

# Tofo gotoso

**Natalia Vélez López<sup>1</sup>; María Fernanda Tibaduiza<sup>2</sup>; Juan David Ruíz Restrepo<sup>3</sup>;  
Oscar Jairo Valencia Ocampo<sup>4</sup>**

## COMENTARIO

Presentamos este caso para resaltar la importancia de la identificación de los tofos gotosos en localizaciones menos clásicas, incluso en pacientes sin crisis de artritis previas, uso de terapia hipouricemiante o factores de riesgo, ya que los tofos gotosos auriculares pueden ser la primera manifestación de la gota, a pesar de que se ha considerado que su aparición ocurre en estadios más avanzados, entre 5 y 10 años del inicio de los síntomas articulares.

**PALABRAS CLAVE:** Ácido úrico; Cartílago auricular; Gota.

**KEYWORDS:** Ácido úrico; Cartílago auricular; Gota.

## GOTA TOFÁCEA

La gota es una artritis inflamatoria que se caracteriza por la acumulación crónica de cristales de urato monosódico en las articulaciones y los tejidos como resultado del aumento de la concentración de urato, un producto de la degradación de las purinas. Se han descrito cuatro estadios fisiopatológicos: la hiperuricemia asintomática, los depósitos de urato monosódico con síntomas de gota, los depósitos de urato monosódico con crisis y, por último, el estado avanzado con presencia de tofos, artritis gotosa crónica y erosiones radiográficas <sup>(1)</sup>. Es llamativo resaltar que no existe una correlación estricta entre los niveles séricos de ácido úrico y el desarrollo de gota ni de las crisis gotosas intermitentes y que, además, estos estadios descritos no siguen un orden cronológico progresivo. De esta manera, menos de un tercio de los pacientes con valores de ácido úrico de 7 mg/dL tendrán gota <sup>(2)</sup>. Los principales factores de riesgo identificados son la hipertensión,

1. Médica, residente de Dermatología, Centro de Investigaciones Dermatológicas CIDERM, sección de dermatología, facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ORCID
2. Médica, residente de Dermatología, Centro de Investigaciones Dermatológicas CIDERM, sección de dermatología, facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ORCID
3. Médico patólogo, profesor de Dermatopatología, Centro de Investigaciones Dermatológicas CIDERM, sección de dermatología, facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ORCID
4. Médico dermatólogo, profesor de Dermatología, Centro de Investigaciones Dermatológicas CIDERM, sección de dermatología, facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ORCID

**Correspondencia:** Natalia Vélez López; **email:** na.velezlopez@gmail.com

**Recibido:** 10/08/20; **aceptado:** 15/10/20

**Cómo citar:** Vélez-López N; Tibaduiza MF; Ruíz-Restrepo JD; Valencia-Ocampo OJ. ¿Reconoce esta clave diagnóstica? Tofo gotoso. Rev Asoc Colomb Dermatol. Vol 28(3): julio - septiembre, 2020, 274-275. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1540>

**Financiación:** ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

la falla renal, el uso de diuréticos, el consumo de alcohol y de dietas altas en carnes rojas, la comida de mar, las bebidas azucaradas y la obesidad; también puede presentarse en pacientes con leucemia o con trasplante de órgano sólido, especialmente si usan ciclosporina o tacrólimus <sup>(1)</sup>.

Los tofos gotosos son pápulas o nódulos duros bien circunscritos, de coloración amarilla-blancuzca o de tiza con consistencia de greda, que pueden drenar colecciones de cristales que tienen aspecto de “pasta dental”. Las lesiones no presentan eritema ni dolor, aunque pueden presentar episodios inflamatorios <sup>(3)</sup>. Se localizan sobre las articulaciones, en las regiones subarticulares óseas, en bursas, en los tendones y el cartílago articular. Los tofos pueden erosionar el hueso subyacente y causar lesiones líticas en sacabocados, que son patognomónicas de la artropatía gotosa. Otras localizaciones características son el hélix y el pabellón auricular, donde se observan como depósitos no traslúcidos de color amarillo-blancuzco <sup>(4)</sup>.

Menos común que los tofos subcutáneos se encuentra la paniculitis gotosa. Este caso se manifiesta con nódulos o placas subcutáneos irregulares, indurados, que pueden ser o no dolorosos, ulcerarse o drenar un líquido opaco o seroso y que se localizan predominantemente en las extremidades. Otras lesiones descritas son nódulos cutáneos hiperpigmentados, pústulas y ampollas intradérmicas <sup>(4)</sup>. Otras herramientas diagnósticas importantes son la ecografía de tejidos blandos, donde se identificarán como material hiperecoico no homogéneo rodeado por un pequeño halo anecoico, y la tomografía computarizada de energía dual (DECT, por sus siglas en inglés), en la cual se evaluará la diferencia de atenuación de los depósitos de urato <sup>(1)</sup>.

En concordancia con los hallazgos descritos en nuestro paciente, es importante anotar que en los pacientes mayores de 65 años se conoce el riesgo de gota sin artritis previa, siendo esta la población en la que más se ha descrito un mayor desarrollo de tofos gotosos hallados de forma incidental y menor frecuencia de crisis de artritis <sup>(4)</sup>. Pese a la importancia del interrogatorio dirigido en busca de síntomas de artritis típica, como lo son la podagra o el compromiso de la primera articulación metatarsofalángica, el tobillo o el mediopié, como monoartritis o en oligoartritis, la presencia de eritema sobre la

articulación afectada, la incapacidad de palparla y la dificultad para la marcha, así como el inicio de síntomas articulares en menos de 24 horas, con duración menor de 14 días y resolución completa intercrisis, es fundamental en estas instancias hacer la claridad de que asociaciones como el Colegio Americano de Reumatología y la Liga Europea contra el Reumatismo reconocen la presencia de tofos gotáceos como criterios clínicos de alto peso para el diagnóstico de gota <sup>(1)</sup>.

Finalmente, en el caso presentado se realizan múltiples cortes histológicos seriados sin otros hallazgos, descartando así displasia o malignidad. Además, se realizaron histoquímicas como PAS, que fue negativo para estructuras micóticas, y Alcian blue y hierro coloidal, que también fueron negativas.

## REFERENCIAS

1. Dalbeth N, Merriman TR, Stamp LK. Gout. *Lancet*. 2016;388(10055):2039-52. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00346-9
2. Restrepo JP, Berrío J. Gota y sus manifestaciones dermatológicas. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2011;19:231-6. Disponible en: <https://bit.ly/38CxCyN>
3. Chabra I, Singh R. Gouty tophi on the ear: a review. *Cutis*. 2013;92(4):190-2.
4. Forbess LJ, Fields TR. The Broad Spectrum of Urate Crystal Deposition: Unusual Presentations of Gouty Tophi. *Semin Arthritis Rheum*. 2012;42(2):146-54. doi: 10.1016/j.semarthrit.2012.03.007