

Reumatología clínica en imágenes

Exudado en «arcilla blanca» en gota tofácea crónica



White clay drainage in chronic tophaceous gout

Sergio Armando Zapata Bonilla^{a,*}, María del Rosario Jaquez Nevarez^a,
Alberto López Reyes^b y Pedro Rodríguez Henríquez^a

^a Departamento de Medicina Interna, Hospital General Dr. Manuel Gea González, México D.F., México

^b Laboratorio de Líquido Sinovial y Transcriptómica Funcional, Instituto Nacional de Rehabilitación, México D.F., México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de septiembre de 2014

Aceptado el 9 de noviembre de 2014

On-line el 23 de diciembre de 2014

Introducción

La gota es un desorden del metabolismo de las purinas que tiene como resultado el depósito de cristales de urato alrededor de las articulaciones^{1,2}. La gota crónica se caracteriza por artritis

destruictiva, frecuentemente con cambios degenerativos, erosiones óseas y desarrollo de tofos. Los ataques agudos pueden llegar a ser poliarticulares, aditivos y ascendentes; con tendencia a aumentar la severidad³. Los tofos son una característica cardinal de esta entidad, su estructura está formada por un conglomerado de cristales de urato rodeados de fibrosis y tejido inflamatorio⁴.



Figura 1. Tofos con presencia de piel ulcerada y de exudado con aspecto de «arcilla blanca».

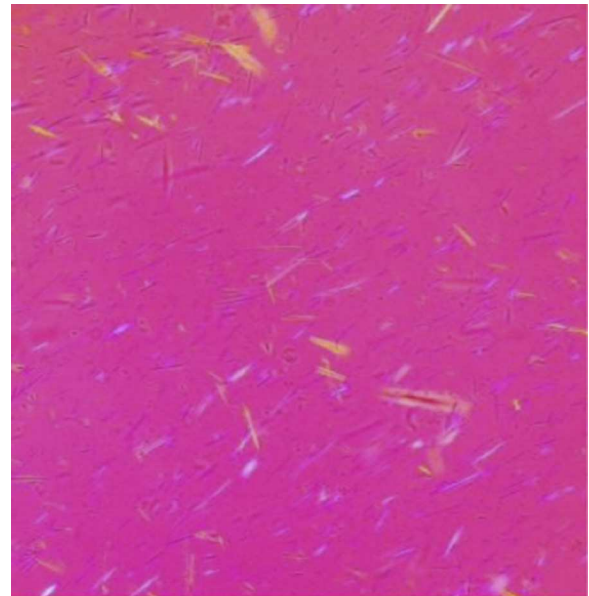


Figura 2. Cristales de urato monosódico en microscopia con luz polarizante.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drszapatami@gmail.com (S.A. Zapata Bonilla).

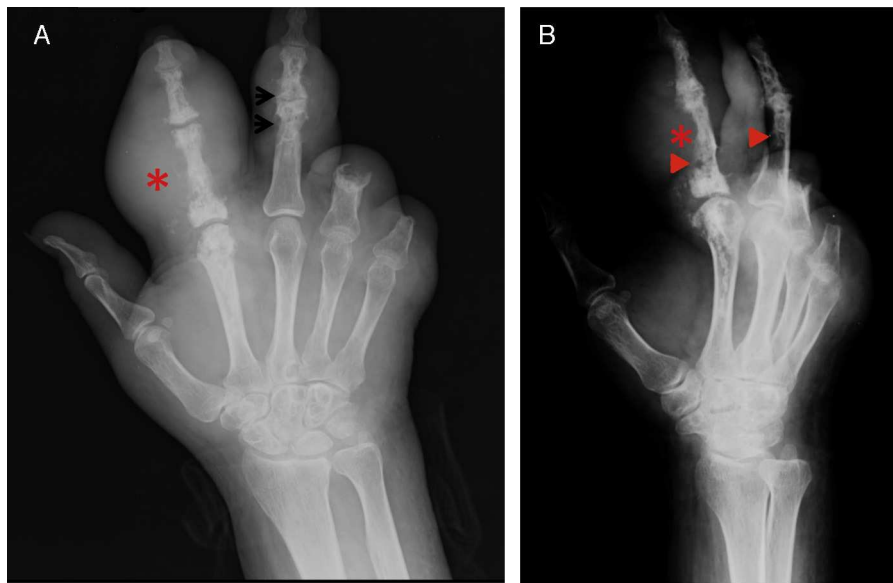


Figura 3. A) Radiografía dorsopalmar de mano izquierda. B) Radiografía lateral de mano izquierda. En ambas se aprecia aumento de volumen en tejidos blandos en segundo y tercer dedo correspondientes con tofo (*), en los tejidos óseos resalta la presencia de erosiones en borde colgante (flechas), con pérdida de espacio articular.

Caso clínico

Varón de 46 años de edad con antecedentes de hiperuricemia, amputación traumática del 4.º y 5.º dedos de la mano izquierda y gota tofácea crónica durante 8 meses automedicado con glucocorticoides. Fue ingresado con historia de 12 días de presentar aumento de volumen en segundo dedo mano izquierda, agregándose dolor, hiperemia y salida de material de aspecto purulento. A la exploración física se encontraron tofos en ambos codos, manos y pies en superficies extensoras y flexoras, el más grande abarcaba la totalidad del segundo dedo izquierdo (fig. 1). Al ingreso, los niveles de ácido úrico y cortisol fueron de 10,4 mg/dl y 10,39 mg/dl, respectivamente; la eFTG fue de 11,96 ml/min³. El material exudativo encontrado en los tofos, mediante aspiración por aguja, fue analizado en microscopía con luz polarizada, revelando abundantes cristales de urato monosódico y escasos leucocitos (fig. 2). Los cultivos del aspirado se reportaron negativos para crecimiento bacteriano. En las radiografías de mano se observaron erosiones óseas típicas de gota (fig. 3).

Discusión

Los cristales de urato monosódico desencadenan una respuesta inflamatoria intensa que puede perpetuarse con la presencia de estos. Este fenómeno inflamatorio es mediado por la liberación de citocinas, entre ellas: FNT, IL-6, y los ligandos de quimiocinas CXCL1 y CXCL8^{5,6}.

Su presencia se considera el estándar de oro para el diagnóstico⁷.

La presentación clásica de los ataques agudos es la de una artritis monoarticular autolimitada, con mayor frecuencia en la primera articulación metatarsofalángica⁷. En algunos casos, los grandes depósitos de urato pueden drenar un material calcáreo blanquecino que a menudo se confunde con el de un absceso drenado. Esto ha sido descrito principalmente en la bursa del olécranon o en el primer dedo del pie⁸.

Es frecuente que en esta presentación clínica los pacientes cursen con fiebre. Su identificación puede distinguirlo de otras enfermedades con similar cuadro clínico, por ejemplo las infecciosas, lo que resulta de vital importancia ya que el tratamiento y pronóstico son radicalmente distintos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Richette P, Bardin T. Gout. *Lancet*. 2010;375:318–28.
2. Shmerling RH. Management of gout: A 57-year-old man with a history of podagra, hyperuricemia, and mild renal insufficiency. *JAMA*. 2012;308:2133–41.
3. Smith HS, Bracken D, Smith JM. Gout: Current insights and future perspectives. *J Pain*. 2011;12:1113–29.
4. Baraf HS, Becker MA, Gutiérrez-Urena SR, Treadwell EL, Vázquez-Mellado J, Rehrig CD, et al. Tophus burden reduction with pegloticase: Results from phase 3 randomized trials and open-label extension in patients with chronic gout refractory to conventional therapy. *Arthritis Res Ther*. 2013;15:R137.
5. Dalbeth N, House ME, Horne A, Taylor WJ. Reduced creatinine clearance is associated with early development of subcutaneous tophi in people with gout. *BMC Musculoskelet Disord*. 2013;14:363.
6. Vanltallie TB. Gout: Epitome of painful arthritis. *Metabolism*. 2010;59 Suppl 1:S32–6.
7. Chhana A, Dalbeth N. Structural joint damage in gout. *Rheum Dis Clin North Am*. 2014;40:291–309.
8. Newcombe DS. Clinical Aspects of Gout and Associated Disease States. En: Robinson DR, editor. *Gout Basic Science and Clinical Practice*. London: Springer; 2013. p. 94.