



Original

Influencia de la historia natural de la enfermedad en el diagnóstico previo en pacientes con gota

 Fernando Pérez Ruiz^{a,*}, Jesús Ruiz López^b y Ana María Herrero Beites^c
^a Servicio de Reumatología, Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Sopelana, Vizcaya, España

^c Servicio de Rehabilitación, Hospital de Górliz, Vizcaya, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de septiembre de 2008

Aceptado el 4 de diciembre de 2008

On-line el 22 de mayo de 2009

Palabras clave:

Gota

Diagnóstico

Evolución

Keywords:

Gout

Diagnosis

Evolution

RESUMEN

El diagnóstico clínico de la gota puede ser preciso en formas clínicamente típicas. Sin embargo, en las formas clínicas crónicas o atípicas dicha fiabilidad parece no darse en la práctica.

Se ha estudiado una cohorte de 348 pacientes con diagnóstico de gota por cristales de urato, remitidos con una valoración diagnóstica definida, de los que se recogieron datos sobre la severidad de la enfermedad en cuanto a la distribución articular y la presencia de tofos. Se analizaron los datos de precisión respecto al diagnóstico de derivación según los parámetros de severidad clínica y los facultativos que remitían a los pacientes.

La mayor precisión diagnóstica se observó en las formas monoarticulares precedentes tanto en áreas de urgencias como en medicina familiar, pero no así en los remitidos por otras especialidades. La presencia de formas oligopoliarticulares redujo significativamente la precisión del diagnóstico de referencia en todos los grupos de facultativos. La presencia de tofos no favoreció la precisión diagnóstica.

Las formas crónicas y severas de la gota son frecuentemente mal evaluadas desde el punto de vista clínico.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Influence of the natural history of disease on a previous diagnosis in patients with gout

ABSTRACT

The clinical diagnosis of gout can be quite precise in clinically typical forms. However, in chronic or atypical forms, such precision tends to be diminished in clinical practice.

A cohort of 248 patients with a diagnosis of urate crystal arthropathy was studied, sent with a definite clinical evaluation, and data such as severity of the disease, joint distribution and the presence of tophi were gathered. Precision data was analyzed with respect to the referral diagnosis according to the severity parameters and the type of physician sending the patient.

The best diagnostic precision was seen in the monoarticular forms that were sent both by the emergency room as well as by family physicians, but not in those sent by other specialists. The presence of oligoarticular forms reduced significantly the diagnostic precision in all of the specialties referring patients. The presence of tophi did not improve diagnostic precision.

Chronic and severe forms of gout are frequently wrongly evaluated from the clinical standpoint.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El patrón oro para el diagnóstico de la gota (gota úrica) es la observación de cristales en muestras de líquido sinovial¹. Las recomendaciones EULAR para el diagnóstico de gota discuten que

la presencia de artritis aguda, asimétrica, con eritema, en localización típica (podagra, artritis aguda de tarso) puede ser razonablemente precisa, si bien no definitiva, para el diagnóstico de gota¹.

Sin embargo, no disponemos de datos sobre factores de confusión en el diagnóstico de gota en situación de práctica clínica habitual y además sabemos que las bases de datos administrativas no ofrecen una fiabilidad aceptable². Aunque la percepción general podría ser que la gota, incluido su diagnóstico, es una enfermedad generalmente bien conocida, los errores

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: fernando.perezruiz@osakidetza.net, FPEREZRUIZ@telefonica.net (F. Pérez Ruiz).

diagnósticos son frecuentes tanto por defecto como por exceso³, lo que hace dudar de tal afirmación⁴.

Pacientes y método

Se han recogido datos de una cohorte de pacientes con seguimiento longitudinal en una consulta de gota mediante un protocolo de recogida sistemática de datos.

En la visita basal desde el año 2000 al año 2008 se han obtenido datos generales de los pacientes, la confirmación del diagnóstico mediante la visualización de cristales de urato monosódico (UMS) en muestras procedentes de líquido sinovial o aspirado de nódulos subcutáneos, el tiempo de evolución de la enfermedad, la presencia de tofos subcutáneos en la exploración física, el número de articulaciones afectadas durante la evolución de la enfermedad hasta la visita inicial en reumatología y la presencia de comorbilidad (hipertensión arterial, diabetes, hiperlipidemia, litiasis renal, enolismo, antecedentes de patología vascular clínicamente significativa), motivo por el que el paciente es remitido y especialidad del facultativo que remite al paciente para valoración en reumatología.

El número de articulaciones afectadas se categorizó como monoarticular (una sola articulación con manifestaciones clínicas), oligoarticular (2 a 4 articulaciones afectadas durante la evolución de la enfermedad) y poliarticular (5 o más articulaciones afectadas).

La procedencia de los pacientes se categorizó según la especialidad del facultativo remitente (medicina de familia, urgencias, traumatología, medicina interna, reumatología y otros especialistas). El motivo de consulta se categorizó según la información disponible en la hoja de consulta en: a) dolor articular o artritis (dolor articular, inflamación o tumefacción articular sin mención a hiperuricemia, gota o tofos), y b) gota (artritis e hiperuricemia, hiperuricemia y dolor, gota o tofos).

Se realizó un análisis mediante el paquete estadístico SPSS 14.0. Se excluyeron del análisis: a) pacientes que consultaron a petición propia; b) pacientes sin confirmación del diagnóstico por cristales de UMS, y c) pacientes en los que no existía ningún dato clínico mínimo para categorizar la sospecha diagnóstica previa (tales como "valoración reumatológica", "diagnóstico y tratamiento", "estudio", "desea ser valorado por especialista", etc.).

Resultados

De un total de 495 pacientes evaluados en primera visita durante el período reseñado, se excluyeron del análisis 76 pacientes sin confirmación diagnóstica por cristales de urato (25 no consintieron la artrocentesis o aspiración diagnóstica, 25 habían sido tratados con hipouricemiantes durante años y no se procedió a artrocentesis, en 26 no se pudo demostrar la presencia de cristales), 28 pacientes sin datos clínicos mínimos aportados en la consulta y 43 pacientes a petición propia, quedando 348 pacientes para análisis de los resultados.

La población estudiada se componía mayoritariamente de varones (93,5%), con una edad media de 58 ± 12 años (mediana de 57; rango de 28 a 86), con una media de evolución desde el inicio de los síntomas de $6,9 \pm 5,8$ años (mediana de 5; rango de 0 a 32), una uricemia media de $9,0 \pm 1,4$ mg/dl (mediana de 8,7; rango de 5,9 a 15,3) y un número de episodios agudos de inflamación articular de 3,7 por paciente por año (mediana de 3; rango de 1 a 20).

El motivo de la consulta fue la sospecha diagnóstica de gota sólo en 163 (52,5%, intervalo de confianza [IC] del 95%: de 39,7 a 56,2) de los pacientes. La evolución de la distribución clínica de la

enfermedad en la primera visita fue monoarticular en 45 pacientes (13%), oligoarticular en 164 pacientes (47%) y poliarticular en 139 pacientes (40%). Fue menos frecuente el diagnóstico previo de gota en los pacientes con formas oligoarticulares o poliarticulares. Así, se mencionaba una sospecha diagnóstica de gota en 151 de 303 (50%) de los pacientes con afección oligoarticular o poliarticular frente a 32 de 45 (71%) de los pacientes con clínica monoarticular (razón de exceso 0,40; IC del 95%: de 0,20 a 0,80; $p < 0,01$).

Se apreció al menos un tofo en la exploración física en 124 pacientes (35,6%). En 131 de 224 (58,5%) de los pacientes sin tofos se expresaba una sospecha diagnóstica de gota, mientras que sólo en 52 de 124 (41,9%) de los pacientes con tofos se expresaba tal sospecha en la consulta de referencia (razón de exceso 0,51; IC del 95%: de 0,32 a 0,80; $p = 0,01$). El análisis por estratos dependiendo de la afección clínica topográfica mostró una mayor frecuencia de diagnóstico distinto a la gota, a pesar de la presencia de tofos (razón de exceso 0,79; IC del 95%: de 0,63 a 0,98; $p < 0,05$).

Ciento cincuenta y nueve (46%) pacientes de un total de 348 procedían del área de urgencias, 82 (23,5%) de medicina de familia, 21 (6%) de medicina interna/reumatología, 22 (6,3%) de traumatología y 64 (18,5%) de otros especialistas. Para facilitar el análisis, dada la escasa frecuencia de distribución en algunos grupos de referencia, se agruparon las procedencias de las derivaciones en tres grupos: medicina de familia, área de urgencias y otros especialistas, que incluye al resto de los grupos.

Por procedencia, medicina de familia mostró un diagnóstico de referencia sugiriendo gota en al menos dos tercios de los pacientes, tanto en las formas monoarticulares como oligopoliarticulares (tabla 1). En el área de urgencias, las formas monoarticulares son frecuentemente diagnosticadas (85%), si bien su rendimiento cae casi a la mitad en las formas oligopoliarticulares (45%). Otros especialistas que remiten pacientes incluyen datos que sugieren el diagnóstico de gota en menos de la mitad de los pacientes, procediendo de ellos los pacientes con las formas clínicas más severas: en más de la mitad de los casos son poliarticulares y tofáceas (tabla 2). Llamaba la atención que en las formas de evolución monoarticular la tasa de sugerencia de diagnóstico de gota sólo alcanzase un 30% cuando los pacientes procedían de otros especialistas. El análisis de las historias en estos casos mostró que 5 de los 7 pacientes sin sugerencia de diagnóstico de gota habían sido remitidos por la presencia de hipertrofia sinovial severa en estudios de resonancia magnética (4 rodillas, 1 tobillo) que sugería el diagnóstico de sinovitis villonodular pigmentada. Todos ellos tenían clínica oligopoliarticular de episodios de inflamación articular aguda recurrente y

Tabla 1
Procedencia, diagnóstico y forma clínica

Forma clínica	Procedencia	Diagnóstico previo		Total n (% gota/total)
		Artralgias/artritis	Gota	
Monoarticular*	MF	2	6	8 (75)
	OE	7	3	10 (30)
	AU	4	23	27 (85)
	Total	13	32	45 (71)
	Procedencia			
Oligopoliarticular*	MF	23	51	74 (69)
	OE	57	40	97 (42)
	AU	72	60	132 (45)
	Total	152	151	303 (50)

AU: área de urgencias; MF: medicina de familia; OE: otros especialistas.

* Prueba χ^2 de Pearson ($p < 0,001$).

Tabla 2
Procedencia y afección severa

	Poliarticular* (%)	Tofos* (%)	Total
Procedencia			
Medicina de familia	35 (42,7)	26 (31,7)	82
Otros especialistas	60 (56,1)	58 (54,2)	107
Área de urgencias	44 (29,5)	40 (25,1)	159
Total	139 (40)	124 (35,6)	348

* Prueba χ^2 de Pearson ($p < 0,001$).

Tabla 3
Procedencia, diagnóstico previo y presencia de tofos

Tofos	Procedencia	Diagnóstico previo		Total n (% gota/total)
		Artralgias/artritis	Gota	
Ausentes*	MF	16	40	56 (71)
	OE	25	24	49 (49)
	AU	52	67	119 (56)
	Total	93	131	224 (58,5)
Presentes*	MF	9	17	26 (65)
	OE	39	19	58 (33)
	AU	24	16	40 (40)
	Total	72	52	124 (42)

AU: área de urgencias; MF: medicina de familia; OE: otros especialistas.

* Prueba χ^2 de Pearson ($p < 0,001$).

presencia de nódulos subcutáneos, si bien la clínica en la articulación para cuyo estudio fueron remitidos era crónica.

La presencia de tofos, contra lo que cabría esperar, reduce la tasa de sospecha diagnóstica en todos los grupos de referencia, si bien sólo en otros especialistas y en área de urgencias cae por debajo del 50% (tabla 3). La comorbilidad, la edad o el género no influyeron en la precisión del diagnóstico previo o la severidad clínica de la gota, si bien casi todos los parámetros de comorbilidad (hipertensión, antecedentes vasculares, diabetes mellitus, insuficiencia renal, empleo de diuréticos) fueron más frecuentes en los pacientes remitidos por otros especialistas (que incluían mayoritariamente cardiología, nefrología, neurología y endocrinología) que asumimos como sesgo de selección.

Por último, 46 de 159 (29,8%) de los pacientes procedentes del área de urgencias ingresaron con la sospecha diagnóstica de artritis infecciosa y 9 de 107 (8,4%) pacientes habían sido ingresados con otros diagnósticos a otras unidades: 1 vasculitis (diagnóstico final: toxicodermia por alopurinol), 3 artritis reumatoide (diagnóstico final: brote poliarticular de gota y tofos subcutáneos), 2 artritis reactiva (diagnóstico final: artritis gotosa y diarrea inducida por dosis elevadas de colchicina), 1 incapacidad para la deambulaci3n (diagn3stico final: artropatía crónica por gota tofácea).

Discusi3n

Pese a las evidentes limitaciones por sesgo de selecci3n que supone estudiar una poblaci3n referida a asistencia especializada, llama poderosamente la atenci3n que en la mitad de estos pacientes el motivo por el que fueron remitidos no fue la valoraci3n y el tratamiento de formas severas o complejas de gota, refractarias a alopurinol o en pacientes con severa comorbilidad, sino la presencia de patología articular no reconocida previamente como gota.

Los errores en el diagnóstico de gota por exceso han sido estudiados previamente³, se presume que por una relativamente alta prevalencia de hiperuricemia en la poblaci3n adulta⁵ y aún mayor en pacientes ancianos por el frecuente empleo de diuréticos⁶ así como la presencia de otras patologías del aparato locomotor, predominantemente artrósicas.

En una evaluaci3n de la precisi3n diagn3stica de bases de datos administrativas, dos a cuatro visitas con un código ICD-9 de gota mostraron un valor de predicci3n positivo que no superaba los dos tercios cuando se tomaron como referencia distintos criterios de clasificaci3n². Los autores observaron que el mayor valor de predicci3n se observó cuando el paciente había sido valorado por un reumatólogo; obviamente, los reumatólogos tenemos la tendencia a guiarnos por los criterios de clasificaci3n de Wallace de 1977⁷, y por ello parece obvio que la concordancia del que aplica estos criterios con los propios criterios sea alta. Sin embargo, un análisis detallado del artículo original de Wallace et al muestra que el patr3n oro empleado por los autores de los criterios preliminares para la clasificaci3n de los ataques agudos de gota primaria fue el diagnóstico clínico y los criterios propuestos est3n diseñados para evaluar ataques de gota agudos y típicos (tarso o primera articulaci3n metatarsofalángica), comparado con formas monoarticulares con topografía en otras articulaciones (artritis infecciosa o pseudogota, más frecuentemente en rodilla) o poliarticulares simétricas (artritis reumatoide). Los propios autores enfatizan el hecho de que no se hayan contrastado con espondiloartropatías⁷, enfermedades con distribuci3n frecuentemente en tren inferior, asimétrica y no infrecuentemente recurrente, limitaba la aplicabilidad de sus criterios preliminares de clasificaci3n – criterios para el diagnóstico.

Nuestros resultados inciden en el escaso reconocimiento de que la gota crónica puede llegar a presentar una evoluci3n clínica a formas poliarticulares, simétricas e incluso que afecten articulaciones acras de los miembros superiores^{8,9}, ya que la historia natural de la enfermedad no tratada es una evoluci3n a formas poliarticulares y tofáceas en la mitad de los pacientes tras más de 10 años de evoluci3n¹⁰.

La historia natural de la enfermedad parece dificultar el diagnóstico de gota de forma diferente a los distintos grupos de profesionales que derivan a los pacientes. Así, en atenci3n primaria, aunque las formas poliarticulares o tofáceas son menos reconocidas, el diagnóstico previo de gota aparece entre el 65 y el 75% de los pacientes. El seguimiento clínico previo de la evoluci3n de la enfermedad puede aportar al clínico en este nivel asistencial más datos del inicio de la enfermedad, que permitan su identificaci3n.

Por el contrario, los pacientes procedentes de traumatología presentaban formas clínicas infrecuentes, esquivas al diagnóstico por técnicas de imagen sofisticadas debido a su posible confusi3n con infecciones crónicas o tumores¹¹ pero que se diagnosticaron con una técnica sencilla y altamente rentable en cuanto a la relaci3n coste-eficacia: la anamnesis sobre clínica articular previa, la artrocentesis diagn3stica y la observaci3n con microscopio del líquido sinovial¹². Esta última no es una técnica habitual en la práctica diaria, incluso en la práctica especializada, ya que sólo un cuarto de los pacientes con gota son diagnosticados sobre la base de la observaci3n de cristales de UMS¹³. Sin embargo, la artrocentesis diagn3stica se incluye en las recomendaciones EULAR sobre diagnóstico de la gota. Y no sólo eso: en su propuesta 4 “se recomienda la búsqueda rutinaria de cristales en el líquido sinovial de articulaciones sin diagnóstico definido”¹.

La severidad de los episodios agudos (un cuarto de los pacientes fueron ingresados por presentar fiebre y leucocitosis) parece ser un factor de confusi3n en las áreas de urgencias, y también la reciente formaci3n académica —que enfatiza las enfermedades con fisiopatología atractiva (la artritis reumatoide como paradigma de

enfermedad poliarticular, la artritis infecciosa como paradigma de enfermedad monoarticular aguda) frente a enfermedades consideradas prosaicas, como la gota— frente al conocimiento de lo frecuente en la experiencia clínica práctica, puede añadir mayor confusión al diagnóstico diferencial.

En conclusión, la gota no parece ser una enfermedad fácilmente reconocible, a excepción de sus formas clínicas más características (artritis asimétrica de tarso o de la primera articulación metatarsfalángica). La historia natural de la enfermedad parece tener mayor impacto en unos colectivos profesionales que en otros. Al menos en el nivel hospitalario (p. ej., área de urgencias, traumatología), la realización de artrocentesis diagnóstica sistemática que incluya estudio de cristales en líquido sinovial) parece, a la vista de los datos aportados, al menos altamente recomendable.

Bibliografía

- Zhang W, Doherty M, Pascual E, Bardin T, Barskova V, Conaghan P, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part I. Diagnosis. Report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for international clinical studies including therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis.* 2006;65:1301–11.
- Harrold LR, Saag K, Yood RA, Mikuls TR, Andrade SE, Fouyaici H, et al. Validity of gout diagnoses in administrative data. *Arthritis Rheum.* 2007;57:103–8.
- Wolfe F, Cathey MA. The misdiagnosis of gout and hyperuricemia. *J Rheumatol.* 1991;18:1232–4.
- Hasselbacher P. Gout: The best understood form of arthritis?. *Arthritis Care Res.* 1996;9:5–8.
- González Buitrago JM, Arroyo A, Vega L, Gracia Fernández N, De la Rúa A, Navajo JA. Prevalencia de la hiperuricemia y la gota en una muestra de población rural castellana de edad comprendida entre 40 y 50 años. *Rev Clin Esp.* 1988;182:454–8.
- Hunter DJ, York M, Chaisson CE, Woods R, Niu J, Zhang Y. Recent diuretic use and the risk of recurrent gout attacks: The online case-crossover gout study. *J Rheumatol.* 2006;33:1341–5.
- Wallace SI, Robinson H, Masi AT, Decker JL, McCarty DJ, Yü TF. Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of primary gout. *Arthritis Rheum.* 1977;20:895–900.
- Chui CHK, Lee JHK. Diagnostic dilemmas in unusual presentations of gout. *Aust Fam Physician.* 2007;36:931–4.
- Fam AG, Stein J, Rubenstein J. Gouty arthritis in nodal osteoarthritis. *J Rheumatol.* 1996;23:689–94.
- Yü TF, Gutman AB. Principles of current management of primary gout. *Am J Med Sci.* 1967;254:893–907.
- Yu JS, Chung C, Retch M, Dailiana T, Jurdi R. MR imaging of tophaceous gout. *Am J Roentgenol.* 1997;168:523–7.
- Lumbreras B, Pascual E, Frasquet J, González-Salinas J, Rodríguez E, Hernández-Aguado I. Analysis for crystals in synovial fluid: training of the analysts results in high consistency. *Ann Rheum Dis.* 2005;64:612–5.
- Pérez Ruiz F. Tratamiento de la gota: reflexiones desde el estudio GEMA. *Reumatol Clin.* 2008;4 Supl 3:41–44.