

^a Servicio de Cirugía Plástica, Hospital POVISA, Vigo, Pontevedra, España

^b Servicio de Reumatología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

^d Servicio de Cirugía Plástica, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sarali.gonzalezporto@gmail.com (S.A. González Porto).

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2019.01.005>

1699-258X/ © 2019 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Evaluación ecográfica en pacientes gotosos con actividad clínica persistente a pesar de uricemia dentro de objetivo requerido por «treat to target»



Ultrasound Evaluation in Gouty Patients with Persistent Clinical Activity Despite Uricemia within the Objective Required by «Treat to Target»

Sr. Editor:

La gota es la artritis más prevalente de manera global, se produce por el depósito de cristales de urato monosódico (UMS) en estructuras articulares y extraarticulares, debido al aumento de niveles de ácido úrico en suero por encima de su punto de saturación¹. El *gold standard* para el diagnóstico de la gota sigue siendo la identificación de cristales de UMS en el líquido sinovial² aunque, en los últimos criterios de clasificación diagnóstica de gota ACR/EULAR se han incluido la tomografía computarizada de energía dual (DECT) y la ecografía como técnicas de diagnóstico aceptadas^{3,4}, las cuales proporcionan una información más exacta acerca de la extensión de la enfermedad, ya que en muchos casos, la extensión de los depósitos de UMS es mayor que la que cabría esperar, afectando a aquellas articulaciones clínicamente silentes⁵.

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar mediante ecografía la afectación articular en aquellos pacientes con mal control clínico de la enfermedad en el momento de inclusión en el estudio a pesar del tratamiento hipouricemiante. Para ello se estudió el grado de depósito cristalino y la afectación ecográfica, así como el nivel de uricemia. Se trató de un estudio observacional transversal de 115 pacientes diagnosticados de gota según criterios ACR⁶ de un grupo multihospitalario, incluidos entre diciembre 2013 y mayo 2017. El examen ecográfico se realizó según el protocolo de Peiteado et al.⁷, determinando el número de articulaciones con signos de gota (doble contorno, agregados y/o tofos) y signos de actividad aguda como señal Doppler. También se analizaron variables como edad, sexo, hipertensión, diabetes, enfermedad renal crónica y tiempo de evolución de la enfermedad.

Ciento quince pacientes (112 varones y 3 mujeres) con una edad media de 57 ± 13 años y una media de evolución de la enfermedad de 14 ± 10 años. Todos ellos con mal control clínico de la enfermedad en su mayoría con afectación monoarticular. La afectación ecográfica observada fue: 47 pacientes (40,86%) con presencia de Doppler, 90 con agregados y/o tofos (78,26%) y 53 con signo de doble contorno (42,08%). La media de uricemia fue de 7,4 mg/dl. De los 115 pacientes estudiados, 94 presentaron niveles de ácido úrico superiores a 6 mg/dl, de los cuales, en el 76,59% se observó una afectación articular extensa. Los 21 pacientes restantes presentaron niveles de ácido úrico inferiores a 6 mg/dl, de los cuales, 18 tenían afectación ecográfica extensa (85,71%). La correlación entre

uricemia y afectación ecográfica no resultó estadísticamente significativa (OR = 0,83; 0,6–1,1) Con lo cual, en este estudio observamos que aquellos pacientes con uricemia dentro de objetivo terapéutico (< 6 mg/dl) presentaron mayor afectación ecográfica de la esperada.

Una vez diagnosticada la gota, el seguimiento suele ser clínico y analítico, con el fin de mantener los niveles de urato dentro del objetivo recomendado en guías nacionales e internacionales. No obstante, incluso al alcanzar unos niveles de uricemia óptimos, el depósito de cristales de UMS puede mantenerse presente en la articulación⁸. Es por ello que podemos considerar la ecografía como una herramienta clave para el seguimiento de aquellos pacientes cuyos niveles de uricemia estén en cifras de objetivo terapéutico, pero aún así persista la afectación clínica. Esta técnica nos permite determinar adecuadamente la extensión de los depósitos y la afectación articular en gota, lo que puede apoyar a la decisión de cambio o intensificación de tratamiento, con el fin de alcanzar la disolución de los cristales y la desaparición de la inflamación subclínica^{9,10}. Es además una técnica accesible e inocua que permite una valoración rápida y no invasiva de la magnitud y extensión de la enfermedad, aportando mayor información que el examen físico tradicional.

Bibliografía

1. Kuo CF, Grainge MJ, Zhang W, Doherty M. Global epidemiology of gout: Prevalence, incidence and risk factors. *Nat Rev Rheumatol*. 2015;11:649–62.
2. Ottaviani S, Gill G, Auburn A, Palazzo E, Meyer O, Dieudé P. Ultrasound in gout: A useful tool for following urate-lowering therapy. *Joint Bone Spine*. 2015;82:42–4.
3. Villaverde V, Rosario MP, Loza E, Pérez F. Revisión sistemática sobre el valor de la ecografía y la resonancia magnética nuclear musculoesqueléticas en la evaluación de la respuesta al tratamiento en la gota. *Reumatol Clin*. 2014;10:160–3.
4. Dalbeth N, House M, Aati O, Tan P, Franklin C, Horne A, et al. Urate crystal deposition in asymptomatic hyperuricaemia and symptomatic gout: a dual energy CT study. *Ann Rheum Dis*. 2015;74:908–11.
5. Chowalloor P, Keen HI. A systematic review of ultrasonography in gout and asymptomatic hyperuricaemia. *Ann Rheum Dis*. 2013;72:638–45.
6. Wallace SL, Robinson H, Masi AT, Decker JL, McCarty DJ, Yü TF. Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of primary gout. *Arthritis Rheum*. 1997;20:895–900.
7. Peiteado D, de Miguel E, Villalba A, Ordóñez MC, Castillo C, Martín-Mola E. Value of a short four-joint ultrasound test for gout diagnosis: A pilot study. *Clin Exp Rheumatol*. 2012;30:830–7.
8. Das S, Goswami R, Ghosh A, Lahiri D, Basu K. Temporal evolution of urate crystal deposition over articular cartilage after successful urate-lowering therapy in patients with gout: An ultrasonographic perspective. *Mod Rheumatol*. 2017;27:518–23.
9. Wall GC, Koenigsfeld CF, Hegge KA, Bottenberg MM. Adherence to treatment guidelines in two primary care populations with gout. *Rheumatol Int*. 2010;30:749–53.
10. Sivera F, Andrés M, Falzon L, van der Heijde DM, Carmona L, et al. Diagnostic value of clinical, laboratory and imaging findings in patients with a clinical suspicion of gout: A systematic literature review. *J Rheumatol Suppl*. 2014;92:3–8.

Marta Novella Navarro^{a,*}, Enrique Calvo Aranda^a,
José Luis Cabrera Alarcón^b y Paloma García de la Peña Lefebvre^a

^a Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Madrid-Norte Sanchinarro, Madrid, España

^b Unidad de Bioinformática, Centro de Diagnóstico de Enfermedades Moleculares (CEDEM), Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mnovellanavarro@gmail.com
(M. Novella Navarro).

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.10.011>

1699-258X/ © 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Fibroelastosis pleuroparenquimatosa: un nuevo tipo de neumonía intersticial asociada a conectivopatías



Pleuroparenchymal Fibroelastosis: A New Entity of Interstitial Pneumonia Related to Connective Tissue Diseases

Sr. Editor:

La fibroelastosis pleuroparenquimatosa (FEPP) es una nueva entidad que ha sido incluida recientemente dentro de las neumonías intersticiales idiopáticas raras o poco frecuentes¹. Se caracteriza por el desarrollo de una fibrosis rica en fibras elásticas que afecta a la pleura y al parénquima pulmonar subpleural, predominantemente en lóbulos superiores². Puede ser idiopática o secundaria a múltiples procesos, entre ellos las enfermedades autoinmunes sistémicas³.

Presentamos el caso de una mujer de 52 años natural de Perú, residente en España desde hace 23 años, que trabaja como ayudante domiciliario y no presenta antecedentes personales ni familiares de interés. Comenzó hace un año con artralgias de ritmo inflamatorio y xerostomía sin xeroftalmia ni ninguna otra sintomatología asociada. La exploración física, la auscultación cardiopulmonar y la exploración cutánea y musculoesquelética fueron normales. El hemograma, la bioquímica general y la creatinina (111 U/l) también fueron normales. Las inmunoglobulinas en suero mostraban una elevación de IgG (2.410 mg/dl). Presentaba FR positivo (242 UI/ml), ACPA negativo, ANA positivo (1/640), anti-Ro positivo (240 UI/ml), anti-La positivo (75 UI/ml) y anti-DNA negativo. Como pruebas complementarias se solicitaron: serologías de VHC y VHB, Interferon Gamma Release Assay (IGRA), radiografía de sacroilíacas, ecocardiograma, anticuerpos específicos de miopatía (anti-MI2, anti-SRP, anti-PM-SCL, anti-PL7, anti-PL12, anti-KU, anti-OJ y anti-EJ) y capilaroscopia, resultando todas ellas normales o negativas.

La biopsia de glándula salival reveló la presencia de múltiples áreas de infiltración linfocitaria. Fue diagnosticada de síndrome de

Sjögren primario con base en los criterios de ACR-EULAR 2017⁴. En la radiografía de tórax, se observaba engrosamiento pleural y fibrosis en casquetes apicales, y en la TCAR pulmonar se apreciaban consolidaciones subpleurales junto con engrosamiento pleural de predominio apical bilateral, condicionando una moderada pérdida de volumen de ambos lóbulos superiores, todo ello compatible con FEPP (fig. 1). Las pruebas de función respiratoria incluyendo difusión de CO eran normales.

Se inició tratamiento con prednisona 5 mg/día, a pesar de lo cual la paciente refiere empeoramiento de la xerostomía y sensación subjetiva de disnea de moderados esfuerzos. Se realiza una segunda TCAR pulmonar que no muestra progresión radiológica tras 6 meses de seguimiento.

La FEPP fue descrita por primera vez en el año 1992 por Amitani et al. como una fibrosis pulmonar idiopática de campos superiores, y en 2004 fue reconocida por Frankel et al. como una nueva entidad clinicopatológica. Desde entonces se han descrito en torno a 120 casos en todo el mundo, sobre todo en población asiática⁵. De todos ellos, alrededor del 20% estaban asociados a conectivopatías⁶. En el año 2013, esta entidad fue incluida en la clasificación de las neumonías intersticiales idiopáticas del American Thoracic Society/European Respiratory Society, dentro de la categoría de neumonías intersticiales raras¹.

Esta enfermedad se presenta en adultos con una edad media en torno a 57 años, afectando por igual a ambos sexos¹ y sin mostrar relación con el tabaquismo^{3,5}. La clínica suele ser disnea, tos no productiva, dolor pleurítico o pérdida de peso⁷. Esta entidad puede ser idiopática o bien secundaria a múltiples procesos: infecciones, radiación, trasplante, neoplasias, y entre ellos enfermedades reumatológicas³ tales como artritis reumatoide, miopatías, esclerodermia o síndrome de Sjögren⁶.

Los hallazgos característicos en la TCAR son la presencia bilateral en forma de engrosamiento pleural irregular y cambios fibróticos en parénquima subpleural de campos superiores, pudiendo coexistir con otros patrones radiológicos de enfermedad intersticial pulmonar en distintas áreas del parénquima. Los

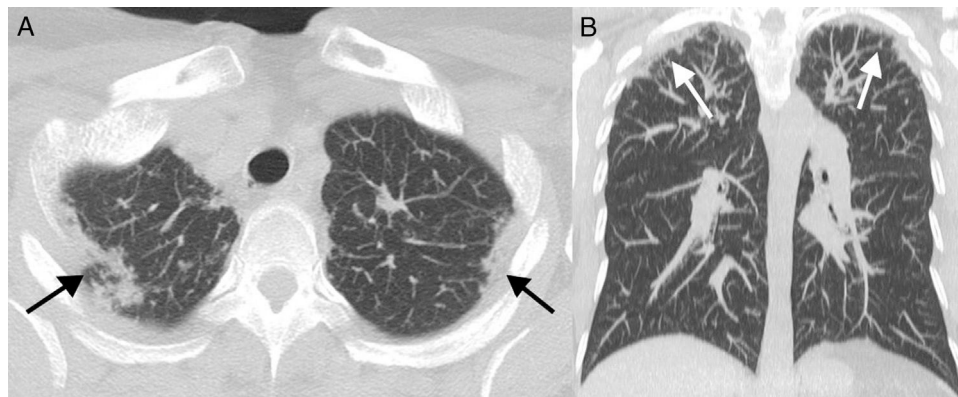


Figura 1. A) TCAR pulmonar corte transversal. B) TCAR pulmonar corte coronal. En ambos cortes se observa la presencia de consolidaciones subpleurales y engrosamiento pleural de predominio apical bilateral.