



## Attacco acuto di gotta: quando iniziare allopurinolo?

**Data** 17 marzo 2013  
**Categoria** reumatologia

Secondo uno studio randomizzato e controllato non ci sarebbero differenze tra la prescrizione precoce e quella ritardata di allopurinolo in caso di attacco acuto di gotta.

La gotta acuta viene trattata con un farmaco antinfiammatorio non steroideo, con uno steroide oppure con colchicina. I farmaci ipouricemizzanti (tra cui l'allopurinolo) vengono consigliati qualora il paziente presenti crisi acute ricorrenti o gotta cronica. In genere si raccomanda di iniziare l'allopurinolo almeno 15-30 giorni dopo la fase acuta, meglio se sotto copertura della colchicina per evitare una riacutizzazione durante la fase iniziale della terapia.

Ma è davvero necessario ricorrere alla prescrizione ritardata dell'allopurinolo?

Secondo uno studio randomizzato e controllato sembrerebbe di no.

Lo studio ha arruolato 57 uomini con attacco acuto di gotta, randomizzati ad allopurinolo (300 mg/die) oppure placebo per 10 giorni. Inoltre i partecipanti sono stati trattati con indometacina (50 mgx3/die per 10 giorni) e colchicina (0,6 mgx2/die per 90 giorni).

Al termine dei 10 giorni tutti i pazienti sono stati trattati con allopurinolo.

Si è visto che non vi erano differenze tra i due gruppi per quanto riguarda il dolore giornaliero, le recidive acute e i markers di flogosi (VES e PCR).

Se ne dovrebbe concludere che è del tutto ininfluente dal punto di vista clinico se l'allopurinolo viene iniziato precocemente durante l'attacco acuto di gotta oppure se si ricorre alla prescrizione ritardata.

Vedremo se in futuro altri RCT confermeranno questi risultati e se essi saranno presi in considerazione dalle linee guida.

**Renato Rossi**

### Bibliografia

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5254>
2. Taylor TH et al. Initiation of allopurinol at first medical contact for acute attacks of gout: a randomized clinical trial. Am J Med. 2012 Nov;125(11):1126-1134.e7. doi: 10.1016/j.amjmed.2012.05.025.

### Commento di Luca Puccetti

Lo studio ha dimensioni campionarie troppo piccole e l'aggiunta della colchicina ha putativamente eliminato l'effetto riacutizzante dell'allopurinolo. Infine ci sono differenze profonde tra gotta tofacea e non tofacea, essendo assai diversi i pool miscibili di acido urico. L'effetto riacutizzante dell'allopurinolo è legato principalmente al fatto che possono solubilizzarsi, per la diminuzione dell'uricemia indotta dall'allopurinolo, i depositi tissutali di acido urico che andando in circolo possono precipitare a livello dei foci flogistici con conseguente riattivazione della cascata infiammatoria. La colchicina, agendo sui microtubuli dei polimorfonucleati, impedisce l'attivazione degli eventuali focolai flogistici indotti dalla precipitazione dell'acido urico mobilizzato dai depositi a seguito dell'azione ipouricemizzante dell'allopurinolo.