

Artritis Gotosa. Generalidades y presentación de un caso en pie.

Ricchetti Hugo Osvaldo.
Perin Fernando Daniel.
Hospital Zonal General de Agudos Manuel Belgrano.
San Martín . Buenos Aires – Argentina.

Fecha de Recepción: 17/11/2008
Fecha de aprobación: 09/12/2008

Resumen

La artritis gotosa es una patología caracterizada por una alteración en el metabolismo del ácido úrico con formación de tofos gotosos y destrucción articular. A nivel del pie afecta preferentemente la articulación metatarsal del hallux, pudiendo afectar otras en menor medida.

Se presenta un caso clínico con afección en ambos pies y gran agresividad, documentando su evolución a través del tiempo. Se describe la conducta seguida y se realiza una actualización de la patología de base.

Summary

Gouty arthritis is a condition characterized by an alteration in the metabolism of uric acid formation with tophaceous gout and joint destruction. At the foot affects mainly the

articulation of the MTF Hallux can affect others less so. We presented a case with a condition in both feet and great aggressiveness, documenting its evolution through time. It describes the behavior and is followed by an update of the basic pathology.

Resumo

Artrite gotosa é uma condição caracterizada por uma alteração no metabolismo do ácido úrico, formação conjunta com tofos gotosos e destruição. No pé afeta principalmente as articulações do MTF Hallux e pode afetar outras. Apresentamos um caso com uma condição, em ambos pés e uma grande agressividade, documentando sua evolução ao longo do tempo. Ela descreve o comportamento e é seguido por uma atualização da base patologia.

PALABRAS CLAVE KEY WORD

Artritis gotosa, tofo, podagra, gota, hiperuricemia.
Gouty arthritis, tophaceous gout.
Artrite gotosa, tofos gotosos.



Fig.1a | Aspecto clínico 4º dedo.



Fig.1b | Radiografía 4º dedo.

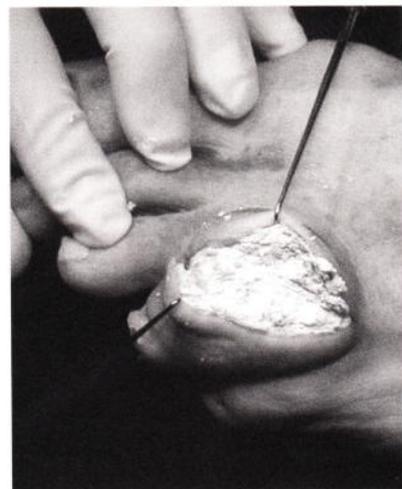


Fig.1c | Intraoperatorio.

Introducción

La artritis gotosa es una patología por alteración del metabolismo de las purinas, caracterizada por el depósito de cristales de urato de sodio en diferentes zonas del cuerpo, induciendo una artritis con predilección en la articulación metatarsofalángica del hallux.

El propósito de esta presentación es exponer un caso singular por sus características de afectar ambos pies en forma agresiva, describir el tratamiento instituido y realizar una puesta al día de esta patología que puede comprometer seriamente la anatomía y fisiología del pie.

Las Artritis Inducidas por Cristales se dividen en dos grandes grupos:

- La pseudogota o condrocalcinosis
- La artritis gotosa



Fig.2a | Aspecto clínico hallux.



Fig.2b | Radiografía (lesión con cabeza de 1er metatarsiano)

La pseudogota se caracteriza por el depósito articular de dihidrato pirofosfato de calcio y la artritis gotosa por el de cristales de urato monosódico.⁽⁵⁾

La pseudogota es menos destructiva y puede afectar las articulaciones subastragalina y astragaloescaploidea, mientras que la gota afecta la metatarsofalángica del Hallux y en menor medida las otras articulaciones del pie.⁽²⁾

La artritis gotosa es la artritis inflamatoria más común en el hombre, con un claro patrón hereditario. Afecta entre el 1 y el 2 % de los hombres adultos en países occidentales, con una prevalencia 9 a 1 con respecto a las mujeres.⁽⁷⁾ De causa multifactorial se caracteriza por hiperuricemia, depósitos articulares de cristales y cálculos de ácido úrico en el tracto urinario.⁽¹⁾ Se encuentra asociada claramente con la obesidad, el abuso de alcohol y las comidas ricas en purinas, así también con la hiperglucemia (Diabetes tipo I y II).⁽³⁾ En las últimas décadas (igual que la diabetes) presenta un dramático aumento en la prevalencia (de 45 a 62,3 cada 100.000 habitantes).

Este aumento está asociado con la mayor longevidad, el incremento en el uso de diuréticos con bajas dosis de aspirinas, la obesidad, la insuficiencia renal en estadios terminales, la hipertensión arterial y el síndrome metabólico.⁽⁴⁾

Se presenta en cuatro estadios:

- 1º **Estadio:** hiperuricemia asintomática
- 2º **Estadio:** artritis gotosa aguda (Podagra)
- 3º **Estadio:** período asintomático
- 4º **Estadio:** artritis gotosa crónica (Tofo)

Clásicamente aparece como una artritis recurrente, aguda, monoarticular u oligoarticular.⁽²⁾



Fig.3a | Intraoperatorio (tofo gotoso).

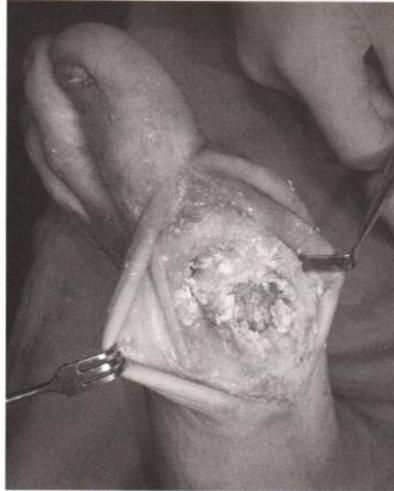


Fig.3b | Intraoperatorio (tofo gotoso).

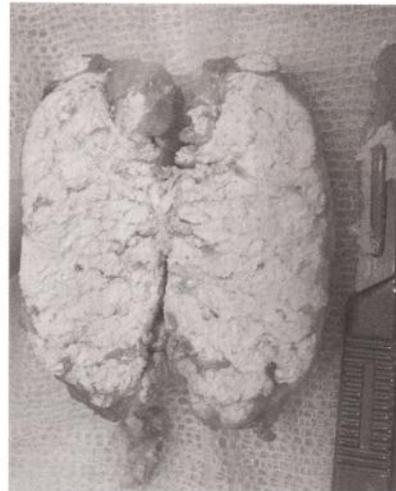


Fig.3c | Intraoperatorio resección de tofo.

La podagra se caracteriza por presentarse con un dolor agudísimo, rubor e hiperestesia en la articulación metatarsofalángica del hallux⁽⁵⁾. Puede desencadenarse luego de un estrés postquirúrgico.

En algunos casos puede progresar a una artritis poliarticular crónica asociada con invasión y deformidades óseas (tofo gotoso). El 10% de los pacientes no tratados desarrollan tofos. La artritis gotosa crónica con tofos múltiples es rara en la actualidad con un tratamiento adecuado.

El diagnóstico se realiza por la clínica (antecedentes, cuadro inicial), el laboratorio (hiperuricemia mayor a 7 mg/100ml), el exámen del líquido de punción que evidencia cristales de urato de sodio bajo la luz polarizada, la respuesta al tratamiento con colchicina y las imágenes de radiología que muestran erosiones periarticulares.

Debe realizarse el diagnóstico diferencial con la artritis reumatoidea, la artritis psoriásica y en estadios avanzados con el pie neuropático.

Si el nivel de ácido úrico se mantiene por debajo de los 9 mg/100ml la evolución es buena, pero si excede los 11 mg/100ml la formación de tofos es prácticamente inevitable.^(8, 10, 11)

Tratamiento

El tratamiento agudo se realiza con colchicina o indometacina y el mantenimiento con allopurinol y medidas higiénico dietéticas. El objetivo es mantener valores de ácido úrico menores a 6 mg/100ml.^(6, 9)

El tratamiento quirúrgico se centra en el abordaje de los tofos y el curetaje de los mismos con o sin relleno de las cavidades óseas. En pocos casos se recurre a la amputación del dedo afectado. Es frecuente observar secreciones y retardo en el cierre de la herida posquirúrgica pero evolucionan favorablemente en la mayoría de los casos.^(2, 5, 8, 10, 11)

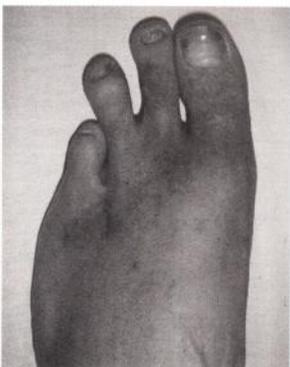


Fig.4a | Aspecto clínico posquirúrgico.



Fig.4b | Aspecto radiográfico posquirúrgico.

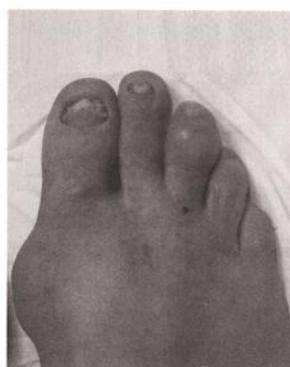


Fig.5a | Aspecto clínico pie contralateral.



Fig.5b | Radiografía pie contralateral.

Caso Clínico

Paciente de sexo masculino, 45 años de edad con antecedente de hiperuricemia e hiperglucemia no controladas. Consulta por deformidad en 4º dedo de pie izquierdo.

Se realiza radiografías que evidencian gran compromiso óseo y articular del mismo. Se interna para tratamiento clínico de su patología de base. Se decide tratamiento quirúrgico (exploración y eventual amputación de 4º dedo). (Fig. 1A, 1B y 1C)

Intraquirúrgicamente se decide la amputación,(debido a la invasión tumoral del dedo, y la destrucción ósea y articular comprobada, o que imposibilitaba el salvataje del orjejo) presentando luego una evolución tortuosa de la herida con dehiscencia, secreción y cierre por segunda luego de 60 días de curación diaria con azúcar.

El paciente no vuelve a los controles periódicos, regresando a la consulta cuatro años después por presentar tumor y deformidad en la articulación metatarsofalángica del hallux izquierdo (Fig. 2A y 2B).

Las radiografías revelan compromiso osteoarticular con lesiones en sacabocado de la 1º articulación metatarsofalángica, características de la artritis gotosa.

Se interna y se realiza resección del tumor (tofo gotoso) y curetaje de la cavidad ósea sin colocación de injerto. (Fig. 3A-3B-3C) Presentó muy buena evolución con relleno espontáneo de la cavidad ósea (Fig. 4A y 4B).

Nuevamente el paciente se ausenta por dos años y al regresar presenta tumoración en la articulación metatarsofalángica del hallux e interfalángica del 3º dedo, esta vez del pie derecho (Fig. 5A y 5B).

Se realiza tratamiento quirúrgico con resección de sendos tofos gotosos en forma preventiva, logrando evitar las complicaciones previsible de haber decidido continuar con una conducta expectante, y basándonos en la experiencia de haber tenido que amputar el dedo del otro pie por la invasión de la noxa.

Conclusión

Se trata de una enfermedad cada vez más frecuente, de diagnóstico sencillo, fácilmente controlable con dieta y medicación adecuada, por lo que habitualmente no progresa a estadios avanzados. En estos casos el tratamiento quirúrgico tiene buena respuesta si se acompaña del tratamiento clínico adecuado.

Referencias Bibliográficas

1. Agudelo CA, Wise CM. Gout: diagnosis, pathogenesis, and clinical manifestations. *Curr Opin Rheumatol* 2001, 13:234-239
2. Cáceres PE. *Manual SECOT de Cirugía Ortopédica y Traumatología*. Editorial Médica Panamericana, 2003
3. Choi HK, Curhan Gary. Gout: epidemiology and lifestyle choices. *Curr Opin Rheumatol* 2005, 17:341-345
4. Choi HK, Mount DB, Reginato AM. Pathogenesis of Gout. *Annals of Internal Medicine*; Oct 4, 2005; 143, 7; Health Et Medical Complete pg. 499
5. Coughlin MJ, Mann RA, Saltzman CL. *Surgery of the Foot and Ankle* (8º Ed). Mosby. 2007.
6. Lee SJ, Terkeltaub RA, Kavanaugh A. Recent developments in diet and gout. *Curr Opin Rheumatol* 2006, 18:193-198
7. Mikuls TR, Saag KG. *New insights into gout epidemiology*. *Curr Opin Rheumatol* 2006, 18:199-203
8. Pascual E, Pedraz T. Gout. *Curr Opin Rheumatol* 2004, 16:282-286
9. Schlesinger N. *Dietary Factors and Hyperuricaemia*. *Current Pharmaceutical Design*, 2005,11,4133-4138
10. Wortmann RL. Gout and hyperuricemia. *Curr Opin Rheumatol* 2002, 14:281-286
11. Wortmann RL. Recent advances in the management of gout and hyperuricemia. *Curr Opin Rheumatol* 2005, 17:319-324