





Gota tofácea crônica: relato de caso na Atenção Primária à Saúde

Chronic tophaceous gout: a case report in PHC

Gota Tofácea Crônica: reporte de un caso en APS

João Gabriel Rodrigues Queiroz¹ , Mariana França da Cunha e Silva¹ , Giovanna Ganley Zimmermann¹ ,
Pedro Amaral Mendes Freitas¹ , Luiza Lima Ferreira¹ , Amanda Magri Freire¹ 

¹Escola de Medicina Souza Marques – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Resumo

Introdução: A gota é uma entidade clínica com a qual o ser humano convive desde o século V a.C. Decorre de uma alteração metabólica das purinas, resultante do acúmulo de ácido úrico sérico cuja incidência é mais evidente entre a terceira e quarta década de vida, predominante em homens. Apresenta fatores de risco como obesidade; raça afro-americana; sexo masculino; maiores níveis de ácido úrico sérico; e, ainda, relação com a alta ingestão de carnes vermelhas, frutos do mar, peixes, gorduras saturadas e consumo alcoólico dose-dependente. Em sua evolução, pode se apresentar de diferentes formas, a saber: hiperuricemia assintomática, artrite gotosa aguda, gota intercrítica e gota tofácea crônica. **Apresentação do caso:** Apresenta-se aqui um caso vultoso de gota tofácea crônica em paciente adulto, na quinta década de vida, sem acompanhamento regular. Além de discutir os efeitos da hiperuricemia mal controlada, o presente trabalho retrata uma das principais complicações mais desafiadoras da rotina do médico de família e comunidade: o acometimento osteoarticular. **Conclusões:** O caso em questão se destaca por sua relevância, haja vista o estágio evolutivo avançado que afeta a qualidade de vida e autonomia do paciente, demonstrando como a prática na atenção primária pode ser desafiadora e tem na abordagem integral sua potencialidade.

Palavras-chave: Gota; Saúde pública; Articulações.

Autor correspondente:

João Gabriel Rodrigues Queiroz

E-mail: joao.queiroz@souzamarques.br

Fonte de financiamento:

Não se aplica.

Parecer CEP:

CAAE: 79616924.0.0000.5239

TCLE:

Sim.

Procedência:

não encomendado.

Editora associada:

Monique Bourget

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 28/05/2024.

Aprovado em: 07/10/2025.

Como citar: Queiroz JGR, Silva MFC, Zimmermann GG, Freitas PAM, Ferreira LL, Freire AM. Gota tofácea crônica: relato de caso na Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2025;20(47):4318. [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)4318](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)4318)



Abstract

Introduction: Gout is a clinical entity that humans have lived with since the 5th century BC. It stems from a metabolic change in purines, resulting in the accumulation of uric acid in the blood, with its incidence most evident between the third and fourth decades of life, predominantly in men. Risk factors include obesity, Afro-American race, male sex, and higher levels of serum uric acid, and it is also related to increased intake of red meat, seafood, fish, saturated fats and dose-dependent alcohol intake. **Case presentation:** In its evolution, it can present an exuberant case of chronic tophaceous gout in an adult patient in his fifth decade of life, without regular follow-up. In addition to discussing the effects of poorly controlled hyperuricemia, this paper portrays one of the most challenging complications in the routine of the family and community doctor, osteoarticular involvement. **Conclusions:** The case in question stands out for its relevance, given the advanced evolutionary stage, which affects the patient's quality of life and autonomy, demonstrating how practice in primary health care can be challenging and has its potential in the comprehensive approach.

Keywords: Gout; Public health; Joints.

Resumen

Introducción: La gota es una entidad clínica con la que el ser humano ha convivido desde el siglo V antes de Cristo. Se deriva de una alteración metabólica de las purinas, resultante de la acumulación de ácido úrico sérico, cuya incidencia es más evidente entre la tercera y cuarta década de la vida, predominando en hombres. Presenta factores de riesgo como obesidad, raza afroamericana, sexo masculino, mayores niveles de ácido úrico sérico y también está relacionada con la ingesta aumentada de carnes rojas, mariscos, pescado, grasas saturadas e ingesta alcohólica dosis dependiente. En su evolución, puede presentarse de diferentes formas, a saber: hiperuricemia asintomática, artritis gotosa aguda, gota intercrítica y gota tofácea crónica. **Presentación del caso:** Aquí se presenta un caso exuberante de gota tofácea crónica en un paciente adulto, en la quinta década de la vida, sin seguimiento regular. Además de discutir los efectos de la hiperuricemia mal controlada, el presente trabajo retrata una de las complicaciones más desafiantes en la rutina del médico de familia y comunidad, la afectación osteoarticular. **Conclusiones:** El caso en cuestión destaca por su relevancia, dado el estadio evolutivo avanzado, que afecta la calidad de vida y la autonomía del paciente, demostrando cómo la práctica en la atención primaria puede ser desafiante y tiene su potencial en el abordaje integral.

Palabras clave: Gota tofácea crónica; Poliarticular; Complicaciones.

INTRODUÇÃO

Gota é uma doença metabólica que se apresenta classicamente como uma artrite inflamatória causada por períodos de hiperuricemia e acúmulo 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.^{1,2}

A gota é diretamente influenciada por fatores genéticos e dietéticos.³ A doença acomete, principalmente, homens de meia-idade e idosos, bem como mulheres pós-menopausa, sendo seis vezes mais comum no sexo masculino.⁴ Além disso, a alta concentração sérica de ácido úrico é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da gota.² Todavia, existem casos que desencadearam crises com níveis séricos normais ou baixos, sendo estes minoria.^{1,2}

Normalmente a hiperuricemia é dita quando os valores séricos de ácido úrico se encontram acima de 7 mg/dL.⁴⁻⁶ 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.^{4,5}

A doença em si é causada por cristais de urato e não pelo urato em solução. No momento em que 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 e caracterizando a fase aguda.^{4,5}

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.⁶⁻⁸ O presente trabalho relata um estudo de caso realizado com um paciente 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 em tendões, ligamentos, cartilagens, tecido celular subcutâneo e regiões periarticulares.^{1,2} Nesse cenário, o estudo por imagem pode ser útil para 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.^{1,7}

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.⁶⁻⁸ Diante disso, um ponto de interesse deste estudo é abordar as manifestações extra-articulares, demonstrando, na prática, possíveis complicações a longo prazo. Dito isso, no paciente em questão já se pode observar consequências importantes, as quais exigem intervenção e melhora do acompanhamento.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Homem, raça negra, 56 anos, comparece para consulta ambulatorial em unidade de atenção primária; sua história patológica pregressa incluía o diagnóstico de gota há aproximadamente 15 anos e hipertensão arterial sistêmica, há 10 anos. O usuário não realizava acompanhamento médico regular e decidiu retomar o cuidado após agravamento das deformidades associadas à gota, que vinham limitando sua autonomia e seu autocuidado. No exame físico, foi possível identificar sinais de artrite e deformidades articulares múltiplas, em especial em punhos, articulações metacarpofalangeanas (MCF), tendão de Aquiles, joelhos e tornozelos (Figuras 1 a 3). As lesões eram indolores, de consistência pétreo, superfície irregular e aderidas às articulações.



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.

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/1,73 m²; ureia 96 mg/dL; entre 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.

Após aproximadamente 45 dias, o paciente retornou para o ambulatório com os resultados dos exames. Os exames laboratoriais realizados em 25 de abril de 2024 evidenciaram as seguintes alterações: ácido úrico 7,6 mg/dL; creatinina 3,41 mg/dL; *clearance* de creatinina 20 ml/min/1,73 m²; ureia 215 mg/dL. Os exames radiográficos (Figura 4 a 6) corroboram 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 nefrologista e reumatologista.



Figura 4. Radiografia de joelho direito.



Figura 5. Radiografia de ambos os pés.

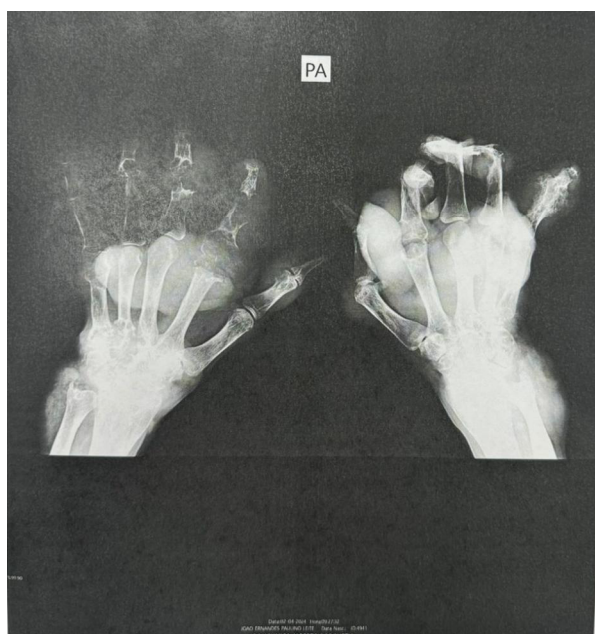


Figura 6. Radiografia de ambas as mãos.

DISCUSSÃO

O caso explicitado aborda um paciente do sexo masculino 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 aos hábitos diários.

Conforme visto na literatura, essa condição é uma doença sensível da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo mais prevalente na linha de cuidado da saúde do homem. Em números estatísticos, a prevalência geral dessa doença é estimada em 1,4% das pessoas acompanhadas em clínicas de medicina de família e comunidade do Reino Unido, na proporção de 3,6 homens para 1 mulher.^{1,3,9} Espera-se que, numa população adscrita de 3 mil usuários, a equipe de saúde da família acompanhe cerca de 7 a 9 pacientes com gota.¹⁰⁻¹²

Dentre os fatores que levam à cronicidade estão: excesso de álcool na dieta, inanição, longas caminhadas, traumas, intervenções cirúrgicas, uso de diuréticos tiazídicos, transfusões sanguíneas, mudanças bruscas de temperatura e idade. Esses fatores são 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. Ainda, a recidiva destas leva à artrite gotosa crônica.^{2,3,6}

O quadro clínico é dividido em quatro fases clínicas, em que 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 metatarsofalangiana do grande artelho ou hálux (podagra). Quando não tratado, pode levar à artropatia destrutiva dolorosa e urolitíase, porém, as últimas citadas são lesões passíveis de correção por meio do controle da hiperuricemia.^{1,4,5,8}

No histopatológico os tofos apresentam reações granulomatosas, sendo patognomônicos da doença; ocorrem com mais frequência em dedos, punhos, orelha, joelho, 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.⁶⁻⁸

O padrão-ouro no diagnóstico de gota é a observação de cristais de urato monossódico na microscopia óptica 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.^{4,5}

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.^{4,5} 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.⁹

Entretanto, diante de 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.^{4,5}

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 à precipitação e acumulação 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 casos atípicos, que envolvem idades ou locais incomuns, com sintomas prolongados e menos intensos na época de apresentação.^{1,2}

Ciente do que foi exposto e reiterado no caso, ainda que os acometimentos osteoarticulares supracitados sejam passíveis de avaliação por meio de exames de imagem, um acompanhamento regular do paciente pelo primeiro nível de atenção atenuaria o desfecho adverso do quadro. Neste relato, avaliações de maior densidade tecnológica, como exames de microscopia óptica e exames de imagem, têm papel secundário diante do potencial de resolutividade da atenção primária no que se refere ao acompanhamento de pacientes com gota.

Desse modo, não apenas um diagnóstico célere e a terapia hipouricemiante se fazem necessários, uma vez que a abordagem integral, competência nuclear do médico de família e comunidade, engloba o manejo de comorbidades e a estimativa de risco cardiovascular global e da função renal. O risco de desenvolvimento de doenças mieloproliferativas ou linfoproliferativas também precisa ser considerado.¹²

Em suma, o relato de caso supracitado valoriza a medicina de família e comunidade como especialidade não focal, estimulando a comunidade acadêmica a compartilhar experiências exitosas, sobretudo no contexto da atenção básica. Além dos benefícios descritos ao longo do texto, adiciona-se o potencial de redução de desfechos negativos e internações por doenças crônicas não transmissíveis — que têm, em seus principais exemplos, responsabilidade por mais de 80% das mortes anuais no mundo.^{13,14}

CONCLUSÃO

Neste estudo de caso, vemos um paciente masculino de 56 anos com achados ao exame de lesões tofosas e nódulos, em especial em punhos, MCF, tendão de Aquiles, joelhos e tornozelos, compatíveis com a cronicidade do quadro de gota. Este relato visa alertar sobre as consequências de casos de hiperuricemia mal controlados a longo prazo e seus impactos na história natural da doença.

Não apenas enfoque clínico, espera-se que este relato de caso tenha como potencialidade a valorização da coordenação do cuidado na prática assistencial. Este trabalho objetiva fortalecer o papel da atenção básica como porta de entrada preferencial do usuário para seu cuidado longitudinal, sendo as doenças crônicas não transmissíveis uma de suas mais importantes linhas de cuidado.

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 no contexto da APS do Sistema Único de Saúde (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 na prevenção de complicações em pacientes com gota, ressaltando a necessidade de uma abordagem abrangente e integrada no contexto do sistema de saúde pública.

O manejo de casos complexos, seja do ponto de vista clínico, demográfico ou socioeconômico, tão presente na prática de medicina da família e comunidade, reforça a importância da longitudinalidade e a coordenação do cuidado na prática dos médicos generalistas e da equipe multiprofissional como um todo.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

JGRQ: Conceituação, Supervisão, Curadoria de dados, Análise formal. MFCS: Conceituação, Supervisão. GGZ: Escrita – revisão e edição. PAMF: Escrita – primeira redação. LLF: Escrita – primeira redação. AMF: Escrita – revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes EA, Bergamaschi SB, Rodrigues TC, Dias GC, Malmann R, Ramos GM, et al. Aspectos relevantes do diagnóstico e seguimento por imagem na gota. *Rev Bras Reumatologia*. 2017;57(1):64-72. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2016.03.006>
2. Pinheiro GRC. Revendo a orientação dietética na gota. *Rev Bras Reumatologia*. 2008;48(3):157-61. <https://doi.org/10.1590/S0482-50042008000300005>
3. MacFarlane LA, Kim SC. Gout: a review of nonmodifiable and modifiable risk factors. *Rheum Dis Clin North Am*. 2014;40(4):581-604. <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2014.07.002>
4. Filipini DC, Gracioli MA. Artrite gotosa: um relato de caso. *Discip Sci*. 2001;2(1):53-70.
5. Azevedo VF, Lopes MP, Catholino NM, Paiva ES, Araújo VA, Pinheiro GRC. Revisão crítica do tratamento medicamentoso da gota no Brasil. *Rev Bras Reumatologia*. 2017;57(4):346-55. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2016.06.009>
6. Neto MSP, Barros BM, Muhib SA. Gota tofácea exuberante: relato de caso. *Rev Bras Reumatologia*. 1998;49(6):741-6.
7. Souza GR, Silveira RG, Silva RB, Fernandes RSC. Artrite Gotosa Crônica com danos articulares severos: um relato de caso. *Anais da Semana Científica da Faculdade de Medicina de Campos*. 2023;2:46. <https://doi.org/10.29184/anaisscfmc.v22023p46>

8. Santos FD. Gota: uma revisão. *Rev Med UFPR*. 2014;3(1):25-31. <https://doi.org/10.5380/rmu.v3i1.46382>
9. Sarmiento JF, Cavalcante VA, Sarmiento MTR, Braz AS, Freire EAM. Artrite da gota tofácea crônica mimetizando artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatologia*. 2009;49(6):741-6. <https://doi.org/10.1590/S0482-50042009000600011>
10. Dalbeth N, Gosling AL, Gaffo A, Abhishek A. Gout. *Lancet*. 2021;397(10287):1843-55. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00569-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00569-9)
11. Rozas MG, Paula JMG, Hidalgo SF, Pedreira MRL. Gota tofácea crônica. *Medicina de Família Semergen*. 2013;39(6):e29-e34. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2012.05.004>
12. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2022.
13. Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
14. Pereira HNS, Santos RIO, Uehara SCSA. Efeito da Estratégia da Família na redução de internações por doenças crônicas não transmissíveis. *Rev Enferm UERJ*. 2020;28:e49931. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49931>