

UM ENLACE DA NEFROLITÍASE COM A ARTRITE GOTOSA

The Link with Gout and Nephrolithiasis

Paulo César Gottardo¹

Maria Roberta Melo²

Sibelli Fabrícia Oliveira dos Santos³

Marianna Maciel Schettini de Queiroz⁴

Marília Belmont Magalhães de Sousa⁴

RESUMO

A artrite gotosa é uma doença crônica caracterizada por inflamação das articulações com crises agudas e recidivantes por depósito de cristais de ácido úrico, sendo a mais prevalente doença articular inflamatória, principalmente após os 40 anos e em homens (4H: 1M). Em virtude do aumento da expectativa de vida, associada à alteração dos hábitos alimentares, sua incidência elevou e, conseqüentemente, há maior risco das complicações clínicas, como o acometimento renal. Com isso, este trabalho busca demonstrar, através de um relato de caso, a relação entre a artrite gotosa e a nefrolitíase em paciente com quadros agudizados e recidivantes destas patologias. Homem, 45 anos, sedentário, apresentou quadro súbito de dor intensa em região lombar direita com ultrassonografia evidenciando nefrolitíase. Após cinco anos, evoluiu com quadro agudo de dor em pontada de forte intensidade na primeira articulação metatarsofalangeana do pé direito, sendo diagnosticada artrite gotosa e iniciado tratamento com colchicina, obtendo boa resposta. Iniciou seguimento clínico, com terapia de manutenção com alopurinol, hidratação oral adequada e uma dieta hipoproteica, evitando alimentos como leite e seus derivados, bebidas alcoólicas, carnes vermelhas e excesso de lipídios e carboidratos. Aos 52 anos, após período de descuido da terapia, apresentou nova nefrolitíase seguida por crise gotosa, ambas do lado direito. As informações obtidas em entrevista clínica e na literatura médica foram suficientes para alcançar o objetivo do trabalho.

1 Docente da disciplina de Semiologia Médica da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).

2 Docente da disciplina de Reumatologia da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).

3 Acadêmica do curso de medicina do 8º período da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).
Email: sibelli_fabricia@hotmail.com.

4 Internas do curso de medicina do 9º período da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).

A excreção renal ineficiente de ácido úrico é encontrada em 90% dos pacientes com gota primária e relaciona-se ao primeiro quadro de nefrolitíase. A hiperuricemia ($> 7\text{mg/dl}$) leva a supersaturação e precipitação em forma de cristais nas articulações (podagra no pé direito) e em outros órgãos (nefrolitíase). A avaliação reumatológica detalhada de um paciente com nefrolitíase de repetição deve ser sempre aventada, sobretudo, em casos associados à hiperuricemia e quando houver fatores de risco associados à artrite gotosa.

Palavras-Chave: Gota. Nefrolitíase. Reumatologia.

ABSTRACT

The gouty arthritis is the most prevalent inflammatory chronic disease. Characterized by inflammation of the joints with acute crises and recurrent cases by deposition of uric acid crystals especially after 40 years and in men (4M:1W). Thus, this work seeks to demonstrate the relationship between the gouty arthritis and nephrolithiasis in patients with acute and recurrent cases of these diseases. Man, 45 years old, sedentary, presented sudden severe pain in the right side of lumbar spine and ultrasound showing nephrolithiasis. After five years, evolved with acute pain in the pang of strong intensity on the first articulation metatarsofalangeana of right foot, being diagnosed gouty arthritis and initiated treatment with colchicine, getting a good response. Hyperuricemia ($> 7\text{mg/dl}$) takes the supersaturation and precipitation in the form of crystals in the joints (podagra in the right foot) and in other organs (nephrolithiasis). The assessment detailed rheumatologic a patient with nephrolithiasis of repetition should always be considered, especially in cases associated with hyperuricemia and when there are risk factors associated with gouty arthritis.

Keyword: Gout. Nephrolithiasis. Rheumatology

INTRODUÇÃO

A gota é uma doença reumatológica caracterizada por uma inflamação intensa das articulações e acomete principalmente a primeira articulação metatarsofalangeana. De início súbito, o quadro provocado é de dores intensas, calor, rubor e tumefação, e incide, predominantemente, na população masculina, acima de 40 anos de idade (4 homens : 1

mulher). Em virtude do aumento da expectativa de vida, associada às alterações dos hábitos alimentares, a incidência da gota tem se elevado ¹.

O principal fator responsável pelas crises de gota é a taxa elevada de ácido úrico no sangue (acima de 7,0 mg/dL, para homens). O ácido úrico em geral dissolve-se no sangue e é excretado pela urina, através dos rins. No indivíduo diagnosticado com gota, entretanto, os níveis de ácido úrico no sangue atingem patamares tão altos que se formam cristais de ácido úrico. Estes são depositados nas articulações e em outros tecidos, causando inflamação do revestimento da articulação (sinóvia) ¹.

A elevação do ácido úrico no sangue pode ser de diferentes etiologias; defeitos genéticos, que levam a um aumento em sua produção, e a incapacidade dos rins em excretar a substância são algumas das causas possíveis. Outros fatores como: dieta rica em carnes e frutos do mar, ingestão abusiva de álcool e o consumo de alguns medicamentos, também podem elevar os níveis de ácido úrico e desencadear a artrite gotosa ².

Quando não tratada, a gota pode se complicar, causando cálculos renais e deposições de cristais de urato de cálcio sob a pele ².

Assim, para a formação de cálculos renais de ácido úrico é necessário pH urinário baixo inferior a 5,5 (pK 5,75), volume urinário baixo e a excreção urinária de ácido úrico. Qualquer situação que determine um pH urinário baixo pode precipitar o ácido úrico e induzir a cristalização com formação de litíase úrica ².

Este trabalho tem como objetivo descrever a relação da fisiopatologia da artrite gotosa e nefrolitíase, através de um relato de caso estabelecendo uma possível correlação de causa-consequência que é descrita na literatura, mas pouco relatada na prática clínica.

METODOLOGIA

O estudo é essencialmente qualitativo e desenvolveu-se sob a forma de um relato de caso, envolvendo a artrite gotosa e uma de suas manifestações clínicas: a nefrolitíase recorrente. Deste modo, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo identificado pelo protocolo 75/2016 e CAAE: 57903916.2.0000.5179.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista com o paciente, análise de dados clínicos e exames complementares.

A entrevista ocorreu por meio de formulário previamente elaborado, com questionamentos específicos direcionados aos objetivos do trabalho, mediante assinatura do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no momento da coleta de dados e Termo de Anuência, concedido por representante do local da pesquisa.

Além disso, foram consultados artigos científicos das bases de dados Scielo, LILACS, BVS a fim de se obter um maior aprofundamento e embasamento sobre o tema.

RELATO DE CASO

Homem, 45 anos, sedentário, apresentou quadro súbito de dor intensa em região lombar direita com ultrassonografia, evidenciando nefrolitíase. Após cinco anos, evoluiu com quadro agudo de dor em pontada de forte intensidade na primeira articulação metatarsofalangeana do pé direito, sendo diagnosticada artrite gotosa e iniciado tratamento com colchicina, obtendo boa resposta. Iniciou seguimento clínico, com terapia de manutenção com alopurinol, hidratação oral adequada e uma dieta hipoproteica, evitando alimentos como leite e seus derivados, bebidas alcoólicas, carnes vermelhas e excesso de lipídios e carboidratos. Aos 52 anos, após período de descuido da terapia, apresentou nova nefrolitíase seguida por crise gotosa, ambas do lado direito.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O uso de diuréticos e aspirinas em dose baixa, hipertensão arterial sistêmica (HAS), síndrome metabólica, ingestão de bebidas alcoólicas, insuficiência renal crônica e obesidade, são fatores que aumentam a incidência da doença^{3,4}. Também vemos o desenvolvimento de outras comorbidades relacionadas à fisiopatologia da doença, como dislipidemia, alterações do metabolismo glicêmico, síndrome metabólica e doença cardiovascular, o que alerta para a gravidade da doença que vai além das lesões articulares⁵.

Em estudos feitos em 50 pacientes, entre 1978 até 1982, foi visto que a Gota é mais comum em negros e em homens. Nesse estudo foi visto que pacientes que já tinham HAS previamente, desenvolveram uma lesão articular permanente. Ademais, foi visto que pacientes que desenvolveram esta artropatia precocemente, evoluíram com HAS, litíase renal, tofos e poliartrite⁶.

Sabemos que a cristalização do urato, proveniente do ácido úrico, é a causa da artropatia e suas consequências. Esse ácido úrico é provindo da alimentação, produção corporal e ingestão de medicamentos ou bebidas alcoólicas, e é o produto final da

metabolização das purinas. A excreção dessa substância é feita pela urina, sendo quase totalmente excretado. São excretados cerca de 250 mg de ácido úrico por dia ⁷. Quando sua concentração fica maior que 7mg/dl nos homens e 6mg/dl nas mulheres, ocorre um processo de precipitação e depósito nas articulações, principalmente, e em outros órgãos. Após isso, os polimorfonucleares reagem contra esses compostos, causando uma reação inflamatória no local ⁸. Sabendo disso, é importante associar essa cristalização do urato com o meio de excreção pelo rim, pois esse mecanismo está associado às consequências renais comuns em pacientes gotosos ⁷.

A gota, como já mencionado, pode se desenvolver em áreas extra-articulares. O principal local é o rim, devido ao processo de excreção do ácido úrico. Mais comumente, este é expressado na forma de urolitíase (cerca de 33% de pacientes gotosos apresentam essas manifestações), também podendo manifestar-se em forma de nefropatia aguda. Na litíase renal, como foi observado no paciente em questão, há formação de cálculos que tem em sua constituição apenas ácido úrico ou a predominância deste. Isso se deve ao fato de haver uma hiperuricemia no paciente, havendo pouca solubilidade do ácido úrico ⁷. Então, observa-se que existe uma correlação entre o desenvolvimento de cálculo renal em presença de artrite gotosa, pois a fisiopatologia e o meio de excreção do ácido úrico podem levar à formação de cristais de urato, nas vias urinárias, e consequente reação inflamatória, obstruindo a passagem da urina e causando todos os sintomas de litíase renal visto no paciente e em vários outros gotosos que já passaram por esta situação: dor forte na região lombar sem melhora com analgésicos convencionais.

Com o tratamento convencionado para a gota, tanto o farmacológico como o não farmacológico é possível evitar a progressividade da doença assim como outros episódios de litíase renal, devendo seguir as instruções rigidamente ⁷. Ao tratar a artrite gotosa, o paciente, como descrito no caso, também passa a não apresentar nefrolitíase por ácido úrico.

Para o tratamento da crise da gota aguda, usam-se antiinflamatórios não hormonais, glicocorticoides e colchicina com dose de 1,2 mg, seguida em uma hora por uma dose de 0,6 mg. Não existe um consenso a longo prazo, mas é possível utilizar o alopurinol, dose diária a 300 mg por tempo indeterminado, que é um inibidor potente da enzima xantina-oxidase, que é a responsável pela produção de ácido úrico. Outros medicamentos vêm surgindo e sendo utilizados para a doença, como o febuxostat (dose oral de 40 e 80 mg/dia) que é um inibidor seletivo da enzima xantina-oxidase e consegue os mesmos resultados do alopurinol com doses menores. Também existem além desses medicamentos, os uricosúrios, que vão agir no túbulo

contorcido proximal impedindo a reabsorção de ânions urato, aumentando a excreção de ácido úrico. O mais utilizado no mercado é o probenecide (2 g/dia), muito utilizado associado aos inibidores da enzima xantina-oxidase, e que, juntos, mostram excelentes resultados para a diminuição de tofos. Porém, o uso desse medicamento aumenta o risco de urolitíase, o que não seria bom para o paciente que apresenta histórico de formação de cálculos devido à doença. Existem outros medicamentos sendo estudados, mas os mais utilizados hoje ainda são esses ⁹.

O tratamento não farmacológico é uma dieta pobre em purinas, não ingerir bebidas alcoólicas, evitar comidas que tenham excesso de lipídios e carboidratos ⁷. Desta forma, torna-se indispensável um acompanhamento reumatológico com apoio multiprofissional, em especial, os nutricionistas e educadores físicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado na etiologia e fisiopatologia da gota, o paciente necessita de acompanhamento, preferencialmente multiprofissional, a fim de manter o quadro clínico estável e de forma preventiva a evitar complicações da doença, tais como manifestações de quadros dolorosos de nefrolitíase e/ou progressão da doença, culminando em artrite gotosa com danos articulares relevantes associados, caso não controlados os fatores de risco.

A relação entre a artrite gotosa e a nefrolitíase é evidente, uma vez que a etiologia comum é capaz de desenvolver agravos ao paciente, a partir da cristalização do urato. De forma que, a artrite gotosa pode evoluir com as nefrolitíases de repetição, o que desencadeia aumento da morbidade do paciente.

A avaliação detalhada e contínua do paciente é, portanto, fundamental ao controle da doença, além de desempenhar função primordial para a garantia do bem-estar do indivíduo diagnosticado com gota.

REFERÊNCIAS

1. Araújo RL. Gota. Revista Brasileira de Reumatologia. Sociedade brasileira de reumatologia, 16 de junho de 2015.
2. Gomes NP. Profilaxia da litíase renal. Serviço de Urologia do Hospital Distrital de Faro, 2005. [Acesso em 02 de agosto de 2015]. Disponível em: <http://www.apurologia.pt/acta/3-2005/junior.pdf>.

3. Sarmiento JF, Cavalcante VA, Sarmiento MTR, Braz AS, Freire EAM. Artrite da gota tofácea crônica mimetizando artrite reumatoide. Rev. Bras. Reumatol. [Internet]. Dez 2009 [Acesso em 02 de agosto de 2015]; 49(6):741-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042009000600011&lng=pt.<http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042009000600011>.
4. Pinheiro GRC. Revendo a orientação dietética na gota. Rev. Bras. Reumatol. [Internet]. 2008 Jun [Acesso em 12 de outubro de 2015]; 48(3): 157-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042008000300005&lng=pt.
5. Cruz BA. Gota. Rev. Bras. Reumatol. [Internet]. 2006 Dec. [Acesso em: 15 de outubro de 2015]; 46(6): 419-422. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042006000600010&lng=en.
6. Chuster MS, Houli Jacques. Gota: estudo de 50 pacientes. Folha méd. jan.-fev. 1985. [Acesso em 01 de novembro de 2015]; 90(1/2):19-26. Tab. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30115&indexSearch=ID>
7. Fellet AJ, Pinto EOA, Barbosa LF, Soares GF. Gota. Rev. Bras. Reumatol. Jul. 2013. [Acesso em 04 de novembro de 2015];70: 252-9. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5459&fase=imprime.
8. Lin KC, Lin HY, Chou P. The interaction between uric acid level and other risk factors on the development of gout among asymptomatic hyperuricemia men in a prospective study. J Rheumatol 2000;27:1501-5.
9. Gonçalves RSG, Batista BA, Duarte ALBP. Gota e hiperuricemia: formas atípicas, novos tratamentos e risco cardiovascular. Rev Bras Medicina. Out. 2010;11(5):18-24. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4481.

Data de Submissão: 09/01/2017

Data de Aceite: 24/03/2017