



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

MARCOS VINICIUS VIEIRA ROCHA

SÍNDROME COMPRESSIVA DO NERVO TIBIAL NA FOSSA POPLÍTEA POR TOFO  
GOTOSO: RELATO DE CASO

Porto Alegre

2024

MARCOS VINICIUS VIEIRA ROCHA

SÍNDROME COMPRESSIVA DO NERVO TIBIAL NA FOSSA POPLÍTEA POR TOFO  
GOTOSO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Ortopedia e Traumatologia.

Orientador: Dr Bruno Pereira Antunes

Porto Alegre

2024

#### CIP - Catalogação na Publicação

ROCHA, MARCOS VINICIUS  
SÍNDROME COMPRESSIVA DO NERVO TIBIAL NA FOSSA  
POPLÍTEA POR TOFO GOTOSO: RELATO DE CASO / MARCOS  
VINICIUS ROCHA. -- 2024.  
13 f.  
Orientador: BRUNO PEREIRA ANTUNES.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de  
Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência  
Médica, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Síndrome compressiva em fossa poplítea. 2. tofo  
gotoso. I. PEREIRA ANTUNES, BRUNO, orient. II.  
Título.

**RESUMO**

Introdução: Gota é uma patologia caracterizada por artrite inflamatória causada pela deposição de cristais de monourato de sódio nas articulações e, cronicamente, pela formação de tofos. Caso: Paciente masculino de 64 anos com dor em joelho direito e tofos gotosos comprimindo o feixe neurovascular na fossa poplítea Discussão: síndrome compressiva da fossa poplíteia por tofos gotosos é apresentação extremamente rara. Conclusão: diante de quadro de gota e sintomas neurológicos faz-se necessária avaliação completa para descartar compressão extrínseca do feixe neurovascular.

Palavras-chave: tofo gotoso; fossa poplíteia; síndrome compressiva do nervo tibial

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 RELATO DO CASO.....</b>	<b>2</b>
<b>3 DISCUSSÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>4 CONCLUSÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>8</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Gota é caracterizada por uma artrite inflamatória decorrente do depósito de cristais de monourato de sódio nas articulações em pacientes com uremia cronicamente elevada. É a segunda causa de artrite inflamatória afetando aproximadamente 4% da população americana, tendo história familiar positiva em 40% dos casos, sendo mais comum no sexo masculino. Fatores de risco incluem fatores dietéticos, histórico familiar, doença renal crônica, dislipidemia, algumas medicações, entre outros fatores.

Os locais mais comuns são a primeira articulação metatarsofalangeana, joelho ou tornozelo. Lesões articulares prévias podem facilitar a formação de cristais. O quadro clínico de crise de gota é um edema articular doloroso que pode mimetizar ou ocorrer simultaneamente a um quadro de artrite séptica; já o quadro crônico pode causar erosões ósseas e danos a nervos e tendões adjacentes.

A fisiopatologia da gota pode ser dividida em 4 estágios:

- 1- hiperuricemia;
- 2- deposição de cristais de monourato de sódio assintomáticas;
- 3- deposição de cristais de monourato de sódio crise de gota;
- 4- gota crônica com tofos.

O diagnóstico definitivo de gota é a identificação de cristais de monourato de sódio no líquido sinovial coletado através de artrocentese (que possuem formato de agulha e birrefringência negativa à luz polarizada). O material da artrocentese deve sempre ser encaminhado para análise de celularidade e pesquisa de culturais. Contagem de leucócitos abaixo de 50 mil e presença de cristais no líquido sinovial normalmente não são sugestivos de artrite séptica - porém devem ser analisados com cautela em pacientes com imunossupressão. Na ausência de punção articular, pode-se usar como critérios diagnósticos a história clínica compatível, hiperuricemia e quadro radiológico compatível. Em radiografias podemos observar erosões em “saca-bocado” porém tais lesões ocorrem em estágios mais tardios da doença. Proteína C reativa durante a crise de gota pode elevar-se significativamente (valores abaixo de 100 na presença de cristais e baixa celularidade no líquido sinovial são compatíveis com artrite gotosa)

O tratamento do quadro agudo visa controlar os sintomas inflamatórios. Drogas como AINES, colchicina e corticoides podem ser utilizados isoladamente ou em combinação.

Cronicamente deve-se utilizar drogas hipouricemiantes. O tratamento cirúrgico é reservado para casos com concomitante artrite séptica, dano aos tecidos moles adjacentes ou déficits neurológicos.

## **2 RELATO DO CASO**

Paciente masculino, 64 anos, mecânico, portador de hipertensão, doença renal crônica estágio IIIb, gota com má adesão ao tratamento busca atendimento em serviço de emergência por dor intensa em joelho direito há 10 dias. Relatou também parestesia em pé direito (região plantar). Ao exame apresentava edema, restrição de amplitude de movimento em joelho direito e abaulamento em região poplíteia. Exames laboratoriais na chegada mostravam: hemoglobina 11,3g/dL; leucócitos totais 64800 (76,2% segmentados); plaquetas 184 mil/mcL; creatinina 2,67 mg/dL; ácido úrico 8,0 mg/dL; proteína C reativa 79,4 mg/L. Realizada artrocentese na emergência: bacterioscópico e bacteriológico com ausência de germes; contagem de células em líquido sinovial 18502 células/mcL (82% neutrófilos); pesquisa de cristais positiva para presença de cristais em forma de agulha.

Fig. 1



Fig. 2



Fig. 1 e 2: Radiografia de joelho direito em AP e perfil com sinais de artrose tricompartmental

Devido a queixa de parestesia, realizou ressonância magnética de joelho direito que mostrou, além de sinais de artrite gotosa, proeminentes tofos causando compressão do nervo tibial.



Fig. 3

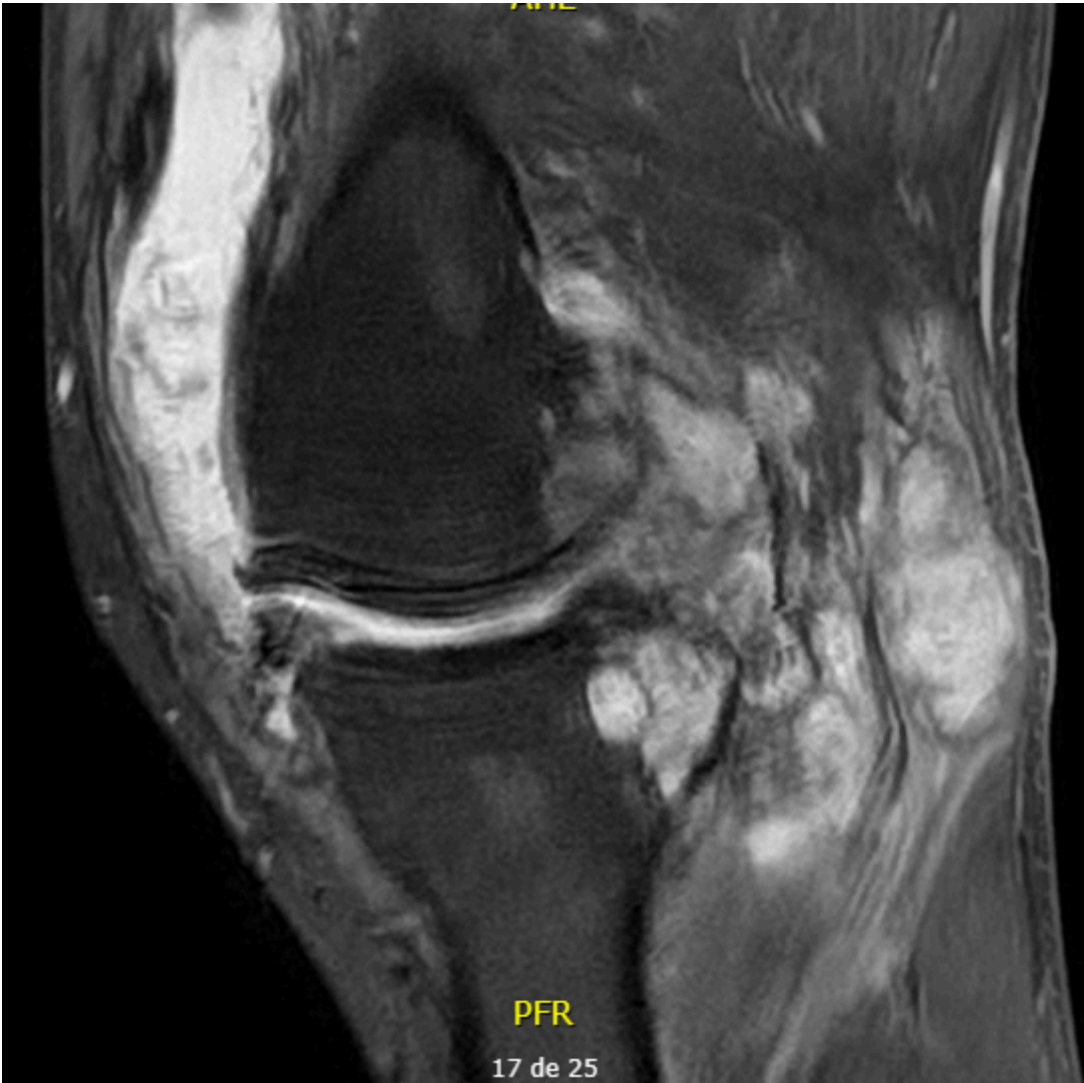


Fig. 4

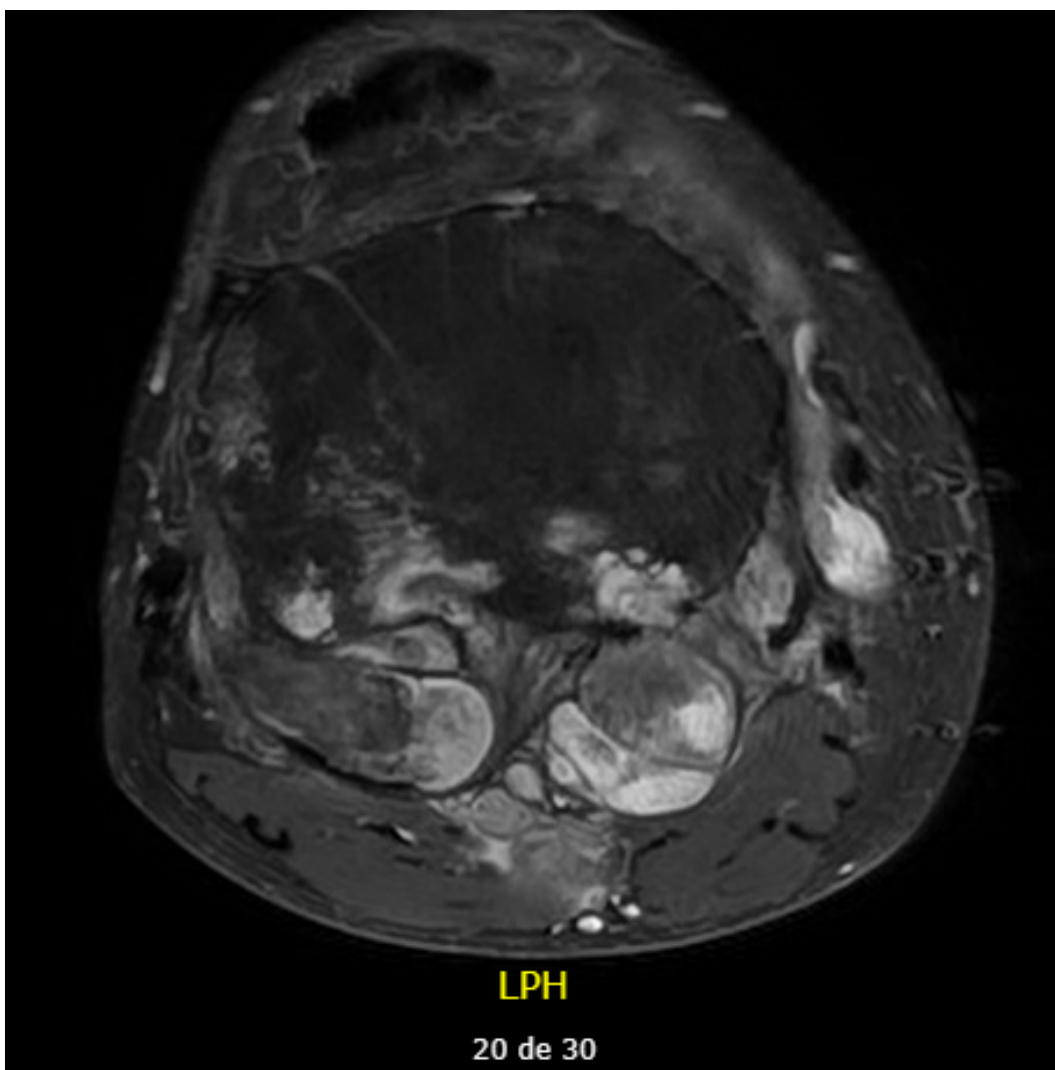


Fig. 3 e 4: RNM de joelho direito cortes sagital e axial mostrando erosões ósseas, tofos gerando compressão do feixe neurovascular ao nível da fossa poplíteia

O paciente foi submetido a ressecção de tofos gotosos da região poplíteia direita resultando em melhora da parestesia no pé direito.

Fig. 5



Fig. 5: tofos gotosos comprimindo o nervo tibial

Fig. 6



Fig. 6: imagem pós ressecção de tofos da fossa poplíteia

### **3 DISCUSSÃO**

O tratamento cirúrgico da crise de gota ocorre mais comumente em decorrência de artrite séptica sobreposta. Em busca na plataforma PUBMED/MEDLINE não foi encontrado nenhum relato de compressão nervosa ao nível da fossa poplítea por tofo gotoso. Síndrome compressiva na região da fossa poplítea é uma entidade rara cujos diagnósticos diferenciais incluem compressão do feixe neurovascular por cistos gangliônicos das divisões distais do nervo ciático, cistos da adventícia da artéria poplítea, sarcoma sinovial na articulação do joelho, síndrome compartimental do membro inferior, aneurisma da artéria poplítea e cisto de Baker.

### **4 CONCLUSÃO**

O caso apresentado trata-se de uma apresentação atípica de síndrome compressiva ao nível da fossa poplítea. Investigação radiológica com ressonância nuclear magnética se fez necessária para avaliação e planejamento cirúrgico do tratamento.

## REFERÊNCIAS

DALBETH, N.; MERRIMAN, T. R.; STAMP, L. K. Gout. *Lancet*, v. 388, n. 10055, p. 2039–2052, 2016.

KELLER, S. F.; MANDELL, B. F. Management and cure of gouty arthritis. *Rheumatic diseases clinics of North America*, v. 48, n. 2, p. 479–492, 2022.

SANCHEZ, J. E.; CONKLING, N.; LABROPOULOS, N. Compression syndromes of the popliteal neurovascular bundle due to Baker cyst. *Journal of vascular surgery*, v. 54, n. 6, p. 1821–1829, 2011.

SANTOS, F. Gota: uma revisão. *Revista Médica da UFPR*, v. 3, n. 1, 2016.