

# *Crisis de gota por omeprazol en un paciente en hemodiálisis*

R. Romero, T. Cordal, C. Donapetry y M. Caamaño\*

Complejo Hospitalario de Santiago. Hospital General de Galicia. Servicio de Nefrología. \* Servicio de Reumatología.

Señor director:

Los episodios de gota son raros en pacientes en hemodiálisis incluso cuando la causa de la insuficiencia renal ha sido la propia gota, y la evolución normal es que las crisis sean menos intensas y más espaciadas<sup>1</sup>.

Uno de nuestros pacientes presentó, desde su inclusión en diálisis, repetidas crisis de gota que supusieron un continuo problema pese a tratamientos con colchicina, alopurinol, antiinflamatorios y ACTH. Presentaba además repetidos episodios de hemorragia digestiva, por lo que desde su primer ingreso se trató con omeprazol, un inhibidor de la secreción gástrica de hidrogeniones, cuyos efectos secundarios son leves y poco frecuentes. En febrero de 1995, Kraus y cols.<sup>2</sup> comunicaron la aparición de episodios de gota en dos pacientes en relación con la toma de omeprazol, sin alteraciones en las cifras séricas de ácido úrico. Ante la duda de que este fármaco fuese responsable de las crisis de gota suspendimos dicha medicación y, sorprendentemente, las crisis gotosas desaparecieron completamente.

Se trata de un paciente de setenta años de edad en hemodiálisis desde septiembre de 1992, diagnosticado de pielonefritis crónica, enfermedad de Rendu-Osler y artritis gotosa tofácea. Su evolución ha estado marcada por dos problemas fundamentales: tendencia a la anemización por sangrados digestivos y nasales y episodios repetidos de dolor articular. A su entrada en diálisis se realizó endoscopia digestiva, que mostró erosiones agudas de mucosa gástrica y úlcus duodenal, por lo que se inició tratamiento con omeprazol. Desde marzo de 1993 a noviembre de 1995 presentó 10 episodios de sangrado digestivo grave, demostrándose por endoscopia telangiectasias sangrantes en seis ocasiones y

duodenitis erosiva en una, no encontrándose causa en las restantes. Los episodios de epistaxis como consecuencia de la enfermedad de Rendu-Osler se han repetido a lo largo de toda su evolución, pese a diversos tratamientos.

Con respecto al problema articular, durante el primer mes en diálisis presentó tres reagudizaciones de su gota crónica, que afectaron a dedos de los pies, rodillas y manos, referidas como mucho más intensas que las que presentaba antes del inicio de diálisis. Los estudios radiológicos demostraron cambios típicos de gota tofácea y el análisis del líquido sinovial obtenido de la rodilla derecha mostraba múltiples cristales de urato monosódico intra y extracelulares, instaurándose tratamiento profiláctico con 1 mg diario de colchicina y, pese a niveles menores de 6,5 mg/dl de ácido úrico, se aumentó de 100 a 200 mg la dosis diaria de alopurinol. Con este tratamiento persistieron los episodios de dolor articular con inflamación, que se trataron con infiltraciones locales de esteroides y ocasionalmente con AINES. Desde marzo de 1993 hasta enero de 1994 se suspendió el alopurinol, sin que se apreciara ningún cambio en la frecuencia y severidad de las crisis. En mayo de 1994, en una reevaluación por el Servicio de Reumatología, se confirmó la presencia de cristales de uratos fagocitados por polimorfonucleares en el líquido sinovial obtenido de la rodilla y se decidió tratar con ACTH al comienzo de las crisis, consiguiéndose una rápida mejoría, pero sin disminución del número de episodios. En marzo de 1995 se suspendió de forma intencionada el omeprazol, medicación que había tomado de forma continuada desde el comienzo de diálisis, y desde entonces, sin cambios en los niveles de ácido úrico, pH ni o CO<sub>2</sub>-total, el paciente no ha presentado ningún nuevo brote de enfermedad articular, salvo tras una hemorragia digestiva en el que se prescribió omeprazol i.v. En la actualidad, tras diez meses de evolución, el paciente tiene muy ocasionalmente ligeras molestias en articulaciones, pero sin brotes de inflamación aguda, no habiendo sido necesario la prescripción de ningún otro tratamiento con colchicina, infiltraciones o ACTH.

Correspondencia: Dr. Rafael Romero Burgos.  
Hospital General de Galicia.  
C/ Galeras, s/n.  
15705 Santiago de Compostela.

Esta observación es similar a la descrita por Kraus y cols.<sup>2</sup> en dos pacientes sin patología renal ni gota previa, y refuerza la idea de una relación causal entre el omeprazol y las crisis gotosas. Por otra parte, un centro de seguimiento de fármacos en Suiza<sup>3</sup> ha descrito cinco casos de artralgias asociado a omeprazol, que aunque no presentaban un perfil clínico de gota, en ningún caso se había realizado estudio de líquido sinovial. La patogénesis de este posible efecto secundario es desconocida, pero no parece estar en relación con cambios en la uricemia ni en la acidez del plasma, por lo que probablemente sea un efecto local a nivel de las articulaciones.

Ante la amplia y cada vez más liberal utilización de este fármaco nos parece de interés el conocimiento de este nuevo caso de crisis de gota desencadenada por omeprazol, si bien en esta ocasión en un paciente en hemodiálisis y con gota tofácea previa.

#### **Bibliografía**

1. Chou CT, Wasserstein A, Schumacher HR y Fernández P: Musculoskeletal manifestations in hemodialysis patients. *J Rheumatol* 12:1149-1153, 1985.
2. Kraus A y Flores-Suárez LP: Acute gout associated with omeprazole. *Lancet* 345:461-462, 1995.
3. Beutler M, Hartmann K, Kuhn M y Gartmann J: Arthralgias and omeprazole. *BMJ*309:1620, 1995.