

Publicado: Viernes, 04 Marzo 2022 00:00

La revista *Current Opinion in Rheumatology* ha publicado una [actualización del tratamiento de la gota](#), que actualiza su epidemiología y tratamiento e incluye las recomendaciones de las guías más recientes, así como consideraciones para el tratamiento de poblaciones especiales y los fármacos en desarrollo.

A modo de resumen, se podrían destacar los siguientes **puntos clave**:

- La prevalencia de la gota se ha duplicado en los últimos 30 años; y su presencia se asocia a mayor riesgo de mortalidad por cualquier causa y costes sanitarios significativos.
- La base del tratamiento es la terapia reductora del ácido úrico plasmático (ULT), que incluye: a) inhibidores de la xantina oxidasa o XOI (alopurinol y febuxostat); b) uricosúricos (probenecid, benzbromarona, lesinurad, dotinurad); y c) uricasa recombinante que metaboliza el urato a alantoína (pegloticasa).
- Se recomienda iniciar la ULT en pacientes con uno o más tofos clínicamente evidentes, daño radiográfico que refleja erosión ósea gotosa o dos o más brotes de gota anuales; y, condicionalmente, en pacientes con más de un brote al año y en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en estadio comorbido ≥ 3 , ácido úrico plasmático >9 mg/dL o cálculos renales.
- Como agente de primera línea, se recomienda alopurinol para todos los pacientes, incluidos aquellos con ERC de moderada a grave; a menos que existan contraindicaciones o riesgo de hipersensibilidad.
- Se recomienda iniciar la ULT mediante una toma de decisión compartida y asegurar la educación y el seguimiento adecuados del paciente.
- En lugar de emplear la ULT a una dosis fija, se recomienda ajustar la dosificación para lograr un objetivo de ácido úrico plasmático <6 mg/dL. Condicionalmente, puede continuarse la ULT indefinidamente.
- Al iniciar la ULT, se recomienda administrar antiinflamatorios preventivos (AINE, colchicina o prednisona) para prevenir brotes de gota.
- Como terapia de primera línea para tratar los brotes, se recomienda: AINE, colchicina o corticoesteroides (orales o intraarticulares); sin diferenciar entre fármacos concretos. Los anti-IL-1 (anakinra y

Publicado: Viernes, 04 Marzo 2022 00:00

canakinumab) deben reservarse para pacientes que no responden a ninguno de los anteriores.

- Los factores genéticos y la obesidad contribuyen a la hiperuricemia y la gota en mayor medida que los factores dietéticos; aunque éstos pueden contribuir al riesgo atribuible a la población.
- La dieta por sí sola suele ser insuficiente para el tratamiento de hiperuricemia; pero las modificaciones en la dieta y el estilo de vida pueden complementar la ULT. Se recomienda perder peso, limitar el consumo de alcohol, purinas y jarabe de maíz con alto contenido de fructosa.
- El síndrome de hipersensibilidad al alopurinol es una reacción adversa rara, pero puede ser fatal en muchos casos. Los principales factores de riesgo son la presencia del alelo HLA-B*58:01 y la dosis de inicio; por lo que se recomienda comenzar el tratamiento con dosis bajas (según la función renal) y aumentar gradualmente con un control estricto.
- La presencia de insuficiencia renal no afecta de la misma forma a todos los fármacos antigotosos; y las recomendaciones al respecto son diferentes según los fármacos.
- Aunque existen hipótesis biológicas que respaldan la influencia negativa de la hiperuricemia en las enfermedades cardiovasculares, las evidencias no apoyan dicha hipótesis; y de hecho, se han generado dudas sobre los posibles efectos adversos cardiovasculares de febuxostat.
- A pesar de la disponibilidad de una terapia eficaz, la ULT está infrautilizada en el tratamiento de la gota; y además, la adherencia al tratamiento también es deficiente.
- Las nuevas terapias en desarrollo para el tratamiento de la gota, se relacionan principalmente con la excreción de ácido úrico, la inmunogenicidad basada en uricasa y el metabolismo de las purinas; y otras terapias antiinflamatorias para el control de los brotes.

En la **tabla 1** que se reproduce a continuación, se describe la dosificación, uso en insuficiencia renal, principales efectos adversos, interacciones y otras consideraciones de los agentes hipouricémicos disponibles en EEUU; de los cuales, en España están disponibles alopurinol y febuxostat.

Publicado: Viernes, 04 Marzo 2022 00:00

Table 1. Approved urate-lowering therapies currently available on the market in the USA

Drug (FDA approval date)	Dosing and considerations in CKD	Select side effects	Select drug interactions/ considerations
Allopurinol (1966)	Start at dose ≤ 100 mg/day and titrate by ≤ 100 mg every 2–4 weeks to goal serum urate; max FDA recommended dose 800 mg/day GFR < 30 : start at 50 mg/day and titrate by 50 mg every 2–4 weeks to goal serum urate. Okay to use in patients with ESRD on dialysis	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilization gout flares when initiating ULT • Rash • Haematologic abnormalities • Hepatotoxicity • AHS/DRESS syndrome especially if HLA-B58:01 positive 	<ul style="list-style-type: none"> • Potentiation of immunosuppressive effects of azathioprine and 6-mercaptopurine • Increased likelihood of ampicillin induced rash
Febuxostat (2009)	Start at 40 mg/day and titrate to 80 mg/day if serum urate not at goal GFR 15–29 ml/min: doses above 40 mg/day not recommended per FDA label, but studies indicate that doses up to 80 mg/day may be safe Limited data on febuxostat use in patients with ESRD on dialysis	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilization gout flares when initiating ULT • Nausea • Arthralgias • Rash • Unclear potential cardiovascular risk • Hepatic abnormalities • Hypersensitivity reactions/DRESS 	<ul style="list-style-type: none"> • Potentiation of immunosuppressive effects of azathioprine and 6-mercaptopurine
Probenecid (1979)	Start at 250 mg twice daily with dose titration to maximal effective dose of 2000 mg/day GFR < 30 ml/min: probenecid not recommended due to lack of efficacy in setting of inadequate renal function	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilization gout flares when initiating ULT • Rash, flushing • GI intolerance • Urolithiasis 	<ul style="list-style-type: none"> • Prolonged half-life of penicillin and ampicillin • High dose aspirin may reduce probenecid's uricosuric effect
Pegloticase (2010)	8 mg i.v. every 2 weeks Check serum urate prior to each infusion after first dose, and stop if serum urate > 6 mg/dl No dose adjustment needed in patients with CKD or ESRD on dialysis *Discontinue all ULT prior to initiation of pegloticase to avoid masking loss of urate response	<ul style="list-style-type: none"> • Contraindicated in G6PD deficiency (haemolysis, methemoglobinemia) • Mobilization gout flares • Nausea, vomiting • Anaphylaxis and serious infusion reactions related to antidrug antibodies • Caution in patients with CHF 	