caracterizada por el depósito de cristales de urato monosódico en el fluido sinovial y en las articulaciones, con la coexistencia o no de hiperuricemia, enfermedad renal y nefrolitiasis. Afecta a 5 millones de estadounidenses y, aunque se presenta en ambos sexos, los hombres son más susceptibles a padecerla. Se observa en la juventud o en la edad adulta y predomina en personas obesas.⁽¹⁾

El ácido úrico es el metabolito final del catabolismo de las purinas. Cuando la concentración plasmática de urato monosódico supera su límite de solubilidad, es mayor la posibilidad de que este comience a precipitarse en los tejidos. La hiperuricemia se produce como consecuencia de una producción elevada de ácido úrico o de una menor excreción de ese compuesto. Se plantea que 90% de los afectados, presentan el segundo mecanismo.⁽²⁾

Ahora bien, se cree que la gota evoluciona en 4 estadios, a saber: hiperuricemia asintomática, artritis gotosa aguda, periodo entre las crisis gotosas y gota tofácea crónica; esta última afecta los pabellones auriculares, articulaciones interfalángicas de manos y pies, cartílagos palpebrales, tendones, bolsas serosas, e incluso, los pulpejos de los dedos. Son tumores duros cuyo tamaño varia de algunos milímetros a varios centímetros, del color de la piel, blanquecino o rojo-violáceo; al abrirse dan salida a un material blanquecino que semeja dentífrico.⁽³⁾

El diagnóstico certero se basa en la observación, mediante microscopio polarizador, de cristales intracelulares no birrefringentes y con forma de aguja. El objetivo del tratamiento farmacológico es mantener una concentración de ácido úrico por debajo de los 6 mg/dL.⁽⁴⁾

Caso clínico

Se describe el caso clínico de un paciente de 57 años de edad, mestizo, con antecedentes de gota y artritis reumatoidea. En consulta dermatológica refiere que desde hace aproximadamente 6 años ha notado la aparición repentina de un “tumorcito” en el pabellón auricular derecho, pequeño, duro, redondo, del mismo color de la piel, no doloroso y sin ninguna sintomatología; razón por la cual no acudió a consulta para valoración médica. Decide asistir, pues hace un año notó que aparecieron nuevos tumores con similares características, pero de mayor tamaño en miembros superiores e inferiores, acompañados de dolor moderado e intermitente en los “nudillos de las manos”, lo que le dificultaba la realización de tareas cotidianas.

- Examen dermatológico

El paciente presentaba lesiones nodulares diseminadas en la cara y los miembros superiores e inferiores. El nódulo de mayor tamaño estaba localizado en el codo derecho; tenía 8 cm de longitud, forma redondeada, color amarillo, duro, móvil, no adherido a planos profundos, de superficie lisa y doloroso a la palpación profunda (fig. 1). El más pequeño se encontraba en el pabellón auricular derecho; medía 2 cm de

diámetro y presentaba características similares a las antes descritas. Este cuadro clínico se acompañaba de dolor moderado e intermitente en las articulaciones metacarpo falángicas y se exacerbaba con el movimiento de los dedos.



Fig 1. Lesión nodular de mayor tamaño localizada en codo derecho

- Exámenes complementarios positivos

- Urato: 950 mmol/L

- Biopsia: fragmento de piel con depósito de urato y células gigantes a cuerpo extraño (gota).

El paciente llevaba tratamiento medicamentoso diario con prednisona (tabletas de 10 mg por vía oral), colchicina cada 12 horas (tabletas de 0,5 mg por vía oral) y metrotexate 1 CC semanal. Luego de discutir el caso con los especialistas en medicina interna y reumatología se decidió cambiar la colchicina por el alopurinol 400 mg/día.

Comentarios

La gota es una enfermedad metabólica crónica causada por un trastorno del metabolismo de las purinas y se presenta en pacientes con concentraciones séricas superiores a 7 mg/dL de ácido úrico. Está determinada por el depósito de cristales de urato monosódico en las articulaciones y otros tejidos, lo cual provoca una respuesta inflamatoria, que puede además, inducir daño tisular permanente. Como se refirió anteriormente esta enfermedad se puede manifestar de 4 formas; en este caso el paciente presentó una gota tofácea crónica.⁽⁵⁾

Resulta importante señalar que los tofos son agregados de cristales de urato monosódico rodeados por una reacción granulomatosa que presentan con mayor frecuencia en los tejidos con pobre suministro de sangre y baja temperatura, tales como hélix auricular y articulación del primer metatarso. Son nódulos de color blanco-amarillento y varían en tamaño de 1mm a 7cm. La localización intradérmica de los tofos es infrecuente, puesto que es común encontrarlos en piernas y antebrazos; con menor frecuencia, en nalgas, muslos y pared abdominal. El desarrollo de tofos intradérmicos se correlaciona con el tiempo de evolución de la enfermedad, un tratamiento inadecuado de esta, la severidad de la hiperuricemia y además, se asocian al uso prolongado de glucocorticoides.^(5,6)

En este paciente la lesión inicial se localizó en un sitio frecuente; sin embargo, las que surgieron posteriormente se hallaron en lugares atípicos, lo cual se correlaciona con los 6 años de diagnóstico de gota, los altos niveles de ácido úrico y el consumo de esteroides para combatir la artritis reumatoidea.

La gota tofácea crónica es una enfermedad cuyo estándar de oro diagnóstico es la presencia de cristales de urato monosódico en el aspirado del tofo o líquido articular;⁶ no obstante, en este caso, el estudio histopatológico permitió demostrar que la causa de las lesiones nodulares no fue la artritis reumatoidea sino los granulomas en empalizada.

Por otra parte, los tofos responden al tratamiento de la hiperuricemia, durante el cual disminuirán gradualmente de tamaño; sin embargo, un nódulo grande que cause gran deformidad y alteraciones estructurales de las articulaciones puede que requiera ser removido quirúrgicamente.⁽⁷⁾

Actualmente, el afectado tiene tratamiento farmacológico prescrito por los especialistas en medicina interna y reumatología. Se realizan controles periódicos y, a pesar de ser candidato a intervención quirúrgica, el gran número de lesiones promueve inicialmente un tratamiento conservador y meramente farmacológico. Los autores concuerdan en que si bien la presencia de tofos gotosos por sí mismos no pone en peligro la vida del paciente, conllevan a una importante limitación funcional aun en ausencia de inflamación aparente, lo cual provoca afectación en su calidad de vida.

El paciente fue diagnosticado con una gota tofácea crónica, pero se señala que esta no debe considerarse una forma clínica peculiar; simplemente es un indicador de diagnóstico tardío o de un tratamiento incorrecto y/o insuficiente de esta enfermedad.

Referencias bibliográficas

1. Junco Gelpi DA, Moreno Navarro JT, Pérez Jané ÁO. Tofo gotoso en la mano. MEDISAN. 2015 [citado 26/02/2018]; 18 (9): 1145-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n9/san11199.pdf>
2. Seletti M, Slullitel G, Calvi JP, Pinton G, Bartolucci C, López V. Tofo gotoso de pie como simulador de neuroma de Morton. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol. 2015 [citado 26/02/2018]; 81 (3): 228-31. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/raaot/v81n3/v81n3a11.pdf>
3. Góngora Lencina JJ, García Valdecasas Bernal J, Caba Molina M, Sainz Quevedo M. Absceso secundario a tofo gotoso: una causa rara de tumoración en la región parotídea. Acta Otorrinolaringol Esp. 2014 [citado 26/02/2018]; 65 (2): 129-130. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-pdf-S0001651912001811>
4. Cortés Peralta EC, Barrón Hernández L, de Velasco Graue L, Lacy Niebla RM. Presentación atípica de tofos gotosos. Informe de un caso. DCMQ. 2015 [citado 26/02/2018]; 13 (2). Disponible en: <http://dcmq.com.mx/358-presentaci%C3%B3n-at%C3%ADpica-de-tofos-gotosos-informe-de-un-caso.html>
5. Rodríguez Linares JE, del Castillo Pasos MH. Gota en imágenes. Rev Cuba Reumatol. 2015 [citado 26/02/2018]; 17 (3): 244-6. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v17n3/rcur12315.pdf>
6. Gideon Hoyle M. Tratamientos para los tofos gotosos. 2017 [citado 26/02/2018]. Disponible en: <https://muyfitness.com/tratamientos-para-los-tofos-gotosos-13178653/>

7. González Rozas M, Prieto de Paula JM, Franco Hidalgo S, López Pedreira MR. Gota tofácea crónica. Semergen. 2013 [citado 26/02/2018]; 39 (6): 29-34. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359312001451-S300



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).