

Departamento de Dermatologia, Zhejiang University  
School of Medicine Second Affiliated Hospital, Hangzhou,  
Zhejiang, China

\* Autor para correspondência.

E-mail: [wuxianjie@zju.edu.cn](mailto:wuxianjie@zju.edu.cn) (X. Wu).

Recebido em 26 de outubro de 2022; aceito em 3 de dezembro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.04.002>

2666-2752/ © 2024 Sociedade Brasileira de Dermatologia.  
Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open  
Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Dermatoscopia do tofo gotoso nasal e auricular ☆,☆☆



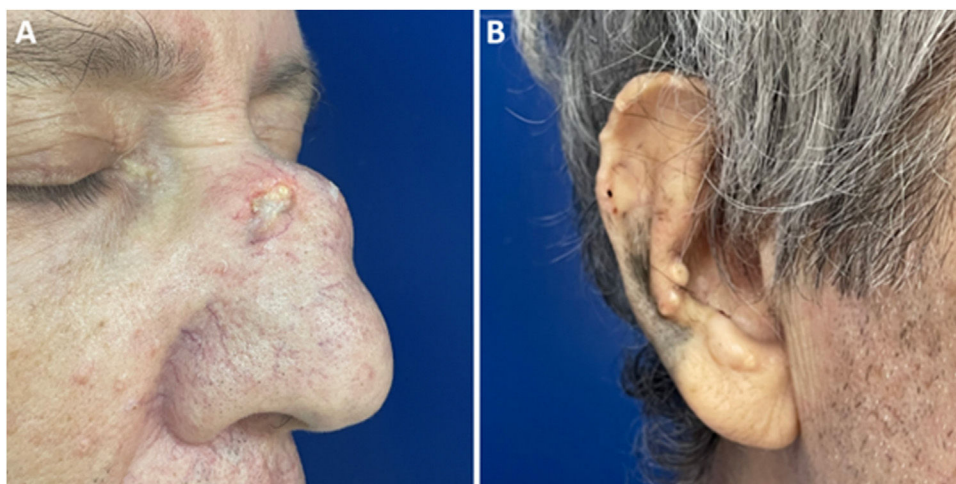
Prezado Editor,

Paciente do sexo masculino, 62 anos, hipertenso, ex-etilista, portador de gota havia aproximadamente 20 anos e em tratamento irregular com alopurinol e colchicina. Apresentava lesão nodular de consistência firme e indolor no dorso nasal com um ano de evolução, que progrediu com ulceração. Ao exame dermatológico, notavam-se pápulas amareladas nas hélices (fig. 1) e aumento de volume nas articulações das mãos, cotovelos, joelhos e pés. A dermatoscopia da lesão nasal evidenciou área branca amorfa central, com áreas amareladas entremeadas por estruturas polimórficas brancas brilhantes na periferia da lesão, além de eritema difuso e vasos ramificados periféricos (fig. 2). O exame dermatoscópico das lesões das hélices mostrou, predominantemente, estruturas globulares branco-amareladas agregadas (fig. 3), com vasos ramificados atravessando a lesão e na periferia da mesma (fig. 3A). Em outras lesões da hélice direita, diferentemente dos achados anteriores, observava-se área branco-

-amarelada amorfa (fig. 4A) ou fundo branco-amarelado amorfo com vasos ramificados desfocados dispersos sobre a lesão (fig. 4B-C). Também nesse mesmo local pode se observar lesão com área branca amorfa, centro amarelado e eritema difuso periférico, semelhante à lesão nasal (fig. 4D). Nos exames laboratoriais, o paciente apresentava anemia com marcadores inflamatórios elevados, redução da função renal e ácido úrico sérico elevado (7,8 mg/dL, VR: 3,5-7,2 mg/dL). No entanto, o ácido úrico urinário estava dentro do valor da normalidade (378,4 mg/24 h - VR: 250-750 mg/24 h). O exame histopatológico da lesão do dorso nasal mostrou depósitos eosinofílicos amorfos ou de aspecto cristalóide na derme com aparência de agulhas, correspondendo a agregados de cristais de urato monossódico envolvidos por infiltrado inflamatório granulomatoso, compatível com o diagnóstico de tofo gotoso (fig. 5).

## Discussão

A gota é a artrite inflamatória mais comum, causada pelo depósito de cristais de urato monossódico nas articulações.<sup>1</sup> O tofo gotoso, acúmulo desses cristais nos tecidos moles, é

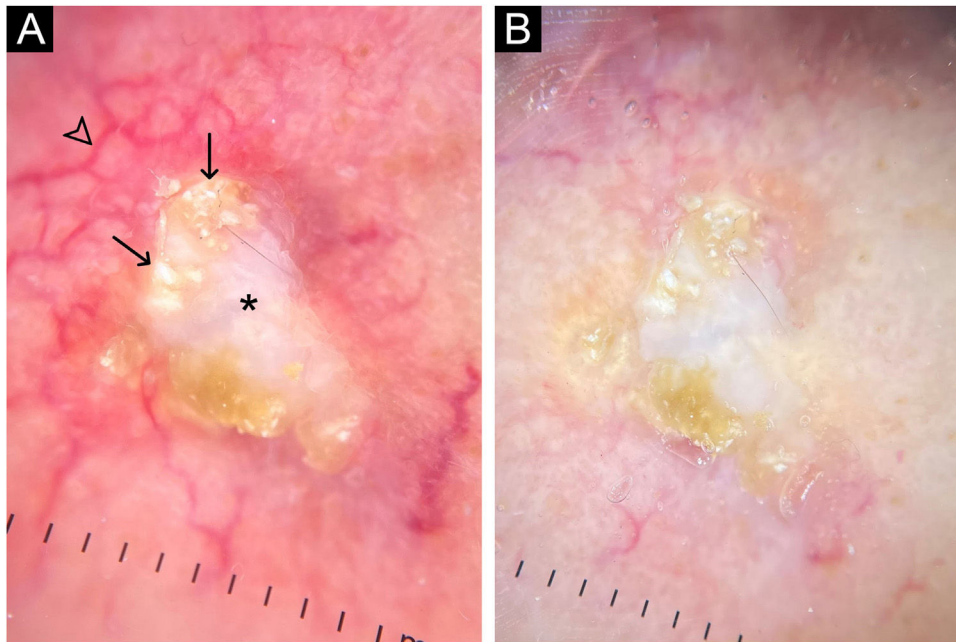


**Figura 1** Aspecto clínico dos tofos gotosos. (A) Lesão nodular ulcerada no dorso nasal. (B) Pápulas amareladas da orelha direita.

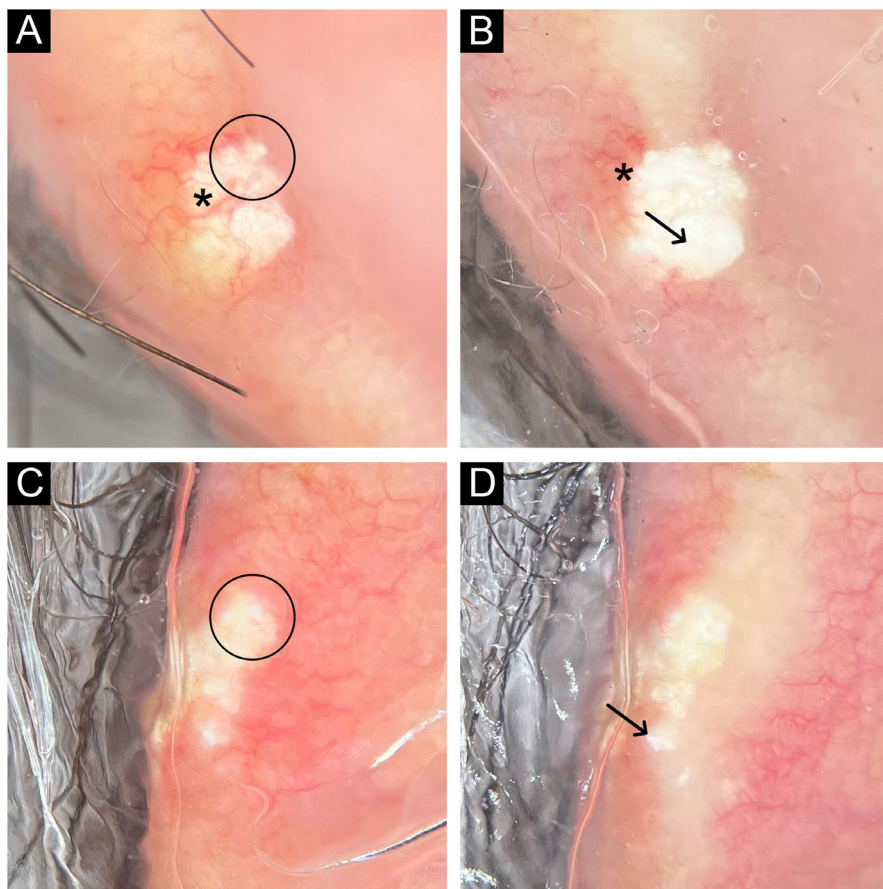
DOI do artigo original: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.12.014>

☆ Como citar este artigo: Santos BS, Maciel MAP, Valente NYS. Dermoscopy of nasal and auricular gouty tophi. An Bras Dermatol. 2024;99:615-8.

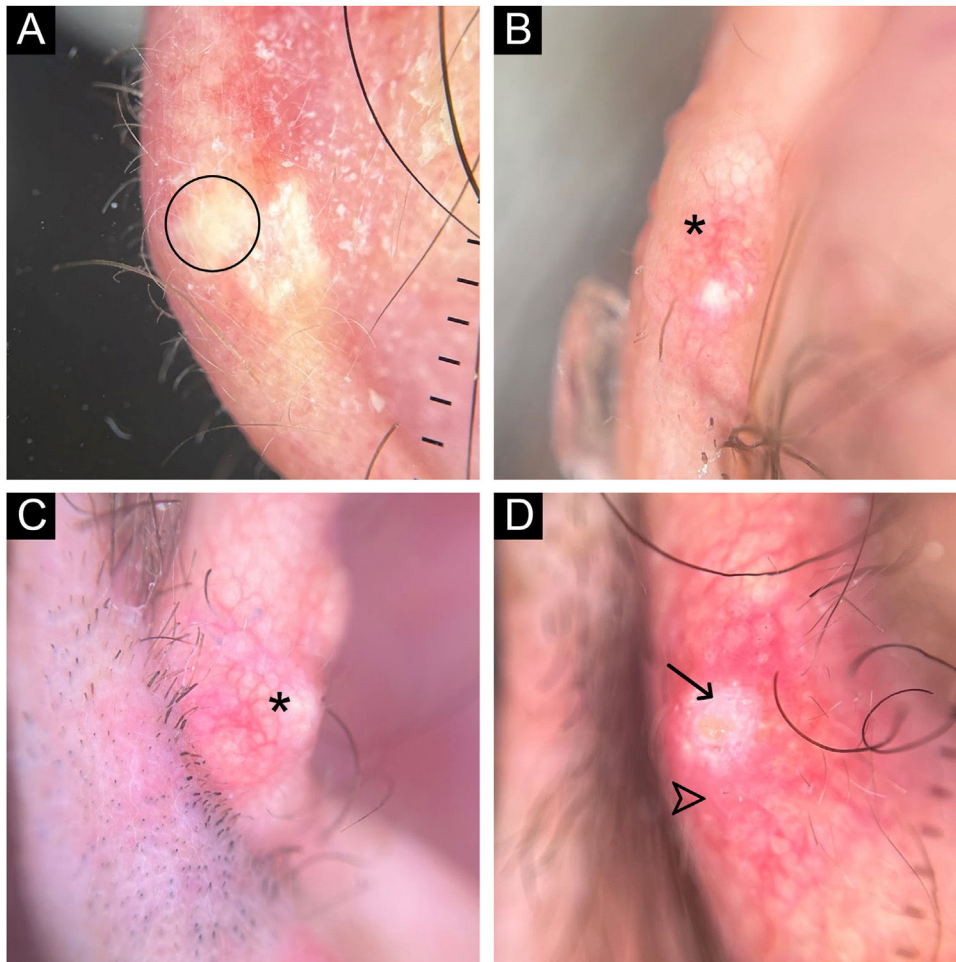
☆☆ Trabalho realizado no Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil.



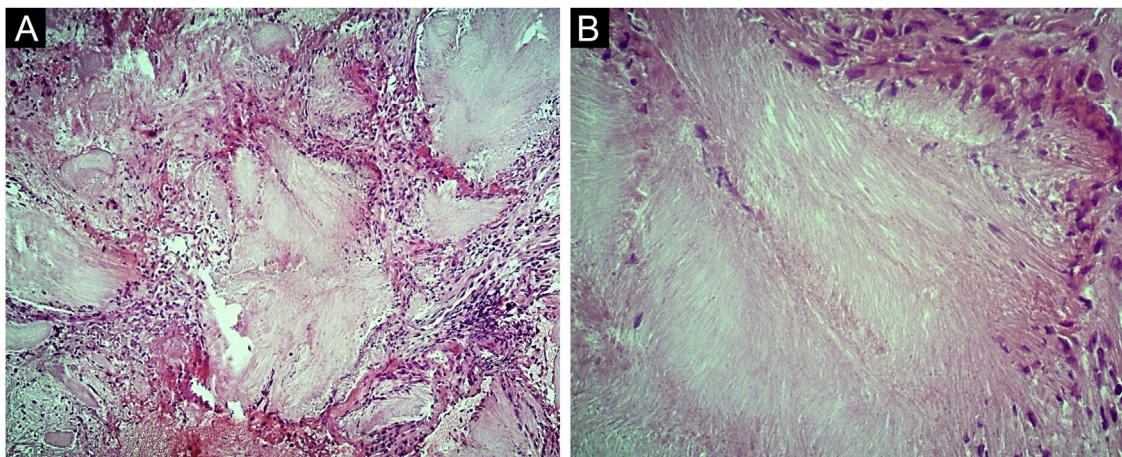
**Figura 2** Dermatoscopia com luz polarizada (A e B) da lesão nasal. Área branca amorfa central (asterisco), com áreas amareladas entremeadas por estruturas polimórfica brancas brilhantes (setas) na periferia da lesão, eritema difuso e vasos ramificados desfocados (ponta de seta) melhor visualizados em (A) pela ausência de contato do dermatoscópio com a pele (magnificação original, 10×).



**Figura 3** Dermatoscopia com luz polarizada (A a D) de duas lesões na hélice. Estruturas globulares branco-amareladas agregadas (círculos), com vasos ramificados (asteriscos) atravessando a lesão (A) e na periferia da mesma (A e B). Na lesão demonstrada em (C) e (D) não há vasos sobre a lesão. Estruturas brancas brilhantes podem ser visualizadas em ambas as lesões (setas; magnificação original, 10×).



**Figura 4** Dermatoscopia com luz polarizada sem contato de lesões na hélice. (A) Área branco-amarelada amorfa sem vasos (círculo). (B-C) Fundo branco-amarelado com vasos ramificados desfocados sobre a lesão (asteriscos). (D) Área branca amorfa (seta) com centro amarelado e eritema difuso periférico (ponta de seta; magnificação original, 10×).



**Figura 5** Fotomicrografias da biópsia da lesão do dorso nasal. Depósitos eosinofílicos, amorfos ou cristaloides na derme, envoltos por infiltrado inflamatório granulomatoso. Hematoxilina & eosina; 100× (A) e 400× (B).

a manifestação clínica característica de doença avançada, mas pode ser o primeiro sinal clínico em alguns casos.<sup>2</sup> Na pele, caracteriza-se por pápulas e nódulos firmes, de contorno liso ou multilobulado, normocrômicos, amarelados ou eritematosos, podendo ser ulcerados. As localizações

mais frequentes incluem a primeira e a quinta articulações metatarso-falangeanas e articulações das mãos e dos punhos. A apresentação de gota na região da cabeça e pescoço é incomum. A região nasal costuma ser raramente acometida.<sup>3-5</sup>

Yoshida et al. relataram os achados dermatoscópicos de um tofo gotoso ulcerado no pododáctilo direito, descrevendo a presença de estruturas esbranquiçadas semelhantes a “chifres”, com alguns pontos brilhantes.<sup>6</sup> No presente caso, observamos áreas brancas e branco-amareladas amorfas e globulares agrupadas, associadas a diversas estruturas brancas brilhantes de diferentes formatos, visualizadas tanto pela luz polarizada quanto não polarizada. É possível que essas estruturas brilhantes correspondam a acúmulos de cristais de urato monossódico localizados mais superficialmente na pele. Além disso, as lesões apresentaram diferentes achados dermatoscópicos entre si e quando comparadas às descrições prévias na literatura.

O diagnóstico do tofo gotoso, em geral, baseia-se na correlação clinicopatológica e há poucos relatos que descrevem os achados dermatoscópicos dessa manifestação clínica. Ao longo dos últimos anos, diversos estudos têm mostrado que a dermatoscopia pode ser útil para auxiliar no diagnóstico não invasivo de várias doenças inflamatórias e infecciosas.<sup>7-9</sup> Dessa maneira, o conhecimento das estruturas dermatoscópicas presentes nos tofos gotosos torna-se relevante, uma vez que pode ajudar no diagnóstico diferencial de dermatoses com quadro clínico semelhante, como neoplasias malignas e outras doenças metabólicas e de depósito.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Bruno Simão dos Santos: Concepção e desenho do estudo; redação do artigo; revisão crítica do conteúdo intelectual; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Maria Augusta Pires Maciel: Redação do artigo; levantamento de dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.



Neusa Yuriko Sakai Valente: Revisão crítica do conteúdo intelectual; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado; aprovação final da versão final do manuscrito.

### Conflito de interesses

Nenhum.

### Referências

1. Klauser AS, Halpern EJ, Strobl S, Gruber J, Feuchtner G, Bellmann-Weiler R, et al. Dual-energy computed tomography detection of cardiovascular monosodium urate deposits in patients with gout. *JAMA Cardiol.* 2019;4:1019–28.
2. Tognetti L, Cinotti E, Fiorani D, Rubegni P, Perrot JL. Noninvasive diagnosis of liquefied gouty tophus: reflectance confocal microscopy as an alternative to polarizing light microscopy analysis. *Skin Res Technol.* 2019;25:240–1.
3. Chen SL, Chen JR, Yang SW. Painless gouty tophus in the nasal bridge: a case report and literature review. *Medicine (Baltimore).* 2019;98:e14850.
4. Rottmann E, Bulbin D, Zaklama A. Gouty tophus erodes nasal bone. *Clin Rheumatol.* 2022;41:939–41.
5. Shiu WHL, Cheng HMJ, Chan YT, Chu CY, Kan WK. Gouty tophus: unusual case of nasal lump. *Radiol Case Rep.* 2021;16:2904–7.
6. Yoshida Y, Yamamoto O. Dermoscopic features of ulcerated gouty tophus. *Eur J Dermatol.* 2009;19:646.
7. Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy in general dermatology: a practical overview. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2016;6:471–507.
8. Bakos RM, Reinehr C, Escobar GF, Leite LL. Dermoscopy of skin infestations and infections (entomodermoscopy) - Part I: dermatozoonoses and bacterial infections. *An Bras Dermatol.* 2021;96:735–45.
9. Bakos RM, Reinehr C, Escobar GF, Leite LL. Dermoscopy of skin infestations and infections (entomodermoscopy) - Part II: viral, fungal and other infections. *An Bras Dermatol.* 2021;96:746–58.

Bruno Simão dos Santos \*, Maria Augusta Pires Maciel 

e Neusa Yuriko Sakai Valente 

*Serviço de Dermatologia, Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil*

\* Autor para correspondência.

E-mail: [santosbs@hotmail.com](mailto:santosbs@hotmail.com) (B.S. Santos).

Recebido em 14 de outubro de 2022; aceito em 26 de dezembro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.04.015>

2666-2752/ © 2024 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).