

Jornadas de
**Reumatología en
Atención Primaria (RAP)**

**Alicante
1 y 2 de octubre
2018**



La gota

Francisca Sivera

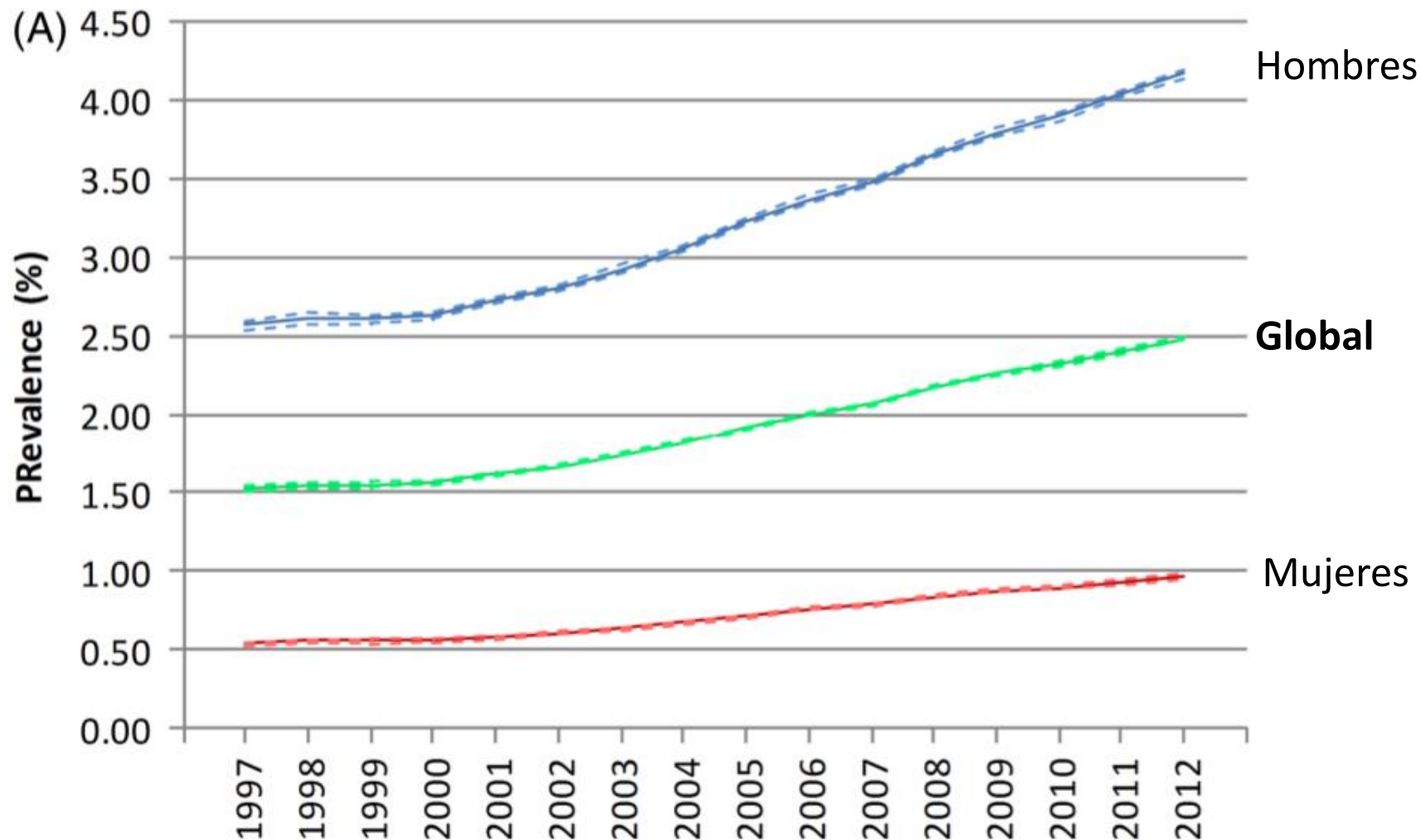
Hospital GU Elda



He recibido honorarios por asesorías, génesis de material educativa, ponencias o ayuda para asistir a congresos de Menarini y Grünenthal

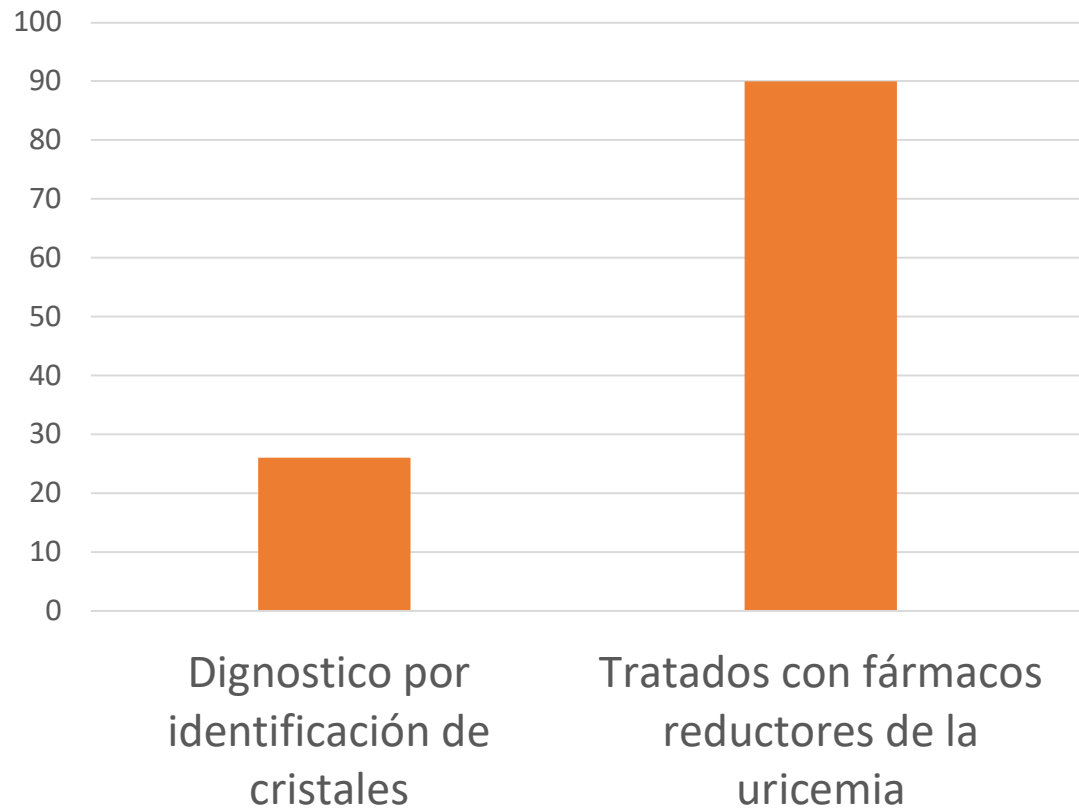
La prevalencia aumenta

RAP
2018



La gota no se trata bien

RAP
2018





La gota

- Es frecuente (cada vez más)...
- Puede ser severa...
- Está mal tratada...

¡La gota se puede curar!





1. Gota como enfermedad de depósito
2. El tratamiento de la gota
 1. Objetivo
 2. Opciones terapéuticas

Cambio de paradigma: Gota = enfermedad de depósito

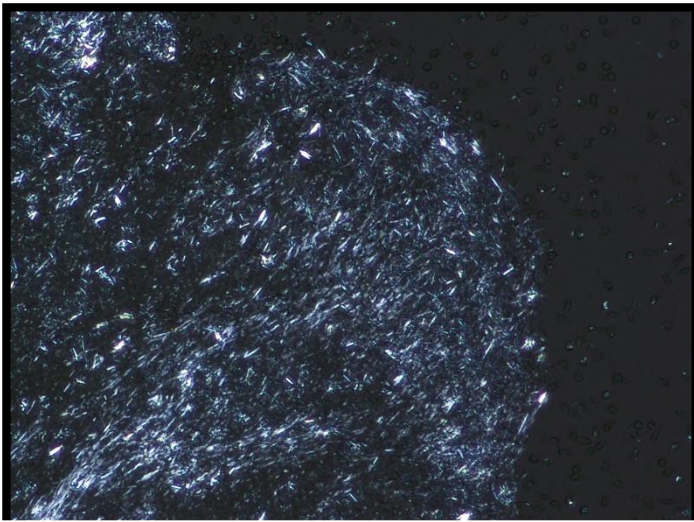


**RAP
2018**

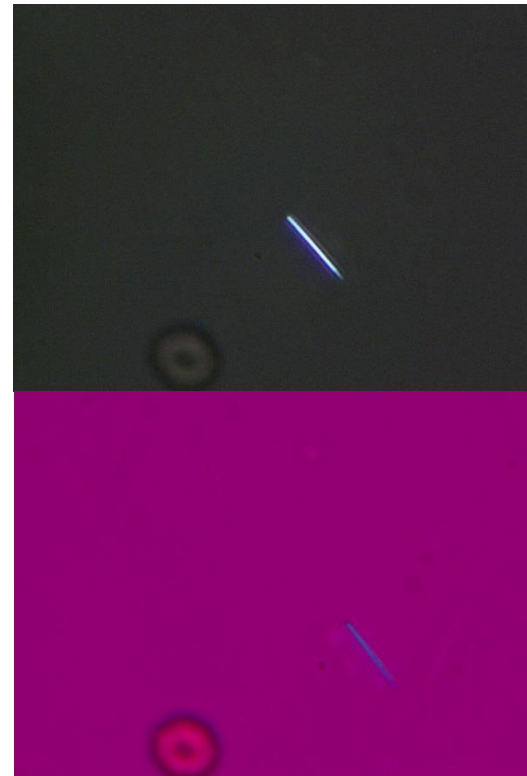




Cambio de paradigma: Gota = enfermedad de depósito



Los depósitos de cristales
son el marcador patogénico
de la gota

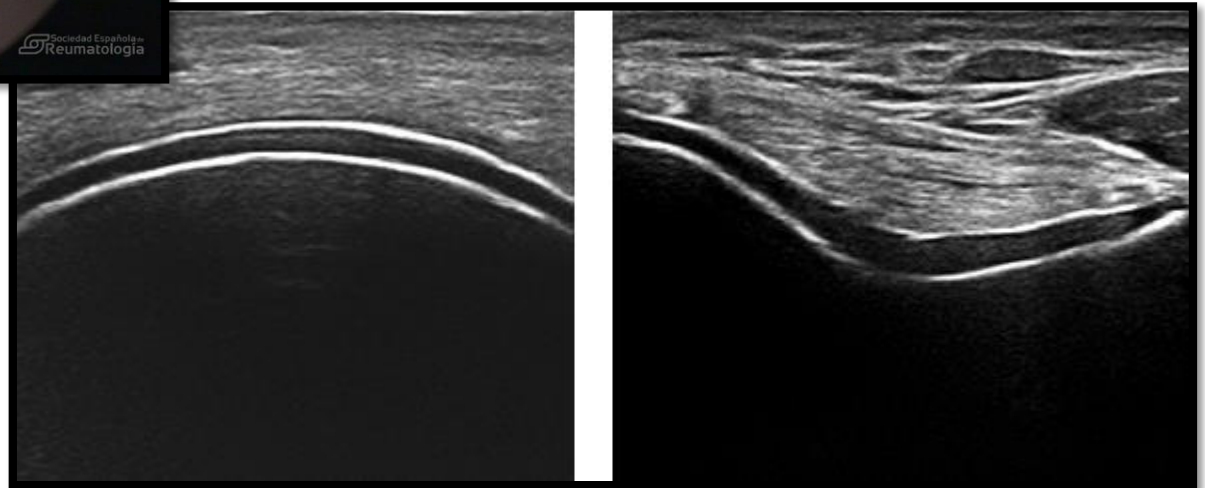




Cambio de paradigma: Gota = enfermedad de depósito



Los depósitos de cristales
persisten en las
articulaciones asintomáticas



Objetivos del tratamiento



‘Treat to target’ = tratamiento por objetivo

Objetivos del tratamiento



- La uricemia debe alcanzar niveles inferiores a 6.0mg/dL, aunque las concentraciones inferiores pueden acelerar la curación de la enfermedad

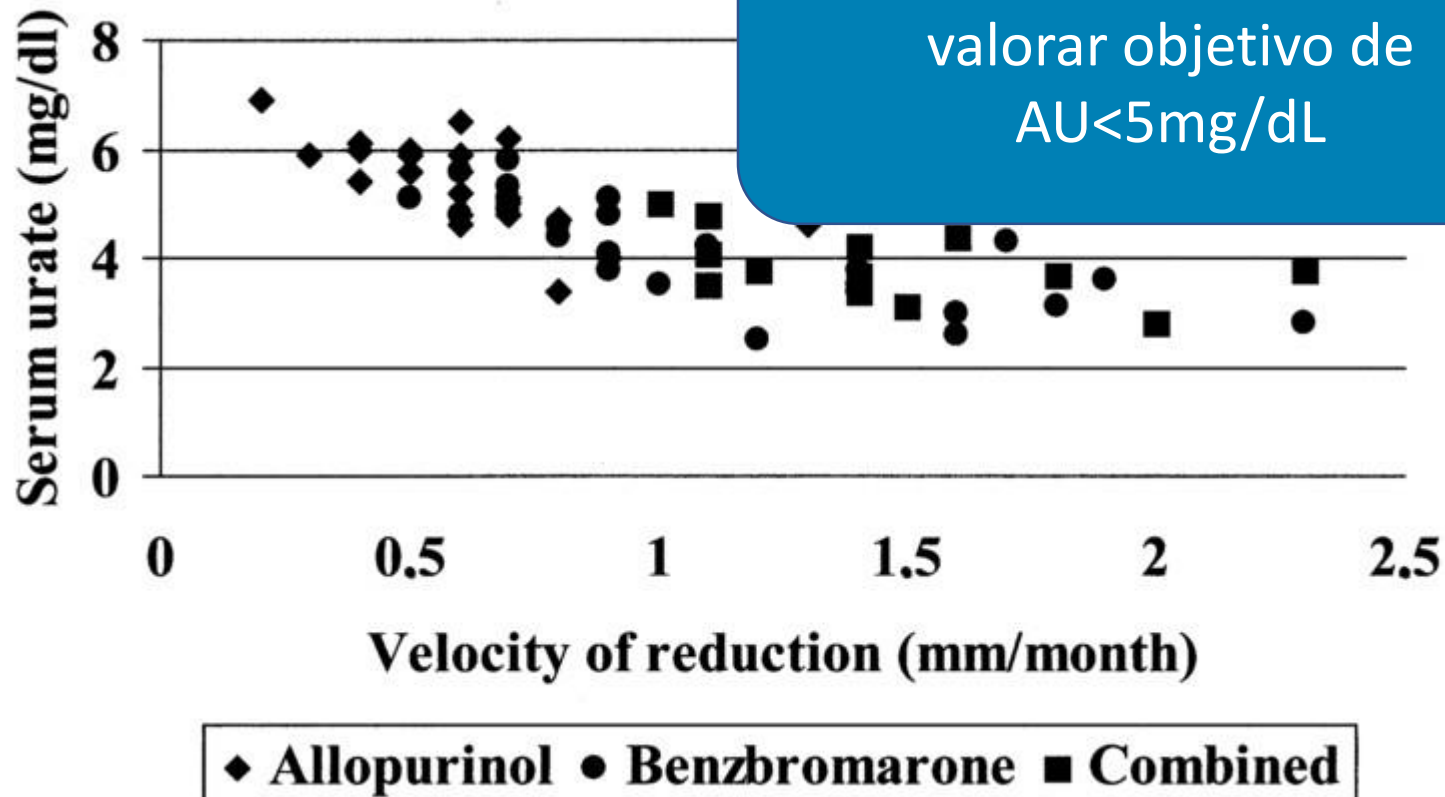
✓ Punto de saturación de AU es 6.8mg/dL en condiciones de laboratorio

Objetivos del tratamiento



- 70 pacientes con gota tofácea

En pacientes con gota severa,
valorar objetivo de
 $AU < 5 \text{ mg/dL}$



Objetivos del tratamiento



Otros objetivos secundarios:

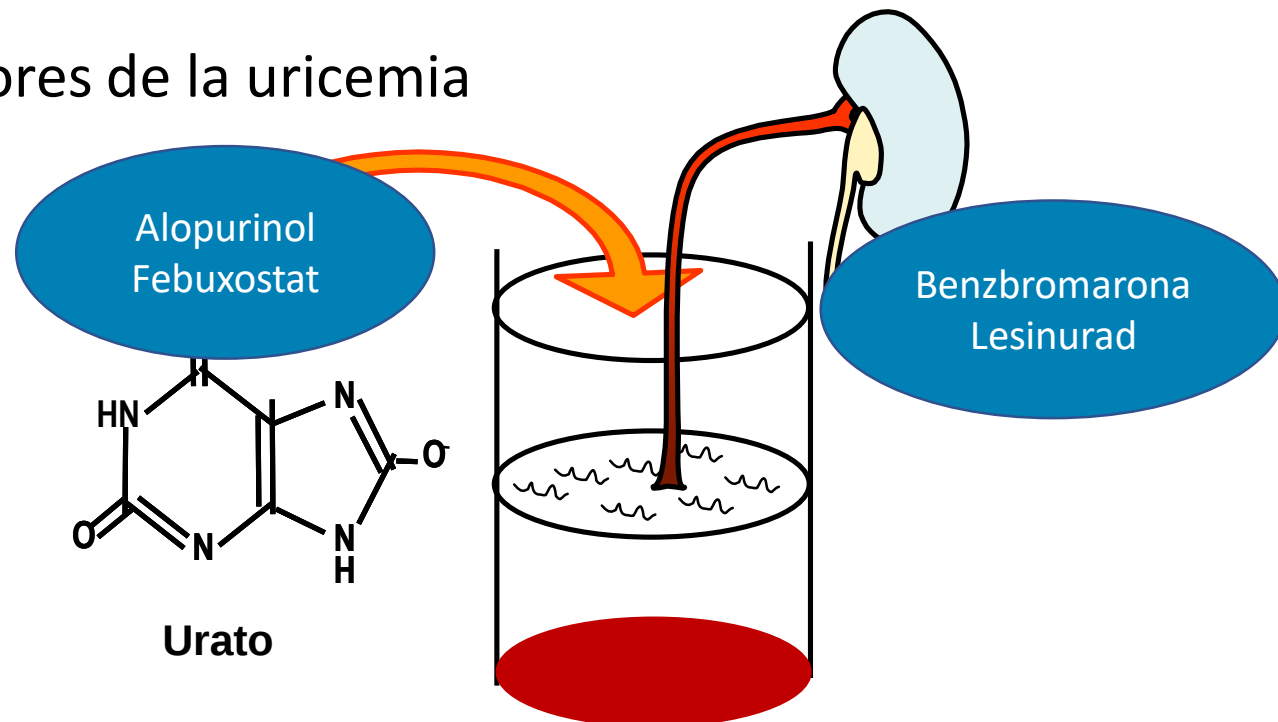
1. Prevención de episodios inflamatorios de gota
2. Resolución rápida de ataques de gota
3. Eliminación de tofos
4. Mejoría del RCV asociado a la gota

Estrategias de tratamiento



- Fármacos reductores de la uricemia

- Alopurinol
- Febuxostat
- Benzbromarona
- Lesinurad

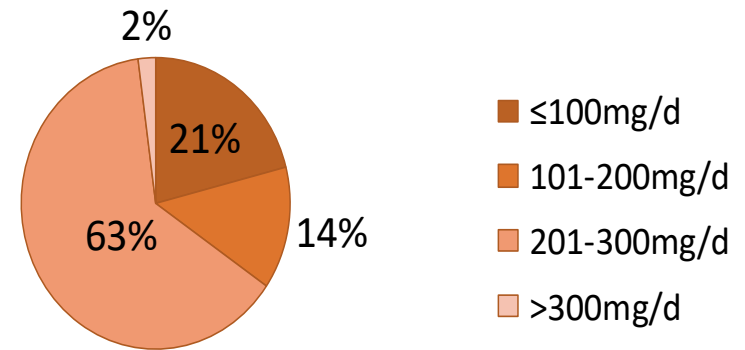


Alcanzar el objetivo terapéutico ($AU < 6 \text{ mg/dL}$) es más importante que con qué fármaco se alcanza

Alopurinol

- Es el pilar de tratamiento
- Comprimidos de 100mg

Dosis diaria de alopurinol
en Reino Unido 2000-2005 ³



**Truco del experto:
empieza con dosis bajas y aumenta lentamente hasta el
objetivo terapéutico**

- Inicio $\leq 1\text{mg/día}$ por ml/min de FG
- Aumentar dosis (cada 2 semanas) hasta alcanzar el objetivo terapéutico (AU < 6mg/dL)

La causa más frecuente de 'ineficacia' es la dosis insuficiente

Febuxostat



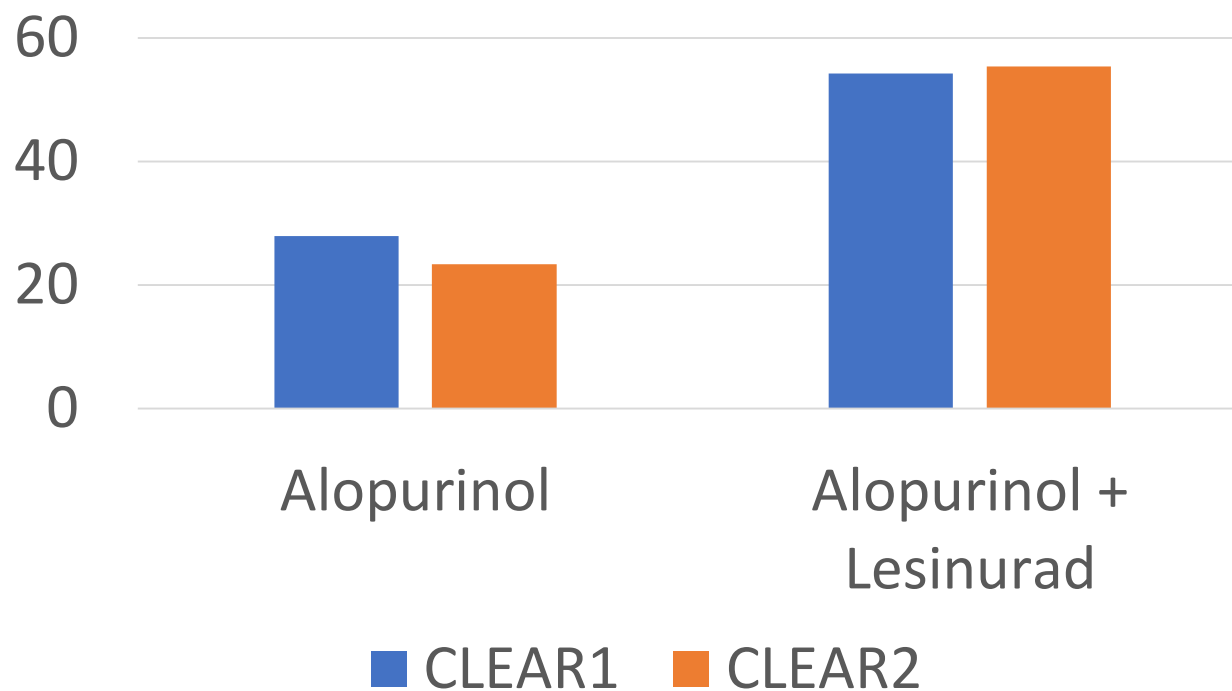
- Comprimidos de 80mg y de 120mg
 - Más potente que alopurinol 300mg/d para reducir el AU
 - Especialmente en insuficiencia renal moderada (FGe <60ml/min)
 - Contraindicado en pacientes con eventos CV previos
- Inicio por 80mg/día
 - Aumentar a 120mg/día si no se alcanza el objetivo terapéutico (2-4 semanas)
 - No combinar alopurinol con febuxostat



- Pdte de comercialización
 - Inhibidor de la reabsorción renal de uratos
 - Comprimidos de 200mg: dosis 200mg diarios
 - Aprobado en combinación con inhibidor de XO (alopurinol o febuxostat)
- ✓ Eficacia



Proporción de pacientes con $AU < 6\text{mg/dL}$ a los 6 meses





- Pdte de comercialización
 - Inhibidor de la reabsorción renal de uratos
 - Comprimidos de 200mg: dosis 200mg diarios
 - Aprobado en combinación con inhibidor de XO (alopurinol o febuxostat)
-
- ✓ Eficacia
 - ✓ Seguridad
 - Más frecuentes: reacción pseudo-gripal, pirosis, cefalea
 - Alteración renal
 - No aumenta riesgo de litiasis renal
 - Aumento de Cr (suspender si $Cr > 2$ basal o $> 4 \text{ mg/dL}$)
 - CI en pacientes con $ClCr < 30 \text{ ml/min}$; con precaución $30-45 \text{ ml/min}$
 - No recomendado en pacientes con ECV 12m, ICz III-IV, HTA no controlada



¿Puedo empezar el tratamiento reductor de la uricemia durante un ataque?

¿Qué hago con el alopurinol cuando tengo un ataque?

¿Hasta cuando mantengo el tratamiento reductor de la uricemia?

¿Y entonces la colchicina...?

¿Y la dieta?



- ✓ Cambio de paradigma: la gota es una enfermedad de depósito
- ✓ El objetivo es disolver los cristales manteniendo $AU < 6 \text{ mg/dL}$ = **CURACIÓN**
- ✓ La estrategia actual se basa en alopurinol o febuxostat (se añadirá el lesinurad)
- ✓ Se debe aumentar la dosis de tratamientos reductores de la uricemia hasta alcanzar el objetivo terapéutico



Caso clínico

RAP
2018





Varón de 58 años.

HTA en tratamiento con diuréticos y IECAs. Dislipemia en tto con estatinas.

Interconsulta desde Urgencias por un paciente con un episodio agudo de artritis de rodilla de 2 días de duración.

Refiere episodios previos de inflamación articular que han afectado 1ª MTF y rodillas. Le suelen durar 7-10 días y los trata con AINE (Diclofenaco) a demanda. Inicio hace 5 años de los episodios, cada vez son más frecuentes (3 en el ultimo año). Le han dicho que tiene gota, pero nunca ha recibido tratamiento.

Tª 37,5°C, resto de EF normal.

AS: Cr 0.76, Leucocitos 12.000, resto de hemograma normal, Bioquímica normal, PCR 80.4 mg/dL.



¿Cuál es cierta?

1. Seguro que la clínica del paciente es una artritis gotosa
2. Es prioritario solicitar una radiografía
3. Debemos tratarlo con antibióticos y mandarlo a casa
4. Es necesario aspirar y analizar el líquido sinovial de la rodilla



En Servicio de Urgencias:

Aspiramos el LS

- MO: cristales de urato monosódico (UMS)
- Cultivo negativo (5d)
- LS: Leucos 57.000 (90% PMN)

Tratamos con AINEs a dosis plenas en domicilio y le damos pautas de signos de alarma

Acude 2 semanas después a consulta de AP para plantear tratamiento de la gota.



¿Cuál no debe ser nuestra actitud?

1. Iniciar colchicina para evitar nuevos ataques de gota
2. Iniciar alopurinol a dosis de 300mg en monoterapia
3. Evaluar el RCV del paciente (en caso de que no lo hayamos hecho antes)
4. Solicitar una AS para ver como tiene el AU



Se le realiza AS en la que destaca

- AU 9.5mg/dL, FGe 85ml/min. Resto normal.

Iniciamos colchicina (dosis 1mg/d) y alopurinol a dosis de 100mg diarios, aumentando de dosis (100mg) cada 2 semanas hasta llegar a dosis de 300mg.

El paciente acude a los 2 meses comentando que no ha tolerado la colchicina por diarrea y que lleva 2 semanas con un nuevo ataque de gota (primero tobillo y luego rodilla). Refiere que se toma el alopurinol todos los días.

En la AS el AU es de 6.8mg/dL.



¿Cuál es cierta?

1. El alopurinol no funciona porque el paciente sigue teniendo crisis de inflamación.
2. La dosis de alopurinol es suficiente.
3. Podemos sustituir la colchicina por Colchicina + dicloverina (Colchimax®) o por AINE a dosis baja.
4. Mejoraría si hiciera bien la dieta.



Hospital General Universitario Elda