

# Tofo gotoso. Localización atípica en el pie

> D<sup>a</sup>. CARMEN NARANJO RUIZ

*Diplomada en Podología. Profesora asociada de la A.A.F.A.S.*

## [ Correspondencia ]

Carmen Naranjo Ruiz

c/ Fernán González, 18 bj ctro izda. 28009- Madrid

Dirección electrónica: [c.naranjo@podocen.es](mailto:c.naranjo@podocen.es)

## [ Resumen ]

La aparición de síntomas de gota en el pie no es algo infrecuente ya que uno de los primeros puntos donde se localizan los ataques agudos de gota son en la primera articulación metatarsal-falángica, el talón o el tobillo. No obstante se debe realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo en casos de dudosas ulceraciones y/o apariciones de quistes sobre otras articulaciones más pequeñas.

Se presenta un caso de localización atípica de formación de tofos gotosos en el pie, así como su tratamiento mediante extirpación quirúrgica.

## > Palabras clave

Gota, tofo gotoso, extirpación quirúrgica, quiste sinovial.

## [ Abstract ]

*One of the most common places where the symptoms of the gout appeared is the foot, mainly*

*in the first MPJ and great toe, heels or in the ankle. Nonetheless a differential diagnosis must be done on those doubtful cases where ulcers and/or cysts over the lesser joints in the foot are found.*

*A clinical report is presented where an atypical location of the tophus is found and surgically removed.*

## > Key Words

*Gout, tophi nodules, surgical treatment, synovial cyst.*

## [ Introducción ]

La gota es una enfermedad articular crónica originada por la acumulación de cristales de urato de sodio en las articulaciones. En general aparece un aumento de los niveles séricos de ácido úrico asintomático durante una media de 10 años antes de que aparezca el primer ataque agudo de gota.

El ácido úrico es el producto terminal del catabolismo de las purinas, se encuentra en el

organismo como urato monosódico, siendo soluble en agua, suero y líquido sinovial. La uricemia tiene un valor promedio de 5,0 mg/dl, con valores normales hasta 7,0 mg/dl. Valores por encima de éstos no son necesariamente indicativos de enfermedad gotosa. Los pacientes hiperuricémicos pueden pasar muchos años o toda la vida sin que cristalice el urato en situación de sobresaturación, estadio clínico denominado hiperuricemia asintomática. Cuando se produce la precipitación del urato de sodio en el líquido sinovial de las articulaciones o en el tejido extra articular (nódulos subcutáneos) se produce el estadio clínico denominado artritis gotosa aguda.

La gota es una enfermedad que se asienta principalmente en los miembros inferiores, se caracteriza en su brote agudo por la aparición de un dolor de aparición brusca con signos inflamatorios locales y edema siendo la principal manifestación clínica de un ataque agudo la artritis de la primera articulación metatarsofalángica, denominada podagra que ocurre como primer síntoma en un 50% de los casos y en las manos (quiragra). También aparecen como primera manifestación localizaciones en el pie, aunque no de manera frecuente, como en los talones, tarso y empeine o tobillo.

En las artropatías gotosas crónicas se afectan el cartílago articular, membrana sinovial y tejido subcutáneo por el depósito de los cristales de ácido úrico y la consiguiente reacción celular inflamatoria, en localizaciones distales (manos y pies), son los llamados tofos gotosos.

El tratamiento consiste en impedir el depósito de los cristales mediante medicación que actúa a diferentes niveles del metabolismo. El tratamiento quirúrgico iría encaminado a la extirpación de los tofos gotosos que planteen problemas funcionales o estéticos: a) Los superficiales expuestos al roce, b) peritendinosos que limitan la movilidad, c) lesiones destructivas óseas en falanges de dedos de pies o manos, d) aquéllos que estén ulcerados o fistulizados, e) los subcutáneos voluminosos.

### [ Presentación del caso clínico ]

Paciente varón de 48 años de edad, 180 cm de altura y 88 kg de peso, que acude a consulta refiriendo dolor en el cuarto dedo del pie derecho al calzarse, de varios meses de evolución siendo este dolor incapacitante en varios episodios a lo largo de estos meses. Presenta una ulceración en dorso de 4º dedo de cuatro semanas de tratamiento sin resolución de la misma. (Figura 1)



> Fig. 1



> Fig. 2

### > Antecedentes personales

**Médicos:** Fumador 8 puritos / día. Hiperuricemia. Hipercolesterolemia. Refiere dolor e hinchazón leve en pies que duran 3-4 días, un total de 3 veces al año. Quiste simple hepático compatible con hemangioma. Quiste simple renal derecho.

**Traumáticos:** Fractura de 4º dedo del pie derecho. Lesión en codo derecho con quiste sinovial residual.

**Quirúrgicos:** Apendicetomía a los 18 años.

**Medicación:** Ulceral®. Colchimax®. Espidifen® ocasionalmente.

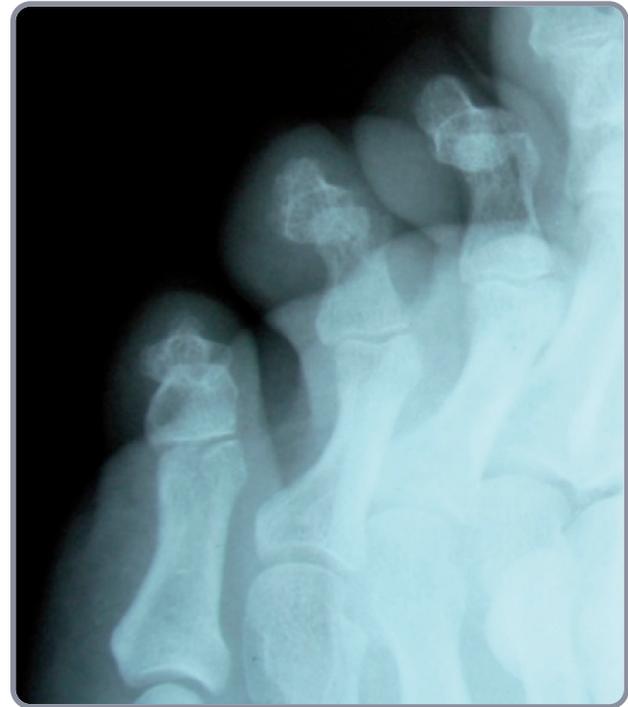
**Antecedentes familiares:** Padre hiperuricemia.

### > Exploración

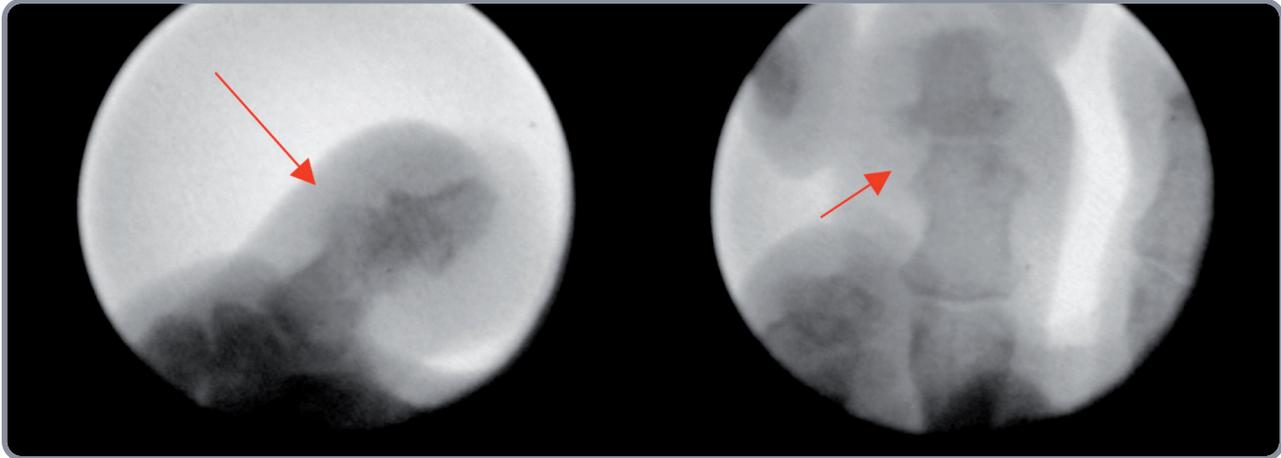
A la inspección se aprecia lesión subdérmica de 1'5 x 0'7 cm de longitud y anchura en el dorso de la articulación interfalángica distal del 4º dedo del pie derecho. De consistencia indurada y adherida a planos profundos. (Figura 2)

Dorso de la lesión eritematosa, presentado úlcera no exudativa de tres semanas de evolución, sin resolución de la misma.

Falange distal del cuarto dedo del pie derecho en flexión plantar. El crecimiento de la lesión impide el movimiento en dorsiflexión de la falange distal.



> Fig. 3



> Fig. 4

### > Exploración radiológica

En la radiografía convencional en proyección dorsoplantar y oblicua lateral se aprecia crecimiento mineralizado en dorso de la articulación interfalángica distal del cuarto dedo, y posición en flexión plantar de la falange distal del cuarto dedo. (Figura 3)



> Fig. 5

En la exploración radiológica mediante fluoroscopia se aprecia aposición de depósitos mineralizados en dorso de la articulación interfalángica distal del cuarto dedo y erosiones en cara lateral de la falange media y distal del cuarto dedo. (Figura 4).

Adjunta resonancia magnética informada realizada dos meses antes de la primera visita a nuestra consulta, en la que el diagnóstico es:

Marcada proliferación sinovial en la articulación interfalángica distal del cuarto dedo.

Lesión de partes blandas en el cuarto dedo de aspecto inespecífico. (Figura 5).

Existencia de marcada hipertrofia sinovial que adopta un aspecto pseudonodular con intenso realce que afecta a la articulación interfalángica distal del cuarto dedo. Produce remodelación ósea. Se aprecia engrosamiento de partes blandas de aspecto inespecífico que no experimenta realce y que pudiera estar en relación con cambios post-traumáticos según refiere el paciente.

Dado los antecedentes clínicos del paciente y la apariencia de la lesión no estábamos de acuerdo en el diagnóstico de lesión sinovial y propusimos al paciente la exeresis de la lesión y el posterior estudio anatomopatológico para confirmar el diagnóstico de presunción que planteábamos.



> Fig. 6

### > Tratamiento quirúrgico

Tras bloqueo local en tercio distal de la diáfisis del 4º metatarsiano del pie derecho con 5 cc de Mepivacaína al 2% y posterior asepsia se procede a realizar la escisión de la lesión.

Se practica una incisión de forma oval sobre el dorso de la articulación interfalángica distal del cuarto dedo. Al realizar la disección y al separar la zona medial e inferior de la lesión se rompe la cobertura, apareciendo un contenido indurado, granuloso de consistencia cristalina y arenosa. (Figura 6). Una vez realizada la exéresis de la lesión se puede realizar de nuevo la dorsiflexión

de la falange distal. Sutura de aproximación por planos con Poliglactina 910 (Vicryl®) 4/0.

### > Anatomía patológica

Enviada la pieza escindida para su estudio anatómopatológico, nos es remitido el siguiente informe:

#### • Descripción Macroscópica

Porción fusiforme de piel y tejido subcutáneo de 2x1, 4x1 cm. La primera es convexa, blanquecina, con una formación central de 1'5x1 x0'5 cm y una depresión infundibular en el centro. (Figura 7)



> Fig. 7

Al corte se aprecia tejido blanco-grisáceo, algo traslúcido, consistente y elástico

#### • Descripción Microscópica

La parte principal de la pieza es un tejido blanco-grisáceo, de un material amorfo, basófilo surcado por septos delgados de estroma, que se halla infiltrado por numerosos linfocitos y macrófagos, algunos de éstos polinucleados.

#### • Diagnóstico morfológico

Granuloma por depósito de urato sódico (foto gotoso). Hiperplasia de la piel adyacente.

El paciente es dado de alta tras 20 días de periodo postquirúrgico, una vez se produjo la cicatrización completa de la incisión en piel con recomendación de visita a su médico de familia para un mejor control de sus niveles de ácido úrico y prevención de nuevos episodios de ataques de gota.

### [ Conclusión ]

A pesar de presentar un diagnóstico preliminar de quiste sinovial tras el estudio de resonancia magnética, una vez realizada de forma exhaustiva la historia clínica del paciente se planteó la posibilidad de que éste primer diagnóstico no fuera correcto ya que no concordaban el resto de hallazgos exploratorios. Ésta discrepancia en la exploración ha de hacer plantearnos nuevos estudios o tratamientos preventivos para dar un resultado satisfactorio a nuestros pacientes.

Aunque es frecuente la aparición de tofos gotosos en el pie no es habitual la presencia de depósitos de urato sódico en las articulaciones más pequeñas de los pies, sobre todo como primera manifestación de la gota. Por ello como profesionales de la patología del pie debemos estar pendientes de todas aquellas lesiones que no presenten unas características claras y no limitar su tratamiento a meras lesiones dérmicas.

## Referencias bibliográficas

- > CASTRO DEL POZO S. : *Fisiopatología del ácido úrico y de las porfirinas, en Manual de Patología General*. Ed. Masson. 5ª ed .1999. Barcelona.
- > FLEET MS, RABY N. A CASE REPORT: : *An unusual presentation of gout*. Clinical Radiology (1997) 52, 156-158
- > NÚÑEZ-SAMPER M. : *Manifestaciones de las enfermedades sistémicas en el pie. en Biomecánica, medicina y cirugía del pie. Elsevier- Masson. 2006. 599-605.*
- > LARMON W, KURTZ, J F. : *The surgical management of chronic tophaceous gout. J Bone Joint Surg. 1958;40 (4) 743-72.*
- > WEISSMAN, S. : *Radiology of the Foot*. Williams and Williams, 1983.
- > GASCÓ, J. : *Tratamiento ortopédico y quirúrgico de las artropatías inflamatorias y degenerativas.* <http://centros.uv.es/web/departamentos/D40/data/informacion/E125/PDF748>
- > ADDANTE AR, PAICOS PC JR. : *Tophaceous gout involving the fourth toes bilaterally. J Am Podiatr Med Assoc. 1988 Nov;78(11):599-603.*
- > KERMAN BL, MACK G, MOSHIRFAR MM.: *Tophaceous gout of the foot: an unusual presentation of severe chronic gout in an undiagnosed patient. J Foot Ankle Surg. 1993 Mar-Apr;32(2):167-70*
- > -YETKIN, H TAKKA, S KANATLI U.: *Surgical treatment of chronic tophaceous gout arthritis in the feet: a case report. Foot and Ankle Surgery .1999; 5 (3):155-57.*
- > LÓPEZ-PÉREZ VJ, MARTÍNEZ ANDRADE C, CASTILLO GARCÍA F: *Lesión osteolítica digital: diagnóstico y tratamiento. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 2012;19 (5): 307-308*