

Gota no tendão – um achado incomum que se assemelha aos sarcomas

Mirella Dib Di Sessa^I, Felipe Nunes Figueiras^{II}, Márcio Luís Duarte^{III}

Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos

RESUMO

Contexto: A artrite gotosa ou gota, como é popularmente conhecida, é uma doença metabólica, associada a quantidades anormais de urato no organismo e que geralmente se manifesta como uma artrite monoarticular de início agudo, tipicamente noturna, e com frequência envolvendo a primeira articulação metatarsofalangeana, podendo, posteriormente, evoluir para uma artrite deformante crônica. **Descrição do caso:** Paciente de 59 anos com dor no joelho há dois anos, que piora com a flexão e melhora com a extensão do membro, sem alterações de intensidade desde que começou. **Discussão:** Há inúmeras lesões que podem mimetizar um quadro clínico de gota, tais como a artrite séptica, osteomielite, artrite reumatoide e pseudogota (doença por deposição de pirofosfato de cálcio). O tofo gotoso, quando se apresenta como massa, pode ser de difícil diagnóstico, pois pode mimetizar várias patologias, como sarcomas, infecções, tumor de células gigantes da bainha tendínea e sinovite vilonodular pigmentada. A lesão sarcomatosa, análoga à gota, também pode estar localizada adjacente à articulação, ao tendão ou a bursa. A presença de calcificação também é um achado comum entre as duas entidades, sendo descrita em 30% dos casos de sarcoma. O método padrão-ouro para estabelecer o diagnóstico de gota é a identificação dos cristais de urato no fluido aspirado ou no tofo gotoso. **Conclusão:** Pacientes com achados de imagem inespecíficos, sem histórico prévio patológico de gota e com forte suspeita de malignidade precisam de diagnóstico preciso e rápido, podendo ser proporcionado pela biópsia guiada pela tomografia computadorizada ou pelo ultrassom, além da biópsia incisional.

PALAVRAS-CHAVE: Gota, sarcoma, imagem por ressonância magnética, diagnóstico diferencial, biópsia

INTRODUÇÃO

A artrite gotosa ou gota, como é popularmente conhecida, é uma doença metabólica, associada a quantidades anormais de urato no organismo. Geralmente se manifesta como uma artrite monoarticular de início agudo, tipicamente noturna, e com frequência envolvendo a primeira articulação metatarsofalangeana, podendo, posteriormente, evoluir para uma artrite deformante crônica.¹

A etiologia da gota deve-se à hiperuricemia que ocorre devido ao aumento na produção de ácido úrico e/ou à diminuição na sua excreção, podendo ser primária (90% dos casos) ou secundária. A forma primária ocorre por defeitos enzimáticos ou é idiopática, enquanto a secundária pode apresentar um componente hereditário, mas está relacionada a causas adquiridas de hiperuricemia, tais como hemoglobinopatias, uso de diuréticos ou ciclosporina, doença renal crônica, doenças mieloproliferativas, mieloma

^IMédica clínica geral na Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, Santos, SP.

^{II}Médico radiologista na Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, Santos, SP.

^{III}Médico radiologista na WebImagem, São Paulo, SP.

Trabalho exposto em painel impresso no 4º Congresso Internacional do Hospital São Camilo, realizada no Hotel Maksoud, em São Paulo, nos dias 23/11/2015 até 25/11/2015

Endereço para correspondência:

Márcio Luís Duarte

Av. General San Martin, 153 — Santos (SP) — CEP 11030-251

Cel. (13) 98111-2799

E-mail: marcioluisduarte@gmail.com

Fonte de fomento: não houve suporte financeiro — Conflito de interesse: não há conflito de interesse entre os autores

Entrada: 5 de março de 2016 — Última modificação: 11 de abril de 2016 — Aceite: 2 de maio de 2016

múltiplo, hipotireoidismo, psoríase, etilismo, sarcoidose e envenenamento por chumbo.¹

O diagnóstico é feito por meio de exames laboratoriais, de imagem e anatomopatológico. Em 95% dos pacientes há aumento de ácido úrico durante a crise ($> 7,5$ mg/dl), porém, vale lembrar que concentrações normais de ácido úrico não excluem o diagnóstico, principalmente naqueles em uso de medicamentos uricopênicos. Leucócitos e velocidade de hemossedimentação podem estar aumentados durante a crise.¹

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino de 59 anos, com dor no joelho há dois anos, que piorava com a flexão e melhorava com a extensão do membro, sem alterações de intensidade desde que começou, apresentou-se ao serviço. Negava alergias. Relatava hipertensão e gota, tratados com losartan e alopurinol, respectivamente. Exame de sangue mostrou leucocitose: 11.280 cel/ml. Ressonância magnética foi solicitada para elucidação diagnóstica.

A ressonância magnética demonstrou uma imagem heterogênea na inserção do tendão do quadríceps na patela em todas as sequências, de difícil delimitação e realce intenso pelo contraste (**Figura 1**). Sarcoma foi a principal hipótese diagnóstica.

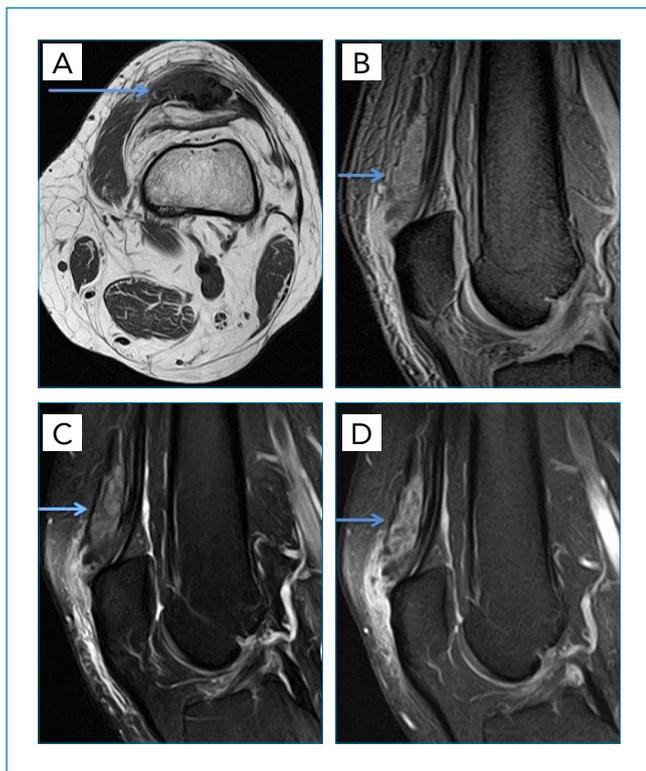


Figura 1. Ressonância magnética do joelho de paciente com 59 anos, demonstrando imagem heterogênea (seta azul) na inserção do tendão quadríceps na patela, de difícil delimitação. A: corte axial em T1; B: corte sagital em T2; C: corte sagital em T2 FAT SAT, D: corte sagital T2 FAT SAT com contraste.

O estudo anatomopatológico demonstrou várias peças irregulares de tecido acastanhado, firme, com consistência elástica (análise macroscópica), permitindo o diagnóstico de tofos gotosos.

DISCUSSÃO

Gota é caracterizada pela resposta inflamatória decorrente da deposição de cristais de urato em partes moles e articulações. Essa deposição pode levar a quadros de artropatia aguda ou crônica e a formação de tofo gotoso, massa nodulariforme correspondendo a agregação dos cristais de urato.²

No quadro agudo, a manifestação clínica mais comum é a monoartropatia dolorosa no esqueleto apendicular distal, mais comumente na primeira articulação metatarso-falangiana (podagra), que tem prevalência maior em homens ao redor da quarta década de vida e mulheres na pós-menopausa.^{2,3} Manifestações atípicas são eventualmente evidenciadas em idosos e pacientes transplantados, além daqueles com histórico de neoplasias, próteses ou mutações genéticas.²

Upadhyay e cols. demonstraram que 51% dos pacientes com gota apresentavam a doença localizada em um tendão ou ligamento.⁴ A proporção estatística é substancialmente maior se comparada a outros estudos,^{4,5} os quais sugerem que somente 11% das lesões se situam em tendões, e casos relacionados a ligamentos não haviam sido descritos.

Há inúmeras lesões que podem mimetizar um quadro clínico de gota, tais como a artrite séptica, osteomielite, artrite reumatoide e pseudogota (doença por deposição de pirofosfato de cálcio). O tofo gotoso, quando se apresenta como massa, pode ser de difícil diagnóstico, pois pode mimetizar várias patologias, como sarcomas,⁵ infecções,² tumor de células gigantes da bainha tendínea e sinovite vilonodular pigmentada, podendo levar a erro diagnóstico.⁶ Contudo, essa confusa apresentação é menos comum.²

O sarcoma sinovial possui diversas características em comum com a gota, dificultando o diagnóstico definitivo pelos exames de imagem. A lesão sarcomatosa, análoga à gota, também pode estar localizada adjacente à articulação, ao tendão ou à bursa. A presença de calcificação também é um achado comum entre as duas entidades, sendo descrita em 30% dos casos de sarcoma.⁶

O método padrão-ouro para estabelecer o diagnóstico de gota é a identificação dos cristais de urato no fluido aspirado ou no tofo gotoso.^{2,6} Uma erosão bem definida com bordos agudos é o sinal radiográfico mais específico para gota.⁶

O tofo gotoso, em pacientes assintomáticos, demonstra achados radiológicos ao longo do tempo. Há ainda manifestações radiológicas ocultas, que são somente evidenciadas pela tomografia computadorizada, pela ressonância magnética

ou pela ultrassonografia.⁶ O ultrassom é útil para visualizar vasos adjacentes e para excluir a possibilidade de aneurismas na presença de uma massa papável ao exame físico, sendo de grande ajuda também para a biópsia, proporcionando a visualização da agulha, da massa e dos vasos adjacentes.⁷

A tomografia computadorizada de dupla energia é um método rápido e não invasivo de identificar os cristais de urato, além de possuir alta especificidade para o diagnóstico de gota, o que diminui os erros diagnósticos.^{2,6} Seus achados facilmente confirmam o diagnóstico de gota em pacientes com níveis de urato sérico normal ou o excluem em pacientes com hiperuricemia.²

Na ressonância magnética, o tofo gotoso apresenta baixo sinal homogêneo em T1 e baixo ou isosinal heterogêneo em T2.^{4,6} O realce pelo gadolínio pode ser observado devido à presença de tecido de granulação perilesional e aumento da vascularização local.⁵ Entretanto, as características do sinal, sobretudo na sequência T2, são variáveis, existindo descrições de alto sinal em T2.^{4,7}

A lesão histológica característica é o tofo, um depósito nodular de cristais de urato monossódico monohidratado, que pode ser encontrado em cartilagens, tecidos subcutâneos periarticulares, tendões, ossos, rins; e, se obtido aspirado, confirmam o diagnóstico de gota.¹

Foi realizada busca sistematizada no PubMed, SciELO e LILACS (**Tabela 1**), sendo selecionados artigos em língua inglesa e portuguesa, a fim de obter informações, comparando os dados da literatura médica com nosso caso.

Tabela 1. Busca realizada no dia 17/10/2015, nas bases de dados

Base de dados	Estratégia de busca	Filtros	Resultados
PubMed	(Gout OR Gouty Arthritis [MeSH]) AND (SARCOMA[MeSH])	Relatos de casos	50
LILACS	(Gout OR Gouty Arthritis[MeSH]) AND (SARCOMA[MeSH])	Relatos de casos	03
SciELO	(Gout OR Gouty Arthritis[MeSH]) AND (SARCOMA[MeSH])	Relatos de casos	01

Notamos que o quadro algíco do paciente relatado na literatura é semelhante ao nosso, assim como a conduta realizada, diferindo apenas na conduta da biópsia. A literatura relata maior facilidade com a biópsia guiada pela ultrassonografia ou tomografia computadorizada da lesão devido à sua maior precisão, enquanto no nosso caso foi realizada biópsia incisional.

CONCLUSÃO

Pacientes com achados de imagem inespecíficos, sem histórico prévio patológico de gota e com forte suspeita de malignidade precisam de diagnóstico preciso e rápido, que pode ser proporcionado pela biópsia guiada pela tomografia computadorizada ou pelo ultrassom, além da biópsia incisional.

REFERÊNCIAS

- Oelke KR. Gota. In: Tierney LM, Saint S, Whooley MA, editors. Essência do diagnóstico e tratamento. San Francisco: McGraw Hill; 2002. p. 144.
- Desai MA, Peterson JJ, Garner HW, Kransdorf MJ. Clinical utility of dual-energy CT for evaluation of tophaceous gout. *Radiographics*. 2011;31(5):1365-75; discussion 1376-7.
- Jabour P, Masrouha K, Gailey M, El-Khoury GY. Masses in the extensor mechanism of the knee: an unusual presentation of gout. *J Med Liban*. 2013;61(3):183-6.
- Upadhyay N, Saifuddin A. The radiographic and MRI features of gout referred as suspected soft tissue sarcoma: a review of the literature and findings from 27 cases. *Skeletal Radiol*. 2015;44(4):467-76.
- Sheldon PJ, Forrester DM, Leach TJ. Imaging of intraarticular masses. *Radiographics*. 2005;25(1):105-19.
- Bond JR, Sim FH, Sundaram M. Radiologic case study. Gouty tophus involving the distal quadriceps tendon. *Orthopedics*. 2004;27(1):18, 90-2.
- Blacksin MF, Ha DH, Hameed M, Aisner S. Superficial soft-tissue masses of the extremities. *Radiographics*. 2006;26(5):1289-304.