

¿Cuál es el tratamiento más adecuado en la crisis aguda de gota? Which is the more adequate treatment in the gout acute crisis?

Eduardo D. Expósito García(1), Héctor Muarra Álvarez(2), Cristóbal Mayola(2), Carlos Barroso López (1), Tomás Cruz Pérez(1).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo donde se encuestaron 56 médicos especialistas no reumatólogos (22 internistas, 19 médicos generales integrales y 15 ortopedistas) con el objetivo de conocer sus criterios en cuanto al tratamiento de la crisis aguda de gota. El 17.8 % usó la aspirina a dosis analgésicas. El 69.6% considera a la colchicina como la droga de elección mientras que un 32.1% prefirió usar AINE. El 37.5% combinó los AINE con alopurinol y el 46.4% utilizó solo el alopurinol. Un 10.7% eligió al probenecid y un 7.1% optó por la sulfi mpirazona. El 10.7% consideró que los esteroides intrarticulares son útiles. La terapia esteroidea parenteral fue preferida por un 10.7%. El 55.3%, 25% y 19.6% distinguieron el uso de compresas frías, calientes o a temperatura ambiente en ese orden respectivamente. Son diversos los puntos de vista por lo que se precisa de estudios clínicos controlados que permitan unificar criterios para tratar el episodio gotoso agudo.

Palabras claves: COLCHICINA, ÁCIDO ÚRICO, ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, ALOPURINOL, CORTICOSTEROIDES.

1. Especialista de 1^{er} grado en M.G.I y Reumatología.
2. Especialista de 1^{er} grado en Medicina Interna.

INTRODUCCIÓN

Los objetivos que se persiguen alcanzar con el tratamiento de la enfermedad gotosa son: yugular la crisis aguda lo antes posible, prevenir la aparición de nuevos episodios de artritis aguda, mejorar las lesiones resultantes del depósito de urato en los tejidos o de ácido úrico a nivel renal, y actuar sobre patologías asociadas (obesidad, hipertensión arterial, hiperlipidemia, diabetes Mellitus, aterosclerosis, etc)(1).

El tratamiento de la crisis aguda de gota a base de colchicina, un alcaloide extraído del colchicum en 1820 por Pelletier y Caventou, y cristalizado por Houdé en 1884, a soportado el embate del tiempo y para muchos continúa siendo el tratamiento de elección en los ataques agudos de gota(2). Existe además diversos criterios con respecto a la forma de administrar el medicamento, vía de administración y dosis. La respuesta del episodio agudo de gota a la colchicina a sido usado para confirmar el diagnóstico de gota, aunque algunos pacientes con pseudogota, sarcoidosis y otros tipos de artritis pueden raramente responder(3)

Debido a los efectos adversos de la colchicina, fundamentalmente gastrointestinales, su uso se ha visto limitado por un número creciente de médicos reumatólogos y no reumatólogos; de manera que prefieran comenzar con la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para tratar el ataque agudo de gota, los cuales son mejor tolerados que la colchicina.

La ACTH y los corticosteroides han sido usados en alguna medida en el tratamiento de los episodios agudos, pero ¿Cuándo es el momento apropiado para su uso? o ¿Que pacientes serian los candidatos apropiados? son preguntas que invitan a la discusión entre los investigadores.

Algo parecido sucede con el uso de compresas frías o calientes, uso intraarticular de esteroides y el papel de la dieta, donde existen opiniones divergentes.

Con el fin de conocer los criterios u opiniones de especialistas no reumatólogos acerca del tratamiento de la crisis aguda de gota realizamos este trabajo.

OBJETIVO

- Conocer las principales tendencias que existen en el tratamiento de la crisis aguda de gota en médicos no reumatólogos.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo donde se encuestaron a 56 médicos especialistas no reumatólogos (anexo 1) , distribuidos de la siguiente forma: 22 internistas, 19 médicos generales integrales y 15 ortopédicos; con el fin de conocer la conducta terapéutica y procederes utilizados por ellos al tratar a pacientes con episodios agudos de gota.

Se operacionalizaron diversa variables en forma de preguntas; con la finalidad de indagar acerca del uso de medicamentos en la crisis aguda de gota , tales como: ácido acetil salicílico, otros AINE, colchicina, probenecid, ACTH, alopurinol, alopurinol más AINE, antibióticos, uso parenteral de esteroides y sulfi mpirazona.

Además se preguntaron acerca de la aplicación de procederes como la administración intraarticular de corticosteroides, aplicación de compresas frías o calientes y otros.

Para dar salida a nuestro objetivo, los resultados fueron vaciados en una tabla de frecuencia (anexo 2) y procesados estadísticamente.

RESULTADOS

De los 56 médicos no reumatólogos encuestados, el 17.8% usó la aspirina a dosis analgésicas en algún momento, sola o acompañada de colchicina o antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para tratar la artritis gotosa. Al analizar el uso de la colchicina encontramos que el 69.6% de los médicos encuestados la utilizan como droga de elección, mientras que el 32.1% prefieren el uso de AINE. Del total de los encuestados más de una tercera parte (37.5%) añadió al tratamiento con AINE, el alopurinol, y un 46.4% lo usó solo como droga de elección. Un 10.7% consideró el uso del probenecid para tratar el episodio agudo de gota. Por otro lado el 7.1% prefirió usar sulfi mpirazona. Del total de los encuestados el 10.7% prefieren los esteroides intrarticulares solos o combinados con otras terapias. La ACTH fue usada en una sola ocasión (1.7%). La elección de la terapia esteroidea parenteral se consideró en un 10.7%. Con respecto a las compresas frías para uso tópico sobre la articulación inflamada, el 55.3% la prefiere. El 25% usa las compresas calientes y un 19.6% a temperatura ambiente. Solo el 14.2% de los encuestados tuvo en las restricciones dietéticas t específicamente un 19.6% respondió que era conveniente evitar el consumo de alcohol.

DISCUSIÓN

El mayor porcentaje de los encuestados (69.6%) considera que la colchicina es la droga de elección en el tratamiento de los ataques agudos de gota. Esta droga a sido el tratamiento más clásico utilizado desde que surgió en el mercado farmacéutico y aun hoy en día tiene muchos adeptos(1,4). Existe diferencias en la forma de utilizarla por diferentes investigadores. Algunos prefieren comenzar con 0,5 ó 0,6 mg cada una hora hasta que remita la crisis o aparezcan reacciones adversas (náuseas, vómitos y diarreas fundamentalmente). No se debe exceder de 12 mg en 24 horas. De esta manera se corre el riesgo de que aparezcan efectos adversos más precozmente por lo que otros autores prefieren utilizarla a la dosis de 0,5mg a 1 mg en dosis única (5) o con intervalos de 4, 6 u 8 horas, y no exceder de 3 a 5 mg al día(6,7). Los efectos adversos más frecuentes son los gastrointestinales pero también se han reportado casos de toxicidad multiórgano (8), rabdomiolisis(9) y síndrome neuromiopático (1). La mayor eficacia de la droga se logra

cuando se administra de forma precoz; es decir en las primeras 24 horas de comenzada la crisis.

Para muchos los AINE deben considerarse como la primera droga a utilizar (10). Avalan a su favor que tienen tanta eficacia como la colchicina y menos efectos adversos. El 32.1% de los especialistas encuestados los utilizan de preferencia. Existe una tendencia actual al uso preferencial de los AINE en el ataque agudo de gota; No obstante estos fármacos a pesar de ser bien tolerados no carecen de reacciones adversas. La mayor toxicidad ocurre en el ámbito gastrointestinal, sistema nervioso central, sistema hematopoyético, riñones, piel etc.

Otros autores consideran reservarlos para pacientes con intolerancia a la colchicina o ineficacia de esta(2). De hecho las reacciones adversas suelen ser más drásticas en pacientes ancianos o con trastornos renales, por lo que en estos casos se prefiere utilizar AINE de corta vida media plasmática tales como: Indometacina, piroxican, ketoprofeno, etc(11).

Ryckwaert et al consideran que la colchicina continúa siendo la droga de elección en la artritis gotosa aguda(12), por otro lado Abramson(13), y Star y Hocberg(5) creen que la colchicina es muy tóxica para usarla en la gota aguda, prefiriendo a los AINE, al igual que otros investigadores(10). Un importante estudio realizado en Francia, mostró que la colchicina fue preferida por el 63 % de los encuestados, los AINE por el 5.2 % y ambos por el 31.7 %(14). Estas diferencias reflejan la carencia de estudios controlados. En nuestra opinión mientras más precozmente se inicie el tratamiento con colchicina, más rápidamente se revertirá la crisis. Pasadas 48 h preferimos usar los AINE.

Un error frecuente es el uso de aspirina a bajas dosis (menos de 3 gr en 24 h). Está demostrado que esta droga incrementa la uricemia al disminuir la excreción renal de ácido úrico(1). El 17.8 % de los encuestados la manejó en algún momento de la crisis aguda de gota.

Al analizar los resultados observamos que el 46.4 % empleó el alopurinol para tratar el ataque agudo de gota, un 37.5 % de los encuestados lo usó asociado a algún AINE. El 10.7 % y el 7.1 % consideraron que se podía recurrir al probenecid o sulfinpirazona respectivamente para tratar la crisis aguda de gota. No se preguntó acerca de otros hipouricemiantes menos conocidos. Existe consenso general de que los fármacos hipouricemiantes no se deben prescribir para el tratamiento del episodio agudo, porque pueden modificar bruscamente la concentración sérica de ácido úrico y favorecer el depósito intraarticular de cristales de urato procedentes de lugares quiescentes(1).

De hecho si un paciente afectado de gota tiene tratamiento previo con uricosúricos o inhibidores de la xantino-oxidasa y por diversas razones surge una crisis aguda de gota, estos medicamentos se mantienen a la misma dosis ya establecida; iniciándose entonces el tratamiento del episodio agudo con AINE, colchicina u otros procederes según el caso y la experiencia del médico.

La administración de corticosteroides parenterales o ACTH fue considerada en el 10.7 % y 1.7 % de los encuestados respectivamente. En nuestra experiencia deben ser reservados para pacientes que no pueden ser tratados con colchicina o AINE debido a ineficacia, intolerancia o contraindicaciones y en pacientes ancianos con enfermedades asociadas que impidan el uso de estos fármacos(2,11). La vía intramuscular es apropiada en pacientes con enfermedad poliarticular, por ejemplo se puede usar acetónido de triancinolona con buenos resultados (10,15). En opinión de los autores, la experiencia con betametasona intramuscular es satisfactoria.

El 10.7 % de los encuestados tuvo en cuenta la aplicación intraarticular de esteroides como una opción posible. En nuestra opinión y la de otros investigadores este es un proceder viable en enfermos con mono u oligoartritis que no responden adecuadamente a AINE o colchicina o en pacientes ancianos con situaciones médicas complejas donde estos medicamentos están contraindicados o son ineficaces. Entre los preparados con mejores

resultados se encuentran el acetónido de triancinolona, metilprednisolona, etc (10). Se debe descartar previamente una artritis infecciosa.

Otro proceder que suscita opiniones divergentes es la aplicación de compresas de agua fría, caliente o a temperatura ambiente. Un 55,3 %, 25 % y 19.6 % de los encuestados optaron por usarla en ese orden. En uso de compresas frías generalmente es evitado por la mayoría de los investigadores debido a que las bajas temperaturas contribuyen a que precipite el urato monosódico en forma de cristales. A pesar de que intraarticularmente se pueden encontrar cristales de urato en una articulación asintomática, estos, eventualmente ocasionan procesos inflamatorios que hacen más difícil el control del episodio agudo de gota(16). No obstante algunos autores sugieren aún su uso(2).

Las compresas calientes en nuestra opinión también deben ser evitadas para tratar una articulación que muestra en todo su esplendor los signos clásicos de un proceso inflamatorio articular. Otros autores sugieren su uso(1). Nosotros preferimos el uso de compresas a temperatura ambiente.

Al preguntar por otros procederes que a juicio de los encuestados se debía considerar, el 19.6 % creyó razonable evitar el consumo de bebidas alcohólicas y solo un 14.2 % consideró tener en cuenta la dieta. Con la ingestión de alcohol se puede producir una hiperlactacidemia capaz de suprimir la excreción renal de ácido úrico e inducir una hiperuricemia(17,18). Se deben evitar los vinos fuertes y la cerveza.

En cuanto a la dieta, es recomendable hacer ciertas restricciones dietéticas en el enfermo con gota aguda evitando los alimentos ricos en purinas, tales como vísceras, anchoas, embutidos, sardinas, extractos de carnes, etc.

A modo de resumen podemos decir que encontramos una gran diversidad de opiniones en cuanto al tratamiento de la crisis aguda de gota, desde el punto de vista Farmacoterapéutico y de la aplicación de otros procederes. En vista a que se deben unificar criterios, recomendamos encuestar a médicos reumatólogos con el fin de conocer sus opiniones; además realizar estudios controlados acerca del tratamiento de la crisis gotosa aguda, que en un futuro nos permita crear una guía para tratar esta agobiante enfermedad.

ABSTRACT

A descriptive observational study was carry out in which 56 specialized doctors not rheumatologist were surveyed (22 internists, 19 integral general doctors and 15 orthopedists) with the objective of knowing their criteria as far as the gout treatment. The 27.8 % used aspirine in analgesia dosis. The 69.6% considered colchicine as the drug of choice where as a 32.1 % preferred to use AINE. The 37.5% combined AINE with alopurinol only. The 10.7% elected probenecid and a 7.1% opted by sulphimiprazone. The 10.7% considered the inarticular esterooids useful. The parental esterooid therapy was preferred by a 10.7%. The 55.3%, 25% and 19.6% distinguished the use of cold, hat, or room temperature compresses in that order respectively. There are different point of view that is why control clinical studies are needed that allow unify criteria to treat the acute gouty episode.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. García Puig J, Martín J. C, Mateos Antón F. Fisiopatología y tratamiento de la crisis gotosa aguda. Rev Clin Esp 194; 59-65.
2. Pawlowsky Y. What is the optimal treatment for acute crystal-induced arthritis? Rev Rhum 1996; 63 (4): 231-233.
3. Campano German D, Holmes WH. Hyperuricemia and gout. The Medical Clinics of North America 1986; 70 (2): 429.
4. McCarty DJ. Patogénesis y tratamiento de la inflamación inducida por cristales. En: McCarty DJ. Artritis y enfermedades conexas, tomo 2 ed. La Habana: Edición Revolucionaria; 1986.

5. Star VL, Hochberg MC. Prevention and management of gout. *Drugs* 1993 ; 45: 212-222.
6. Guillet P, Fener P, Jouzeau JY, Netter P. Traitement de l'inflammation microcristalline aiguë. *Rev Prat* 1994 ; 44: 201-205.
7. Kelley NW, Schumacher HR. Gout. In: Kelley NW, Harris ED, Rudy S, Sledge CB. *Textbook of Rheumatology*. 4 ed. Philadelphia: Saunders; 1993. p.1291-1336.
8. Rosset L, Descombes E, Fellay G, Regamey C. Multisistemic toxicity of colchicines and renal failure: apropos of a case. *Schweiz Med wochensehr* 1998; 128(49):1953-7.
9. Dawson T.M, Starkebaun G. Colchicine induced rhabdomyolysis. *J Rheumatol* 1997; 24(10):2045-6.
10. Fam AG. Managing problem gout. *Ann Acad Med Singapore* 1998; 27 (1): 93-9.
11. Fam AG. Gout in the elderly. Clinical presentation and treatment. *Drugs agin* 1998; 13(3):229-4.
12. Ryckewaert A, Kuntz D, Liote F. *La goutte*. Paris: Wellcome; 1992.
13. Abramson SB. Treatment of gout and crystals arthropaties and uses and mechanisms of action of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Curr Op Rheumatol* 1992; 4:295-300.
14. Rozenberg S. Diversity of opinions on the management of gout in France. A survey of 750 rheumatologists. *Rev Rhum [Engl. Fd]* 1996; 63: 255-261.
15. Siegel LB, Alloway JA, Nashel DJ. Comparison of adrenocorticotropic hormone and triamcinolone acetamide in the treatment of acute gouty arthritis. *J Rheumatol* 1994; 21:1325-1327.
16. Pascual E. Persistence of monosodium urate crystal and low grade inflammation in the synovial fluid of untreated gout. *Arthritis Rheum* 1991;34:141-145.
17. McCarty DJ. Patogénesis y tratamiento de la inflamación inducida por cristales. En: McCarty DJ. *Artritis y enfermedades conexas*, t. 2. La Habana: Edición Revolucionaria; 1986. p. 1264.
18. Terkeltaub R. Gout. Epidemiology, pathology and pathogenesis. In: Schumacher HR, Klippel JH, Koopman WJ. *Primer on the Rheumatic Diseases*. 10 ed. 212. Arthritis Foundation; 1993. p. 212.

ANEXOS

Anexo 1. Survey acerca del tratamiento de la crisis aguda de gota.

Marque los medicamentos o procedimientos que a su juicio son adecuados para tratar la crisis aguda de gota. Explique en caso de ser necesario.

- ASA.
- Colchicina.
- probenecid.
- AINE.
- ACTH.
- Alopurinol.
- Alopurinol + AINE.
- Compresas frías.
- Compresas calientes.
- Compresas a temperatura ambiente.
- Uso intraarticular de esteroides.
- Antibióticoterapia.
- Uso parenteral de esteroides.
- Sulfinpirazona.
- Otros.

Tabla 1. (Anexo 2). Farmacoterapia y procederes más usados por los encuestados al tratar la crisis aguda de gota.

Aspirina.	Colchicina	AINE	Alopurinol	Alopurinol + AINE	Probenecid.	Sulfinpirazona	Esteroides intraarticulares
9 (17.8%)	38 (69.6%)	18 (32.1%)	26 (46.4%)	21 (37.5%)	6 (10.7%)	4 (7.1%)	6 (10.7%)

ACTH	Esteroides parenterales	Compresas frías	Compresas calientes	Compresas a temp. ambiente	Restricciones dietéticas	Suprimir alcohol
1 (1.7%)	6 (10.7%)	31 (55.3%)	14 (25%)	11 (19.6%)	8 (14.4%)	11 (19.6%)