

LA GOTA:

Enfermedad de nuestro medio.

Por el doctor Oscar Gutiérrez R.

Enfermedad de leyenda, la Gota es conocida en todo el mundo. Sin embargo, entre nosotros es general la creencia de que ella sólo ataca a los europeos (sobre todo ingleses), ni siquiera se la considera ante un caso de artritis y por ello, nunca es diagnosticada.

La observación de varios casos me ha convencido de que la enfermedad "de los ingleses" existe entre nosotros y no es entidad rara. Hench llama la atención sobre la frecuencia de la Gota en los Estados Unidos y anota que, por lo menos el 5 por 100 de los pacientes que consultan a los especialistas en enfermedades articulares de la Clínica Mayo, son gotosos clásicos.

Siendo así que la enfermedad tiene tratamiento específico que, a más de proporcionar notables mejorías sintomáticas en el curso de poco tiempo, ayuda a reducir grandemente el número y la severidad de los ataques, la importancia de su diagnóstico es capital.

De los varios casos comprobados de Gota que he tenido oportunidad de observar, son ejemplo los tres que presento a continuación: dos de ellos fueron observados en el período crónico, al otro tuve oportunidad de observarlo durante un ataque agudo.

Caso N° 1. Hospital de San Juan de Dios. Servicio del Prof. Atalaya.

D.G. 50 años, casado. Tiene 9 hijos vivos, 2 murieron. Natural de Bogotá, ha trabajado como fontanero desde la edad de 12 años. El padre murió a consecuencia de una hemoptisis. La madre murió de hidropesía. Entre sus tíos, uno sufrió de 'reumatismo', pero en toda la familia es negativa la historia específica de Gota. Entre los antecedentes personales sólo se anota una artritis que padece desde hace 25 años. Ingresó al hospital por disnea de la marcha y del esfuerzo, palpi-

taciones y edemas de los miembros inferiores. Al examen se encontraba el cuadro típico de una insuficiencia cardíaca congestiva.

La historia de su enfermedad articular es la siguiente. Habiendo gozando de perfecta salud anteriormente, una noche fue despertado súbitamente por un agudo dolor en el pie izquierdo, localizado en la articulación metatarsofalángica del dedo gordo. El dolor continuó aumentando de intensidad hasta la mañana siguiente. Al levantarse observó que la articulación estaba hinchada, roja y muy sensible, impidiéndole apoyar el pie en el suelo. Estos fenómenos persistieron durante ocho días, al cabo de los cuales empezó a mejorar y en el curso de los ocho días siguientes estuvo completamente restablecido. De esto hace 28 años.

No quedó huella alguna de su afección, pero al cabo de 4 meses, mientras estaba trabajando, presentó otro ataque semejante localizado en la misma articulación. Después de pocos días el proceso invadió el pie derecho, las rodillas y los codos. Este segundo ataque duró seis meses. Desde entonces, la enfermedad siguió presentando recrudescencias periódicas. Al año y medio de haberse iniciado empezaron a deformarse las articulaciones de los artejos (Fig. 1). Desde hace 15 años presenta nódulos blanquecinos en las orejas, (Fig. 2) que se han ulcerado repetidas veces, dejando salir unos granitos blancos "como de sal", según anota el enfermo. El examen microscópico de estos

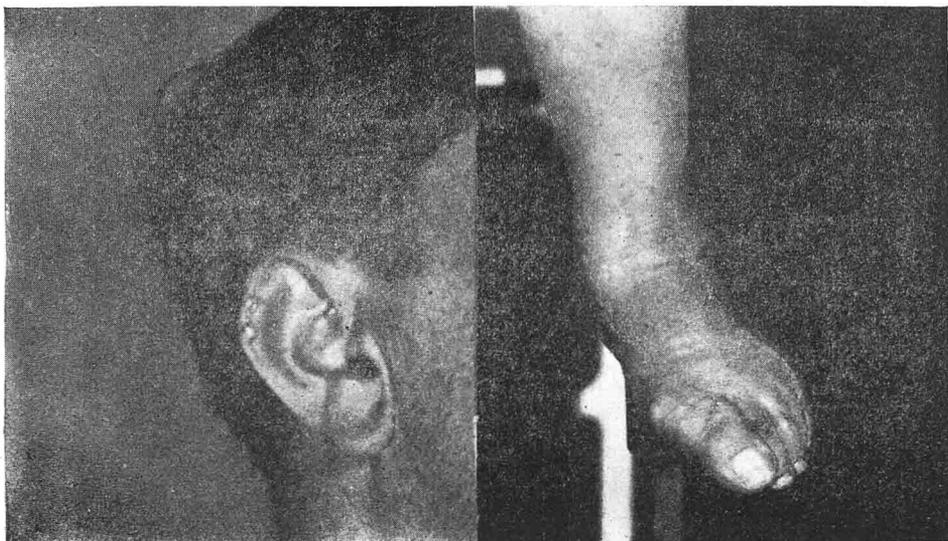


Figura Nº 2.

Figura Nº 1.

mostró las típicas agujas de urato de sodio. La reacción de la murexida resultó positiva para uratos. La uricemia fue de 7.15 mgs. por 100 (normal 2-4 mgs 100.).

Caso Nº 2. Hosp. de San Juan de Dios. Servicio del Profesor Forero Villaveces. Historia Nº 132.480. C.M. 60 años, casado, tiene 4 hijos. Natural de Tocancipá, vive en Bogotá desde hace 50 años. Ha trabajado en albañilería y pintura. El padre murió de pulmonía; la madre murió, se ignora la causa. Historia familiar negativa para reumatismo y gota.

Ingresó al hospital por disnea del esfuerzo, tos, dolor en la región hepática y edemas de los miembros inferiores. Anota crisis frecuentes de disnea paroxística nocturna y sensación de opresión retroesternal que se presenta con motivo de los esfuerzos. En los últimos días ha presentado dolores severos en las rodillas y los tobillos. Al examen se encuentra un enfermo en insuficiencia cardíaca: ortopneico, cianosado, con gran congestión de los vasos del cuello y edemas depresibles de los miembros inferiores. El hígado, doloroso espontáneamente y a la palpación, sobrepasa tres dedos al reborde costal. Presenta tos productiva, con esputo espumoso de color blanco y rosado; al examen se encuentra gran congestión de las bases pulmonares. Pulso regular de 100 al minuto, tensión arterial de 135 sobre 110. Temperatura axilar de 36.5.

La historia de su efeción articular es la siguiente: Hace 45 años, trabajaba en una fábrica de cerveza. Una mañana, al meterse a un tanque, experimentó brúscamente un intenso dolor, como de punzada, en la articulación metatarso-falángica del dedo gordo del pie derecho. Al salir observó en el sitio de máximo dolor un punto rojo "como el piquete de una aguja". El dolor fue aumentando progresivamente, el pie se hinchó y se hizo muy sensible. A los ocho días mejoró espontáneamente, desaparecieron los fenómenos inflamatorios y pudo regresar al trabajo pero, al cabo de quince días se repitieron los fenómenos anteriores, localizados en el mismo sitio; espontáneamente mejoró en el curso de una semana para volver a presentarse a intervalos variables.

Al cabo de un año fue atacado el pie izquierdo. Ya en esta época, presentó fiebre, que antes había estado ausente. Poco a poco los dolores fueron atacando las articulaciones de manos, codos y rodillas. A los 15 años del primer ataque notó que se estaban deformando las articulaciones de las manos y observó la presencia de unos nódulos blanquecinos en la cara dorsal de las articulaciones metatarso-falángicas de ambas manos. Actualmente se observan nódulos en estas

mismas articulaciones así como también en los antebrazos (a lo largo del cúbito), en los codos, en las piernas (a lo largo de la tibia) y en las rodillas; también presenta algunos pequeños nódulos blanquecinos, duros, en las orejas. El examen microscópico de uno de estos mostró las típicas agujas de urato de sodio. La reacción de la murexida fue positiva para uratos. Uricemia: 8.16 mgs. por 100. La cifra de colesterinemia fue de 1.17 gms. por 100. Sedimentación 18 mm. en una hora. Numeración de eritrocitos y leucocitos normales. Hemoglobina y fórmula leucocitaria normales.

Caso N° 3. FF.CC. Nales. Clínica de Doima. C. S. 33 años, casado, tiene 4 hijos sanos Profesión: obrero de vía. El padre murió de 70 años, a consecuencia de una hemorragia (probable hemoptisis). La madre vive, sana. Natural de Chocontá, siempre ha vivido allí. Antecedentes reumáticos negativos en padres y hermanos. Los tíos maternos han sido sanos. Dos tíos paternos y un primo han sufrido de "reumatismo".

Ingresó a la Clínica el 27 de junio para ser apendicectomizado. La operación se llevó a cabo el 28. El 29 presentó una congestión pulmonar, que fue tratada con penicilina. Ya se había recuperado completamente, cuando, el 2 de julio, a eso de las 4 de la mañana despertó con un intenso dolor en la articulación metatarso-falángica del dedo gordo del pie izquierdo. El dolor fue continuo. A las 9 de la mañana empezó a sentir dolor en la primera articulación interfalángica del 4º dedo de la mano derecha, que se hizo muy sensible y poco a poco se fue hinchando. Al examen se encontraba la articulación del pie de color rojo, tumefacta y con algunas venas notablemente dilatadas en la superficie. La de la mano mostraba edema y rubor. Ambas eran dolorosas y muy sensibles; además, la temperatura sobre ellas estaba elevada. El 6 de julio se presentaron los mismos fenómenos en la articulación metacarpo-falángica del dedo medio de la mano derecha. Estos fenómenos persistieron hasta el 10 de julio en que, coincidiendo con la administración de tintura de colchico, empezaron a ceder. La temperatura, que había sido de 36,8 después de la congestión pulmonar, empezó a aumentar progresivamente hasta alcanzar a 38,6 en julio 6 cuando nuevamente empezó a descender hasta 36.4 en la mañana y 37.2 en la tarde del 10 de julio. El enfermo anota un ritmo curioso en el horario del dolor y es que este es más intenso alrededor de las 4 de la mañana y a las 4 de la tarde. Sobre la oreja izquierda se observa un nódulo blanquecino que, al microscopio, muestra cristales de urato de sodio.



Refiere el paciente que su afección se inició hace 8 años cuando, después de un enfriamiento brusco, experimentó severo dolor en el tobillo derecho y sobre la región del tendón de Aquiles, con fenómenos inflamatorios semejantes a los actuales, que persistieron durante 15 días. Hace 3 años, después de una larga caminata, presentó fenómenos semejantes a los que presenta actualmente, en la articulación metatarso-falángica del pie izquierdo que duraron 6 días, mejorando espontáneamente. Hace un año notó la presencia del tofo de la oreja, el cual se ha abierto repetidas veces dejando escapar una sustancia granulosa blanca. Entre los ataques, nunca ha presentado molestias articulares.

Los casos 1 y 2 habían sido considerados como reumatismo articular agudo y habían sido tratados con salicilato de sodio. Mejorarón un poco lo cual, en apariencia, confirmaba el diagnóstico. Sin embargo, debemos recordar que la mayoría de los autores están acordes en considerar a los salicilatos entre las principales drogas eliminadoras de ácido úrico y Jennings (cit. por Hench) los considera tan efectivos como el cincófono para controlar el dolor y la hiperuricemia.

Sintomatología de la Gota. Los tres casos presentados corresponden en su evolución, con muy ligeras variantes, al patrón de la gota clásica. La descripción siguiente está tomada de Beckman: "Un individuo —en más del 95 por 100 de los casos un hombre robusto y sano, en la década de los treinta a los cuarenta— es despertado repentinamente en la noche por un dolor severo de uno de los grandes artejos, un dolor que rápidamente aumenta hasta alcanzar proporciones casi insoportables: luego, casi al alba, "al cantar el gallo" decía Sydenham, (1683), experimenta, más o menos repentinamente, grande alivio y el paciente cae en un pesado sueño. Al despertar por la mañana halla que la articulación metatarso-falángica afectada está algo hinchada, roja y tiene un aspecto brillante y las venas alrededor de ella están singularmente distendidas. Durante el día aumenta la hinchazón y la articulación se pone muy sensible, pero el dolor es muy ligero o falta por completo. Con la noche viene una recurrencia de la tortura. Generalmente el ataque dura sólo unos pocos días, pero ocasionalmente se prolonga por varias semanas; no es raro que se pase de un grande artejo al otro o a alguna otra articulación, o que ambos artejos sean afectados al tiempo, o que alguna otra articulación sea la primera afectada. Las más raramente atacadas son las caderas, los hombros y la columna vertebral. Generalmente se nota una ligera alza de la temperatura. Al pasar el ataque, la articulación queda completamente normal en aspecto y función. El paciente no experimentará síntomas por un período de meses o años —el tiempo promedio es

de un año— entonces presentará el segundo ataque. En adelante los ataques se presentan con una frecuencia creciente hasta llegar a un período de gota crónica. Esta se caracteriza por marcada tumefacción y deformidad de las articulaciones debido al depósito gradual de monourato de sodio en los cartílagos y ligamentos. Curiosamente, en general no son los artejos los atacados por este proceso sino las articulaciones de las manos y de los codos con la mayor frecuencia; las bolsas olecrania y prepatelar también pueden estar distendidas con masas nodulares. Cuando se llega a este período, hay muy poco dolor. Además, en la mayoría de los casos, aparecen tofos que contienen depósitos de urato en la piel, característicos son los de las orejas; estos tofos se ulceran ocasionalmente”.

Hench, al describir la evolución de la gota, la divide en dos grandes períodos, que comprenden cuatro fases. “El primer período es el de la artritis gotosa recurrente aguda y el segundo el de la artritis gotosa crónica. La fase 1ª es la de los primeros ataques, poco severos y generalmente localizados. Puede estar ausente la hiperuricemia o, si existe es ligera. La fase 2 comprende los ataques tardíos, generalmente más severos y más largos, que son a menudo poliarticulares y están asociados con hiperuricemia más definida y persistente, pero todavía están seguidos por remisiones sintomáticas completas. La fase 3 (fase 1 del segundo período) es la de la artritis gotosa crónica, temprana, con ataques agudos y remisiones incompletas; la fase 4 (fase 2 del segundo período) es la de la artritis gotosa crónica, final, relativamente indolora”.

Etiología. Siendo desconocida la causa de la Gota, las hipótesis que se han elaborado para explicarla son numerosas: trastorno endocrino, insuficiencia renal para la excreción de los uratos, desequilibrio del sistema nervioso vegetativo, han sido propuestos sucesivamente como los causantes de la enfermedad. Ultimamente ha recibido consideración sería la teoría alérgica, según la cual la reacción es desencadenada por proteínas, no sólo las exógenas derivadas de sustancias ricas en purinas, sino también endógenas, derivadas éstas de las sustancias tisulares que se producen como resultado de traumatismos, operaciones quirúrgicas, etc.

La antigua teoría según la cual la Gota sería resultado de una insuficiencia hepática, ha sido revivida, con base en observaciones clínicas, por Finn (de Sudáfrica), quien obtuvo resultados benéficos mediante el tratamiento de sus pacientes con levadura de cerveza. Los efectos del colchico los explica este autor por acción directa de **la droga sobre las células hepáticas.**

Factores predisponentes. Sexo. Todos los autores afirman que, por lo menos el 95 por 100 de los gotosos, son del sexo masculino, por lo cual este diagnóstico en una mujer requiere gran prudencia y estudio muy cuidadoso del caso.

Edad. El primer ataque se presenta entre los 30 y los 40 años; se puede presentar en individuos de mayor edad y muy raramente en niños. Los casos presentados llaman la atención a este respecto, pues en el primero se presentó la enfermedad a la edad de 22 años, en el segundo a los 15 y en el tercero a los 25. Recientemente Berk reportó el caso de un muchacho en que la enfermedad se inició antes de los 11 años.

Herencia. De grande importancia según los autores, 2 de los casos estudiados daban antecedentes familiares de "reumatismo", cuya naturaleza no fue determinada.

Raza. Común en los europeos, sobre todo ingleses y franceses. La demasiada importancia que se ha asignado entre nosotros a este factor, es causa de que la enfermedad no se diagnostique. También se afirma que es enfermedad de individuos sedentarios: abogados, médicos, sacerdotes, etc. Los casos que presenta son de individuos dedicados a trabajos fuertes. Otro de los pacientes que observé era aserrador de profesión. Sobre este aspecto llama la atención Jones en un artículo reciente: "Lejos de ser, en mi caso, la culminación de un período de buen vivir, siempre me ha atacado cuando estaba ya deprimido física o mentalmente por exceso de trabajo o de preocupaciones".

Diagnóstico. La presencia de podagra, hiperuricemia y tofos subcutáneos u óseos, sienta en forma definitiva el diagnóstico de Gota.

Aunque todas las descripciones mencionan la podagra (grande artejo doloroso) y la consideran de gran valor para el diagnóstico, ella sólo se presenta en el 60 a 70 por 100 de los casos y su ausencia no permite descartar la Gota. Tiene sí, un gran valor, la localización del primer ataque en otra articulación pequeña, pues en esta enfermedad hay una curiosa escala de preferencia articular: generalmente son atacadas primero las pequeñas articulaciones de pies, tobillos, manos y muñecas; menos expuestas están las de las rodillas y los codos (en general sólo en las fases tardías); casi siempre quedan indemnes los hombros y las caderas.

En cuanto a la hiperuricemia, debemos recordar que no sólo se presenta en esta enfermedad sino también en las leucemias, policitemia, toxemias del embarazo y en la insuficiencia renal terminal. Por otra parte, aunque puede presentarse precozmente, en la mayoría

de los casos sólo se encuentra en el período crónico y falta por completo en el primer período o período de los ataques agudos. Esto mismo sucede con los tofos, que también son de aparición tardía en la mayoría de los casos; sin embargo su presencia es concluyente en el diagnóstico. Su naturaleza puede demostrarse por la observación al microscopio de cristales de uratos o bien, mediante la reacción de la murexida.

Asimismo, es de valor diagnóstico la historia de varios ataques anteriores con libertad absoluta de dolor y lesión articular durante los intervalos.

La localización de la inflamación en una articulación pequeña permite descartar el reumatismo articular agudo, que es poliarticular y migratorio y tiene preferencia por las articulaciones grandes; además se acompaña de altas temperaturas.

Las artritis sépticas, que pueden ser monarticulares, tienden a localizarse asimismo en una articulación grande: rodillas, caderas, etc. y se acompañan de fiebre alta, irregular, sudores, gran leucocitosis y otros signos de sepsis. Frecuentemente conducen a la supuración, fenómeno que nunca se presenta en la gota.

La artritis gonocócica con frecuencia es monoarticular, pero, al igual que las artritis sépticas, tiene predilección por las articulaciones de gran volumen, en especial por la de la rodilla. La atrofia muscular, a veces, es marcada. La presencia de periostitis calcánea gonocócica puede causar confusión, ya que en la Gota se presenta a veces tendinitis aquiliana (caso Nº 3).

La artritis reumatoide que tiene predilección por las articulaciones pequeñas, se diferencia clínicamente por la tendencia a atacar articulaciones simétricas, las cuales adquieren forma de huso y presentan un color cianótico; al tacto se encuentran frías, dando sensación de humedad. Mientras que en la Gota predomina la sensibilidad, en la artritis reumatoide llama la atención especialmente el dolor.

Tratamiento. El tratamiento es diferente según que se trate de un ataque agudo, o que la enfermedad se halle en período crónico. En ambos casos es de grande importancia una dieta libre de purinas, pobre en grasas (que inhiben la excreción de los uratos) rica en hidratos de carbono y en proteínas libres de purinas: leche, huevos, queso, etc.

En la artritis aguda el tratamiento se reduce a: reposo en cama y protección de la parte enferma, un purgante (sulfato de sodio o magnesio), aplicaciones calientes y colchicina, en tabletas de 0.5 mg., que se deben suministrar cada dos horas hasta aliviar el dolor, o

hasta que aparezcan los síntomas de intolerancia (náusea, diarrea, etc.) Además, se debe dar cincófono o salicilatos para promover la eliminación del ácido úrico. En algunos casos es necesario recurrir a la codeína o a la morfina para controlar el dolor mientras obra la colchicina. La dosis media de ésta varía entre 10 y 14 tabletas. El paciente podrá levantarse tan pronto como desaparezca el dolor.

Durante el período crónico, es indispensable la dieta. Además, se pueden suministrar los salicilatos o el cincófono; la eliminación de uratos debe complementarse con la ingestión de líquidos en abundancia y álcalis para impedir la precipitación en las vías urinarias. Cuando los tofos se ulceran, es necesaria su extirpación quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

Beckman, H.: Treatment in General Practice, 5th. Edition. W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1946.

Berk, M. E.: Gout: Report of an unusual case in a young man. Am. J. Med. Sciences, 215: 290 (march) 1948.

Finn, N.: Gouty Diathesis. J. A. M. A. 141: 292 (sep. 24) 1949.

Hench, P. S.: Gout and Gouty Arthritis, in Ceci's Text-Book of Medicine 6th Edition. W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1943.

Jones, F. & W.: What in Gout? Lancet, CCLIV: 165 (Jan. 31) 1948.

Lansbury, J.: The recognition and management of Gout. Med Clin. North America 30: 597 (may) 1946.