

CASO PARA EL DIAGNÓSTICO

Pápulas blanquecinas en las manos

Whitish Papules on the Hands

Historia clínica

Varón de 56 años que acude a nuestra consulta por presentar desde hacía 3 meses múltiples pápulas blanquecinas asintomáticas de pequeño tamaño en ambas manos. Como antecedentes de interés refería hipertensión arterial en tratamiento con valsartán, hiperuricemia sin tratamiento, dislipidemia y hábito enólico moderado con hallazgos en la resonancia magnética indicativos de pancreatitis crónica.

Exploración física

El examen físico mostró numerosas pápulas blanquecinas duras al tacto, de superficie lisa, algunas ulceradas, de pequeño tamaño (2-3 mm) en ambas palmas y los pulpejos de los dedos de las manos (fig. 1).

Exploraciones complementarias

Se realizó biopsia de una de las lesiones. En el estudio microscópico se observó en la dermis un gran depósito nodular de material amorfo con hendiduras aciculares yseudoempalizada periférica histiocitaria acompañada de una importante reacción gigantocelular tipo cuerpo extraño. En vecindad a esta lesión principal se observaban múltiples depósitos nodulares, pequeños y confluyentes de un material



Figura 1

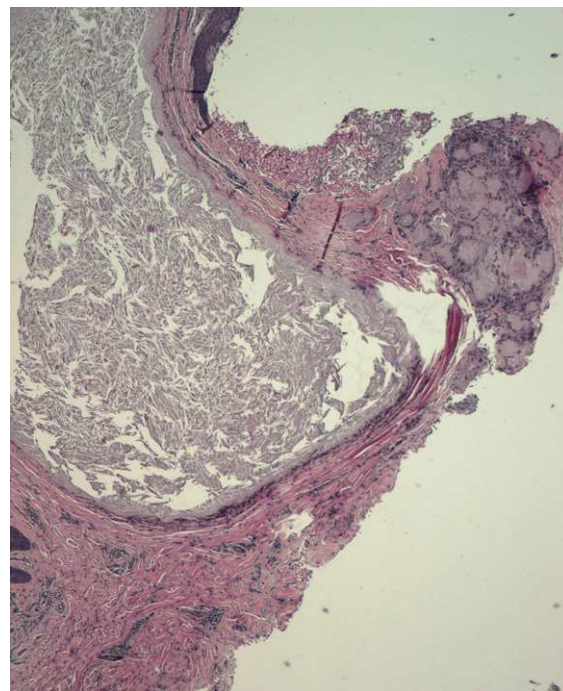


Figura 2 Hematoxilina-eosina, $\times 10$.

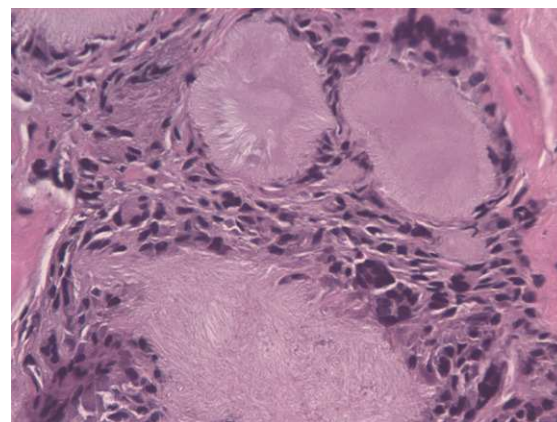


Figura 3 Hematoxilina-eosina, $\times 40$.

similar con importante reacción gigantocelular asociada. La epidermis no mostraba cambios significativos (figs. 2 y 3).

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Tofos cutáneos similares a milium.

Evolución y tratamiento

El paciente fue enviado a reumatología e inició tratamiento con alopurinol en dosis de 100 mg/día con evolución lenta pero favorable de las lesiones.

Comentario

Las características clínicas de la gota se deben al depósito de cristales de urato monosódico en los tejidos. Las principales manifestaciones clínicas de la gota son la artritis gotosa, la acumulación de cristales en el tejido conjuntivo (tofos), la nefrolitiasis por ácido úrico y la insuficiencia renal¹. Los tofos aparecen tras un largo periodo de hiperuricemia. Su prevalencia ha disminuido gracias al desarrollo de terapias efectivas, por lo que actualmente su presencia se limita a pacientes que no cumplen el tratamiento o a aquellos en los que el diagnóstico de gota se retrasa². Raras veces pueden ser el primer signo de hiperuricemia³. Los tofos aparecen como pápulas o nódulos dérmicos o subcutáneos de consistencia firme. Su contorno puede ser liso o multilobulado y de color blanquecino-amarillento. Las localizaciones más frecuentes de los tofos son la piel que recubre las articulaciones y el hélix. La presentación de los tofos como numerosas pápulas pequeñas de rápida aparición en las manos es muy poco frecuente y ha recibido varios nombres en el pasado como «tofos intradérmicos» o «tofos gotosos pustulares». Recientemente se ha propuesto el término «tofos miliares-like» para denominar esta entidad debido a la similitud de las lesiones a semillas de mijo y a la distribución más amplia de las lesiones con afectación no solo de los pulpejos, descrita previamente, sino también de las palmas⁴. La característica histológica fundamental de los tofos gotosos es la presencia de depósitos de un material amorfo en el interior de la dermis y el tejido celular subcutáneo. Estos depósitos contienen hendiduras aciculares (que representan los cristales de urato disueltos) y están rodeados por un infiltrado compuesto por histiocitos, como células gigantes multinucleadas, y por linfocitos. La epidermis aparece tanto intacto como ulcerada y los tofos pueden estar rodeados de una cápsula fibrosa. Con las

técnicas de procesamiento y fijación habituales, la mayoría de los cristales de urato se disuelven y es necesaria la fijación en etanol o la congelación del tejido para poder identificarlos⁵.

Cuando se observan con un filtro de luz polarizada, los cristales aciculares exhiben una birrefringencia negativa. El diagnóstico diferencial clínico de los tofos gotosos incluye los xantomas, los nódulos reumatoides y la calcosinosis cutis. El uso prolongado de medicamentos que reducen los niveles de ácido úrico, como el alopurinol, pueden resolver las lesiones pequeñas y recientes⁶, y la cirugía se puede utilizar para eliminar las lesiones de mayor tamaño.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Falasca GF. Metabolic diseases: gout. *Clin Dermatol*. 2006;24:498-508.
2. Apibal Y, Jirasuthus S, Puavilai S. Abruption pustular gouty tophi of palm and sole. *J Med Assoc Thai*. 2009;92:979-82.
3. 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.
4. Meseguer-Yebra C, Martínez-Morán C, Romero-Maté A, Moreno A, Arias-Palomo D, Borbujo J. Joint destruction and presence of small papules on the palms and soles. *Clin Exp Dermatol*. 2012;37:450-2.
5. 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.
6. Perez-Ruiz F, Calabozo M, Pijoan JI, Herrero-Beites AM, Ruibal A. Effect of urate-lowering therapy on the velocity of size reduction of tophi in chronic gout. *Arthritis Rheum*. 2002;47:356-60.

J. Bernat García^{a,*}, E. Barberá Montesinos^a
y P. Soriano Sarrio^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: josefabernat@hotmail.com
(J. Bernat García).