
Gota en el anciano

CARLOS A. AGUDELO, OSCAR URIBE

Los libros de texto y la literatura reumatológica en general, hacen hincapié en la presentación clínica *clásica* del paciente con gota y en su tratamiento médico. Con frecuencia, sin embargo, la presentación no es típica en el anciano y el diagnóstico pasa desapercibido o se establece en forma errónea.

En las mujeres mayores de 60 años la presentación de la gota puede ser pollarticular, de iniciación lenta, no aguda, y con compromiso de articulaciones pequeñas de las manos, dando lugar a confusión con una posible artritis reumatoidea o con la exacerbación de un proceso degenerativo.

El examen cuidadoso del líquido sinovial y la identificación de los cristales de urato monosódico son primordiales para el diagnóstico. Es preciso conocer las interacciones farmacodinámicas de las medicaciones antiinflamatorias e hipouricemiantes con otras que el paciente pueda estar tomando para procesos asociados. El médico debe abstenerse de tratar la hiperuricemia asintomática. Una vez confirmado el diagnóstico de gota debe trazarse un plan de tratamiento y seguimiento. Las reacciones severas a los antiinflamatorios no esteroideos, a la colchicina y al alopurinol son más frecuentes en el anciano.

La frecuencia de algunas enfermedades reumáticas, principalmente la enfermedad articular degenerativa u osteoartritis y la gota, aumenta significativamente con la edad. Se estima que en Estados Unidos 30 a 50% de la población mayor de 55 años consulta por problemas reumáticos (1); en consecuencia, es muy importante tener un conocimiento adecuado de estas entidades y sus complicaciones, así como del tratamiento y sus efectos colaterales.

Si bien se conocen la presentación *clásica* de la artritis gotosa y su tratamiento ambos suelen ser diferentes en el anciano; con frecuencia el diagnóstico pasa desapercibido o se hace erróneamente, lo cual conduce a terapias innecesarias y peligrosas.

El término gota comprende un grupo heterogéneo de enfermedades con las siguientes características comunes: hiperuricemia, depósitos de cristales de urato monosódico en o alrededor de articulaciones y ataques recurrentes de artritis aguda. Por lo general los ataques son de corta duración, mejoran espontáneamente en pocos días y, en las etapas tempranas, la articulación regresa a la normalidad. Aproximadamente 20% de los pacientes pueden presentar cálculos urinarios de ácido úrico y/o lesión pa-

DR. CARLOS A. AGUDELO, Profesor Asociado de Medicina y Reumatología, Bowman Gray School of Medicine, Wake Forest University, Winston-Salem, NC, USA. DR. OSCAR URIBE, Profesor, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

renquimatosa renal; sin embargo, ésta última complicación es controvertida y menos frecuente que la nefrolitiasis.

En el ser humano el ácido úrico es el producto final del metabolismo de las purinas. La hiperuricemia es una anomalía bioquímica definida únicamente por la concentración sérica de ácido úrico; ésta tiene variaciones normales que dependen de la edad y del sexo.

La hiperuricemia es multicausal pero se presenta fundamentalmente cuando existe: a) aumento en la producción de ácido úrico como en las enfermedades mieloproliferativas o en ciertos trastornos enzimáticos. b) disminución en la excreción renal, como sucede en enfermedades renales o por el uso de diuréticos y otras medicaciones. c) combinación de ambos mecanismos. (Tabla N° 1).

TABLA N° 1

SITUACIONES ASOCIADAS CON
HIPERURICEMIA

1. Gota primaria
2. Deficiencias enzimáticas (ej: síndrome de Lesch-Nyhan)
3. Enfermedades linfo o mieloproliferativas
4. Anemias hemolíticas crónicas
5. Sarcoidosis
6. Insuficiencia renal
7. Drogas: diuréticos, dosis bajas de salicilatos, pirazinamida, drogas citotóxicas, dosis bajas de uricosúricos
8. Intoxicación por plomo
9. Alcoholismo
10. Cetoacidosis-Aumento de ácido láctico
11. Inanición
12. Obesidad
13. Toxemia gravídica
14. Hipertensión arterial

Casi todo el ácido úrico es filtrado a nivel glomerular. Con una dieta baja en purinas se excretan 400 a 600 mg de ácido úrico en la orina de 24 horas. Valores elevados del ácido pueden producir saturación del plasma y favorecer su precipitación en forma de

cristales. Los cambios en el pH y la temperatura intervienen en la precipitación, pero también pueden existir otros factores facilitadores. Algunos individuos toleran niveles séricos altos de ácido úrico y nunca desencadenan síntomas. En consecuencia la hiperuricemia puede ocurrir como fenómeno bioquímico aislado que no requiere tratamiento.

El ataque agudo de gota es un proceso intensamente inflamatorio, de iniciación brusca y creciente, casi siempre monoarticular y por lo general en los miembros inferiores. El episodio inicial afecta la primera articulación metatarsal (clásica podagra) en el 60% de los pacientes. Al examen físico la articulación aparece roja, caliente, hinchada, muy dolorosa y con impotencia funcional. El ataque mejora en pocos días, espontáneamente o con tratamiento. Puede acompañarse de fiebre, leucocitosis y sedimentación sanguínea acelerada. En algunos pacientes el ataque puede ser precipitado por trauma, cirugía o alcohol. Rara vez los depósitos tofáceos se detectan durante el primer ataque. Aunque la hiperuricemia es característica de la gota, los niveles séricos de ácido úrico pueden ser normales durante el ataque agudo, aproximadamente en la cuarta parte de los pacientes. El diagnóstico correcto se hace por el hallazgo de cristales de urato monosódico en el líquido sinovial al examinarlo con el microscopio de luz polarizada. El diagnóstico diferencial se hace principalmente con pseudogota, trauma e infección.

La artritis gotosa es extraordinariamente rara en mujeres premenopáusicas, excepto cuando existen defectos enzimáticos genéticos; ello se debe probablemente al efecto uricosúrico de los estrógenos. Por lo general en las mujeres mayores de 60 años el ataque agudo no se presenta en la forma clásica. Suele ser no agudo, poliarticular, de iniciación lenta, con compromiso de articulaciones pequeñas de las manos incluyendo las distales. Fácilmente se confunde con artritis reumatoide o con exacerbación de un proceso degenerativo.

Las manifestaciones clínicas de algunas mujeres de edad con artritis crónica simétrica, eritrosedimentación acelerada y factor reumatoideo positivo, simulan artritis reumatoidea; tienen líquido sinovial inflamatorio pero se hallan al examen microscópico múltiples microcristales de urato monosódico.

Recientemente se ha sugerido que en el anciano la gota es completamente diferente de la enfermedad observada en otras edades; así, en 5 de 22 mu-

jeros con gota, mayores de 60 años, Borg y col (1) encontraron que la enfermedad se inició en las manos y en 9 (40.9%) el comienzo fue poliarticular; esto último también se observó en 9 de 16 hombres (56.3%) (Tabla Nº 2). En 21 de las mujeres (95%) y en 9 de los hombres (56.3%) la gota y la hiperuricemia se asociaron con el uso crónico de diuréticos. Otros autores han descrito hallazgos semejantes (2).

TABLA Nº 2

LOCALIZACION DE LA PRIMERA MANIFESTACION ARTICULAR DE GOTA EN ANCIANOS*

	Mujeres		Hombres	
	Nº (22)	%	Nº (16)	%
Una articulación metatarso falángica	8	36.4	8	50.0
Otras localizadas en pie	7	31.8	6	37.5
Tobillo	-	-	3	18.8
Rodilla	5	22.7	2	12.5
Muñeca	-	-	2	12.5
Dedos de la mano	5	22.7	-	-
Codo	-	-	1	6.3
Hombro	-	-	1	6.3
Dos o más articulaciones	9	40.9	9	56.3
No conocida	1	4.5	-	-

* (Ref Nº 1)

Se sabe que el paciente de edad puede tener factor reumatoideo positivo a títulos bajos lo que puede ocasionar confusión diagnóstica. Por ello, en todo paciente con artritis y derrame articular sin un diagnóstico definido, se debe hacer punción y examinar cuidadosamente el líquido sinovial incluyendo la búsqueda de microcristales. La historia clínica, el examen físico, el estudio radiológico y la hiperuricemia son de ayuda diagnóstica.

Las pautas de manejo de la artritis gotosa son diferentes en el paciente anciano; por ello, una vez establecido el diagnóstico se debe hacer un plan adecuado de tratamiento que tome en cuenta las peculiaridades de estos pacientes.

Debido a que con frecuencia los pacientes ancianos reciben medicamentos para diferentes enfermedades como diabetes, hipertensión arterial,

padecimientos cardíacos o renales, es importante que el médico conozca las interacciones farmacológicas de las distintas drogas con los agentes antiinflamatorios e hipouricemiantes.

En el mismo estudio de Borg y Rasker (1) 73% de las mujeres y 39% de los hombres con gota eran hipertensos; aproximadamente 40% de los pacientes de ambos sexos tenían disminuída la función renal; eran frecuentes otras enfermedades como infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca, insuficiencia coronaria, fibrilación auricular, diabetes mellitus y bronquitis crónica.

El uso de antiinflamatorios no esteroideos en estos pacientes puede fácilmente precipitar o agravar la insuficiencia renal o cardíaca, aumentar los niveles de potasio y ocasionar confusión mental, sicosis o vértigo.

El alopurinol y la colchicina pueden ser peligrosos en el anciano; en consecuencia se debe evaluar si está justificado el tratamiento a largo plazo, ya que muchos pacientes pueden permanecer asintomáticos por tiempo prolongado sin necesidad de tratamiento. En algunos pacientes pueden suprimirse los diuréticos. Si es necesario el tratamiento profiláctico usualmente bastan dosis menores que las convencionales. El alopurinol y su metabolito, el oxipurinol tienen una vida media prolongada y su excreción renal decrece con la disminución de la función renal. Por lo tanto, en los ancianos, la dosis inicial debe ser de 50 a 100 mg diarios. Dosis mayores pueden desencadenar reacciones tóxicas severas con una tasa de mortalidad cercana al 25%. La colchicina puede ocasionar supresión de la médula ósea con posible septicemia y muerte, neuropatía periférica, miopatía y trastornos gastrointestinales como diarrea y vómito.

No hay evidencia científica que demuestre la utilidad de tratar al paciente que sólo tiene hiperuricemia asintomática.

SUMMARY

Textbooks and general rheumatologic literature emphasize the classic clinical presentation of the patient with gout as well as his or her treatment. Quite often however, this presentation does not occur in the elderly patient or the diagnosis is missed or is erroneously formulated.

In women 60 years of age and older, gout can be polyarticular, can have an insidious, non-acute onset and may involve the small joints of the hands, all of which may lead to diagnose rheumatoid or degenerative arthritis. Careful examination of synovial fluid along with identification of monosodium urate crystals are mandatory for an accurate diagnosis of gout. Possible drug interactions between anti-inflammatory and hypouricemic drugs with other medications have to be kept in mind. Asymptomatic hyperuricemia should not be treated. Once the diagnosis of gout is confirmed a strict follow-up is required to detect the frequent side effects of non-steroid anti-in-

flammatory drugs, colchicine and allopurinol that tend to take place in the elderly patients.

BIBLIOGRAFIA

1. BORG EJT, RASKER JJ. Gout in the elderly, a separate entity? *Ann Rheum Dis* 1987; 46: 72-76.
2. MCFARLANE DG, DIEPPE PA. Diuretic induced gout in elderly women. *Br J Rheum* 1985; 24: 155-157.
3. AGUDELO CA. Crystal induced arthritis. En: WISE C, TURNER R, eds. *Rheumatology*. New York: Medical Examination Publishing, 1986: 323-333.