

NÓDULOS DE GARROD, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Ria García Peeters, Jordi Forcada Gisbert, Diego Ignacio Tovar Felice

Centro trabajo: ABS Gorg- Sant Roc Badalona

Correspondencia: riagpeeters@gmail.com

Revisores: Francesc Moreno y Oriol Rebagliato

Publicado: Septiembre 2015

Ria García Peeters, Jordi Forcada Gisbert, Diego Ignacio Tovar Felice (2015)

Nódulos de Garrod, a propósito de un caso

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol33/iss2/1>

*Este es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

INTRODUCCIÓN

Los nódulos de Garrod son unas lesiones papulo-nodulares benignas que habitualmente no requieren tratamiento. No obstante es muy importante el diagnóstico diferencial con lesiones similares que pueden ser tratadas o que están asociadas con patologías más significativas.

Presentamos un caso de un paciente de 26 años que consulta por desviación de los dedos de 3 años de evolución con deformidades en forma de nódulos en articulaciones interfalángicas proximales.

CAS CLÍNICO

Paciente de 26 años que trabaja de fontanero que consulta por desviación de los dedos y lesiones en forma de pápulas en articulaciones interfalángicas proximales de 3 años de evolución. Refiere clínica de rigidez sin más sintomatología acompañante.

Sin alergia conocida, con antecedentes de epilepsia y Pitiriasis Rubra pilares. Sin antecedentes familiares ni personales reumatológicos ni manifestaciones clínicas de psoriasis ni sacroilitis.

En la exploración destaca deformidad de las articulaciones interfalángicas proximales con flexión reducible de la 3ª, 4ª y 5ª falange (figuras 1 y 2). Las maniobras sacroilíacas son negativas.

Figura 1: Vista de nódulos de Garrod idiopáticos en el dorso de las articulaciones interfalángicas proximales de la mano izquierda.



Figura 2: Vista de nódulos de Garrod idiopáticos en el dorso de las articulaciones interfalángicas proximales de la mano derecha.



Se realiza hemograma con reactantes de fase aguda, factor reumatoide y ANAs negativos. Anticuerpos antipeptídicos cíclicos citrulinados (ACPA) negativos y HLAB27 negativo.

La radiografía realizada no presentó alteraciones.

La ecografía presenta una ligera cantidad de líquido articular y señal doppler leve-moderado en sinovial en cara palmar de la 3ª articulación interfalángica proximal. Sin signos de tenosinovitis ni otros hallazgos.

En este momento, dada la sospecha de Nódulos de Garrod se deriva a Reumatología por valoración.

DISCUSIÓN

Los nódulos de Garrod son lesiones pápulas-nodulares benignas de color carne, bien delimitadas y móviles que miden entre 0,5-3cm¹. Son habitualmente asintomáticas, ubicadas en las articu-

laciones interfalángicas proximales pero también se pueden encontrar en las articulaciones interfalángicas distales y metacarpofalángicas. Se ha descrito algún caso en la articulaciones del dedo pulgar y metatarsianos.

Se pueden dar de forma idiopática o asociadas a enfermedades fibromatosas como:

- Queratodermia epidermolítica palmo-plantar
- Enfermedad de Peyronie
- Enfermedad de Ledderhose.

Se deben diferenciar estas lesiones de los llamados pseudonódulos de Garrod relacionados con traumatismos de repetición por ocupación y deportes o patología psiquiátrica como la bulimia. Aunque hay estudios que identifican los traumatismos de repetición como una causa más de los nódulos de Garrod.

Actualmente se desconoce la epidemiología dado que al ser lesiones asintomáticas no se reportan. Se van

formando en semanas o meses y tienden a aparecer entre los 15-30años.

Algunos estudios² sostienen que los nódulos de Garrod aparecen hasta más de 4 veces más en la Enfermedad de Dupuytren pero otros reclaman que las lesiones difieren de los nódulos típicos en la enfermedad, dado que se describen como nódulos de 3mm bien definidos en el dorso de las articulaciones interfalángicas proximales que pueden ser muy dolorosos. Son lesiones frecuentemente asintomáticas, por lo que la razón más frecuente de consulta es estética. Aún así se han descrito algunos casos con dolor y dificultad para el movimiento.

El diagnóstico³ es básicamente clínico y no son necesarias las exploraciones complementarias. Aunque en ciertos casos dudosos para descartar enfermedades fibromatosas han realizado biopsias de las lesiones observando hiperqueratosis, acantosis, engrosamiento de la dermis y de las fibras de colágeno.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con diversas enfermedades (Tabla 1).

Actualmente no disponemos de un tratamiento efectivo⁴. Se han descrito

casos de disminución de tamaño con la inyección de corticoides (triamcinolona) y con la inyección de fluorouracilo. La radiación también está descrita sin buenos resultados.

La intervención quirúrgica se realizó en algunos casos muy dolorosos que presentaron lesión en el tendón y la formación de queloides como complicaciones.

En el caso de los pseudonódulos es de gran utilidad retirar la fuente de traumatismos repetitivos o el uso de protección (guantes).

En resumen, ante la presencia de estas lesiones se debe realizar una historia clínica extensa para poder hacer un diagnóstico diferencial cuidadoso y descartar las patologías asociadas. Evitar las exploraciones complementarias innecesarias a menos que sean indispensables para descartar enfermedades relacionadas ante una alta sospecha. Por último, hay que tener en cuenta que no disponemos de tratamiento definitivo y, de hecho, no es necesario en los casos que no presenten ningún tipo de sintomatología.

Tabla 1: Diagnóstico diferencial de los nódulos de Garrod

Diagnóstico diferencial de los nódulos de Garrod:
Carcinoma cutáneo
Pápulas de Gottron
Sinovitis
Eritema Elevatum Diutinum
Granuloma anular
Xantomas
Nódulos de artritis reumatoide

BIBLIOGRAFÍA

1. Barnes CJ, Davis L. Knuckle Pads Follow-up. [actualitzada 3 març de 2014]. Disponible a: <http://www.medscape.com>
2. Rodríguez-Muguruza S, Riveros A, Sanint J, Olivé A. Nódulos de Garrod. Semin Fund Esp Reumatol. 6 mayo 2013;14:3,91-93.
3. Hyman C, Cohen P. Report of a family with idiopathic knuckle pads and review of idiopathic and disease-associated knuckle pads. Dermatol Online J [Internet]. May 2013;19(5):[aprox. 6p.]. Disponible a: <http://www.escholarship.org/uc/item/0gz474z5>
4. Rayan GM, Ali M, Orozco J. Dorsal pads versus nodules in normal population and Dupuytren's disease patients. J Hand Surg Am. Octubre 2010; 35(10):1571-9.