

## SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO BILATERAL SECUNDÁRIA A GOTA: RELATO DE CASO

### *Bilateral carpal tunnel syndrome secondary to gouty: case report*

KÁTIA TÔRRES BATISTA<sup>1</sup>, EDILBERTO ASSUMPÇÃO DE ARAÚJO<sup>1</sup>

#### RESUMO

**Introdução:** O tofo gotoso é uma rara, porém reconhecida, causa de síndrome de compressão do túnel do carpo no sexo masculino. **Objetivo:** Descrever a evolução e o tratamento de um caso de disfunção das mãos devido à associação de gota, tenossinovite dos flexores e síndrome do túnel do carpo bilateral. **Relato do caso:** Paciente do sexo masculino, portador de gota tofácea. Apresentava grave compressão do nervo mediano no canal do carpo bilateral e associação de tenossinovite estenosante do terceiro quirodáctilo à esquerda e do segundo à direita. Realizou-se a retinaculotomia dos flexores, tenossinovectomia e a reconstrução tendínea com enxerto de tendão em tempo único. O paciente evoluiu com a recuperação da função das mãos, controle dos sintomas de gota e da compressão do nervo mediano. **Conclusão:** Os autores recomendam o diagnóstico precoce desta associação e o tratamento clínico como primeira escolha, indicando-se a cirurgia para as complicações.

**Descritores:** Síndrome do túnel do carpo. Gota. Tenossinovite.

#### SUMMARY

**Introduction:** Despite being a rare condition, the tophaceous gout is recognized as one possible cause of carpal tunnel syndrome in male subjects. **Objective:** Report the evolution and treatment of a bilateral carpal tunnel syndrome, associated with tenosynovitis and gout. **Case report:** Male patient with gout, a significant bilateral compression of the median nerve in the carpal tunnel, and tenosynovitis of the left middle and right index fingers. The patient was submitted to a carpal release, tenosynovectomy and primary reconstruction with tendon graft, and evolved with recovery of hand function, relief of gout and nerve symptoms. **Conclusion:** The authors recommend early diagnosis of the described combinations and clinical treatment as first choice. Surgery intervention is prescribed for cases with complications.

**Descriptors:** Carpal tunnel syndrome. Gout. Tenosynovitis.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

**Correspondência para:** Kátia Tôres Batista  
SQN 115 bloco I Apto 205 – Asa Norte – Brasília – DF – Brasil – CEP: 70772-090  
E-mail: katiatb@terra.com.br

## INTRODUÇÃO

O tofo gotoso é uma causa reconhecida de síndrome de compressão do túnel do carpo<sup>1-6</sup>. Tem uma incidência de 0,6%, principalmente no sexo masculino<sup>6</sup>. A gota pode se manifestar por meio de depósitos tofáceos no canal do carpo, tenossinovite dos tendões flexores, ocasionando a compressão do nervo mediano e a síndrome do túnel do carpo<sup>3-6</sup>.

Embora 50% dos casos de síndrome do túnel do carpo sejam de natureza idiopática, existem os casos relacionados a infiltração, edema, inflamação ou hemorragia tissular e as variações congênitas, incluindo tendões e músculos aberrantes, ou artéria mediana persistente<sup>6</sup>.

O tofo gotoso, raramente, causa a síndrome do túnel do carpo<sup>6</sup>. Todas as referências descritas na literatura são relatos de casos.

O objetivo deste artigo é descrever a evolução de um caso de associação de síndrome do túnel do carpo, tenossinovite e gota.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 49 anos. Procurou o serviço de cirurgia plástica do Hospital Sarah Brasília, em 2004, com história de gota associada à disfunção das mãos. Apresentava sintomas e sinais sugestivos de síndrome de compressão do túnel do carpo, tumorações nos punhos, ausência de extensão ativa e passiva do III quirodáctilo (QRD) à esquerda e do II quirodáctilo à direita (Figura 1).

Os exames laboratoriais revelaram a elevação do ácido úrico (11,4mg/dL), velocidade de hemossedimentação, proteína C-reativa, colesterol e glicemia, com níveis de ácido úrico na urina de 24h normal. À eletromiografia, observava-se síndrome do túnel do carpo de grau acentuado e, à ressonância magnética nuclear, sinais de espessamento dos tendões, tenossinovite e compressão do nervo mediano no canal do carpo bilateral (Figura 2).

Foi realizado o tratamento clínico com alopurinol 200 mg via oral, colchicina 0,5 mg via oral, duas vezes ao dia, e o procedimento cirúrgico, descompressão do nervo mediano no canal do carpo e a tenossinovectomia bilateralmente. À esquerda, foi necessária a reconstrução do tendão flexor do III QRD com enxerto de tendão palmar longo, seguido de programa de mobilização passiva precoce com o uso de órtese dinâmica<sup>7</sup> (Figura 3).

O intervalo entre os procedimentos cirúrgicos foi de seis meses e o tempo de seguimento de um ano. Na primeira semana de pós-operatório, apresentou quadro de agudização da gota e drenagem de material tofáceo através da incisão cirúrgica. Houve remissão dos sintomas de compressão do nervo mediano e a recuperação de 75% da flexão das articulações interfalângianas proximal e distal à esquerda e, de 100%, à direita, conforme classificação de Strickland e Glogovac<sup>8</sup>.

## DISCUSSÃO

Diversos autores<sup>1-6</sup> descreveram essa rara associação de gota, tenossinovite dos flexores e síndrome do túnel do carpo, todavia, é a principal causa de compressão aguda do nervo mediano em pacientes do sexo masculino<sup>6</sup>. Em alguns casos, diagnosticou-se previamente e outros desenvolveram gota aguda após o procedimento cirúrgico.

O diagnóstico de gota foi sugerido pelo quadro clínico, achado de hiperuricemia e de depósitos tofáceos no canal do carpo e tendões flexores durante o ato cirúrgico. Segundo Ferraso e Goldenberg<sup>9</sup>, considera-se o nível sérico de normalidade do ácido úrico entre 6,5-7 mg% para os homens e para as mulheres, em torno de 1 mg% a menos. Vale ressaltar que, apesar da hiperuricemia ser um pré-requisito para gota, este achado isolado não autoriza este diagnóstico<sup>9</sup>.

Figura 1 – À esquerda: pré-operatório; Centro e à direita: pós-operatório de retinaculotomia dos flexores + tenossinovectomia do flexor do II dedo à direita e III dedo à esquerda.



Figura 2 - À esquerda apresenta corte axial de exame de ressonância magnética, evidenciando-se aumento descontínuo do tendão flexor do III dedo à esquerda no punho e no canal do carpo. À direita apresenta o achado transoperatório dos tendões flexores do III dedo e do nervo mediano.

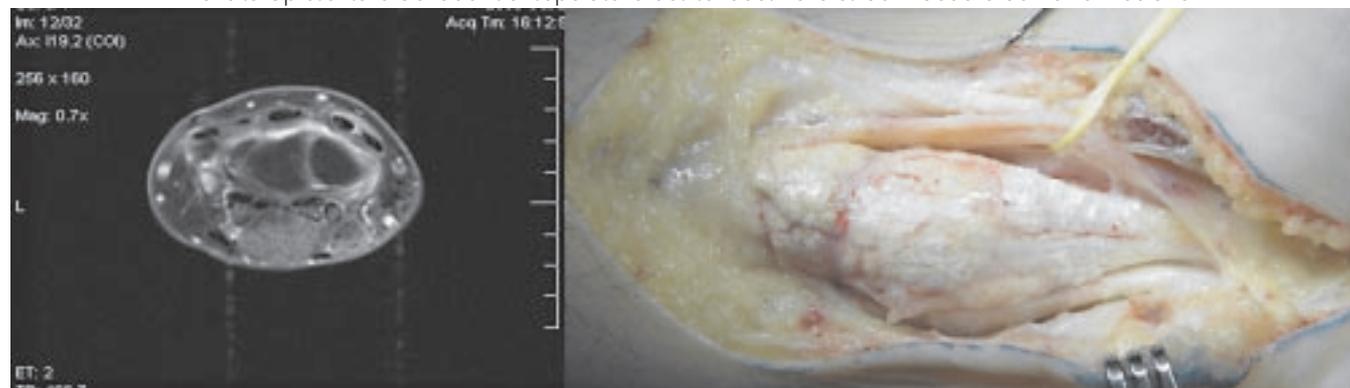


Figura 3 - Órtese dinâmica para programa de mobilização passiva precoce pós-operatória.



Quanto aos exames de imagem, Che et al.<sup>10</sup>, em estudo retrospectivo, observaram tofos no assoalho do canal do carpo, ossos do carpo, articulação radiocárpica, tendões extensores e bainha dos tendões, com sinais característicos coincidindo com a imagem visualizada no caso descrito.

O tratamento da gota visa ao controle da crise aguda, normalização das concentrações séricas do ácido úrico, prevenção da recorrência de novos surtos e dos fatores associados. Emprega-se o alopurinol, inibidor da enzima xantina-oxidase, na dose de 100 a 300 mg/dia para doença moderada, podendo chegar a 600 mg/dia para pacientes com doença tofácea grave. Na crise aguda, associa-se a colchicina (0,5 a 1 mg/dia) e os antiinflamatórios não-hormonais por dois a 12 meses<sup>9</sup>.

Assim como neste artigo e segundo os autores pesquisados<sup>1-4</sup>, o tratamento cirúrgico pode ser necessário para as complicações. Indica-se a remoção de depósitos tofáceos para melhora do deslizamento tendineo, descompressão nervosa, ganho de amplitude de movimentos e alívio da dor.

Observaram-se, neste caso, a recuperação da função das mãos e o alívio dos sintomas relacionados à compressão do nervo mediano.

Com a experiência demonstrada, constatou-se que o diagnóstico deve ser clínico e precoce, para prevenção das complicações. Nas complicações, a abordagem cirúrgica, principalmente na síndrome do túnel do carpo, pode fornecer bons resultados.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzalez MH, Cooper ME. Gouty tenosynovitis of the wrist. *Am J Orthop.* 2001;30(7):562-5.
2. Schuind FA, Clermon D, Stallenberg B, Rummelink M, Pastels JL. Gouty involvement of flexor tendons. *Chir Main.* 2003;22(1):46-50.
3. Mockford BJ, Kincaid RJ, Mackay I. Carpal tunnel syndrome secondary to intratendinous infiltration by tophaceous gout. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 2003;37(3):186-7.
4. Tan G, Chew H, Lai CH. Carpal tunnel syndrome due to gouty infiltration of the lumbrical muscles and flexor tendons. *Hand Surg.* 2003;8(1):121-5.
5. Rich JT, Bush DC, Lincoski CJ, Harrington TM. Carpal tunnel syndrome due to tophaceous gout. *Orthopedics.* 2004;27(8):862-3.
6. Phalen GS. The carpal-tunnel syndrome. Seventeen years' experience in diagnosis and treatment of six hundred fifty-four hands. *J Bone Joint Surg Am.* 1966;48(2):211-28.
7. Kleinert HE, Kutz JE, Cohen MD. Primary repair of zone II flexor tendon lacerations. In: *AAOS Symposium on Tendon Surgery in the Hand.* St Louis:CV Mosby;1975. p.91-104.
8. Strickland JW, Glogovac SV. Digital function following flexor tendon repair in zone II: a comparison of immobilization and controlled passive motion techniques. *J Hand Surg [Am]* 1980;5(6):537-43.
9. Ferraso AJL, Goidenberg J. Doenças microcristalinas: hiperuricemia. In: Prado EC, Ramos J, Valle JR, eds. *Atualizações terapêuticas: manual prático de diagnóstico e tratamento.* 18ª ed. São Paulo:Artes Médicas;1998.
10. Chen CK, Chung CB, Yeh L, Pan HB, Yang C, Lai PH, et al. Carpal tunnel syndrome caused by tophaceous gout: CT and MR imaging features in 20 patients. *AJR Am J Roentgenol.* 2000;175(3):655-9.