

Manifestaciones clínicas de artritis gotosa aguda

Sr. Director: Históricamente la gota ha sido considerada una enfermedad que afecta fundamentalmente a caucásicos, relacionada con la obesidad y el excesivo consumo de alcohol. Presentamos un estudio retrospectivo en el que se describen las características clínicas y el tratamiento de 60 pacientes con ataques agudos de gota que fueron atendidos en un centro de reumatología de la ciudad de Buenos Aires. Hemos estudiado retrospectivamente a 60 pacientes con artritis gotosa aguda. El diagnóstico de gota se estableció según los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR)¹.

Se definió obesidad como un índice de masa corporal² ≥ 30 kg/m²; se consideraron bebedores con riesgo a los pacientes cuya ingesta fue > 14 unidades por semana en varones y > 7 en las mujeres³. La hiperuricemia se definió como la presencia de ácido úrico (AU) en plasma > 7 mg/dl en varones y > 6 mg/dl en mujeres.

La media \pm desviación estándar, (DE) de la edad al diagnóstico fue de $56,3 \pm 11,8$ años. El pico de prevalencia se observó entre los 40 y los 60 años. Cincuenta y siete (95%) pacientes eran varones. La duración media de la enfermedad desde el diagnóstico fue de $8,8 \pm 5,6$ años. Se detectó hipertensión arterial en el 40%, hipercolesterolemia en el 25%, hipertrigliceridemia en el 15% y obesidad en el 56,7% de los pacientes. La media del índice de masa corporal fue $30,3 \pm 4,7$.

La ingesta media de alcohol fue $6,1 \pm 11,1$ unidades por semana; el 78,3% tenía una ingesta de bajo riesgo y el 21,7% tenía un consumo riesgoso.

En 15 pacientes se realizó una punción en la articulación afectada y en 10, el tofo. Se encontraron cristales de AU en el 100% de las articulaciones. Se diagnosticó a los demás pacientes con los criterios clínicos (tabla 1). El 58% de los pacientes presentaron deterioro monoarticular, el 35% oligoarticular y el 7% poliarticular. El promedio anual de ataques por paciente fue de $2,7 \pm 1,2$ según refirieron los pacientes en el interrogatorio.

Recibía tratamiento con alopurinol el 53,3% de los pacientes y el 8,3% tomaba diuréticos. La dosis de alopurinol que recibían los pacientes osciló entre 100 y 300 mg/día.

Se observó hiperuricemia en el 71,7% de los pacientes durante el ataque agudo. La uricemia media fue de $8,3 \pm 2,3$ mg/dl.

La uricemia media en pacientes sin alopurinol fue $8,2 \pm 2,1$ y en pacientes en tratamiento con alopurinol $8,4 \pm 2,4$ ($p =$ no significativa). No hubo diferencias significativas en los valores de AU entre los bebedores de riesgo alto y bajo.

Diez pacientes (16%) tenían tofos; éstos presentaron mayor tiempo de evolución desde el diagnóstico ($9,3$

TABLA 1. Criterios clínicos utilizados para el diagnóstico

Criterios clínicos	Pacientes que presentaron el criterio (%)
Máxima inflamación desarrollada en 1 d'a	93,3
Més de un ataque	90
Artritis monoarticular	91,7
Enrojecimiento	85
Tumefacción o dolor de la primera MTF	76,7
Ataque unilateral de la primera MTF	73,3
Ataque unilateral del tarso	40
Tofo sospechado	28,3
Hiperuricemia	86,7
Tumefacción asimétrica	86,7
Quiste subcortical, sin erosiones	NE
Cultivo negativo	NE

NE: no evaluable; MTF: metatarsofalángica.

frente a 6,5 años; $p < 0,01$) y mayor número de ataques anuales (4 frente a 2,8 ataques anuales; $p < 0,0006$) comparado con pacientes sin tofos.

Se realizó un modelo de regresión logística analizando la probabilidad de presencia de tofos. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico y la frecuencia anual de ataques fueron predictores de la presencia de tofos.

No se halló relación entre la articulación afectada y las concentraciones de AU; tampoco con la concentración de AU entre los pacientes con deterioro mono, oligo y poliarticular.

La uricemia media en el ataque agudo en pacientes tratados y no tratados con alopurinol no mostró diferencias.

La frecuencia anual de ataques fue igual en pacientes tratados con alopurinol comparada con los no tratados (3 por año en ambos grupos).

Este estudio no ha puesto de manifiesto diferencias entre nuestra serie de pacientes y otras series publicadas anteriormente en cuanto a las características clínicas^{4,5}. La incidencia de hipertensión arterial y de ingesta alta de alcohol es mayor en esta serie de pacientes con gota comparada con la de la población normal de la ciudad de Buenos Aires^{6,7}.

Observamos que la media de uricemia y la frecuencia de ataques fueron similares entre los pacientes tratados con alopurinol y los no tratados. Probablemente, estos resultados se deben a una falta de cumplimiento de las medidas higiénico-terapéuticas por parte del paciente.

C.N. Pisoni, B. Nishishinya, P. Tate y G. Tate

Organización Médica de Investigación. Buenos Aires. Argentina.

Bibliografía

1. Wallace SL, Robinson H, Masi AT, Decker JL, McCarty DJ, Yu TF. Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of primary gout. *Arthritis Rheum.* 1977;20:895-900.
2. Obesity. A report of the Royal College of Physicians. *J R Coll Physicians Lond.* 1983;17:5-65.
3. Reid MC, Fiellin DA, O'Connor PG. Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. *Arch Intern Med.* 1999;159:1681-9.
4. Garcia CO, Kutzbach AG, Espinoza LR. Characteristics of gouty arthritis in the Guatemalan population. *Clin Rheumatol.* 1997;16:45-50.
5. Grahame R, Scott JT. Clinical survey of 354 patients with gout. *Ann Rheum Dis.* 1970;29:461-8.
6. De Lena SM, Cingolani HE, Almiron MA, Echeverria RF. Prevalencia de la hipertensión arterial en una población rural boncierendeña. *Medicina (Buenos Aires).* 1995;55:225-30.
7. Coniglio RI, Castillo S, Dahinten E, et al. Factores de riesgo para la aterosclerosis coronaria. Comparación entre dos regiones argentinas. *Medicina (Buenos Aires).* 1994;54:117-28.