



GOTA TOFÁCEA CRÔNICA: RELATO DE CASO NA APS

JOÃO GABRIEL RODRIGUES QUEIROZ; FABIO CARVALHO DE SOUZA; MARIANA FRANÇA DA CUNHA E SILVA

RESUMO

Introdução: A gota é uma das entidades clínicas mais antigas que o homem já se deparou, com registros desde V antes de Cristo. Tal condição é uma doença metabólica que se apresenta classicamente como uma artrite inflamatória causada por períodos de hiperuricemia e deposição de cristais de monourato de sódio, localizando-se, preferencialmente na cartilagem articular. Tem maior incidência no fim da terceira década de vida e predominância no sexo masculino. Quando se depositam nas articulações, os tofos são reconhecidos como antígenos pelo organismo, gerando uma reação inflamatória, caracterizando a fase aguda. **Objetivo:** relatar um caso de gota exuberante no contexto da atenção primária. **Metodologia:** revisão de bibliografias sobre o assunto e coleta de dados do prontuário médico e registros fotográficos após consentimento. **Caso Clínico:** homem, 56 anos, comparece ao atendimento em atenção primária, após longo tempo sem avaliação. Queixa-se de deformidades articulares múltiplas, em especial em punhos, articulação metacarpofalangeana e tendões de Aquiles, joelhos e tornozelos. Na estratificação ambulatorial, o paciente apresenta hiperuricemia e escórias renais alteradas, sugerindo complicação renal por quadro de gota tofácea crônica fase 4. **Conclusão:** através desse relato de caso, é possível concluir que o paciente apresentava um quadro exuberante de gota tofácea crônica, com complicações osteoarticulares e renais. Desse modo, é importante sempre conscientizar a longitudinalidade do cuidado em prol do acompanhamento multidisciplinar a fim de controlar fatores de risco e evitar complicações de doenças crônicas. Este relato reforça a importância do papel integrado à saúde no diagnóstico precoce e a necessidade de uma abordagem abrangente e integrada no contexto do sistema da saúde pública.

Palavras-chave: deformidades; articulações; ácido úrico; rim; longitudinalidade.

1- INTRODUÇÃO

Gota é uma doença metabólica que se apresenta classicamente como uma artrite inflamatória causada por períodos de hiperuricemia e deposição de cristais de monourato de sódio em diversas partes do corpo, como na cartilagem articular, no osso subcondral, na membrana sinovial, na cápsula e em áreas de menor temperatura, tais como os tecidos superficiais de extremidade (Fernandes *et al.*, 2017; Pinheiros, 2008).

A gota é diretamente influenciada por fatores genéticos e dietéticos. A doença acomete, principalmente, homens de meia idade e idosos, bem como mulheres pós menopausa, sendo seis vezes mais comum no sexo masculino (Sarmiento *et al.*, 2009).

Além disso, a alta concentração sérica de ácido úrico é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da gota (Dalbeth, 2009). Todavia, existem casos que desencadearam crises com níveis séricos normais ou baixos, sendo estes minoria (Fernandes *et al.*, 2017; Pinheiro, 2008).

Normalmente a hiperuricemia é dita quando os valores séricos de ácido úrico se encontram acima de 7mg/dL (Dalbeth *et al.*, 2021). Esse excesso do metabólito geralmente se origina de refeições ricas em carne (o que aumenta a resistência insulínica, a qual reduz a excreção renal de urato), açúcar, sal ou excesso de álcool (que, por sua vez, aumenta a produção

de uratos e reduz a excreção). Já os problemas no processo eliminatório significam uma alteração no rim (Filipini; Gracioli, 2001; Azevedo *et al.*, 2017).

A doença em si é causada por cristais de urato e não pelo urato em solução. Quando se depositam nas articulações, os tofos são reconhecidos como antígenos (Ag) pelo organismo, e este envia glóbulos brancos ao líquido sinovial, os quais, fagocitam os cristais que causam dor, desencadeando uma reação inflamatória, caracterizando a fase aguda (Filipini; Gracioli, 2001; Azevedo *et al.*, 2017).

A história natural da gota é de progressão de um período prolongado assintomático de acúmulo de cristais de urato monossódico nas articulações, intercalado com fases de mono ou oligoartrite para uma fase de artrite crônica com a presença de depósito de cristais, os tofos (Neto; Barros; Muhib, 1998; Souza *et al.*, 2023; Santos, 2016). O presente trabalho relata um estudo de caso realizado com um paciente portador em fase de gota crônica.

Essa fase é caracterizada clinicamente pela presença de tofos, secundários ao acúmulo de ácido úrico, matriz proteica, células inflamatórias e células gigantes de corpo estranho nos tendões, ligamentos, nas cartilagens, tecido celular subcutâneo e nas regiões periarticulares (Fernandes *et al.*, 2017; Pinheiro, 2008). Nesse cenário, o estudo por imagem pode ser útil nessa fase permitindo avaliar a gravidade da doença, a extensão de deposições e a presença de inflamação crônica. Somado a isso, pode ser uma ferramenta útil para monitorar a resposta à terapia de redução do ácido úrico. Ainda sobre a cronicidade, pacientes com essa condição apresentam mediadores inflamatórios de doença aguda e crônica, o que leva à sinovite, erosão óssea e sinovite crônica (Neto; Barros; Muhib, 1998; Souza, 2023; Santos, 2016).

Porém, o fato de interesse perante o estudo é abordar as manifestações extra articulares, as chamadas complicações a longo prazo, onde no paciente em questão já pode se observar consequências importantes, no qual exige intervenção e melhora do acompanhamento.

2- RELATO DE CASO

Homem, 56 anos, comparece para consulta ambulatorial em unidade de atenção primária. Paciente com diagnóstico prévio de gota há, aproximadamente, 15 anos e hipertensão arterial sistêmica há 10 anos. O paciente não apresentava acompanhamento médico regular e decidiu retomar o cuidado após agravamento das deformidades associadas a sua doença de base, que vinham limitando sua autonomia e autocuidado. Ao exame físico, no aparelho locomotor, o paciente apresentava artrite e deformidades articulares múltiplas, em especial nos punhos, metacarpofalangeanas (MCF), tendão de Aquiles, joelhos e tornozelos (Figura 1 a 3).

As lesões eram indolores, de consistência pétrea, superfície irregular e aderidas às articulações citadas anteriormente. Em relação à terapia medicamentosa, o paciente fazia uso crônico de colchicina 0,5 mg ao dia e uso irregular de alopurinol 100 mg. Durante estratificação laboratorial, foram evidenciados os seguintes achados: ácido úrico 9,4 mg/dL; creatinina 2,24 mg/dL; clearance de creatinina 25 ml/ min/ 1,73m²; ureia 96 mg/ dL; dentre outros achados sem repercussões para o caso.

Sendo assim, foi iniciado alopurinol 200 mg ao dia, associado aos demais medicamentos que o paciente já utilizava: colchicina 0,5 mg ao dia, losartana 100 mg ao dia e anlodipino 10 mg ao dia. Durante a primeira avaliação, também foram solicitadas radiografias para a documentação das lesões supracitadas por método de imagem, bem como rotina laboratorial de controle e vigilância.

Figura 1 - Artropatia deformante em articulações metacarpofalangeanas



Figura 2 - Artropatia deformante em metatarsofalangeana de grande artelho (podagra) e em região do tendão de Aquiles



Figura 3 - Artropatia deformante em joelho direito



Após aproximadamente 45 dias, o paciente retorna para o ambulatório com os resultados

dos exames. Os exames laboratoriais realizados em 25 de abril de 2024 evidenciaram: ácido úrico 7,6 mg/ dL; creatinina 3,41 mg/ dL; clearance de creatinina 20 ml/ min/ 1,73m²; ureia 215 mg/ dL; dentre outros achados. Os exames radiográficos (Figura 4 e 5) corroboram com a avaliação clínica, apresentando poroses e erosões periarticulares, principalmente. O paciente segue em acompanhamento pela unidade de Atenção Básica e foi referenciado para acompanhamento conjunto com médico nefrologista e reumatologista.

Figura 4 - Radiografia de joelho direito



Figura 5 - Radiografia de ambos os pés



3- DISCUSSÃO

O caso explicitado aborda um paciente portador de artrite gotosa crônica, apresentando lesões características de cronicidade que restringem, e modificam o andamento de suas atividades diárias, além de relatar complicações renais pela má adesão medicamentosa e fatores de risco relacionados a hábitos diários.

Dentre os fatores que levam à cronicidade, existem: excesso de álcool na dieta, inanição, longas caminhadas, traumas, intervenções cirúrgicas, uso de diuréticos tiazídicos, transfusões sanguíneas, mudanças bruscas de temperatura e idade. Sendo esses fatores capazes de levar a crises agudas, caracterizadas por manifestações clínicas como dor, calor, edemas acompanhados de hipertermia, calafrios e imobilidade de articulações de graus variados e a recidiva destas levam a artrite gotosa crônica.

O quadro clínico é dividido em quatro fases clínicas, no qual, a quarta é a artrite gotosa crônica que pode desenvolver: tofos articulares, nódulos cutâneos, principalmente na região trabecular, litíase, insuficiência renal, alterações cardíacas e hepáticas. As crises podem ser mono ou poliarticulares, geralmente, agredindo a articulação metatarsal-falangiana do grande artelho ou hálux (podagra). Quando não tratado, pode levar a artropatia destrutiva dolorosa e urolitíase, porém, as últimas citadas, são lesões passíveis de correção através do controle da hiperuricemia.

No histopatológico os tofos apresentam reações granulomatosas, sendo patognomônicos da doença, ocorrem mais frequentemente em dígitos, punhos, orelha, joelho, no tendão de aquiles, bem como pirâmides renais, válvulas cardíacas e escleras. A formação dos tofos ocorre devido aos agregados de cristais envelopados por uma resposta semelhante a granuloma, com uma zona de células gigantes circundadas por uma camada fibrosa. As erosões se localizam em torno de tofos. Os cristais de urato levam a efeitos nos osteoblastos e causam viabilidade celular reduzida nestes tipos celulares, justificando a reabsorção óssea nos sítios de localização dos tofos (Neto; Barros; Muhib, 1998; Souza *et al.*; 2023; Santos, 2016).

O padrão ouro no diagnóstico de gota é a observação de cristais de urato monossódico na microscopia ótica de luz polarizada compensada, em que esses cristais apresentam birrefringência negativa. A amostra deve ser, de preferência, coletada de articulações afetadas recentemente, bem como de articulações anteriormente afetadas. Após a comprovação da presença de cristais de urato monossódico no ambiente articular, é preciso quantificar essa deposição, bem como sua extensão e o dano estrutural induzido (Filipini; Gracioli, 2001; Azevedo *et al.*, 2017).

Além da anamnese e do exame físico, recursos de imagem, como radiografias, ultrassonografia e tomografia computadorizada de dupla emissão, podem ser úteis para avaliar a fase crônica da doença e os danos acarretados (Filipini; Gracioli, 2001; Azevedo *et al.*, 2017). Na gota, os achados radiográficos mais característicos incluem artrite erosiva, assimétrica, com preservação de espaço articular (exceto nas fases tardias) e da densidade óssea periarticular (Sarmiento *et al.*, 2009).

Entretanto, frente a uma apresentação clínica típica, o diagnóstico clínico é razoavelmente preciso, e aceitável na ausência de microscopia disponível ou de reumatologista, esse diagnóstico, porém, não é definitivo (Filipini; Gracioli, 2001; Azevedo *et al.*, 2017).

A hiperuricemia, também, constitui um dos critérios clínicos usados no diagnóstico de gota, porém níveis séricos elevados de ácido úrico nem sempre conduzem à deposição de cristais. Os níveis de urato no soro acima de 6.8 mg/dL podem levar a precipitação e deposição de cristais de urato nas articulações e nos tecidos moles, mas quadros de gota aguda podem ocorrer mesmo em pacientes com níveis normais de urato no soro e nesses casos o diagnóstico clínico é mais difícil, podendo ser auxiliado por métodos de imagem. O estudo por imagem também pode ser usado em apresentações atípicas, como em casos que envolvem idades ou locais incomuns, com sintomas prolongados e menos intensos na época de apresentação (Fernandes *et al.*, 2017; Pinheiro, 2008).

4- CONCLUSÃO

Através deste estudo de caso, vemos, um paciente masculino de 56 anos, com achados ao exame de lesões tofosas e nódulos em especial nos punhos, metacarpofalangeanas (MCF),

tendão de Aquiles, joelhos e tornozelos, compatíveis com a cronicidade do quadro de gota. Este caso visou salientar a importância do acompanhamento multidisciplinar na atenção primária à saúde do SUS.

Por ser uma patologia que leva a quadros graves e complicações, como a insuficiência renal vista no caso, deve ser orientado não apenas o tratamento farmacológico como também intervenções dietéticas e educacionais para controle. Na abordagem do paciente dentro do contexto da atenção primária à saúde do SUS, é crucial o acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade e com ampla explicitação sobre sua condição.

Portanto, este relato de caso reforça a importância do papel integrado à saúde no diagnóstico precoce, manejo adequado e prevenção de complicações em pacientes com gota, ressaltando a necessidade de uma abordagem abrangente e integrada no contexto do sistema de saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZEVEDO, V. F.; LOPES, M. P.; CATHOLINI, N. M.; PAIVA, E. S.; ARAÚJO, V. A.; PINHEIRO, G. R. C. **Revisão crítica do tratamento medicamentoso da gota no Brasil**. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 57(4), p. 346-355, 2017.
- DALBETH, N; GOSLING, A.L.; GAFFO, A.; ABHISHEK, A. **Gout**. The Lancet, v. 397, p. 1843-1855, 2021.
- FERNANDES, E.A.; BERGAMASCHI, S. B.; RODRIGUES, T. C.; DIAS, G. C.; MALMANN, R.; RAMOS, G. M.; MONTEIRO, S. S. **Aspectos relevantes do diagnóstico e seguimento por imagem na gota**. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 57(1): 64-72, 2017.
- FILIPINI, D. C.; GRACIOLI, M. A. **Artrite Gota: um relato de caso**. Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Biológicas e da Saúde, Santa Maria, v.2, n.1, p. 53-70, 2001.
- NETO, P.; SILVEIRA, M.; BARROS, B. M.; MUHIB, S. A. **Gota tofácea exuberante: relato de caso**. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 38(1), p. 31-35, 1998.
- PINHEIRO, G. R. C. **Reverso a orientação dietética na gota**. Artigos de Revisão. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 48(3), 2008.
- ROZA, M.G.; PAULA, J. M. G.; HIDALGO, S.F.; PEDREIRA, M. R. L. **Gota tofácea crônica**. Medicina de Família Semergen Elsevier, v. 39 no. 6, p. 29-34, 2013. SANTOS, F. D. **Gota: uma revisão**. Rev. Med. UFPR 3(1): 25-31, 2016.
- SARMENTO, J.F.; CAVALCANTE, V.A.; SARMENTO, M.T.R.; BRAZ, A.S.; FREIRE, E. A. M. **Artrite da gota tofácea crônica mimetizando artrite reumatoide**. Rev Bras Reumatologia, v. 49(6), 2009
- SOUZA, G.R., SILVEIRA, R.G.; SILVA, R.B.; FERNANDES, R. S.C. **Artrite Gotosa Crônica com danos articulares severos: um relato de caso**. Anais da Semana Científica da Faculdade de Medicina de Campos; 2023.