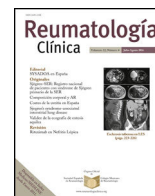




Sociedad Española  
de Reumatología -  
Colegio Mexicano  
de Reumatología

# Reumatología Clínica

[www.reumatologiaclinica.org](http://www.reumatologiaclinica.org)



Reumatología Clínica en imágenes

## Síndrome del túnel del carpo por tofo: imagen de resonancia magnética de bajo campo

### Carpal tunnel syndrome due to a tophus: Low-field magnetic resonance image

María Dolores Ruiz Montesino<sup>a,\*</sup> y Dolores Mendoza Mendoza<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Investigación (imagen), Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

<sup>b</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

##### Historia del artículo:

Recibido el 16 de junio de 2017

Aceptado el 24 de julio de 2017

On-line el xxx

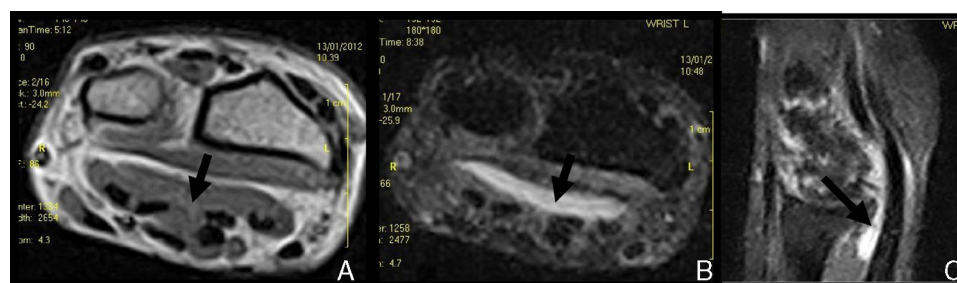
#### Introducción

El síndrome del túnel carpiano (STC) es una afección frecuente en reumatología debido a enfermedades inflamatorias, microtraumatismos, procesos metabólicos y más frecuentemente idiopática<sup>1</sup>. La RMN es una técnica complementaria en enfermedades inflamatorias del aparato locomotor, que detecta cambios inflamatorios subclínicos<sup>2</sup>. La artritis gotosa puede provocar el STC por: hipertrofia sinovial, tenosinovitis, nódulo tofáceo y depósito de cristales en nervios, músculos o tendones. La aparición en la vaina de los flexores del carpo es muy poco frecuente, pudiendo comprimir el nervio mediano ocasionando STC<sup>3</sup>. El diagnóstico de sospecha del STC por

compresión tofácea se puede plantear en aquellos pacientes con gota mal controlada, y sintomatología atípica del STC<sup>4-6</sup>.

La incidencia del STC por tofo es del 0,6%<sup>7</sup>. Presentamos un caso donde la RMN identificó como causa del STC un tofo en el canal del carpo.

Varón de 62 años, carnicero. Antecedente de gota mal controlada por tratamiento esporádico. Acude a consulta de reumatología por «hormigueo» en los dedos de ambas manos, más acusado en la izquierda (paciente diestro) y pérdida de habilidad manual fina. Se realiza electroneurograma que mostró compresión severa de las fibras sensitivas del nervio mediano bilateral, más acusado en el izquierdo. Ante la sospecha de que un tofo pudiera ser la causa del



**Figura 1.** A) Axial T1; B) Axial STIR; C) Sagital STIR. Flechas: material hipointenso en T1 con aumento de señal en STIR, dentro de la vaina de los flexores a nivel del carpo.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lruizmontesino@yahoo.es](mailto:lruizmontesino@yahoo.es) (M.D. Ruiz Montesino).

STC se realiza RMN. Hallazgos (fig. 1): tofo dentro de la vaina de los tendones flexores a nivel del carpo. El paciente fue intervenido, el cirujano confirmó la existencia del tofo. Actualmente mantiene un tratamiento hipouricemiente sin clínica de STC izquierdo.

### Conclusión

El STC producido por tofo gotoso es muy poco frecuente. Su identificación por RMN es diagnóstica. Es casos seleccionados con alta sospecha clínica, sintomatología atípica del STC, en pacientes con gota mal controlada, puede ser una prueba complementaria a solicitar como apoyo diagnóstico y para la planificación del tratamiento.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o

sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Leite JC, Jerosch-Herold C, Song F. Systematic review of the psychometric properties of the Boston Carpal Tunnel Questionnaire. *BMC Musculoskelet Disord.* 2006;7:78–178.
2. Krabben A, Stomp W, van Nies JA, Huizinga TW, van der Heijde D, Bloem JL, et al. MRI-detected subclinical joint inflammation is associated with radiographic progression. *Ann Rheum Dis.* 2014;73:2034–7.
3. 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.
4. Shin J.Y., Roh HS, Chae KJ, Roh SG, Lee NH, Yang KM. Carpal tunnel syndrome and motor dysfunction caused by tophaceous gout infiltrating 12 tendons. *J Clin Rheumatol.* 2016;22:272–3.
5. Kim HS. Carpal tunnel syndrome caused by tophaceous gout. *Korean J Intern Med.* 2014;29:544–5.
6. Onuma K, Fujimaki H, Kenmoku T, Sukegawa K, Takano S, Uchida K, et al. Bilateral carpal tunnel syndrome due to gouty tophi: Conservative and surgical treatment in different hands of the same patient. *Mod Rheumatol.* 2015;25:298–302.
7. Lu H., Chen Q, Shen H. A repeated carpal tunnel syndrome due to tophaceous gout in flexor tendon: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2017;96:e6245.