

# La gran imitadora: gota tofácea

<sup>1</sup>Vico Martínez F, <sup>1</sup>Valles Ugarte ML, <sup>1</sup>Fernández Durán C, <sup>1</sup>García de Cortázar Mejías E, <sup>2</sup>Leco Gil N, <sup>3</sup>Ordóñez Peñafiel N

<sup>1</sup>Centro de Salud Francia. Fuenlabrada

<sup>2</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada Madrid

<sup>3</sup>SARquavita

Varón de 54 años de edad, que acude a la consulta de atención primaria por presentar fiebre y lesiones nodulares blanquecinas en los pulpejos de los dedos.

Exfumador y bebedor 3-6 botellines de cerveza al día.

Refiere además lesiones en las manos, de 2 meses de evolución, asintomáticas y en forma de nódulos blanquecinos. Las relaciona con el contacto de un desengrasante y asocia en las últimas 48-72 horas fiebre e inflamación de la mano izquierda que asciende hasta el brazo y el codo.

En la exploración física se observa fiebre de 38°C. En los miembros superiores se encuentra dactilitis y unas lesiones nodulares blanquecinas, múltiples y confluentes en los pulpejos y los bordes laterales de los dedos, algunas de ellas supurativas (figuras 1, 2 y 3). También se halla edema en el antebrazo izquierdo, hasta la flexura del codo, con calor y tumefacción local. La auscultación cardíaca muestra una ligera taquicardia. En la exploración abdominal se encuentra hepatomegalia y en los miembros inferiores edemas perimaleolares con fóvea.

Tras estos hallazgos clínicos, se decide solicitar una valoración al Servicio de Urgencias del hospital, para realizar pruebas diagnósticas

complementarias.

Se efectúa una analítica en la que se observa elevación de los reactantes de fase aguda, hiponatremia leve (128), ácido úrico 8,6, albúmina 1,8 y GGT de 289. La serología de VHB y VHC y los hemocultivos son negativos.

También se realiza una radiografía de tórax y un ecocardiograma, los cuales son normales.

La ecografía abdominal revela hepatoesplenomegalia y barro biliar.

La RMN del brazo izquierdo demuestra un aumento de señal de partes blandas en el antebrazo, relacionado con edema o celulitis.

El estudio histopatológico encuentra acúmulos de material grisáceo con reacción giganto-celular, localizados en la dermis profunda. Estos hallazgos histológicos son compatibles con el diagnóstico de tofo gotoso.

El paciente queda hospitalizado con juicio clínico de brote agudo de gota grave con afectación de las manos, celulitis, sobreinfección de los tofos sin aislamientos microbiológicos y descompensación edematosa multifactorial sin ascitis y con posible hepatopatía crónica no conocida.

Figura 1



Figuras 2 y 3



Recibe tratamiento con antibioterapia de amplio espectro (ceftriaxona y vancomicina, que posteriormente se sustituye por clindamicina, lo que provoca una mejoría progresiva y defervescencia), antiinflamatorios y analgésicos. En el momento agudo, se inicia tratamiento con colchicina y unos días después de controlar la inflamación se continúa con alopurinol. El edema y la hiponatremia son tratados con furosemida y espironolactona y se obtiene muy buena respuesta. Se instauran suplementos nutricionales, se suspende la ingestión de alcohol y se inicia una dieta reducida en purinas y control del peso.

## COMENTARIO

La presencia de tofos gotosos está asociada al etilismo y a numerosas patologías, como la obesidad, la hipertensión arterial, la hipertrigliceridemia, la psoriasis, la insuficiencia cardiaca, la insuficiencia renal, la toma de diuréticos tiazídicos y ciertos desórdenes mieloproliferativos<sup>1</sup>.

La sinovitis gotosa es una entidad rara que afecta predominantemente a los tendones extensores de los dedos y a los flexores de la palma o la muñeca<sup>2</sup>.

El espectro clínico de las lesiones nodulares de los dedos de la mano es amplio: esporotricosis, micobacteriosis, tularemia, tuberculosis, calcicosis, mixoma, quiste sinovial, tumor de células gigantes de la vaina tendinosa y carcinoma espinocelelular<sup>3,4</sup>.

Los diversos síntomas que tienen en común todas estas dermatosis pueden incluir aumento de volumen, eritema, hiperqueratosis, descamación, ulceración y dolor.

En conclusión, la gota puede presentar lesiones nodulares, denominadas tofos, cuya localización más frecuente es la primera articulación metatarso-falángica, seguida de otras áreas acras<sup>5</sup>. En nuestro medio, una lesión de aspecto nodular en los dedos de las manos es más sugestiva de esporotricosis o micobacteriosis; sin embargo, en ocasiones los tofos tienen la misma localización, por lo que debemos considerar este padecimiento en el diagnóstico diferencial. El diagnóstico definitivo de gota se realiza al identificar cristales de ácido úrico en el líquido articular o dentro de los tofos<sup>6</sup>.

Cuando el diagnóstico clínico de una dermatosis no puede ser realizado con seguridad, se recomienda efectuar una biopsia de la lesión. Con ello

se puede determinar la naturaleza de la misma, hacer la correlación clínico-patológica y establecer un diagnóstico definitivo<sup>7</sup>.

Describimos con este caso una localización poco común de la gota, que muchas veces olvidamos considerar entre los diagnósticos diferenciales de las lesiones nodulares de los dedos de la mano.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cho S, Koh GJ, Sung KJ, et al. Chronic tophaceous gout presenting as hyperpigmented nodules in the limbs of a patient with coexisting psoriasis. *J Dermatol* 2001;28:433-6.
2. Weniger FG, Danison SP, Risin M, et al. Gouty flexor tenosynovitis of the digits: report of three cases. *J Hand Surg* 2004;29:526.
3. Schnind FA, Stallenberg B, Rimmeling M, et al. Associated giant cell tumor and tophaceous deposits on a finger pulp: a case report. *J Hand Surg* 2003;28:871-4.
4. Dacko A, Hardick K, Mc Commarck P, et al. Gouty tophi: a squamous cell carcinoma mimicker? *Dermatol Surg* 2002;28:636-8.
5. Barbarulo AM, Spelta MG, et al. Chronic tophaceous gout: atypical clinical presentation. *Dermatol Argent* 2008;14:296-300.
6. Terkeltaub R. Gout. *N Eng J Med* 2003;349:1647-55.
7. Wortmann R. Gout and hyperuricemia. *Curr Opin Rheumatol* 2002;14:281-6.