

**Funding**

None.

**Conflict of interest**

The authors declare that they have no conflict of interest.

**Acknowledgements**

None.

**References**

1. World Health Organization. Health Impact Assessment (HIA): the determinants of health. [consulted 20 Dec 2016]. Available: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
2. Lindsay K, Gow P, Vanderpyl J, Logo P, Dalbeth N. The experience and impact of living with gout: a study of men with chronic gout using a qualitative grounded theory approach. *J Clin Rheumatol.* 2011;17:1–6. <http://dx.doi.org/10.1097/RHU.0b013e318204a8f9>
3. López López CO, Lugo EF, Álvarez-Hernández E, Peláez-Ballestas I, Burgos-Vargas R, Vázquez-Mellado J. Severe tophaceous gout and disability: changes in the past 15 years. *Clin Rheumatol.* 2017;36:199–204. <http://dx.doi.org/10.1007/s10067-016-3381-z>
4. Lim SY, Lu N, Oza A, Fisher M, Rai SK, Menendez ME, Choi HK. Trends in Gout and Rheumatoid Arthritis Hospitalizations in the United States, 1993–2011. *JAMA.* 2016;315:2345–7. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.3517>

5. Kuo CF, Grainge MJ, Mallen C, Zhang W, Doherty M. Eligibility for and prescription of urate-lowering treatment inpatients with incident gout in England. *JAMA.* 2014;312:2684–6. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.14484>
6. Wood R, Fermer S, Ramachandran S, Baumgartner S, Morlock R. Patient with Gout treated with conventional urate-lowering therapy: association with disease control, health-related quality of life, and work productivity. *J Rheumatol.* 2016;43:1897–903. <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.151199>
7. Nasser-Ghods N, Harrold LR. Overcoming adherence issues and other barriers to optimal care in gout. *Curr Opin Rheumatol.* 2015;27:134–8. <http://dx.doi.org/10.1097/BOR.0000000000000141>

Aldo Barajas-Ochoa<sup>a,\*</sup>, Jose Juan Castaneda-Sanchez<sup>b</sup>, Cesar Ramos-Remus<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Unidad de Investigación en Enfermedades Crónico-Degenerativas, Providencia, Guadalajara, Mexico*

<sup>b</sup> *Unidad de Investigación en Enfermedades Crónico-Degenerativas, Guadalajara, Mexico*

<sup>c</sup> *Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara, Mexico*

\* Corresponding author.

E-mail address: [aldouch5@gmail.com](mailto:aldouch5@gmail.com) (A. Barajas-Ochoa).

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.03.008>  
1699-258X/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

**En respuesta a: Deformidad de Madelung****Response to: Madelung deformity**

Sr. Editor:

Hemos leído atentamente la publicación de Ly-Pen y Andreu<sup>1</sup> en *REUMATOLOGÍA CLÍNICA*, donde se presenta el caso de una mujer de 39 años, diagnosticada de síndrome del túnel carpiano bilateral secundario a deformidad de Madelung tratada mediante infiltración local con triamcinolona, con mejoría de la sintomatología. Nos gustaría exponer nuestra experiencia en nuestra unidad de reumatología pediátrica.

La deformidad de Madelung es una displasia de la fisis del radio distal. Su cierre prematuro conlleva a una deformidad progresiva con desplazamiento dorsal del cúbito y palmar del carpo, lo que conlleva una limitación de la supinación y la rotación. Afecta a mujeres entre los 8 y los 12 años, generalmente de manera bilateral. Se asocia a diversos síndromes como discondrosis de Leri-Weill, síndrome de Hurler, síndrome de Turner, condrodisplasia y enfermedad de Ollier.



Figura 1.

Presentamos el caso de una niña de 14 años, diagnosticada en octubre de 2015 de síndrome de Leri-Weill de forma casual tras realización de radiografía por traumatismo. Presenta mutaciones en el gen SHOX Y en PAR1 en 5'. Acude a reumatología pediátrica derivada por endocrinología por dolor de ambos carpos de características mecánicas que ha aumentado progresivamente durante los últimos meses, con pobre respuesta a ibuprofeno. La exploración física era compatible con deformidad de Madelung bilateral, con dolor a la flexión dorsal de ambos carpos, sin limitación (figs. 1–3). No asociaba parestesias u otros síntomas neurológicos. Se realizó infiltración con 20 mg de triamcinolona en cada carpo, bajo sedación. En posterior revisión un mes después refiere clara mejoría, refiriendo casi total desaparición del dolor desde 24–48 h tras la infiltración con mejoría de la movilidad.

Consideramos, al igual que los autores cuya carta comentamos, que la infiltración local con corticoide es una opción válida en casos de dolor carpiano secundario a deformidad de Madelung en la edad pediátrica, incluso en ausencia de sintomatología

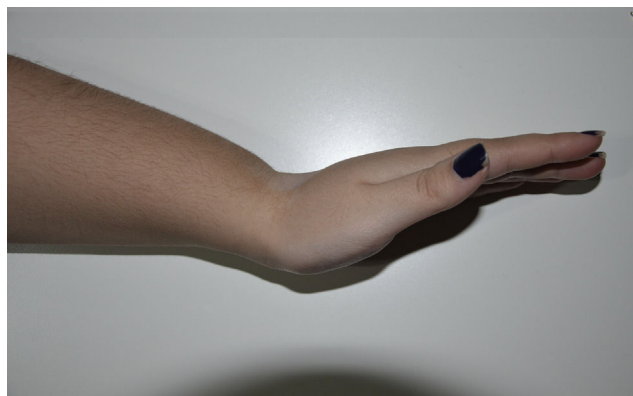


Figura 2.



Figura 3.

correspondiente a síndrome del túnel del carpo. Además, el crecimiento aún incompleto del esqueleto propio de la edad infantil que obliga a posponer el tratamiento quirúrgico hace de la infiltración local, en nuestra opinión, una opción conservadora interesante

dado el potencial alivio sintomático con la baja probabilidad de complicaciones. No obstante, no hemos encontrado bibliografía relativa a este abordaje terapéutico, ni de su efectividad a medio y largo plazo.

### Bibliografía

1. Ly-Pen D, Andreu JL. Madelung's deformity. *Reumatol Clin.* 2014;10:125–6.

Maria Amelia Muñoz Calonge<sup>a,\*</sup>, Sara M. Murias Loza<sup>a</sup>  
y Nerea Itza<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Reumatología Pediátrica, Hospital La Paz, Madrid, España

<sup>b</sup> Endocrinología Pediátrica, Hospital La Paz, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amemc88@gmail.com (M.A. Muñoz Calonge).

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.03.007>

1699-258X/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

### Parálisis diafragmática en granulomatosis eosinofílica con poliangiitis



#### Diaphragmatic paralysis in eosinophilic granulomatosis with polyangiitis

Sr. Editor:

La granulomatosis eosinofílica con poliangiitis es una enfermedad autoinmune que afecta a los pequeños vasos, su causa es desconocida y el retraso en su diagnóstico determina un peor pronóstico. Los pacientes pueden presentarse con algún grado de insuficiencia respiratoria debida a asma, neumonía, hemorragia alveolar, tromboembolismo, así como problemas cardiovasculares o neuromusculares<sup>1</sup>. Solo ocasionalmente se han comunicado casos de parálisis diafragmática unilateral y con una repercusión funcional respiratoria variable<sup>2,3</sup>. A continuación describimos el caso de una mujer con granulomatosis eosinofílica con poliangiitis, quien además presentó una insuficiencia respiratoria hipercápnica asociada a una polineuropatía manifestada por parálisis diafragmática y plexopatía braquial.

Mujer de 49 años de edad conocida, asmática desde hacía 4 años, con múltiples hospitalizaciones por exacerbaciones graves a pesar de dosis elevadas de glucocorticoides inhalados. En su última hospitalización fue necesario el apoyo ventilatorio mecánico debido a un estado asmático. La gasometría arterial respirando oxígeno suplementario por mascarilla reveló un pH de 7,31, PaCO<sub>2</sub> de 62 mmHg, PaO<sub>2</sub> de 79 mmHg, HCO<sub>3</sub> de 21,1 mEq/l y una saturación de O<sub>2</sub> de 88%. A la exploración física se observaron manchas urticariformes en las extremidades y particularmente en la mano izquierda una postura en «mano de predicador» (fig. 1A). En la biometría hemática se documentó una importante eosinofilia con una cifra que alcanzó 6.000 células/ $\mu$ l. El tratamiento incluyó dosis altas de glucocorticoides sistémicos, aminofilina e inhaloterapia. Afortunadamente, a los pocos días pudo ser retirada del ventilador mecánico y finalmente extubada, sin embargo, en un control radiológico de tórax se encontró elevación del hemidiafragma izquierdo. Se confirmó mediante un estudio bajo fluoroscopia parálisis de este hemidiafragma (figs. 1B y C). Una tomografía de la columna vertebral cervical y torácica descartó alguna mielopatía o compresión radicular. Una electromiografía del brazo izquierdo fue compatible con plexopatía braquial y daño axonal grave del nervio cubital

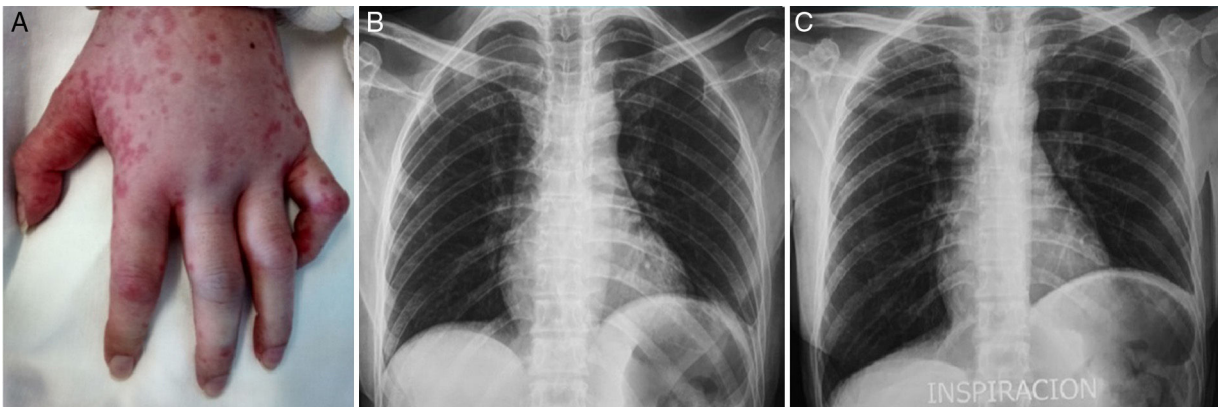


Figura 1. A) Edema y urticaria en la mano izquierda con flexión del quinto dedo producida por la afección del nervio cubital. B) Radiografía de tórax en espiración, y C) Durante la inspiración donde se evidenció la plejía del hemidiafragma izquierdo.