

*A gota continua
sendo uma
patologia
mal
diagnosticada*

A artrite gotosa continua sendo pouco diagnosticada, apesar de afetar cerca de 1% da população adulta e 6% a 7% dos homens idosos. A impressão inicial de sua associação com glúteos ou com alimentação abastada e coberta de vinhos, próprias de ricas famílias e nobres senhores (doença dos reis), da idade média, contribuiu para afastá-la de seu devido lugar.

A gota é intensamente dolorosa e potencialmente incapacitante. Os sinais e sintomas da gota são quase sempre agudos, repentinos, geralmente noturnos e sem nenhum aviso. Episódios de intensa dor e aumento de volume de uma única articulação (em geral, do grande artelho) são causados por excesso de ácido úrico no organismo e de depósitos de cristais de urato de sódio. Níveis de ácido úrico, um produto normal e final de degradação protéica está aumentado ou os rins estão insuficientes em sua eliminação.

Com o tempo os níveis de ácido úrico aumentados podem depositar-se como cristais de urato monossódico nos tecidos periarticulares, os quais atraem leucócitos (em particular, polimorfonucleares neutrofílicos) e desencadeiam os ataques gotosos.

Muitos tipos de artrites podem mimetizar gota e, por isso, o diagnóstico correto é fundamental. Suspeitamos de gota quando um paciente apresenta uma súbita e dolorosa inflamação articular, seguida por períodos indolores entre estas crises. O fluido obtido de uma articulação comprometida

é examinado para determinar a presença de cristais de urato em forma de agulhas e de birrefringência negativa forte. Estes cristais podem ser encontrados em depósitos abaixo da pele em casos avançados de gota. Esta doença está fortemente associada a obesidade, hipertensão arterial, hiperlipidemia e diabetes, constituindo uma síndrome de desequilíbrio metabólico. Muitas vezes está associada com doença renal e coronariopatias, entre outras manifestações cardíacas. O ácido úrico também pode depositar-se no trato urinário, determinando o aparecimento de cálculos renais.

Tratamentos são realizados para controlar a maioria dos casos, embora devam ser individualizados para cada caso de gotoso primário ou secundário. Colchicina e antiinflamatórios não hormonais podem ser prescritos. Na crise aguda e em pacientes que não podem receber fármacos antiinflamatórios, corticosteróides podem ser utilizados por via oral ou parenteral, ou intra-articulares. Repouso e compressas geladas podem auxiliar no controle da dor.

Mudanças no estilo de vida, diminuição do consumo de álcool, gradual perda de peso e evitar certos alimentos podem ajudar muito na prevenção de futuros ataques.

No entanto, a gota continua sendo esquecida e raramente diagnosticada.

William Habib Chahade

*Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo "Francisco Morato de Oliveira".
Editor de Temas de Reumatologia Clínica.*