

otros diagnósticos más frecuentes, sobre todo en áreas donde la enfermedad es frecuente.

Bibliografía

1. Singer O. Cogan and Behcet syndromes. *Rheum Dis Clin N Am*. 2015;41:75–91.
2. Morales-Angulo P, Vergara P, Obeso- Agüero S, Acle L, Gonzalez-Gay MA. Manifestaciones otorrinolaringológicas en pacientes con enfermedad de Behcet. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2014;65:15–21.
3. Al-Araji A, Kidd D. Neuro-Behçet's disease: Epidemiology, clinical characteristics, and management. *Lancet Neurol*. 2009;8:192–204.
4. Pirildar T, Celik O. Sudden Hoarseness due to unilateral cord vocal paralysis in a patient with Behcet's disease. *Clin Rheumatol*. 2003;22:254–5.
5. Karabudak O, Dogru S, Dogan B, Harmayeri Y. Unilateral vocal cord paralysis in a patient with Behcet's disease. *J EADV*. 2007;21:1413–50.

Elvis Amao-Ruiz^{a,*}, Ana María Correa-Fernández^b
y Jesús Gallego-Gil^c

^a Servicio de Cardiología, Hospital Clínico de Valladolid, Valladolid, España

^b Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante, Servicio de Cardiología, Hospital Clínico de Valladolid, Valladolid, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tatojar@outlook.com (E. Amao-Ruiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2016.11.001>

1699-258X/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Osteosarcoma en gota tofácea: descripción de un caso clínico y revisión de la literatura



Osteosarcoma in tophaceous gout: A case report and literature review

Sr. Editor:

La gota es una enfermedad por depósito de cristales de urato monosódico (UMS), que afecta principalmente a varones, constituyendo la causa más frecuente de artritis en este género. En ocasiones da lugar a agregados cristalinos de tamaño y localización variables denominados tofos. Considerada como una enfermedad «imitadora», puede emular, entre otros, procesos infecciosos o tumorales. Presentamos el caso clínico de un paciente con gota que desarrolló un osteosarcoma sobre un tofo preexistente.

Varón de 65 años con gota tofácea, seguido previamente en otro centro que nos es derivado por interconsulta de oncología médica para manejo de ataque agudo de poliartralgias y bursitis olecraniana tras una transfusión, en el seno de tratamiento quimioterápico. Diagnosticado hacía un año de osteosarcoma en dorso del pie sobre localización de tofo extirpado 7 meses antes, tras confirmación anatomopatológica (fig. 1) y estudio de extensión negativo, requirió amputación infracondílea, y quimioterapia preoperatoria y postoperatoria con cisplatino y adriamicina. Recibía alopurinol desde hacía 3 años (hasta 300 mg/día), empleando colchicina y/o antiinflamatorios no esteroideos en ataques. Presentó uricemias de hasta 8 mg/dl, y comenzó sintómicamente a los 40 años con podagras, apareciendo posteriormente tofos en bursa olecraniana y en dorso de pie. El ataque inflamatorio se resolvió con prednisona a dosis bajas y aspiración de la bursa olecraniana. El Gram y el cultivo del líquido obtenido resultaron negativos, y el estudio con microscopio de luz polarizada demostró cristales de UMS. Recibió alta con colchicina 1 mg/día tras suspensión progresiva de la prednisona. En consultas se cambió alopurinol por febuxostat (a dosis de

80 mg/día), con optimización de uricemia y disolución progresiva del tofo olecraniano. Tras varios meses se suspendió la colchicina, manteniéndose febuxostat a idéntica dosis. No ha vuelto a padecer ataques, con uricemias inferiores a 5 mg/dl. En mayo de 2016 presentó una recidiva neoplásica «en tránsito», con masa superficial en muslo ipsilateral que requirió escisión local y quimioterapia (ifosfamida).

La gota es la causa más frecuente de artritis en varones, y viene originada por el depósito tisular de cristales de UMS. Algunos pacientes desarrollan tofos (acúmulos cristalinos subcutáneos, periarticulares o intraarticulares) que pueden tener marcada actividad inflamatoria, y presentar calcificaciones u osificaciones al aumentar de tamaño¹⁻³. Además, los tofos pueden simular procesos infecciosos o tumorales, y también sobreinfectarse o malignizarse, empeorando el pronóstico del paciente.

Varias publicaciones reportan tumores desarrollados sobre tofos⁴⁻⁹. Todos en varones de edad media/avanzada, en extremidades y con 20% de recidivas o metástasis. Se han descrito neoplasias benignas como el tumor de células gigantes, y malignas como diferentes sarcomas (sarcoma indiferenciado pleomórfico, angiosarcoma cutáneo o fibrosarcoma).

Autores de estas publicaciones expresan hipótesis interesantes como el papel de la hiperuricemia prolongada o la intensidad del depósito de UMS como factores de transformación celular secundaria a inflamación⁸, o la teoría del sarcoma asociado a cuerpo extraño, similar a los originados por otros materiales^{7,10}.

Los sarcomas son tumores mesenquimales originados del tejido conjuntivo (fibrosarcoma), cartilaginoso (condrosarcoma), óseo (osteosarcoma), endotelial (angiosarcoma), etc. Aunque pueda existir cierta infraestimación de la incidencia de estas neoplasias en gota, los sarcomas parecen poco frecuentes, pero ocasionalmente agresivos. Por ello, deben estar presentes en el diagnóstico diferencial ante la aparición de una masa subcutánea o periarticular en un paciente gotoso, o ante la complicación atípica de un tofo preexistente.

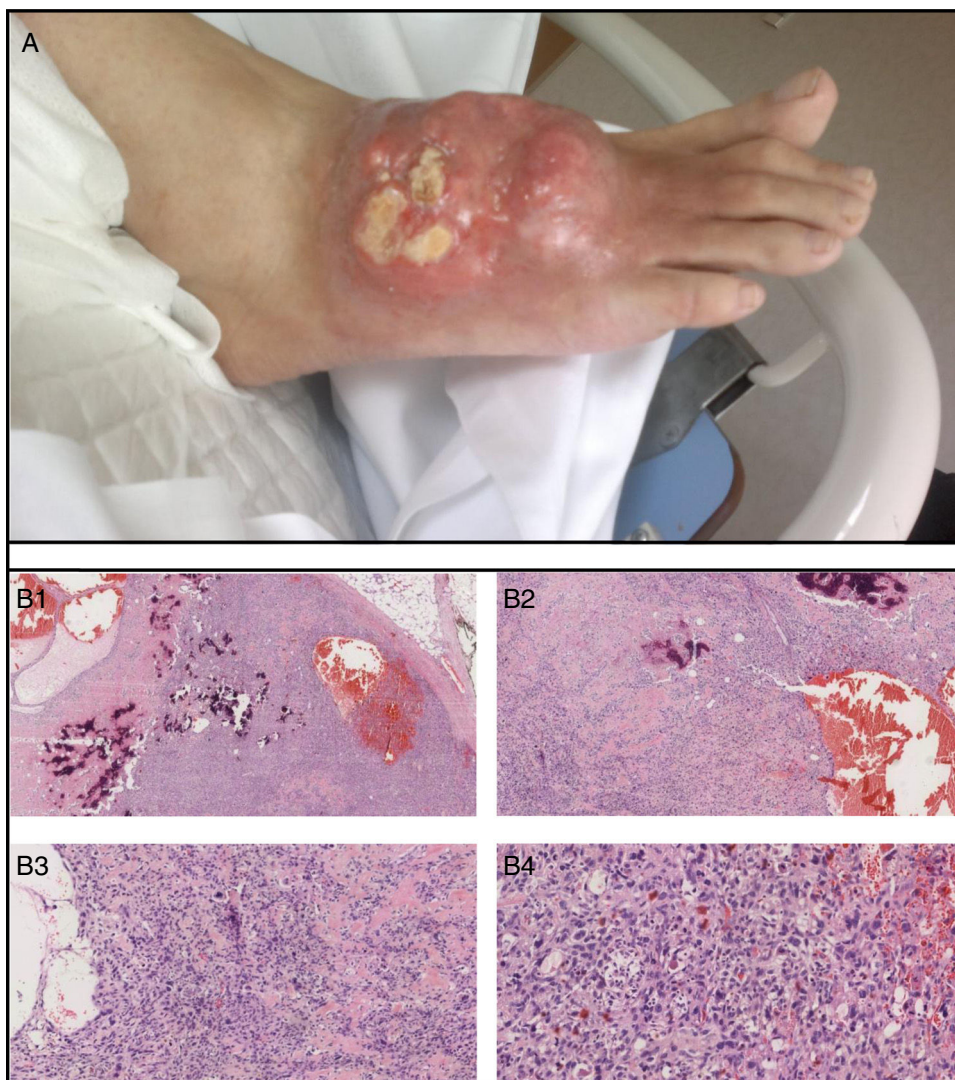


Figura 1. Osteosarcoma en dorso de pie derecho, en paciente con gota tofácea. A) Descripción macroscópica: placa de aspecto tumoral eritemato-violácea infiltrada de 6 cm de diámetro máximo, compuesta de nódulos tumorales duros, de consistencia ósea, petrificados, y en superficie lesiones tumorales excrecentes y de base ligeramente pediculada de unos 3 cm de diámetro. B) Descripción microscópica (hematoxilina eosina [HE]; de izquierda a derecha y de arriba a abajo: B1: H&E $\times 2$; B2: H&E $\times 4$; B3: H&E $\times 10$; B4: H&E $\times 20$). Osteosarcoma de alto grado, de tipo telangiectásico, con abundante formación de osteoide y espacios llenos de sangre sin revestimiento epitelial. A gran aumento se observan células de talla grande, con núcleos irregulares y pleomórficos, reconociéndose numerosas mitosis, muchas de ellas atípicas.

Agradecimientos

A los Servicios de Anatomía Patológica y Oncología Médica del Grupo HM Hospitales.

Bibliografía

- Pérez-Ruiz F, Urresola A, Gorostiza D, Canteli B. Validation of the measurement of tophi with magnetic resonance imaging as an outcome measure for chronic gout. *Arthritis Rheum.* 2011;63 Suppl 10:S208.
- Yu JS, Chung C, Recht M, Dailiana T, Jurdi R. MR imaging of tophaceous gout. *AJR Am J Roentgenol.* 1997;168:523–7.
- Popp JD, Bidgood WD Jr, Edwards NL. Magnetic resonance imaging of tophaceous gout in the hands and wrists. *Semin Arthritis Rheum.* 1996;25:282–9.
- Pérez-Mies B, Ruiz de la Parte A, Echevarría Iturbe C, García Higuera I, Velasco Osés A, Terán Saavedra P. Fibrohistiocitoma maligno (sarcoma pleomórfico indiferenciado de alto grado) sobre tofo gotoso. *Rev Esp Patol.* 2006;39:113–6.
- Carnero S, Terán P, Trillo E. Malignant fibrous histiocytoma arising in a gouty tophus at the second metacarpophalangeal joint. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006;59:775–8.
- Szlabi S, Flores JO, Diller AL, Cabrera M. Undifferentiated high grade pleomorphic sarcoma/malignant fibrous histiocytoma associated a gouty tophus. A case report. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba.* 2012;69:224–7.
- Folpe AL, Johnston CA, Weiss SW. Cutaneous angiosarcoma arising in a gouty tophus: Report of a unique case and a review of foreign material-associated angiosarcomas. *Am J Dermatopathol.* 2000;22:418–21.
- Schwind FA, Stallenberg B, Rimmelink M, Pasteels JL. Associated giant cell tumor and tophaceous deposits in a finger pulp: A case report. *J Hand Surg Am.* 2003;28:871–4.
- Wang JJ, Wang HY, Cheng K, Wang X, Yu B, Shi SS, et al. Fibrosarcoma arising from gouty tophi: report of a unique case and review of literature. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015;8:4227–32.
- Kaplan M, İyiköşker Hİ. A new complication of retained surgical gauze: development of malignant fibrous histiocytoma-report of a case with a literature review. *World J Surg Oncol.* 2012;10:1–5.

Enrique Calvo Aranda^{a,*}, Irene Rodríguez Pérez^b,
Jesús Rodríguez-Pascual^c y Paloma García de la Peña Lefebvre^a

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ecalvoa@hotmail.com (E. Calvo Aranda).

^a Servicio de Reumatología, HM Hospitales, Hospital Universitario
HM Sanchinarro, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, HM Hospitales, Hospital
Universitario HM Sanchinarro, Madrid, España

^c Servicio de Oncología Médica, HM Hospitales, Hospital Universitario
HM Sanchinarro, Madrid, España

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2016.10.009>

1699-258X/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio
Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.