

HIPERURICÈMIA

Roser Bellmunt, Anna Ribas
UBA Folgueroles
ABS Santa Eugènia de Berga
Setembre 2004

INTRODUCCIÓ

- ◆ **Hiperuricèmia:** elevada concentració sèrica d'àcid úric. Factor de risc de gota i factor de risc cardiovascular independent.
 - Homes: $>7\text{mg/dl}$
 - Dones: $>6\text{mg/dl}$
- ◆ **Gota:** malaltia metabòlica reversible que cursa amb dipòsits de cristalls de urat monosòdic a múltiples llocs i causa simptomatologia.

Epidemiologia hiperuricèmia

- ◆ Prevalença 5-7%
- ◆ Edat d'aparició: 30-50 anys.
- ◆ Relació dona:home = 3-1
 - Homes: augment progressiu amb l'edat
 - Dones: augment a la menopausia.

Etiopatogènia

- ◆ Augment de formació de precursors purínics de l'àcid úric (10-20%): ingesta de purines o augment purines endògenes catabolitzades.
- ◆ Dèficit d'excreció renal d'àcid úric (80-90%)
- ◆ Una combinació de les anteriors.

Causes de hiperuricèmia

- ◆ Per augment de producció d'àcid úric:
 - Primàries
 - Secundàries
- ◆ Per disminució de l'excreció d'àcid úric:
 - Primàries
 - Secundàries

Per augment de producció àcid úric

◆ H. Primària:

- Idiopàtica
- Dèficit HGFRT *
- elevada activitat de FRPFS **

* HGFRT: fosforribosil transferrasa de hipoxantina i guanina.

**FRPFS: sintetasa de fosforribosil-5 pirofosfat-1.

◆ H. Secundària:

- Excés ingesta purines
- Ingesta alcohol
- M. linfò i mieloproliferatives
- QMT
- Policitemia
- Metaplàsia mieloide
- Anèmies hemolítiques
- Psoriasi
- Glucogenosis III, V, VII

Per disminució excreció àcid úric

◆ H. Primària

- Idiopàtica

◆ H. Secundària:

- Ingesta alcohol
- Fàrmacs: diurètics tiazídics, salicilats a dosis baixes, etambutol, pirazinamida, levodopa
- Acidosis làctica
- Cetoacidosis
- IRC
- Intoxicació per plom
- Hiperparatiroidisme
- Sarcoidosi
- Sd. Down

CAS 1

- ◆ Home de 58 anys amb antecedents de HTA i dislipèmia en tractament amb hidroclorotiazida 25mg/d i simvastatina 20mg/d , que en AG de control es detecta àcid úric 8.2 mg/dl.

Hiperuricèmia asimptomàtica

- ◆ Nivell anormalment alt d'àcid úric en sang en absència d'artritis gotosa o nefrolitiasi.
- ◆ No s'aconsella detecció sistemàtica d'àcid úric.
- ◆ Només 5% dels hiperuricèmics patiran gota.
- ◆ Història clínica:
 - Verificar que es tracta de hiperuricèmia asimptomàtica: AP artritis, càlculs urinaris, tofus...
 - Descartar hiperuricèmia secundària: Fàrmacs!!
 - Factors associats: obesitat, HTA, DM2, cardiopatia isquèmica, dislipèmia.

Hiperuricèmia asimptomàtica

- ◆ Exploracions complementàries:
 - Uricèmia
 - Uricúria 24 hores:
 - ◆ Volum de diuresi (ml/min o dl/min) x [àcid úric] urinària.
 - ◆ uricúria > 700 mg/d pot indicar sobreproducció.
 - Rx simple renal
 - Ecografia renal i vies urinàries.
- ◆ En general no és necessari tractament farmacològic sense causa aparent ni clínica.

Hiperuricèmia asimptomàtica

- ◆ Tractament no farmacològic: control TA, reduir pes, control dislipèmia, consum moderat d'alcohol, ingesta 2 lt de líquid/d, evitar fàrmacs hiperuricemiants, dieta moderada en purines.
- ◆ Control AG anual.
- ◆ Només cal tractar amb fàrmacs:
 - Àcid úric > 11-12 mg/dl
 - Secundari a QMT
 - Uricosúria > 1000 mg/d
 - Confirmació de litiasi.

CAS 2

- ◆ Home de 54 anys, fumador de 20 cig/d i enolisme de 50gr/d. Acut febrícula de 37,8°C i dolor amb signes inflamatoris al canell dret des de fa unes hores. No antecedents de gota. Ens diu que la nit anterior va pendre algunes copes després de baralla conjugal.

Artritis gotosa aguda

- ◆ Aparició brusca de dolor monoarticular, amb signes inflamatoris locals.
- ◆ Afectació de 1^a MTF 1er dit peu (>50%), tars, canell, colze, espatlla i IFD peus.
- ◆ Febre, leucocitosi
- ◆ En fase de resolució descamació pell que envolta articulació.
- ◆ Factors desencadenants: traumatismes, ingesta alcohol, exercici físic intens, transgressions alimentàries, dejú, estrés físic o psíquic...

Artritis gotosa aguda

◆ Tractament crisi aguda:

– Repòs. Fred local.

– Fàrmacs:

◆ Colchicina:

1º dia: 1mg/ 6h

2º dia: 1mg/ 8h

3º dia: 1mg/ 12h

4º dia: 0,6-1mg/ 24h 3-6 mesos

- Molt efectiu si s'instaura en les primeres 24h.
- El gastro-intestinals
- Ajustar dosis en Insf. Hepàtica o renal.

Artritis gotosa aguda

◆ AINES:

- Indometacina: 25mg/4h, o 75mg inicialment i després 50 mg/6; disminuir progressivament. Altres: ibuprofeno, diclofenac, ketoprofen, piroxicam...
- Més eficaços que la colchicina si es comença tard (>24-48h)
- Precaució en ulcus pèptic, IRC, ICC.

◆ Glucocorticoides:

- Si AINES o colchicina ineficaços o contraindicats.
- Via oral, sistèmica o intraarticular.
- Abans de suspendre cortis cal fer pauta profilàctica amb 0,5-1mg/12h de colchicina per evitar artritis de rebot.



CAS 3

- ◆ El pacient anterior consulta en els 2 anys següents per 3 crisis similars, dues de les quals al mateix canell, i una altra a la 1^a MTF del peu dret. Totes les crisis han remès amb AINES.

Tractament hipouricemiant. Prevenció de recurrències

- ◆ Cal esperar a la 2^a o 3^a crisi per iniciar el tractament.
- ◆ No iniciar tractament hipouricemiant en una crisi aguda (esperar 2-4 setmanes)
- ◆ No suspendre el ttm hipouricemiant si apareix una crisi aguda durant el ttm.
- ◆ Cal mantenir el ttm fins que desapareixi la causa que origina la hiperuricèmia. En les causes primàries implica tractament de per vida.

Tractament hipouricemiant. Prevenició de recurrències

- ◆ Mesures generals.
- ◆ Fàrmacs:
 - Inhibeixen formació àcid úric: Alopurinol (Zyloric ®) 100-300mg/d.
 - ◆ EI: reacció d'hipersensibilitat.
 - Augmenten eliminació urinària d'urats (uricosúrics): benzobromarona (Urinorm ®) 50-300mg/d, benzodiarona (Dilafurane ®), sulfinpirazona (Falizal ®) ...
 - ◆ Es poden donar si : excreció urats < 700- 1000 mg/d, funció renal normal, no AP de litiasi renal ni tofus
 - ◆ Risc de litiasi renal. Es pot reduir alcalinitzant l'orina.
 - ◆ EI: diarrea i reaccions cutànies.
 - Associacions: alopurinol + benzobromarona, alopurinol + benzodiarona.

Sel·lecció del tractament hipouricemiant.

◆ Alopurinol monoteràpia:

- Hiperproducció
- AP litiasi renal, transplantament hepàtic, EI a uricosúrics i IR (aclarament creat $< 20\text{ml/min}$).

◆ Uricosúrics monoteràpia:

- Hipoexcreció primària o secundària, IR (aclarament creat $>20\text{ ml/min.}$) i litiasi renal
- Gota induïda per diurètics o ciclosporina A.
- Hiperproducció i efectes adversos greus a al·lopurinol.

◆ Tractament combinat:

- Grans masses tofàcies
- Afectació Rx greu
- Ttm monoteràpia insuficient.



CAS 4

- ◆ Home de 68 anys amb antecedents de HTA i AIT de repetició en tractament amb AAS 300mg/d i enalapril 20 mg/d. En AG control es detecta àcid úric de 9mg/dl. A l'interrogatori explica que fa anys havia tingut còlics nefrítics de repetició.

CÒLIC NEFRÍTIC O CRISTALLS AL SEDIMENT

- ◆ Factors patogènics de litiasi úrica: pH urinari àcid, volum orina disminuït i hiperuricúria.
- ◆ Nefropatia i litiasi s'han de tractar sempre.
- ◆ Objectiu: àcid úric < 6mg/dl.
- ◆ Control clínic i analític en 6 mesos.

Tractament litiasi úrica

- ◆ Mesures generals
- ◆ Ingesta abundant líquids
- ◆ Alcalinitzar orina (ph urinari 6,5-7): aigües alcalines, bicarbonat sòdic 3-5gr/d, citrat potàssic o aigua de Vichy.
- ◆ Alopurinol 100-300mg/d
- ◆ Colchicina 0,5mg/d 3-6 mesos

CAS 5

- ◆ Dona de 72 anys que ve a la consulta per primer cop. Entre la medicació habitual hi trobem el Zyloric ® 100mg. Ens diu que havia tingut artritis a vàries articulacions fa uns 40 anys, però ara fa molt temps que està asimptomàtica. En els controls analítics posteriors ens trobem nivells d' àcid úric entre 5-5.3mg/d, repetidament.

Diagnòstic dubtós de gota en ttm hipouricemiant

- ◆ Evaluació clínica completa: motiu del ttm, diagnòstic, EF...
- ◆ Si hi ha dubtes diagnòstics i àcid úric $< 5,5$ mg/dl, suspendre ttm hipouricemiant.

Algoritme diagnòstic i tractament

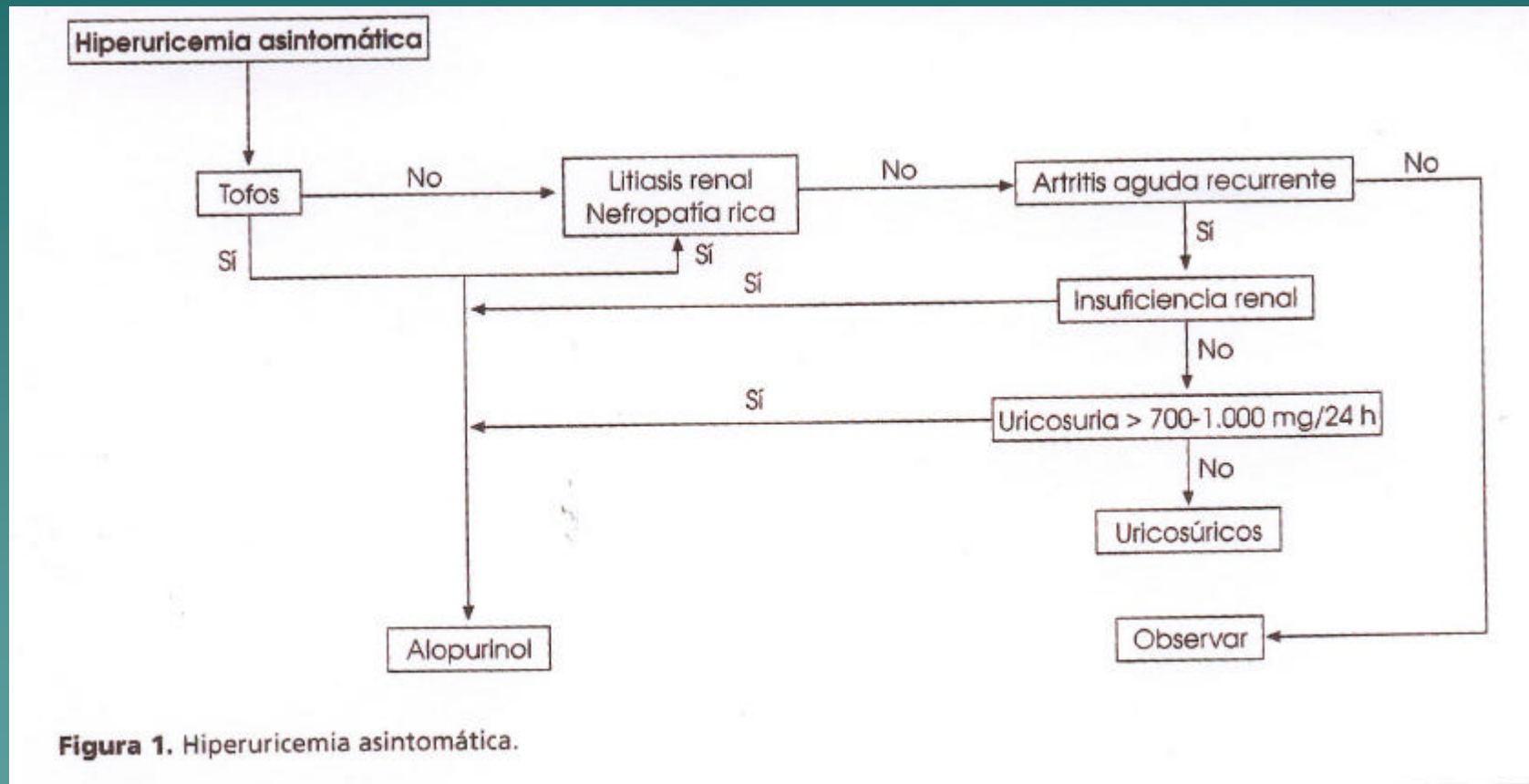


Figura 1. Hiperuricemia asintomática.

Algoritme diagnòstic i tractament

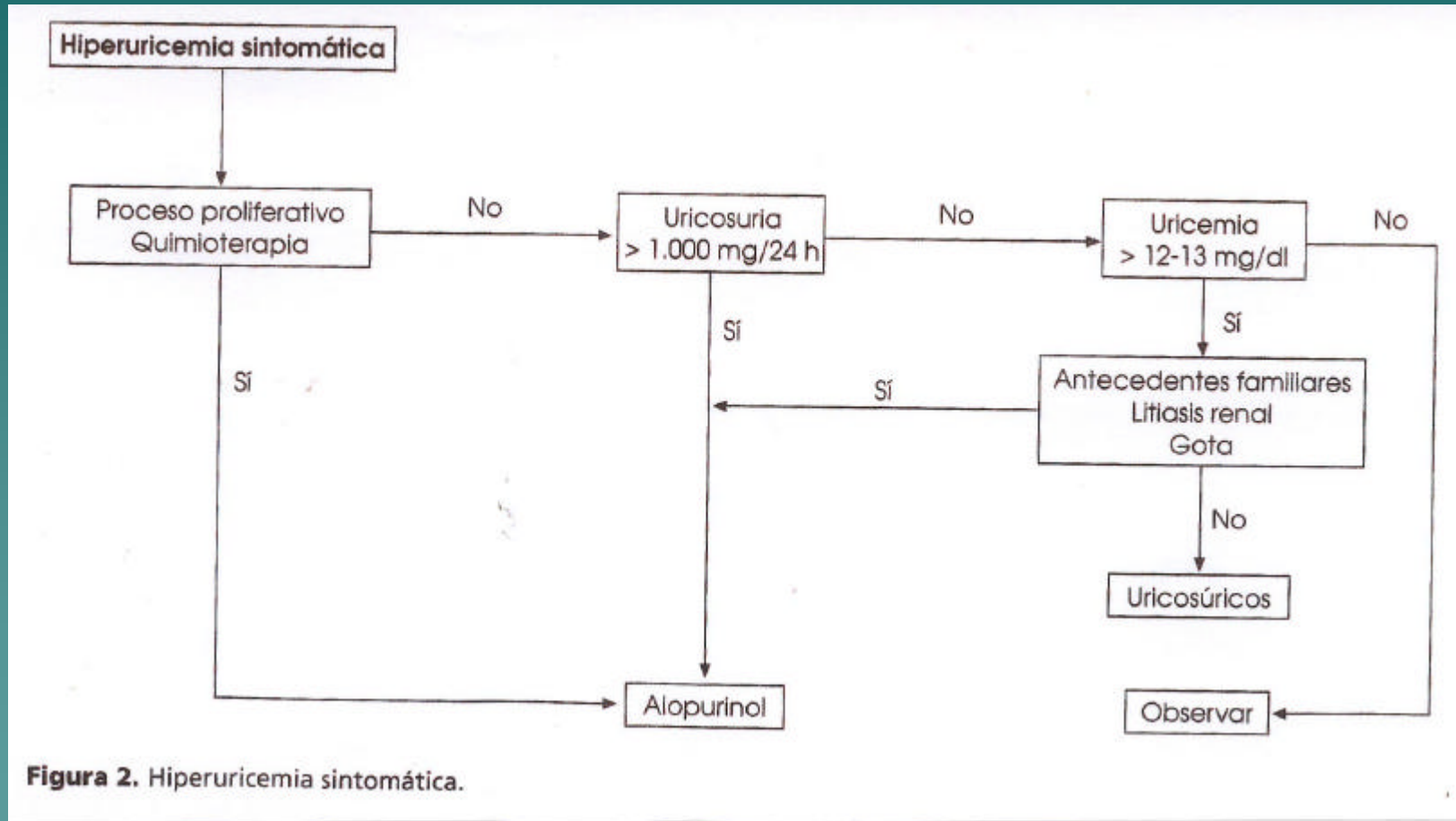


Figura 2. Hiperuricemia sintomática.

Bibliografia

- ◆ Hiperuricèmia i gota. Daniel Carmona i Sala, Begoña López. Butlletí de la scmfic, volum 20 n° 1. Gener 2002.
- ◆ Maneig hiperuricèmia.
- ◆ Guía de actuación en Atención Primaria.