

Gota... en la piel

Lorna Velásquez, Mariana Franco, Paula Enz, Alicia Kowalczyk y Ricardo Galimberti

La gota es un síndrome clínico causado por un grupo de trastornos heterogéneos, que se caracteriza por el depósito de cristales de urato monosódico en el líquido sinovial y en otros tejidos. Las manifestaciones clínicas consisten en artritis gotosa, gota tofácea, neuropatía gotosa y litiasis gotosa. Se observan en pacientes con concentración sérica elevada de ácido úrico.¹

Presentamos una paciente de 50 años, oriunda de Río Negro, con antecedentes de glomerulonefritis membranoproliferativa tipo II complicada con una insuficiencia renal crónica, por lo que recibió un trasplante renal de donante cadavérico en el año 1996; desde entonces se encuentra en tratamiento con ciclosporina, azatioprina y prednisona.

En abril de 2007 consultó por presentar un cuadro de poliartralgias de dos años de evolución. Al examen físico se observaban lesiones nodulares múltiples, de 0.2 a 0.5 mm de diámetro, algunas confluyentes, que dejaban traslucir un material blanquecino, que asentaban sobre base eritematosa, dolorosas y localizadas con predominio de las articulaciones interfalángicas (Fig. 1), codos (Fig. 2) y primer dedo de ambos pies (Fig. 3). En los talones presentaba lesiones nodulares de mayor tamaño, de las cuales drenaba un material blanquecino yesoso (Fig. 4).

Se le realizaron estudios generales y una punción de las lesiones nodulares, y se observaron con el microscopio

de contraste de fases múltiples cristales de urato monosódico.

El cuadro clínico de la paciente fue interpretado como gota tofácea.

Se inició tratamiento con colchicina y alopurinol y se rotó la ciclosporina a micofenolato mofetil. La paciente presentó mejoría sintomática del cuadro clínico.

Debemos recordar que muchos agentes farmacológicos afectan la función tubular renal produciendo una disminución de la excreción de ácido úrico por orina, por lo tanto hiperuricemia, como es el caso de la ciclosporina.² Existen informes de varios casos de pacientes trasplantados renales, cardíacos y pulmonares,³ que desarrollan hiperuricemia y gota.

Está descrito que un alto porcentaje de pacientes que recibe ciclosporina desarrolla hiperuricemia dentro de los dos primeros años,⁴ por lo tanto es aconsejable determinar el ácido úrico en los exámenes de rutina. En el caso presentado, la paciente no tenía antecedente de hiperuricemia y desarrolló la patología en forma posterior al trasplante renal.

La probable asociación de ciclosporina con hiperuricemia, la elocuente forma de presentación clínica de este caso de gota y la importancia de efectuar un control clínico y terapéutico permanente inspiran el interés de este caso.

Figura 1. Lesiones nodulares en primer dedo de pie izquierdo.



Figura 2. Lesiones nodulares que dejan traslucir un material blanquecino, localizado en codo.



Figura 3. Lesiones nodulares múltiples confluyentes en región interfalángica distal.



Figura 4. Lesión nodular ulcerada en talón, de donde drena material blanquecino yesoso.



REFERENCIAS

1. Freedberg IM, editor, et al. Fitzpatrick dermatología en medicina general. 6ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2005.
2. La Forgia MP, Pellerano G, Portaluppi MM, et al. Tofos gotosos intradérmicos y trasplante

renal. *Dermatología Argentina* 2002;8(1):34-6.
3. Chopra KF, Schneiderman P, Grossman ME. Finger pad tophi. *Cutis* 1999;64(4):233-6.
4. Rojas SA, Méndez PP, Restrepo Suárez JF, et al. Manifestaciones cutáneas y otras formas

inusuales de presentación de la gota [revista en línea]. *Revista Colombiana de Reumatología* 2001;8(2). Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/reumatologia/reuma82-01-manifestaciones.htm> [Consulta: 15/07/08].