



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

482/631 - CASO CLÍNICO DE ARTRITIS POLIARTICULAR GOTOSA AGUDA

B. Cobeña Coco¹, J. González Batista¹ y R. Afonso Carrillo²

¹Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud L'Alfás del Pi. Alicante. ²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud L'Alfás del Pi. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Se trata de un varón de 52 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dorsalgia de esfuerzo laboral. A los dos días refiere lumbalgia con desaparición de dorsalgia. Al cabo de una semana consulta por dolor y edema en varias articulaciones de forma progresiva, con mal estado general pero sin fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente con malestar general marcado y astenia, Afebril (36,5 °C) signos clínicos de artritis con rubor, calor, aumento de volumen y dolor importante a la palpación bilateral en tobillos, rodillas, muñecas y articulaciones condroesternales. Se deriva a estudio urgente sospechando brote de Artritis poliarticular de causa desconocida. En Servicio de urgencias se constata PCR 45,03 mg/dl, ácido úrico 7,2, urea 77 mg/dl, leve aumento de enzimas hepáticas, factor reumatoide 23. Estudio radiográfico sin alteraciones, eco abdominal sin alteraciones significativas. Se decide artrocentesis de rodilla izquierda obteniéndose escasa cantidad de líquido sinovial de tipo inflamatorio que al M.O resultan cristales intracelulares de urato monosódico. Queda pendiente de ANAs (negativos en control), ANCA, Anti CCP.

Orientación diagnóstica: Artritis aguda poliarticular.

Diagnóstico diferencial: En el caso de la poliartritis gotosa se plantea diagnóstico diferencial con otras artritis microcristalinas (condrocalcinosis), artritis reumatoide, espondiloartropatías seronegativas, artritis infecciosas y seronegativas (gonococia, hepatitis B y C, VIH, fiebre reumática, Reiter y enfermedad de Lyme) y enfermedades colágeno-vasculares (LES, esclerodermia, vasculitis, Sjögren, polimiositis, enfermedad mixta del tejido conectivo y polimialgia reumática).

Comentario final: Se inicia tratamiento corticoideo con gran respuesta por lo que se le da alta. Se asocia colchicina 0,5 mg/día junto a alopurinol 100 mg que se aumentará a 200 mg a la semana hasta cifra objetivo < 5, queda pendiente de control analítico a las 3 semanas además de las pruebas autoinmunes que faltan. El paciente es visto por nosotros al cabo de una semana con mejoría importante. Se le insisten en medidas higiénico-dietéticas, adherencia al tratamiento y se explica posibilidad de recaídas.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Reumatología. Guía práctica del manejo de la gota e hiperuricemia,

2018.

Palabras clave: Artritis. Poliartritis.