

Gota na mão, no pulso e no cotovelo

A gota crônica pode causar o surgimento de nódulos duros, chamados tofos, ao redor das articulações dos dedos, o que pode limitar o movimento e a função da mão.

Arthritis Research UK Primary Care Centre / Wikimedia Commons, CC BY 2.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

O que você está sentindo

A gota geralmente se manifesta durante a noite. Uma articulação (às vezes a base do polegar, um nó dos dedos, o pulso ou a ponta do cotovelo) torna-se extremamente dolorida em apenas algumas horas. Ela fica quente, vermelha e inchada; é tão sensível que até o peso de um lençol parece insuportável. Isso é um **surto**, e o primeiro surto costuma ocorrer no pé, mas a mão e o pulso também são locais comuns.

Entre os surtos, a articulação pode parecer completamente normal, motivo pelo qual muitas pessoas ignoram o primeiro ataque. Contudo, ao longo de meses e anos, a gota pode gerar nódulos duros sob a pele, ao redor das articulações dos dedos, dos nós dos dedos ou sobre o cotovelo. Eles são chamados de tofos. Podem ser esbranquiçados ou ter cor de giz sob a pele; à medida que crescem, podem deixar a mão rígida, enfraquecer a força de preensão e dificultar tarefas delicadas, como abotoar uma camisa. Algumas pessoas também percebem **dormência ou formigamento** nos dedos quando um nódulo comprime um nervo no pulso.

O que realmente está acontecendo

A gota é um problema que afeta todo o corpo, manifestando-se nas articulações. O corpo produz um subproduto de resíduo chamado **ácido úrico** (urato). Quando sua concentração no sangue fica muito alta, ele pode formar pequenos cristais pontiagudos que se depositam nas articulações e nos tecidos moles ao redor, inclusive na mão e no pulso.

O sistema imunológico considera esses cristais invasores e os ataca; essa reação é a inflamação súbita e intensa que percebemos como um surto. Se os níveis elevados de urato permanecerem sem controle por anos, os cristais se acumulam formando depósitos sólidos (tofus). Com o tempo, esses depósitos podem desgastar o osso, danificar os tendões e, ocasionalmente, comprimir algum nervo. O ponto importante é que os surtos e os

nódulos são duas manifestações da mesma condição: **excesso de urato no corpo**. Controle o nível de urato e você controlará a doença.

O que podemos fazer a respeito

O tratamento possui duas vertentes distintas, e ambas são importantes.

Controlar a crise. Uma crise aguda é controlada com medicamentos anti-inflamatórios, geralmente comprimidos anti-inflamatórios (AINEs), colchicina ou um curto ciclo de esteroides. Esses medicamentos têm maior eficácia quando administrados precocemente; por isso, vale a pena combinar um plano de ação com seu médico antes da próxima crise.

Reduzir os níveis de urato de forma duradoura. É isso que, com o tempo, cura a gota. Um comprimido diário, na maioria das vezes **alopurinol**, reduz gradualmente o nível de urato no sangue até atingir um valor-alvo. Mantido nesse nível por tempo suficiente, os cristais se dissolvem, as crises cessam e os tofos diminuem. Dieta e estilo de vida também ajudam (menos cerveja e destilados, reduzir o consumo de bebidas açucaradas, manter um peso saudável e beber bastante água); porém, para a maioria das pessoas, é o comprimido diário que faz a maior parte do trabalho.

A cirurgia é necessária apenas em casos excepcionais, como quando há um tofo grande que rompe a pele, interfere em um tendão ou comprime um nervo (por exemplo, causando sintomas de síndrome do túnel carpal). Mesmo nesses casos, o tratamento medicamentoso para reduzir o urato deve ser mantido após a cirurgia.

O que esperar

A gota é uma das poucas formas de artrite que realmente conseguimos controlar. Se o nível de urato permanecer abaixo do valor alvo por um longo período, as crises tornam-se raras e depois cessam, e os nódulos existentes desaparecem gradualmente. É um processo lento: leva meses ou anos. O comprimido para reduzir o urato geralmente deve ser tomado para sempre, pois interromper o tratamento permite que os cristais se formem novamente.

O preço a pagar por essa paciência é real: quanto mais tofos se acumulam na mão, mais ela fica limitada em suas funções. Por isso, manter o urato em níveis baixos desde cedo protege a força de preensão e a funcionalidade da mão. As pessoas que mantêm o tratamento obtêm excelentes resultados.

Quando procurar um médico

- Uma **primeira ocorrência de articulação quente, inchada e dolorida**: procure um médico imediatamente. Uma infecção articular pode ter aparência idêntica à gota e é uma emergência; por isso, é necessário diferenciar uma da outra.
- **Ataques recorrentes** ou que estejam se tornando mais frequentes: esse é o sinal para iniciar o tratamento para reduzir os níveis de urato.

- **Aparição de nódulos** ao redor das articulações, ou um nódulo que rompa a pele ou libere material semelhante a giz.
- **Dormência, formigamento ou fraqueza** na mão: pode haver um depósito pressionando algum nervo, e isso merece avaliação.

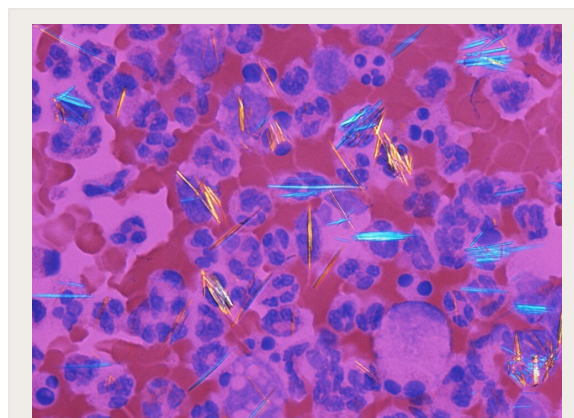
Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. A gota merece essa leitura adicional, pois é uma das poucas doenças reumatológicas com uma cura real – e também uma das mais mal tratadas, já que o efeito dessa cura ocorre numa escala de tempo que parece inadequada quando se está sentindo dor.

O QUE REALMENTE É A GOTA: CRISTAIS DE URATO

O ácido úrico é um produto residual normal gerado quando o corpo decompõe substâncias chamadas purinas (provenientes das células e de alguns alimentos). Quando os níveis de urato no sangue permanecem elevados, ele sai da solução e forma pequenos cristais em forma de agulha, chamados **cristais de urato monossódico (MSU)**, dentro e ao redor das articulações. Esses cristais se formam mais facilmente em locais mais frios; por isso, o dedão do pé – a articulação mais fria e periférica do corpo – é o primeiro alvo clássico.

Naquela articulação, a gota é uma condição verdadeiramente destrutiva, e não apenas dolorosa. Em um grupo de **5.478** pacientes, a artrite aguda da primeira articulação metatarsofalângica é muito comum na gota e tem impacto significativo na dor e na incapacidade; além disso, causa efeitos comprovados na estrutura e na função da própria articulação [1].



Cristais de urato monossódico sob luz polarizada — os cristais em forma de agulha que são fagocitados pelas células imunológicas, desencadeando um ataque de gota.

Bobjgalindo, Wikimedia Commons, CC BY-SA 3.0

O INFLAMASSOMA: POR QUE UM ATAQUE É TÃO SÚBITO E INTENSO

O ataque se inicia quando células fagocitárias do sistema imunológico (**macrófagos**) engolem os cristais de MSU. Esses cristais ativam um complexo de alarme interno chamado **inflamassoma NLRP3**, que ativa uma enzima (caspase-1) responsável pela liberação de um potente mensageiro inflamatório, a **interleucina-1 β** (**IL-1 β**). A IL-1 β provoca intensa inflamação na articulação, resultando em vermelhidão, calor, inchaço e dor aguda em poucas horas. Com o passar dos dias, a resposta inflamatória se esgota, e os ataques cessam por si só.

Esse mecanismo explica algo de grande importância clínica: o ataque é, na verdade, a reação imunológica aos cristais, e não os próprios cristais. Controlar o ataque e remover os cristais são problemas distintos que exigem medicamentos diferentes, em escalas de tempo diferentes.

O NÚMERO QUE DECIDE TUDO

O tratamento a longo prazo tem um único objetivo mensurável: baixar o nível sérico de urato para abaixo da concentração na qual os cristais podem se formar, e mantê-lo ali. As diretrizes internacionais recomendam manter o nível sérico de urato abaixo de **0,36 mmol/L (6 mg/dL)**; quando há tofos, o alvo é abaixo de **0,30 mmol/L (5 mg/dL)**, pois nesses níveis os cristais já existentes se dissolvem, em vez de simplesmente deixarem de se acumular.

As evidências científicas apoiam o tratamento baseado nesses alvos, e não a simples prescrição de uma dose fixa na esperança de bons resultados. Em um ensaio clínico randomizado com **183** participantes, o aumento mensal da dose de alopurinol até atingir o alvo resultou em redução significativa tanto na proporção de pacientes com crises quanto no tamanho médio dos tofos ao longo de **24 meses**; além disso, o tratamento foi bem tolerado [2].

O mesmo princípio se aplica ao nível de prestação de serviços: um ensaio randomizado no Reino Unido que avaliou cuidados conduzidos por enfermeiros, com foco na educação do paciente e na estratégia de tratamento baseada em alvos de urato, demonstrou controle muito melhor do nível sérico de urato em comparação com os cuidados habituais; houve também menos crises e maior resolução dos tofos após **dois anos** [3].

Conclui-se, então, duas coisas: uma dose de alopurinol nunca ajustada conforme os resultados de exames de sangue não constitui, na verdade, um tratamento eficaz; e a afirmação “minha gota está sob controle” refere-se a um valor numérico específico, e não à simples ausência de crises neste mês.

POR QUE O TRATAMENTO É ABANDONADO NOS PRIMEIROS MESES

O início do tratamento hipouricemiante pode **desencadear** crises. À medida que os cristais se dissolvem, liberam material ao qual o inflamassoma reage; por isso, os primeiros meses de tratamento podem ser piores do que a doença parecia ser. Esse é o motivo mais comum pelo qual as pessoas interrompem o tratamento e concluem que ele não funciona, quando, na verdade, a crise é sinal de que o tratamento está surtindo efeito. É por isso que o tratamento é iniciado com doses baixas, aumentadas gradualmente, e geralmente acompanhado de profilaxia anti-inflamatória nos primeiros meses.

DUAS COISAS QUE UM CIRURGIÃO DE MEMBRO SUPERIOR DEVE OBSERVAR

A gota não se limita ao pé; no braço, ela pode mimetizar patologias cirúrgicas. Existem casos relatados de tenossinovite gotosa na inserção distal do bíceps, que causa ruptura parcial do tendão, apresentando-se como uma simples ruptura do bíceps – sendo a gota a explicação para o quadro [4]. Embora seja rara, esse é o tipo de diagnóstico que só é feito por quem pensa nele.

De forma mais tranquilizadora, uma preocupação comum não se confirma: após analisar **684.964** pessoas, constatou-se que a gota **não** está associada a maior risco de fraturas. Além disso, o uso precoce de medicamentos para reduzir os níveis de urato não apresentou efeitos adversos nem benefícios no risco de fraturas [5].

REFERÊNCIAS

[1] Stewart S, Dalbeth N, Vandal AC, Rome K. A primeira articulação metatarsofalângica na gota: uma revisão sistemática e meta-análise. BMC Musculoskelet Disord. 2016;17(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-016-0919-9>

- [2] Stamp LK, Chapman PT, Barclay ML, Horne A, Frampton C, Tan P, et al. Um ensaio clínico randomizado sobre a eficácia e segurança da escalada da dose de alopurinol para atingir o nível alvo de urato sérico em pacientes com gota. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(9):1522-8. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-210872>
- [3] Doherty M, Jenkins W, Richardson H, Sarmanova A, Abhishek A, Ashton D, et al. Eficácia e custo-efetividade do cuidado conduzido por enfermeiros, envolvendo educação e engajamento dos pacientes, aliado a uma estratégia de tratamento visando o nível alvo de urato, em comparação com o cuidado habitual na gota: um ensaio clínico randomizado. *Lancet*. 2018;392(10156):1403-12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32158-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32158-5)
- [4] Fairhurst RJ, Schwartz AM, Rozmaryn LM. Tenossinovite gotosa na inserção do tendão bicipital distal, complicada por ruptura parcial do tendão. *Hand (N Y)*. 2016;12(1):NP1-NP5. <https://doi.org/10.1177/1558944715627639>
- [5] Liu F, Dong J, Zhou D, Kang Q, Xiong F. A gota não está associada ao risco de fratura: uma meta-análise. *J Orthop Surg Res*. 2019;14(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-019-1317-4>