

---

## HIPERURICEMIA Y GOTA

### DEFINICIÓN

Inflamación articular por depósito de urato y originada por hiperuricemia mantenida

Típica: Varón, edad avanzada, monoartritis aguda, miembros inferiores (metatarso falángica, rodilla). Frecuente asociación a diabetes, dislipemia, hipertensión arterial y obesidad.

Atípica (20%) En mujeres postmenopáusicas, que cursa con poliartritis, de predominio en manos.

### ETIOLOGÍA

A. Aumento de la producción (10%)

Causas primarias: idiopática, alteraciones metabólicas enzimáticas

Causas secundarias: ingesta excesiva de purinas, alcohol, obesidad, enfermedades linfoproliferativas, uso de quimioterápicos, anemia hemolítica, hemoglobinopatías, policitemia, psoriasis extensas, glucogenosis y ejercicio físico intenso.

B. Disminución de la excreción (90%)

Causas primarias: idiopática y genética (poliquistosis renal, S.Down)

Causas secundarias: alcohol, intoxicación por plomo, acidosis láctica/cetoacidosis, insuficiencia renal crónica, hiperparatiroidismo, sarcoidosis y uso de determinados fármacos: tiazidas, salicilatos a dosis bajas, levodopa, ácido nicotínico, pirazinamida, ciclosporina, etambutol.

### DIAGNÓSTICO DE HIPERURICEMIA Y GOTA

#### HIPERURICEMIA

Diagnóstico: Niveles de ácido úrico en sangre por encima de 7 mg/dl. en el varón y de 6 mg/dl. en la mujer.

#### GOTA AGUDA

- Clínico de sospecha: Dolor y tumefacción monoarticular agudo sin trauma previo.
- Diferencial: Artritis séptica, otras Artritis microcristalinas: pirofosfato cálcico, artritis reumatoide (AR),

Espondiloartropatías: Reiter, Psoriásica, otros procesos regionales: bursitis, celulitis

- Anamnesis:

Antecedentes personales y familiares.

Enfermedades reumáticas, crisis gota anteriores.

Hábitos tóxicos y alimenticios consumo de purinas y alcohol.

Síndrome metabólico, cardiopatía isquémica.

Empleo de fármacos.

Nefrolitiasis, insuficiencia renal.

Enfermedades hematológicas

Déficits enzimáticos familiares

Tipo de dolor: ritmo – localización, forma de inicio desde cuando, fiebre.

- Exploración física

Descartar artritis séptica: T<sup>a</sup>, lesiones cutáneas puerta de entrada, foco infeccioso, ADPV inmunosupresión

Palpación: dolor tumefacción rubor, derrame, arcos movilidad limitados y dolorosos.

BUSCAR lesiones cutáneas sugestivas de tofo (olécranon, hélix, antihélix, tendón Aquileo)

- Pruebas complementarias:

- Analítica de sangre: hiperuricemia >7mg/dl. en el hombre, >6 mg/dl. en la mujer

Orina: uricosuria de 24 h. >700 mg/día: hiperexcretor

- Rx: diagnóstico diferencial (condrocalcinosis) o para evidenciar artritis avanzada

- Artrocentesis, aspiración de tofo (certeza): no se hace habitualmente

-Criterios de Wallace SL 1977- American collage of Rheumatology. 6 o más (Fig. 1)\*

a. Presencia de cristales de Urato en líquido sinovial

b. Tofo que contenga cristales.

c. Seis de los siguientes:

1. Más de una crisis de artritis aguda.

2. Inflamación aguda extrema desarrollada en un día.

3. Artritis monoarticular.

4. Enrojecimiento articular.

5. Dolor o hinchazón art. Metatarsofalángica.

6. Ataque unilateral de la 1º art. Metatarsofalángica.

7. Ataque unilateral de la 1º art. Tarsiana.

8. Tofo.

9. Hiperuricemia.

10. Hinchazón de una articulación (Rx).

11. Quistes subcorticales (Rx).

12. Cultivo negativo de la articulación afecta.

## TRATAMIENTO

Medias higiénico dietéticas dieta hipoproteica, ingesta hídrica de 2 l/día, evitar consumo de alcohol, tratar los factores de riesgo cardiovascular asociados.

Farmacoterapia

1. Hiperuricemia Asintomática (Fig. 2) Tratamiento si ácido Úrico >13 mg/dl.

1) Inhibidores de formación: asegurar 4 semanas sin gota aguda. Alopurinol: 100-300 mg/día, máx. 800 mg/día. Ajustar en insuficiencia renal

2) Uricosúricos: [Benzobromarona](#) , fármaco de 2º línea. Uso restringido a especialista Nefrólogo

2. Hiperuricemia Sintomática

2.1. Artritis gotosa aguda: (Fig. 1)

1) Medidas físicas: reposo y frío local

2) Aines clásicos 1-2 semanas: el de uso más común es la indometacina, pese a que ibuprofeno y diclofenaco son de perfil más seguro. Los aines selectivos COX2 son una alternativa válida si existen problemas gastrointestinales.

3) Colchicina: uso válido en monoterapia o asociado a los anteriores. Atención a la alerta medicamentosa por uso inadecuado (AEMPS 4 agosto de 2010)

Dosis letal 0.5-0.8 mg./kg de peso., riesgo de intoxicaciones graves

CONTRAINDICACIONES: ancianos, cardiopatas insuficiencia renal con  $\text{ClCr} < 30$  ml/min., uso concomitante de determinados fármacos

Dosis 0,5–1 mg/6 h pauta decreciente: 2º día: 1 mg/8 horas, 3er día: 1 mg/ 12 horas y después 1 mg/día hasta 3-6 meses) Nunca más de 2 mg en las primeras 24 horas, ni más de 4 mg. en los 4 días siguientes (total en 5 días: 6 mg.)

4) Corticosteroides : Como alternativa terapéutica en caso de contraindicación de los anteriores, o de aparición de efectos secundarios. Prednisona 20-40 mg/día, 3-4 días, descendente hasta 10 días

5) Pueden siempre agregarse analgésicos [Paracetamol](#) o [Codeína](#).

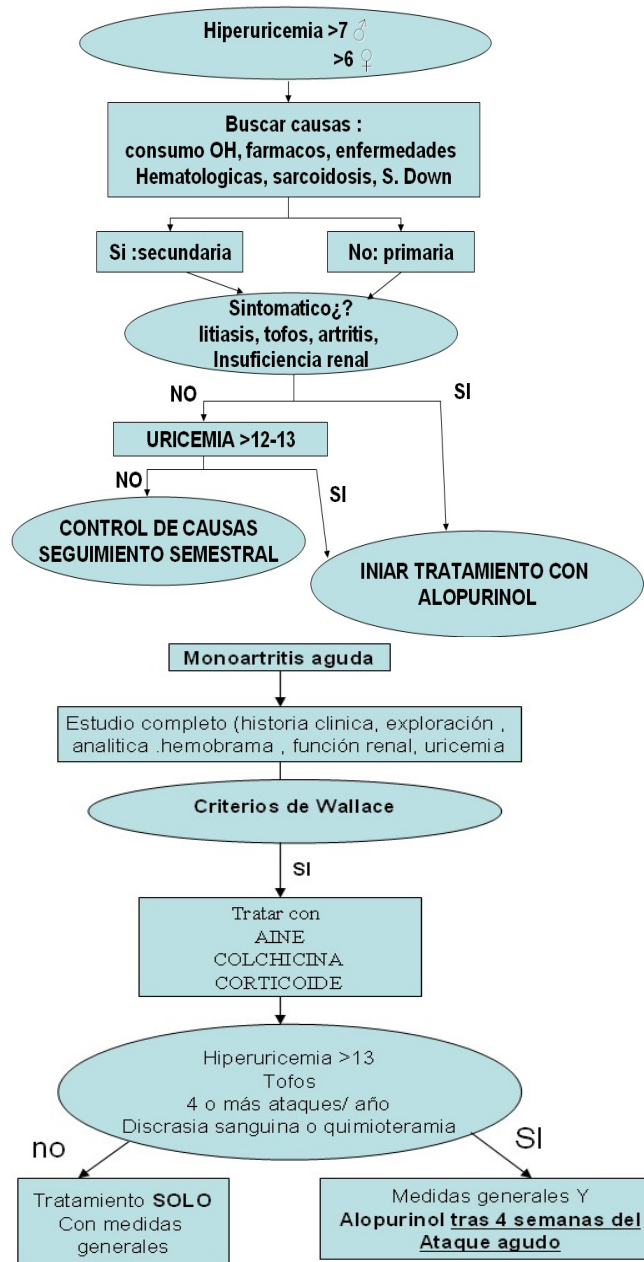


Fig 1

Fig 2

2.2 Gota tofácea crónica: Tofos y Ataques repetidos de gota ( $\geq 4$  año)

Hipouricemiantes inhibidores de la formación: Alopurinol .TRAS 4 semanas tras última crisis aguda.\*nunca iniciarlo en el ataque agudo, pero no suspenderlo si este estaba iniciado

B) Asociar aine, corticoides o colchicina como coadyuvantes iniciales por si apareciera una crisis

2.3Litiasis úrica: habitual en los hiperexcretadores de acido úrico (uricosuria mayor de 700-1000):

Tratamiento: bicarbonato oral 1g/8h y alopurinol

#### DERIVACIÓN A ESPECIALISTA:

Hiperuricemia asintomática, sin causa secundaria grave, no es necesaria

Nefrología y urología: nefropatía gotosa, litiasis renal úrica

Reumatología: artritis gotosa complicada: disminución de la interlinea articular, erosiones de márgenes

Secundaria a causa hematológica, dermatológica,

Endocrino: S. Metabólico asociado de difícil manejo

#### BIBLIOGRAFÍA

Abadanes Herranz JC; Abreu Galán MA. Guía de actuación en Atención Primaria 2006; 1: 878-882

Grupo Fistera. Guía Clínica Hiperuricemia y gota.  
<http://www.fistera.com/guias2/gota.asp>

Zamora Sánchez V, Bordas Julve JM. Artritis e hiperuricemia ¿Seguro que es gota? AMF 2006;2:159-165

Agencia española del medicamento (AEMPS). Colchicina: casos de sobredosis graves por errores de medicación. 2010.  
<http://www.aemps.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/home.htm>

Reinders MK, Jansen TL. Management of hyperuricemia in gout: focus on febuxostat. Clinical Interventions in Aging. 2010;5:7-18

**AUTORES:** ELENA ORTIZ POLO y FRANCISCA JUAN ESPERT

**CENTRO:** CENTRO DE SALUD ALAQUÁS (ALAQUÁS – VALENCIA)  
DEPARTAMENTO 9 ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL

#### **PALABRAS CLAVE:**

GOTA, HIPERURICEMIA, ACIDO ÚRICO, URATO

**FUENTE DE FINANCIACIÓN:** Sin conflicto de intereses.

#### **PERSONA PARA CORRESPONDENCIA**

ELENA ORTIZ POLO [elorpo@hotmail.com](mailto:elorpo@hotmail.com)

**FECHA DE REMISIÓN DE LA FICHA** 25/12/2010