

Artritis gotosa tofácea crónica destructiva y sobreinfectada

María Esther Renilla Sánchez^{a,*} y Carmela Marín Paniagua^b

^aMédico Adjunto. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España.

^bResidente. Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Madrid. España.

Correo electrónico: estherrenilla@hotmail.com



Figura 1A. Tumefacción, deformidad, supuración de material tofáceo.



Figura 1B. Destrucción prácticamente de la primera interfalángica proximal derecha, cambios erosivos y líticos.

V arón de 58 años con antecedentes de hipertensión, etilismo e hiperuricemia crónica con múltiples episodios de gota tofácea desde hace más de 20 años. Incumplidor habitual de todos los tratamientos. Acude a urgencias por empeoramiento en los últimos 5 días de la lesión crónica que presenta en el primer dedo del pie derecho, refiriendo aumento del dolor, inflamación y en las últimas horas ve supuración de

material blanquecino. Confiesa el abandono del tratamiento dietético y farmacológico en los últimos meses. En la exploración presenta gran tumefacción, deformidad y rubefacción en primer dedo del pie derecho (fig. 1A), que corresponde a una lesión tofácea con expulsión de material blanquecino de ácido úrico, y en el pulpejo del dedo se observa una lesión ulcerosa de menos de 1 cm con supuración. Se toma

muestra resultando el gram urgente positivo para cocos en cadena que posteriormente se confirma como *Staphylococcus aureus* sensible a oxaciclina. En la radiografía (fig. 1B) se aprecia una importante masa en partes blandas compatible con tofo gotoso, desaparición prácticamente de la primera interfalángica proximal derecha y cambios erosivos y líticos, secundarios a artropatía gotosa. En la analítica destaca: ácido úrico 7,8 mg/dl (3,4-7,0), ácido úrico/24 h 0,5 g/24 h (0,25-0,75). Durante el ingreso se trata con antibiótico, corticoide, colchicina y analgésicos con evolución favorable con control

de la infección, dolor y la inflamación. Queda programado al alta para amputación transmetatarsiana.

Ante estos pacientes con gota crónica severa y refractaria a los tratamientos habituales habría que considerar el uso de nuevos medicamentos^{1,2}.

Bibliografía

1. Pinto JL, Mora GE, Fernández-Ávila DG, Gutiérrez JM, Díaz MC. Reumatol. Clin. 2013;9:178-80.
2. Terkeltaub R. Novel therapies for treatment of gout and hyperuricemia. Arthritis Res Ther. 2009;11:236.