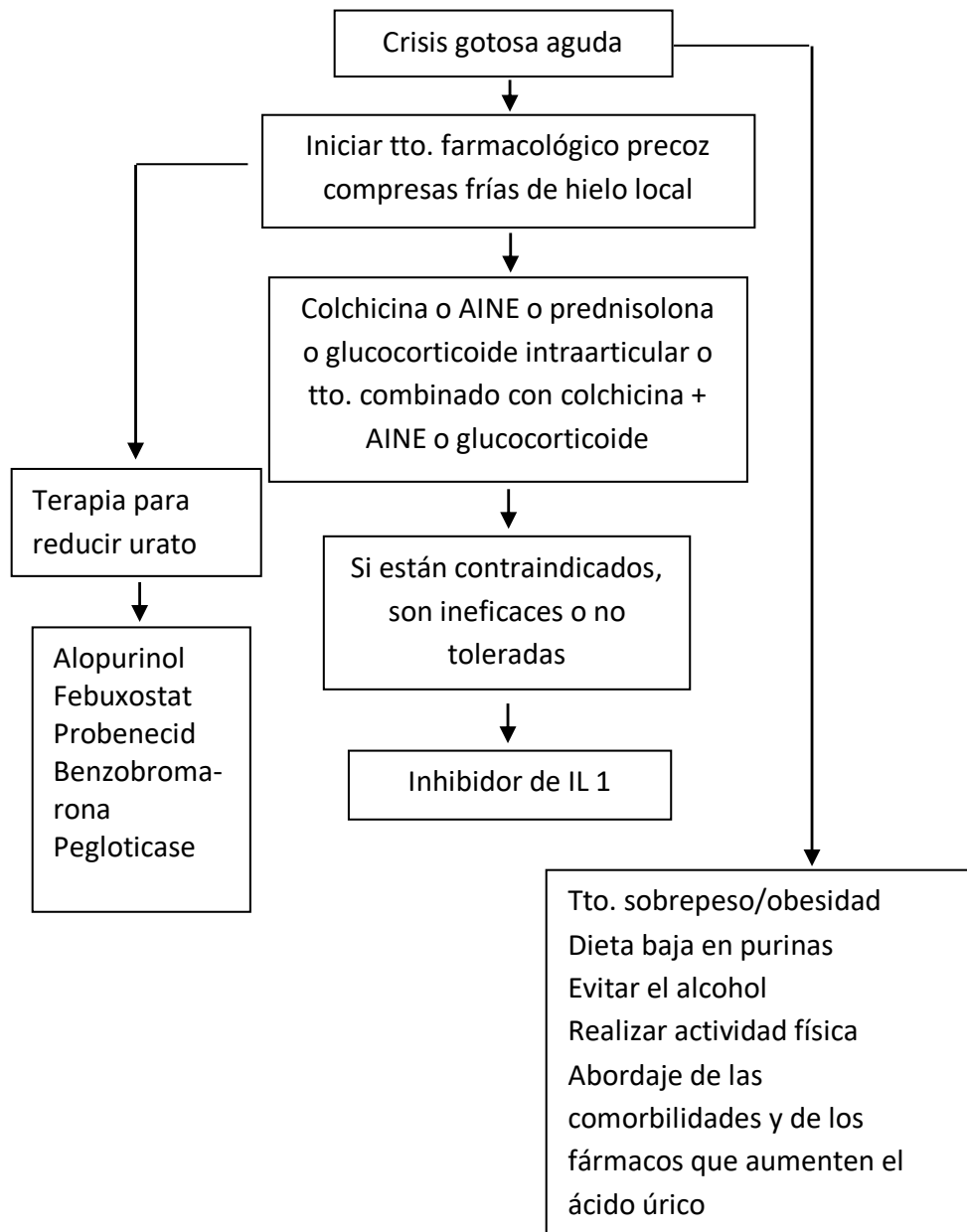


## ALGORITMO TERAPÉUTICO DE LA ARTRITIS GOTOSA



IL: interleukina; tto.: tratamiento

## ALGORITMO TERAPÉUTICO DE LA ARTRITIS GOTOSA

El punto de solubilidad del ácido úrico sérico es 6.8 mg%, niveles superiores definen a la hiperuricemia. Ésta es necesaria para el desarrollo de la gota pero se requiere que los cristales de urato monosódico activen el inflamosoma NLRP3 en macrófagos y monocitos con aumento en la producción de interleucina 1 beta. Se recomienda valores de uricemia menores a 6 mg/dl y en formas graves menor a 5 mg%. Según la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) se recomienda tto. hipouricemiante en enfermos con ataques recurrentes  $\geq 2$  ataques al año, tofos, erosiones óseas o litiasis renal, en forma precoz después de un primer episodio de gota si el ácido úrico es  $> 8$  mg/dl, cuando el inicio de la enfermedad es antes de los 40 años y en sujetos con comorbilidades. No se requiere que finalice el ataque agudo de gota para iniciar el tratamiento hipouricemiante. Según el Colegio Americano de Reumatología (ACR 2020) el tto. hipouricemiante puede iniciarse 2 semanas después de finalizar ataque agudo o simultáneamente. Agrega tto. después del primer ataque en enfermos con ERC en estadio  $\geq 3$ , y cuando el ácido úrico es mayor a 9 mg/dl. Iniciar siempre con dosis bajas y luego incrementar hasta alcanzar el objetivo terapéutico. Se recomienda profilaxis con colchicina 0.5 a 1 mg/día al inicio del tto. hipouricemiante ya que suele haber un aumento de ataque de gota manteniéndolo por 6 meses o hasta alcanzar objetivo terapéutico. No tratar la hiperuricemia asintomática y evaluar pacientes con riesgo de lisis tumoral.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE): indometacina a dosis de 150 mg/día y etoricoxib 120 mg/día parecen ser más efectivos que otros como, naproxeno o diclofenaco a dosis plenas durante 3–7 días. Evaluar contraindicaciones. No usar ácido acetil salicílico que aumenta los niveles de ácido úrico.

Colchicina: 1 mg seguido de 0,5 mg una hora después. Debe evitarse en insuficiencia renal o hepática grave. Si a las 12 hs no cede el cuadro repetir 0.5 mg, y al día siguiente 3 veces más. Suspender si hay efectos adversos.

Corticoides: indicados en pacientes con contraindicaciones a AINEs o colchicina. Se pueden administrar por vía oral (prednisona 30–40 mg/día por 5–7 días), intraarticular o intravenosa. La infiltración articular es muy efectiva en monoartritis con escaso derrame.

Inhibidores IL1: Canakinumab, anakinra, rilonacept.

Terapias combinadas: En casos graves o poliarticulares se pueden combinar AINEs con colchicina o añadir corticoides.

Alopurinol: inhibidor de la xantina oxidasa. Es el fármaco más utilizado de 1 elección. Se inicia a dosis bajas (100 mg/día) y se titula hasta alcanzar niveles de ácido úrico  $< 6$  mg/dL aumentando dosis 100 mg cada 2 a 4 semanas. Dosis máxima 800 a 900 mg/día. Puede provocar hipersensibilidad, especialmente en portadores del alelo HLA-B\*58:01

Febuxostat: inhibidor de la xantina oxidasa no purínico. Es una alternativa en intolerancia a alopurinol, debe utilizarse con cuidado en pacientes con riesgo cardiovascular.

Uricosúricos: como probenecid o lesinurad, aumentan la excreción renal de urato.

Pegloticasa: uricasa recombinante intravenosa en casos refractarios o con tofos extensos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. FitzGerald JD, Dalbeth N, Mikuls T, Brignardello-Petersen R, Guyatt G, Abeles AM, Gelber AC, et al. 2020 Guía del American College of Rheumatology para el Manejo de la Gota. Reserva de Cuidados de Artritis (Hoboken). junio de 2020; 72(6):744-760. doi: 10.1002/acr.24180. Epub 2020 11 de mayo. Errata en: Arthritis Care Res (Hoboken). agosto de 2020; 72(8):1187. doi: 10.1002/acr.24401. Errata en: Arthritis Care Res (Hoboken). marzo de 2021; 73(3):458. doi: 10.1002/acr.24566. PMID: 32391934; PMCID: PMC10563586.
2. Poua MA, Martínez-Lagunab D, Díaz-Torne C. La gota, más allá de la articulación: ¿cómo debemos tratarla? Medicina de Familia. SEMERGEN. 2024. DOI: 10.1016/j.semerg.2023.102176