Gota en el adulto: diagnóstico, tratamiento del brote, hipouricemiante a meta, profilaxis, comorbilidades y situaciones especiales

Pauta principal: guía del American College of Rheumatology (ACR) 2020. Complementos: recomendaciones EULAR 2016 (tratamiento) y EULAR 2018 (diagnóstico), revisión clínica del NEJM 2022, guía NICE NG219 (2022), recomendaciones EULAR 2023 de imagen, guía SANJO 2023 de artritis séptica y fichas técnicas vigentes de la FDA (alopurinol, febuxostat, colchicina, anakinra, canakinumab, pegloticasa, naproxeno, prednisona y azatioprina), que mandan en dosis, ajuste renal, interacciones y contraindicaciones. Evidencia clave: CARES (2018) y FAST (2020), tratar a meta y eventos CV (2026), profilaxis al titular alopurinol (2023), STOP Gout en ERC (2024), MIRROR (2023) e iSGLT2 (2024, 2026). Excluye gota pediátrica y el manejo urológico de la litiasis.

v1.1 · 12 de noviembre de 2026 · Revisión clínica por médico del equipo editorial y verificación independiente contra las fuentes citadas

LO QUE TIENES QUE SABER

- **Punciona si puedes:** los cristales de urato monosódico en líquido sinovial o tofo dan el diagnóstico definitivo [EULAR 2018 2b B]. Doble contorno o tofos en ecografía, o depósito de urato en TCED, con un contexto clínico apropiado, confirman la gota sin líquido [EULAR 2023 1a A].[3,19]
- **Si sospechas artritis séptica, con o sin fiebre, punciona y cultiva:** >50 000 leucocitos/µL la sugiere pero no la confirma, y ni los cristales ni un Gram negativo la excluyen. Antibiótico tras la punción y los hemocultivos, salvo sepsis o choque: entonces, sin demora.[18]
- **El urato no hace el diagnóstico:** la hiperuricemia sola no basta [EULAR 2018 2a B] y cerca del 10 % tiene urato <6 mg/dL durante el brote; repítelo ≥2 semanas después de que ceda el brote.[3,24]
- **Brote: colchicina a dosis baja, AINE o glucocorticoide**, lo que mejor encaje con las comorbilidades [ACR fuerte, alta], y cuanto antes. Colchicina: 1.2 mg y 0.6 mg una hora después, máximo 1.8 mg en esa hora.[1,11]
- **No suspendas el alopurinol ni el febuxostat durante un brote**: trata el brote a la vez.[9,10]
- **Hipouricemiante si hay ≥1 tofo, daño radiográfico o ≥2 brotes al año** [ACR fuerte]. Alopurinol es la primera línea, también en ERC ≥3 [ACR fuerte, moderada]: empieza con 100 mg/d o menos (50 mg/d si TFGe >30–60; menos si ≤30: ver tabla) y sube hasta urato <6 mg/dL [ACR fuerte, alta].[1,9]
- **Profilaxis de 3 a 6 meses al iniciar** [ACR fuerte, moderada], con colchicina 0.6 mg una o dos veces al día, ajustada a la función renal y a las interacciones; titular lento no la sustituye.[1,11,20]
- **Febuxostat es segunda línea** y lleva recuadro de la FDA por mayor muerte cardiovascular en CARES; FAST no la confirmó. En ECV, cambia a otro hipouricemiante si es posible [ACR condicional, moderada].[1,5,6,10]
- **Hiperuricemia asintomática: no la trates con fármacos** [ACR condicional, alta].[1]

1.8 mg
de colchicina en una hora, tomada en las primeras 12 h del brote, fue tan eficaz como 4.8 mg y con tolerancia similar a placebo (ensayo AGREE, citado por EULAR)[2]

≈10 %
de las personas con gota tienen urato sérico <6 mg/dL durante el brote: un urato «normal» no descarta el diagnóstico[3]

24 × 3 años
personas con hiperuricemia asintomática tendrían que tratarse 3 años para evitar un primer brote: por eso la ACR no lo recomienda[1]

Cómo leer las recomendaciones: ACR 2020 (GRADE): fuerza fuerte o condicional y certeza alta, moderada, baja o muy baja: **[ACR fuerte, moderada]**. EULAR 2016 (tratamiento) y EULAR 2018 (diagnóstico), escala de Oxford: categoría de evidencia 1a–4 y grado de recomendación A–D: **[EULAR 1b A]**, **[EULAR 2018 2b B]**. Las fichas técnicas de la FDA y la revisión del NEJM no gradúan: se citan con su número. SANJO 2023 (GRADE): calidad A–D y fuerza 1 (fuerte) o 2 (débil): **[SANJO B2]**. EULAR 2023 de imagen, escala de Oxford: **[EULAR 2023 1a A]**. NICE NG219 no gradúa: «ofrece» indica recomendación firme y «considera», una más débil. **Dato del artículo** señala cifras de estudios, no recomendaciones; se indica si el estudio es un ensayo (desenlace primario o secundario) u observacional (solo asociación). **Siglas:** THU, tratamiento hipouricemiante; UMS, urato monosódico; IXO, inhibidor de la xantina oxidasa; MTF, metatarsofalángica; AINE, antiinflamatorio no esteroideo; GC, glucocorticoide; IA, intraarticular; IM, intramuscular; IV, intravenoso; SC, subcutáneo; VO, vía oral; IBP, inhibidor de la bomba de protones; ERC, enfermedad renal crónica; TFGe, tasa de filtración glomerular estimada (mL/min/1.73 m²); ClCr, depuración de creatinina (mL/min); ECV, enfermedad cardiovascular; IC, insuficiencia cardiaca; iSGLT2, inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; gp-P, glucoproteína P; AZA, azatioprina; 6-MP, mercaptopurina; SHA, síndrome de hipersensibilidad al alopurinol; SSJ/NET, síndrome de Stevens-Johnson / necrólisis epidérmica tóxica; DRESS, reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos; TCED, tomografía computarizada de energía dual; CPPD, enfermedad por depósito de pirofosfato de calcio; HCTZ, hidroclorotiazida; HR, cociente de riesgos; IC95 %, intervalo de confianza del 95 %.

Índice: Algoritmo p. 2–3 **1** Diagnóstico p. 4 **2** Brote p. 6 **3** Cuándo iniciar y meta p. 7 **4** Alopurinol, febuxostat y otros p. 8 **5** Profilaxis p. 10 **6** Comorbilidades y estilo de vida p. 11 **7** Hiperuricemia asintomática p. 13 **8** Situaciones especiales p. 13 **9** Dónde difieren p. 14 **10** Errores y casos p. 15 **11** Consulta rápida p. 17–19 Referencias p. 20

El algoritmo (1/2): sospecha, diagnóstico y brote[1–4,11–14,18,19,24]

Pauta principal: ACR 2020. Dosis, riñón e interacciones: fichas FDA (fuente de cada dosis en la consulta rápida, sección 11). Artritis séptica: SANJO 2023. Imagen: EULAR 2023. Diferencias entre guías: sección 9.

1
¿Es gota?

Monoartritis aguda que sugiere gota

- 1.ª MTF o tobillo; máximo en <24 h; eritema; episodios previos
- **Punciona:** cristales de UMS = diagnóstico definitivo [EULAR 2018 2b B]
- **Sin cristales:** doble contorno o tofos en ecografía, o depósito de urato en TCED, con contexto clínico apropiado, confirman la gota sin líquido [EULAR 2023 1a A]
- Sin punción ni imagen: diagnóstico clínico con rasgos y urato [EULAR 2018 2b B]. **No infiltres GC sin descartar infección**
- **Urato <6 mg/dL en el brote no descarta gota:** repítelo ≥2 semanas después de que ceda (NICE)

Piensa en artritis séptica, con o sin fiebre

- Ningún dato clínico la confirma ni la excluye [SANJO B1]
- **Si la sospechas, punciona cuanto antes** [SANJO B1]: cultivo y Gram, leucocitos con % de PMN y cristales, en ese orden si hay poco líquido [SANJO B2]; hemocultivos si hay fiebre o sepsis [SANJO C2]
- **>50 000 leucocitos/µL aumenta la sospecha de infección, pero no la confirma**; <25 000 no la excluye [SANJO B2]
- **Los cristales y un Gram negativo no excluyen artritis séptica:** solicita cultivo y valora el contexto clínico [SANJO D2, B2]
- **Antibiótico tras la punción y los hemocultivos** [SANJO D1]; **con sepsis o choque séptico, inícialo cuanto antes, sin esperar** [SANJO B1]

2
Brote

Elige una opción según comorbilidades y empieza cuanto antes [ACR fuerte, alta]

OPCIÓN	DOSIS	DURACIÓN DEL ESQUEMA	DOSIS MÁXIMA (FICHA) Y RIÑÓN	NO LA USES SI
Colchicina	1.2 mg y 0.6 mg 1 h después. Día 2 en adelante (ClCr ≥30, sin hepatopatía grave ni inhibidores): 0.6 mg cada 12–24 h	Hasta que ceda	1.8 mg en la 1.ª hora; luego 1.2 mg/d. **ClCr <30: prefiere GC** (si la usas, 1.2 + 0.6 mg una vez, sin repetir en 14 días; diálisis, 0.6 mg única)	Insuficiencia renal o hepática + inhibidor de gp-P o potente de CYP3A4 (claritromicina, ketoconazol, itraconazol, ritonavir, ciclosporina); ya en profilaxis con ERC, hepatopatía o inhibidor de CYP3A4. Con inhibidor, sin ellas: dosis reducida (sección 11)
Naproxeno	750 mg y luego 250 mg cada 8 h. Pauta: 1250 mg el día 1, luego 750 mg/d	Hasta que ceda	ClCr <30: no	IC grave, úlcera o sangrado, anticoagulación, asma por AAS, revascularización coronaria
Prednisona	30–35 mg/d VO (o 0.5 mg/kg/d)	5 días (0.5 mg/kg/d: descenso en 7–10 d)	Sin tope en ficha para gota. Sin ajuste renal	Infección activa. Diabetes mal controlada: prefiere GC IA; glucemia capilar diaria
GC IA	Sin dosis en las fuentes	Infiltración única	Sin ajuste renal	Infección no descartada; articulación no accesible
GC IV o IM	Sin VO: IV, prednisona equiv. 0.5 mg/kg/d; IM: sin dosis en las fuentes	Descenso en 7–10 días	Sin ajuste renal	Infección activa
Anakinra	100 mg SC cada 24 h	3 días (series, EULAR)	Sin pauta para gota en ficha. ClCr <30: cada 48 h	Infección activa. Solo si lo demás falla o no es opción

- **No suspendas el alopurinol ni el febuxostat.** Hielo local [ACR condicional, baja]. Brotes repetidos: plan de autotratamiento. Canakinumab: sección 2

El algoritmo (2/2): hipouricemiante, profilaxis y seguimiento[1,2,4,9–11,15,17,20,21,24]

3 ¿THU?

Indícalo [ACR fuerte]
- ≥1 tofo, daño radiográfico por gota o ≥2 brotes al año

Considéralo [ACR condicional]
- >1 brote previo pero <2 al año
- Primer brote con ERC ≥3, urato >9 mg/dL o litiasis

No lo indiques [ACR condicional]
- Primer brote sin esos factores: decide con el paciente
- Hiperuricemia asintomática (aun con ERC, ECV, litiasis o HTA). No excluye el alopurinol por litiasis cálcica recurrente con hiperuricosuria (ficha)
- **Durante un brote:** puede iniciarse ya [ACR condicional, moderada]

4 Inicio

Alopurinol, primera línea, también en ERC ≥3 [ACR fuerte, moderada] + profilaxis 3–6 meses [ACR fuerte, moderada]

TFGE	ALOPURINOL INICIAL	SUBIDA	PROFILAXIS: COLCHICINA (ClCr)
>60	100 mg/d	+100 mg cada 2–4 semanas	0.6 mg cada 12–24 h
>30–60	50 mg/d	+50 mg cada 2–4 semanas	ClCr ≥30: 0.6 mg cada 12–24 h; vigila toxicidad
>15–30 (incluye 30)	50 mg en días alternos	+50 mg cada 2–4 semanas	ClCr <30: 0.3 mg/d al inicio
5–15 · <5	50 mg 2 veces/sem · 1 vez/sem	+50 mg cada 2–4 semanas	Diálisis: 0.3 mg dos veces por semana

Alopurinol por TFGe; colchicina por ClCr (Cockcroft-Gault).

COLCHICINA PROFILÁCTICA CON INHIBIDOR (FICHA)	SI LA DOSIS PREVISTA ERA 0.6 MG CADA 12 H	SI ERA 0.6 MG AL DÍA
Potente de CYP3A4 o de gp-P	0.3 mg al día	0.3 mg en días alternos
Moderado de CYP3A4	0.3 mg cada 12 h o 0.6 mg al día	0.3 mg al día
Contraindicada: insuficiencia renal o hepática + inhibidor de gp-P o potente de CYP3A4		

- **Máximo:** alopurinol 800 mg/d; colchicina profiláctica 1.2 mg/d. **Titular lento no sustituye la profilaxis**
- **Suspende el alopurinol para siempre ante el primer exantema**; riesgo de SSJ/NET/DRESS sobre todo en los primeros meses
- **HLA-B*58:01 antes de iniciar** si la ascendencia es del sudeste asiático o afroamericana [ACR condicional, muy baja]
- **AZA o 6-MP:** febuxostat **contraindicado**. Alopurinol: evítalo; si es indispensable, AZA a ≈1/3–1/4 de su dosis (6-MP según su ficha), con supervisión especializada y hematológica
- Diuresis ≥2 L/d (ficha): individualízala en IC, oliguria o restricción hídrica

5 Meta

Urato <6 mg/dL [ACR fuerte, alta]
- Mide el urato antes de cada ajuste y sube hasta la meta [ACR fuerte, moderada]
- Continúa el hipouricemiante de forma indefinida [ACR condicional, muy baja]
- Si los brotes persisten al terminar la profilaxis, prolóngala

Sin meta con alopurinol a dosis máxima tolerada
- **Febuxostat** 40 mg/d; 80 mg/d si urato ≥6 mg/dL a las 2 semanas. Máximo 80 mg/d; ClCr 15–29: 40 mg/d
- **Febuxostat:** contraindicado con AZA o 6-MP. En ECV establecida, solo si no hay alternativa (recuadro FDA)
- Tofos o ≥2 brotes al año sin meta con todo lo anterior: reumatología (pegloticasa; no en déficit de G6PD) [ACR fuerte, moderada]

6 Seguimiento

- **Titulación:** urato antes de cada ajuste; en ERC, función renal al inicio y vigilancia, sobre todo con diuréticos
- **Urato normal en el brote y sospecha persistente:** repítelo ≥2 semanas después de que ceda (NICE)
- **En meta y con tratamiento estable:** considera urato anual (NICE), y además ante cambios clínicos o de fármacos
- Brote en tratamiento: trátalo y no suspendas el hipouricemiante; revisa adherencia y dosis

1 Diagnóstico[1–4,18,19,24]

La gota es la artritis inflamatoria más frecuente; la EULAR pide considerarla ante **cualquier artritis aguda en el adulto** [EULAR 2018 2b B]. En la revisión del NEJM, cerca del 15 % llega a enfermedad avanzada, con tofos, inflamación persistente y erosiones.[3,4]

CUÁNDO SOSPECHAR

RASGOS SUGESTIVOS (EULAR 2018)

- Monoartritis del pie, sobre todo la **primera MTF**, o del tobillo
- Episodios previos similares que se resolvieron solos
- Inicio rápido: dolor e inflamación máximos en **<24 h**
- Eritema; no tolera el roce ni apoyar
- Sexo masculino, ECV asociada e hiperuricemia
- Tofos: superficie extensora del codo u otras zonas

Muy sugestivos, pero no específicos **[EULAR 2018 2b B]**.[3,4]

FACTORES DE RIESGO Y COMORBILIDAD QUE DEBES BUSCAR

- **Hiperuricemia:** ERC, sobrepeso, diuréticos, aspirina a dosis baja, ciclosporina, tacrolimus, exceso de alcohol (sobre todo cerveza y destilados), refrescos azucarados, carne y mariscos **[EULAR 2018 1a A]**
- **Comorbilidad:** obesidad, ERC, HTA, cardiopatía isquémica, IC, diabetes y dislipidemia **[EULAR 2018 1a A]**
- **TFGe al diagnóstico** y en el seguimiento: cambia la elección y la dosis de casi todos los fármacos (principio general EULAR 2016)

Las mujeres con gota tienen más a menudo HTA, ERC y afección atípica, lo que retrasa el diagnóstico.[2–4]

ARTROCENTESIS: EL ESTÁNDAR

- **Busca cristales en líquido sinovial o en aspirado de tofo en toda sospecha de gota** [EULAR 2018 2b B], y en **toda artritis inflamatoria sin diagnóstico** [EULAR 2018 3 C].[3]
- Cristales aciculares de UMS con **birrefringencia negativa** en microscopia de luz polarizada: especificidad del 100 % en un cuadro compatible.[4]
- La punción sirve también para descartar lo que imita o acompaña a la gota: **artritis séptica** y CPPD (cristales romboidales con birrefringencia débil positiva).[4] La EULAR 2023 insiste en intentarla siempre que sea factible, sobre todo para descartar infección, aunque haya evidencia previa de gota (p. ej., TCED positiva e hiperuricemia).[19]
- El THU, al disolver cristales, puede bajar la sensibilidad del hallazgo.[3]

DIAGNÓSTICO CLÍNICO CUANDO NO SE PUEDE PUNCIONAR

Si el análisis del líquido no es factible y no hay imagen característica (abajo), la EULAR acepta el diagnóstico clínico con los rasgos sugestivos y el urato sérico [EULAR 2018 2b B]. Los algoritmos clínicos publicados alcanzan sensibilidad y especificidad >80 %, pero la mayoría son **criterios de clasificación** (p. ej., ACR/EULAR 2015), no de diagnóstico individual; la regla de Janssens sí se diseñó para la consulta. Ninguno sustituye a los cristales.[3]

EL URATO SÉRICO: ÚTIL, PERO NO DECIDE

- **No diagnostiques gota solo por hiperuricemia** [EULAR 2018 2a B]: su especificidad frente a cristales es del 53–61 %.[3]
- Cerca del **10 %** tiene urato <6 mg/dL durante el brote.[3] Si sale <6 mg/dL y la sospecha persiste, **repítelo al menos 2 semanas después de que ceda el brote** (NICE, rec. 1.1.7).[24]
- Urato persistentemente normal en mediciones seriadas, sin THU: sugiere otro diagnóstico.[4]
- Muchos laboratorios usan rangos poblacionales: valores por encima del punto de saturación (≈6.8 mg/dL) pueden aparecer como «normales».[4]

IMAGEN: CUÁNDO Y CUÁL

- **Indicada si el diagnóstico clínico es incierto y no hay cristales**, para buscar depósito de UMS y diagnósticos alternativos [EULAR 2018 1b A].[3]
- **EULAR 2023:** ecografía y TCED son las técnicas recomendadas para diagnosticar gota [EULAR 2023 1a A]; si muestran depósito característico de UMS (doble contorno o tofos en ecografía, o depósito en TCED), **no hace falta líquido sinovial para confirmar la gota** [EULAR 2023 1a A], interpretado en un contexto clínico apropiado. No son del todo específicas (doble contorno también en CPPD e hiperuricemia asintomática) y **no sustituyen la artrocentesis si sospechas infección**.[19]
- **Radiografía:** poco útil en el brote; las erosiones con borde sobresaliente y margen esclerótico son tardías [EULAR 2018 1b A].[3,4]
- **Ecografía:** signo del **doble contorno** sobre el cartílago, muy específico de depósito de urato, y tofos no palpables [EULAR 2018 1b A].[3]
- **TCED:** distingue y cuantifica el UMS; menos sensible en gota temprana o sin tofos.[3,4]

DATO DEL ARTÍCULO

Rendimiento frente a cristales (EULAR 2018): doble contorno en ecografía, sensibilidad 0.83 y especificidad 0.76 en metaanálisis; en un estudio multicéntrico, 0.50 y 0.92 con <2 años de enfermedad y 0.63 y 0.91 con ≥2 años. TCED: 0.87 y 0.84 en metaanálisis, con estudios que incluyen sobre todo gota avanzada. Radiografía: erosiones con sensibilidad 0.12 y especificidad 0.96 tras 4 años de evolución. Ambas técnicas exigen experiencia.[3,4]

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CLAVE

IMITA O COEXISTE	LO QUE ORIENTA A OTRA CAUSA
Artritis séptica	Sospéchala en toda articulación dolorosa o inflamada, **con o sin fiebre**: ningún dato clínico la confirma ni la excluye [SANJO B1]. Orientan: prótesis articular, infección a distancia (bacteriemia, endocarditis), escalofríos.[4,18] >50 000 leucocitos/µL la sugiere pero no basta para el diagnóstico; <25 000 baja la probabilidad sin excluirla [SANJO B2]; esos cortes pueden no aplicar en inmunosuprimidos [SANJO D2]. Gota y CPPD también elevan los leucocitos, y **los cristales no la excluyen** [SANJO D2]; el Gram es muy específico pero poco sensible [SANJO B2]. **Cultiva siempre y no infiltres GC hasta descartarla.**[18]
CPPD (pseudogota)	Cristales romboidales con birrefringencia débil positiva; condrocalcinosis en la radiografía; hiperparatiroidismo, hipotiroidismo, hemocromatosis, hipomagnesemia.[4]
Celulitis	Eritema cutáneo lejos de la articulación.[4]
Traumatismo	Antecedente de lesión; imagen con fractura (p. ej., por estrés).[4]
Osteoartrosis	Inicio insidioso, curso crónico, poca inflamación, líquido no inflamatorio, osteofitos y esclerosis subcondral.[4]
Artritis reumatoide, psoriásica o reactiva	Poliartritis simétrica crónica de manos con factor reumatoide o anti-CCP; psoriasis, onicopatía, sacroilitis; diarrea o infección de transmisión sexual previas.[4]
Osteomielitis (gota tofácea)	VSG o PCR muy elevadas y persistentes; cultivo de hueso o tejido positivo.[4]

SOSPECHA DE ARTRITIS SÉPTICA: QUÉ HACER (SANJO 2023)

- **Punciona cuanto antes** [SANJO B1]. Con poco líquido, prioriza: identificación bacteriana (cultivo ≥1 mL en tubo estéril y Gram), leucocitos con % de PMN y cristales [SANJO B2]. Hemocultivos, al menos 2 juegos, si hay fiebre o sospecha de bacteriemia o sepsis [SANJO C2].
- **Antibiótico empírico después de la punción y los hemocultivos**, para no negativizar el cultivo [SANJO D1]; **con sepsis o choque séptico, inícialo cuanto antes** según el protocolo local de sepsis, sin esperar la punción [SANJO B1]. Puede suspenderse si aparece un diagnóstico alternativo razonable [SANJO D2].
- Confirmada o muy probable: lavado y desbridamiento quirúrgico y manejo con ortopedia e infectología.[18]
- SANJO aplica a articulación nativa; con prótesis, ortopedia y protocolo de infección periprotésica.[18]

2 Tratamiento del brote[1,2,4,9–14,16]

PRINCIPIOS

- **Trata cuanto antes**: la colchicina funciona mejor en las primeras 12 h [EULAR 1b A]. Enseña al paciente informado a **autotratarse con los primeros síntomas** («pastilla en el bolsillo»).[1,2,4]
- **Colchicina, AINE o GC (VO, IA o IM)** como primera línea, por encima de anti-IL-1 o ACTH [ACR fuerte, alta]. La ACR no prioriza entre los tres: decide por comorbilidad, acceso y experiencia previa del paciente.[1]
- **Si eliges colchicina, a dosis baja**, no alta [ACR fuerte, alta].[1]
- **Sin VO:** GC IM, IV o IA, por encima de anti-IL-1 o ACTH [ACR fuerte, alta].[1]
- **Hielo tópico** como adyuvante [ACR condicional, baja].[1]
- **Brote grave o poliarticular:** la EULAR y el NEJM permiten combinar colchicina con un AINE o con un GC.[2,4]
- **No suspendas el THU durante el brote**: las fichas de alopurinol y febuxostat indican mantenerlo.[9,10]

COLCHICINA A DOSIS BAJA (PAUTA FDA, ADOPTADA POR LA ACR)

- **1.2 mg al primer signo del brote y 0.6 mg una hora después**: máximo 1.8 mg en esa hora; dosis mayores no fueron más eficaces.[1,11] La ACR añade mantener antiinflamatorio hasta que el brote ceda, sin fijar dosis; el NEJM da 0.5–0.6 mg una o dos veces al día desde el día 2 por 7–10 días. Esta guía usa **0.6 mg cada 12–24 h** (dosis profiláctica de la ficha, máximo 1.2 mg/d), **solo con ClCr ≥30, sin hepatopatía grave y sin inhibidores de CYP3A4 o gp-P**.[1,4,11]
- **Si ya toma colchicina profiláctica:** 1.2 mg y 0.6 mg una hora después; espera 12 h y reanuda la profilaxis. Si ya recibe profilaxis con colchicina y tiene ERC, hepatopatía o toma un inhibidor de CYP3A4, no uses colchicina para el brote.[11]
- **Riñón:** ClCr 30–80, sin ajuste pero con vigilancia. **ClCr <30: prefiere GC** (la EULAR la evita y el NEJM la contraindica con TFGe <20–30). Si la usas, la ficha permite un solo ciclo de 1.2 + 0.6 mg, sin continuación ni repetir antes de 14 días, y nunca si ya recibe profilaxis; diálisis, 0.6 mg en dosis única, sin repetir antes de 14 días.[2,4,11]
- **Hepatopatía grave:** misma dosis, sin repetir el ciclo antes de 14 días.[11]
- **Tabletas de 0.5 o 1 mg:** la pauta equivalente de la EULAR es 1 mg y 0.5 mg una hora después; en profilaxis, 0.5 mg una o dos veces al día. Las reducciones de la ficha a 0.3 mg no se reproducen con esas tabletas: con ClCr <30 o con inhibidores, prefiere otra opción. Verifica la presentación disponible.[2,11]

COLCHICINA: INTERACCIONES QUE MATAN

- **Contraindicada con ERC o hepatopatía si toma un inhibidor de gp-P o un inhibidor potente de CYP3A4** (claritromicina, ketoconazol, itraconazol, ritonavir y casi todos los inhibidores de proteasa, ciclosporina, ranolazina): hay muertes descritas a dosis terapéuticas.[11]
- **Con función renal y hepática normales**, si el inhibidor es imprescindible (incluido haberlo tomado en los 14 días previos), la ficha reduce la dosis del brote: inhibidor potente de CYP3A4, 0.6 mg y 0.3 mg una hora después; inhibidor de gp-P (ciclosporina, ranolazina), 0.6 mg en dosis única; moderado (diltiazem, verapamilo, fluconazol, eritromicina, jugo de toronja), 1.2 mg en dosis única; en todos los casos, no repitas antes de 3 días.[11] La EULAR no la usa con inhibidores potentes.[2]
- **Miopatía y rabdomiólisis:** más riesgo en ancianos, ERC y con estatinas, fibratos o ciclosporina. Mielosupresión descrita. Sobredosis potencialmente mortal: fuera del alcance de niños.[11]

AINE

- **Naproxeno 750 mg y luego 250 mg cada 8 h hasta que ceda** (ficha FDA para gota aguda): 1250 mg el día 1 y luego 750 mg/d; en el ensayo de la EULAR, 500 mg cada 12 h por 5 días fue equivalente a prednisolona 35 mg/d.[2,13] Añade IBP si procede.[2]
- Un metaanálisis en red sugiere que los derivados del ácido acético (indometacina, diclofenaco) podrían ser algo más eficaces que los propiónicos.[4]
- **Evítalos en:** ClCr <30 (ficha: no recomendado; la EULAR, ERC grave); IC grave; úlcera o sangrado digestivo; anticoagulación; asma, urticaria o reacción alérgica con AAS u otro AINE (contraindicado); perioperatorio de cirugía de revascularización coronaria (contraindicado). Recuadro FDA: riesgo de eventos trombóticos CV y de sangrado digestivo.[2,4,13]
- Más riesgo renal con deshidratación, IC, hepatopatía, diuréticos, IECA o ARA2 y en ancianos.[13]

GLUCOCORTICOIDES

- **Oral:** prednisona o prednisolona **30–35 mg/d por 5 días** **[EULAR 1b A]** (la tabla de la EULAR dice 3–5 días; el texto y los ensayos, 5); dos ensayos la mostraron equivalente a naproxeno e indometacina.[2] Alternativa (NEJM): 0.5 mg/kg/d de equivalente de prednisona con descenso en 7–10 días.[4] La ACR la recomienda sin fijar dosis.[1]
- **Intraarticular:** útil en monoartritis de una articulación accesible, tras descartar infección (sección 1) **[EULAR 3 C]**; no hay ensayos aleatorizados del GC IA en el brote. Las fuentes no fijan dosis IA; si no la tienes clara, usa GC VO o IV (NEJM: 0.5 mg/kg/d con descenso en 7–10 días).[2,4]
- **IM o IV:** de elección si no puede tomar VO **[ACR fuerte, alta]**; los GC parenterales podrían dar el alivio más rápido. IV: equivalente de prednisona 0.5 mg/kg/d con descenso en 7–10 días (NEJM); las fuentes no dan dosis IM: prefiere la vía IV o, en cuanto sea posible, la VO.[1,4]
- **Precauciones:** infección activa; contraindicada en infección fúngica sistémica (ficha). Con diabetes mal controlada, prefiere GC IA u otra opción; en diabetes, glucemia capilar diaria y ajuste de hipoglucemiantes. Vigila la presión arterial.[4,14]

ANTI-IL-1: CUANDO LAS DEMÁS OPCIONES NO SIRVEN

- **ACR:** anti-IL-1 frente a solo analgesia si las otras opciones son ineficaces, mal toleradas o están contraindicadas **[ACR condicional, moderada]**. **EULAR:** en brotes frecuentes con contraindicación a colchicina, AINE y GC **[EULAR 1b A canakinumab; 3 C anakinra]**.[1,2]
- **Anakinra 100 mg SC al día por 3 días** (series de casos citadas por EULAR); la ficha no incluye la gota y, en ClCr <30, indica una dosis cada 48 h (dato de artritis reumatoide).[2,12]
- **Canakinumab 150 mg SC, dosis única**: superior a triamcinolona 40 mg en dolor. Aprobado por la FDA (ficha 2026) y en Europa para brotes en adultos en quienes AINE y colchicina están contraindicados, no se toleran o no responden y no conviene repetir GC; nueva dosis solo tras ≥12 semanas. Tamiza TB; sin vacunas vivas; vigila warfarina y otros sustratos de CYP450 de margen estrecho. La ACR señaló que el comparador era débil y el costo, alto.[1,2,16]
- **Contraindicados con infección activa**: busca infección oculta antes. Tras el brote, ajusta el THU hasta la meta.[2,12,16]

3 Cuándo iniciar el hipouricemiante y meta[1,2,4,7,9,10]

SITUACIÓN (ACR 2020)	CONDUCTA	GRADO
≥1 tofo subcutáneo	**Inicia THU**	**[ACR fuerte, alta]**
Daño radiográfico atribuible a gota (cualquier técnica)	**Inicia THU**	**[ACR fuerte, moderada]**
Brotes frecuentes: ≥2 al año	**Inicia THU**	**[ACR fuerte, alta]**
>1 brote previo, pero <2 al año	Inicia THU	**[ACR condicional, moderada]**
Primer brote	No inicies	**[ACR condicional, moderada]**
Primer brote con ERC ≥3, urato >9 mg/dL o litiasis urinaria	Inicia THU	**[ACR condicional, muy baja]**
Hiperuricemia asintomática (sección 7)	No inicies	**[ACR condicional, alta]**

En el primer brote, la recomendación en contra es condicional: hay pacientes que preferirán empezar, y la decisión es compartida. En un ensayo con ≤2 brotes previos, febuxostat frente a placebo redujo los brotes siguientes (30 % frente a 41 %). La EULAR es más temprana: discutir el THU desde el primer episodio e iniciarlo cerca del diagnóstico si <40 años, urato >8 mg/dL o comorbilidad (ERC, HTA, cardiopatía isquémica, IC) **[EULAR 1b A]**.[1,2]

CÓMO EMPEZAR

- **Alopurinol de primera línea en todos, también en ERC ≥3** [ACR fuerte, moderada].[1]
- **Comenzar bajo e ir subiendo:** alopurinol ≤100 mg/d (menos en ERC ≥3) o febuxostat ≤40 mg/d [ACR fuerte, moderada]; reduce los brotes del inicio y el riesgo de SHA.[1]
- **Durante un brote:** si el THU está indicado, puede iniciarse ya, con el brote tratado [ACR condicional, moderada]; dos ensayos pequeños no mostraron que alargue el brote.[1]
- **Profilaxis antiinflamatoria** desde el inicio (sección 5).[1]
- Pegloticasa como primera línea: **no** [ACR fuerte, moderada].[1]

TRATAR A META

- **Ajusta la dosis según urato seriado**, no dosis fija [ACR fuerte, moderada].[1]
- **Meta <6 mg/dL en todos** [ACR fuerte, alta]; la ACR no fija un umbral menor por falta de ensayos.[1]
- **EULAR:** <5 mg/dL en gota grave (tofos, artropatía crónica, brotes frecuentes) hasta disolver los cristales; no mantener <3 mg/dL a largo plazo [EULAR 3 C].[2]
- Mide el urato tras cada ajuste; titula en semanas a meses, no años.[1]
- **Indefinido:** continúa el THU en lugar de suspenderlo [ACR condicional, muy baja]; en una serie de casos que lo suspendió, solo el 13 % se mantuvo con urato <7 mg/dL y sin brotes a 5 años.[1]
- Programa de apoyo por enfermería o farmacia con educación y protocolo a meta [ACR condicional, moderada].[1]

DATO DEL ARTÍCULO · ENSAYO Y ESTUDIO OBSERVACIONAL

Ensayo (citado por el NEJM): con un protocolo dirigido por enfermería y tratamiento a meta, a 2 años solo el 8 % tuvo >2 brotes al año, frente al 24 % con atención habitual; la adherencia fue del 96 % frente al 56 %.[4] **Cohorte de Cipolletta 2026** (CPRD, Reino Unido; 109 504 pacientes con gota que iniciaron THU; emulación de ensayo diana, **observacional**): alcanzar urato <6 mg/dL en 12 meses (27.3 % lo logró) se **asoció** a menos eventos CV mayores a 5 años (HR ponderado 0.91; IC95 % 0.89–0.92; diferencia absoluta de supervivencia libre de eventos 1.0 %) y, con <5 mg/dL, HR 0.77 (0.72–0.81). Los controles negativos no difirieron, pero el diseño no prueba causalidad: quien llega a la meta puede diferir en adherencia y cuidados. Los ensayos de THU no han mostrado reducción de eventos CV.[7]

4 Alopurinol, febuxostat y otros hipouricemiantes[1,2,4–6,9,10,15,17,22]

ALOPURINOL: PRIMERA LÍNEA

- **Antes de iniciar (ficha):** urato, biometría hemática, química, pruebas hepáticas y función renal.[9]
- **Función renal normal:** 100 mg/d y +100 mg cada 2–4 semanas según urato [EULAR 1b A]; la ficha permite subir cada semana. **Máximo 800 mg/d**.[2,9]
- Con frecuencia se necesitan >300 mg/d: 300 mg no logra la meta en el 30–50 % con función renal normal; 600–800 mg/d la alcanzan en el 75–80 %.[1,2] Dosis >300 mg, divididas. Mejor tolerado tras los alimentos.[9]
- **ERC:** dosis inicial por TFGe (tabla) y +50 mg cada 2–4 semanas; la ficha no define un máximo por TFGe. La ACR permite superar 300 mg/d en ERC si hace falta; la EULAR limita el máximo según el ClCr (sección 9).[1,2,9]
- La ficha pide líquidos para una diuresis ≥2 L/d; **individualízalo en IC, oliguria o restricción hídrica** (interpretación editorial). Si aparece un brote, **sigue tomándolo**.[9]

TFGE	DOSIS INICIAL (FICHA FDA 2024)
>60	Sin ajuste: 100 mg/d
>30–60	50 mg/d
>15–30	50 mg en días alternos
5–15	50 mg dos veces por semana
<5	50 mg una vez por semana

Subida en ERC: +50 mg/d cada 2–4 semanas. Vigila la función renal al inicio; reduce o suspende si empeora de forma persistente.[9]

ALOPURINOL: HIPERSENSIBILIDAD E INTERACCIONES GRAVES

- **SSJ/NET/DRESS en ≈5 de cada 10 000 pacientes**, sobre todo en los primeros meses: **suspéndelo para siempre ante el primer exantema** y pide al paciente que lo haga y consulte.[9] La EULAR cita una incidencia de reacciones cutáneas graves de 0.7 por 1000 pacientes-año y mortalidad del 25–30 %.[2]
- **Más riesgo:** dosis inicial alta, ERC, tiazida con ERC, ampicilina o amoxicilina, bendamustina y portadores de HLA-B*58:01.[1,2,9]
- **AZA o 6-MP:** el alopurinol aumenta su exposición y la mielosupresión; el NEJM lo considera contraindicación. Evítalo si hay alternativa; si es indispensable, la ficha de AZA indica bajarla a **≈1/3–1/4 de su dosis habitual**, con reducción mayor o alternativa si hay déficit de TPMT o NUDT15; 6-MP, según su ficha; **siempre con supervisión especializada y hematológica** (biometría hemática frecuente). **Febuxostat + AZA o 6-MP: contraindicado** (ficha de febuxostat).[4,9,10,15]
- **Otras:** capecitabina (evitar); ciclosporina (sube sus niveles: vigílalos); pegloticasa (no combinar); teofilina con ≥600 mg/d; cumarínicos (vigila el tiempo de protrombina); citotóxicos (más mielosupresión).[9]

HLA-B*58:01: A QUIÉN ESTUDIAR

- **ACR:** prueba antes del alopurinol en ascendencia del **sudeste asiático** (china han, coreana, tailandesa) y en **afroamericanos** [ACR condicional, muy baja]; **no** de forma universal en otros grupos [ACR condicional, muy baja]. Prevalencia del alelo en EUA: 7.4 % en esas poblaciones asiáticas, 3.8 % en afroamericanos y 0.7 % en blancos e hispanos.[1]
- **Ficha FDA:** considerar el estudio en poblaciones de alta prevalencia (ascendencia africana, asiática, nativa de Hawái o de islas del Pacífico); no recomendado en poblaciones de baja prevalencia ni en quien ya lo toma. Positivo: no usar salvo que el beneficio supere claramente el riesgo. Hay reacciones también sin el alelo.[9]
- **En población mexicana** las fuentes no dan una recomendación específica: aplica el criterio de ascendencia y no extrapoles la cifra de hispanos de EUA a un riesgo individual.[1,9]
- **Alergia previa al alopurinol sin otra opción oral:** la ACR sugiere desensibilización [ACR condicional, muy baja], con protocolos poco usados y basados en reacciones cutáneas; la ficha contraindica el alopurinol tras cualquier reacción de hipersensibilidad.[1,9] Solo en casos seleccionados y por especialistas. **Seguridad (alergología):** la desensibilización está contraindicada en forma absoluta tras una reacción cutánea grave por fármacos **(SSJ/NET, DRESS/DIHS, AGEP)**.[25]

FEBUXOSTAT: SEGUNDA LÍNEA

- **Ficha FDA:** solo si la respuesta a alopurinol a dosis máxima titulada es insuficiente, no se tolera o no es aconsejable. **40 mg/d; 80 mg/d si el urato sigue ≥6 mg/dL a las 2 semanas. Máximo 80 mg/d.** ClCr 15–29: máximo 40 mg/d; sin ajuste en ERC leve-moderada; la ficha no da pauta con ClCr <15.[10]
- **Contraindicado con AZA o 6-MP.** Insuficiencia hepática, algunos casos mortales: si hay daño hepático, interrumpe; SSJ, NET y DRESS descritos. No recomendado en hiperuricemia asintomática.[10]
- **Recuadro de la FDA:** en gota con ECV establecida, febuxostat tuvo más muerte CV que alopurinol (la muerte súbita fue la causa más frecuente: 2.7 % frente a 1.8 %).[10]
- **ACR:** si toma febuxostat y tiene ECV o un evento CV nuevo, cambia a otro THU si es posible [ACR condicional, moderada]; los pacientes del panel aceptaban «algo» de riesgo CV a cambio de controlar la gota: decisión compartida.[1]
- La alergia previa a alopurinol no contraindica febuxostat (no se ha demostrado reactividad cruzada), con vigilancia estrecha.[2]

DATO DEL ARTÍCULO · CARES FRENTE A FAST

	POBLACIÓN Y DISEÑO	DESENLACE PRIMARIO (COMPUESTO CV)	MUERTE CV Y POR CUALQUIER CAUSA (SECUNDARIOS)
CARES 2018	6190 con gota y **ECV mayor**; doble ciego; mediana 32 meses; 56.6 % abandonó el fármaco y 45.0 % el seguimiento	10.8 % frente a 10.4 %; HR 1.03 (IC97 % 0.87–1.23): no inferior	Muerte CV 4.3 % frente a 3.2 %; HR 1.34 (1.03–1.73). Cualquier causa 7.8 % frente a 6.4 %; HR 1.22 (1.01–1.47). Sin diferencia en IAM, ictus ni revascularización
FAST 2020	6128 de ≥60 años ya con alopurinol optimizado y ≥1 factor de riesgo CV (33.4 % con ECV previa); abierto; mediana 1467 días; 6.2 % y 5.5 % perdidos	En tratamiento: 1.72 frente a 2.05 por 100 pacientes-año; HR 0.85 (0.70–1.03): no inferior	Por intención de tratar: muerte CV 3.8 % frente a 4.0 %, HR 0.96 (0.74–1.23); cualquier causa 7.2 % frente a 8.6 %, HR 0.84 (0.71–1.01)

La señal de CARES está en desenlaces **secundarios**, con abandono alto y la mayoría de las muertes tras suspender el fármaco; FAST tuvo menos ECV de base, fue abierto y usó hasta 120 mg. El recuadro de la FDA sigue vigente (revisión de diciembre de 2025).[1,4–6,10]

SI NO SE ALCANZA LA META

- Primero confirma adherencia y dosis: el ensayo STOP Gout mostró que alopurinol hasta 800 mg/d no fue inferior a febuxostat hasta 80–120 mg/d (meta a 48 semanas en el 81 % y el 78 %).[4]
- **Con el primer IXO a dosis máxima tolerada o aprobada y sin meta**, o con brotes frecuentes o tofos que no se resuelven: **cambia a otro IXO** en lugar de añadir un uricosúrico **[ACR condicional, muy baja]**.[1]
- **Uricosúricos:** la ACR coincide en que añadirlos a un IXO con respuesta parcial puede mejorar el urato, sin votar indicaciones.[1] **Probenecid:** 500 mg una o dos veces al día con subida gradual **[ACR condicional, moderada]**, máximo 2 g/d.[1,4] **No los uses con litiasis renal ni con ERC moderada-grave**; no midas uricosuria antes de iniciarlos ni alcalinices la orina **[ACR condicional, muy baja]**; aconseja hidratación.[1] Benzbromarona (50–200 mg/d), más potente, se usa en Europa, no con TFGe <30, y no se comercializa en EUA.[2,4]
- **Pegloticasa** (uricasa IV, 8 mg cada 2 semanas): si IXO, uricosúricos y otras medidas fallan y hay **≥2 brotes al año o tofos que no se resuelven** **[ACR fuerte, moderada]**; **no** si los brotes son <2 al año y no hay tofos **[ACR fuerte, moderada]**. Un urato previo a la infusión >6 mg/dL sugiere anticuerpos y pérdida de eficacia; no la combines con otro THU. Manejo por reumatología.[1,2,4,9]

PEGLOTICASA: LO QUE EXIGE LA FICHA FDA (KRYSTEXXA)

- **Contraindicada en déficit de G6PD** (hemólisis y metahemoglobinemia): tamiza antes en población de riesgo (ascendencia africana, mediterránea, de Oriente Medio o del sur de Asia). Contraindicada también tras hipersensibilidad grave previa a pegloticasa.[17]
- **Recuadro:** anafilaxia y reacciones infusionales durante y después de la infusión: premedicación con antihistamínico y GC, en un centro preparado y con vigilancia posterior.[17]
- **Distingue reacción infusional de anafilaxia:** en el ensayo MIRROR (52 semanas), reacciones infusionales en 4.2 % (4/96, incluida 1 anafilaxia) con metotrexato frente a 30.6 % (15/49, ninguna anafilaxia) sin él. Ninguna reacción infusional después de la semana 24.[17,22]
- **Profilaxis de brotes** con AINE o colchicina **desde al menos 1 semana antes y durante al menos 6 meses**, salvo contraindicación o intolerancia.[17]
- **Con metotrexato** 15 mg VO a la semana (más ácido fólico o folínico), iniciado ≥4 semanas antes, salvo contraindicación. Suspende los hipouricemiantes orales antes de iniciarla.[17]
- **Urato antes de cada infusión**: suspéndela si sube >6 mg/dL, sobre todo con dos valores seguidos. Precaución en IC.[17]

5 Profilaxis antiinflamatoria al iniciar[1,2,4,9–11,13,20]

- **Da profilaxis al iniciar el THU** en lugar de no darla **[ACR fuerte, moderada]**, con colchicina, AINE o prednisona según el paciente; **mantenla 3–6 meses** y prolóngala si sigue con brotes **[ACR fuerte, moderada]**. La EULAR recomienda los primeros 6 meses **[EULAR 2b B]**.[1,2]

- Profilaxis <3 meses se asoció a brotes al suspenderla; en ensayos con febuxostat, hasta 6 meses de colchicina 0.6 mg/d o naproxeno 250 mg cada 12 h fue mejor que 8 semanas, sin más eventos adversos.[1,2] El NEJM sugiere suspenderla con la meta alcanzada y ≥1 mes sin brotes.[4]

FÁRMACO	DOSIS	AJUSTE RENAL O POR INTERACCIÓN	PRECAUCIÓN ESENCIAL
Colchicina	0.6 mg una o dos veces al día; máximo 1.2 mg/d (ficha). EULAR: 0.5–1 mg/d	ClCr 30–80: igual, con vigilancia. ClCr <30: 0.3 mg/d al inicio. Diálisis: 0.3 mg dos veces por semana. Inhibidor potente de CYP3A4 o gp-P: 0.3 mg/d (si la dosis prevista era 0.6 mg cada 12 h) o 0.3 mg en días alternos (si era 0.6 mg/d); moderado: 0.3 mg cada 12 h o 0.6 mg/d (si era 0.6 mg cada 12 h) o 0.3 mg/d (si era 0.6 mg/d)	Contraindicada con ERC o hepatopatía e inhibidor potente o de gp-P. Miopatía con estatinas o fibratos y en ERC. Si hay brote durante la profilaxis con ERC o hepatopatía, trátalo con otro fármaco[2,11]
Naproxeno	250 mg cada 12 h	ClCr <30: no (ficha)	Las mismas del AINE en el brote; añade IBP si procede[2,4,13]
Prednisona	5–10 mg/d	Sin ajuste renal	Diabetes, infección. Dosis del NEJM; la ACR la incluye como opción sin dosis **[ACR fuerte, moderada]**; la EULAR no[1,4]

Los anti-IL-1 (canakinumab, rilonacept) redujeron brotes al iniciar alopurinol en ensayos, pero no están aprobados para profilaxis.[2] **La titulación lenta no sustituye de forma general a la profilaxis antiinflamatoria;** el resultado del ensayo con febuxostat (desde 10 mg/d con subida gradual, sin colchicina, tan eficaz como febuxostat 40 mg/d con colchicina) no debe extrapolarse a otros esquemas.[4,20]

DATO DEL ARTÍCULO · ENSAYO DE STAMP 2023 (ALOPURINOL «EMPEZAR BAJO, SUBIR LENTO»)

Ensayo aleatorizado, doble ciego, de **no inferioridad**, en 2 centros de Nueva Zelanda: 200 adultos con ≥1 brote en los 6 meses previos e indicación ACR de THU (TFGe media 77; se excluyó TFGe <30 y el uso de AZA o ciclosporina). Alopurinol desde 50 mg/d (TFGe <60) o 100 mg/d, con subida mensual de 50 o 100 mg hasta urato <6 mg/dL, más colchicina 0.5 mg/d o placebo durante 6 meses. **Desenlace primario** (brotes por mes, meses 0–6): 0.61 (IC95 % 0.47–0.74) con placebo frente a 0.35 (0.22–0.49) con colchicina; diferencia 0.25 (0.07–0.44); margen de no inferioridad 0.12: **placebo no fue no inferior** (p = 0.92). A 12 meses, sin diferencia en brotes por mes (p = 0.68): los brotes aumentaron al suspender la colchicina. Eventos adversos graves: 11 en 7 pacientes con colchicina y 3 en 2 con placebo, no atribuidos a la colchicina.[20]

6 Comorbilidades, fármacos y estilo de vida[1–4,8,13,14,23]

La HTA está en ≈75 % de las personas con gota; la ERC, la ECV, la diabetes y la obesidad son frecuentes y explican buena parte de su mayor mortalidad. Búscalas y trátalas como parte del manejo **[EULAR 2018 1a A]**.[3,4]

FÁRMACO	CONDUCTA	GRADO Y FUENTE
Hidroclorotiazida	Cámbiala por otro antihipertensivo cuando sea factible. Los diuréticos de asa y tiazídicos elevan el urato; si un diurético es necesario (p. ej., IC), no lo suspendas solo por la gota.	**[ACR condicional, muy baja]**; EULAR: sustituir si es posible **[EULAR 3 C]**[1,2]
Losartán	Prefiérelo como antihipertensivo cuando sea factible; cambiar un IECA por losartán tiene bajo riesgo en la mayoría, con efecto hipouricemiante modesto. La EULAR acepta también calcioantagonistas.	**[ACR condicional, muy baja]**[1,2]
Aspirina a dosis baja	**No la suspendas** si tiene una indicación adecuada, aunque eleve el urato.	**[ACR condicional, muy baja]**[1,3]
Fenofibrato	No lo añadas ni cambies a él por su efecto sobre el urato. La EULAR, en cambio, sugiere considerar estatina o fenofibrato en la dislipidemia.	**[ACR condicional, muy baja]**[1,2]

FÁRMACO	CONDUCTA	GRADO Y FUENTE
iSGLT2	Bajan el urato y se asocian a menos brotes y menor uso de fármacos para la gota; úsalos por su indicación cardiorrenal o metabólica, **no como sustituto del hipouricemiante** cuando está indicado.	Revisión narrativa y estudio observacional; ver dato[4,8,23]
Otros	Betabloqueadores, IECA y ARA2 distintos de losartán se asocian a más riesgo de gota; calcioantagonistas y losartán, a menos (estudios observacionales). Ciclosporina y tacrolimus elevan el urato.	2–4

DATO DEL ARTÍCULO · ISGLT2 (PACKER 2024, REVISIÓN NARRATIVA)

Ensayos aleatorizados en diabetes tipo 2 e IC: los iSGLT2 bajan el urato ≈0.6–1.5 mg/dL desde la primera semana, más en quien no tiene diabetes (un metaanálisis citado por el NEJM: −0.6 mg/dL). **Análisis secundarios o post hoc** de esos ensayos (p. ej., DAPA-HF y DELIVER agrupados) y un metaanálisis: 30–50 % menos brotes o inicio de colchicina o THU. Ningún ensayo incluyó a pacientes con gota para tratarla ni tuvo la gota como desenlace primario. Que el urato sea «marcador y no causa» de los eventos CV es una hipótesis del autor.[4,8] **McCormick 2026** (Columbia Británica, Canadá; 26 739 adultos con gota y diabetes tipo 2; emulación de ensayo diana, **observacional**): iniciar un iSGLT2 frente a un iDPP-4 se **asoció** a menos inicio de alopurinol (HR 0.62; IC95 % 0.52–0.73) y a menor dispensación de GC a dosis altas, AINE, colchicina y diuréticos (RR 0.78, 0.85, 0.87 y 0.87). Puede haber confusión residual; no demuestra que el iSGLT2 sustituya al THU indicado.[23]

INSUFICIENCIA CARDIACA Y ECV

- **Brote:** evita AINE en IC grave (ficha); el GC eleva la presión arterial y retiene sodio y agua en dosis medias o altas: vigila volumen; colchicina a dosis baja o GC IA son opciones razonables si la función renal y las interacciones lo permiten.[11,13,14]
- **THU:** alopurinol primero; febuxostat solo sin alternativa (recuadro FDA) **[ACR condicional, moderada]**. Diltiazem y verapamilo obligan a reducir la colchicina.[1,10,11]
- El THU no tiene beneficio CV demostrado en ensayos; la asociación favorable de tratar a meta procede de un estudio observacional (sección 3).[4,7]

ESTILO DE VIDA: LO QUE LA EVIDENCIA SOSTIENE

MEDIDA (ACR 2020)	GRADO	LO QUE MUESTRAN LOS DATOS
Limitar el alcohol	**[ACR condicional, baja]**	Una unidad de cerveza sube el urato 0.16 mg/dL; consumir >1–2 bebidas en 24 h se **asoció** a 40 % más riesgo de brote (estudio de casos cruzados).[1]
Limitar purinas	**[ACR condicional, baja]**	Relación dosis-respuesta con brotes en el mismo estudio observacional; una intervención educativa no bajó el urato.[1]
Limitar jarabe de maíz alto en fructosa	**[ACR condicional, muy baja]**	La fructosa sube el urato de forma aguda; sin datos en pacientes con gota.[1]
Bajar de peso si hay sobrepeso u obesidad	**[ACR condicional, muy baja]**	Perder 5 kg bajó el urato 1.1 mg/dL en una cohorte de 11 pacientes; bajar >5 % el IMC se asoció a 40 % menos odds de brote (cohorte).[1]
Vitamina C	**[ACR condicional, baja]** en contra	Cambios del urato clínicamente irrelevantes en dos ECA pequeños.[1]
Cerezas, lácteos	Sin recomendación ACR	Evidencia baja u observacional; la EULAR anima a lácteos bajos en grasa y ejercicio regular (opinión de expertos).[1,2]

Expectativa realista: la dieta cambia poco el urato (<1 mg/dL en 18 ensayos) y casi nunca basta sin THU. Habla de dieta sin culpar: la gota tiene un fuerte componente genético (heredabilidad del urato de hasta 60 %).[1,4]

7 Hiperuricemia asintomática[1,3,4,9,10]

NO LA TRATES CON FÁRMACOS [ACR CONDICIONAL, ALTA]

- **Definición ACR:** urato >6.8 mg/dL sin brotes previos ni tofos subcutáneos, aunque haya depósito de UMS en ecografía o TCED.[1]
- La recomendación incluye a quien tiene ERC, ECV, litiasis o HTA: en la mayoría, el beneficio no compensa costos ni riesgos.[1]
- **No excluye el alopurinol por su indicación propia en litiasis:** litiasis recurrente de oxalato de calcio con uricosuria >800 mg/d (hombres) o >750 mg/d (mujeres) pese a medidas de estilo de vida (ficha; 200–300 mg/d con función renal normal).[9]
- **Por qué:** en ECA, el THU redujo la gota incidente (<1 % frente a 5 % en 3 años), pero hay que tratar a 24 personas 3 años para evitar un primer brote; con urato >9 mg/dL, solo ≈20 % desarrolló gota en 5 años (observacional). La mayoría con urato >10 mg/dL no tuvo gota en 15 años.[1,3,4]
- Las fichas de alopurinol y febuxostat no los recomiendan en hiperuricemia asintomática.[9,10]
- No hay prueba convincente de que el urato cause enfermedad distinta de gota y litiasis: medir urato «por rutina» y tratar la cifra no está indicado.[4]

8 Situaciones especiales[1,2,4,9–15,21]

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

- **Brote:** el GC VO o IA no requiere ajuste renal; AINE, no con ClCr <30. Con ClCr <30, prefiere GC a colchicina; si la usas, un solo ciclo de 1.2 + 0.6 mg, sin continuación ni repetir antes de 14 días, nunca si ya recibe profilaxis (diálisis: 0.6 mg única), y nunca con inhibidores potentes de CYP3A4 o gp-P.[2,11,13]
- **THU:** alopurinol de primera línea también en ERC ≥3 **[ACR fuerte, moderada]**, con dosis inicial por TFGe y subida lenta; un IXO por encima de probenecid **[ACR fuerte, moderada]**.[1,9]
- El NEJM (2022) no ligó el inicio y la titulación a meta de alopurinol en ERC moderada-grave a peor función renal ni a menor supervivencia.[4] **Matiz:** en el subanálisis de STOP Gout en ERC estadio 3 (TFGe 30–59), con eficacia similar a febuxostat, hubo más lesión renal aguda con alopurinol: 8.3 % (15/181) frente a 2.4 % (4/170); p = 0.02. 18 de 22 episodios ocurrieron con diurético; la causa más frecuente fue la depleción de volumen; ninguno por hipersensibilidad; la pendiente de TFGe fue similar. Potencia limitada para eventos infrecuentes, población sobre todo masculina y de edad avanzada, sin ERC más grave: no extrapoles a ERC 4–5 y vigila la función renal, sobre todo con diuréticos.[21]
- **Febuxostat:** ClCr 15–29, máximo 40 mg/d. **Anakinra:** ClCr <30, cada 48 h.[10,12]

TRASPLANTE: CICLOSPORINA, TACROLIMUS, AZA

- **Colchicina + ciclosporina** (inhibidor de gp-P): toxicidad mortal descrita. Contraindicada si hay ERC o hepatopatía; sin ellas, 0.6 mg en dosis única; no repetir antes de 3 días.[11]
- **AZA o 6-MP:** febuxostat contraindicado; alopurinol solo en acuerdo con el equipo de trasplante, con AZA a ≈1/3–1/4 de su dosis (menos o alternativa si TPMT/NUDT15 bajo), 6-MP según su ficha, con supervisión especializada y hematológica (biometría seriada).[4,9,10,15]
- **Alopurinol** sube los niveles de ciclosporina: vigílalos. Febuxostat no se ha estudiado en receptores de trasplante.[9,10]
- Ciclosporina y tacrolimus elevan el urato; evita AINE por el riesgo renal. Brote: GC IA u oral corto.[3,13]

GOTA TOFÁCEA

- THU indicado con ≥1 tofo **[ACR fuerte, alta]**; meta <6 mg/dL (ACR) o <5 mg/dL hasta disolver los tofos (EULAR); cifras menores aceleran la resolución.[1,2]
- Tofos que no se resuelven sin meta tras IXO y uricosúrico: pegloticasa por reumatología, previo tamizaje de G6PD **[ACR fuerte, moderada]**; la EULAR la reserva a gota tofácea grave con cristales demostrados **[EULAR 1b A]**.[1,2]
- Tofo con fiebre, VSG o PCR muy elevadas: descarta osteomielitis.[4]

NEFROLITIASIS

- Primer brote con litiasis urinaria: considera THU **[ACR condicional, muy baja]**; alopurinol y febuxostat bajan la uricosuria de 24 h más que placebo.[1]
- Litiasis de oxalato de calcio con hiperuricosuria: alopurinol 300 mg/d redujo eventos litiásicos a 3 años frente a placebo (ECA citado por la ACR).[1]
- Litiasis cálcica recurrente con uricosuria >800 mg/d (hombres) o >750 mg/d (mujeres): indicación propia del alopurinol en la ficha, aun sin gota.[9]
- **No uses uricosúricos con litiasis renal.** Con alopurinol, diuresis ≥2 L/d (ficha), individualizada en IC, oliguria o restricción hídrica.[1,9]

9 Dónde difieren las guías[1–4,9–11,13,16,19,24]

TEMA	ACR 2020 (PAUTA PRINCIPAL)	EULAR 2016 / 2018 / 2023	FICHA FDA, NICE U OTROS · QUÉ HACER
Confirmación sin líquido	No la aborda	EULAR 2023: ecografía o TCED con depósito característico confirman sin líquido sinovial (1a A)	NICE: imagen si no se puede puncionar o persiste la duda. Siempre punción si se sospecha infección
Cuándo iniciar THU	≥1 tofo, daño radiográfico o ≥2 brotes al año (fuerte); primer brote, en contra salvo ERC ≥3, urato >9 mg/dL o litiasis	Discutirlo desde el primer episodio; iniciarlo cerca del diagnóstico si <40 años, urato >8 mg/dL o ERC, HTA, cardiopatía isquémica o IC	NICE: ofrecerlo con brotes múltiples, ERC 3–5, diurético, tofos o artritis crónica; iniciarlo al menos 2–4 semanas después de que ceda el brote (o durante, si son frecuentes). La guía sigue la ACR
Meta de urato	<6 mg/dL para todos; sin umbral menor por falta de ensayos	<5 mg/dL en gota grave hasta disolver cristales; no <3 mg/dL a largo plazo	Con tofos, <5 mg/dL es razonable (EULAR)
Alopurinol en ERC	Inicio bajo y titulación a meta, aun >300 mg/d	Máximo ajustado al ClCr; si no llega a meta, febuxostat o benzbromarona (no si TFGe <30)	Ficha 2024: inicio por TFGe, subida de 50 mg cada 2–4 semanas, sin máximo por TFGe. La guía sigue ACR y ficha
Ritmo de subida	Individual, en semanas a meses	+100 mg cada 2–4 semanas	Ficha: +100 mg semanal; NEJM: cada 3–6 semanas. La guía usa 2–4 semanas
Febuxostat	Segunda línea; inicio ≤40 mg/d; en ECV, cambiar a otro THU (condicional)	Segunda línea; 80–120 mg/d en Europa; útil en ERC leve-moderada	**Ficha FDA manda:** solo tras alopurinol; 40 → 80 mg/d, máximo 80; ClCr 15–29: 40; recuadro CV. NICE: alopurinol o febuxostat de primera línea; alopurinol si hay ECV mayor
THU durante el brote	Puede iniciarse (condicional)	Sin recomendación: datos insuficientes	Si ya lo toma, no suspenderlo (fichas)

TEMA	ACR 2020 (PAUTA PRINCIPAL)	EULAR 2016 / 2018 / 2023	FICHA FDA, NICE U OTROS · QUÉ HACER
Colchicina en el brote	Dosis baja: 1.2 mg + 0.6 mg a la hora (FDA)	1 mg + 0.5 mg a la hora, en las primeras 12 h; evitar con TFG <30 y con inhibidores potentes	Ficha: ClCr <30 permite un ciclo único sin repetir antes de 14 días; NEJM: contraindicada con TFGe <20–30. Con TFG <30, prefiere GC
Glucocorticoide oral	Recomendado sin dosis	Prednisolona 30–35 mg/d por 3–5 días	NEJM: 0.5 mg/kg/d con descenso en 7–10 días. La guía usa 30–35 mg/d por 5 días
Anti-IL-1	Si las demás opciones fallan, no se toleran o están contraindicadas (condicional)	Brotes frecuentes con contraindicación a colchicina, AINE y GC	Anakinra: fuera de etiqueta. Canakinumab: aprobado por la FDA y en Europa, con esa restricción (AINE y colchicina no son opción y no conviene repetir GC)
Profilaxis	3–6 meses (fuerte)	6 meses; colchicina 0.5–1 mg/d	Ficha colchicina: ≥6 meses pueden ser útiles; 0.6 mg una o dos veces al día. NICE: colchicina mientras se alcanza la meta, tras discutirla con el paciente
HLA-B*58:01	Sudeste asiático y afroamericanos (condicional)	A criterio del médico	Ficha: poblaciones de alta prevalencia (africana, asiática, nativa de Hawái o de islas del Pacífico)
Hipolipemiante	No cambiar a fenofibrato (condicional)	Considerar estatina o fenofibrato	Elige por riesgo CV, no por el urato
Urato en meta	Seguimiento sin intervalo fijo	Sin intervalo fijo	NICE: considerar urato anual en meta y tratamiento estable. La guía lo adopta
AINE en el brote	Recomendado sin dosis	Más IBP si procede; naproxeno 500 mg cada 12 h en ensayo	Ficha naproxeno para gota: 750 mg y 250 mg cada 8 h

10 Errores frecuentes y casos[1–4,9–11,13,15,18,20]

ERROR	QUÉ HACER EN SU LUGAR
Diagnosticar gota por un urato alto, o descartarla por un urato normal durante el brote	La hiperuricemia sola no diagnostica y ≈10 % tiene urato <6 mg/dL en el brote: busca cristales o usa los rasgos clínicos y repite el urato fuera del brote.[3]
Infiltrar con GC una rodilla caliente sin puncionar, o descartar infección porque no hay fiebre, hay cristales o el Gram es negativo	Punciona primero: cultivo, Gram, leucocitos y cristales. Ni la ausencia de fiebre, ni los cristales, ni un Gram negativo excluyen artritis séptica; >50 000 leucocitos/µL la sugiere pero no la confirma.[18]
Colchicina «hasta que dé diarrea» o cada hora	1.2 mg y 0.6 mg una hora después: igual de eficaz que dosis altas y mucho mejor tolerada.[1,2,11]
Colchicina con claritromicina, ketoconazol, itraconazol, ritonavir o ciclosporina en un paciente con ERC	Contraindicada: usa GC. Sin ERC ni hepatopatía, reduce la dosis según la ficha.[11]
Suspender el alopurinol porque llegó con un brote	Mantenlo y trata el brote a la vez.[9,10]
Iniciar alopurinol con 300 mg/d	100 mg/d o menos; 50 mg/d con TFGe >30–60 y menos si ≤30. La dosis inicial alta aumenta brotes y riesgo de SHA.[1,9]
Dejar 300 mg/d fijos sin medir el urato	Trata a meta: sube según urato hasta <6 mg/dL, hasta 800 mg/d.[1,9]

ERROR	QUÉ HACER EN SU LUGAR
No subir el alopurinol en ERC «por el riñón»	La ACR permite titular a meta en ERC, con subida lenta (+50 mg cada 2–4 semanas) y vigilancia; la ficha no fija máximo por TFGe.[1,4,9]
Iniciar THU sin profilaxis, o retirarla al mes; omitirla «porque titulo lento»	Profilaxis 3–6 meses y más si sigue con brotes. Con alopurinol a dosis baja y subida lenta, placebo no fue no inferior a colchicina.[1,20]
Alopurinol o febuxostat junto a AZA o 6-MP sin plan	Febuxostat: contraindicado. Alopurinol: evítalo; si es indispensable, AZA a ≈1/3–1/4 de su dosis (menos si TPMT/NUDT15 bajo), 6-MP según su ficha, con supervisión especializada y hematológica.[4,9,10,15]
Febuxostat de primera línea en un cardiópata	Alopurinol primero; febuxostat solo si el alopurinol a dosis máxima falla, no se tolera o no es aconsejable.[1,10]
Seguir con alopurinol tras un exantema	Suspéndelo para siempre al primer exantema y valora SSJ/NET/DRESS.[9]
Tratar la hiperuricemia asintomática o suspender la aspirina a dosis baja por el urato	No a ambas **[ACR condicional]**.[1]
Retirar el THU porque «ya no hay brotes»	Continúalo de forma indefinida a meta **[ACR condicional, muy baja]**.[1]

Caso 1 · Podagra en un hipertenso con hidroclorotiazida

Hombre de 52 años, 88 kg, dolor y eritema en la primera MTF derecha desde hace 8 h. Tres brotes similares el último año. HTA con hidroclorotiazida. TFGe 78; urato 8.9 mg/dL. Afebril. ¿Qué haces hoy y después?

Respuesta. Si es factible, punciona para confirmar cristales. Brote: colchicina 1.2 mg y 0.6 mg una hora después (dentro de las 12 h), luego 0.6 mg cada 12–24 h hasta que ceda, más hielo. Tiene ≥2 brotes al año: THU indicado **[ACR fuerte, alta]** y puede iniciarse ya **[ACR condicional, moderada]**: alopurinol 100 mg/d, +100 mg cada 2–4 semanas según urato hasta <6 mg/dL, con colchicina 0.6 mg cada 12–24 h como profilaxis por 3–6 meses. Cambia la hidroclorotiazida por losartán si es factible **[ACR condicional, muy baja]**; limita alcohol y bebidas con fructosa. Explica que, si hay un brote, no suspenda el alopurinol.[1,9,11]

Caso 2 · Rodilla febril en una paciente con ERC, IC y anticoagulación

Mujer de 74 años, IC con fracción de expulsión reducida (furosemida y dapagliflozina), fibrilación auricular con apixabán, TFGe 24 (ClCr ≈22). Rodilla izquierda inflamada desde hace 2 días; 38.2 °C. Dos brotes de gota este año.

Respuesta. Sospecha de artritis séptica: artrocentesis cuanto antes con cultivo, Gram, leucocitos y cristales, y hemocultivos por la fiebre; el antibiótico empírico va después de esas muestras, salvo que haya sepsis o choque séptico, en cuyo caso no se retrasa. Los cristales o un Gram negativo no la excluyen y >50 000 leucocitos/µL no la confirma: decide con el cultivo y el contexto clínico. Si la infección es poco probable y hay cristales: prednisona 30–35 mg/d por 5 días, vigilando volumen y glucosa; el GC IA espera al cultivo. Evita AINE (TFGe, IC, anticoagulante). Colchicina no: con ClCr <30 se prefiere GC (la EULAR la evita; la ficha solo permite un ciclo único sin repetir antes de 14 días). No suspendas la furosemida; la dapagliflozina ayuda a bajar el urato. Con dos brotes al año, el THU está indicado: alopurinol 50 mg en días alternos, +50 mg cada 2–4 semanas según urato, con profilaxis de colchicina 0.3 mg/d (ClCr <30) o prednisona 5–10 mg/d.[2–4,8,9,11,13,18]

Caso 3 · Receptor de trasplante renal con tofos

Hombre de 58 años con trasplante renal, ciclosporina, azatioprina y prednisona 5 mg/d; TFGe 42. Tofos en ambos codos; brote de tobillo hace 1 día. Urato 9.6 mg/dL.

Respuesta. Brote: **no colchicina** (ciclosporina, inhibidor de gp-P, con ERC: contraindicada) ni AINE; usa GC: prednisona 30–35 mg/d por 5 días o GC IA. THU indicado por tofos **[ACR fuerte, alta]**; meta <6 mg/dL y, con tofos, <5 mg/dL según la EULAR. Febuxostat contraindicado con azatioprina. Alopurinol solo en acuerdo con el equipo de trasplante: reducir la azatioprina a ≈1/3–1/4 de su dosis (menos si TPMT/NUDT15 bajo) con biometría seriada, o cambiar el esquema inmunosupresor; inicio 50 mg/d (TFGe >30–60), +50 mg cada 2–4 semanas, y vigila niveles de ciclosporina, con supervisión especializada y hematológica. Profilaxis: prednisona 5–10 mg/d; la que ya recibe puede bastar. Tofos sin meta tras todo lo anterior: reumatología (pegloticasa, previo tamizaje de G6PD).[1,2,4,9–11,15,17]

11 Consulta rápida A: brote

Una pauta principal por celda (colchicina, naproxeno y canakinumab: ficha FDA; GC oral y anakinra: EULAR 2016). **«Duración del esquema»** es la pauta elegida, no un tope; **«Dosis máxima (ficha)»** recoge solo topes de la ficha. Alternativas: secciones 2, 5 y 9. **ClCr <30: prefiere GC.**

FÁRMACO	DOSIS	DURACIÓN DEL ESQUEMA	AJUSTE RENAL	DOSIS MÁXIMA (FICHA)	PRECAUCIÓN ESENCIAL	REF.
Colchicina	1.2 mg y 0.6 mg 1 h después	Dosis de carga, día 1	ClCr <30: prefiere GC (si la usas: un ciclo, sin repetir en 14 días; nunca si ya recibe colchicina profiláctica). Diálisis: 0.6 mg única	1.8 mg en 1 h	Inhibidores: tabla de abajo. Insuficiencia renal o hepática + inhibidor de gp-P o potente de CYP3A4: contraindicada	1,11
Colchicina, desde el día 2	0.6 mg cada 12–24 h	Hasta que ceda	Solo con ClCr ≥30, sin hepatopatía grave ni inhibidores	1.2 mg/d	Diarrea; miopatía con estatinas o fibratos	1,4,11
Naproxeno	750 mg y luego 250 mg cada 8 h	Hasta que ceda	ClCr <30: no (ficha)	—	Pauta: 1250 mg el día 1, luego 750 mg/d. No: IC grave, úlcera o sangrado, anticoagulación, asma por AAS, cirugía coronaria	2,13
Prednisona	30–35 mg/d VO	5 días	Sin ajuste	Sin tope en ficha para gota	Alternativa: 0.5 mg/kg/d, descenso en 7–10 días (NEJM). Infección activa. Diabetes mal controlada: prefiere GC IA; en diabetes, glucemia diaria	2,4,14
GC intraarticular	Sin dosis en las fuentes	Infiltración única	Sin ajuste	—	Descarta antes artritis séptica. Si dudas de la dosis, GC VO o IV	2,4
GC IV	Prednisona equiv. 0.5 mg/kg/d	Descenso en 7–10 días	Sin ajuste	—	Sin VO [ACR fuerte, alta]. IM: sin dosis en las fuentes	1,4
Anakinra	100 mg SC cada 24 h	3 días (series de casos, EULAR)	ClCr <30: cada 48 h	Sin pauta para gota	Infección activa: no. Solo si lo demás falla o está contraindicado	2,12
Canakinumab	150 mg SC	Dosis única	Sin estudios formales (ficha)	1 dosis; repetir tras ≥12 sem	Solo si AINE y colchicina no son opción y no conviene repetir GC. Infección activa: no. Tamiza TB; sin vacunas vivas; vigila warfarina	2,16

COLCHICINA CON INHIBIDORES DE CYP3A4 O GP-P (FICHA, SECCIÓN 2.4)

Si no hay alternativa; incluye inhibidor en los 14 días previos. Si ya recibe colchicina profiláctica y un inhibidor de CYP3A4, no la uses para el brote. **Contraindicada con insuficiencia renal o hepática + inhibidor de gp-P o potente de CYP3A4** (todos los inhibidores de proteasa, incluido fosamprenavir con ritonavir; solo se exceptúa fosamprenavir sin ritonavir; pauta de cada uno: tabla de la ficha).[11]

INHIBIDOR	BROTE (EN LUGAR DE 1.2 + 0.6 MG)	PROFILAXIS PREVISTA 0.6 MG CADA 12 H	PROFILAXIS PREVISTA 0.6 MG AL DÍA
Potente de CYP3A4 (claritromicina, ketoconazol, itraconazol, inhibidores de proteasa)	0.6 mg y 0.3 mg 1 h después; no repetir antes de 3 días	0.3 mg al día	0.3 mg en días alternos
Moderado de CYP3A4 (diltiazem, verapamilo, fluconazol, eritromicina, toronja)	1.2 mg en dosis única; no repetir antes de 3 días	0.3 mg cada 12 h o 0.6 mg al día	0.3 mg al día
gp-P (ciclosporina, ranolazina)	0.6 mg en dosis única; no repetir antes de 3 días	0.3 mg al día	0.3 mg en días alternos

11 Consulta rápida B: profilaxis e hipouricemiantes

PROFILAXIS AL INICIAR EL HIPOURICEMIANTE: 3–6 MESES [ACR FUERTE, MODERADA]; TITULAR LENTO NO LA SUSTITUYE

FÁRMACO	DOSIS	DURACIÓN	AJUSTE RENAL	DOSIS MÁXIMA (FICHA)	PRECAUCIÓN ESENCIAL	REF.
Colchicina	0.6 mg cada 12–24 h	3–6 meses; más si hay brotes	ClCr 30–80: igual, con vigilancia. ClCr <30: 0.3 mg/d. Diálisis: 0.3 mg dos veces por semana	1.2 mg/d	Con inhibidores: tabla de la consulta A (según dosis prevista). Insuficiencia renal o hepática + inhibidor de gp-P o potente de CYP3A4: no. Miopatía con estatinas o fibratos	1,11
Naproxeno	250 mg cada 12 h	3–6 meses	ClCr <30: no (ficha)	—	Las mismas que en el brote; IBP si procede	2,4,13
Prednisona	5–10 mg/d	3–6 meses	Sin ajuste	—	Diabetes, infección, uso prolongado. ACR: sin dosis; dosis del NEJM	1,4

Colchicina en tabletas de 0.5 o 1 mg (EULAR): brote 1 mg + 0.5 mg a la hora; profilaxis 0.5 mg una o dos veces al día. No permiten las reducciones a 0.3 mg: con ClCr <30 o inhibidores, prefiere otra opción.[2,11]

HIPOURICEMIANTES

Meta: urato <6 mg/dL [ACR fuerte, alta]; con tofos, <5 mg/dL según la EULAR. Mide el urato antes de cada ajuste; continúa el hipouricemiante de forma indefinida.

FÁRMACO	DOSIS	AJUSTE RENAL	DOSIS MÁXIMA	PRECAUCIÓN ESENCIAL	REF.
Alopurinol	100 mg/d; +100 mg cada 2–4 semanas hasta la meta	TFGe >30–60: 50 mg/d; >15–30 (incluye 30): 50 mg en días alternos; 5–15: 50 mg dos veces por semana; <5: 50 mg semanal. Subir 50 mg cada 2–4 semanas	800 mg/d (ficha)	Suspende al primer exantema. HLA-B*58:01 si la ascendencia es del sudeste asiático o afroamericana. AZA o 6-MP: evitar; si es indispensable, AZA a ≈1/3–1/4 con supervisión especializada y hematológica. Diuresis ≥2 L/d, individualizada en IC, oliguria o restricción hídrica	1,2,9,15
Febuxostat	40 mg/d; 80 mg/d si el urato sigue ≥6 mg/dL a las 2 semanas	ClCr 15–29: 40 mg/d. ClCr <15: la ficha no da pauta	80 mg/d (ficha)	Solo tras alopurinol. Recuadro: muerte CV en ECV establecida. Contraindicado con AZA o 6-MP. Daño hepático	1,10
Probenecid	500 mg cada 12–24 h, con subida gradual	No en ERC moderada-grave	2 g/d (NEJM)	No con litiasis renal. Úlcera péptica activa, discrasias. Hidratación; no alcalinizar	1,4

Sin meta con IXO a dosis máxima tolerada (y uricosúrico si procede) y con tofos o ≥2 brotes al año: envía a reumatología (pegloticasa: tamizaje de G6PD, metotrexato semanal salvo contraindicación, profilaxis de brotes desde ≥1 semana antes y ≥6 meses; sección 4).[1,17]

11 Consulta rápida C: interacciones y seguimiento

COMBINACIÓN	RIESGO	CONDUCTA	REF.
Colchicina + claritromicina, ketoconazol, itraconazol, ritonavir, ciclosporina, ranolazina	Toxicidad grave o mortal	Con insuficiencia renal o hepática: contraindicada. Sin ellas: dosis reducida (consulta A)	11
Colchicina + diltiazem, verapamilo, fluconazol, eritromicina	Más concentración; neuromiotoxicidad	Dosis reducida (consulta A)	11
Colchicina + estatina o fibrato	Miopatía y rabdomiólisis	Vigila debilidad y dolor muscular	2,11
Colchicina + digoxina	Miopatía y rabdomiólisis	Vigila debilidad y dolor muscular	11
Alopurinol + AZA o 6-MP	Mielosupresión	Evitar. Si es indispensable: AZA a ≈1/3–1/4 de su dosis (menos o alternativa si TPMT/NUDT15 bajo); 6-MP según su ficha; supervisión especializada y hematológica	4,9,15
Febuxostat + AZA o 6-MP	Mielosupresión	Contraindicado	10,15
Alopurinol + tiazida con ERC; + amoxicilina, ampicilina	Más hipersensibilidad y exantema	Vigila; suspende ante exantema	9
Alopurinol + ciclosporina; + capecitabina	Sube la ciclosporina; baja la eficacia de capecitabina	Niveles de ciclosporina; evita con capecitabina	9
AINE + anticoagulante, IECA, ARA2 o diurético	Sangrado; lesión renal	Evita o vigila función renal	4,13

SEGUIMIENTO

- **Antes del alopurinol:** urato, biometría hemática, química, pruebas hepáticas y función renal.[9]
- **Urato normal durante el brote** y sospecha persistente: repítelo al menos 2 semanas después de que el brote ceda.[24]
- **Durante la titulación:** urato antes de cada ajuste; con febuxostat, desde las 2 semanas; en ERC, función renal al inicio y vigilancia de lesión renal aguda, sobre todo con diuréticos.[1,9,10,21]
- **En meta y con tratamiento estable:** considera urato anual (NICE), y también ante cambios clínicos o terapéuticos; mantén el urato <6 mg/dL de por vida; si hay brotes al terminar la profilaxis, prolóngala.[1,2,24]

Referencias

Fichas FDA: se enlaza la ficha en DailyMed por su set_id. La fecha indicada es la de la versión SPL publicada en DailyMed, que no siempre coincide con la fecha «Revised» del contenido de la ficha; esta se indica solo donde se verificó (pegloticasa).

1. FitzGerald JD, Dalbeth N, Mikuls T, et al. 2020 American College of Rheumatology guideline for the management of gout. Arthritis Rheumatol 2020;72:879–95. doi:10.1002/art.41247
2. Richette P, Doherty M, Pascual E, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. Ann Rheum Dis 2017;76:29–42. doi:10.1136/annrheumdis-2016-209707
3. Richette P, Doherty M, Pascual E, et al. 2018 updated European League Against Rheumatism evidence-based recommendations for the diagnosis of gout. Ann Rheum Dis 2020;79:31–8. doi:10.1136/annrheumdis-2019-215315
4. Mikuls TR. Gout. N Engl J Med 2022;387:1877–87. doi:10.1056/NEJMcp2203385
5. White WB, Saag KG, Becker MA, et al. Cardiovascular safety of febuxostat or allopurinol in patients with gout (CARES). N Engl J Med 2018;378:1200–10. doi:10.1056/NEJMoa1710895
6. Mackenzie IS, Ford I, Nuki G, et al. Long-term cardiovascular safety of febuxostat compared with allopurinol in patients with gout (FAST): a multicentre, prospective, randomised, open-label, non-inferiority trial. Lancet 2020;396:1745–57. doi:10.1016/S0140-6736(20)32234-0
7. Cipolletta E, Zverkova Sandström T, Rozza D, et al. Treat-to-target urate-lowering treatment and cardiovascular outcomes in patients with gout. JAMA Intern Med 2026;186:332–42. doi:10.1001/jamainternmed.2025.7453
8. Packer M. Hyperuricemia and gout reduction by SGLT2 inhibitors in diabetes and heart failure: JACC review topic of the week. J Am Coll Cardiol 2024;83:371–81. doi:10.1016/j.jacc.2023.10.030
9. Ficha técnica FDA. Alopurinol tabletas. DailyMed, set_id a80fe56f-8d03-423f-8e2a-7ec8c9e5045b; versión SPL publicada el 1 de abril de 2024 (fecha «Revised» del contenido no verificada). https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/druglnfo.cfm?setid=a80fe56f-8d03-423f-8e2a-7ec8c9e5045b
10. Ficha técnica FDA. Febuxostat (ULORIC). DailyMed, set_id 54de10ef-fe5f-4930-b91d-6bbb04c664bd; versión SPL publicada el 24 de diciembre de 2025 (fecha «Revised» del contenido no verificada). https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/druglnfo.cfm?setid=54de10ef-fe5f-4930-b91d-6bbb04c664bd
11. Ficha técnica FDA. Colchicina (COLCRYS). DailyMed, set_id d6adc880-5499-4691-93f3-27c87902d5fc; versión SPL publicada el 1 de octubre de 2022 (fecha «Revised» del contenido no verificada). https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/druglnfo.cfm?setid=d6adc880-5499-4691-93f3-27c87902d5fc
12. Ficha técnica FDA. Anakinra (KINERET). DailyMed, set_id d9d74915-6606-4570-9c52-c4001d3177de; versión SPL publicada el 3 de abril de 2026 (fecha «Revised» del contenido no verificada). https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/druglnfo.cfm?setid=d9d74915-6606-4570-9c52-c4001d3177de
13. Ficha técnica FDA. Naproxeno y naproxeno sódico tabletas. DailyMed, set_id 86a3e612-3bfe-432f-9afd-972bb8a6644e; versión SPL publicada el 24 de septiembre de 2026 (fecha «Revised» del contenido no verificada). https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/druglnfo.cfm?setid=86a3e612-3bfe-432f-9afd-972bb8a6644e
14. Ficha técnica FDA. Prednisona tabletas. DailyMed, set_id 0b2c2085-c4da-4441-ae5e-eefe26fd199e; versión SPL publicada el 5 de noviembre de 2026 (fecha «Revised» del contenido no verificada). https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/druglnfo.cfm?setid=0b2c2085-c4da-4441-ae5e-eefe26fd199e
15. Ficha técnica FDA. Azatioprina (IMURAN). DailyMed, set_id 4d62b6e4-a9d4-4818-e063-6394a90aa208; versión SPL publicada el 19 de marzo de 2026 (fecha «Revised» del contenido no verificada). https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/druglnfo.cfm?setid=4d62b6e4-a9d4-4818-e063-6394a90aa208
16. Ficha técnica FDA. Canakinumab (ILARIS). DailyMed, set_id 7d271f3b-e4f9-4d80-8dcf-28d49123f80e; versión SPL publicada el 8 de junio de 2026 (fecha «Revised» del contenido no verificada). https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/druglnfo.cfm?setid=7d271f3b-e4f9-4d80-8dcf-28d49123f80e
17. Ficha técnica FDA. Pegloticasa (KRYSTEXXA). Horizon/Amgen. Contenido revisado en noviembre de 2026 (información para prescribir de Amgen, pi.amgen.com/united_states/Krystexxa/Krystexxa_fpi_english.pdf); DailyMed, set_id 6e566303-d93a-4130-b764-25749829aa95, versión SPL del 9 de julio de 2026 (anterior a esa revisión). https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/druglnfo.cfm?setid=6e566303-d93a-4130-b764-25749829aa95
18. Ravn C, Neyt J, Benito N, et al. Guideline for management of septic arthritis in native joints (SANJO). J Bone Jt Infect 2023;8:29–37. doi:10.5194/jbji-8-29-2023
19. Mandl P, D'Agostino MA, Navarro-Compán V, et al. 2023 EULAR recommendations on imaging in diagnosis and management of crystal-induced arthropathies in clinical practice. Ann Rheum Dis 2024;83:752–9. doi:10.1136/ard-2023-224771
20. Stamp L, Horne A, Mihov B, et al. Is colchicine prophylaxis required with start-low go-slow allopurinol dose escalation in gout? A non-inferiority randomised double-blind placebo-controlled trial. Ann Rheum Dis 2023;82:1626–34. doi:10.1136/ard-2023-224731
21. Helget LN, Davis-Karim A, O'Dell JR, et al. Efficacy and safety of allopurinol and febuxostat in patients with gout and CKD: subgroup analysis of the STOP Gout trial. Am J Kidney Dis 2024;84:538–45. doi:10.1053/j.ajkd.2024.04.017
22. Botson JK, Saag K, Peterson J, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled multicenter efficacy and safety study of methotrexate to increase response rates in patients with uncontrolled gout receiving pegloticase: 12-month findings (MIRROR). ACR Open Rheumatol 2023;5:407–18. doi:10.1002/acr2.11578
23. McCormick N, Burrack N, Yokose C, et al. Gout-related medication use after initiating sodium–glucose cotransporter 2 inhibitors in patients with gout and type 2 diabetes: population-based target trial emulation studies. Diabetes Care 2026;49:460–70. doi:10.2337/dc25-1713
24. National Institute for Health and Care Excellence. Gout: diagnosis and management (NICE guideline NG219). Publicada el 9 de junio de 2022. https://www.nice.org.uk/guidance/ng219. Sin DOI.
25. Kowalski ML, Ansotegui I, Aberer W, et al. Risk and safety requirements for diagnostic and therapeutic procedures in allergology: World Allergy Organization Statement. World Allergy Organ J 2016;9:33. doi:10.1186/s40413-016-0122-3

ACERCA DE ESTA GUÍA

Resumen educativo para profesionales de la salud; no sustituye el juicio clínico, la información del producto ni los protocolos locales. Las dosis siguen las fichas técnicas de la FDA vigentes a la fecha de revisión (v1.1, 12 de noviembre de 2026); en México, verifica la presentación y la información para prescribir disponibles. Medicina en Resumen · medicinaenresumen.com.