

1. ¿Cuál de los siguientes no es un factor favorecedor de crisis aguda?:

- a) Alcohol.
- b) Fármacos hipouricemiantes.
- c) Hiperuricemia mantenida.
- d) Ayuno.
- e) Tiazidas.

Respuesta correcta: c). Los cambios bruscos en las cifras de ácido úrico pueden condicionar un ataque agudo. Sin embargo, la hiperuricemia es un factor necesario, pero no suficiente, para desarrollar gota.

2. ¿Cuál de las siguientes presentaciones corresponde a un episodio agudo típico de gota?:

- a) Mujer de 25 años que acude por dolor en la rodilla de 3 días de evolución. Presenta ligero derrame articular y dolor a nivel de la rótula.
- b) Varón de 78 años con dolor, aumento de volumen articular y eritema en ambas rodillas y primer dedo del pie izquierdo.
- c) Varón de 45 años que acude a primera hora de la mañana sin cita por dolor intenso en la rodilla izquierda que le impide la deambulación, aumento de volumen y eritema que inició por la noche.
- d) Mujer de 55 años con dolor en primer dedo del pie derecho de 2 semanas de evolución, de carácter mecánico, que no controla con ibuprofeno.
- e) Varón de 43 años, obeso, hipertenso y fumador, que acude por dolor e inflamación de inicio rápido, con impotencia funcional asociada a tiritona y escalofríos.

Respuesta correcta: c). La presentación típica de la gota es la monoartritis aguda de inicio en 12-24 horas y habitualmente iniciada por la noche. Aunque la articulación característica es la primera metatarsofalángica, es habitual que se afecten también el tobillo, la rodilla y el tarso. Las presentaciones oligoarticulares son posibles, aunque menos habituales.

3. ¿Cuál de los siguientes es un criterio de diagnóstico clínico de gota?:

- a) Hiperuricemia mayor de 6 mg/dl en varones.
- b) Visualización de cristales de urato monosódico en líquido articular.
- c) Visualización de cristales de ácido úrico en biopsia de nódulo

subcutáneo.

d) Eritema.

e) Ataque poliarticular.

Respuesta correcta: d). Los criterios de diagnóstico clínico de gota son: más de un ataque de artritis aguda, ataque mono u oligoarticular, progresión rápida del dolor o inflamación < 24 horas, podagra, eritema, tarsitis unilateral, tofo probable e hiperuricemia (> 7 mg/dl en varones, 6 mg/dl en mujeres). La visualización de cristales es el gold standard diagnóstico, sin embargo, no es un criterio clínico.

4. ¿Cuál es el signo ecográfico más característico de la gota?:

a) Anisotropía tendinosa.

b) Signo del doble contorno.

c) Punteado hiperecoico en líquido sinovial.

d) Erosiones de, al menos, 5 mm.

e) Imagen hiperecoica con sombra posterior.

Respuesta correcta: b). El signo del doble contorno es característico, planteándose la posibilidad de que aparezca en la gota únicamente y que tenga utilidad en el seguimiento.

5. ¿Cuál es la comorbilidad cardiovascular más frecuente en gota?:

a) Insuficiencia cardíaca.

b) Cardiopatía isquémica.

c) Hipertensión arterial.

d) Accidente cerebrovascular.

e) Arritmias cardíacas.

Respuesta correcta: c). Con diferencia, la hipertensión arterial es la patología cardiovascular que más a menudo se asocia a la gota, apareciendo hasta en dos de cada tres enfermos; el resto de las enfermedades cardiovasculares, aunque también relevantes y frecuentes en los gotosos, no suelen superar el 20 %.

6. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la relación entre enfermedad renal crónica (ERC) y gota es la correcta?:

- a) El porcentaje de enfermos con gota que además tienen ERC rara vez supera el 25 %.
- b) El aclaramiento renal en pacientes con gota y ERC influye en la dosis permitida de AINE, pero no en la de colchicina.
- c) Podemos emplear con igual seguridad alopurinol o febuxostat en pacientes gotosos con ERC.
- d) Es sabido por registros que, aproximadamente, el 25 % de enfermos renales crónicos desarrolla gota en algún momento de la evolución de su nefropatía.
- e) El uso de corticoides parenterales o intraarticulares para el tratamiento de la inflamación articular gotosa no está recomendado en nefrópatas.

Respuesta correcta: d). Esto es cierto, el resto de afirmaciones no son correctas: entre uno y dos tercios de gotosos pueden tener filtrado renal alterado; el aclaramiento renal en nefrópatas sí condiciona la dosis permitida de colchicina; febuxostat posee más seguridad que alopurinol en pacientes con gota y ERC debido a su farmacocinética, y el uso de corticoides parenterales o intraarticulares es seguro y eficaz en el tratamiento de la artritis gotosa.

7. Acerca del manejo del riesgo digestivo en pacientes con gota, ¿cuál de las siguientes frases es cierta?:

- a) Para controlar la inflamación de la artritis gotosa en pacientes con antecedentes de úlcera gástrica podemos optar mejor por colchicina que por un AINE.
- b) El único tratamiento reductor de uricemia (TRU) que requiere control temprano de perfil hepático en analítica de sangre es la benzbromarona, debido a su alto riesgo de hepatotoxicidad.
- c) Los COXIB a corto plazo representan una alternativa más segura que los AINE para el tratamiento de la artritis aguda gotosa del paciente con riesgo digestivo medio/alto, con eficacia igual o superior a la de estos.
- d) Los corticoides intraarticulares deben evitarse a toda costa en pacientes con antecedente de úlcera gástrica.
- e) Alopurinol y febuxostat no requieren ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia hepática moderada.

Respuesta correcta: c). La colchicina aparece contraindicada en la ficha técnica si existe antecedente de úlcera digestiva; tras la introducción de cualquier TRU; es recomendable no demorar un control analítico para descartar alteraciones hepáticas relevantes; los corticoides intraarticulares

son seguros y eficaces en pacientes con antecedente de úlcera, y se aconseja reducción o adecuación de dosis tanto para alopurinol como para febuxostat en hepatópatas.

8. De los siguientes grupos de alimentos, ¿cuál de ellos no recomendaría a un paciente con antecedentes de hiperuricemia y gota que comiera a diario?:

- a) Pescados azules.
- b) Lácteos desnatados.
- c) Café y té.
- d) Todo tipo de frutas.
- e) Legumbres.

Respuesta correcta: a). Las recomendaciones dietéticas sugeridas no obedecen tanto a reducir el consumo de alimentos ricos en purinas, sino también a adoptar medidas de lucha contra el síndrome metabólico: aumentar la sensibilidad a la insulina, disminuir los triglicéridos, mejorar la tensión arterial y disminuir el riesgo cardiovascular, en definitiva. Se recomienda consumir todos los días cereales integrales, proteínas de origen vegetal, verduras, frutas (2-3 raciones/día), legumbres y frutos secos (1-3 raciones/día), productos lácteos desnatados (1-2 raciones/día). Se recomiendan ocasionalmente bebidas con fructosa, azúcares refinados, carnes rojas, alcohol y, con moderación, pescados azules, pollo y huevos.

9. Con respecto a las medidas no farmacológicas en el tratamiento de la gota, señale la respuesta que le parece correcta:

- a) El consumo moderado de vino está totalmente contraindicado.
- b) Perder peso en exceso incrementa el número de crisis gotosas.
- c) El tabaco disminuye claramente los niveles de urato sérico.
- d) El ejercicio físico puede disminuir el número de crisis de gota.
- e) El consumo de alcohol afecta más a hombres que a mujeres.

Respuesta correcta: d). Se recomienda evitar el consumo excesivo de cualquier tipo de alcohol. No está contraindicado el consumo de pequeñas cantidades de vino. El consumo excesivo de alcohol incrementa 2,5 veces el riesgo de padecer gota. Este riesgo es mayor en mujeres que en hombres. Respecto al tabaco, la recomendación de no fumar no es tanto por su efecto sobre los niveles de ácido úrico, sino por la importancia de este como factor de riesgo cardiovascular y su relación con el consumo de alcohol. Existe evidencia científica de que perder peso disminuye los niveles de urato sérico.

y el número de crisis gotosas. El sobrepeso y la obesidad incrementan entre 3 y 9 veces las posibilidades de padecer hiperuricemia y gota. El ejercicio físico regular ha demostrado que disminuye el número de crisis en el paciente con gota, aunque no disminuye claramente los niveles de urato sérico.

10. ¿Cuál de las siguientes medidas disminuye más los niveles de ácido úrico?:

- a) Ejercicio físico diario.
- b) Perder 7 kg de peso.
- c) Dieta rica en carnes rojas.
- d) Dieta rica en mariscos.
- e) Abstención de alcohol.

Respuesta correcta: e). En cuanto al ejercicio físico, está por demostrar si su práctica tiene alguna incidencia sobre la uricemia. Sí parece claro que el ejercicio físico disminuye el número de crisis de gota, además de los innegables efectos sobre el riesgo cardiovascular. Existen estudios que demuestran disminuciones leves de ácido úrico (en torno a 0,006 mg/dl de reducción de uricemia por cada kilómetro semanal). En el estudio MRFIT, la disminución asociada de ácido úrico en relación con la pérdida de peso fue de 0,31 mg/dl para pérdidas de peso entre 5 y 10 kg. En la encuesta nacional de salud y nutrición de Estados Unidos, el riesgo de padecer gota en pacientes con dietas ricas en carnes rojas fue de 1,41 y con dietas ricas en mariscos de 1,51. En comparación con no bebedores, el riesgo de gota es de 2,53 para bebedores de más de 50 gramos de alcohol al día y de 1,96 para bebedores de entre 30 y 50 gramos de alcohol al día.

11. Todos los siguientes aspectos deben tenerse en cuenta al tratar un episodio agudo de gota, excepto:

- a) El tratamiento farmacológico debe instaurarse lo más precozmente posible.
- b) Es prioritario determinar la uricemia para llegar al diagnóstico de la crisis.
- c) Las medidas no farmacológicas no son suficientes para aliviar el dolor.
- d) Debemos valorar las posibles interacciones con otros fármacos que tome el paciente.
- e) Las comorbilidades condicionan la elección del tratamiento farmacológico.

Respuesta correcta: b). Durante un ataque agudo de gota no se recomienda la determinación de uricemia para valorar el diagnóstico o la eficacia del tratamiento, ya que pueden mantenerse cifras normales de ácido úrico durante el ataque de gota. Sí pueden determinarse los reactantes de fase aguda, la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR). Los episodios agudos de gota deben ser tratados de la forma más precoz posible (en las primeras 12-24 horas de inicio del episodio agudo). Las medidas no farmacológicas, reposo de la articulación y aplicación de hielo local, aunque pueden aliviar algo el dolor, suelen ser insuficientes para tratar los episodios agudos de gota. Debemos valorar las posibles interacciones con otros fármacos que tome el paciente, seleccionando el fármaco adecuado para cada caso, así como las comorbilidades que presente el paciente, ya que estas van a condicionar claramente el tratamiento farmacológico a instaurar.

12. En el tratamiento del episodio agudo de gota se utilizan los AINE como primera opción, siempre que lo permitan las comorbilidades. Señale la respuesta incorrecta:

- a) Todos los AINE son igual de eficaces, incluidos los COXIB.
- b) Cuanto antes se inicie el tratamiento con AINE, mayor eficacia.
- c) Naproxeno es el AINE con mejor perfil de riesgo cardiovascular.
- d) Los AINE se utilizan a la menor dosis posible el menor tiempo preciso.
- e) El riesgo de presentar toxicidad gastrointestinal es dosis-dependiente.

Respuesta correcta: d). En contra de lo que dictan las normas generales de utilización de AINE, que indican su uso a la menor dosis posible durante el menor tiempo preciso, en la gota la recomendación es utilizarlos a la mayor dosis permitida durante el tiempo preciso para mejorar el dolor, pudiendo reducir la dosis inicial pasados 2-3 días de inicio del episodio. La toxicidad gastrointestinal de los AINE es uno de los principales limitantes a la hora de elegir cuál pautar, por lo que deberíamos realizar un cálculo del riesgo gastrointestinal (RGI) previamente. La toxicidad es dosis-dependiente y no deben utilizarse dos AINE a la vez. No existen estudios que demuestren diferencias de eficacia en cuanto al AINE utilizado; el determinante más importante en la eficacia del tratamiento con los AINE no está en función de cuál es el utilizado, sino en la rapidez de instauración del tratamiento: cuanto antes se inicia el tratamiento, mayor eficacia.

13. Señale la respuesta correcta en relación con el tratamiento del episodio agudo de gota:

- a) La colchicina es más eficaz a dosis altas que bajas.
- b) La ACTH es tan eficaz como los corticoides orales.
- c) Los corticoides son tan eficaces como los AINE.
- d) Anakinra solo se utiliza en contraindicación a AINE.
- e) Los corticoides intraarticulares están desaconsejados.

Respuesta correcta: c). La eficacia de los corticoides sistémicos es similar a la de los AINE. Los corticoides deben considerarse tratamiento de primera línea en pacientes sin contraindicaciones, porque, en general, son más seguros y de bajo coste. Según los estudios disponibles, los corticoides intraarticulares son eficaces, sin provocar importantes efectos secundarios sistémicos. Se recomiendan tras realizar una confirmación diagnóstica, es decir, tras visualización de cristales de ácido úrico, incluso en el mismo acto, artrocentesis e infiltración con corticoides. Clásicamente, la colchicina ha sido utilizada a dosis altas para el tratamiento de las crisis de gota aguda con una frecuente intolerancia por toxicidad digestiva. A dosis bajas y utilizada de forma precoz (en las primeras 12 horas de inicio del episodio agudo de gota) puede ser eficaz. Anakinra puede ser de utilidad en el tratamiento de los episodios agudos cuando los AINE, la colchicina y los corticoides están contraindicados. Los efectos secundarios de ACTH son similares a los de los corticoides; en cuanto a eficacia, parece ser menos eficaz que los corticoides, con mayor frecuencia de recidivas.

14. Varón de 68 años de edad, que presenta antecedentes de fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulantes orales, diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento con antidiabéticos orales y enfermedad renal crónica con filtrado glomerular de 45 ml/min mantenido en los últimos 3 meses y que presenta un episodio agudo de podagra. ¿Qué tratamiento pautaría?:

- a) Naproxeno 500 mg/12 horas.
- b) Prednisona 40 mg/24 horas.
- c) Colchicina 1,5 mg inicialmente.
- d) Triamcinolona 40 mg intramuscular.
- e) Canakinumab 150 mg subcutáneo.

Respuesta correcta: b). Paciente con riesgo cardiovascular alto (diabetes y edad), nefropatía de estadio III. No debemos pautar AINE, ni colchicina a dosis altas (las dosis de colchicina en caso de insuficiencia renal moderada deben limitarse a 0,5 mg al día). Al ser una única articulación afectada (podagra), pueden utilizarse corticoides intraarticulares, pero a dosis bajas, por tratarse de una articulación pequeña (10 mg de acetónido de

triamcinolona). El canakinumab solamente está indicado si la colchicina, los corticoides y los AINE están contraindicados. La prednisona es segura y eficaz, está indicada en casos de nefropatía, aunque puede descompensar la diabetes; la dosis utilizada es de 0,5 mg por kilo de peso del paciente.

15. Acerca de los IXO, ¿qué aseveración es correcta?:

- a) Alopurinol y febuxostat tienen la misma potencia reductora de uricemia.
- b) Febuxostat puede emplearse con seguridad en pacientes con cardiopatía isquémica.
- c) En ERC moderada no es necesario ajustar la dosis de febuxostat.
- d) En población anciana debe ajustarse la dosis de febuxostat.
- e) Alopurinol tiene mayor afinidad que febuxostat por la XO.

Respuesta correcta: c). Febuxostat no requiere ajuste de dosis en ERC leve/moderada ni en ancianos, pero no está indicado en pacientes con cardiopatía isquémica; tiene mayor afinidad que alopurinol por la XO y mayor potencia reductora de uricemia.

16. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de los uricosúricos es falsa?:

- a) Benzbromarona y lesinurad inhiben URAT1.
- b) Probenecid y sulfinpirazona son uricosúricos no comercializados en España.
- c) Probenecid es un TRU muy potente, pero puede producir nefrolitiasis.
- d) Lesinurad tiene aprobación en la Unión Europea para emplearse en combinación con inhibidores de la xantina oxidasa en pacientes con gota.
- e) Los efectos adversos más frecuentes de la benzbromarona son digestivos, como la hepatotoxicidad severa.

Respuesta correcta: e). Aunque sí es cierto que se han comunicado casos de toxicidad severa hepática con el uso de benzbromarona, no es un efecto adverso frecuente; el resto de las afirmaciones son ciertas.

17. Una de las siguientes afirmaciones sobre lesinurad es verdadera:

- a) Las interacciones medicamentosas con lesinurad son similares en frecuencia a las observadas con benzbromarona, pues ambos inhiben OAT3.
- b) La suma de un IXO, como alopurinol o febuxostat, no aporta una reducción significativa de uricemia en pacientes con gota tratados con



lesinurad.

c) Los ensayos clínicos disponibles ponen de manifiesto que las elevaciones de creatinina sérica durante el tratamiento con lesinurad en pacientes con gota son reversibles, aunque muy significativas y frecuentes.

d) El único tratamiento reductor de uricemia (TRU) que requiere control temprano de perfil hepático en analítica de sangre es la benzbromarona, debido a su alto riesgo de hepatotoxicidad.

e) Aunque también actúa sobre OAT4, su efecto bloqueador de la reabsorción tubular de urato la ejerce a través de la inhibición selectiva de URAT1.

Respuesta correcta: e). Esto es cierto, tiene menos interacciones que benzbromarona porque no actúa sobre OAT3; si se asocia a un IXO, logra grandes reducciones de uricemia; las ocasionales elevaciones de creatinina sérica que puede producir suelen ser reversibles y no muy significativas, pero, como con todo el resto de uricosúricos y TRU, conviene realizar un control analítico temprano tras su introducción que incluya perfil hepatorrenal que descarte toxicidad.

18. En cuanto a las recomendaciones T2T en gota, ¿cuál es incorrecta?:

a) El objetivo de uricemia es  $< 6$  mg/dl.

b) Se deben evaluar comorbilidades y función renal antes de iniciar el TRU, y luego periódicamente durante el seguimiento.

c) El enfermo de gota tiene que recibir información y educación sobre su enfermedad.

d) En gota tofácea, la profilaxis con colchicina para evitar ataques de gota es de 6 meses.

e) En gota con tofos habremos de perseguir una uricemia más exigente ( $< 5$  mg/dl).

Respuesta correcta: d). La profilaxis dura 6 meses en gota convencional, pero sube a 12 meses en gota tofácea por mayor posibilidad de ataques durante más tiempo cuanto mayor es el depósito de UMS; el resto de las afirmaciones son verdaderas.

19. ¿Cuál de las siguientes respuestas es falsa con respecto a los factores de incumplimiento en la gota?:

a) La edad: cuanto más joven, menor adherencia.

b) Los varones cumplen el tratamiento peor que las mujeres.

- c) Titular la dosis de hipouricemiante mejora el cumplimiento.
- d) Los pacientes con comorbilidades son más cumplidores que los pacientes sanos.
- e) La falta de información sobre la enfermedad es un factor de mal cumplimiento.

Respuesta correcta: b). De los factores de incumplimiento descritos, todos son correctos, a excepción del sexo, ya que no se han encontrado diferencias entre ambos sexos respecto al cumplimiento. Los pacientes jóvenes, sin comorbilidades y con pobre conocimiento de la enfermedad cumplen peor el tratamiento. La titulación de dosis de alopurinol se ha asociado a mejorías en el cumplimiento, probablemente relacionado a un mejor seguimiento y limitación de las crisis agudas al inicio.

20. ¿Cuál de las siguientes medidas mejorará el cumplimiento terapéutico en un paciente joven con hiperuricemia y gota?:

- a) Iniciar tratamiento con alopurinol a dosis de 300 mg día.
- b) Iniciar tratamiento con alopurinol a 100 mg tras aportar información sobre la causa de la enfermedad.
- c) Iniciar tratamiento con alopurinol 100 mg tras mejorar la crisis aguda.
- d) Asociar tratamiento profiláctico al iniciar tratamiento con alopurinol, iniciando un proceso educacional sobre la causa y evolución de la gota.
- e) Explicar al paciente la causa de la enfermedad y la necesidad de tratamiento con alopurinol, con reevaluación analítica en, al menos, 9 meses.

Respuesta correcta: d). Para mejorar la adherencia es necesario mejorar la información y el conocimiento de los pacientes. Iniciar el tratamiento con un ascenso progresivo de la dosis basado en controles analíticos frecuentes y asociando profilaxis para prevenir la mayor frecuencia de crisis al inicio del cuadro mejorará la adherencia.