

SÍNTOMAS Y SIGNOS

- Inflamación y dolor articular, frecuentemente en la primera metatarsofalange.
- Dos fases clínicas:
 - **Ataques agudos intermitentes** que duran 7-10 días que se resuelven espontáneamente con períodos asintomáticos entre ataques.
 - **Gota tofacea crónica** con ataques poliarticulares y síntomas entre ataques y deposición de cristales en tejidos blandos o articulaciones. Los ataques recurrentes son frecuentes.



Gota en la articulación de la primera metatarsofalange

FISIOPATOLOGÍA

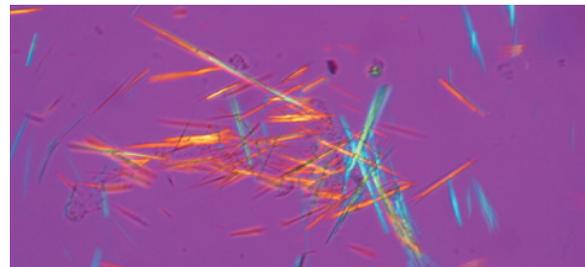
- Los humanos no podemos convertir ácido úrico a alantoína soluble (como producto final del metabolismo de las purinas) porque no tenemos la enzima uricasa.
- Hiperuricemia (>6.8 mg/dL) es el límite de solubilidad del ácido úrico, sobre lo cual se pueden formar cristales de urato monosódico.
- Hiperuricemia resulta de la sobreproducción de ácido úrico, o más común por la subexcreción renal de ácido úrico.
- Sin embargo, hiperuricemia resulta en gota en $<25\%$ de las personas, lo que implica que hay otros factores involucrados.

FACTORES DE RIESGO

- Más frecuentes en hombres que en mujeres (4:1)
- Tercer edad
- Uso de diuréticos tiazídicos o dosis baja de aspirina ($<1g$ QD)
- Dieta con exceso de purinas (carnes, mariscos, etanol, bebidas con concentraciones altas de fructosa)
- Factores asociados con la hiperuricemia como son:
 - Diabetes o resistencia a la insulina
 - Síndrome metabólico
 - Obesidad
 - Insuficiencia renal
 - Hipertensión arterial
 - Falla Cardíaca

DIAGNÓSTICO

- El estándar es visualizar los cristales de urato monosódico en el líquido sinovial.
- Bajo microscopía polarizanda, los cristales son birrefringentes negativos.
- Sin embargo, la cristalografía no se hace de rutina en la práctica clínica.
- Hiperuricemia puede estar ausente durante las crisis agudas.
- Una presentación común es el dolor severo y súbito de una articulación(s) típica(s) en un pcte. con hiperuricemia.



Cristales de Urato (Gota) son horizontales y amarillos, indicando birrefringencia negativa.

TERAPIA

GOTA AGUDA

Colchicina

- 1.2mg al comienzo del ataque, y 0.6mg luego de una hora.
- Luego 0.6mg QD por 7 días
- Efectos adversos: gastrointestinales, rabdomiolisis.

AINEs

- Indometacina, Naproxeno, Ibuprofeno por 7 días

Corticoides

- Prednisona 30mg QD por 5-7 días
- Corticoide intra-articular tiene eficacia pero no ha sido estudiado

HIPERURICEMIA

- Se recomienda bajar los niveles de ácido úrico en ptes con 2 ataques por año de Gota o con tofus.
- No se debe iniciar tratamiento durante los ataques agudos, sino luego de 2-4 semanas.
- Se inicia con una dosis baja que se aumenta (de ser necesario) durante 2-3 meses.
- Se deben monitorizar los niveles de ácido úrico y creatinina, así como los efectos adversos.
- La meta es mantener el ácido úrico <6.0 mg/dL.
- La terapia es indefinida.
- Se recomienda utilizar Colchicina 0.6mg QD por 3-5 meses para prevenir ataques al comienzo de la terapia con Alopurinol.

Inhibidores de Oxidasa de Xantina (inhibe la síntesis de ácido úrico)

- Alopurinol
 - 300 mg VO QD
 - Puede subirse hasta 800mg/dL en ptes con función renal normal.
 - Rash en 2%.
- Febuxostat
 - Aprobado por FDA en 2009

- 80mg VO QD

Agentes Uricosúricos (inhiben la reabsorción renal de urato)

- Probenecid, Sulfinpirazona, Benzbromarona.
- Mucho menos utilizados que el Alopurinol.
- Contraindicados en ptes con nefrolitiasis por ácido úrico.

Uricasa (convierte el ácido úrico en alantoina soluble)

- Pegloticasa aprobada por FDA en 2010 para la gota refractaria.
- Se administra IV y las reacciones adversas son comunes.

PERLAS

- La evidencia sugiere reducir la porción de comida con altos niveles de purina. No tiene que haber una abstinencia total.
- Bicarbonato, lácteos, y vitamina C pueden disminuir los niveles de ácido úrico.
- Losartán tiene efectos uricosúricos y se debe considerar en ptes con gota e hipertensión arterial.
- Diagnóstico diferencial de la gota incluye artritis séptica y pseudogota (cristales de calcio y dihidrato de pirofosfato) que se presentan con menos dolor y comienzo menos súbito.
- No se recomienda tratar la hiperuricemia en ptes sin gota porque la mayoría de las personas con hiperuricemia no desarrollan gota.
- Hidratación adecuada y bajar de peso en pacientes obesos, pueden disminuir los ataques.

BIBLIOGRAFÍA

BARRY L. HAINER; ERIC MATHESON; R. TRAVIS WILKES, Diagnosis, Treatment, and Prevention of Gout. Am Fam Physician. 2014 Dec 15;90(12):831-836.
Tuhina Neogi, M.D., Ph.D. Gout. N Engl J Med 2011; 364:443-452 February 3, 2011 DOI: 10.1056/NEJMc1001124