



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## O-075 - IMPACTO DE LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA GOTA. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Muñoz Abad<sup>a</sup>, V. Bueno García<sup>a</sup>, M.I. Montoro Caba<sup>b</sup>, M.A. de la Hera Romero<sup>a</sup>, J.M. González Sánchez<sup>c</sup> y R. Roncero Vidal<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS La Paz, <sup>b</sup>CS Occidente-Azahara, <sup>c</sup>CS Pueblonuevo del Guadiana.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 44 años. Antecedentes personales: hepatopatía crónica cirrótica. Exbebedor importante. Hiperuricemia asintomática de 12 años de evolución. No realiza tratamiento. Acude a consulta por presentar inflamación y tumefacción importantes del 3<sup>er</sup> dedo de la mano izquierda con dolor intenso. Derivamos a Urgencias de Traumatología del hospital de referencia, donde el paciente ingresa y se le realiza la amputación del 3<sup>er</sup> dedo de la mano izquierda.

**Exploración y pruebas complementarias:** Presenta signos inflamatorios locales muy severos en 3<sup>er</sup> dedo de mano izquierda, ulceración en cara volar, con pus franco y restos de tofo gotoso, a nivel de IFD del 3<sup>er</sup> dedo. Signos de tenosinovitis infecciosa de flexores del 3<sup>er</sup> dedo. En radiografía de mano izquierda se observa tofo gotoso de larga evolución. Analítica: ácido úrico: 9,6 mg/dl, resto normal. Cultivo de herida: *S. aureus*. Anatomía patológica: tofo gotoso.

**Juicio clínico:** Amputación del 3<sup>er</sup> dedo de mano izquierda por infección complicada de tofo gotoso. Artritis gotosa. Gota estadio D.

**Diagnóstico diferencial:** Cuando la artritis es aguda, las causas más comunes son las infecciones bacterianas o virales, las artritis por cristales, como la gota, que es la artropatía inflamatoria más frecuente en la población general. La fiebre reumática, las artritis reactivas, las artritis enteropáticas, artritis traumáticas, osteomielitis y las infecciones de partes blandas periarticulares, como el eritema nodoso también se deben considerar, sin olvidar la artritis reumatoide y la psoriásica.

**Comentario final:** Hiperuricemia es el aumento de la concentración sérica de urato monosódico (ácido úrico). La gota es secundaria a la respuesta inflamatoria que suscita el depósito de urato monosódico en los tejidos. Toda la enfermedad discurre por diversos estadios evolutivos, de ahí la diversidad de manifestaciones clínicas. Diversas técnicas de imagen (ecografía, TAC, radiografía) han demostrado que muchos pacientes con gota y con hiperuricemia asintomática, aparentemente no tofácea, presentan microtofos. Esto ha llevado a una nueva clasificación de la hiperuricemia y gota en 4 estadios: A) Pacientes con aumento de la concentración sérica de uratos, sin evidencia de depósitos de urato monosódico. B) Pacientes con aumento de la concentración sérica de uratos, con evidencia de depósitos de urato monosódico. C) Pacientes que refieren crisis característica de gota, sin evidencia de depósitos de urato monosódico. D) Pacientes que refieren crisis característica de gota, con evidencia de depósitos de urato monosódico. Las guías americanas y europeas no recomiendan el tratamiento hipouricemiante en sujetos con hiperuricemia asintomática, como era el caso que presentamos, pero en una revisión de 14 estudios se demostró que cerca de la mitad de los enfermos con gota

presentaban tofos cuando fueron examinados con ecografía, por lo que actualmente, el diagnóstico de gota no tofácea sin ecografía es cuestionable. En este paciente, se debería haber administrado un tratamiento hipouricemiante, para mantener la uricemia en 5 mg/dl, intentando la completa reabsorción de los tofos, así como realizar profilaxis para episodios de inflamación, y a lo mejor hubiéramos evitado un final tan devastador. Como reflexión final, las técnicas de imagen pueden ayudar a la mejor clasificación clínica de la hiperuricemia asintomática y de la gota, pero no sustituirán al buen juicio clínico y al tratamiento individualizado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García Puig J, De Miguel E. Hiperuricemia y gota: impacto de la ecografía. *Med Clin (Barc)*. 2016;146:67-8.
2. Otón T, et al. Utilidad de la ecografía musculoesquelética en el diagnóstico de gota. *Rev Clin Esp*. 2010;10:e45-6.
3. Pérez Ruiz F. Gota: pasado, presente y futuro. *Reumatol Clin*. 2011;7:217-9.
4. Chowalloor PV, et al. A systematic review of ultrasonography in gout and asymptomatic hyperuricaemia. *Ann Rheum Dis*. 2013;72:638-45.