

Artritis gotosa erosiva: no todo lo que brilla es urato

Erosive gouty arthritis: Not everything that glitters is urate

Miguel Franco-Álvarez¹, Raquel Oviedo Fernández², Jose Antonio Díaz Peromingo¹

¹ Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

² Centro de Saúde de Milladoiro.

ABSTRACT

Gout is a common type of arthritis caused by the accumulation of monosodium urate crystals, which, in advanced stages, can lead to the formation of tophi. We present a case of gouty arthritis complicated by a joint infection caused by *Morganella morganii*, secondary to manipulation of a tophus, which was managed conservatively with antibiotic therapy. Analysis and culture of fluid extracted from the tophus are essential for differentiating gouty arthritis from concomitant infectious arthritis, as both present clinically in a similar manner.

Keywords: Gout, arthritis, tophus, *Morganella morganii*.

RESUMEN

La gota es un tipo frecuente de artritis causado por la acumulación de cristales de urato monosódico que, en fases avanzadas, puede llevar a la formación de tofos. Presentamos un caso de artritis gotosa complicada con infección articular por *Morganella morganii*, secundaria a la manipulación de un tofo y manejada de forma conservadora mediante antibioterapia. El análisis y cultivo del líquido extraído del tofo son esenciales para diferenciar una artritis gotosa de una artritis infecciosa concomitante, ya que ambas se presentan clínicamente de manera similar.

Palabras clave: Gota, artritis, tofo, *Morganella morganii*.

CASO CLÍNICO

Varón de 56 años que ingresa en el hospital por fiebre y disminución del nivel de conciencia. Como antecedentes de interés destacan HTA, Diabetes Mellitus tipo 2, dislipemia, gota tofácea crónica a tratamiento con febuxostat y enfermedad renal crónica estadio G5DA3 secundaria a Síndrome de Alport en diálisis peritoneal. Dos meses atrás había presentado un episodio de peritonitis por *Streptococcus vestibularis* tratado exitosamente con vancomicina intraperitoneal. A su llegada a urgencias se descarta peritonitis como causa del cuadro febril, iniciando terapia empírica con Piperacilina/Tazobactam. A la exploración se observan múltiples tofos gotosos en articulaciones interfalángicas, muñecas y codos. Destaca la tumefacción de la segunda articulación interfalángica distal de mano izquierda con datos locales de inflamación (Figura 1), así como supuración purulenta. El hemograma a su llegada muestra leucocitosis con neutrofilia (9.860 leucocitos/mm³, 80% Neutrófilos, 10% Monocitos), así como elevación de procalcitonina (6,16 ng/ml [N: <0,05]) y PCR (19,17 mg/dL [N: <0,5]).

Se recogen cultivos de orina, sangre, líquido peritoneal y exudado del tofo inflamado, además de cultivo pericatóter de diálisis peritoneal. En el cultivo del exudado crece *Morganella morganii*. Una vez obtenido el antibiograma se desescala la terapia antibiótica a cefotaxima. Rehistoriando al paciente, este relata que debido al dolor articular durante los ataques de gota, en alguna ocasión había puncionado los tofos inflamados con un cuchillo con la intención de drenarlos y aliviar las molestias. Se solicita radiografía de ambas manos en la que se visualizan múltiples erosiones en varias falanges, destacando en segundo dedo de mano izquierda una más agresiva en probable relación con osteomielitis (Figura 2) con intensa osteólisis de falanges media y distal. Se desestima tratamiento quirúrgico en dicho momento por riesgo de inestabilidad en las articulaciones implicadas. Debido a la buena evolución del cuadro se decide seguimiento ambulatorio completando la pauta antibiótica con cefixima oral.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La gota tofácea crónica es una expresión tardía de la gota observable en hasta un 30% de los pacientes y cuyo desarrollo se correlaciona con los niveles de ácido úrico, así como con la duración de la hiperuricemia¹. Los tofos pueden aparecer en diversos tejidos como cartílago, membrana sinovial o tendones². En casos graves, su localización en extremidades superiores puede resultar incapacitante. De forma característica, presentan una consistencia firme y son indolores, apareciendo como nódulos blanquecinos fácilmente distinguibles a la inspección. Ocasionalmente pueden fistulizar o ulcerarse, drenando un contenido de aspecto denso y lechoso.

La infección de los tofos es una circunstancia infrecuente ya que la presencia de urato resulta desfavorable para el crecimiento bacteriano³. La infección de un tofo puede darse cuando existe una puerta de entrada como la fistulización o la manipulación, siendo este último caso el de nuestro paciente. Tanto en la artritis gotosa como en la artritis infecciosa podemos encontrar manifestaciones comunes como fiebre, dolor, eritema y aumento de volumen articular, por lo que el análisis microbiológico de la muestra obtenida resulta crucial para diferenciar ambas entidades. Aunque los niveles de procalcitonina sérica son más altos en la artritis infecciosa, también pueden aumentar en casos de artritis gotosa, especialmente si existen tofos.⁴

Debemos sospechar la infección de un tofo cuando la articulación o la zona afectada presenten comunicación con el exterior en forma de úlceras o fístulas y existan cambios en la consistencia, dolor y aumento local de la temperatura⁵. Puede existir o no fiebre o leucocitosis⁶. Dentro de los patógenos más frecuentes implicados en la infección de un tofo se encuentran *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa*⁵. Los estudios microbiológicos precoces permiten iniciar de manera temprana y dirigida la terapia antimicrobiana, valorando siempre la necesidad de intervención quirúrgica, ya que la sepsis o infección suelen ser la principal indicación de desbridamiento del tofo.⁷



Imagen 1. Aspecto de la mano izquierda donde se observa el llamativo daño articular.



Imagen 2. Radiografía de la mano izquierda donde destaca la importante erosión ósea a nivel de la segunda falange del segundo dedo.

En conclusión, exponemos el caso de un varón de 56 años con enfermedad renal crónica y gota tofácea que desarrolla un cuadro de artritis infecciosa por *Morganella morganii* tras la manipulación de un tofo digital tratado de manera conservadora con antibioterapia presentando una evolución clínica favorable.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaramos que no existe ningún conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN

Los autores de esta publicación no recibieron financiación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización del presente trabajo se han cumplido las normas éticas del Comité de Investigación y de la Declaración de Helsinki de 1975.

REFERENCIAS

1. Richette P, Bardin T. Gout. Lancet. 2010;375:318-28.
2. Farinha F, Cunha I, Barcelos A. Tophaceous gout: a tragic course for a preventable disease. Acta Reumatol Port. 2015;40:306-7.
3. Bouaziz W, Rekik MA, Guidara AR, Keskes H. Infection of a tophaceous nodule of the wrist and hand. BMJ Case Rep. 2018;2018:bcr-2018-226029.
4. Choi ST, Song JS. Serum procalcitonin as a useful serologic marker for differential diagnosis between acute gouty attack and bacterial infection. Yonsei Med J. 2016;57:1139-44.
5. Xu J, Zhu Z, Zhang W. Clinical characteristics of infectious ulceration over tophi in patients with gout. J Int Med Res. 2018;46:2258-64.
6. Yu KH. Concomitant septic and gouty arthritis: an analysis of 30 cases. Rheumatology. 2003;42:1062-6.
7. Scipioni R, Frate L, Di Tomasso V, Saltarelli M, Carubbi F, Petrarca M. Images in clinical medicine: gouty arthritis with osteomyelitis. Ital J Med. 2018;12:270-2.