

TOFO GOTOSO DE LOCALIZAÇÃO ATÍPICA EM DOENTE COM MÚLTIPLOS TOFOS GOTOSOS INFECTADOS

M. Coutinho*, A. Barcelos**

Os tofos gotosos podem apresentar diversas localizações, ao nível da cabeça e do pescoço, podendo, em alguns casos, mimetizar patologias infecciosas ou mesmo neoplásicas. Existem na literatura alguns relatos que documentam a presença de tofos gotosos em localizações menos comuns, nomeadamente sobre as cartilagens aritenóide¹ e tireóide², as cordas vocais^{1,3}, o osso hióide¹, a coifa dos rotadores⁴, a conjuntiva⁵, a língua⁶ ou mesmo sobre a pirâmide nasal^{1,7}.

Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino, de 45 anos de idade, com antecedentes de gota tofácea crónica, hipertensão arterial e etilismo crónico. Recorreu ao serviço de urgência do hospital da área de residência por queixas de poliartralgias de ritmo misto, envolvendo as pequenas articulações das mãos, dos pés e de ambos os tarsos, com vários meses de evolução e sem intervalos assintomáticos. Antecedentes de traumatismo recente de uma das mãos, após o que havia tentado drenar, mediante a utilização de uma agulha, o conteúdo de alguns tofos gotosos. À admissão, apresentava um exame objectivo geral sem altera-

ções e, ao exame reumatológico, poliartrite envolvendo as articulações metacarpo-falângicas (MCF's), interfalângicas proximais (IFP's) e ambos os tarsos. Associadamente, apresentava um tofo gotoso sobre a pirâmide nasal (Figura 1) e, ao nível das mãos, múltiplos tofos gotosos com drenagem purulenta (Figura 2), alguns dos quais expostos, como consequência do traumatismo local recente (Figura 3).

Laboratorialmente, apresentava as seguintes alterações: Hb: 9.4 gr/dL (anemia normocrómica e normocítica), contagem de leucócitos: $20.4 \times 10^9/L$ (neutrófilos: 95%), velocidade de sedimentação: 77 mm (1ª hora), ureia: 54.9 mg/dL, creatinina: 1.5 mg/dL, G-GT: 65 U/L, ácido úrico: 12.6 mg/dL e PCR: 17.49 mg/dL. Durante o internamento, procedeu-se à avaliação do perfil lipídico (triglicérides: 257 mg/dL, com restantes parâmetros normais) e da uricosúria das 24 horas, a qual se revelou diminuída (0.07 gr/24 h). A ecografia reno-vesical não evidenciou alterações. Devido à presença de sinais sugestivos de infecção de alguns tofos gotosos, foram efectuadas culturas do exsudado purulento de alguns tofos (as quais se revelaram positivas para *Staphylococcus aureus* e *Staphyloco-*



Figura 1. Tofo gotoso localizado sobre a pirâmide nasal.

* Interna de Reumatologia, Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

** Directora de Serviço, Serviço de Reumatologia do Hospital Infante D. Pedro EPE, Aveiro



Figura 2. Tofos gotosos com sinais de infecção local (após tentativa de drenagem com agulha pelo doente).



Figura 3. Tofo gotoso exposto, no 5º dedo da mão esquerda, após traumatismo local.

cus epidermidis, sensíveis à eritromicina). As radiografias das mãos e dos pés revelaram sinais de destruição da interlinha articular ao nível das articulações MCF's, IFP's e metatarso-falângicas (MTF's), bem como múltiplas lesões em «saca bocado». Foi iniciada terapêutica com eritromicina (por vias tópica e endovenosa), colchicina, omeprazol e fluidoterapia. O doente apresentou uma favorável evolução clínica e analítica, tendo tido alta hospitalar ao 12º dia de internamento. Foi proposta a realização de rinoplastia estética, a qual o doente recusou. Retomou mais tarde, em ambulatório, a terapêutica com alopurinol (a qual havia sido abandonada pelo doente).

O presente caso ilustra uma situação de coexistência de aumento da produção de ácido úrico (em contexto de desequilíbrio alimentar e de etilismo crónico), associada a uma diminuição da sua excreção renal (doente hipoexcretor). A cultura do exsudado dos tofos gotosos, confirmou a presença de infecção bacteriana, situação que apresentou uma favorável evolução clínica após instituição de antibioterapia dirigida. O tofo gotoso localizado sobre a pirâmide nasal, apesar do compromisso estético inerente à sua localização, não

condicionava qualquer sintomatologia.

A remoção cirúrgica de tofos gotosos associa-se a elevada incidência de complicações, habitualmente decorrentes da dificuldade de exérese de tofos firmemente aderentes ou do tecido fibrótico circundante¹. Contudo, tal opção terapêutica deverá ser considerada em situações de infecção, ulceração ou dor local acentuada, bem como por motivos de ordem estética¹. A abordagem cirúrgica por via endoscópica tem demonstrado uma menor incidência de complicações, comparativamente com os métodos de curetagem e de desbridamento convencionais¹.

A invulgaridade da localização de um tofo gotoso sobre a pirâmide nasal e a exuberância da apresentação clínica deste doente, conferem a este caso clínico características muito peculiares, tornando-o, felizmente, pouco comum nos nossos tempos.

Correspondência para

Margarida Coutinho
Serviço de Reumatologia
Hospitais da Universidade de Coimbra
Praceta Mota Pinto
3000-075 Coimbra
Telef: 239 400 400
E-mail: margarida.coutinho@portugalmail.pt

Referências

1. J P Hughes, MRCS (Eng), Silvana Di Palma and J Rowe-Jones. Tophaceous gout presenting as a dorsal nasal lump. *J Laryngol Otol* 2005; 119: 492-494.
2. Tsikoudas A, Coatesworth AP, Martin-Hirsch DP. Laryngeal Gout. *J Laryngol Otol* 2002; 116:140-142.
3. Jackson C, Jackson CL. Diseases and Injuries of the Larynx, 2nd edn. New York: Macmillan, 1942; 272.
4. Sean T. O'Leary, FRCS (Tr&Orth), Jerome A. Goldberg et al. Tophaceous gout of the rotator cuff: A case report. *J Shoulder Elbow Surg*, 12 (2): 200-201.
5. Tony C. Ning and Robert T. Keenan. Unusual clinical presentations of gout. *Cur Opin Rheumatol* 2010; 22: 181-187.
6. Goodman M., Montgomery W, Minette L. Pathologic findings in gouty cricoarytenoid arthritis. *Arch Otolaryngol* 1976; 102: 27-29.
7. Michael R. Rash, Edward H. Kopf. Nasal Gouty Tophus. *JAMA* 1978; 240: 636.