

Caso clínico

Monoartritis gotosa de rodilla «una vista artroscópica». Reporte de un caso clínico

García-Juárez JD,* Cuellar-Avaroma A,* Tohen-Bienvenu A,* Méndez-Tompson M,** García-Rosas MS***

Hospital Médica Sur

RESUMEN. *Introducción:* La gota es el síntoma causado por la respuesta a la formación de cristales de urato monosódico, que se desarrollan secundarios a la hiperuricemia; es la artropatía inflamatoria más frecuente en los varones mayores de 40 años. *Objetivo:* Demostrar un diagnóstico como hallazgo en artroscopía. *Material y métodos:* El caso de un paciente masculino de 39 años de edad sin antecedentes de importancia cuyo padecimiento inició por traumatismo en rodilla izquierda con rotación y valgo forzado; inicia con dolor e inflamación y su tratamiento es con inmovilización durante dos semanas y evolución con dolor persistente e inflamación; se realizaron rayos X simples, y resonancia magnética que mostraron lesión de menisco medial; posteriormente se efectuó artroscopía de rodilla izquierda. *Resultados:* La resonancia magnética nuclear reveló lesión de menisco medial y lesión condral del cóndilo medial; se efectuaron análisis preoperatorios y el ácido úrico estuvo en límites superiores dentro de lo normal, por lo que se realizó artroscopía que mostró lesión transversa del menisco medial; se reparó en forma habitual, encontrando lesiones en toda la superficie articular con depósitos de cristales, así como reacción inflamatoria sinovial importante y condropatía del cóndilo medial. *Discusión:* En la artroscopía de la rodilla gotosa aparecen depósitos de uratos que cubren parcialmente la sinovial, el ligamento cruzado anterior, los meniscos y zonas de lesión de las superficies articulares. La extirpación de acú-

ABSTRACT. *Introduction:* Gout is the symptom caused by the response to monosodium urate crystals that develop due to hyperuricemia; it is the most frequent inflammatory arthropathy in males over age 40. *Objective:* To demonstrate the diagnosis as an arthroscopic finding. *Material and methods:* The case of a male, 39 year-old patient without a relevant medical history whose illness started with left knee trauma consisting of rotation and forced valgus. He initially had pain and inflammation and was treated with immobilization for two weeks. Pain and inflammation persisted so plain films and MRI were ordered and they showed a lesion of the medial meniscus. Arthroscopy of the left knee was performed. *Results:* The nuclear MRI showed a lesion of the medial meniscus and a chondral lesion of the medial condyle. Preoperative tests showed a uric acid level within the upper normal limit. The arthroscopy showed a transverse lesion of the medial meniscus that was repaired as usual; lesions were found throughout the articular surface, with crystal deposits, as well as an important synovial inflammatory reaction and medial condyle chondropathy. *Discussion:* Arthroscopy of a gouty knee shows urate deposits that partially cover the synovial, the anterior cruciate ligament, the menisci and lesion zones in the articular surfaces. Removal of gouty collections and a thorough articular lavage improve the local symptoms of the disease. No synovec-

* Médico del Staff de Urgencias del Hospital Médica Sur.

** Cirujano Ortopedista del Hospital Médica Sur.

*** Estudiante de TAE.

Dirección para correspondencia:

Dr. José Dolores García Juárez

Puente de Piedra Núm. 150 T2-117, Colonia Toriello Guerra, CP 14050, Tlalpan, México, D.F.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicgraphic.com/actaortopedica>

mulos gotosos y un profuso lavado articular mejoran los síntomas locales de la enfermedad; no se realizó sinovectomía, como es recomendado en la literatura.

Palabras clave: rodilla, artritis gótica, artroscopía, dolor.

tomy was performed, as is recommended in the literature.

Key words: knee, arthritis gouty, arthroscopy, pain.

Introducción

La gota es una enfermedad que produce síntomas que son causados por la respuesta a la formación de cristales de urato monosódico que se desarrollan secundarios a la hiperuricemia. Es la artropatía inflamatoria más frecuente en varones mayores de 40 años. El diagnóstico definitivo y preciso de la gota se consigue al hallar cristales de urato monosódico en el líquido sinovial o tofo (depósitos de cristales en tejidos blandos, principalmente en zonas de presión, bursas, etcétera). Para la formación de urato monosódico tiene que haber sobresaturación de ácido úrico en el medio o hiperuricemia. La gota es la monoartropatía más frecuente, su distribución es mundial con diferencias regionales que reflejan la influencia de factores ambientales y genéticos. Los cambios de estilo de vida (dieta, contaminación), uso de medicamentos

(diuréticos, aspirina) y longevidad han influido en la epidemiología de la gota. Es frecuente en hombres mayores de 40 años y cada vez más mujeres tienen gota; es infrecuente en niños, actualmente un porcentaje alto de pacientes con gota tienen síndrome metabólico.^{1,2}

La hiperuricemia es un factor de riesgo para la gota pero no su equivalente; hasta 5% de la población general hospitalizada tiene hiperuricemia asintomática. Las concentraciones séricas de ácido úrico dependen de la edad y sexo, están influenciadas por factores genéticos y ambientales. En los hombres ocurre un incremento importante de las concentraciones de ácido úrico después de la pubertad y en las mujeres después de la menopausia.^{3,4}

El objetivo del presente trabajo es describir un diagnóstico como hallazgos artroscópicos, ya que el paciente nunca mostró antecedentes de gota.

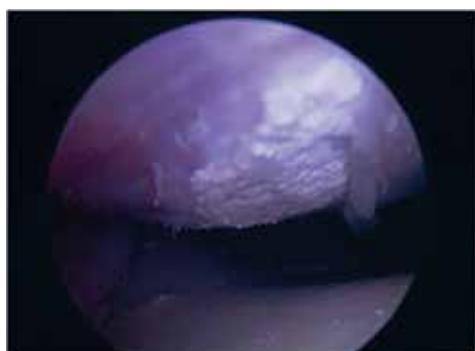


Figura 1.

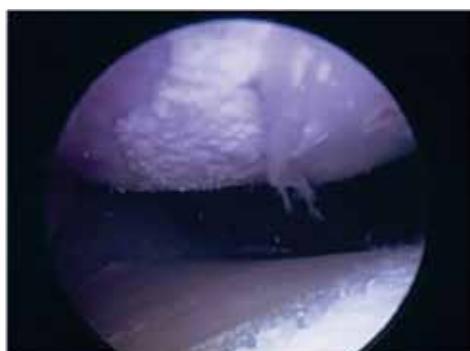


Figura 2.

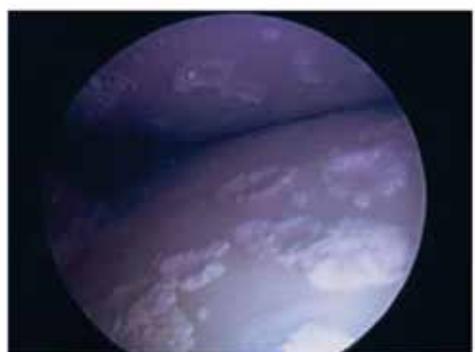


Figura 3.

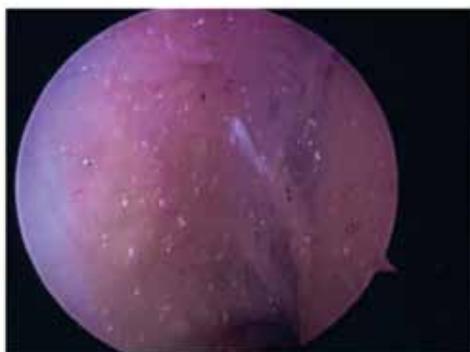


Figura 4.

Figuras 1, 2, 3 y 4.

Muestran la abundante impregnación de cristales de urato en toda la superficie articular.

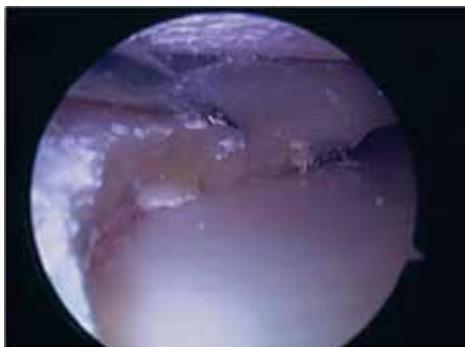


Figura 5.

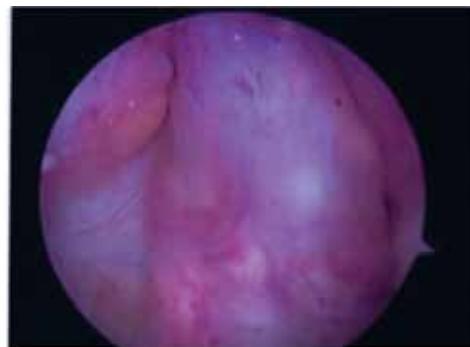


Figura 6.

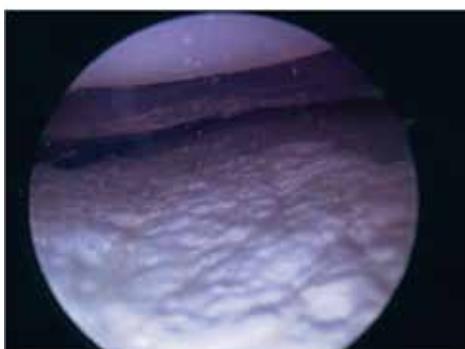


Figura 7.

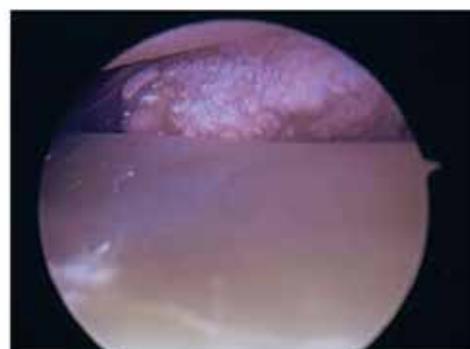


Figura 8.

Figuras 5, 6, 7 y 8.

Muestran la infiltración por los cristales de uratos en el menisco y ligamento cruzado anterior.

Caso clínico

Se trata del caso de un paciente masculino de 39 años de edad sin antecedentes de importancia, que inició su padecimiento al sufrir traumatismo en la rodilla izquierda con rotación y valgo forzado, iniciando con dolor intenso e inflamación y limitación de los arcos de movilidad, por lo que fue atendido en el Servicio de Urgencias. Se encontró a la exploración física: marcha claudicante por aumento de volumen en la rodilla izquierda con dolor intenso, actitud de flexión de 20° que reducía al neutro con dolor intenso y que permitió una flexión de 0 a 45° con dolor intenso, no siendo valorables los signos de la lesión meniscal o ligamentaria en ese momento. Los exámenes de radiología simple no revelaron lesión ósea. Su tratamiento inicial fue a base de inmovilización semirrígida por dos semanas, evolucionando con dolor persistente e inflamación; se solicitaron rayos x simples nuevamente, sin evidencia de lesión ósea; la resonancia magnética manifiesta una lesión de menisco medial, por lo que se realizó artroscopía de rodilla izquierda. Se realizaron exámenes de laboratorio preoperatorios de rutina, los cuales se encontraron dentro de parámetros normales, únicamente el ácido úrico se encontró en límites superiores alto.

Durante la artroscopía se observó abundante impregnación de cristales de urato en toda la superficie articular con hipertrofia de la sinovial (*Figuras 1, 2, 3 y 4*). Asimismo, se encontró lesión longitudinal de menisco medial izquierdo la cual se reparó con resección parcial de la lesión longitudi-

nal, el cuerpo del menisco mostró datos clínicos de enfermedad degenerativa, además de una lesión condral del cóndilo medial, así como infiltración por los cristales de uratos en el ligamento cruzado anterior (*Figuras 5, 6, 7 y 8*). No se realizó la limpieza de los cristales amorfos. El paciente evolucionó favorablemente con control y desaparición del dolor; asimismo, inició su tratamiento para gota por parte del Departamento de Reumatología. Por último, se indicó rehabilitación física para la rodilla, reincorporándose a su trabajo habitual a las cuatro semanas.

Discusión

La monoartritis puede ser la primera manifestación de la gota y la rodilla es la más frecuente afectada, como lo reporta Louthrenoo W. en el Departamento de Medicina de la Universidad de Chiang Mai en Tailandia.⁵ Y los factores genéticos, así como alimenticios y toma de medicamentos influyen en la aparición de este trastorno.⁶

En la artroscopía de la rodilla gótica aparecen depósitos de uratos que cubren parcialmente la membrana sinovial, ligamento cruzado anterior, meniscos y zonas de las superficies articulares. La extirpación de acúmulos góticos y un profuso lavado articular mejoran los síntomas locales de la enfermedad; en este caso no se realizó sinovectomía. El éxito del tratamiento de un paciente con gota descansa en gran parte en su educación: hay que hacerle entender que se trata de una enfermedad crónica, informarle sobre los beneficios,

pero también sobre los efectos colaterales del tratamiento e informarlo de los factores precipitantes de ataques agudos. La dieta baja en purinas era importante en el pasado, hay que hacer énfasis en la participación del alcohol para la aparición de hiperuricemia, así como hacer énfasis en las enfermedades asociadas, tales como la hipertensión, hiperlipidemia y obesidad.⁷

Bibliografía

1. Schumacher HR Jr, Edwards LN: OMERACT 7 Special Interest Group: Outcome measures for acute and chronic gout. *J Rheumatol.* 2005; 32: 2452-5.
2. Gonzalez EB: An update on the pathology and clinical management of gouty arthritis. *Clin Rheumatol.* 2012; 31(1): 13-21.
3. Vázquez-Mellado J, Álvarez-Hernández E, Burgos-Vargas R: Primary prevention in Rheumatology the importance of hiperuricemia. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2004; 18: 111-24.
4. Lidar M, Kedem R, Mor A, Levartovsky D: Arthritis as the sole episodic manifestation of familiar mediterranean fever. *J Rheumatol.* 2005; 32(5): 859-62.
5. Louthrenoo W, Sukitawut W: Calcium pyrophosphate dehydrate crystal deposition: a clinical and laboratory analysis of 91 Thai patients. *J Med Assoc Tai.* 1999; 82(6): 569-76.
6. Cassim B, Mody GM: Gout in black South Africans: a clinical and genetic study. *Ann Rheum Dis.* 1994; 53(11): 759-62.
7. Groff GD, Franck WA, Raddatz DA: Systemic steroid therapy for acute gout: a Clinical trial and review of the literature. *Sem Arthritis Rheum.* 1990; 19: 329-36.