

DR. GABOR KATONA *
DR. SERGIO ULLOA LUGO **

NUEVO CONCEPTO EN EL TRATAMIENTO DEL ATAQUE AGUDO DE LA GOTA. EXPERIENCIAS CON SUPOSITORIOS DE INDOMETACINA

INTRODUCCIÓN

LA GOTA CONSTITUYE una de las enfermedades reumáticas más discutidas y conocidas desde los primeros tiempos, por las múltiples descripciones de los personajes clásicos de la historia de la medicina, como: Hipócrates, Galeno, Sydenham y otros. Las principales manifestaciones clínicas de este padecimiento en su fase aguda son el dolor y la inflamación intensos acompañados con impotencia funcional secundaria. Por lo anterior, siempre ha sido de interés el buscar y encontrar un tratamiento eficaz que permita controlar rápidamente el ataque agudo y doloroso. En la historia de la medicina quizá no exista otra enfermedad en la que se

hayan utilizado tantas substancias, intervenciones y medidas tan diversas como en el caso de la gota, las cuales han variado desde las más inocuas, hasta las más agresivas y desde las más absurdas hasta las modernas, más lógicas basadas en observaciones tanto clínicas como bioquímicas, aunque no siempre acertada y con resultados muy variables y a veces dudosos. Sin embargo, en la historia del tratamiento de la gota, sigue teniendo importancia y utilidad, una substancia con el nombre clásico de Hermodactilo al principio, colchicum posteriormente y colchicina en la actualidad. El primero de estos principios activos fue introducido en terapéutica en forma empírica por Alejandro de Tralles, quien reconoció plenamente su utilidad en el ataque gotoso agudo, aunque haciendo la salve-

* Prof. de "Reumatología Clínica" de la U.N.A.M. Servicio de Reumatología del Hosp. General de la S.S.A.

** Servicio de Reumatología del Hosp. General de la S.S.A.

TABLA I

Enfermos gotosos —con ataque agudo— tratados con supositorios Indometacina

No.	No. de Clave	Duración de ataque (días)	Localización	Severidad*	Instalación del efecto (día)	Desaparición de la sintomatología (día)	Efectos secundarios	Resultado**	Dosis de Indometacina por supositorio (mgs)
1	1	3	R izq. C d.	3	1º	4	—	3	100
2	2	3	M izq. C izq.	3	1º	10	—	2	50
3	3	3	Pie izq.	3	1º	6	—	3	50
4	4	8	M y mano	4	1º	2-3	—	3	100
5	5	4	Pie der.	3	1º	3-4	—	3	100
6	6	20	Pie izq.	3	1º	4	—	3	50
7	8	14	R izq.	3	1º	5	—	3	100
8	9	2	Pie d.	4	7º	después 10º día	—	1	50
9	10	8	R izq.	3	1º	3	—	3	100
10	11	6	R izq. Pie izq.	3	1º	6	diarrea	2	50
11	15	18	Pie izq.	3	1º	3	—	3	100
12	19	2	R izq.	4	2º-3º	4-5	—	3	50
13	20	3	R izq.	3	1º	4-5	—	3	50
14	21	15	Pie izq. T d.	3	1º	7	—	3	100
15	23	10	Pie izq.	3	1º	4	—	3	100
16	24	4	Manos R izq.	4	3º	8-10	—	2	100
17	25	2	Pie d. dedo gordo	4	1º	4	—	3	50
18	26	4	R izq.	4	1º	7	—	3	50
19	27	4	T d.	4	1º	4	—	3	100
20	28	3	Pie izq. R. izq.	4	2º	5	—	3	50
21	30	4	R d. Mano d. T d. Pie d.	3	2º	8-10	—	2	100
22	32	2	Pie d. Mano d.	3	1º	3	—	3	50
23	33	3	Dedo gordo izq.	3	1º	4	—	3	50
24	34	6	Mano d. Rod. d.	3	2º	10—»	—	1	100
25	35	2	Mano d.	3	1º	5	diarrea	3	100
26	36	7	Mano d.	4	1º	3	—	3	50
27	37	25	M izq. T izq.	4	2º	6	—	3	100
28	38	8	R izq.	3	2º	4	—	3	50
29	39	3	Pie d.	4	1º	4	—	3	100
30	40	4	Pie izq. R izq.	3	1º	5	—	3	50

* Severidad: 1: Leve; 2: Moderado; 3: severo; 4: incapacitante.

** 3: alivio completo; 2: alivio moderado; 1: alivio completo; 0: sin efecto.

dad de que no era aplicable con éxito a todas las formas de "artritis". Otro médico, de la antigua Escuela Bizantina, Aetius, aún reconociendo las virtudes del fármaco, prestó gran atención a sus efectos colaterales "que contraindicaban su empleo en todos aquellos casos en que no fuese imperiosa la necesidad de habilitar los pacientes en la menor brevedad de tiempo". Tal principio ha variado poco hasta nuestros días, ya que si bien la identificación y purificación del principio activo, ahora nos permite su prescripción a dosis conocidas, no permite por otro lado eliminar sus efectos colaterales, que obligan en ocasiones a tomar decisiones de no utilizarla en algunos casos, e incluso a veces a contraindicarla.

Es interesante el hecho de que siendo una sustancia tan conocida desde hace siglos y su efecto indiscutible en la fase aguda de gota, no haya sido sino en los últimos años que se demostró su acción farmacológica en el ataque gotoso agudo, al identificarse su especificidad, a la luz de los conocimientos más recientes sobre la bioquímica de la inflamación (Malawista)⁷.

A pesar de la acción indiscutible, rápida y a veces dramática de la colchicina en el ataque agudo de gota, sus efectos secundarios frecuentes y a veces tan molestos, han servido como motivación a clínicos e investigadores para buscar otras sustancias con efecto antiinflamatorio importante que pudieran intervenir en el proceso agudo de la gota. Una de estas sustancias ha sido indiscutiblemente la Fenilbutazona, con evidente acción antiinflamatoria y analgésica, la que al poco tiempo de su introducción en terapéutica, ocupó un lugar relevante en el tratamiento de las crisis gotosas agudas. Sin embargo, sus efectos indeseables y en ocasiones la idiosincrasia al fármaco limitan su aplicación en todos los casos. En los últimos años surgió la Indometacina, otra sustancia con efecto antiinflamatorio muy importante y relativamente con menos efectos secundarios, la cual pronto ocupó un lugar

de primera importancia en el tratamiento de este cuadro, por excelencia, inflamatorio.

En el presente trabajo se pretende verificar la eficacia y utilidad ya comprobadas de la Indometacina en el proceso inflamatorio del ataque agudo de gota con especial hincapié en una vía de administración que permite utilizarla a dosis mayores y con mucho menos efectos indeseables. Por otra parte en un estudio "doble ciego" determinar la dosis óptima recomendable para el control radical del ataque agudo de gota.

La finalidad del estudio fue entonces determinar el efecto analgésico y antiinflamatorio de los supositorios de Indometacina en el ataque agudo de gota y observar si la dosis de 100 mgs. administrada tres veces al día durante las primeras 48 horas es indispensable, o si se logra efecto similar con 50 mgs. tres veces al día durante los dos primeros días.

MATERIAL Y MÉTODO

Para el presente estudio fueron seleccionados 30 pacientes gotosos con ataque agudo, con o sin tratamiento antigotoso previo, pero siempre —todos ellos— en fase aguda; los enfermos recibieron el tratamiento como antiinflamatorio y analgésico exclusivo, durante su ataque agudo.

Con objeto de observar la posible diferencia entre las dos concentraciones se utilizó el método "doble ciego". Los enfermos recibieron cajas numeradas del 1-30 conteniendo 20 supositorios de aspecto idéntico, y únicamente el contenido de Indometacina variaba entre 50 y 100 mgs. por supositorio.

El tratamiento siguió siempre una forma rutinaria de un supositorio cada 8 horas, durante los dos primeros días, y luego un supositorio cada doce horas (dos al día), hasta controlar por completo el cuadro y continuando con la administración de cápsulas de Indometacina —método que resultó muy útil desde que se inició el tratamiento del ataque agudo de gota con Indometacina.

RESULTADOS

Los resultados, en forma resumida, se observan en la Tabla I, donde se encuentran la localización y la severidad del ataque, así como la instalación del efecto del tratamiento y el número de días necesarios para suprimir completamente la sintomatología. En la Tabla I también se mencionan los efectos secundarios observados durante el tratamiento.

Al analizar los resultados y distribuir los enfermos según la dosis que recibieron, se llegó a la conclusión de que no se demostró diferencia evidente en los resultados obtenidos, y prácticamente tampoco en el tiempo necesario para que se presente el efecto benéfico del tratamiento (ver Tablas II y III) en los dos grupos con dosis distintas.

TABLA II

	3	2	1
Grupo I (100 mgs.)	12	2	1
Grupo II (50 mgs.)	12	2	1

3: alivio completo
2: alivio moderado
1: alivio discreto

TABLA III

Instalación del efecto (día)

Día	Grupo I	Grupo II
1º	11	11
2º	3	2
2º-3º		1
3º	1	
7º		1

Respecto de la eficacia del tratamiento, el elemento de mayor importancia lo constituye el número de días necesarios para suprimir por completo el dolor y la inflamación. Podemos considerar como

efecto muy bueno, si la sintomatología desaparece por completo en menos de 48 horas, bueno si esto acontece en el transcurso de 2-5 días, dudoso o regular si la sintomatología desaparece entre el 6º y 8º días y pobre si la respuesta se instala en más de 8 días.

TABLA IV a

Desaparición de la sintomatología (días)

	2-3	3	3-4	4	4-5	5	6	7	8-10	10	10 días
Grupo I	1	2	1	4		2	1	1	2		1
Grupo II		2		4	2	2	2	1		1	1

Respuesta terapéutica

		Grupo I	Grupo II
		100 mg/supositorio	50 mg/supositorio
Muy bueno:	Dentro de 48 horas	3	2
Bueno:	De 2 a 5 días	5	6
Regular:	De 6 a 8 días	4	5
Pobre:	8 días o más...	3	2

En la Tabla IV b se observa la respuesta terapéutica en relación con la dosis recibida. En ambos grupos el 53.3% de los casos mostró respuesta muy buena o buena, mientras que el resto se consideró como dudoso o pobre. Llama poderosamente la atención el hecho de no haber encontrado diferencia entre los que recibieron 300 mgs. diarios (3 supositorios de 100 mgs.), durante las primeras 48 horas, y los de la dosis de 150 mgs. diarios (3 supositorios de 50 mgs.). Al parecer la dosis óptima es de 150 mgs. en 24 horas, y dosis doble, de 300 mgs. en 24 horas, no significa mayores ventajas.

Respecto a los efectos secundarios, únicamente en dos enfermos se reportó diarrea, seguramente por la irritación local de los supositorios, pero tal manifestación no fue constante, sino pasajera.

DISCUSIÓN

Tal como se advierte en la introducción, la finalidad del presente estudio fue el comprobar la eficacia de la administración de Indometacina en el tratamiento del ataque agudo de gota, y determinar aproximadamente la dosis óptima recomendable, utilizando la vía rectal.

A base de los datos obtenidos podemos concluir que la Indometacina administrada por vía rectal resultó ser un tratamiento muy eficaz, y según nuestras experiencias, muy tolerable, y prácticamente sin efectos indeseables.

Nuestras experiencias están de acuerdo con las de otros autores como Schilling⁹, quien menciona que en el 65% de sus casos el dolor disminuye a las 2-8 horas de iniciado el tratamiento (en nuestro grupo I: 93% y en el grupo II, 86.5% (Tabla III). Boardman y Hart² reportan resultados muy buenos en el 61.5% de sus casos, y llaman también la atención sobre la rapidez de la instalación del efecto, superior a la de Fenilbutazona.

Nuestro estudio no permite esta comparación, pero nosotros también tenemos la impresión de que el efecto de la Indometacina, administrada en la forma mencionada, es mucho más rápido que el de la Fenilbutazona, y casi tan rápido como el de la colchicina, sin sus frecuentes inconvenientes tan bien conocidos (náusea, vómito y diarrea). La opinión de Boardman al respecto es de que el efecto de la Indometacina en el ataque agudo de gota, es dramático.

Según Maxwell Lockie⁶, muchos de los pacientes que responden pobremente al tratamiento con otro tipo de medicamentos, mejoran ostensiblemente al tratamiento a base de Indometacina. A. Gutman¹, confirma también esta observación.

Creemos que con estos datos y a base de nuestras experiencias, podemos decir que la introducción de la Indometacina en la terapia del ataque agudo de la gota, abrió un nuevo capítulo en el tratamiento de esta enfermedad tan compleja —sobre todo para el control del dolor y la inflamación tan importantes y característicos de su fase aguda.

BIBLIOGRAFIA

1. BIEN, E. J.; YU, T. R.; BENEDICT, J. D.; GUTMAN, A. B. y STETTEN, D. Jr.: *J. Clin. Invest.*, 32: 775, 1953.
2. BOARDMAN, P. L.; HART, D. F.: *"The Practitioner"*, 194: 560-65.
3. HART, F. DUDLEY y BOARDMAN, P. L.: *Brit. Med. J.*, ii, 965, 1963. y *"The Practitioner"*, 192: 828, 1964.
4. HENRY, R. J.; SOBEL, C. y KIM, J.: *Amer. J. Clin. Path.*, 28: 152, 1957.
5. KUZELL, W. C. y Col.: *J. Chron. Dis.*, 2: 645, 1955.
6. LOCKIE, M. L.: *"Postgraduate Medicine"*, 43: 98-101, 1968.
7. MALAWISTA, SEEGMILLER, HATHAWAY y SOKOLOFF: *J. Amer. Med. Ass.*, 194: 954, 1965.
8. NORCROSS, B. M.: *"Arthr. and Rheum"*, 6: 290, 1963.
9. SCHILLING, F.: *"International Symposium on Inflammation"*, Freiburg im Breisgau, Germany, Mayo 4-6, 1966. Editado por R. Heister y H. F. Hofman.
10. SMYTH, C. J.; VALAYOS, E. E. y AMOROSO, C.: *"Arthr. and Rheum"*, 6: 299, 1963.
11. STERN, F. H.: *Penn. Med. J.*, 66: 34-38, 1963.