



Clínica cotidiana

Localización atípica de artritis gotosa

José María Errea Albiol^{a,*}, Laura Pastor Pou^a, Laura Galino Serrano^b,
 Ana Cristina Súmélzo Liso^c, José Manuel Cucalón Arenal^c, Jesús Zumeta Fustero^c

^aCentro de Salud San José Norte. Zaragoza. ^bCentro de Salud Rebojería. Zaragoza. ^cCentro de Salud Fuentes de Ebro. Zaragoza.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de marzo de 2021

Aceptado el 24 de febrero de 2023

On-line el 23 de marzo de 2023

Palabras clave:

Artritis gotosa

Hiperuricemia

Keywords:

Gouty arthritis

Hyperuricemia

R E S U M E N

Presentamos el caso de un varón que acude a la consulta de su centro rural presentando clínica compatible con artritis de tipo gotosa o por acúmulo de cristales en una localización atípica. Se toma como ejemplo para profundizar acerca de esta entidad, así como para hacer un repaso de las circunstancias que rodean y condicionan la práctica de la medicina en el ámbito rural.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Atypical localization of gouty arthritis

A B S T R A C T

We present the case of a man who came to the consultation of his rural center with clinical symptoms consistent with gouty type arthritis or due to accumulation of crystals in an atypical location. This case was used as an example to study in regards to this entity in greater depth and to review the circumstances that surround and condition the practice of medicine in the rural setting.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Varón de 46 años de edad, que aqueja desde hace 2 días dolor intenso en el hombro derecho; aumenta con los movimientos y al mínimo roce y está asociado a tumefacción y calor local. El dolor comenzó cuando se encontraba en reposo. No refiere antecedente traumático ni sobreesfuerzo durante los días pre-

vios (actualmente en paro y no practica deporte de manera habitual). Afebril en todo momento.

Entre sus antecedentes destaca hipertensión arterial (en tratamiento con un antagonista de los receptores de angiotensina II y un diurético), síndrome de apnea obstructiva del

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Josemayi94@gmail.com (J.M. Errea Albiol).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2023.006>

2254-5506 / © 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

sueño (sin tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea por mala tolerancia), hipertrofia ventricular izquierda grave e hiperuricemia.

Ha tenido dolor en otras ocasiones en las articulaciones, principalmente en las extremidades inferiores, que cedía con la toma de antiinflamatorios y analgésicos, por lo que no le ha dado mayor importancia.

Durante la exploración observamos tumefacción, enrojecimiento y aumento de la temperatura local en la articulación acromioclavicular derecha, dolorosa con la palpación y con los movimientos del hombro. El resto de la exploración es anodina: no se objetiva limitación de movimiento, ni pérdida de fuerza o sensibilidad en la extremidad superior derecha.

Revisando su historia clínica, observamos en sus últimos análisis un valor de ácido úrico por encima de 10, sin alteraciones de la función renal u otras reseñables.

A pesar de lo inusual de la localización, dado que es un paciente con hiperuricemia y episodios previos de dolor monoartrítico, se plantea la posibilidad de que se trate de una crisis gotosa y se pauta tratamiento antiinflamatorio con naproxeno cada 12 horas durante 5 días. Pasada una semana, el paciente ya no presenta tumefacción ni eritema, y el dolor ha cedido.

Se insiste en la importancia de evitar el consumo de alcohol, el sobrepeso, y los alimentos ricos en uratos. Se inicia posteriormente tratamiento con alopurinol (100 mg al día) y se aumenta la dosis en 100 mg por semana hasta 300 mg al día.

Comentario

La gota es el acúmulo de cristales de urato monosódico dentro y alrededor de las articulaciones como resultado de una hiperuricemia persistente. Siguiendo a Sivera *et al.*¹, se trata de un proceso inflamatorio crónico, aunque sus manifestaciones clínicas pueden aparecer de una forma aguda e intermitente y afectar fundamentalmente a articulaciones, tendones y bolsas periarticulares (menos frecuentemente a piel y hueso). Dicho cuadro se conoce como artritis gotosa.

Es la enfermedad inflamatoria más frecuente. Su prevalencia e incidencia dependen de la metodología empleada, pero se encuentra en el 0,8-3,7 %. En España se estima una prevalencia, en mayores de 20 años, del 2,4 % según datos de EPISER². Es más frecuente en el sexo masculino, dada la capacidad uricosúrica de los estrógenos. Se han encontrado factores de riesgo genéticos y ambientales de crucial importancia en el desarrollo de esta enfermedad³.

La hiperuricemia es la concentración elevada de ácido úrico en el plasma a partir de la cual esta se satura; por tanto, puede precipitar en los tejidos. Esto ocurre a partir de concentraciones de 7 mg/dl. Cuanto mayor es la concentración plasmática de urato, mayores son las probabilidades de padecer gota. Sin embargo, se debe tener en cuenta que solo el 10 % de los pacientes con hiperuricemia desarrollan manifestaciones clínicas. Así pues, la hiperuricemia se considera condición necesaria, aunque no suficiente.

Clínicamente la gota es el paradigma de monoartritis aguda de rápida aparición, con intenso dolor y extrema limitación funcional. Estos episodios son consecuencia del depósito de cristales de urato. Acontece mayoritariamente en determinadas articulaciones, aunque también pueden verse implicadas otras

estructuras sinoviales, como las bursas, en forma de bursitis aguda.

La prueba *gold standard* para el diagnóstico sigue siendo el análisis del líquido sinovial o bien el aspirado de material de tofos, como reflejan todas las guías de práctica clínica³. No obstante, en la práctica clínica habitual, tanto en atención primaria como hospitalaria, el diagnóstico se establece por impresión clínica o por criterios de clasificación. Un estudio representativo de los Servicios de Reumatología españoles demostró que un 75 % de los diagnósticos de gota se hacían a partir de los criterios anteriormente mencionados⁶.

No en todos los centros sanitarios se dispone de microscopio óptico para visualizar los cristales ni tampoco de medios técnicos o de entrenamiento para obtener muestra sinovial de la articulación afectada; además existe la dificultad del transporte tanto de pacientes como de muestras. Todo ello decanta la balanza en favor del diagnóstico clínico de esta entidad; sin embargo, se constata un error diagnóstico en 1 de cada 4 pacientes si no se utilizan las herramientas analíticas recomendadas³.

En el ámbito rural se deben tomar decisiones basadas en parámetros únicamente clínicos y asumir las probabilidades de error diagnóstico. Estos parámetros, unidos a los antecedentes y a la respuesta al tratamiento, son los fundamentos en los que se basa el médico rural para su aproximación diagnóstica. No obstante, se han tenido en cuenta los criterios formulados por la EULAR/ACR de 2015 para el diagnóstico de gota (tabla 1).

Por otra parte, en atención primaria se ha desarrollado una regla para la clasificación de los episodios de artritis aguda, que hace innecesario un análisis de líquido sinovial⁷. Este modelo diagnóstico se elaboró a partir de los datos de 382 pacientes que acudieron a AP con monoartritis y mayoritariamente en la primera metatarsofalángica. Incluye 7 variables clínicas y de laboratorio ponderadas con una puntuación máxima de 13 (tabla 2).

Cuando además se dan situaciones atípicas, bien por presentación de síntomas poco frecuentes o en localizaciones raras (como en el caso que nos ocupa), se hace más necesaria la comprobación analítica. Como indicamos, no siempre es posible y hay que manejarse con la clínica y la exploración para aproximar un diagnóstico de alta sospecha. Las guías de práctica clínica no recomiendan la realización de radiografía simple, TAC ni RMN para establecer el diagnóstico de gota. Sin embargo, en los últimos años se ha producido un importante avance en el conocimiento y la aplicación de la ecografía en el diagnóstico de enfermedades reumáticas.

Entre las ventajas de esta prueba destacan su ausencia de radiación, su reducido coste económico en comparación con otras pruebas de imagen, su elevada capacidad de resolución, la posibilidad de realizarla en tiempo real y su eficacia como método diagnóstico. A pesar de no estar incluida en las recomendaciones publicadas hasta la fecha para el diagnóstico de gota, la ecografía es un procedimiento ideal para detectar material cristalino en los tejidos blandos. Debido a sus propiedades físicas, los cristales depositados en las articulaciones reflejan las ondas de ultrasonido con más intensidad que los tejidos en los que se sitúan, lo que permite una sencilla visualización y convierte a este procedimiento en una técnica de detección precisa

En definitiva, la gota es una patología de elevada frecuencia atendida principalmente en el ámbito de la atención pri-

Tabla 1 – Criterios de clasificación de la gota según el Colegio Americano de Reumatología y la Liga Europea Contra el Reumatismo (ACR/EULAR).

Criterio clínico	Categoría	Puntuación
Patrón del compromiso de las articulaciones o bursas sinoviales durante el ataque (en cualquier momento)	Afectación de cualquier articulación diferente a la del tobillo, metatarso o MTP 1 (o la afectación de estas solamente como parte de una enfermedad poliarticular)	0
	Inflamación de la articulación del tobillo o metatarso (como parte de una enfermedad mono- o poliarticular) sin compromiso de la articulación MTP 1	1
	Afectación de la articulación MTP 1 (como parte de una enfermedad mono- o poliarticular)	2
Signos o síntomas clínicos durante el ataque (en cualquier momento)	Eritema sobre la articulación afectada (referido por el paciente o confirmado por el médico)	1
	Dolor difícil de soportar a la palpación o la compresión de la articulación comprometida	1
	Dificultad para caminar o incapacidad de utilizar la articulación inflamada	1
Curso de la crisis (en cualquier momento); aparición de ≥ 2 de los siguientes 3 rasgos: • tiempo hasta que la intensidad del dolor alcance su nivel máximo < 24 h • desaparición de los síntomas en ≤ 14 días • desaparición completa de los síntomas entre ataques	1 ataque típico	1
	Ataques típicos recurrentes	2
Nódulos gotosos en el cuadro clínico: nódulos subcutáneos (tofós) que drenan o de color blanco tiza, en sitios típicos: articulaciones, pabellón auricular, codo, yemas de los dedos, tendón de Aquiles.	Ausentes	0
	Presentes	4
De laboratorio		
Concentración sérica de ácido úrico (mg/dl [$\mu\text{mol/L}$])	< 4 (240)	-4
	de 4 a < 6 (de 240 a < 360)	0
	de 6 a < 8 (de 360 a < 480)	2
	de 8 a < 10 (480 a < 600)	3
	≥ 10 (600)	4
Cristales del urato de sodio en el líquido sinovial obtenido de una articulación sintomática (en cualquier momento) o de una bursa sinovial	No	-2
	No se ha analizado	0
	Sí	Diagnóstico confirmado
De imagen		
Cristales de urato en una articulación sintomática (en cualquier momento) o de una bursa sinovial	Signo de doble contorno en la ecografía o cristales de urato en la TC de doble fuente	4
Destrucción articular asociada a gota	≥ 1 erosión en la radiografía simple de mano o pie	4
Interpretación: la puntuación máxima es de 23 pts. Para el diagnóstico de gota se requieren 8 pts. Si en el fluido sinovial no se detectan cristales de uratos de sodio, se restan 2 pts., y si la concentración sérica del ácido úrico es < 4 mg/dl (240 $\mu\text{mol/L}$), se restan 4 pts. Esto subraya la importancia de estos factores en la reducción de la probabilidad de presentar la enfermedad.		

Tabla 2 – Regla diagnóstica para atención primaria sin análisis de líquido sinovial.

	Puntuación
1. Sexo varón	2,0
2. Ataque de gota (autodeclarado)	2,0
3. Afectación de primera articulación metatarsofalángica	0,5
4. Inflamación máxima en 1 día	1,0
5. Eritema sobre la articulación	2,5
6. Comorbilidad: HTA o enfermedad cardiovascular*	1,5
7. Concentración de urato en plasma $> 5,88$ mg/dL	3,5
Máximo 13	
≤ 4 : Gota improbable	
≥ 8 : Gota probable	

maria. Este caso muestra la capacidad de esta enfermedad de manifestarse mediante la afectación de articulaciones en localizaciones atípicas, por lo que debe incluirse en el diagnóstico diferencial de cualquier artritis aguda. En la revista Reumatología Clínica se han descrito casos de afectación del hombro en la gota tofácea⁸.

En el ámbito rural, se produce de forma natural un aumento de importancia de los criterios clínicos, así como de la respuesta al tratamiento. Hemos mencionado la ecografía por ser un método diagnóstico de cada vez mayor accesibilidad en los centros de salud. Esperamos poder aportar algunas razones para la reflexión, no solo del contexto clínico en que se desarrolla en ocasiones la medicina rural, sino de ampliar nuestra visión en el diagnóstico diferencial de entidades prevalentes en nuestra consulta diaria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sivera F, Andrés M, Quilis N. Diagnóstico y tratamiento de la gota. *Med Clin (Barc)*. 2017; 148(6): 271-76.
2. EPISER 2016. GdTdP. Prevalencia de enfermedades reumáticas en población adulta en España. Estudio EPISER 2016. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2018. Edición 2020.
3. Grupo de trabajo de la GuipClinGot. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con gota. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2020.
4. Sivera F, Andrés M, Carmona L, Kydd AS, Moi J, Seth R, et al. Multinacional evidence-based recommendations for the diagnosis and management of gout: Integrating systematic literature review and expert opinion of a broad panel of rheumatologists in the 3e initiative. *Ann Rheum Dis*. 2014; 73: 328-35.
5. Malik A, Schumacher HR, Dinnella JE, Clayburne GM. Clinical diagnostic criteria for gout: Comparison with the gold standard of synovial fluid crystal analysis. *J Clin Rheumatol*. 2009; 15: 22-4.
6. Perez-Ruiz F, Carmona L, Yebenes MJ, Pascual E, de Miguel E, Urena I, et al. An audit of the variability of diagnosis and management of gout in the rheumatology setting: the gout evaluation and management study. *J Clin Rheumatol*. 2011; 17(7): 349-55.
7. Janssens HJ, Franssen J, van de Lisdonk EH, van Riel PL, van Weel C, Janssen M. A diagnostic rule for acute gouty arthritis in primary care without joint fluid analysis. *Arch Intern Med*. 2010; 170(13) :1120-6.
8. Tierra Rodríguez AM, Pantoja Zarza L, Brañanova López P, Díez Morrondo C. Afectación del hombro en la gota tofácea. *Reumatol Clin*. 2019; 15(5): e55-6.