



242/1457 - COMPLICACIÓN GRAVE DE LA CRISIS DE GOTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Moreno Rubiales^a, M. Bejarano Benítez^b y M. Álvarez Villegas^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Alamillo. Sevilla. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 46 años. Antecedentes personales: hipertensión arterial y gota. Acude a su médico de familia por dolor intenso en brazo izquierdo, en relación con crisis gotosa de dos semanas de evolución, con fiebre desde hace 2 días. El paciente refiere toma de colchicina en los 3 últimos días sin mejoría, y no realizar tratamiento correcto con alopurinol. Se deriva a Urgencias del Hospital donde diagnostican de celulitis brazo izquierdo secundario a tofo gotoso sobreinfectado, e ingresan durante varias semanas por evolución tórpida de la misma.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente afectado por el dolor. Febril. Brazo izquierdo muy doloroso a la palpación debido a gran edema y enrojecimiento que se extiende desde dedos hasta tercio proximal de dicha extremidad, con absceso fluctuante en olécranon de unos 7 cm de diámetro. Movilización del mismo limitada a bajos grados. Resto de exploración sin hallazgos patológicos. Laboratorio: Leucocitosis con neutrofilia. PCR 345. Hemocultivos: negativo. Cultivo absceso: *Streptococcus pyogenes*. Ecografía MSI: Hallazgos en relación con cuadro infeccioso/inflamatorio que afecta a tejido celular subcutáneo y musculatura.

Juicio clínico: Celulitis secundaria a tofo gotoso sobreinfectado.

Diagnóstico diferencial: Artritis séptica y pseudogota.

Comentario final: Destacar la importancia de controlar a los pacientes ya diagnosticados de hiperuricemia, vigilando la aparición de complicaciones articulares y extraarticulares, monitorizando los niveles de ácido úrico y el tratamiento prescrito. También asegurarse de que el paciente reciba información sobre su enfermedad, facilitando adhesión al tratamiento y una detección precoz de complicaciones, evitándose así evoluciones tórpidas de la enfermedad como ha presentado este paciente.

Bibliografía

1. Wakefield RJ, Emery P, Pease C. Gout related upper limb cellulitis: an ultrasound study. *J Rheumatol.* 2003;30(2):417-9.
2. García-Casares E, Mateo Soria L. Fasciitis and myositis caused by streptococcal flesh-eating

bacteria. J Clin Rheumatol. 2010;16(8):382-4.

Palabras clave: Gota. Celulitis. Hiperuricemia.