



Sociedad Española  
de Reumatología -  
Colegio Mexicano  
de Reumatología

# Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



## Carta al Editor

### Pericarditis y derrame pericárdico en un paciente con gota tofécea. ¿Infección o complicación por depósito de microcristales?



#### *Pericarditis and Pericardial Effusion in a Patient with Tophaceous Gout. Infection or Complication Due to Deposit of Microcrystals?*

Sr. Editor:

La gota es la forma de artritis crónica más prevalente de manera global. Se produce por el depósito de cristales de urato monosódico (UMS) a nivel articular, periarticular y de otros tejidos, como consecuencia de una elevación crónica de ácido úrico sérico por encima de su punto de saturación<sup>1</sup>. En aquellos pacientes en los que no se establece un tratamiento reductor de la uricemia desde el inicio de la enfermedad, puede desarrollarse una afección crónica que lleve a artritis persistente, daño estructural, tofos y, además, manifestaciones atípicas<sup>2</sup>, como describimos a continuación.

Paciente de 53 años de edad, sin antecedentes previos conocidos, excepto historia de hiperuricemia de más de 20 años de evolución, con múltiples episodios de artritis aguda y presencia de tofos intraarticulares y subcutáneos. Fue tratado previamente con febuxostat 120 mg/día, que el paciente suspendió *motu proprio* hace varios años, sin seguimiento ni tratamiento hasta la fecha. Ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos por síndrome coronario agudo con elevación de ST Killip III, requiriendo cirugía de revascularización miocárdica. En el intraoperatorio se observó un exudado purulento en el pericardio, sin hallazgo patológico previo en la prueba de imagen (ecocardiograma realizado sin objetivarse afectación pericárdica), por lo que se tomó una muestra para analizar y se pautó antibioterapia empírica intravenosa con vancomicina y gentamicina debido a la sospecha de pericarditis bacteriana. El resultado del cultivo microbiológico fue negativo y, dados los antecedentes del paciente y la afectación extraarticular extensa de la gota, desde el Servicio de Reumatología se realizó el estudio de la muestra de exudado pericárdico en el microscopio óptico de luz polarizada, confirmándose la presencia de cristales intra y extracelulares de UMS. El tratamiento antibiótico fue retirado y, una vez que el paciente se recuperó del episodio isquémico agudo, fue reevaluado por el Servicio de Reumatología. Inicialmente se administraron glucocorticoides y, posteriormente, se añadió tratamiento reductor de uricemia, con la completa resolución de la afectación pericárdica.

Existen numerosos estudios en los que se demuestra que la gota parece incrementar el riesgo de enfermedad coronaria, de

eventos cardiovasculares y que, incluso, podría favorecer la estenosis aórtica<sup>3-5</sup>, aunque los efectos directos del depósito de UMS en las estructuras vasculares o cardíacas todavía no está dilucidado. Los tofos extraarticulares normalmente se observan en tejido subcutáneo, pero el depósito de UMS puede presentarse en cualquier tejido o estructura, lo que podría suponer la aparición de manifestaciones clínicas poco usuales. Algunos casos de tofos en la válvula mitral, hepáticos, en las cuerdas vocales y otras localizaciones poco comunes se han descrito en la literatura<sup>6-8</sup>. La relación causal fisiopatológica exacta de los depósitos atípicos de UMS se desconoce; sin embargo, todos los casos tienen en común la existencia de enfermedad grave y de larga duración, así como la presencia extensa de tofos. Otro punto importante que cabe destacar es que los depósitos de UMS pueden asemejar una secreción purulenta, no solo en el líquido sinovial. Un resultado negativo en el análisis microbiológico debe llevarnos a una exploración exhaustiva de las muestras disponibles para establecer un diagnóstico definitivo<sup>9</sup>.

### Bibliografía

1. Kuo CF, Grainge MJ, Zhang W, Doherty M. Global epidemiology of gout: Prevalence, incidence and risk factors. *Nat Rev Rheumatol*. 2015;11:649-62.
2. Dalbeth N, Merriman TR, Stamp LK. Gout. *Lancet*. 2016;388:2039-52.
3. Abeles AM. Hyperuricemia, gout, and cardiovascular disease: An update. *Curr Rheumatol Rep*. 2015;17:13.
4. Andres M, Bernal JA, Sivera F, Quilis N, Carmona L, Vela P, et al. Cardiovascular risk of patients with gout seen at rheumatology clinics following a structured assessment. *Ann Rheum Dis*. 2017;76:1263-8.
5. Chang K, Yokose C, Tenner C, Oh C, Donnino R, Chay-Son A, et al. Association between gout and aortic stenosis. *Am J Med*. 2017;130:230.e1-8.
6. Forbess IJ, Fields TR. The broad spectrum of urate crystal deposition: Unusual presentations of gouty tophi. *Semin Arthritis Rheum*. 2012;42:146-54.
7. Ministrini S, Baronio G, Zorzi F, Bercich L, Grazioli L, Molino S, et al. Unusual presentation of gouty tophus in the liver with subsequent appearance in the same site of HCC: A correlate diagnosis? Case report. *World J Surg Oncol*. 2019;17:10.
8. Iacobellis G. A rare asymptomatic case of mitral valve tophus associated with severe gouty tophaceous arthritis. *J Endocrinol Invest*. 2004;27:965-6.
9. Richette P, Bardin T. Gout. *Lancet*. 2010;375:318-28.

Marta Novella-Navarro\*, Luis Sala-Icardo y Alejandro Prada-Ojeda

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mnovellanavarro@gmail.com](mailto:mnovellanavarro@gmail.com) (M. Novella-Navarro).