

GOTA TOFÁCEA CRÓNICA

Noelia Marabini*, Viviana Parra, J. Alberto Carena*****

* Concurrente Programada. Servicio de Dermatología. Hospital Luis Lagomaggiore

** Jefa del Servicio de Dermatología. Hospital Luis Lagomaggiore. Prof. Titular Área Dermatología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo.

*** Jefe del Servicio de Clínica Médica. Hospital Luis Lagomaggiore. Prof. Titular Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo.





Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 60 años de edad, que consultó por hipotiroidismo severo. Al examen físico presentó nódulos asintomáticos, de color blanco amarillento, consistencia dura y superficie lobulada a la palpación. El tamaño de las lesiones osciló entre 5 a 7 cm y el paciente refirió aproximadamente entre seis y ocho años de evolución con episodios de intenso dolor.

Diagnóstico: Gota tofácea crónica, lesiones de tamaño aberrante

La gota, fue descrita en el año 1.600 por Lowenhook y conocida desde entonces como la "enfermedad de los reyes" o "la reina de las enfermedades".

Es un desorden metabólico en el que los cristales de urato monosódico, producidos por la hipersaturación existente en el líquido extracelular, se depositan en los tejidos pudiendo ocasionar diversas manifestaciones clínicas tales como artritis gotosa, tofos (acumulación de cristales en el tejido conjuntivo), nefrolitiasis por ácido úrico e insuficiencia renal.

Su incidencia es de aproximadamente 8,4 cada 1.000 individuos y suele afectar nueve varones por cada mujer. La edad de aparición es entre la cuarta y sexta décadas de vida y los niveles de ácido úrico deben superar los 10 mg/dL.

La enfermedad se clasifica en cuatro estadios clínicos:

1- **Hiperuricemia asintomática**: elevación sérica de ácido úrico sin manifestaciones clínicas.

2- **Artritis gotosa aguda**: más del 50% de este tipo de artritis se presenta como podagra (inflamación aguda de la primera articulación metatarsofalángica).

3- **Gota intercrítica**; corresponde a los intervalos entre los ataques agudos de artritis. En la mayoría de los pacientes estos intervalos duran entre 6 meses y 2 años.

4- **Enfermedad gotosa crónica**: formación de tofos; éstos se pueden desarrollar hasta 10 años después del inicio de la gota.

Clínicamente, puede manifestarse como una monoartritis en 85-90% de los pacientes, con la aparición súbita de un dolor articular severo acompañado de edema, eritema, calor y eventualmente fiebre. Las articulaciones que más se afectan son el primer metatarsiano, el tobillo y la rodilla, siendo menos común en los dedos de manos, muñecas y codos. La enfermedad puede cursar con remisiones y exacerbaciones hasta llegar a la forma crónica, con la formación de tofos.

Éstos últimos, se presentan como nódulos cubiertos por piel normal, eritematosa o amarillenta, correspondiente a los depósitos cristalinos que se transparentan. Inicialmente a la palpación son blandos pero durante su evolución pueden indurarse o ulcerarse con la eliminación de una sustancia yesosa o un material claro con hojuelas blanquecinas de ácido úrico. Hay formas inusuales de la enfermedad que pueden manifestarse con ampollas.

Se localizan en los cartílagos, las membranas sinoviales, los tendones, los tejidos blandos, el hélix y el antihélix del pabellón auricular, las articulaciones de pies,

tobillos, rodillas y manos, y el escroto. Las presentaciones poco frecuentes incluyen sitios como dedos de las manos, nariz, ojos, válvulas cardíacas, laringe y mamas. Pueden ser solitarios o múltiples y su tamaño es variable entre 1 a 3 cm, a veces bilobulados y desplazables sobre planos profundos.

Existen numerosas situaciones patológicas asociadas a la gota como el consumo de alcohol, hipotiroidismo, enfermedad renal, hipertensión, aumento del índice de masa corporal, colagenopatías, psoriasis, medicamentos como diuréticos, ciclosporina, azatioprina, etambutol, pirazinamida, niacina, medios de contraste, el uso de nutrición parenteral y desordenes mieloproliferativos.

Tratamiento

El tratamiento de la enfermedad gotosa crónica se realiza con allopurinol, inhibidor de la xantino oxidasa, que disminuye los niveles séricos de ácido úrico y es utilizado en el subgrupo de aquellos pacientes con hiperuricemia.

Los tofos normalmente desaparecen entre los 6 y 12 meses luego de comenzado el tratamiento. Se puede asociar a colchicina los 3 primeros meses para evitar ataques agudos. El tratamiento quirúrgico se encuentra condicionado por la extensión del nódulo, la impotencia funcional y la afección de estructuras vecinas.

Los diagnósticos diferenciales incluyen: xantomas, nódulos reumatoides, condrodermatitis nodular del hélix, nódulos cálcicos del borde de la oreja, granuloma anular y calcicosis cutis, entre otros

Es de destacar la forma clínica inusual de este caso debido a la presencia de lesiones extraordinariamente atípicas por su gran tamaño, tiempo de evolución y número. Además cabe resaltar la relación existente entre los antecedentes patológicos del paciente como el hipotiroidismo y la mayor prevalencia de esta enfermedad.

Referencias Bibliográficas

1. Barbaruolo A, Spelta MG, Gavazza S, Fontana MI y col. Gota tofácea crónica: presentación clínica atípica. *Dermatol Argent* 2008;14:296-300.
2. Asz-Sigall D, Atenas R, Dominguez-Cherit J, Vega-Memije ME. Tofo gotoso: El gran imitador. *Méd Cutan Iber Lat Am* 2004;32:76-79.
3. De Castro P, Jorizzo J, Solomon AR, et al. Coexistent systemic Lupus erythematosus and tophaceous gout. *J Am Acad Dermatol* 1985;13:650-654.
4. 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;28:433-436.
5. Yü TF. Secondary gout associated with myeloproliferative disorders. *Arthritis Rheum* 1965;8:765-771.