



SOCIEDADE PORTUGUESA DE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Rev Port Ortop Traum 26(2): 159-165, 2018

## CASO CLÍNICO

# SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO POR TUBERCULOSE SINOVIAL

*Claúdia Isabel Martins de Oliveira, Manuel Marques, André Pinto Moura, António  
Venância Caleira*

*Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Litoral Alentejano*

**Claúdia Isabel Martins de Oliveira**

Interna de Formação Específica de Ortopedia

**Manuel Marques, André Pinto Moura**

Interno de Formação Específica de Ortopedia

**António Venância Caleira**

Assistente Hospitalar de Ortopedia

**Submetido em** 07 fevereiro 2018

**Revisto em** 28 abril 2018

**Aceite em** 13 maio 2018

**Tipo de Estudo:** Estudo de Diagnóstico

**Nível de Evidência:** V

**Declaração de conflito de interesses:** Nada a declarar.

**Correspondência**

Cláudia Isabel Martins de Oliveira

Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Litoral  
Alentejano, Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Monte do Gilbardinho

7500 Santiago do Cacém

Telefone: 96 357 62 41

[claudiaoliveira9384@gmail.com](mailto:claudiaoliveira9384@gmail.com)

## RESUMO

A tuberculose extrapulmonar envolvendo a mão é uma entidade clinica rara e o seu diagnóstico difícil.

Pode manifestar-se a nível cutâneo, subcutâneo, tecido sinovial, artrite ou mesmo osteomielite, mas é pelo tecido tenosinovial que a bactéria tem predileção e mais pelos tendões flexores que extensores.

A nível do punho pode originar compressão no Nervo Mediano que se manifesta como um vulgar síndrome do túnel do carpo mas de diferente diagnóstico e tratamento.

É comum os doentes omitirem ou desconhecerem os seus próprios antecedentes pessoais, pelo que é necessário que o clínico tenha a patologia presente e um elevado índice de suspeita, afim de a poder diagnosticar e tratar corretamente.

Descrevemos um caso clinico de um doente com síndrome do túnel do carpo, provocado por sinovite tuberculosa, enunciamos também alguns sinais de alarme, com o intuito de alertar sobre o seu correto diagnóstico e tratamento.

**Palavras chave:** *Tuberculose; Síndrome do Túnel do Carpo; Sinovite*

## ABSTRACT

Extrapulmonary tuberculosis affecting the hand is a rare clinical condition and its diagnosis isn't easy.

It can affect the skin, the subcutaneous and synovial tissue, articulations or even bones, but it's the synovial tissue the preferred for the bacteria, and the flexor tendons are chosen over the extensors.

In the wrist it can simulate a carpal tunnel syndrome but with a different etiology and treatment's approach.

It is known that patients often lie or aren't aware of its own's past history, so it is very important the physicians suspicion in the presence of any sign of alarm in order the condition to be recognized and properly treated.

The authors describe a clinical report of a carpal tunnel syndrome caused by a flexor synovial tuberculosis infection and the signs that should raise suspicion for the proper diagnosis of the condition.

**Key words:** *Tuberculosis; Carpal Tunnel Syndrome; Synovitis*

## INTRODUÇÃO

O síndrome do túnel do carpo resulta da compressão do nervo mediano no punho, originando dor e dormência no território enervado por este nervo, com o passar do tempo evidencia-se falta de força. Trata-se da mononeuropatia mais frequente em todo o mundo, e quase sempre é idiopática<sup>1</sup>. Outras causas que podem contribuir para a origem da patologia são o hipotireoidismo, a gravidez, obesidade, diabetes mellitus tipo I e II, artrite reumatoide, tumores e tenosinovite dos tendões flexores<sup>1,5</sup>. As infeções crónicas da mão são pouco comuns e a tuberculose extrapulmonar, afetando a mão é muito rara<sup>2-6</sup>.

A tuberculose pode ser causada pelo *Mycobacterium Africanum*, endémico em Africa, *Mycobacterium Bovis*, relacionado com a falta de pasteurização do leite, e pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, o agente mais frequente. Normalmente a tuberculose extrapulmonar, como a da mão, resulta da reativação e disseminação hematogénea, do bacilo, desde o foco primário, que normalmente é o pulmão<sup>3</sup>. Na mão pode manifestar-se a nível cutâneo, subcutâneo, tecido sinovial, artrite ou mesmo osteomielite. É pelo tecido tenosinovial que a bactéria tem predileção, e mais pelos tendões flexores que extensores<sup>2,3</sup>. Clinicamente pode apresentar-se em ausência dos sinais cardinais infecciosos sistémicos ou locais, como febre, eritema e/ou edema local, e no caso da sinovite dos flexores, que diminui o espaço do túnel do carpo, a dor e dormência nos primeiros três dedos da mão, pode ser a única sintomatologia. Adenopatias locais também não são comuns. A velocidade de sedimentação costuma estar aumentada e apesar de ser um sinal inespecífico é importante, por não se elevar em infeções por micobactérias atípicas<sup>2</sup>. A radiografia da mão, quase sempre sem alteração, pode mostrar lesões quísticas esclerose reativa, reação periosteal e destruição articular<sup>2,6</sup>. A radiografia do tórax é frequentemente normal. O teste cutâneo da tuberculina pode ser positivo em indivíduos que receberam o bacilo Calmette-Guérin, a vacina da BCG. O diagnóstico é feito com base na biopsia histopatológica, onde se apreciam granulomas gaseosos, ou exame microbiológico, este último é na maioria das vezes negativo, visto a doença ser pauci-bacilar<sup>2,3,5</sup>. Durante a exploração cirúrgica é possível detetar-se uma sinovite em “bago de

arroz”, que é muito característica da tenosinovite tuberculosa, mas também presente na sarcoidose, infeções por micobactérias atípicas ou fúngicas. É importante então realizar o diagnóstico diferencial com doenças sistémicas como a gota, artrite reumatoide, sarcoidose, leucemia e infeções por micobactérias atípicas ou fungos<sup>2,3,4</sup>. É importante referir que infeções por micobactérias atípicas como o *Mycobacterium Marinum*, muito mais frequentes que a tuberculose, originam granulomas mas não gaseosos<sup>2,3</sup>.

O pilar do tratamento da Tuberculose é a antibioterapia. A excisão dos tecidos afetados, nomeadamente bursas e sinoviais, é feita vulgarmente quando ainda não existe diagnóstico e a remoção de tecido patológico parece a melhor decisão.

A tenosinovite tuberculosa não tratada em dedos ou no punho pode levar à rutura dos tendões, pode também disseminar-se a tecidos vizinhos como articulações e até mesmo ossos<sup>2,6</sup>. Todas as correções cirúrgicas em patologia tuberculosa vão falhar até ao controlo da infeção. Uma vez erradicada a *Mycobactéria*, a correções das deformidades e restaurações funcionais podem ser levadas a cabo com sucesso e, ainda assim, é necessário ter em conta que uma tuberculose latente na mão pode reativar-se anos após o seu tratamento combinado - cirurgia e antibioterapia, o que é raro<sup>3,5</sup>.

## CASO CLÍNICO

Relata-se o caso de uma doente de 45 anos de idade, género feminino, referenciada à consulta de Ortopedia por síndrome do túnel do carpo à direita que se diagnostica clinicamente e é confirmado pelo eletromiograma. A doente não tem antecedentes pessoais de relevo. É feita a libertação do Ligamento Anular do Carpo cirurgicamente. Intraoperatóriamente não são detetadas alterações macroscópicas anatómicas ou da natureza dos tecidos. Ao primeiro ano pós-operatório existe recidiva clínica com sinais inflamatórios da ferida cirúrgica e fistula na ferida cirúrgica. A doente é reoperada com uma abordagem mais extensa na face volar do punho e constata-se a existência de sinovite dos tendões flexores em “bago de arroz” a nível do punho direito, que se remove e envia para exame

anatomopatológico e microbiologia- Figura 1. Após a confirmação anatomopatológica de sinovite crónica granulomatosa, compatível com tuberculose – Figura 2, a doente é referenciada a Medicina Interna para despiste de tuberculose pulmonar e orientação terapêutica. O rx de tórax é normal e exclui-se tuberculose pulmonar.

A cultura para microorganismo é negativa.

Cumprir seis meses iniciais de antibioterapia com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol, e quatro meses posteriores com Isoniazida e Rifampicina.

A doente está clinicamente bem e livre de doença, sem limitação funcional da mão nem do punho.



Figura 1: Fotografia clínica, onde se aprecia uma sinovite punho em “bago de arroz”.

## DISCUSSÃO

O síndrome do túnel do carpo é uma neuropatia de compressão do Nervo Mediano no punho, frequentemente idiopática, que atinge sobretudo mulheres de meia-idade. A compressão do Túnel

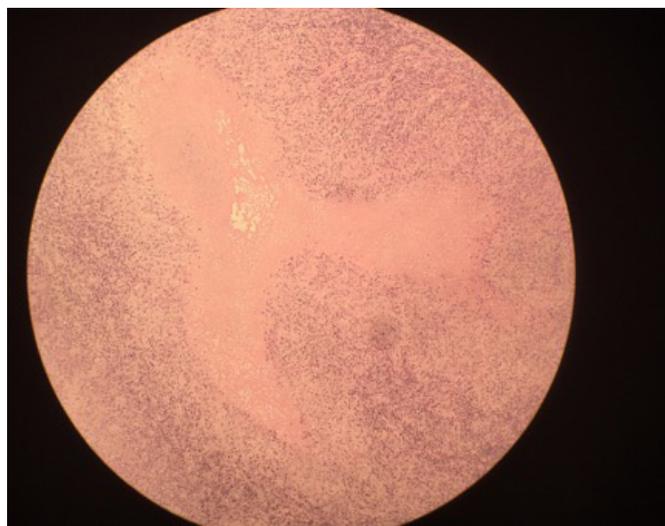


Figura 2: Peça histológica tingida com hematoxilina e eosina que mostra células gigantes e uma granulomatose gaseosa.

do Carpo por sinovite tuberculosa é uma entidade clínica rara e o seu diagnóstico vê-se dificultado, sobretudo em países onde a doença não é endémica e os profissionais de saúde não estão habituados a lidar com a entidade. Em todo o mundo o tratamento do síndrome do túnel do carpo é frequentemente realizado por profissionais menos experientes, e uma diferente causa pode passar despercebida, resultando em sucessivas cirurgias fracassadas e atraso terapêutico. Para o diagnóstico correto da infeção, para além de uma anamnese e história clínica detalhadas, é importante ter um alto nível de suspeita e atenção redobrada caso o doente pertença a um grupo de risco, apresente algum sinal atípico como são: o edema não doloroso, um nódulo cutâneo, fistula ou atraso de cicatrização da ferida cirúrgica e persistência da clínica após a cirurgia<sup>2,3,5,7</sup>. O diagnóstico confirma-se com biopsia anatomopatológica ou microbiologia. A sinovite em “bago de arroz” é detectada em 50 % dos casos<sup>4</sup>. A cultura para a micobactéria muitas vezes é negativa por se tratar de uma doença pauci-bacilar<sup>2,3</sup>.

No caso que descrevemos, a doente de género e faixa etária compatíveis com o grupo mais frequente para surgimento de síndrome de túnel do carpo, foi operada por um cirurgião experiente na área da mão, que realiza uma abordagem clássica, de modo a uma boa visualização de estruturas. Não houve então, qualquer indício, na primeira cirurgia que pudesse delatar um caso atípico. Foi apenas a presença da fistula na ferida cirúrgica,

que levou o mesmo cirurgião a suspeitar de uma outra causa para as queixas apresentadas e realizar uma exploração cirúrgica mais exaustiva, onde se evidenciou a sinovite em “bagos de arroz” que se recolheu e enviou para exame anatomopatológico e microbiológico.

O pilar do tratamento é a antibioterapia, sendo que a cirurgia é um recurso para o diagnóstico da patologia ou correção de deformidades secundárias, pelo que é importante a pronta articulação com profissionais experientes em infeciologia, de modo a averiguar se existe atingimento de outros órgão e sistemas e instaurar a terapêutica adequada à situação clínica. Perante uma suspeita de infeção tuberculosa a abordagem clínica deve ser multidisciplinar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Padua L, Coraci D, Erra C, Pazzaglia C, Paolasso I, Loreti C. Carpal tunnel syndrome: clinical features, diagnosis, and management. *The Lancet Neurology*. 2016; 15 (12): 1273-1284
2. Al-Qattan M, Helmi A. Chronic Hand infections. *Journal Hand Surgery America*. 2014; 39 (8): 1636-1645
3. Al-Qattan M, Al-Namla M, Al-Thenayan A, Al-Omawi M. Tuberculosis of the hand. *Journal Hand Surgery*. 2011; 36: 1413-1422
4. Mir M, Ahmad I, Yaseen M. Primary tuberculosis of hand soft tissue. *World Journal Plastic Surgery*. 2016; 5 (3): 313-318
5. Rashid M, Sarwar SU, Haq EU, Islam MZ, Rizvi TA, Ahmad M, et al. Tuberculous tenosynovitis: a cause of Carpal Tunnel Syndrome. *J Pak Med Assoc*. 2006; 56 (3): 116-118
6. Watts H, Lifeso R. Tuberculosis of bone and joints current concepts review. *The journal of bone and joint surgery*. 1996; 78 (2): 288-299
7. Rust P, Bennet T. An uncommon cause for a common complaint. *Hand surgery*. 2009; 14 (2): 131-134