

5.- GOTA

Introducción

Es un grupo heterogéneo de enfermedades metabólicas, que se caracterizan por el depósito tisular de cristales urato monosódico (UMS), que dan lugar a cuadros característicos de dolor e inflamación articular.

La incidencia y prevalencia ha ido en aumento en las últimas décadas y es la causa más común de inflamación articular, particularmente en hombres.

Codificación del diagnóstico CIE 10: M10.9

Elementos diagnósticos

Desde el punto de vista clínico, la evolución de la gota es a través de varios estadios:

Artritis gotosa aguda. Inicialmente son cuadros de monoartritis de instalación rápida, intensa y auto-limitada. Afecta frecuentemente la 1ª metatarsofalángica sin embargo puede presentarse también en tobillo, tarso y rodilla. Sin tratamiento adecuado, los cuadros de artritis son más frecuentes, de mayor duración y afectando mayor número de articulaciones. Hasta el 30% de los pacientes puede tener niveles normales de ácido úrico durante el ataque agudo. Los ataques agudos de gota se precipitan tanto por el aumento como por el descenso brusco en los niveles de ácido úrico.

Gota intercrítica. Se denomina así a los períodos de remisión que se presentan entre los cuadros de artritis o ataques agudos de gota

Gota tofácea. Generalmente se presenta después de 10 años de evolución sin tratamiento adecuado. Los tofos se presentan frecuentemente en estructuras periarticulares pero también se han descrito a nivel visceral.

La gota y la hiperuricemia se asocian con frecuencia a obesidad, hiperlipidemia, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus o hiperglicemia.

Un porcentaje elevado de estos pacientes cursan con Síndrome metabólico lo cual conlleva mayor riesgo cardiovascular, insuficiencia renal y diabetes mellitus. Por tal motivo, los pacientes con gota deben ser manejados por un internista o un reumatólogo.

Están por publicarse los criterios para el diagnóstico de Gota, por ahora usamos la siguiente propuesta

Propuesta para el diagnóstico de Gota crónica:

1. Demostración de cristales de UMS en líquido sinovial o tofos ó
2. La presencia de al menos 4 de los 8 siguientes criterios actualmente o por historia:
 - 2.1 Más de un ataque de artritis aguda.
 - 2.2 Cuadros de mono u oligoartritis
 - 2.3 Inflamación aguda que alcanza el acmé en <24h
 - 2.4 Eritema sobre la articulación inflamada
 - 2.5 Podagra
 - 2.6 Tarsitis
 - 2.7 Probables tofos
 - 2.8 Hiperuricemia

Datos de laboratorio y gabinete

El diagnóstico definitivo de la gota se obtiene al demostrar la presencia de cristales de UMS en el líquido sinovial o de un tofo.

Aunque la hiperuricemia es una de las características de la enfermedad, hasta el 30% de los pacientes pueden tener niveles de ácido úrico normales durante el ataque agudo. Ante la sospecha de la enfermedad y una determinación de ácido úrico normal debe repetirse la prueba en las siguientes semanas. En un paciente con gota dada la alta frecuencia de entidades asociadas, es importante hacer una evaluación inicial completa y repetir los exámenes cada vez que se juzgue conveniente para la evaluación del sujeto. Los exámenes para-clínicos más importantes en la evaluación inicial son: Biometría hemática, química sanguínea, perfil de lípidos, examen general de orina, determinación de ácido úrico en orina de 24 h, depuración de creatinina y proteínas en orina de 24 horas.

Gabinete. Deberán solicitarse radiografías de las articulaciones afectadas, generalmente radiografías de los pies en proyecciones dorso-plantar y oblicuas. Sin embargo si el paciente lo requiere se deben solicitar estudios de rodillas, codos y manos. Es conveniente solicitar ultrasonido renal en todos los pacientes con gota durante su evaluación inicial y posteriormente en caso necesario.

Indicaciones terapéuticas

a) Medicamentos de primera, segunda y tercera línea:

Tratamiento del ataque agudo: El objetivo del tratamiento del ataque agudo es el control del dolor y la inflamación articular. Para ello, el tratamiento de elección son los antiinflamatorios no

esteroides a dosis anti-inflamatoria, ya sea indometacina, diclofenac, naproxen etc. Durante 3 a 7 días, con uso concomitante de omeprazol e inicio de dosis bajas de colchicina 1 mg/día.

Cuando los antiinflamatorios están contraindicados o no pueden usarse, se indican glucocorticoides a dosis medias ya sea por vía oral o parenteral y solamente por 3-7 días.

En algunos casos pueden usarse glucocorticoides intra-articulares, sin embargo debe descartarse antes la existencia de artritis séptica.

Tratamiento crónico. El objetivo es disminuir y mantener las cifras de uricemia por debajo de 6mg/dL e incluso por debajo de 5mg/dL, para ello se utiliza dieta, tratamiento profiláctico e hipouricemiantes. Lo relacionado a la dieta, se incluye más adelante.

El tratamiento profiláctico se recomienda en pacientes durante el proceso de lograr mantener cifras de uricemia <6 mg/dL. Se recomienda colchicina a dosis bajas (1 mg/día) o antiinflamatorios a dosis bajas como naproxén 250 mg/día o indometacina 25 mg/día.

Como hipouricemiante se utiliza como primera opción el alopurinol a dosis inicial de 150 mg/día y la cual deberá irse ajustando a la uricemia del paciente, el tratamiento con alopurinol se mantendrá por tiempo indefinido, particularmente en los pacientes con gota tofácea.

Cuando los pacientes requieren otra opción por efectos adversos asociados al uso de alopurinol, la opción es probenecid 500 mg/día dosis inicial que deberá irse ajustando.

El tratamiento de tercera línea y que aún no está disponible en México es febuxostat, lesinurad y en ocasiones y en casos muy seleccionados uricasa recombinante.

b) Medidas higiénicas y dietéticas

La dieta deberá ser equilibrada, con gran cantidad de alimentos ricos en fibra, menor cantidad de alimentos de origen animal particularmente vísceras, baja en carbohidratos y grasas.

El objetivo de la dieta es favorecer la reducción de peso y de las cifras de ácido úrico, glucosa y triglicéridos. El paciente deberá reducir el consumo de alcohol, particularmente la cerveza y el vino tinto.

c) Ejercicio y estilo de vida

Es recomendable que el paciente haga ejercicio de manera regular, de preferencia ejercicio aeróbico. Que se mantenga en un peso de acuerdo a su estatura. El tabaquismo debe evitarse así como todo aquello que aumenta el riesgo cardiovascular.

d) Educación y cuidados específicos

Como en todas las enfermedades crónicas, es recomendable que el paciente esté familiarizado con la enfermedad, los medicamentos y las medidas generales para el mismo para que pueda participar activamente con el médico en elegir opciones y posibilidades de tratamiento.

e) Pronóstico

El pronóstico es excelente cuando la enfermedad se diagnostica a tiempo y el paciente recibe el tratamiento indicado. Los cuadros agudos desaparecen por meses o años, se evita el daño estructural, los tofos no aparecen o si ya están presentes al inicio del tratamiento, disminuyen de tamaño e incluso desaparecen. Es posible mantener o mejorar la función renal hasta en 80% de los casos.

f) Prevención y manejo de las complicaciones

El diagnóstico oportuno y manejo de las enfermedades asociadas permite prevenir las complicaciones a largo plazo como todas las asociadas a Síndrome metabólico.

g) Criterios de curación, mejoría y alta

Con tratamiento adecuado, el paciente mejorará de todos los parámetros, particularmente no tener ataques agudos de gota por años, evitar la aparición de tofos y daño renal. Es recomendable que continúe acudiendo a consulta al menos una vez al año para vigilancia y control de la gota y de las enfermedades asociadas.

h) Indicaciones de hospitalización

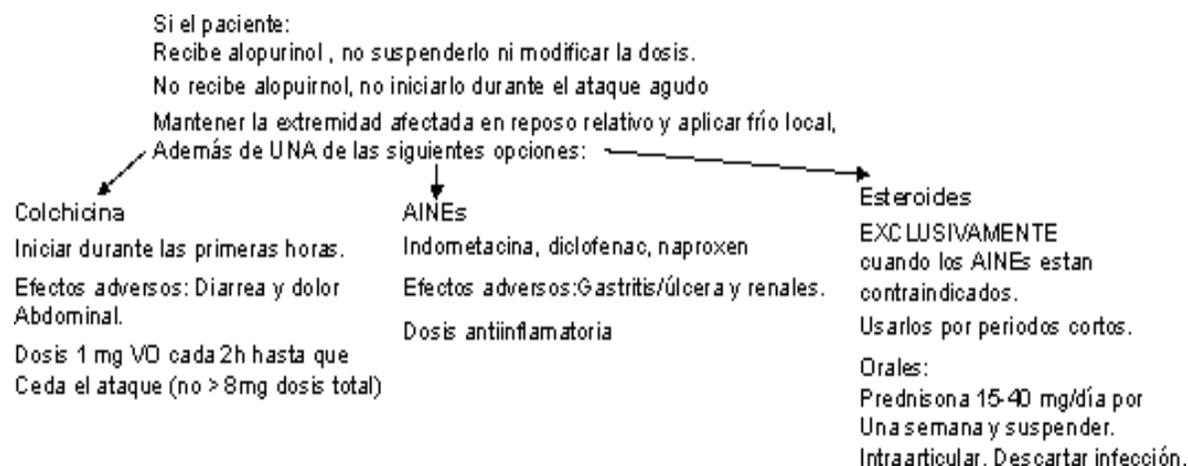
Ocasionalmente, los pacientes requieren hospitalización por la gota en sí misma cuando tienen cuadros poliarticulares de difícil control o por entidades asociadas como infección de tejidos blandos, descontrol metabólico, hipertensivo, de la función renal, litiasis y la presencia de manifestaciones cardiovasculares.

i) Referencia y contrareferencia

Los pacientes con gota tofácea grave que no es posible controlar, deberán ser referidos con el reumatólogo para su control adecuado.

Algoritmo

Tratamiento del Ataque Agudo de Gota



Bibliografía.

1. Zhang W, Doherty M, Bardin T, Pascual E, Barskova V, Conaghan P, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II. Management. Report of a task force of the standing committee for international clinical studies including therapeutics. (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2006;65:1312-24
2. Jordan KM, Cameron JS, Snaith M, Zhang W, Doherty M, Seckl J et al. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Guideline for the management of gout. *Rheumatology* 2007;46:1372-74.
3. Vazquez Mellado J, Hernandez Cuevas C, Alvarez Hernández E, Ventura L, Pelaez I, Casasola J, García Mendez S, Burgos Vargas R. The diagnostic value of the proposal for Clinical gout diagnosis (CGD). *Clin Rheumatol* 2012;31:429-434
4. .Khanna D, Khanna PP, Fitzgerald JD, Singh MK, Bae S, Neogi T, Pillinger MH,Merill J, Lee S, Prakash S, Kaldas M, Gogia M, Perez-Ruiz F, Taylor W, Lioté F,Choi H, Singh JA, Dalbeth N, Kaplan S, Niyyar V, Jones D, Yarows SA, Roessler B, Kerr G, King C, Levy G, Furst DE, Edwards NL, Mandell B, Schumacher HR,Robbins M, Wenger N, Terkeltaub R; American College of Rheumatology. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 2: therapy andantiinflammatory prophylaxis of acute gouty arthritis. *Arthritis Care Res(Hoboken)*. 2012;64:1447-61.
5. Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, Bae S, Singh MK, Neogi T, Pillinger MH,Merill J, Lee S, Prakash S, Kaldas M, Gogia M, Perez-Ruiz F, Taylor W, Lioté F, Choi H, Singh JA, Dalbeth N, Kaplan S, Niyyar V, Jones D, Yarows SA, Roessler B, Kerr G, King C, Levy G, Furst DE, Edwards NL, Mandell B, Schumacher HR,Robbins M, Wenger N, Terkeltaub R;
6. American College of Rheumatology. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 1: systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(10):1431-46.