UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE MEDICINA

Estudio de la Gota en Tegucigalpa

TESIS

LEIDA POR EL BACHILLER

María Ivette Domínguez Gross de Lara

EN EL ACTO PREVIO A SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

616.72
D67

Tegucigalpa, D. C. 1971 Honduras, C. A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE MEDICINA

Estudio de la Gota en Tegucigalpa

TESIS

LEIDA POR EL BACHILLER

Maria Ivette Dominguez Gross de Lara

EN EL ACTO PREVIO A SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

Tegucigalpa, D. C. 1971 *Honduras, C. A.*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

RECTOR..... LICENCIADO CECILIO ZELAYA LOZANO.

VICE-RECTOR..... DOCTOR JORGE HADDAD QUIÑONEZ.

SECRETARIO GENERAL..... RIGOBERTO ESPINAL IRIAS.

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO..... DOCTOR JORGE HADDAD Q.

VICE-DECANO..... DOCTOR ENRIQUE SAMAYOA

SECRETARIO..... DOCTOR SILVIO ZUNIGA.

HONORABLE TERNA EXAMINADORA.

DOCTOR..... JESUS RIVERA h

DOCTOR..... GUSTAVO ZUNIGA ALEMAN

DOCTOR..... CARLOS SIERRA ANDINO

CONSEJERO DE TESIS

DOCTOR..... RAMON CUSTODIO.

SUSTENTANTE

BACHILLER..... MARJA I. DOMINGUEZ G. DE LARA.

D E D I C A T O R I A

Dedico esta tésis a todas aquellas personas que de una u - otra forma han ejercido una influencia benéfica en mi vida, - especialmente a:

Profa. María Laura Domínguez (Q.D.D.G.), mi madre, por todos - los sacrificios que por mi hizo, con gran respeto y amor.

Don Oscar Gross. mi padre, con admiración y respeto

Al Decano de la Facultad de Medicina. Dr. Jorge Haddad Q. y - al Dr. Ramón Custodio, mi consultor en este trabajo con gran - agradecimiento por todos sus sabios consejos.

A mis examinadores:

Drs. Jesús Rivera h.
Gustavo Zúniga.
Carlos Sierra Andino.

Finalmente a todos mis demás familiares, maestros y amigos.

INTRODUCCION

Durante su formación profesional, el médico hondureño, contrae su experiencia clínica a la exposición y manejo de los pacientes internados en el Hospital General y Asilo de Inválidos de la ciudad de Tegucigalpa. Durante esta formación reparé en el hecho de una diferencia marcada entre la incidencia de gota en pacientes de los consultorios privados y los que constituyen nuestra fuente de aprendizaje y experiencia, naciendo así mi propósito de estudiar las características clínicas de la enfermedad en Honduras y de paso llamar la atención sobre éste vacío en nuestra enseñanza ya que tal enfermedad es casi excepcional entre los pacientes pobres.

DEFINICION

La gota es una anomalía metabólica de naturaleza desconocida, caracterizada por episodios artríticos recurrentes, hiperuricemio y deposición de monourato de sodio en los tejidos efectuados.

El término gota, viene del francés goutte y pertenece su origen o la creencia de que gota a gota se iba depositando un líquido mórbido en las articulaciones.

La gota es una condición poco común en mujeres en edad reproductiva y generalmente más común en hombres en edad madura.

En la literatura mundial, solo se ha informado sobre tres casos en mujeres embarazadas, notándose en éstas últimas que mejoraron durante el embarazo, pero empeoraron en el postpartum.

La Epidemiología de la gota en un hospital, es diferente debido a que a éste, solo llegan pacientes que han sufrido la entidad de manera aguda, pero la entidad en la población general es más frecuente de lo que se cree aún cuando es en una forma mucho más leve.

Uno de los casos más curiosos que se ha observado durante las investigaciones acerca de ésta entidad, es la relación entre gota, diábetes e hipercolesterolemia.

Los informes actuales registraron muy pocos casos de gota, asociados a diábetes, sin embargo en la literatura de 1900 y principios de éste siglo, se habla de una asociación bastante estrecha entre ambas entidades, mostrando cuatro tipos diferentes:

1... gota con diábetes subsiguiente y evolución simultanea de ambas entidades.

2... gota y diábetes alternantes, permaneciendo latente una de ellas mientras la otra predomina.

3... diábetes severa seguida del desarrollo de la gota.

4... coexistencia de gota y diábetes en la misma familia.

Otro hecho interesante es que desde 1945 se empezó a decir que la gota y la diábetes, tienen influencia genética notable, al igual que la diábetes y la obesidad.

Entre la gota y la diábetes, existen muchas similitudes, para el caso, las dos suelen asociarse con la obesidad y la arteriosclerosis y se agravan con el stress y pueden dar neffritis al final.

Se ha observado sin lugar a dudas, que la incidencia de dis - turbios en el metabolismo de los carbohidratos, es por lo me - nos 50% más frecuente entre los gotosos que en el resto de la población.

Acerca de como explicarse esta relación, existen hipótesis que dicen que el ácido úrico en su metabolismo, produce una subs - tancia con efecto similar a la aloxana y que si se estudian - los islotes de Langerhans después de haber dado ácido úrico a los conejos se encuentran con las mismas lesiones de los diá - béticos.

Se ha observado además que la gota mejora al haber diábetes y se trata de explicar ésto, por el efecto uricosúrico de la -- hiperglicemia.

Se han hecho estudios además de la relación que existe entre - hiperuricemia, gota y arteriosclerosis, habiéndose notado que la hiperuricemia se asocia frecuentemente con los iones dege- nerativos de las arterias con infartos de miocardio y cerebra- les y valores aumentados de colesterol.

El ayuno prolongado se acompaña de niveles elevados de ácido - úrico en la sangre, cosa que se ha atribuido a que los ceto - nes inhiben la excreción tubular del ácido úrico.

Se creé también que el etanol bloquea por un mecanismo desco nocido la eliminación del ácido úrico. Se ha pensado que las concentraciones elevadas de ácido láctico, durante los episo- dios de alcoholismo, tienen algo que ver con el metabolismo - del ácido úrico alterado.

En los cirróticos el ácido úrico está normal, por una probable falta de producción de xantina oxidasa.

Existen otras relaciones importantes para el caso con el cromosoma philadelphia que se asocia con la leucemia mielocítica crónica y también con la gota, explicándose ésto, más que todo, cuando la gota es secundaria a la leucemia.

Tomando en cuenta todos los hallazgos anteriormente apuntados, nos trazamos un esquema a seguir que a continuación -- apuntamos, llevando el hacerlo, los siguientes objetivos.

1... Estudiar en nuestro medio, la relación que puede existir entre gota, diábetes e hipercolesterolemia.

2... Averiguar las características clínicas de la gota en -- nuestro medio.

****

EXPEDIENTE CLINICO PARA PACIENTES CON HIPERURICEMIA

Nombre _____ Edad_____ Sexo _____

Domicilio _____ Tel. _____

Médico Remitente _____

FASE I

Portador sano de la diátesis

Uricemia normal

Hiperuricemia asintomática

Cólicos renales

Tofos

Expulsión de cálculos

ANTECEDENTES FAMILIARES

Gota: (padre, madre, hermanos, abuelos, tíos

Diábetes (padre, madre, hermanos, abuelos, tíos)

Hipercolesterolemia (padre, madre, hermanos, abuelos, tíos)

Otras enfermedades: _____

FASE II

Artritis aguda recurrente con remisiones completas

Pródromos:

Irritabilidad	Melancolía
Nicturia	Poliuria
Dispepsia	Náusea
Hiperorexia	Euforia

Síntomas musculares vagos

Síntoma principal:

Artritis	monoarticular	poliarticular
Hiperuricemia		
Podagra		
Tofos		

Manifestaciones clínicas

Dolor

Hora de comienzo antes de levantarse al levantarse

Localización _____

Intensidad leve Moderado Intenso

Duración _____

Remisión Completa con Normouricemia C.con Hiper-uricemia

Signos

Piel roja edema Ninguno

Bursitis acromion Olecranon Prepatelar

Artritis monoarticular Poliarticular

Fiebre presente ausente

Laboratorio

Uricemia Normal Elevada _____ mg/100 -

Orina Normal Cristaluria

Cálculos presentes ausentes

Lapsos entre ataques subsiguientes:

Fecha ler.ataque _____

Entre I y II _____ Entre II y .I _____

Entre III y IV _____ Entre IV y V _____

FASE III. Artritis crónica activa con exacerbaciones agudas.

Antecedentes de ataque... agudo no agudo ninguno

Tofos Localización _____

Duración _____

Agravantes _____

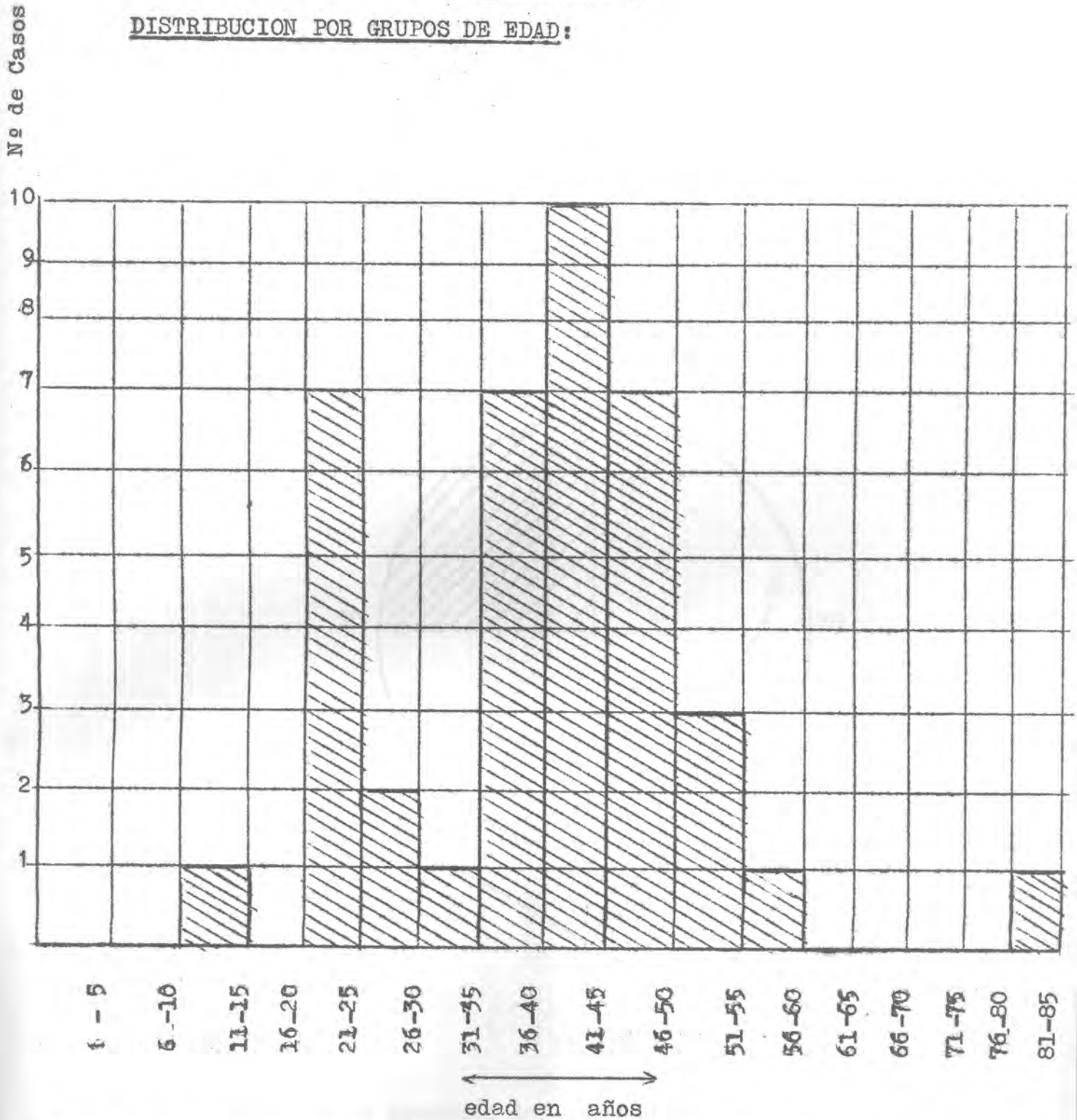
FASE IV. Artritis crónica más bien residual _____

Exámenes:

Uricemia	Clicemia	Colesterol		Orina

GRAFICA Nº 1

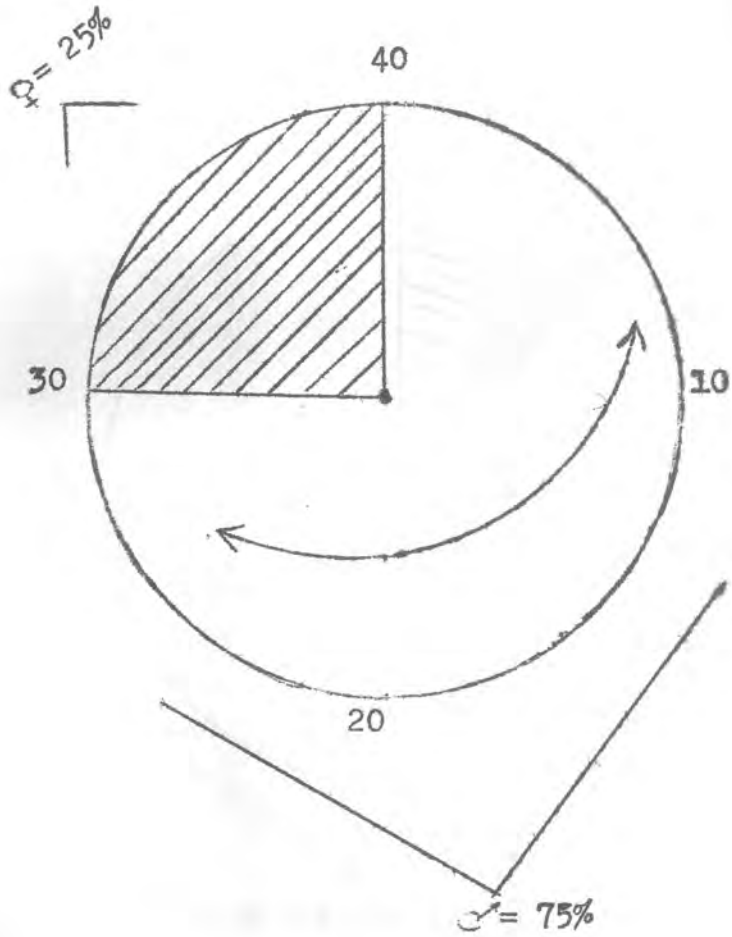
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD:



Como puede observarse en la gráfica, la mayor incidencia por edad estuvo entre 21 y 50 años.

GRAFICA Nº 2

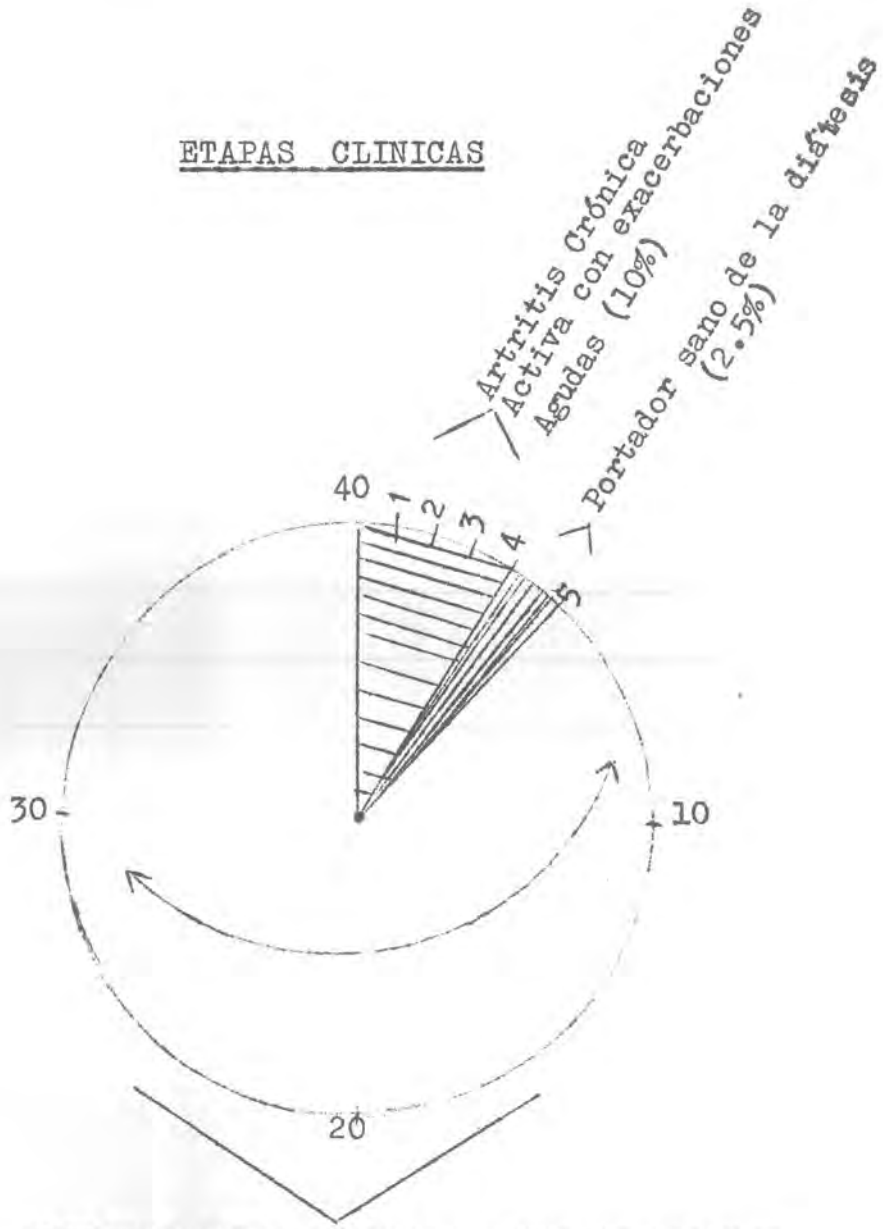
DISTRIBUCION POR SEXO:



Predominio absoluto del sexo masculino con 75%.-

GRAFICA Nº 3

ETAPAS CLINICAS

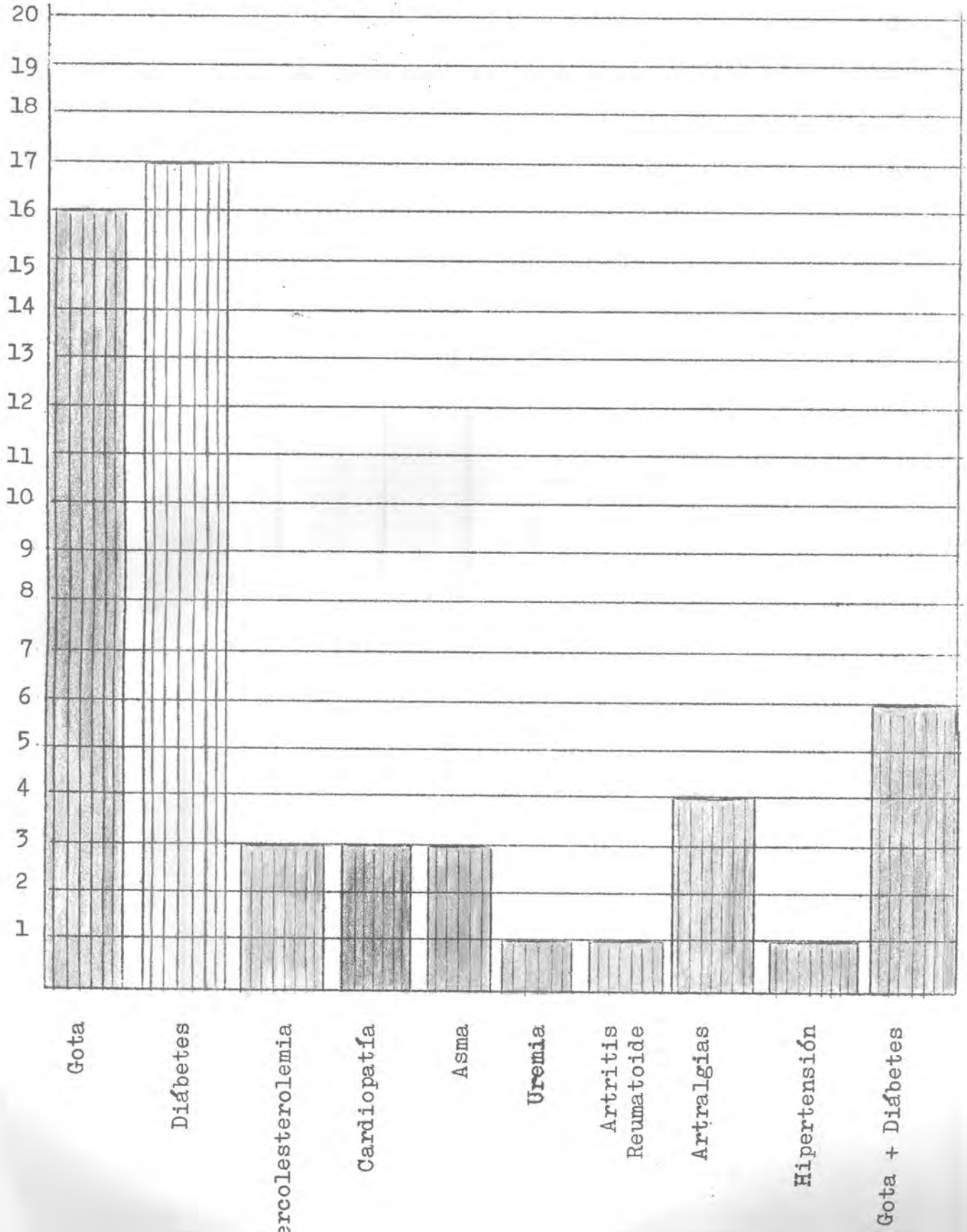


ARTRITIS AGUDA RECURRENTE CON REMISIONES
(87.5%)

La mayoría de casos se hallaron en la etapa de Artritis Aguda Recurrente con remisiones.

GRAFICA Nº 4

ANTECEDENTES FAMILIARES



GRAFICA Nº 5

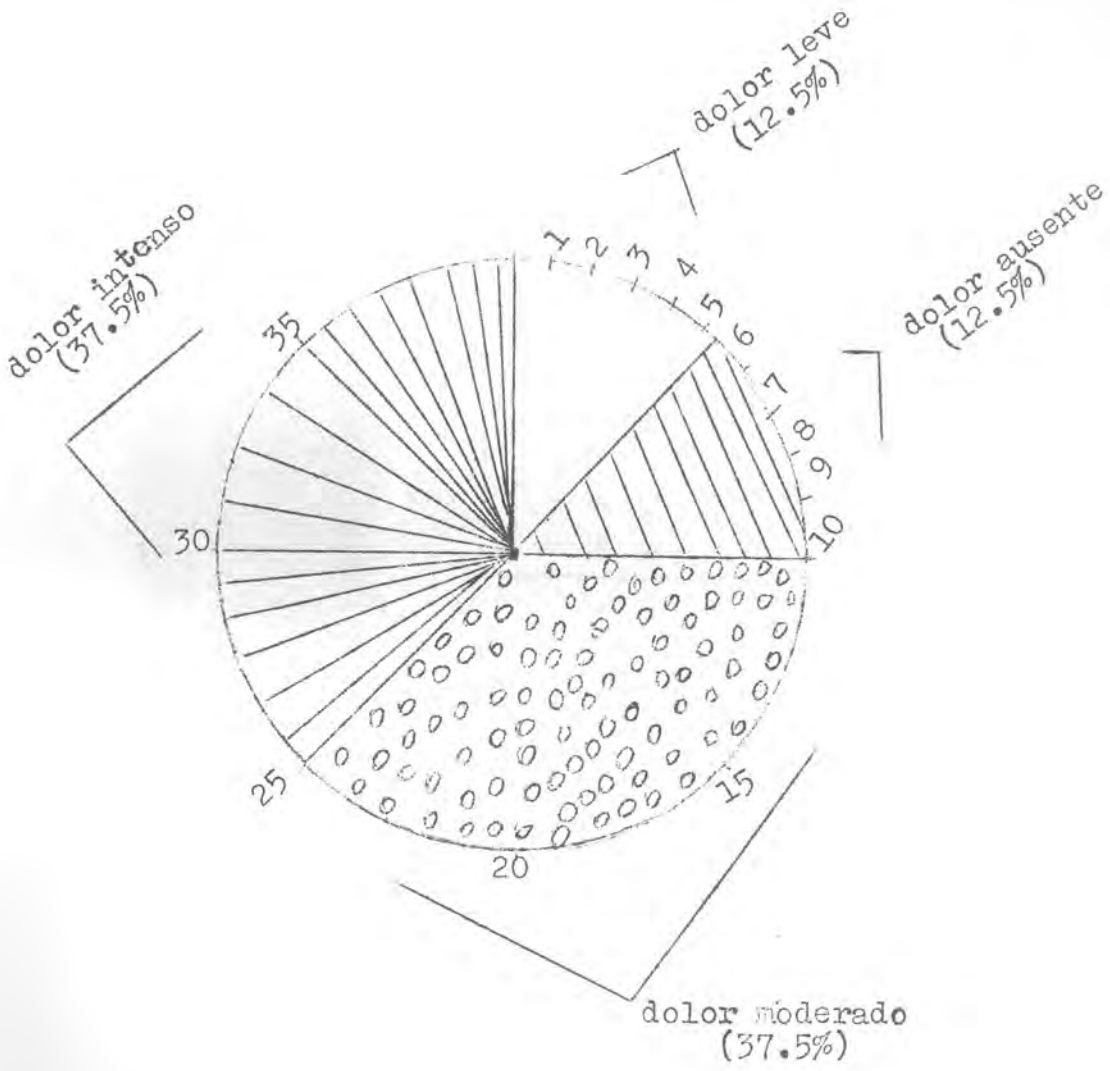
PRODROMOS DE LA CRISIS

GRAFICA Nº 6

SINTOMA Y SIGNOS PRINCIPALES

GRAFICA Nº 7

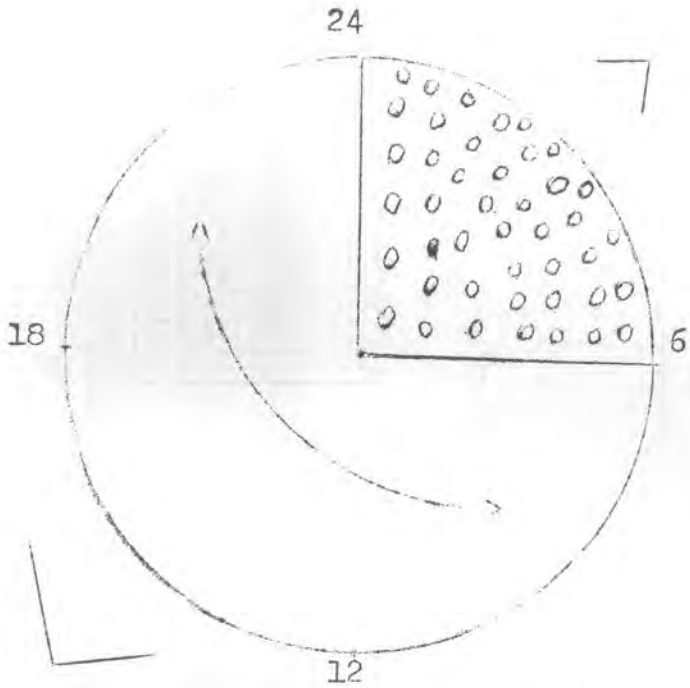
CARACTERISTICAS DEL SINTOMA DOLOR:



El dolor cuando se presentó, fue entre moderado a intenso.

GRAFICA Nº 8

CARACTERISTICAS DE LA ARTRITIS



ARTRITIS POLIARTICULAR

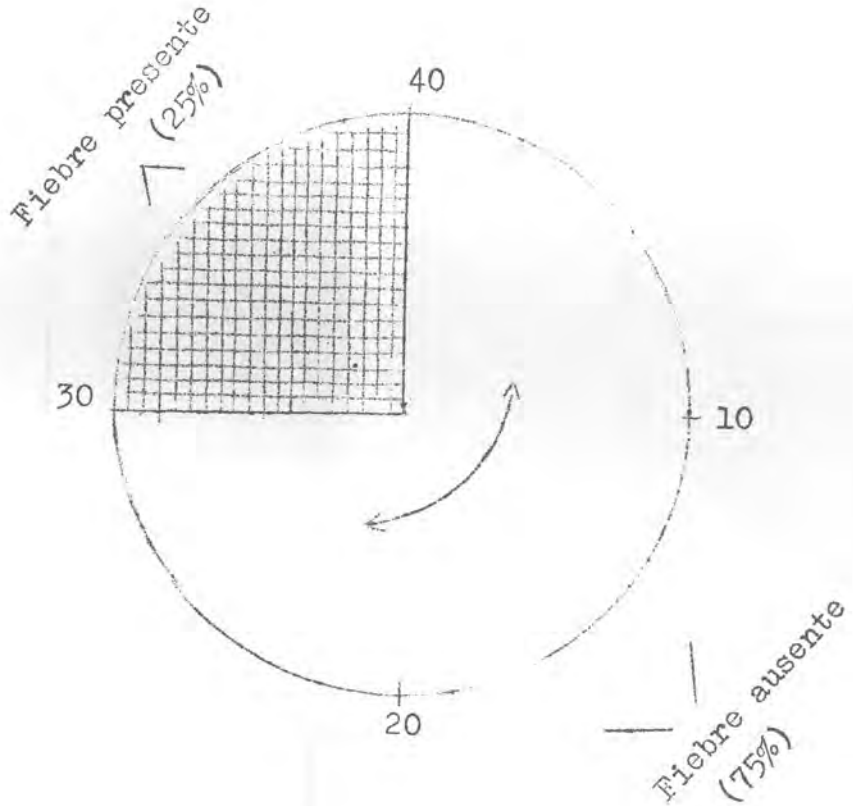
(75%)

Predominio de Artritis poliarticular.

Artritis en general se presentó en el 60% de los pacientes.

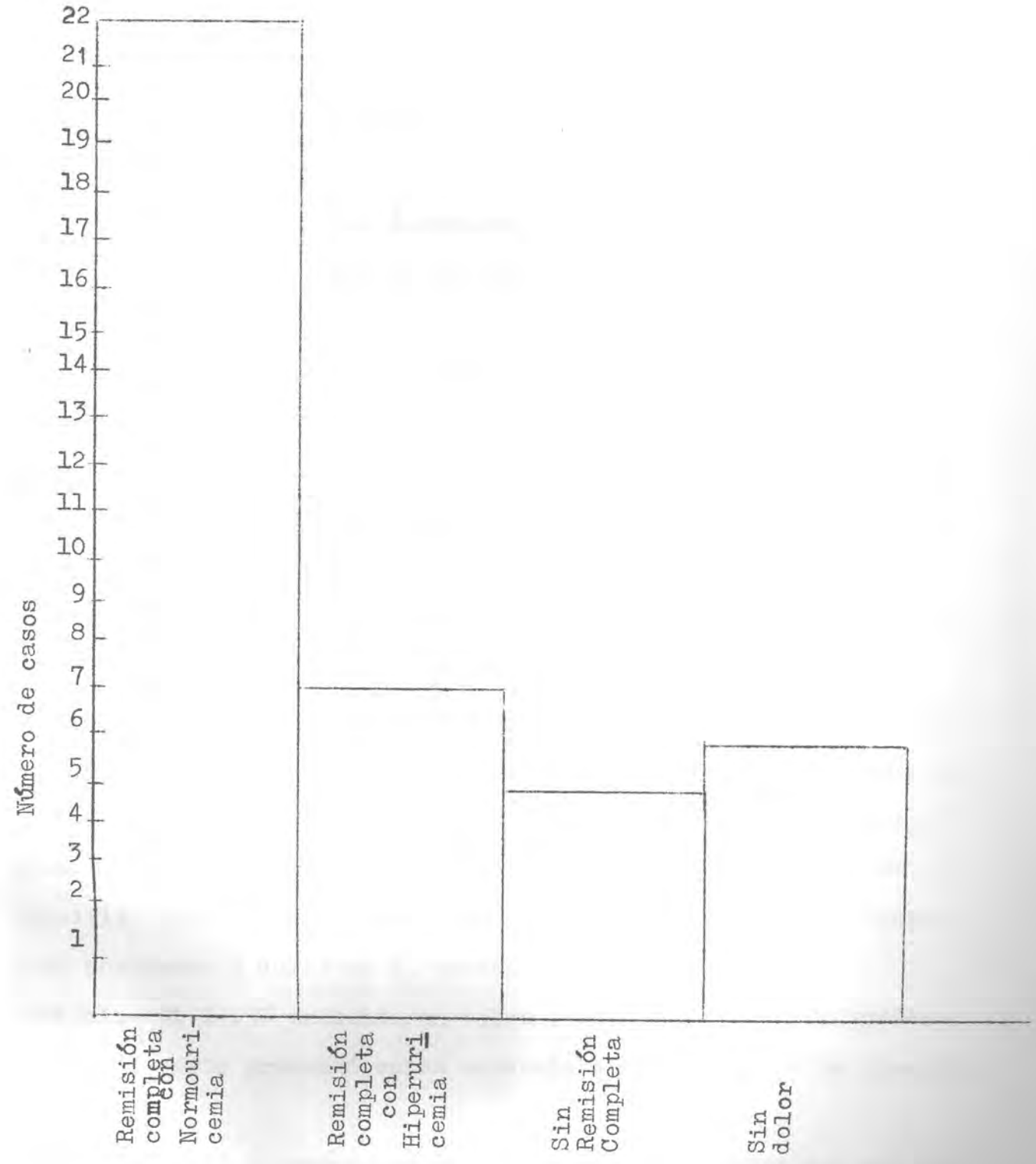
GRAFICA Nº 9

CARACTERES DE LA FIEBRE



GRAFICA Nº 10

TIPOS DE REMISION DEL CUADRO



CONCLUSIONES

PRIMERA.- Que la mayor incidencia por edad de la entidad, estuvo entre 21 y 50 años.

SEGUNDA.- Hubo un predominio del 75% en el sexo masculino, lo que da una relación de 3 a 1.

TERCERA.- La mayoría de casos corresponden a la fase de Artritis Aguda Recurrente.

CUARTA.- Los antecedentes familiares predominantes fueron la gota y la diábetes, encontrándose un regular porcentaje de ambas en la misma familia en algunos casos; se encontraron además otros antecedentes tales como: la hipercolesterolemia, cardiopatía, asma, - uremia, artritis reumatoidea e hipertemia.

QUINTA.- Entre los pródromos a la crisis, hay un franco predominio de los síntomas musculares vagos, presentes en el 75%, irritabilidad en el 50% de los pacientes, dispepsias en el 45%, melancolía - en el 35%, nicturia y poliuria en el 30%, náuseas en el 17.5%, hiperpirexia en el 12.5% y euforia en el 7.5%.

SEXTA.- Los síntomas y signos más importantes, fueron la hiperuricemia en el 90%, artritis en el 62.5%, podagra en el 55%, tofos en el 15%, dolor plantar, orina rojiza y fiebre en el 5% cada uno, y edema de tobillos, dolor en espalda, tortícolis, orina verdosa, - bursitis, precordalgia, sensación de peligro, dieforesis, calam-- bres nocturnos y dolor en el tendón de Aquiles en el 2.5%.

SEPTIMA.- El 12.5% presentaron dolor leve, el 12.5% no lo presentaron, el resto presentó entre moderado e intenso a partes iguales de pacientes.

OCTAVA.- El 60% de todos los pacientes, presentó artritis, del ti-

po poliarticular en las tres cuartas partes del grupo.

NOVENA.- Los lapsos entre las crisis no dieron nada esencial pues algunos pacientes presentaron crisis cada 6 meses, otros cada año, e incluso cada 3-4 años; algunos dieron historia de crisis múltiples durante todo el tiempo que les ha durado la diátesis, en tanto que otros sólo han sufrido crisis durante un corto lapso o en pequeñas temporadas, dependiendo ésto, mucho del control de su enfermedad.

DECIMA.- El tipo de remisión del cuadro, más comunmente encontrado, fué el de Remisión Completa con Normouricemia.

DECIMA PRIMERA.- El promedio de los valores de ácido úrico presentados en los pacientes fué de 8.9 mg-100ml., no existiendo diferencia significativa estadísticamente entre ambos sexos.

DECIMA SEGUNDA.- Solamente se encontró un paciente con glicemia elevada entre los cuarenta estudiados por nosotros.

DECIMA TERCERA.- La asociación de hiperuricemia con hipercolesterolemia consistió en un aumento de colesterol en 40% de nuestros pacientes gotosos.

DECIMA CUARTA.- El colesterol fraccionado sólo demostró aumento en la fracción libre, en 3 pacientes en quienes habría que averiguar el estado de sus funciones hepáticas, antes de atribuir este hallazgo a la diátesis gotosa.

DECIMA QUINTA.- Definitivamente se encontró una franca relación de antecedentes familiares entre gota y diábetes que era uno de los mayores objetivos de este trabajo.

DECIMA SEXTA.- Todos nuestros pacientes pertenecieron a una clase social media o alta.

B I B L I O G R A F I A

1... Bartels Elmer C. M.D., Balodimos Marios C., M.D., Corn.. Lester R. M.D., The Associattion of Gout and Diabetes Mellitus, British Medical Journal, Vol 3, pág. 433, November 1966.

2... Hall Arthur P. M.D., Barry Peter E., M.D., Dawber Thomas R. M.D. and McNamara Patricia M. A. B., Epidemiology of Gout and Hyperuricemia, American Journal of Medicine, Vol. 42, Pág.27, January 1967.

3... Benedek Thomas G. M.D., Correlations of Serum Uric Acid and Lipid Concentrations in Normal, Gouty, and Atherosclerotic Men, Annals of Internal Medicine, Vol. 66, Pág. 851, May 1967.

4... Maclachlan Margaret J. M. D. and Rodnan Gerald P. M. D., Effects of Food, Fast and Alcohol on Serum Uric Acid -- and Acute Attacks of Gout, American Journal of Medicine, Vol. 42, Pág. 38, January 1967.

5... Fan Yü, Ts'Ai M.D., Gutman Alexander B, M.D., PHD, Principles of Current Management of Primary Gout, The American Journal of the Medical Sciences, Vol. 7, Págs. 143 - 893, December 1967.

6... Leading Articles Gout and Kidney, The Lancet, Vol. 2, -- Pág. 961, May 1968.

7... Ball Gene V. M.D., And Morgan Jean M. M.D. Chronic Lead Ingestion and Gout, Southern Medical Journal, Vol. 61, - Pág. 21, January 1968.

8... Weingold Allan B. M.D., Gout and Pregnancy, Obstetric --
and Gynecology, Vol. 16, Pág. 309, September 1960.

9... Cecil, Medicina Interna.

****