

Dolor y tumefacción de una interfalángica distal en una mujer con nódulos de Heberden

R. Almodóvar, P. Zarco, R. Mazzucchelli y F.J. Quirós

Unidad de Reumatología. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España.

Descripción del caso clínico

Mujer de 76 años, que acude a nuestra consulta remitida desde el servicio de urgencias, por un cuadro de dolor y tumefacción en interfalángica distal (IFD) del segundo dedo de la mano derecha de 4 meses de evolución, sin otros datos acompañantes. Dos años antes de este episodio, la paciente había presentado artritis en codo y tobillo izquierdos de 20 días de duración, que se etiquetó como artritis de probable origen microcristalino. Entre sus antecedentes personales destacaban una fibrilación auricular crónica, episodios de insuficiencia cardíaca congestiva y una insuficiencia renal crónica moderada. Realizaba tratamiento con furosemida 40 mg cada 48 h y sintrom.

La exploración física mostró nódulos de Heberden en IFD de ambas manos, con signos de artritis sólo en la segunda IFD de la mano derecha con un tofo acompañante (fig. 1).

En las pruebas de laboratorio destacaban un ácido úrico en sangre de 7,6 mg/dl y una creatinina de 1,2 mg/dl, con un aclaramiento de creatinina de 27,7 ml/min.

En las radiografías de manos se apreciaron cambios degenerativos en IFD y trapezometacarpianas, y la IFD del segundo dedo presentaba disminución del espacio articular, erosiones en sacabocados y aumento de partes blandas, lesiones típicas de artropatía gotosa (fig. 2).

Diagnóstico y evolución

Se realizó una aspiración de la articulación inflamada, con visualización de abundantes cristales de urato monosódico (UMS) en el microscopio óptico de luz polarizada, lo que confirmó el diagnóstico de artritis gotosa sobre nódulo de Heberden. Se inició tratamiento con colquicina, con mejoría rápida del cuadro.



Figura 1. Fotografía de mano derecha, que muestra nódulos de Heberden y un tofo en segunda interfalángica distal (IFD), con signos flogísticos acompañantes.



Figura 2. Radiografía anteroposterior de manos, que muestra cambios degenerativos en interfalángicas distales (IFD) y trapezometacarpianas, y la IFD del segundo dedo presenta disminución del espacio articular, erosiones en sacabocados y aumento de partes blandas, lesiones típicas de artropatía gotosa.

Comentario

El desarrollo de artritis gotosa sobre nódulos de Heberden y Bouchard es poco frecuente, considerando la alta prevalencia de artrosis en la población general. Simkin et al fueron los primeros en

Correspondencia: Dra. R. Almodóvar.
Unidad de Reumatología. Fundación Hospital Alcorcón.
Avda. Budapest, s/n. 28922 Alcorcón. Madrid. España.
Correo electrónico: ralmodovar@fhacorcon.es

Manuscrito recibido el 11-3-2004 y aceptado el 23-3-2004.

describir tal asociación^{1,2}. Generalmente, ocurre en personas de edad avanzada, por encima de los 70 años³. En la mitad de los casos no hay datos de artritis gotosa en otras articulaciones. Hay una mayor predilección por las mujeres consumidoras habituales de diuréticos y que presentan insuficiencia renal crónica, como en el caso que se presenta^{4,7}.

Se han propuesto varios mecanismos patogénicos que podrían explicar el depósito de los cristales de UMS sobre los nódulos de Heberden: *a*) disminución de la solubilidad y precipitación de cristales de UMS debido a la menor temperatura existente en las articulaciones distales de los dedos^{1,8}; *b*) predisposición al depósito de cristales en articulaciones dañadas por artrosis⁹, y *c*) precipitación de cristales en las articulaciones sometidas a traumatismos repetidos¹⁰.

Un estudio realizado por Fam et al en 32 pacientes con artritis gotosa sobre nódulos de Heberden demostró como factores predisponentes asociados: el sexo femenino, la edad avanzada, la hipertensión arterial, la insuficiencia renal, el uso de diuréticos y dosis bajas de ácido acetilsalicílico¹¹.

Clínicamente, se manifiesta como tumefacción, calor y rubor en la articulación. Las deformidades nodulares se diagnostican a menudo de nódulos de Heberden, aunque pueden ser depósitos tofáceos. En el estudio radiológico aparecen manifestaciones características de artrosis: pinzamiento articular, osteofitos marginales y esclerosis subcondral. El 80% de los pacientes presentan alteraciones radiográficas típicas de gota: erosiones marginales, centrales o periarticulares, con márgenes escleróticos y en ocasiones tofos en partes blandas^{3,12}.

En conclusión, la gota puede producir episodios de artritis en IFD y en IF proximales en un pequeño

número de pacientes con nódulos de Heberden. Es importante reconocer esta asociación para establecer un diagnóstico y tratamiento correctos, y así prevenir la progresión radiológica y nuevos episodios de artritis gotosa, sobre todo en mujeres ancianas con insuficiencia renal crónica tratadas con diuréticos.

Bibliografía

1. Simkin PA, Campbell PM, Larson EB. Gout in Heberden's nodes. *Arthritis Rheum* 1983;26:94-7.
2. Mankin HJ. Clinical features of osteoarthritis. En: Kelley WM, Harris ED Jr, Ruddy S, Sledge CB, editors. *Textbook of Rheumatology*. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1993; p. 1374-84.
3. Foldes K, Petersilge CA, Weisman MH, Resnick D. Nodal osteoarthritis and gout: a report of four new cases. *Skeletal Radiol* 1996;25:421-4.
4. Puig JG, Michan AD, Jiménez ML, Pérez de Ayala C, Mateos FA, Capitán CF, et al. Female gout. Clinical spectrum and uric acid metabolism. *Arch Intern Med* 1991;151:726-32.
5. Macfarlane DG, Dieppe PA. Diuretic-induced gout in elderly women. *Br J Rheumatol* 1985;24:155-7.
6. Scott JT, Higgins CS. Diuretic-induced gout: a multifactorial condition. *Ann Rheum Dis* 1992;51:259-61.
7. Wernick R, Winkler C, Campbell S. Tophi as the initial manifestation of gout. Report of six cases and review of the literature. *Arch Intern Med* 1992;152:873-6.
8. Loeb JN. The influence of temperature on the solubility of monosodium urate. *Arthritis Rheum* 1972;15:189-92.
9. Fam AG. The effect of joint motion on CPPD crystal deposition disease [carta]. *J Rheumatol* 1991;18:151.
10. Wilcox WR, Khalaf AA. Nucleation of monosodium urate crystals. *Ann Rheum Dis* 1975;34:332-9.
11. Fam AG, Stein J, Rubenstein J. Gouty arthritis in nodal osteoarthritis. *J Rheumatol* 1996;23:684-9.
12. Lally EV, Zimmermann B, Ho G Jr, Kaplan SR. Urate-mediated inflammation in nodal osteoarthritis: clinical and roentgenographic correlations. *Arthritis Rheum* 1989;32:86-90.