

Imágenes

A propósito de un caso con artritis gotosa

About a case of gouty arthritis

Virginia Noriega Martínez*, Paula Manzorro Fernandez y Marta Cristina Imaiztegui Subalcaba

Centro de Salud de Torreldones, Hospital Universitario Puerta del Hierro, Torreldones, Madrid, España



Varón de 82 años, que acude al servicio de urgencias con enfermedad gotosa poliarticular de larga evolución, sin tratamiento hasta hace un mes, que comenzó con colchicina 0,5 mg/24 h, allopurinol 100 mg/24 h y paracetamol 1 g/8 h.

Es remitido desde atención primaria para valoración de lesión articular gotosa sobreinfectada, con supuración activa y probable fistula interfalángica (3.º dedo de la mano izquierda). Ha recibido un ciclo de antibioterapia con amoxicilina-clavulánico, y está recibiendo curas diarias en su centro de salud por parte del servicio de enfermería desde hace 3 semanas, sin mejoría. Niega fiebre ni otra sintomatología en anamnesis por aparatos. Refiere consumo habitual de 5 cervezas diarias y una copa de vino en las comidas. No presenta factores de riesgo cardiovascular ni otras enfermedades médicas a excepción de la artritis gotosa. Niega consumo de fármacos de forma habitual. No había acudido al centro de salud de referencia hasta que comenzó con dicha sintomatología en el centro de salud con niveles de ácido úrico normales (7,0 mg/dl) (fig. 1).

Analítica en la urgencia. Hemograma: leucocitos: $7,37 \times 10^3/\mu\text{M}$ y neutrófilos $4,77 \times 10^3/\mu\text{M}$. Química: urea 37,00 mg/dl; creatinina 1,15 mg/dl, GPT 100 U/l, GOT 22,00 U/l, gamma-glutamyl-transferasa 100 U/l y proteína C reactiva 82,80 mg/l.

En la urgencia se le administró suero salino fisiológico, y se inició tratamiento antibiótico con levofloxacino y clindamicina intravenosa, se dejó ingreso para continuar con antibioterapia intravenosa y valoración por parte del servicio de reumatología y de cirugía plástica, pero el paciente solicitó alta voluntaria, ya que se trata de un paciente cuidador principal que no podía permitirse desatender los cuidados de su mujer.

Conclusión

La gota consiste en un síndrome que se manifiesta como una inflamación de las articulaciones secundaria a depósito de cristales de urato monosódico. Suele manifestarse en pacientes que



Figura 1. Tofos gotosos bilaterales y fistula interfalángica, en paciente con poliartrosis gotosa no tratada, de larga evolución.

presentan hiperuricemia, aunque casi la mitad de los pacientes que presentan una artritis gotosa, tienen niveles de ácido úrico normales¹.

La artritis gotosa es la artritis inflamatoria más frecuente. Afecta más frecuentemente a varones de edad avanzada. Suele asociarse a factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes mellitus, dislipemia...).

La mayoría de pacientes presentan de base una disminución de excreción de ácido úrico, que se ve agravada por factores como: consumo de alcohol, ingesta de alimentos con purinas (carne, marisco), tratamientos quimioterápicos, insuficiencia renal crónica.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: virginia.noriega@icloud.com (V. Noriega Martínez).

El diagnóstico definitivo de la artritis gotosa consiste en la identificación de cristales de urato monosódico en el líquido sinovial de dicha articulación, aunque en la práctica no suele hacerse punción y el diagnóstico se basa en la combinación de criterios clínicos y analíticos: monoartritis gotosa de rápida aparición, presencia de hiperuricemia, varones, consumo de bebidas alcohólicas, disminución de sintomatología tras el consumo de colchicina entre otras.

El tratamiento consiste en la combinación de medidas no farmacológicas como: seguir una dieta baja en purinas, eliminar el consumo de alcohol, ingesta hídrica elevada y control de factores de riesgo cardiovascular entre otras medidas. Y medidas farmacológicas en ciertos pacientes (combinación de AINE o colchicina con hipouricemiantes)^{2,3}.

Es importante presentar especial atención en los pacientes cuidadores principales, ya que en varias ocasiones tienden a

desatender sus propios cuidados. De aquí la relevancia de un seguimiento clínico y analítico de los pacientes con patologías crónicas, desde los servicios de atención primaria.

Bibliografía

- 1 Janssens HJ, Fransen J, van de Lisdonk EH, van Riel PL, van Weel C, Janssen M. A diagnostic rule for acute gouty arthritis in primary care without joint fluid analysis. *Arch Intern Med* 2010;170:1120–6, <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2010.196>.
- 2 Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Nuevos medicamentos: Pegloticasa, 2012 [consultado 23 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/informa/informeMensual/2012/octubre/informe-medicamentos.htm>.
- 3 Becker MA, Schumacher HR Jr, Wortmann RL, MacDonald PA, Eustace D, Palo WA, et al. Febuxostat compared with allopurinol in patients with hyperuricemia and gout. *N Engl J Med* 2005;353:2450–61.

DUPLICATE