



Imágenes

A propósito de un caso de artritis gotosa

Clinical case of gouty arthritis

Virginia Noriega Martínez^{a,*}, Paula Manzorro Fernández^b y Marta Cristina Imaz Rubalcaba^c^a Residente 1º año Hospital universitario Puerta de Hierro, Centro de salud Torreledones, Madrid, España^b Residente 4º año Hospital universitario Puerta de Hierro, Centro de salud Torreledones, Madrid, España^c Médico adjunta del Centro de salud Torreledones, 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, alopurinol 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 fístula en articulación interfalángica del 3º dedo (figs. 1 y 2).

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 tres semanas, sin mejoría.

No ha presentado fiebre ni otra sintomatología en anamnesis por aparatos. Refiere consumo habitual de cinco cervezas diarias y una copa de vino en las comidas. No presenta factores de riesgo cardiovascular ni otras enfermedades médicas a excepción de la



Figura 2. Tofos gotosos en ambas manos de paciente con poliartrosis gotosa no tratada, de larga evolución.

artritis gotosa. Niega consumo de fármacos de forma habitual. No había acudido a su centro de salud de referencia hasta que comenzó con dicha clínica. Aporta analítica del centro de salud con niveles de ácido úrico normales (7,0 mg/dL).

Se realizó una analítica obteniéndose los siguientes resultados: Hemograma: leucocitos: $7,37 \times 10^3/\mu\text{M}$, neutrófilos $4,7710^3/\mu\text{M}$. Bioquímica: urea 37,00 mg/dL, creatinina 1,15 mg/dL, GPT 14,00 U/L, GOT 22,00 U/L, gamma-glutamyltransferasa 18,00 U/L, proteína C reactiva 82,80 mg/L.

En la urgencia se realizó lavado con suero salino fisiológico y se inició tratamiento antibiótico con levofloxacino y clindamicina intravenosa, se decidió 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 es el cuidador principal de su mujer y no podía permitirse desatender sus cuidados.

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

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



Figura 1. Fístula en articulación interfalángica del 3º dedo, en paciente con poliartrosis gotosa de larga evolución.

* Autor para correspondencia.

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

La mayoría de los 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 e insuficiencia renal crónica entre otros².

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 otras³.

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, así como medidas farmacológicas en ciertos pacientes (combinación de AINE o colchicina con hipouricemiantes).

Este caso, aparte de mostrarnos la importancia del seguimiento y tratamiento de la artritis gotosa, nos enseña la importancia de

presentar especial atención a los pacientes con el rol de cuidadores principales, ya que en varias ocasiones tienden a desatender sus propios cuidados, centrándose en los de la persona que cuidan. De aquí la relevancia de un seguimiento clínico y analítico de los pacientes con patologías crónicas, desde los servicios de atención primaria.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- 1 Sancho T, Bernardino I, García J. Un paciente con hiperuricemia. *Medicina Integral* 2000;35(3):100–10. Elsevier. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-15362>.
- 2 Harrison. Gota y otros trastornos del metabolismo de las purinas. *Principios de medicina interna* 1998;14:2.455–63. Ediciones Interamericana.
- 3 Anssens 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(13):1120–6, doi: 10.1001/archinternmed.2010.196. PubMed.