



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4265 - MONOARTRITIS... ¿PUEDE SER GOTA?

H. Pujol Girol^a, J. Romero Palmer^b, A. Pletea^b y N. Perelló Viola^c

^aMédico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ponça. Illes Balears.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Santa Ponça. Illes Balears. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ponça. Illes Balears.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 41 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, bebedor moderado. Antecedentes de hiperuricemia alrededor de 10-11 mg/dL desde hacía 5 años sin crisis de artritis gotosa, e hipertrigliceridemia. Sin tratamiento habitual. Acudió a consulta por inflamación y dolor en rodilla derecha de 1 semana de evolución, sin fiebre, sin traumatismo previo, aunque refería leves molestias mecánicas de larga evolución. Se pautaron AINEs. A las 48h acudió a Urgencias hospitalarias con derrame a tensión y se realizó artrocentesis. Posteriormente se realizaron estudios analíticos en Atención Primaria y prueba de imagen en la mutua laboral.

Exploración y pruebas complementarias: Derrame moderado, leve aumento de temperatura, maniobras de Lacham, Apley negativas. Líquido articular: Cultivo negativo. No se observan cristales. Glucosa 95 mg/dL, proteínas 36,7 g/L, leucocitos 19.200 μ L, neutrófilos 97%. Analítica de sangre; urato 9,5 mg/dL, factor reumatoide y ANAs negativos. RM rodilla: sin alteraciones.

Orientación diagnóstica: Artritis gotosa.

Diagnóstico diferencial: En un inicio realizamos el diagnóstico diferencial con todas las posibles causas de monoartritis. Con el análisis del líquido articular pudimos descartar una artritis séptica, y descartamos también artritis gotosa al no encontrarse cristales de urato monosódico (UMS). En la analítica de sangre destacaba la elevación del ácido úrico, con cribaje de enfermedades autoinmunes negativo. Con la RM rodilla descartamos origen traumático o estructural.

Comentario final: En un principio descartamos que la causa fuera de origen gotoso dado que no se objetivaron cristales en el líquido articular, a pesar de presentar un ácido úrico elevado en la analítica de sangre. Sin embargo, tras visita en Consultas externas de Traumatología se orientó como monoartritis aguda de causa gotosa, iniciándose tratamiento con alopurinol y manteniendo AINEs (indometacina). En un 5% de las artritis gotosas pueden no objetivarse cristales en el líquido articular, a pesar de ser el gold standard diagnóstico. El paciente presentó una nueva crisis de artritis, donde se añadió colchicina por 4 días, presentando mejoría progresiva. En analítica de control 2 meses tras la crisis; urato de 4.4.

Bibliografía

1. Zamora Sánchez V, Bordas Julve JM. Artritis e hiperuricemia. ¿Seguro que es gota? AMF. 2006;2(3):159-65.

Palabras clave: Artritis gotosa. Monoartritis.