



Seminarios de la Fundación Española de Reumatología

www.elsevier.es/semreuma



Revisión

Nódulos de Garrod

Samantha Rodríguez-Muguruza*, Anne Riveros, Juana Sanint y Alejandro Olivé

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de mayo de 2013

Aceptado el 7 de mayo de 2013

Palabras clave:

Knuckle pads

Nódulos de Garrod

Enfermedad de Dupuytren

R E S U M E N

Los nódulos de Garrod, también llamados *knuckle pads* (almohadillas de los nudillos), son lesiones asintomáticas pápulo-nodulares que en la mayoría de casos asientan sobre las articulaciones interfalángicas proximales y metacarpofalángicas de las manos. Pueden ser idiopáticos o secundarios a traumatismos repetidos, enfermedades autosómicas dominantes y enfermedades fibrosas, tales como la enfermedad de Dupuytren.

© 2013 SER. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Garrod Nodules

A B S T R A C T

Garrod's pads, also known as knuckle pads, are asymptomatic papules located in the skin over the dorsal aspects of the metacarpophalangeal or interphalangeal joints. They may be idiopathic or associated with repetitive trauma, autosomal dominant diseases, and fibrosing disorders such as Dupuytren's contracture.

© 2013 SER. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Knuckle pads

Garrod's pads

Dupuytren's disease

Definición

Los *knuckle pads* son lesiones papulares o nodulares que asientan sobre las articulaciones interfalángicas proximales y metacarpofalángicas de las manos (fig. 1).

Estas almohadillas ya se podían encontrar en obras clásicas del Renacimiento, como el *David* y el *Moisés* de Miguel Ángel (figs. 2 y 3); la explicación de este hecho recae en que el mismo Miguel Ángel Buonarroti tenía almohadillas en el dorso de sus dedos, tal y como se evidencia en sus retratos, posiblemente producto de traumatismos continuos en las manos debido a su trabajo como artista. No obstante, fueron descritas por primera vez en la literatura médica en 1893 por Garrod¹.

Posteriormente esta característica tomó varios nombres, entre los que destaca «haloderma», utilizado por Krantz y Gottron, dada la similitud encontrada con la piel del monstruo de Gila (*Heloderma suspectum*). Hauck en 1924 lo llamó «fibroma subcutáneo», pero el término en inglés *Knuckle pads* es el más conocido en la literatura².

Es una entidad poco conocida y es considerada una condición dermatológica olvidada³, de ahí que sea frecuentemente infradiagnosticada.

De etiología aún desconocida, se presenta en el 9% de la población¹, por igual en ambos géneros^{1,4}, sin predominio étnico². Es más frecuente en los adultos que en los niños⁵. Se han propuesto teorías sobre su origen; White y Weber lo consideran hereditario, sin embargo, Coste y Skoog proponen que estas lesiones son más bien secundarias a un proceso reparador anómalo seguido de traumatismos repetidos en personas predisuestas⁶.

En la mayoría de casos son idiopáticos, aunque pueden ser secundarios (tabla 1).

Manifestaciones clínicas

Los *knuckle pads* presentan una forma redondeada u ovalada, de consistencia blanda, circunscritos exclusivamente al dorso de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas de las manos. Su presencia en los pies se ha descrito en raras ocasiones, sobre todo cuando forma parte de enfermedades genéticas¹¹, como el síndrome de Bart-Pumphrey, que se caracteriza por nódulos de Garrod, leuconiquia, sordera neurosensorial e hiperqueratosis palmoplantar.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sam63100@hotmail.com (S. Rodríguez-Muguruza).



Figura 1. Nódulos de Garrod en el dorso de las articulaciones metacarpofalángicas proximales de la mano.

Cursan de manera asintomática sin dañar las articulaciones, y en su mayoría no comprometen el movimiento de las mismas¹³.

Mikkelsen los describe como «un engrosamiento subcutáneo en la región dorsal de las articulaciones interfalángicas proximales, distales o metacarpofalángicas, móviles con respecto a la cápsula articular pero adheridos a la piel»².

Diagnóstico

El diagnóstico es puramente clínico, pero dada su similitud con otras lesiones que afectan las manos, se puede acceder a otras técnicas diagnósticas.

En la radiografía únicamente se encuentra un aumento de partes blandas, sin presencia de erosiones ni de alteración del espacio articular.

En la ecografía no existe proliferación sinovial, pero sí 2 patrones claros descritos por Lopez-Ben et al.¹⁴:

- En los casos relacionados con Dupuytren existe un engrosamiento hipocóico difuso con una banda lineal hipocóica.

Tabla 1
Causas secundarias de nódulos de Garrod

<i>Traumatismos repetidos</i>
Laborales (parquetistas, maestros, artistas)
Deportes (boxeo, surf) ⁶
Trastornos psiquiátricos (succión de los dedos, fricción y chasquidos continuos) ⁷⁻⁹
<i>Trastornos genéticos</i>
Síndrome de Bart-Pumphrey ^{10,11}
<i>Enfermedades fibrosas</i>
Enfermedad de Dupuytren (11% ¹² hasta el 81% ²)
Síndrome de Ledderhose
Enfermedad de Peyronie



Figura 2. Presencia de nódulo de Garrod en el primer dedo de la mano derecha del David de Miguel Ángel.

- En los pacientes sin Dupuytren asociado, el patrón característico es hipocóico pero focal.

En cuanto a la histología, se caracterizan por una marcada acantosis epidérmica con proliferación de fibroblastos y capilares sin presencia de células inflamatorias. También se pueden encontrar



Figura 3. Nódulos de Garrod en el segundo, tercer, cuarto y quinto dedos de la mano derecha en el Moisés de Miguel Ángel.

cambios dérmicos con marcada proliferación fibroblástica e irregularidad de las bandas de colágeno¹⁵.

No existen estudios realizados por resonancia magnética nuclear en pacientes con nódulos de Garrod.

Diagnóstico diferencial

Al ser bilaterales y simétricos, los *knuckle pads* pueden confundirse clínicamente con otras causas más comunes en aumento de volumen en la zona de las interfalángicas distales, proximales o metacarpofalángicas; por ejemplo, la sinovitis, las verrugas vulgares y el granuloma anular¹⁶.

La distinción con los nódulos de Bouchard es muy sencilla, dada la consistencia de los nódulos artrósicos. Así mismo, los tofos o los nódulos reumatoides tienen manifestaciones clínicas distintas.

Tratamiento

Dada la benignidad de esta condición, el tratamiento es conservador⁸. Sin embargo, en el caso de nódulos secundarios el tratamiento debe dirigirse a evitar los factores desencadenantes.

En algunos casos el tratamiento tópico con glucocorticoides y/o queratolíticos, como el ácido salicílico o la urea, han sido eficaces⁵. Se han encontrado buenos resultados con aplicación de 5-fluorouracilo¹⁷, aunque su recurrencia es alta.

En los casos en los que los *knuckle pads* alcanzan su máxima expresión pueden dificultar el movimiento de las articulaciones y ser causa de problemas estéticos, recurriéndose en ambos casos a la exéresis quirúrgica^{2,6}. Hueston⁴ comunica un caso en el que tanto la extensión como la flexión de la articulación interfalángica distal estaban comprometidas y que requirió abordaje quirúrgico, obteniéndose resultados satisfactorios.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Garrod AE. On an unusual form of nodule upon the joints of the fingers. *St Bart's Hosp Rep.* 1893;29:157.
2. Mikkelsen OA. Knuckle pads in Dupuytren's disease. *Hand.* 1977;9:301-5.
3. Guberman D, Lichtenstein DA, Vardy DA. Knuckle pads-a forgotten skin condition: Report of a case and review of the literature. *Cutis.* 1996;57:241-2.
4. Hueston JT. Dupuytren's contracture. *J Surg.* 1984;42:274-7.
5. Christen-Zaech S, Chamlin SL. An 11-year-old girl with knuckle plaques. *Knuckle pads. Pediatr Ann.* 2007;36:459-60.
6. Caroli A, Zanasi S, Marcuzzi A, Guerra D, Cristiani G, Ronchetti IP. Epidemiological and structural findings supporting the fibromatous origin of dorsal knuckle pads. *J Hand Surg Br.* 1991;16:258-62.
7. Dickens R, Adams BB, Mutasim DF. Sports-related pads. *Int J Dermatol.* 2002;41:291-3.
8. Nenoff P, Woitek G. Images in clinical medicine. Knuckle pads. *N Engl J Med.* 2011;364:2451.
9. Peterson CM, Barnes CJ, Davis LS. Knuckle pads: Does knuckle cracking play an etiologic role? *Pediatr Dermatol.* 2000;17:450-2.
10. Calikoglu E. Pseudo-knuckle pads: An unusual cutaneous sign of obsessive-compulsive disorder in an adolescent patient. *Turk J Pediatr.* 2003;45:348-9.
11. AGönül M, Gül Ü, Hizli P. Knuckle pad. *Pediatr Dermatol.* 2006;23:455-7.
12. Iraci S, Bianchi L, Innocenzi D, Tomassoli M, Nini G. Pachydermodactyly: A case of an unusual type of reactive digital fibromatosis. *Arch Dermatol.* 1993;129:247-8.
13. Addison A. Knuckle pads causing extensor tendon tethering. *J Bone Joint Surg Br.* 1984;66:128-30.
14. Lopez-Ben R, Dehghanpisheh K, Chatham WW, Lee DH, Oakes J, Alarcón GS. Ultrasound appearance of knuckle pads. *Skeletal Radiol.* 2006;35:823-7.
15. Allison JR. Knuckle pads. *Arch Dermatol.* 1966;9:311-6.
16. Mackey SL, Cobb MW. Knuckle pads. *Cutis.* 1994;54:159-60.
17. Weiss E, Amini S. A novel treatment for knuckle pads with intralesional fluorouracil. *Arch Dermatol.* 2007;43:1458-60.