

Espondilodiscitis lumbar, presentación infrecuente de gota tofácea

Pablo González-García¹, Álex García-Tellado¹, Germán Moreno-de Juan², Lluís Gibert-Hernández¹, Carmen García-Ibarbia¹

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España

²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España

Recibido: 15/01/2022

Aceptado: 16/03/2022

En línea: 30/04/2022

Citar como: González-García P, García-Tellado Á, Moreno-de Juan G, Gibert-Hernández L, García-Ibarbia C. Espondilodiscitis lumbar, presentación infrecuente de gota tofácea. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2022 (abril); 7(1): 22-24. doi: 10.32818/reccmi.a7n1a8.

Cite this as: González-García P, García-Tellado Á, Moreno-de Juan G, Gibert-Hernández L, García-Ibarbia C. Lumbar spondylodiscitis, rare presentation of tophaceous gout. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2022 (April); 7(1): 22-24. doi: 10.32818/reccmi.a7n1a8.

Autor para correspondencia: Pablo González-García. pablo.gonzalezg@scsalud.es

Palabras clave

- Gota
- Dolor lumbar
- Biopsia
- Enfermedad de columna

Resumen

La artropatía por microcristales es una patología muy frecuente en la población general, siendo la presentación axial una condición rara. Presentamos el caso de un varón de edad avanzada con dolor lumbar incapacitante que precisó la realización de biopsia para llegar al diagnóstico de gota espinal pese a la realización previa de una resonancia magnética lumbar. Tras la instauración del tratamiento clásico se produjo una gran mejoría clínica. El diagnóstico es complicado por lo que es imprescindible incluir la sospecha clínica ante un dolor lumbar crónico.

Keywords

- Gout
- Low back pain
- Biopsy
- Spinal diseases

Abstract

Microcrystalline arthropathy is a very common pathology in the general population, being the axial presentation a rare condition. We present the case of an older man with disabling low back pain which required a biopsy to reach a diagnosis of spinal gout despite a previous lumbar magnetic resonance imaging. After introducing the classic treatment there was a significant clinical improvement. Diagnosis is complicated, so it is essential to include clinical suspicion of chronic low back pain.

Puntos destacados

- La gota espinal es una presentación rara de la artritis por microcristales. El diagnóstico puede ser complicado si no se sospecha.
- Es necesario un diagnóstico histológico de certeza e instaurar un tratamiento dirigido.

lice en la región lumbar, muchas de las veces con afectación de varios segmentos. Suele manifestarse como dolor lumbar, con o sin compromiso neurológico, fiebre, leucocitosis y/o elevación de reactantes de fase aguda.

A continuación describimos un caso de espondiloartropatía gotosa, así como su proceso diagnóstico.

Introducción

La enfermedad gotosa es una enfermedad metabólica que se traduce en el depósito de cristales de urato monosódico en el espacio articular, hueso y tejido conectivo. No todos los pacientes con hiperuricemia desarrollan gota. Entre los factores que favorecen la aparición de la gota están: la edad avanzada, el sexo masculino, los factores dietéticos, la hipertensión arterial, la enfermedad renal crónica y el uso de fármacos diuréticos. Es la artritis inflamatoria más frecuente a nivel mundial y, en nuestro medio, tiene una prevalencia del 1-4% en la población general¹, con una incidencia que ha ido aumentando en los últimos años.

De entre sus múltiples manifestaciones, la espondiloartropatía gotosa es una entidad infrecuente y, a menudo, infradiagnosticada. Aunque puede afectar a cualquier segmento de la columna vertebral, es frecuente que la lesión se localice

Caso clínico

Antecedentes personales y enfermedad actual

Varón de 80 años, independiente y con vida activa, con antecedentes de tabaquismo activo, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica estadio 3b e hiperuricemia sin episodios de artritis previos, que consultó por dolor a nivel lumbosacro de características mecánicas de tres meses de evolución junto con astenia, hiporexia y pérdida de 9 kg.

El paciente refería que el dolor se acompañaba de parestias en ambos miembros inferiores y, sobretodo, en la cara lateral del muslo y la pierna derecha, alcanzando hasta el talón, dificultándole la movilidad hasta el punto de hacer vida únicamente en sedestación.

Exploración física y pruebas complementarias

Destacaba importante limitación funcional por dolor y edema con fovea en ambas piernas, sin focalidad neurológica ni datos de fallo cardíaco.

Se realizó resonancia magnética nuclear (RMN) donde se describieron hallazgos compatibles con «espondiloartrosis con patrón de estenosis de canal central multisegmentario, más acusado en L4-L5, acentuado por una importante lipomatosis epidural que contribuye a generar un colapso del saco dural y estenosis foraminal izquierda L4-L5 severa» (figura 1).

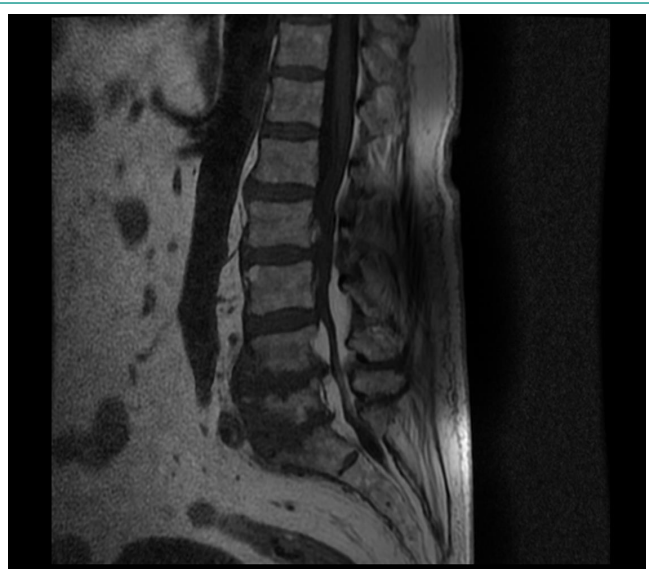


Figura 1. Resonancia magnética nuclear. Cambios espondilóticos, con picos osteofitarios marginales, cambios artrosicos facetarios y barras disco-osteofitarias laterales desde L4-S1.

La analítica mostraba una velocidad de sedimentación globular (VSG) persistentemente elevada en torno a 110 mm (1-30 mm), así como una proteína C reactiva también elevada de 5,7 mg/dL (0,1-0,5 mg/dL) y ácido úrico de 12,9 mg/dL (2,4-5,7 mg/dL), sin otras alteraciones reseñables.

Se realizó tomografía axial computerizada (TAC) toraco-abdominal ante la sospecha de origen neoplásico sin evidencias en el estudio hallazgos sugestivos. Se describían de nuevo hallazgos compatibles con espondiloartrosis.

No obstante, dado el empeoramiento clínico y la elevación persistente de VSG, se solicitó una gammagrafía ósea con galio-67 (figura 2), que mostró datos compatibles con afectación ósea por espondilodiscitis L4-S1.

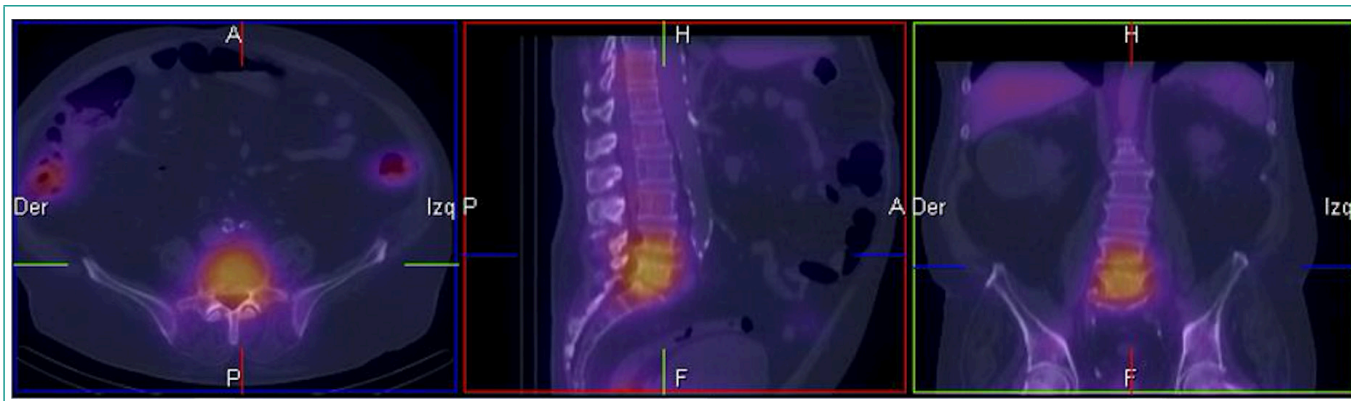


Figura 2. Gammagrafía con Ga-67. Captación en platillo inferior de L4, cuerpo vertebral de L5 y platillo superior de S1.

Los cultivos y el Quantiferon® fueron negativos y, tras ello, se realizó biopsia con aguja fina bajo control radiológico donde se observó la presencia de reacción granulomatosa a uratos (tofós) en partes blandas (figura 3).

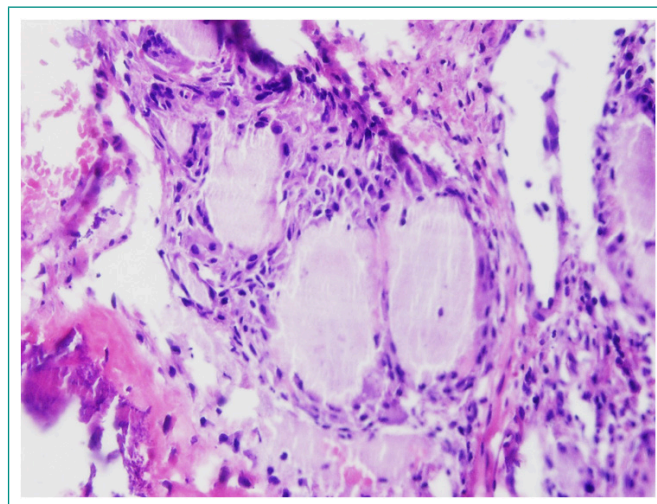


Figura 3. Espondilitis por uratos (tofo) (HE x 40X). Biopsia incisional de partes blandas donde se observa la presencia de nódulos bien circunscritos compuestos por un material amorfo eosinofílico (uratos) rodeados por un infiltrado de histiocitos (reacción granulomatosa). Se aprecian trabéculas de hueso esponjoso, parcialmente calcificadas.

Diagnóstico

Espondilodiscitis lumbar por artropatía gotosa.

Evolución

Tras la instauración de tratamiento con colchicina 1 mg diario y alopurinol 100 mg diarios, el paciente evolucionó de forma favorable, con mejoría del cuadro clínico retornando a su situación funcional basal.

Discusión

La gota con origen en la columna vertebral es una entidad poco descrita. Niveles elevados de ácido úrico presentes durante tiempo prolongado (años) dan lugar a la formación de cristales de urato monosódico lo que puede dar lugar a su depósito en tejidos blandos con la formación de nódulos llamados tofos². Estos son fácilmente visibles en las articulaciones periféricas, siendo raras y difíciles de ver en la región espinal. Es infrecuente la descripción de casos de gota espinal en la literatura, siendo la mayor parte de ellos de localización lumbar, especialmente en la región L4-L5³.

Las manifestaciones clínicas pueden ser diversas y son inespecíficas, como dolor en región axial, fiebre, sintomatología neurológica deficitaria o claudicación. Ante la presencia de un paciente con historia de gota o niveles elevados de ácido úrico asociado a dolor axial, radicular o mielopatía, se debe plantear el diagnóstico diferencial con la gota espinal⁴.

No existen características radiológicas específicas de la artritis gotosa o tofácea, presentando hallazgos que pueden ser compatibles con un origen infeccioso en forma de espondilodiscitis. No obstante, es preferible el uso de la TAC sobre la RMN, ya que la RMN puede detectar el tofo pero de forma más inespecífica, siendo mejor definida la calcificación y la erosión ósea con la TAC⁵.

El diagnóstico definitivo queda establecido mediante el examen histológico de una muestra, en donde encontraremos cristales de urato monosódico con birrefringencia negativa al observarlos en el microscopio de luz polarizada⁶.

El tratamiento de la gota espinal siempre va a ser médico pudiendo precisar, además, intervención quirúrgica para alivio de la sintomatología, sobre todo en caso de que exista compromiso neurológico. La descompresión quirúrgica en muchas ocasiones es el primer paso seguido del tratamiento farmacológico que consiga disminuir los niveles de ácido úrico en sangre. La educación en medidas higiénico-dietéticas, con dieta y cambios en el estilo de vida, son acciones complementarias al tratamiento previamente mencionado.

En la fase aguda es prioritario controlar los síntomas, principalmente con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) tales como naproxeno o indometacina. En el caso de que haya que evitar los AINE por otra condición clínica asociada (enfermedad renal crónica, sangrado digestivo, cardiopatía isquémica...), se podrán emplear colchicina o corticoides.

Una vez resuelta la fase aguda, el objetivo es disminuir los niveles de ácido úrico en sangre con alopurinol, febuxostat, uricosúricos o inhibidores de IL-1⁷.

Conclusiones

A pesar de ser una presentación infrecuente, la espondiloartropatía gotosa ha sido descrita con anterioridad en varias referencias bibliográficas, siendo su rá-

pida detección un factor clave para mejorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir la morbimortalidad asociada a un diagnóstico erróneo. No debemos olvidar que se trata de un proceso para el que disponemos de tratamiento específico, generalmente bien tolerado y sin graves efectos secundarios.

Creemos que es necesario una especial atención al paciente con afectación axial e hiperuricemia ya que podríamos encontrarnos ante una espondiloartropatía gotosa. Si la sospecha clínica es alta, será necesario un estudio histológico para confirmar el diagnóstico, tras lo que se debe instaurar el tratamiento específico.

Bibliografía

1. Dehlin M, Jacobsson L, Roddy E. Global epidemiology of gout: prevalence, incidence, treatment patterns and risk factors. *Nat Rev Rheumatol*. 2020; 16(7): 380-390. doi: <https://doi.org/10.1038/s41584-020-0441-1>.
2. de Mello FM, Helito PV, Bordalo-Rodrigues M, Fuller R, Halpern AS. Axial gout is frequently associated with the presence of current tophi, although not with spinal symptoms. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2014; 39(25): E1531-6. doi: <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000000633>.
3. Toprover M, Krasnokutsky S, Pillinger MH. Gout in the Spine: Imaging, Diagnosis, and Outcomes. *Curr Rheumatol Rep*. 2015; 17(12): 70. doi: <https://doi.org/10.1007/s11926-015-0547-7>.
4. Elgafy H, Liu X, Herron J. Spinal gout: A review with case illustration. *World J Orthop*. 2016; 7(11): 766-775. doi: <https://doi.org/10.5312/wjo.v7.i11.766>.
5. Ogdie A, Taylor WJ, Weatherall M, Fransen J, Jansen TL, Neogi T et al. Imaging modalities for the classification of gout: systematic literature review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2015; 74(10): 1868-74. doi: <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2014-205431>.
6. Hasturk AE, Basmaci M, Canbay S, Vural C, Erten F. Spinal gout tophus: a very rare cause of radiculopathy. *Eur Spine J*. 2012; 21(Suppl 4): S400-3. doi: <https://doi.org/10.1007/s00586-011-1847-x>.
7. Jegapragasan M, Calniquer A, Hwang WD, Nguyen QT, Child Z. A case of tophaceous gout in the lumbar spine: a review of the literature and treatment recommendations. *Evid Based Spine Care J*. 2014; 5(1): 52-6. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0034-1366979>.