

Nódulos subcutáneos bilaterales en las orejas de un hombre obeso

Bilateral subcutaneous nodules on the ears of an obese man

Daniel Ramírez¹, Camilo Andrés Morales²

1. Médico, residente de segundo año de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia; Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, E.S.E., Bogotá, D.C., Colombia.
2. Médico dermatólogo, Oficina de Docencia e Investigación, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, E.S.E., Bogotá, D.C., Colombia; instructor, Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia.

Respuesta: c. tofos gotosos

Comentario

Se interrogó al paciente sobre síntomas articulares y refirió episodios recurrentes de artralgias en los miembros superiores e inferiores, de varios años de evolución, previos a la aparición de los nódulos en las orejas y que se resolvieron en forma espontánea o después del tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos. No tenía signos de artropatías ni lesiones nodulares en otras localizaciones.

Se solicitaron pruebas de laboratorio que reportaron elevación de los niveles de ácido úrico (8,7 mg/dl); el perfil de lípidos y el hemograma fueron normales. Se confirmó el diagnóstico de gota tofácea, se resecaron quirúrgicamente las lesiones, y se remitió a su servicio de salud para valoración y manejo por Reumatología.

Tofos gotosos

Los tofos gotosos son la principal manifestación clínica del depósito de cristales de urato monosódico en la piel, constituyendo la lesión cutánea característica de la gota. Clínicamente, se presentan como nódulos blanco-amarillentos indoloros, de consistencia firme, de tamaño y forma variables¹; usualmente están localizados a nivel subcutáneo, principalmente en los tejidos que tienen menor aporte sanguíneo y temperatura, condición que favorece la precipitación y cristalización del ácido úrico en zonas anatómicas como la primera articulación metatarsofalángica (podagra), entre otras articulaciones periféricas, y la hélice auricular^{1,2}. La paniculitis gotosa, los nódulos hiperpigmentados y las ampollas intradérmicas son otras manifestaciones der-

matológicas de la gota, aunque son mucho menos frecuentes que los tofos³.

La gota es la enfermedad articular inflamatoria más frecuente en el hombre, con una relación hombre:mujer de 4:1, la cual tiende a igualarse después de la menopausia, probablemente por la disminución progresiva de los niveles estrógenicos^{4,5}. Su etiología es multifactorial, incluyendo factores genéticos y ambientales, que permiten su clasificación en primaria, debida a errores innatos del metabolismo de las purinas o excreción disminuida del ácido úrico, o secundaria, cuando hay aumento en el recambio celular, como en la leucemia y en enfermedades en las que se altera la homeostasis del ácido úrico. En el 90 % de los casos de gota primaria la hiperuricemia es causada por una disminución relativa en la excreción renal de uratos, mientras que en el 10% restante se debe a la sobreproducción endógena de ácido úrico⁶.

El consumo de bebidas alcohólicas, principalmente cerveza, constituye un importante factor que predispone a la enfermedad debido a su elevado contenido de purinas como guanina, que son degradadas a ácido úrico, y a su capacidad para reducir la excreción de ácido úrico⁷. Otros factores de riesgo para sufrir la enfermedad son: obesidad, síndrome metabólico, enfermedad renal terminal y uso de medicamentos como los diuréticos y los salicilatos.

Por otra parte, todo caso de gota en individuos menores de 30 años, sin factores de riesgo asociados, amerita descartar defectos enzimáticos hereditarios, como la deficiencia de hipoxantina-guanina fosforribosil-transferasa^{5,8}.

Desde el punto de vista clínico, la evolución de la gota usualmente consta de cuatro estadios. Se inicia con hip-

eruricemia asintomática, definida como niveles séricos de ácido úrico superiores a 7 mg/dl en ausencia de síntomas, que puede preceder entre 10 y 15 años al siguiente estadio, conocido como gota aguda. Este se manifiesta clínicamente en el 50 % de los casos como monoartritis de la primera articulación metatarsalángica, la cual puede presentar resolución espontánea⁵⁻⁹. Con el paso del tiempo, los ataques tienden a ser más frecuentes e involucran otras articulaciones, lo que se conoce como periodo intercrítico. Posteriormente, pueden aparecer tofos gotosos como cuarto y último estadio, el cual se inicia en promedio 11,6 años después del primer episodio de gota aguda¹⁰. Sin embargo, se han descrito casos de pacientes con tofos sin evidencia previa de ataques agudos de gota o historia de la enfermedad, en los cuales se puede utilizar el término nodulosis gotosa cuando las lesiones son múltiples y diseminadas^{9,11}.

En la actualidad, los tofos gotosos son infrecuentes en la consulta dermatológica, probablemente debido a la mayor disponibilidad de tratamientos efectivos que evitan su aparición, limitándose a pacientes sin cumplimiento del tratamiento y en aquellos con diagnóstico tardío¹², como ocurrió en este caso.

Teniendo en cuenta que la oreja, particularmente en la hélice y la antihélice, es un sitio frecuente de localización de los tofos³, se deben considerar como diagnósticos diferenciales algunas enfermedades inflamatorias y tumorales que afectan las orejas, como la condrodermatitis nodular de la hélice, la queratosis actínica hipertrófica, los carcinomas basocelular y escamocelular, la verruga vulgar, los nódulos reumatoides y los nódulos elastósicos, entre otras. La buena delimitación, la falta de signos de inflamación local y la presencia de material calcáreo blanquecino –cuando las lesiones de mayor tamaño presentan perforación– son hallazgos importantes para el diagnóstico clínico por parte del dermatólogo¹³.

La confirmación de un tofo gotoso es diagnóstico definitivo de gota⁴. El diagnóstico histológico se hace por la demostración de los cristales característicos en el material examinado. Sin embargo, cuando el espécimen se fija en formol los cristales se disuelven, dejando áreas de material amorfo eosinofílico, las cuales pueden estar rodeadas de células gigantes e inflamación de predominio linfocitario^{13,14}.

Se presenta el caso de un paciente con obesidad mórbida, antecedentes de ingestión frecuente de licor y artralgiás, con nódulos subcutáneos bilaterales en la hélice y niveles séricos elevados de ácido úrico. La sospecha clínica de la enfermedad, a partir de las lesiones cutáneas, con su posterior confirmación histológica, permitió hacer el diagnóstico de gota tofácea.

Referencias

1. Navarrete FG, Beirana PA, Bengoa IB, Champet AM, Siu CM. Tofos gotosos. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2009;18:92-5.
2. Choi HK, Mount DB, Reginato AM. Pathogenesis of gout. *Ann Intern Med*. 2005;143:499-516.
3. Forbess LJ, Fields TR. The broad spectrum of urate crystal deposition: Unusual presentations of gouty tophi. *Semin Arthritis Rheum*. 2012;42:146-54.
4. Smith EU, Díaz-Torné C, Pérez-Ruiz F, March LM. Epidemiology of gout: An update. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24:811-27.
5. Restrepo JP, Berrío J. Gota y sus manifestaciones dermatológicas. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2011;19:231-6.
6. Koley S, Salodkar A, Choudhary S, Bhake A, Singhanian K, Choudhury M. Tophi as first manifestation of gout. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2010;76:393-6.
7. Emmerson B. The management of gout. *N Engl J Med*. 1996;334:445-51.
8. Simmonds HA, Duley JA, Fairbanks LD, McBride MB. When to investigate for purine and pyrimidine disorders: Introduction and review of clinical and laboratory indications. *J Inher Metab Dis*. 1997;20:214-26.
9. Thissen CA, Frank J, Lucker GP. Tophi as first clinical sign of gout. *Int J Dermatol*. 2008;47(Suppl.1):49-51.
10. Hensch PS. The diagnosis of gout and gouty arthritis. *J Lab Clin Med*. 1936;220:48.
11. Iglesias A, Londoño JC, Saaibi DL, Peña M, Lizarazo H, González EB. Gout nodulosis: Widespread subcutaneous deposits without gout. *Arthritis Care Res*. 1996;9:74-7.
12. Apibal Y, Jirasuthus S, Puavilai S. Abrupton pustular gouty tophi of palm and sole. *J Med Assoc Thai*. 2009;92:979-82.
13. Chabra I, Singh R. Gouty tophi on the ear: A review. *Cutis*. 2013;92:190-2.
14. Ramírez-Santos A, Martín-Polo R, Sánchez-Sambucety P, Rodríguez-Prieto MA. Ulcerated nodules on the posterior aspect of the legs. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101:263-5.