

IMAGEN 2-2013: PSEUDOGOTA



Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. Fundado en 1845

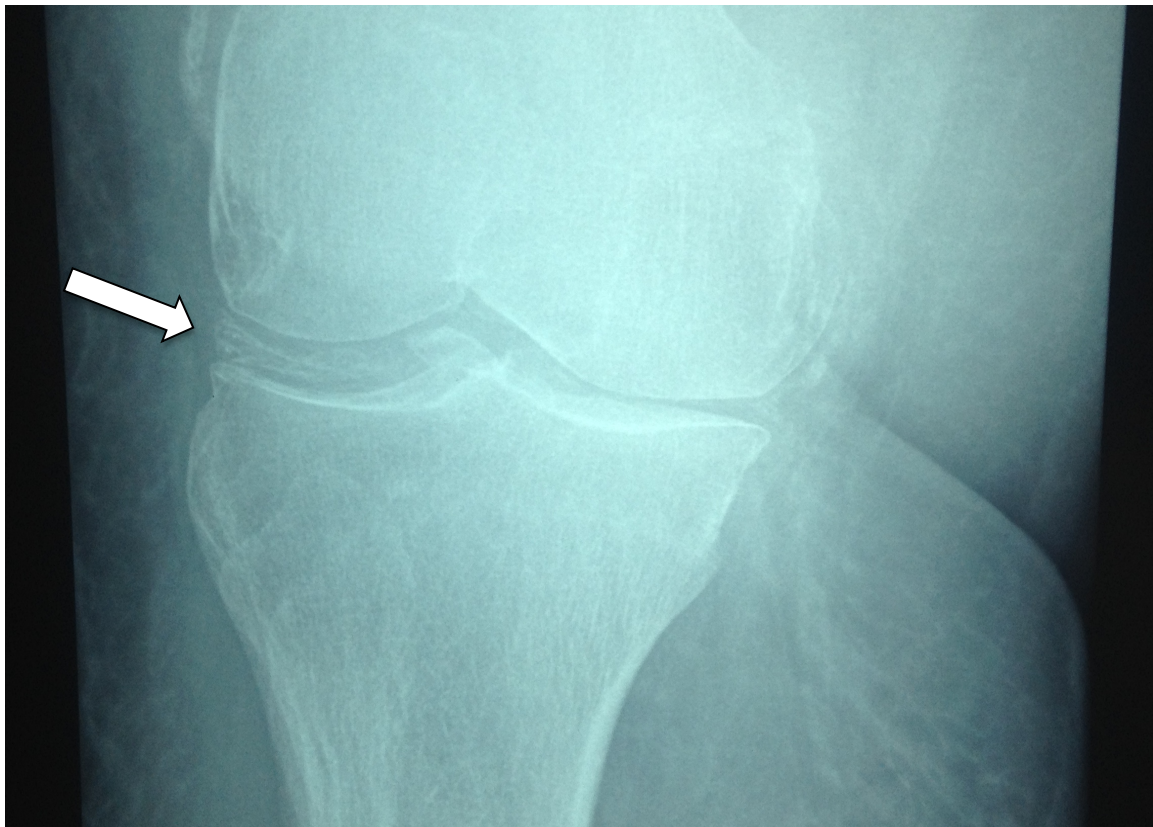
ISSN
2215-2741

Recibido: 12/03/2013
Aceptado: 20/03/2013

Daniel Irigoyen Fallas¹
Orlando Rodríguez Sánchez²

¹Médico Residente de Reumatología. Sistema de Estudios de Posgrado UCR-CENDEISS. Hospital San Juan de Dios. Correo electrónico: vladiri@yahoo.es

²Médico Especialista en Medicina Interna. Jefe de Clínica Medicina 1 HSJD. Profesor de la Escuela de Medicina UCR. Miembro del Consejo Director del Posgrado en Medicina Interna UCR-CENDEISS. Correo electrónico: orlan_rodez@yahoo.es

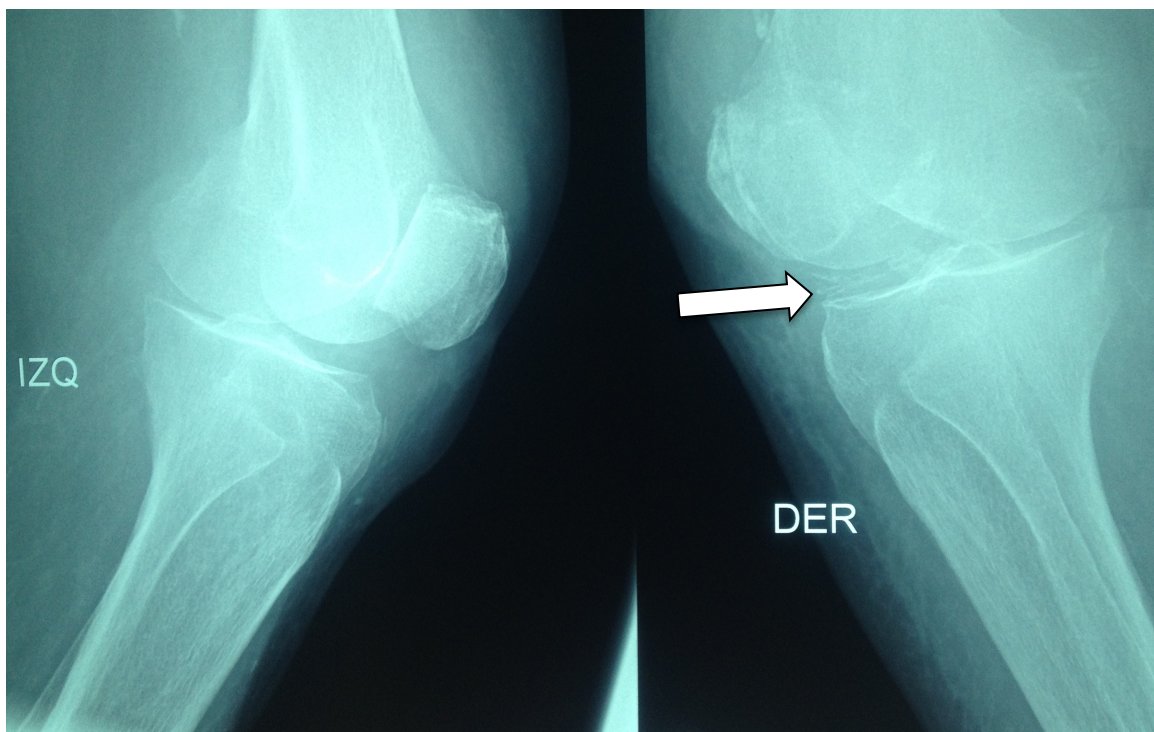


CARACTERIZACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 85 años, portadora de complejo vasculocutáneo en miembros inferiores de larga evolución, con úlceras venosas crónicas secundarias. Ingresó al HSJD por celulitis en miembro inferior derecho. Durante la estancia, refirió cuadro de dos semanas de evolución de gonalgia bilateral, de predominio derecho, con limitación funcional asociada.

Al examen físico la rodilla derecha se encontró dolorosa a la movilización, con impotencia funcional y derrame articular leve. Ante la presencia de un foco infeccioso en miembros inferiores, se omitió la artrocentesis, por el riesgo evidente. Sin embargo, las radiografías de rodillas (AP y lateral) evidenciaron la presencia de condrocalcinosis. En los estudios de laboratorio se documentó leucocitosis y elevación marcada de los reactantes de fase aguda.

Figura 1. Radiografía incidencia lateral ambas rodillas. Se evidencia condrocalcinosis predominantemente en la derecha.



Fuente propia

La paciente evolucionó satisfactoriamente con la administración de anti-inflamatorios y un ciclo corto de esteroides parenterales.

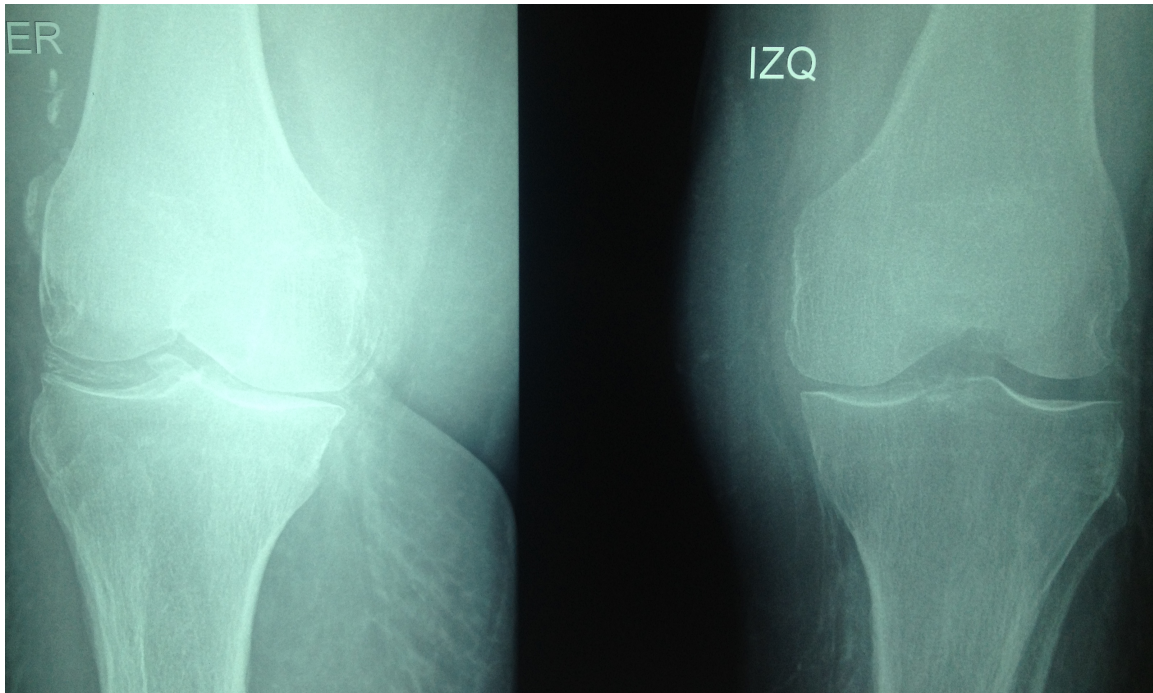
DISCUSIÓN

El depósito de cristales de pirofosfato cálcico dihidratado (CPPD) en los tejidos articulares se presenta más frecuentemente en los adultos mayores. Afecta del 10 al 15% de las personas de

65 a 75 años y del 30 al 60% de los mayores de 85 años. En la mayoría de los casos, este proceso es asintomático y se ignora la causa del depósito de CPPD⁽¹⁾.

La pseudogota es una entidad que se caracteriza por el hallazgo de cristales en el líquido sinovial, cartílagos, fibrocartílagos, meniscos articulares, áreas de metaplasia condroide de la membrana sinovial y líquido articular⁽⁴⁾.

Figura 2. Radiografía incidencia AP ambas rodillas. Se evidencia condrocalcinosis predominantemente en la derecha.



Fuente Propia

La mayoría de pacientes con condrocalcinosis (calcificaciones del cartilago hialino o del menisco articular) permanecen asintomáticos o presentan signos intermitentes de sinovitis de las muñecas y rodillas o signos clínicos sugestivos de osteoartritis. Las manifestaciones clínicas, si las hay, consisten en una artritis aguda, una artropatía crónica de tipo degenerativo o una combinación de ambas. De forma característica, el ataque es de comienzo monoarticular u oligoarticular, pero también se puede presentar un curso poliarticular aditivo y fijo o migratorio. La rodilla es la localización preferente (50%) seguida de muñeca, hombro, tobillo, codo, articulaciones metacarpo falángicas y raramente los pies⁽²⁻⁴⁾.

Diagnóstico

El líquido sinovial en la pseudogota tiene características inflamatorias, el recuento de leucocitos oscila desde unos miles hasta cien mil por microlitro, con predominio de neutrófilos. Al microscopio de polarización suelen verse cristales romboidales con birrefringencia débilmente positiva dentro de la fibrina y de los neutrófilos. La condrocalcinosis y cambios sugestivos de una artro-

patía por CPPD son los principales signos radiológicos⁽⁶⁾.

Tratamiento y prevención

No existe una medida preventiva capaz de evitar los depósitos de CPPD. Sin tratamiento, los ataques agudos pueden durar días o hasta un mes. Los episodios de artritis suelen mejorar rápidamente con antiinflamatorios no esteroideos. La colchicina oral o intravenosa es menos efectiva que en la gota por cristales de urato monosódico, pero puede controlar y prevenir las crisis agudas. En ocasiones, la simple evacuación del derrame articular basta para resolver la artritis. También, el uso de un glucocorticoide sintético intraarticular es una medida muy eficaz, una vez que se haya excluido la asociación con una artritis séptica^(4,6,7).

Diagnóstico diferencial

Se debe realizar principalmente con las artritis infecciosas, la artritis reactiva y la gota por urato monosódico, por hidroxapatita y por oxalato de calcio. La artropatía crónica por CPPD puede

simular múltiples enfermedades como osteoartritis, artritis reumatoide, artropatía neuropática, polimialgia reumática y espondilitis anquilosante, de ahí, la necesidad de unir clínica y estudios, con el fin de brindar manejo al paciente y excluir otras patologías⁽³⁻⁵⁾.

7. Zhang W Doherty M Pascual E *et al.* *EULAR recommendations for calcium pyrophosphate deposition. Part II: management.* *Ann Rheum Dis* 2011;(4)70:571-575.

CONCLUSIONES

Corresponde al clínico reconocer la artropatía por cristales de CPPD como una causa frecuente de consulta, usualmente en adultos mayores.

El examen físico cuidadoso y la historia clínica detallada sumado a estudios diagnósticos tales como la radiografía simple, determinación de reactantes de fase aguda y, cuando sea posible, la artrocentesis para el análisis del líquido articular culminarán con un diagnóstico correcto y un tratamiento apropiado de esta frecuente entidad, en ocasiones sub diagnosticada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fauci A Braunwald E Kasper D *et al.* *Harrison Principios de Medicina Interna.* Editorial McGraw-Hill. Décimo séptima edición 2009;2167-2168.
2. Firestein G Budd R Gabriel S O'Dell J McInnes I. *Kelley's Textbook of Rheumatology.* Editorial Elsevier. Novena Edición. 2013;96:1576-1594.
3. Imboden J Hellman D Stone J. *Current Rheumatology Diagnosis & Treatment.* Editorial McGraw-Hill. Primera Edición 2004; 322-326.
4. Molina J Alarcón-Segovia D Molina JF Anaya J Cardiel M. *Fundamentos de Medicina: Reumatología.* Corporación para Investigaciones Biológicas. Sexta edición 2007;359-366.
5. Rosenthal AK. *Pseudogout: Presentation, natural history, and associated conditions.* In: *Crystal-Induced Arthropathies: Gout, Pseudogout, and Apatite-Associated Syndromes.* Wortmann RL, Schumacher HR Jr, Becker MA, Ryan LM (Eds), Taylor and Francis Group, New York 2006. p.99.
6. Sterling GW. *Secretos de la Reumatología.* Editorial McGraw-Hill. Primera edición 1998;316-320.