

I JORNADA FORMATIVA DE REUMATOLOGÍA

para Atención Primaria de la Provincia de Alicante

Mitos, leyendas y certezas en GOTA

Salvador López Salguero



GENERALITAT
VALENCIANA



DEPARTAMENTO DE SALUD
DE TORREVIEJA



GENERALITAT
VALENCIANA



ISABIAL
INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
BIOMÉDICAS Y TECNOLÓGICAS
DE ALICANTE



ALACANT
HOSPITAL GENERAL
DEPARTAMENT DE SALUT



reumalicante

- No tengo conflictos de interés para esta charla

Mitos, leyendas y certezas en GOTA

MANY WITH GOUT DON'T UNDERSTAND THEIR DISEASE

Mucho + frecuente en hombres pero también puede afectar a mujeres, especialmente tras la menopausia

1 in 2

don't know gout can affect both men and women.



6 in 10

falsely believe gout only affects the feet/toes.



1MTF es la + frecuente pero puede afectar cualquier articulación. Tarsos, rodillas, codos...
Formación de tofos.

Episodio agudo
Gota intercrítica
Gota crónica

Estado proinflamatorio
Aumento RCV



4 in 10

falsely believe gout is a disease that comes and goes.



6 in 10

do not know that gout is a form of arthritis.

Forma de artritis más prevalente

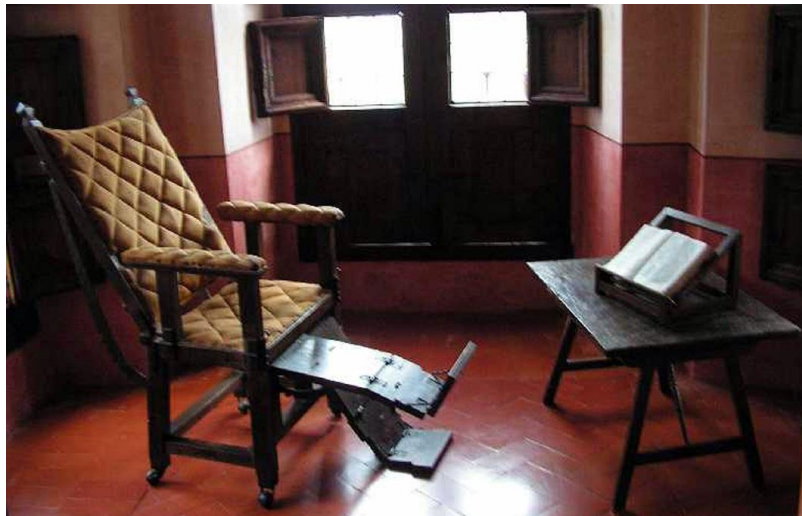
ESTILO DE VIDA

Salud

La enfermedad de la gota se asocia a reyes, realeza y clases altas; te contamos por qué

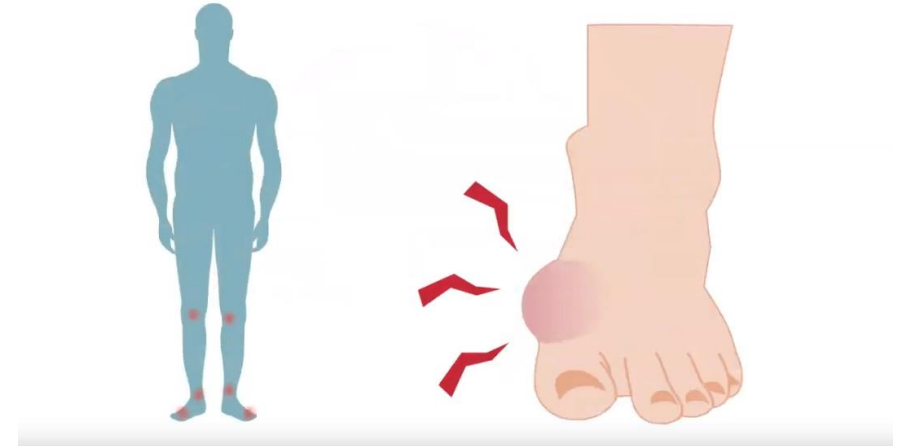
La enfermedad de la gota era bastante común entre reyes y aristócratas de la Edad Media.

Mitos, leyendas y certezas en GOTA



Mitos, leyendas y certezas en GOTA

- Prevalencia España >20 años 2.4% (EPISER)
 - + frecuente según edad
 - + frecuente en ERC
 - + prevalencia FRCV



Mitos, leyendas y certezas en GOTA

- + frecuente idiopática

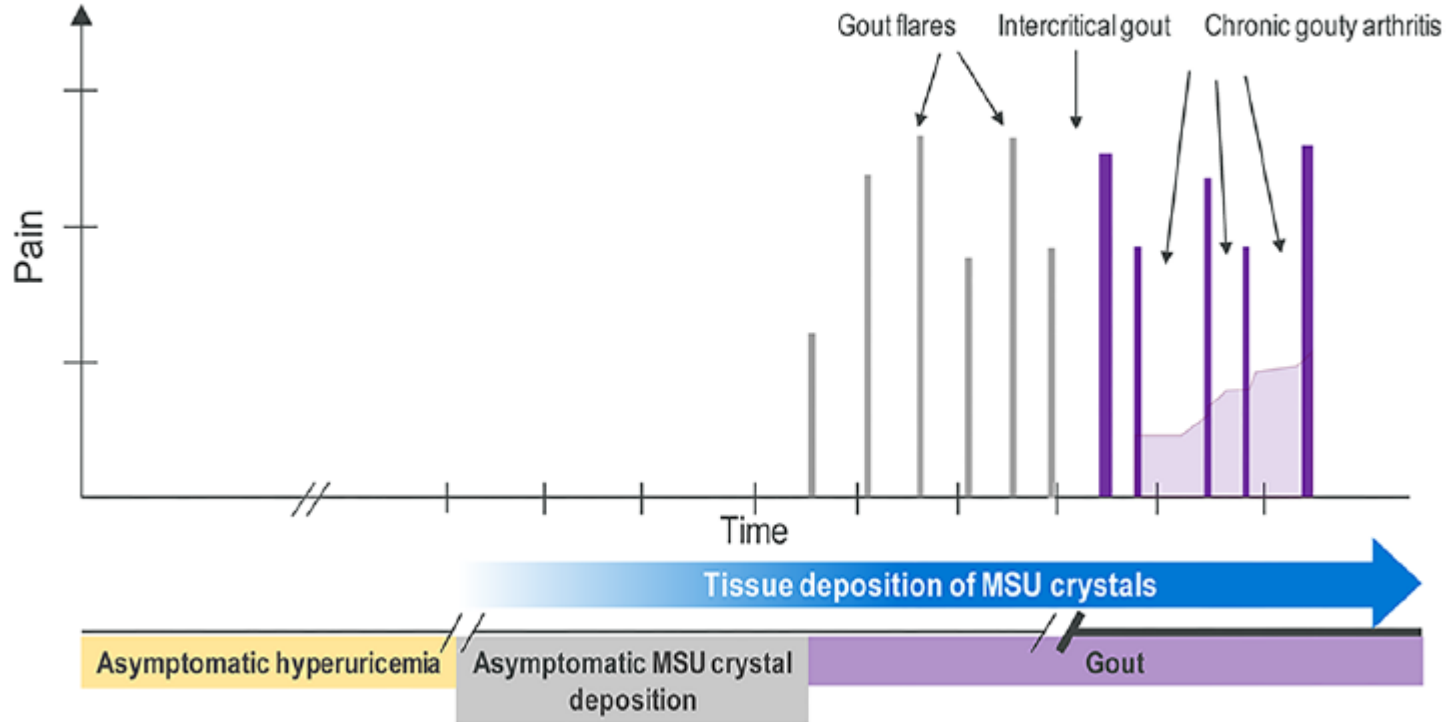
Tabla 2. Factores de riesgo de la gota

Factores de riesgo	
Genéticos	SLC22A12 (URAT1) SLC2A9 (GLUT9) ABCG2
Sociodemográficos	
Edad	
Sexo	Varón
Lugar de residencia	Ámbito urbano
Hábitos de vida	
Dieta	Dieta rica en purinas Alcohol (especialmente cerveza)
Ambientales	Exposición al plomo
Medicamentos	Diuréticos Ciclosporina, tacrolimus (trasplante)

Tabla 4. Causas secundarias de hiperuricemia y gota

Aumento producción de urato	Dieta rica en purinas
	Aumento del catabolismo del ATP (por ejemplo, etanol, ejercicio intenso, isquemia tisular, glucogenosis)
	Psoriasis
	Enfermedad de Paget ósea
	Enfermedades hematológicas y neoplásicas con aumento del recambio celular
	Quimioterapia citotóxica (incluyendo síndrome de lisis tumoral)
	Defectos genéticos en la vía de las purinas (sobre-expresión de fosforibosil-pirofosfato sintetasa, deficiencia de hipoxantin-guanin fosforibosiltransferasa – síndrome de Lesch-Nyhan y síndrome de Kelley-Seegmiller)
	Déficit de glucosa-6-fosfato dehidrogenasa (glucogenosis tipo I)
Disminución de la eliminación de urato	Enfermedad renal crónica
	Depleción de volumen extracelular, deshidratación
	Acidosis
	Fármacos (por ejemplo, tiazidas, diuréticos de asa, niacina, pirazinamida, ciclosporina)
	Intoxicación por plomo (gota saturnina)
	Nefropatía por analgésicos
	Enfermedad renal poliquística
	Enfermedad renal quística medular
	Otras nefropatías intersticiales familiares
	Endocrinopatías (hiperparatiroidismo, hipotiroidismo)

CLÍNICA



MANY WITH GOUT DON'T UNDERSTAND THEIR DISEASE

<p>1 in 2</p> <p>don't know gout can affect both men and women.</p>	<p>6 in 10</p> <p>falsely believe gout only affects the feet/toes.</p>
<p>4 in 10</p> <p>falsely believe gout is a disease that comes and goes.</p>	<p>6 in 10</p> <p>do not know that gout is a form of arthritis.</p>

Mitos, leyendas y certezas en GOTA

EPISODIO DE MONOARTRITIS



Tienes el ácido
úrico alto, es
gota

(4) The diagnosis of gout should not be made on the presence of hyperuricaemia alone.

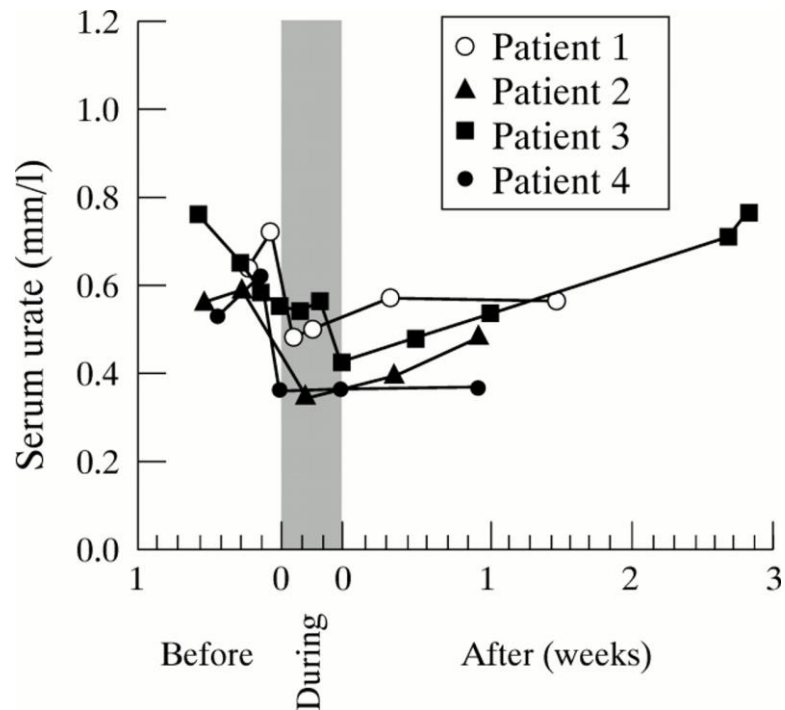
- Epidemiological studies show a relationship between serum uric acid (SUA) levels and incident gout, and that not all hyperuricaemic patients have or will develop gout.
- For instance, **only 22%** of asymptomatic patients with SUA levels above 9 mg/dL developed incident gout over a 5-year period.(...)
- hyperuricaemia alone should be considered solely as a strong risk factor for incident gout³⁶ and not as a surrogate marker for its diagnosis

Mitos, leyendas y certezas en GOTA

- (4) *The diagnosis of gout should not be made on the presence of hyperuricaemia alone.*

(...)

- SUA levels have a limited diagnostic value, especially during a gout flare and should be preferably determined at distance from a gout flare.



EPISODIO DE MONOARTRITIS



Tienes el ácido úrico normal, no es gota

DIAGNÓSTICO

- Gold estándar
 - Identificación de cristales en LS o tofo
- Criterios clínicos
 - Baja Esp
 - 20-25% mal dx de gota

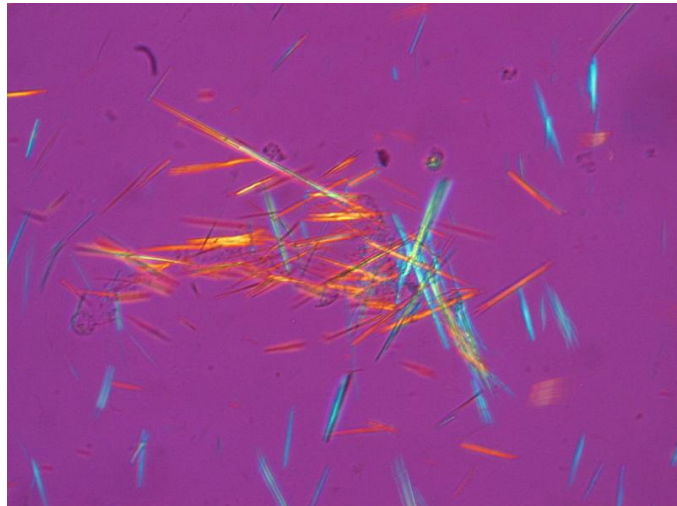


Tabla 6. Validez de diversos criterios de clasificación de gota

Criterios	Área bajo la curva	Sensibilidad	Especificidad
ACR/EULAR 2015 ⁵¹	0,95	0,92	0,89
ACR/EULAR 2015 (clínico sólo) ⁵¹	0,89	0,85	0,78
ACR 1977 ⁵²	0,83	1,00*	0,51*
Roma ⁵³	0,95	0,97	0,78*
Roma (clínico) ⁵³		0,77*	0,78*
New York ⁵⁴	0,83	1,00*	0,78*
New York (clínico) ⁵⁴		0,79*	0,78*
México ⁵⁵	0,84	1,00*	0,44*

Mitos, leyendas y certezas en GOTA

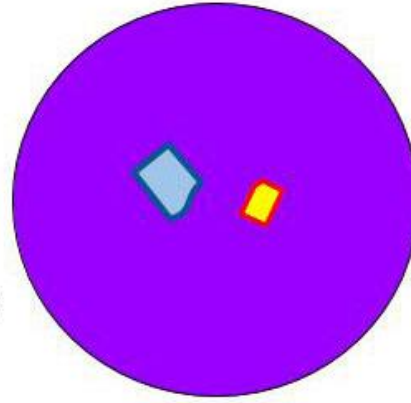
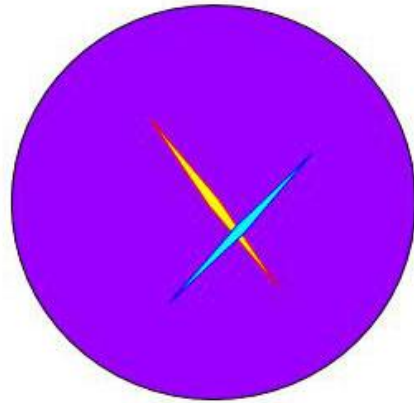
Gout

or

Pseudogout?

**Monosodium Urate
Crystals**

**Calcium Pyrophosphate
Crystals**



**Polarized Light
Axis**

Needle shaped
Negatively birefringent

Rhomboid shaped
Positively birefringent

Remember the N's

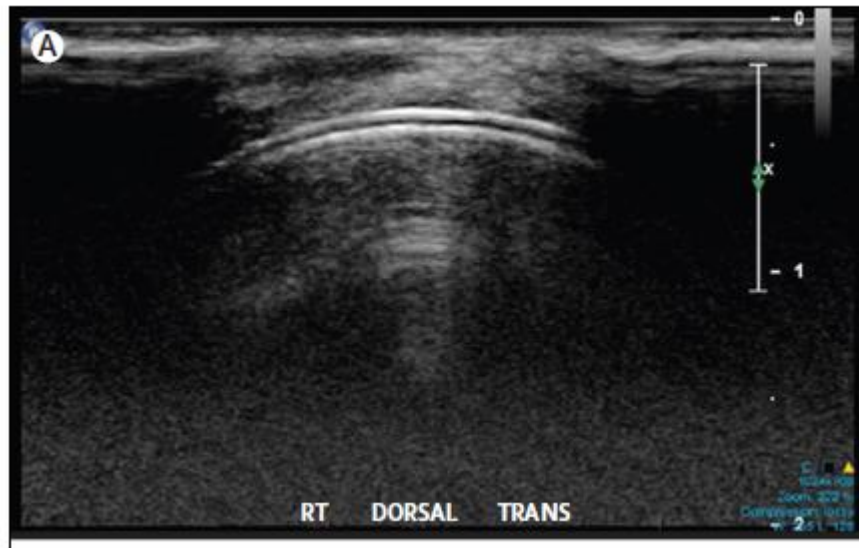
Remember the P's

Mitos, leyendas y certezas en GOTA

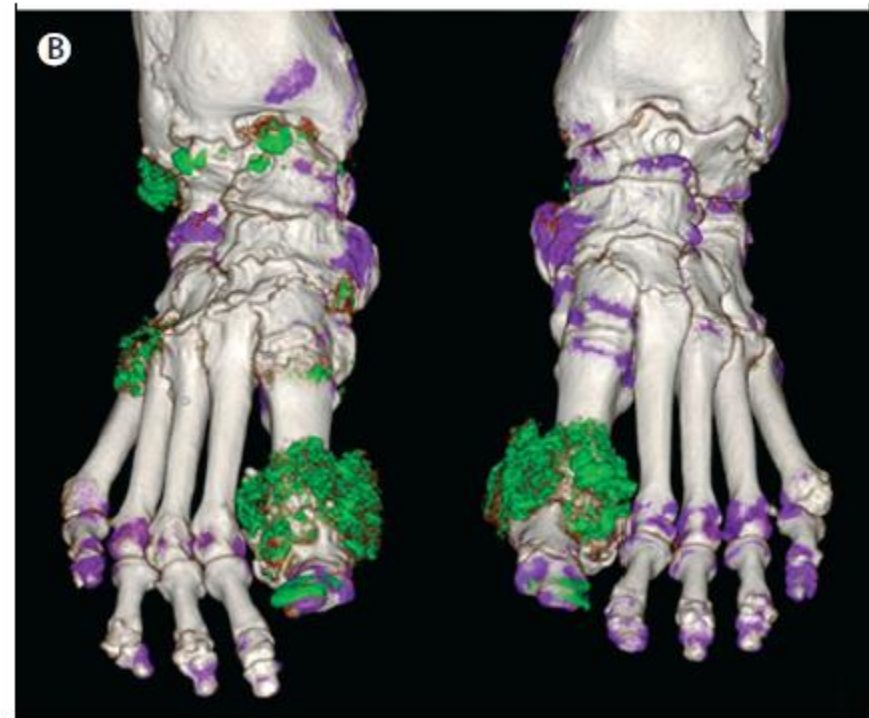
DIAGNÓSTICO

- (5) *When a clinical diagnosis of gout is uncertain and crystal identification is not possible, patients should be investigated by imaging to search for MSU crystal deposition and features of any alternative diagnosis.*

ECOGRAFÍA



DECT

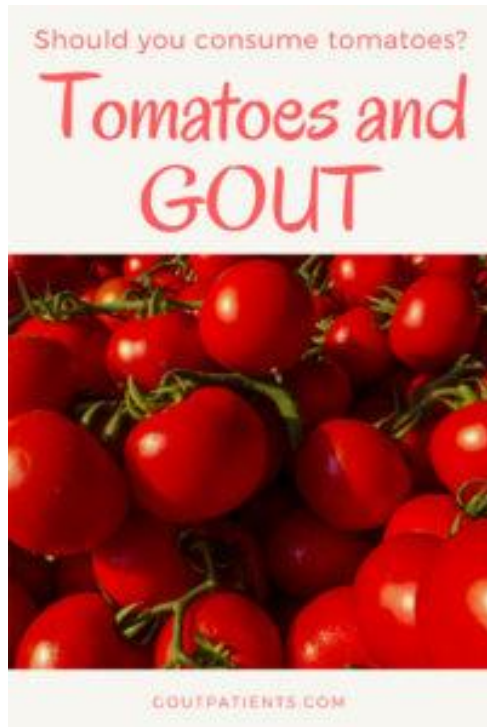


TRATAMIENTO



DIETA

- ¿Se asocia el consumo de TOMATE a la gota?



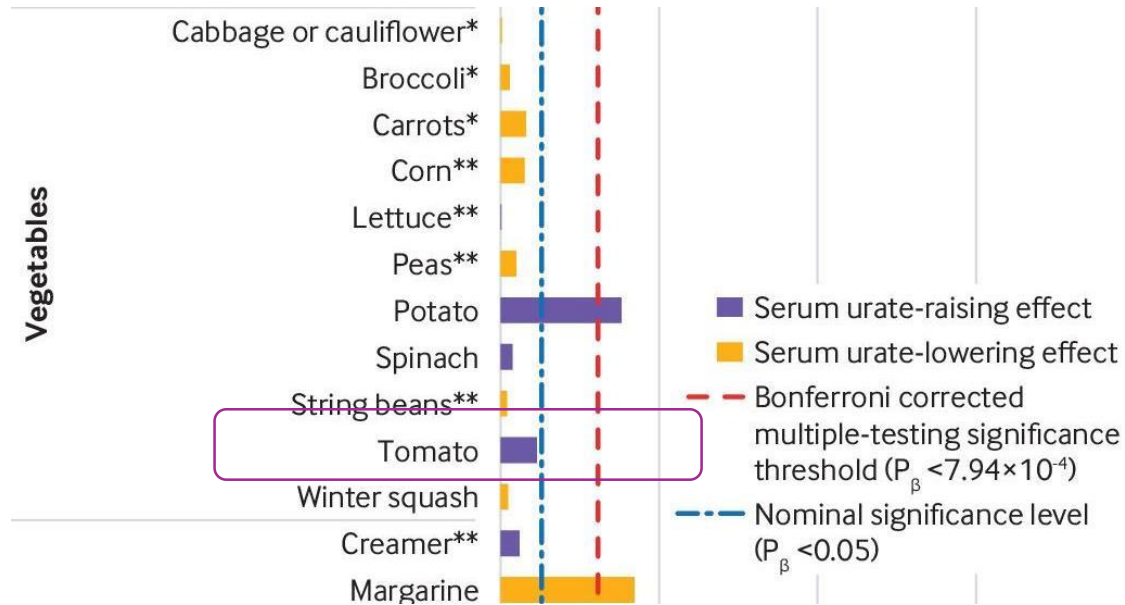
Mitos, leyendas y certezas en GOTA

Table 3 Summary information for seven tomato intervention studies that measured urate levels before and after intervention

Study	Total (n)			Age ¹ (years)	Urate Measurement	Start Urate ² (μmolL^{-1})	End Urate ² (μmolL^{-1})	P-value ³	Intervention
	All	M	F						
Engelhard et al. (37) ⁴	31	18	13	48 (30–73)	Serum	336.7 \pm 14.3	349.2 \pm 15.5	<i>P</i> > 0.05	Participants consumed 1 250 mg 'Lyc-O-Mato' tomato extract capsule per day for 8 weeks
Jacob et al. (38)	24	4	20	23 (19–27)	Plasma	221.4 \pm 49.8	221.0 \pm 45.9	<i>P</i> > 0.05	Participants consumed 250 mL tomato juice twice daily for 2 weeks ⁵
					Urinary (mg/mg Cr)	0.39 \pm 0.2	0.52 \pm 0.2	<i>P</i> < 0.05	
Lee et al. (39) ⁶	10	10	-	26	Plasma	348 \pm 55	394 \pm 40 ⁷	<i>P</i> < 0.01	Participants consumed a single 150 g portion of tomato sauce
Todd et al. (40) ^{4,8}	34	13	21	52 (27–64)	Plasma	326.1 \pm 73.9	329.1 \pm 77.5	<i>P</i> > 0.05	Participants consumed 500 mL tomato juice per day for 4 weeks
Todd et al. (41) ⁸	23	5	18	44 (24–61)	Plasma	280.5 \pm 72.0	292.2 \pm 67.0	<i>P</i> > 0.05	Participants consumed 500 mL tomato juice per day for 4 weeks
Abete et al. (36)	30	18	12	(18–50)	Serum	267.7 \pm 53.5	261.7 \pm 71.4	<i>P</i> > 0.05	Participants consumed 160 g tomato sauce per day for 4 weeks
Vinha et al. (42)	35	-	35	20 (18–25)	Plasma	207.6 \pm 55.9	198.1 \pm 46.4	<i>P</i> < 0.001	Participants consumed an ~90 g tomato each day before lunch for 4 weeks

Mitos, leyendas y certezas en GOTA

Manhattan plot of $-\log_{10}(P \text{ values})$ for 63 food items associated with serum urate levels.
 *Not all **datasets** were included in the analysis.



Tanya J Major et al. BMJ 2018;363:bmj.k3951

Mitos, leyendas y certezas en GOTA



Available online at www.sciencedirect.com



Journal of Nutritional Biochemistry 17 (2006) 183–189

**Journal of
Nutritional
Biochemistry**

Mediterranean vegetable soup consumption increases plasma vitamin C and decreases F₂-isoprostanes, prostaglandin E₂ and monocyte chemotactic protein-1 in healthy humans[☆]

Concepción Sánchez-Moreno^{a,b,*}, M. Pilar Cano^b, Begoña de Ancos^b, Lucía Plaza^b, Begoña Olmedilla^c, Fernando Granado^c, Antonio Martín^a



- ↓niveles de urato (fund en ♂)
- ↑vitamina C
- ↓prostanoides
- =citoquinas proinflamatorias

DIETA

- ¿Se asocia el consumo de ALCOHOL con la gota?



Mitos, leyendas y certezas en GOTA



NIH Public Access

Author Manuscript

Am J Med. Author manuscript; available in PMC 2015 April 01.

Published in final edited form as:

Am J Med. 2014 April ; 127(4): 311–318. doi:10.1016/j.amjmed.2013.12.019.

Alcohol quantity and type on risk of recurrent gout attacks: An internet-based case-crossover study

Table 2

Total alcohol intake over the prior 24-hour period and the risk of recurrent gout attacks

Number of servings of alcohol over the prior 24-hour period	Number of hazard periods (N=1434)	Number of control periods (N=1946)	Crude OR	Adjusted OR* (95% CI)
0	856	1222	1.0	1.0 (referent)
>0–1	93	145	1.12	1.13 (0.80–1.58)
>1–2	121	185	1.26	1.36 (1.00–1.88)
>2–4	178	223	1.60	1.51 (1.09–2.09)
>4–6	94	105	2.13	1.87 (1.19–2.93)
>6–8	48	40	2.65	2.33 (1.28–4.24)
>8	44	26	3.90	3.13 (1.63–6.02)
P for linear trend:				<0.001

* adjusted for purine intake, allopurinol or other ULT, NSAID, colchicine, diuretic use, and water intake in prior 24-hour period



NIH Public Access

Author Manuscript

Am J Med. Author manuscript; available in PMC 2015 April 01.

Published in final edited form as:

Am J Med. 2014 April ; 127(4): 311–318. doi:10.1016/j.amjmed.2013.12.019.

Alcohol quantity and type on risk of recurrent gout attacks: An internet-based case-crossover study

Table 4

Specific alcoholic beverage intake over the prior 24-hour period and risk of recurrent gout attacks

Number of servings of specific alcoholic beverages over the prior 24-hour period	Number of hazard periods (N=1434)	Number of control periods (N=1946)	Adjusted OR*	Adjusted OR** (95% CI)
Wine:				
0	1194	1664	1.0	1.0
>0–1	102	133	1.26	1.25 (0.87–1.80)
>1–2	89	80	2.34	2.38 (1.57–3.62)
>2	49	69	1.35	1.41 (0.86–2.32)
P for linear trend			<0.001	<0.001
Beer:				
0	1124	1601	1.0	1.0
>0–2	92	129	1.28	1.29 (0.91–1.83)
>2–4	99	114	1.73	1.75 (1.19–2.59)
>4–6	52	49	2.56	2.60 (1.40–4.81)
>6	67	53	2.40	2.32 (1.25–4.31)
P for linear trend			<0.001	0.001
Hard liquor:				
0	1199	1673	1.0	1.0
>0–2	68	113	0.97	0.92 (0.62–1.37)
>2–4	60	57	1.66	1.67 (1.00–2.78)
>4–6	75	86	1.63	1.56 (0.95–2.57)
>6	31	17	2.97	2.79 (1.26–6.16)
P for linear trend			0.002	0.005

* adjusted for purine intake, allopurinol or other ULT, NSAID, colchicine, and diuretic use, in prior 24-hour period

** additionally mutually adjusted for other types of alcohol intake

Table 3

Combined effects of alcohol intake and other time-varying risk factors (purine intake, diuretic use, allopurinol use, colchicine use, NSAID use) on risk of gout attack

Exposure to risk factor in prior 24 hours	Number of alcohol servings in prior 24 hours	Adjusted** OR (95% CI)
Purine intake:		
<850mg*	0	1.0 (ref)
<850mg	>0–1	0.88 (0.54–1.45)
<850mg	>1–2	1.50 (1.01–2.23)
<850mg	>2	1.83 (1.24–2.68)
≥850mg	0	2.35 (1.88–2.93)
≥850mg	>0–1	3.16 (2.00–4.99)
≥850mg	>1–2	2.65 (1.66–4.24)
≥850mg	>2	4.17 (2.95–5.89)
Diuretic use:		
No	0	1.0 (ref)
No	>0–1	1.26 (0.85–1.86)
No	>1–2	1.38 (0.96–1.97)
No	>2	1.61 (1.17–2.20)
Yes	0	2.40 (0.59–3.62)
Yes	>0–1	2.12 (1.02–4.42)
Yes	>1–2	3.44 (1.70–6.93)
Yes	>2	5.82 (2.94–11.53)
Allopurinol use:		
No	0	1.0 (ref)
No	>0–1	1.04 (0.70–1.55)
No	>1–2	1.58 (1.08–2.31)
No	>2	1.74 (1.26–2.41)
Yes	0	0.45 (0.33–0.62)
Yes	>0–1	0.61 (0.32–1.17)
Yes	>1–2	0.43 (0.24–0.79)
Yes	>2	0.70 (0.42–1.17)
Colchicine use:		
No	0	1.0 (ref)
No	>0–1	1.17 (0.81–1.68)
No	>1–2	1.37 (0.97–1.93)
No	>2	1.70 (1.24–2.32)
Yes	0	0.82 (0.55–1.20)
Yes	>0–1	0.59 (0.24–1.47)
Yes	>1–2	1.03 (0.45–2.40)
Yes	>2	1.18 (0.63–2.19)

Mitos, leyendas y certezas en GOTA



NIH Public Access

Author Manuscript

Am J Med. Author manuscript; available in PMC 2015 April 01.

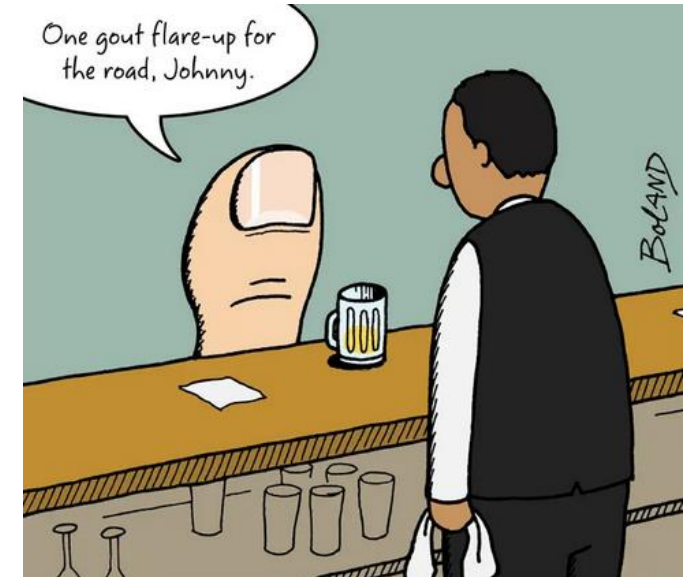
Published in final edited form as:

Am J Med. 2014 April ; 127(4): 311–318. doi:10.1016/j.amjmed.2013.12.019.

Alcohol quantity and type on risk of recurrent gout attacks: An internet-based case-crossover study

Clinical Significance

- Episodic intake of any type of alcohol, whether it is beer, wine, or liquor, can increase risk of gout attacks
- Increasing amounts of alcohol intake of any type, even at moderate levels, can increase risk of gout attacks.
- Clinicians and patients with gout should therefore consider limiting the consumption of all types of alcohol, not just beer.



DIETA

- ¿Está relacionado comer CARNE y MARISCO con gota?



Mitos, leyendas y certezas en GOTA

NIH Public Access

Author Manuscript

Ann Rheum Dis. Author manuscript; available in PMC 2014 January 13.

Published in final edited form as:

Ann Rheum Dis. 2012 September ; 71(9): 1448–1453. doi:10.1136/annrheumdis-2011-201215.

Purine-rich foods intake and recurrent gout attacks

Table 2

Total purine consumption and risk of recurrent gout attack

Total purine intake over 2 days (g, median)	Number of control periods	Number of hazard periods	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI) [†]
Quintile 1 (0.85)	363	203	1.0 (referent)	1.0 (referent)
Quintile 2 (1.30)	359	209	1.21 (0.92 to 1.59)	1.17 (0.88 to 1.55)
Quintile 3 (1.74)	348	219	1.43 (1.06 to 1.91)	1.38 (1.02 to 1.87)
Quintile 4 (2.28)	301	267	2.32 (1.72 to 3.13)	2.21 (1.62 to 3.01)
Quintile 5 (3.48)	218	349	4.98 (3.55 to 6.98)	4.76 (3.37 to 6.74)
p For trend			<0.001	<0.001

* Adjusted for use of alcohol, diuretics, allopurinol, colchicines and non-steroidal anti-inflammatory drugs.

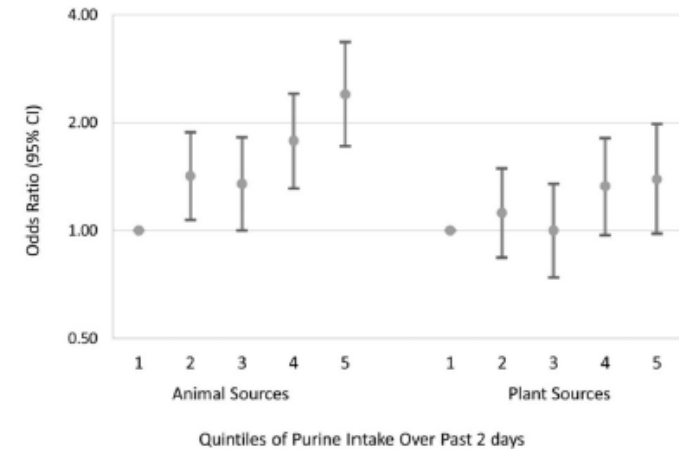


Figure 1. Estimated OR for recurrent gout attacks related to the source of purine intake.

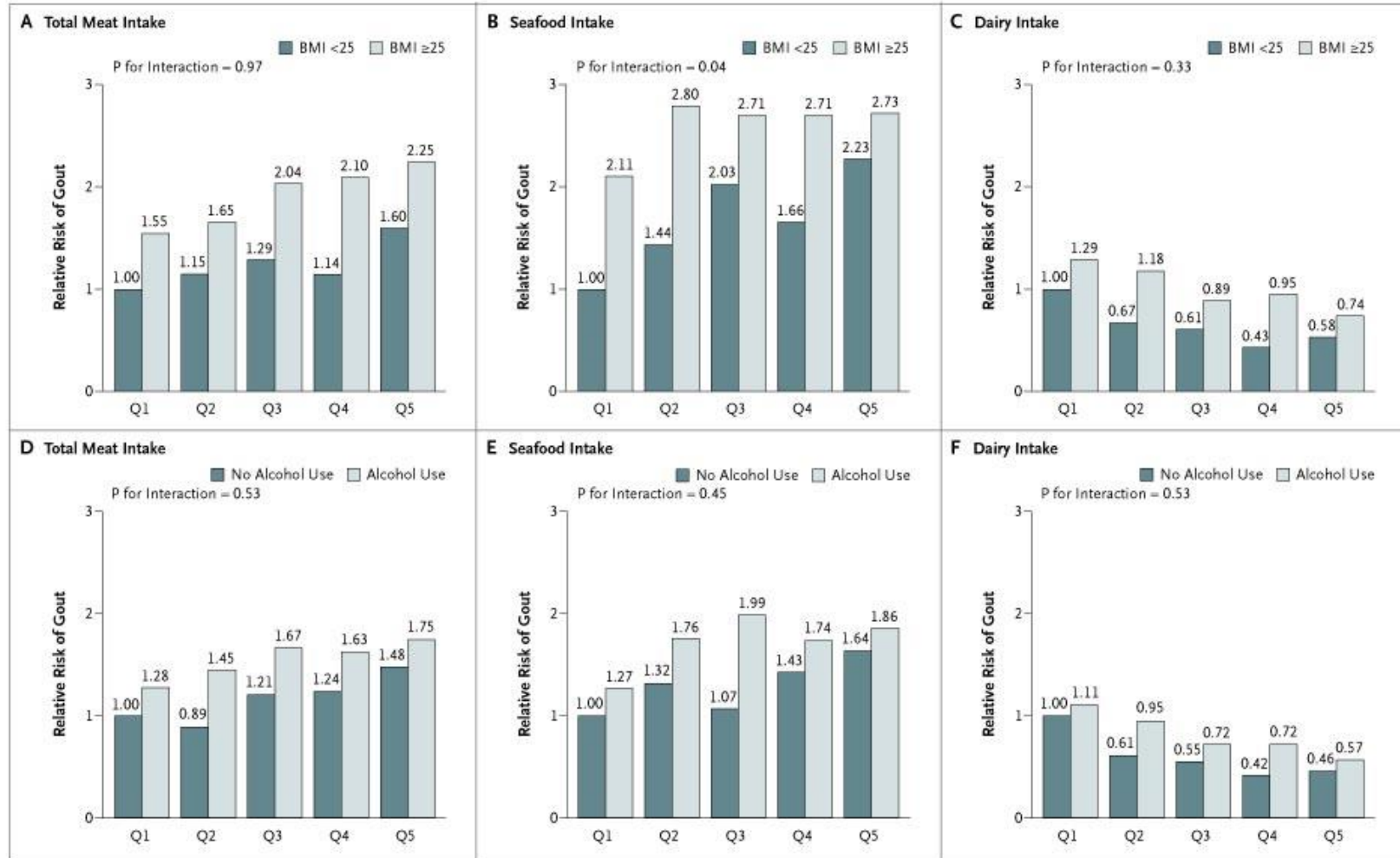
Mitos, leyendas y certezas en GOTA

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Purine-Rich Foods, Dairy and Protein Intake and the Risk of Gout in Men

Hyon K. Choi, M.D., Dr.P.H., Karen Atkinson, M.D., M.P.H., Elizabeth W. Karlson, M.D., Walter Willett, M.D., Dr.P.H., and Gary Curhan, M.D., Sc.D.



Mitos, leyendas y certezas en GOTA

THE NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Purine-Rich Foods, Dairy and Protein Intake, and the Risk of Gout in Men

Hyon K. Choi, M.D., Dr.P.H., Karen Atkinson, M.D., M.P.H.,
Elizabeth W. Karlson, M.D., Walter Willett, M.D., Dr.P.H.,
and Gary Curhan, M.D., Sc.D.

- Higher levels of meat and seafood consumption are associated with an increased risk of gout, whereas a higher level of consumption of dairy products is associated with a decreased risk
- Moderate intake of purine-rich vegetables or protein is not associated with an increased risk of gout

Table 3. Relative Risk of a New Case of Gout According to Intake of Purine-Rich Food Groups and Dairy Products.*

Variable	Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5	Relative Risk per Additional Daily Serving
Total meat intake (servings/day)	<0.81	0.81–1.12	1.13–1.46	1.47–1.92	>1.92	
No. of cases/no. of person-yr	116/93,473	138/95,857	163/95,963	152/96,487	161/96,153	
Age-adjusted RR (95% CI)	1.0	1.20 (0.94–1.54)	1.48 (1.16–1.87)	1.51 (1.17–1.94)	1.77 (1.35–2.31)	1.37 (1.18–1.58)
Multivariate RR (95% CI)	1.0	1.07 (0.84–1.37)	1.28 (1.00–1.63)	1.26 (0.97–1.63)	1.41 (1.07–1.85)	1.21 (1.04–1.41)
Seafood intake (servings/day)	<0.15	0.15–0.28	0.29–0.36	0.37–0.56	>0.56	
No. of cases/no. of person-yr	71/64,193	171/120,274	163/97,175	154/94,868	171/101,423	
Age-adjusted RR (95% CI)	1.0	1.41 (1.10–1.81)	1.54 (1.21–1.98)	1.43 (1.11–1.85)	1.53 (1.20–1.95)	1.07 (1.02–1.12)†
Multivariate RR (95% CI)	1.0	1.35 (1.05–1.74)	1.45 (1.13–1.87)	1.38 (1.06–1.79)	1.51 (1.17–1.95)	1.07 (1.01–1.12)†
Purine-rich–vegetable intake (servings/day)	<0.35	0.35–0.50	0.51–0.71	0.72–1.05	>1.05	
No. of cases/no. of person-yr	137/92,144	147/92,919	150/93,165	163/102,976	133/96,729	
Age-adjusted RR (95% CI)	1.0	1.05 (0.83–1.32)	1.15 (0.91–1.45)	1.11 (0.87–1.40)	0.97 (0.75–1.24)	0.95 (0.78–1.16)
Multivariate RR (95% CI)	1.0	0.99 (0.79–1.25)	1.10 (0.87–1.40)	1.06 (0.84–1.36)	0.96 (0.74–1.24)	0.97 (0.79–1.19)
Total intake of dairy products (servings/day)	<0.88	0.88–1.35	1.36–1.91	1.92–2.88	>2.88	
No. of cases/no. of person-yr	201/94,123	165/93,040	132/98,103	130/97,729	102/94,937	
Age-adjusted RR (95% CI)	1.0	0.85 (0.69–1.04)	0.66 (0.53–0.83)	0.62 (0.49–0.78)	0.52 (0.40–0.67)	0.79 (0.73–0.86)
Multivariate RR (95% CI)	1.0	0.83 (0.68–1.03)	0.66 (0.53–0.83)	0.64 (0.51–0.82)	0.56 (0.42–0.74)	0.82 (0.75–0.90)
Intake of low-fat dairy products (servings/day)	<0.20	0.20–0.56	0.57–0.99	1.00–1.67	>1.67	
No. of cases/no. of person-yr	173/92,742	181/90,972	146/93,197	129/104,040	101/96,982	
Age-adjusted RR (95% CI)	1.0	1.06 (0.86–1.31)	0.83 (0.67–1.04)	0.67 (0.54–0.84)	0.56 (0.43–0.72)	0.76 (0.69–0.83)
Multivariate RR (95% CI)‡	1.0	1.01 (0.82–1.25)	0.80 (0.64–1.00)	0.67 (0.53–0.85)	0.58 (0.45–0.76)	0.79 (0.71–0.87)
Intake of high-fat dairy products (servings/day)	<0.34	0.34–0.63	0.64–0.99	1.00–1.64	>1.64	
No. of cases/no. of person-yr	142/94,708	161/93,886	144/94,448	141/99,037	142/95,853	
Age-adjusted RR (95% CI)	1.0	1.18 (0.94–1.47)	1.07 (0.85–1.35)	1.03 (0.81–1.30)	1.10 (0.86–1.41)	1.01 (0.91–1.11)
Multivariate RR (95% CI)‡	1.0	1.09 (0.87–1.37)	0.98 (0.77–1.25)	0.92 (0.72–1.18)	1.00 (0.77–1.29)	0.99 (0.89–1.10)

* RR denotes relative risk, and CI confidence interval. The age-adjusted models were adjusted for the total energy intake as well as age; the multivariate models were adjusted for age, total energy intake, body-mass index, use of diuretics, presence or absence of a history of hypertension, presence or absence of a history of renal failure, and intake of alcohol, fluid, total meats, seafood, purine-rich vegetables, and dairy products.
† In order to reflect the distribution of seafood intake, the data represent the relative risk per additional weekly serving.
‡ The multivariate model included the intake of low-fat dairy products and high-fat dairy products instead of that of total dairy products.



Pero si yo como muy sano, ¿cómo voy a tener gota?



TRATAMIENTO AGUDO

La elección entre AINE y glucocorticoides en el tratamiento del ataque de gota dependerá de las preferencias y las comorbilidades de los pacientes (**Recomendación de grado √**).

- AINES

- No preferencia tipo
- COXIBs eficaces

- COLCHICINA

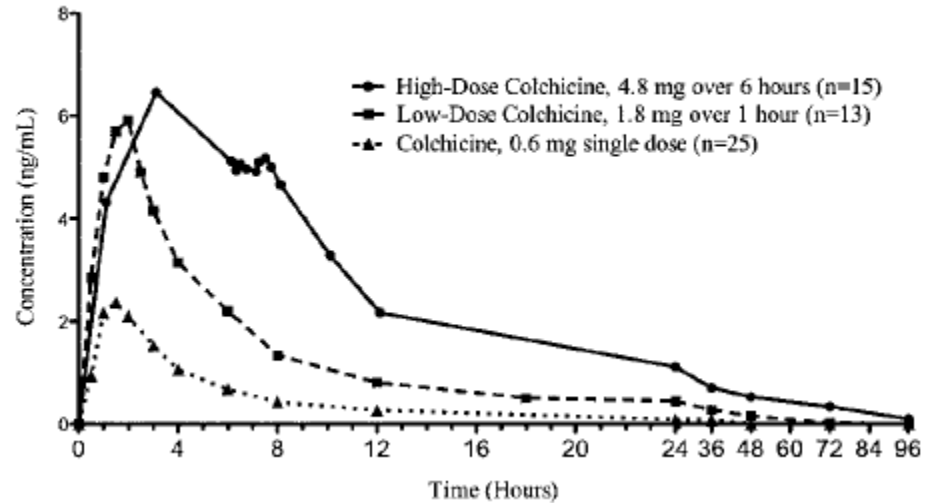
- Preferible no a dosis terapéutica 🍌
- Eficaz en profilaxis

- GC

- Art pequeña (1MTF) 10-15mg/d
- Art grande (rodilla, tobillo) 20-30mg/d
- Infiltración

Mitos, leyendas y certezas en GOTA

• Colchicina en ataque de gota

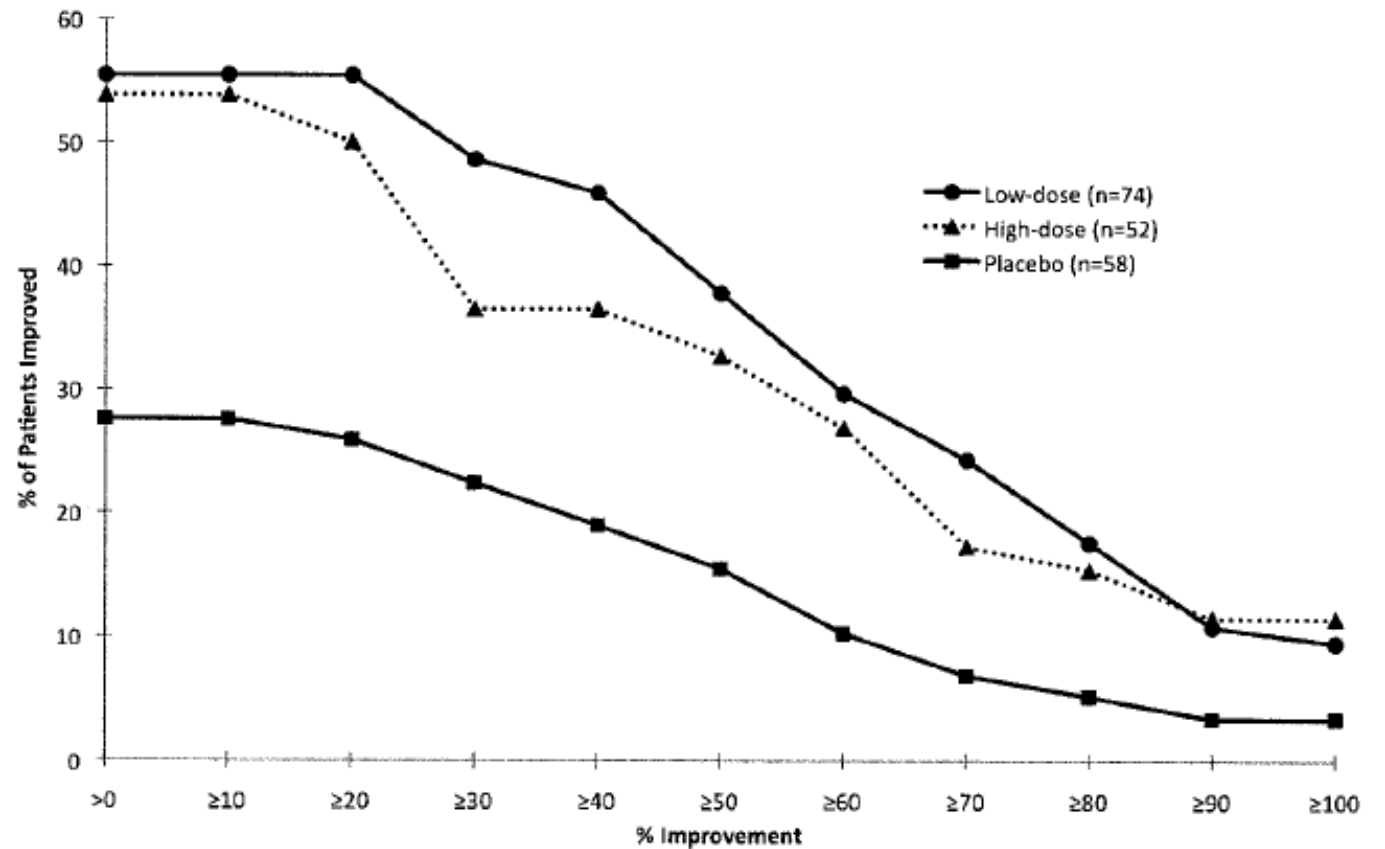


Adverse events: 76.9% high-dose vs 36.5% low-dose
 GI adverse events: 76.9% high-dose vs 25.7% low-dose
 Diarrhea: 76.9% high-dose vs 23.0% low-dose
 Nausea: 17.3% high-dose vs 4.1% low-dose
 Vomiting: 17.3% high-dose vs 0% low-dose

FT AEMPS:

Dosis 1mg precozmente, seguido de 0,5-1mg 1-2h después de la primera dosis.

No administrar dosis >2mg en 24h.



Mitos, leyendas y certezas en GOTA

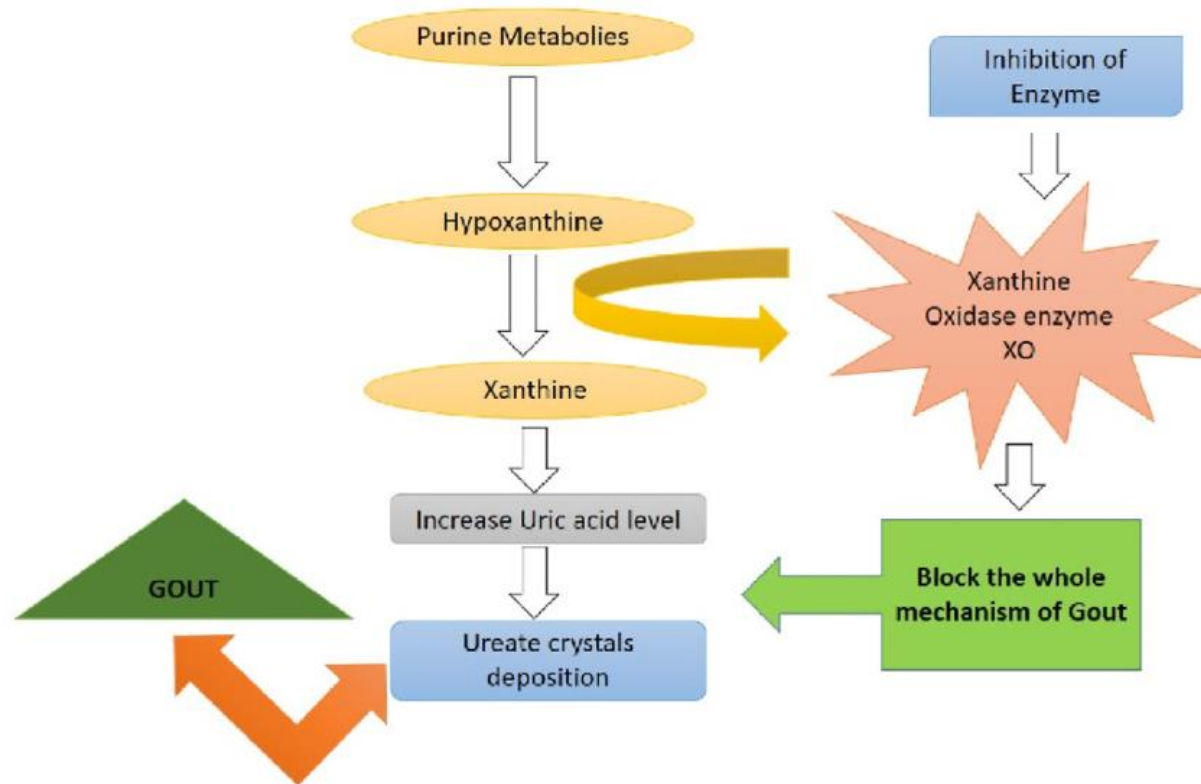
PROFILAXIS

COLCHICINA

- 6 meses tras el ataque o tras inicio de TRU
- Dosis recomendada 0.5-1mg/día
- Ojo a toxicidad si ERC
- Si intolerancia o contraindicación, valorar AINE (o prednisona a dosis baja)

Mitos, leyendas y certezas en GOTA

TRATAMIENTO CRÓNICO



- ALOPURINOL
- FEBUXOSTAT

Recomendaciones de la GPC*

Diana terapéutica

En pacientes con gota grave (tofácea, con ataques frecuentes, artropatía asociada o alta carga de depósitos de urato) se propone buscar una uricemia más alejada del nivel de saturación, al menos inferior a 5 mg/dL, para acelerar la disolución de los cristales **(Recomendación de grado D)**.

Tratamiento farmacológico en monoterapia

En pacientes con gota se recomienda iniciar el tratamiento hipouricemiante con un inhibidor de la xantino-oxidasa en monoterapia **(Recomendación de grado B)**.

El tratamiento farmacológico hipouricemiante debe iniciarse desde dosis bajas escalando, si fuera necesario, de forma progresiva hasta alcanzar las dosis efectivas para conseguir un nivel de uricemia terapéutica* **(Recomendación de grado D)**.

*El nivel de uricemia terapéutico sería al menos <6 mg globalmente o al menos <5 mg/dL en pacientes con gota grave.

Por motivos de eficiencia, se recomienda la prescripción inicial de alopurinol hasta alcanzar objetivo terapéutico o dosis máximas toleradas o aprobadas **(Recomendación de grado B)**.

Puede valorarse la prescripción de febuxostat en primera línea en aquellos pacientes con gota grave, en los que se requiera un objetivo terapéutico de uricemia especialmente bajo, quedando limitada por sus especificaciones en ficha técnica (ver apartado de riesgo cardiovascular, enfermedad renal crónica y trasplante) **(Recomendación de grado √)**.

Lesinurad solo debe prescribirse en combinación con inhibidores de la xantino-oxidasa **(Recomendación de grado A)**.

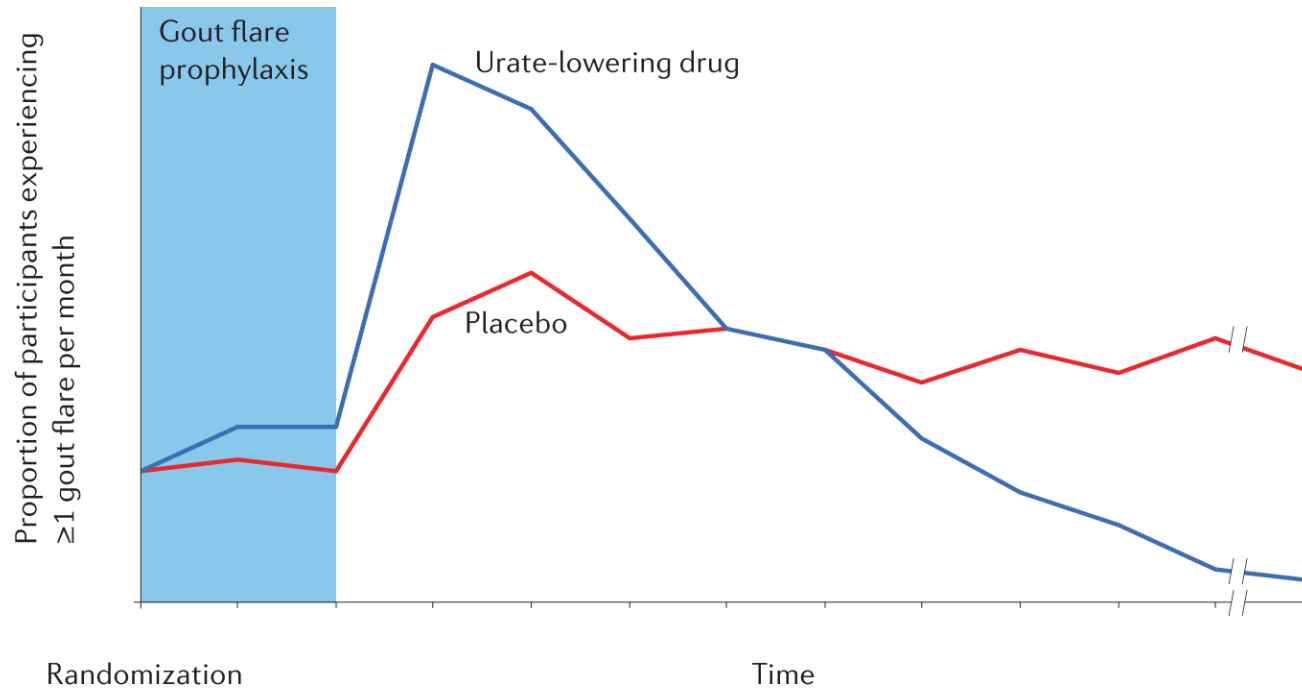
En pacientes con gota que no respondan al tratamiento, presenten efectos secundarios con los inhibidores de la xantino-oxidasa o patología cardiovascular, la benzbromarona en monoterapia puede ser un tratamiento alternativo **(Recomendación de grado C)**.

En pacientes con gota refractaria o sin otra alternativa terapéutica puede valorarse la prescripción de pegloticasa como medicación extranjera **(Recomendación de grado √)**.



No quiero tomar el alopurinol porque me dan más ataques

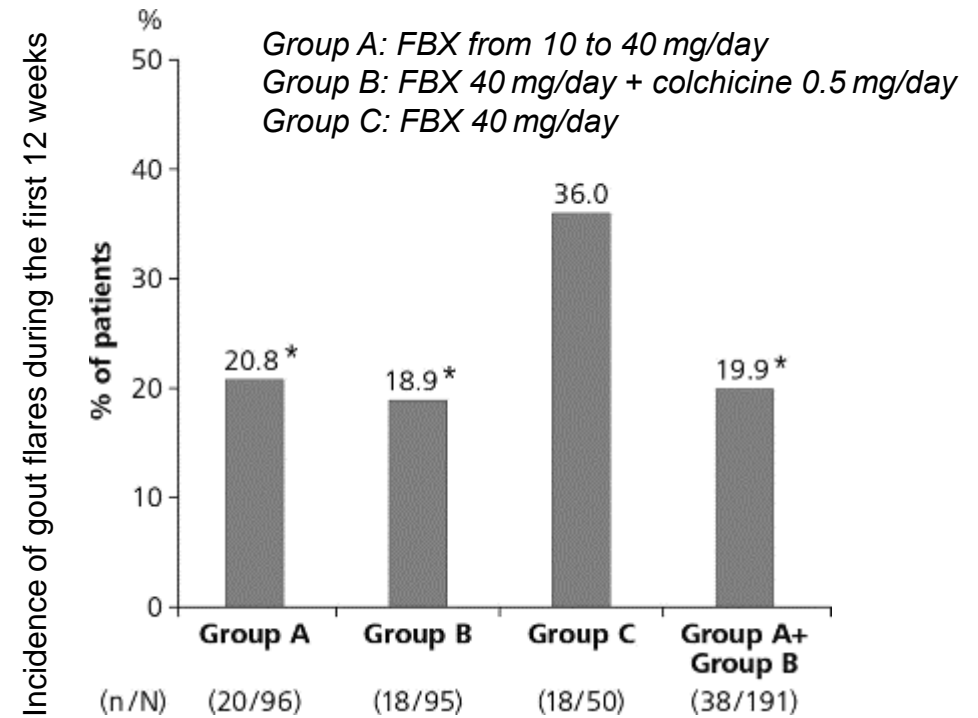
Mitos, leyendas y certezas en GOTA



Mitos, leyendas y certezas en GOTA

TRATAMIENTO CRÓNICO / PROFILAXIS

- Iniciar tto tras resolver el ataque agudo
- Inicio TRU a dosis bajas y escalada lenta hasta objetivo terapéutico
 - Menor tasa de ataques posteriores
 - Menor riesgo de rash-hipersensibilidad
- Colchicina dosis 0,5-1mg/d 6m



Mitos, leyendas y certezas en GOTA

TRATAMIENTO CRÓNICO / OBJETIVO TERAPÉUTICO

- Alcanzar (y mantener) niveles de uricemia sérica **<6mg/dL**
- En gota grave (tofácea, artropatía asociada...), <5mg/dl
- Asegurar adherencia



Mitos, leyendas y certezas en GOTA

Table 1
Percentages of patients achieving each T2T indicator.

T2T indicator	Total studies	Pooled N	Pooled prevalence (95% CI)
All patients with gout receiving any ULT	30	5,711,341	52% (45 - 59%)
Patients on ULT receiving allopurinol	26	1,853,686	91% (84 - 96%)
Patients on ULT receiving febuxostat	9	1,694,149	11% (5 - 19%)
Patients on ULT receiving probenecid	10	124,995	3% (1 - 4%)
Patients on ULT receiving benzbromarone	2	317,875	3% (1 - 4%)
All patients with gout receiving regular uninterrupted ULT	9	303,107	26% (18 - 35%)
Patients on ULT receiving regular uninterrupted ULT	11	163,907	50% (40 - 61%)
Patients on ULT having any serum urate testing	19	2,266,258	53% (40 - 65%)
Patients on ULT having serum urate testing after starting or changing ULT	18	150,408	44% (36 - 52%)
Patients on ULT achieving a serum urate target*	20	63,611	34% (28 - 41%)

ULT = urate lowering therapy, CI = confidence interval., *6 mg/dL or 0.36 mmol/L

Mitos, leyendas y certezas en GOTA

TRATAMIENTO CRÓNICO / ENF RENAL CRÓNICA

Se recomienda considerar las mismas dianas terapéuticas de uricemia en pacientes con gota y enfermedad renal crónica que en pacientes con gota sin enfermedad renal crónica (Recomendación de grado √).
Se recomienda considerar un inhibidor de xantino-oxidasa (alopurinol o febuxostat) como primera línea de tratamiento en pacientes con gota y enfermedad renal crónica, con las limitaciones específicas para cada uno reseñadas en su ficha técnica (Recomendación de grado √).
En pacientes con gota y enfermedad renal crónica, la dosificación de alopurinol debe ajustarse a la baja en las dosis iniciales (50 a 100 mg/día en los estratos más bajos de función renal), así como escalarlas de forma lentamente progresiva (incrementos de 50 a 100 mg/día cada mes según estratos de función renal) para acercarse a diana terapéutica y reducir el riesgo de toxicidad (Recomendación de grado √).
Debe evitarse la prescripción de alopurinol en los pacientes en los que se conozca la presencia de alelo HLA-B58 (como trasplante o programa de trasplante)* (Recomendación de grado C). *La EMA no considera el tipaje sistemático de HLA-B58 previo a la prescripción de alopurinol en raza caucásica; pero parece que en razas asiáticas es coste efectivo.
En pacientes con enfermedad renal crónica y gota la benzobromarona solo debe prescribirse en las condiciones de fallo o evento adverso con inhibidor de la xantino oxidasa (Recomendación de grado √).
Lesinurad debe prescribirse en ausencia de enfermedad renal grave, siempre en combinación con un inhibidor de la xantino-oxidasa (alopurinol o febuxostat) y en las condiciones reseñadas en su ficha técnica (Recomendación de grado A).
En pacientes con enfermedad renal grave, no se recomienda el empleo de uricosúricos (benzobromarona y lesinurad), dado que no son eficaces (Recomendación de grado A).
Se recomienda considerar pegloticasa en pacientes con enfermedad renal grave, refractarios o que no toleren otras alternativas terapéuticas* (Recomendación de grado √). *Medicamento no comercializado en la actualidad en la UE, debe solicitarse autorización para su prescripción como medicación extranjera (BOE 19 junio 2011).
El grupo elaborador no puede formular una recomendación específica sobre el empleo de medicamentos hipouricemiantes en pacientes en diálisis por ausencia de una evidencia mínimamente sólida que la sustente. Puede valorarse remitir a estos pacientes a unidades con suficiente experiencia clínica en su manejo (Recomendación de grado √).

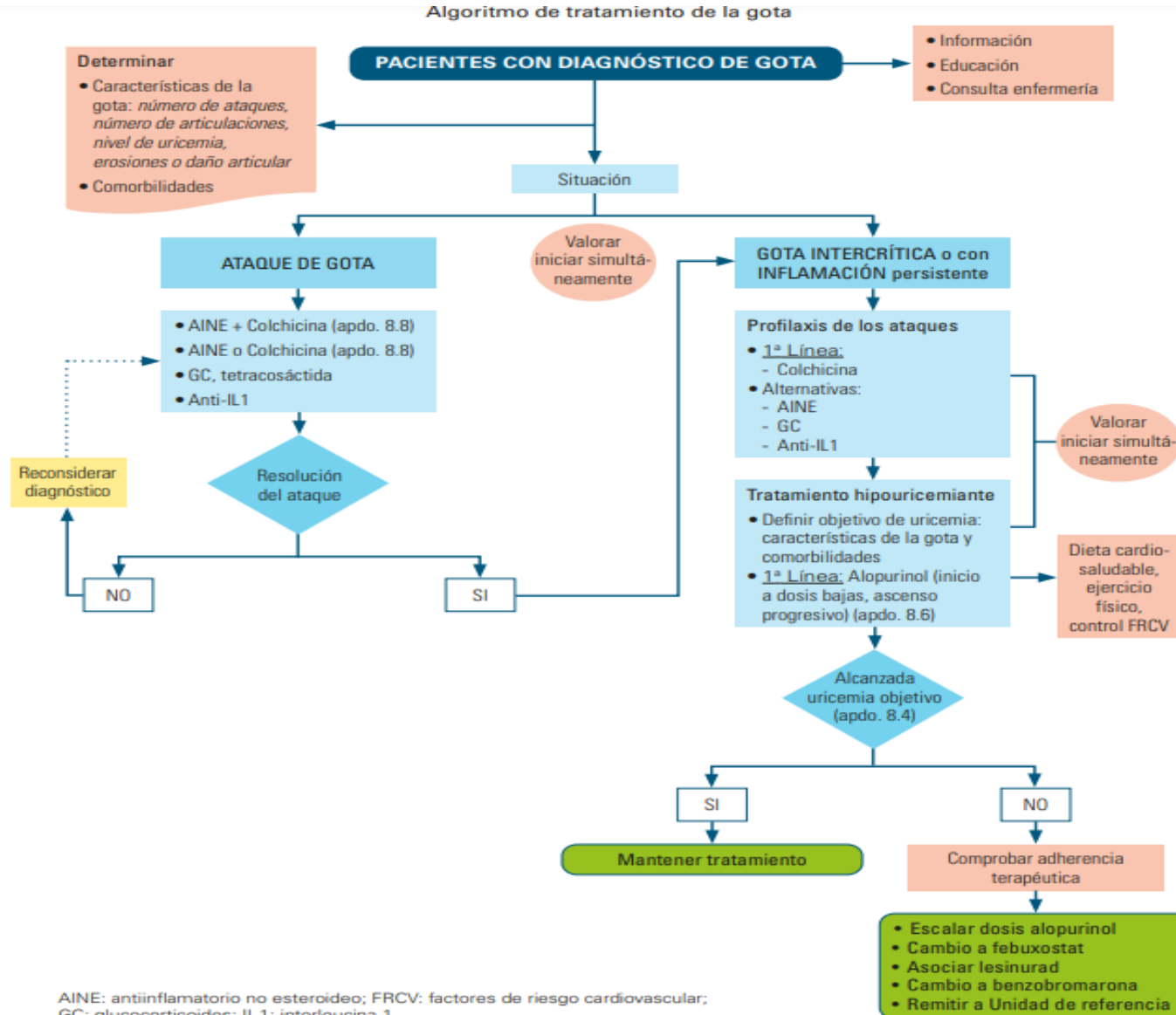
Tabla 9. Dosificación inicial de alopurinol en función del filtrado glomerular²⁷

Dosis de inicio de alopurinol según FG	
FG (ml/min/1,73m ²)	Dosis de alopurinol
<5	50 mg/semana
5-15	50 mg/2 veces en semana
16-30	50 mg/48 horas
31-45	50 mg/24 horas
46-60	50-100 mg/alternando cada día
61-90	100 mg/día
91-130	150 mg/día

Stamp LK, Taylor WJ, Jones PB, Dockerty JL, Drake J, Frampton C, et al. Starting dose is a risk factor for allopurinol hypersensitivity syndrome: a proposed safe starting dose of allopurinol. *Arthritis Rheum.* 2012 Aug; 64(8):2529-36.

GFR (ml/min)	Allopurinol dose
20-50	200-300mg daily
10-20	100-200mg daily
<10	100mg daily or alternate days
HD/CAPD	100mg daily or alternate days

Mitos, leyendas y certezas en GOTA



CONCLUSIONES

- Patología muy prevalente
- Si posible dx de certeza (cristales LS)
- Tto agudo:
 - AINE/Gc
- Profilaxis:
 - colchicina 6m
- Tto crónico:
 - Inicar tras resolver ataque
 - dosis ascendente
 - <6mg/dL
 - ADHERENCIA
- Tto no farmacológico:
 - efecto limitado
 - Reducir alcohol
 - Limitar carne roja
 - Sí al tomate 😊





¡Muchas gracias por su atención!