

Bossa carpal: uma visão ultrassonográfica

Carpal boss: a sonographic view

Marcelo Novelino Simão¹

Abaulamento na face dorsal do punho, sem ou com dor associada, é uma queixa clínica frequente ao ortopedista⁽¹⁾. O diagnóstico mais comum nestes casos é o de um cisto sinovial ou gangliônico, mas este não é o único diagnóstico para esta condição, sendo muito importante o conhecimento dos diagnósticos diferenciais.

A proeminência dorsal no punho pode ter origem em partes moles e, nestes casos, o diagnóstico diferencial inclui o cisto gangliônico, as calcificações em partes moles, o tumor de células gigantes de bainha tendínea, os lipomas e neuromas, entre outros possíveis pequenos tumores. Contudo, a nodulação pode também ser decorrente de alterações ósseas que incluem pequenos tumores como osteocondromas, osteomas, alterações degenerativas com osteófitos marginais e a presença de um osso acessório, como o *os styloideum*^(1,2).

A bossa carpal é uma protuberância óssea localizada junto à base do segundo ou terceiro metacarpo, adjacente ao capitato e ao trapezoide, decorrente de alterações degenerativas com osteófitos na base do segundo ou terceiro metacarpos, da presença de osso acessório (*os styloideum*), ou de ambos^(2,3). Quando existem sintomas, com a presença de dor, geralmente acomete indivíduos ao redor da quarta década de vida, mas pode acometer também a faixa etária pediátrica ou adolescentes⁽⁴⁾. Embora a determinação de proeminência óssea dorsal no punho seja subjetiva, não havendo um critério absoluto para estabelecê-la, estudo com dissecação de cadáveres encontrou proeminência óssea em 39 de 202 punhos dissecados, sendo entre o segundo metacarpo e o trapezoide o local mais comum⁽⁵⁾.

O diagnóstico clínico pode ser difícil e os exames de imagem podem dar importante colaboração. As radiografias simples são de grande utilidade, mas é preciso atenção porque nem sempre o osso acessório é bem visto nas radiografias convencionais ou de rotina do punho, podendo ser necessárias imagens adicionais em posições específicas⁽²⁾. Os exames de tomografia computadorizada e de ressonância magnética, por sua natureza seccional, facilitam muito a identificação do osso acessório ou das alterações degenerativas⁽⁶⁾. A ressonância magnética, por sua grande capacidade de contraste entre os tecidos moles, pode detectar alterações de sinais com padrão de edema, que podem ser decorrentes de alterações biomecânicas com traumatismos de repetição⁽⁶⁾ e estar associados à presença de sintomas.

Uma rápida revisão no PubMed não identificou estudos que associassem o diagnóstico da bossa carpal à ultrassonografia,

embora a realização de ultrassonografia de punho seja um exame frequente na prática diária, inclusive para a queixa de nodulação ou proeminência dorsal com a suspeita clínica de cisto sinovial ou gangliônico, que são os diagnósticos diferenciais mais importantes da bossa carpal.

O artigo de Arend⁽⁷⁾, publicado neste número da **Radiologia Brasileira**, torna-se interessante tanto porque aborda um diagnóstico incomum de uma situação clínica comum, de um diagnóstico que muitas vezes é feito pelo imaginologista, diante de uma suspeita clínica diferente, como também porque utiliza para este fim a ultrassonografia, um método que é empregado com muita frequência para as afecções do punho, mas tem pouca ou praticamente nenhuma abordagem na literatura para o diagnóstico da bossa carpal. Ao abordar este assunto e utilizar a ultrassonografia como método diagnóstico, o autor contribui de duas maneiras para o enriquecimento do diagnóstico por imagem.

Para os radiologistas e demais profissionais que utilizam a ultrassonografia como meio diagnóstico, esses trabalhos que abordam novas fronteiras para a avaliação de situações em que o método não é muito conhecido, assim como no diagnóstico de lesões labrais no ombro⁽⁸⁾ ou de extrusão meniscal⁽⁹⁾, são muito importantes para disseminar novos conhecimentos e mostrar o potencial diagnóstico da ultrassonografia, isoladamente ou em conjunto com outros métodos de imagem.

Neste trabalho Arend⁽⁷⁾ detalha com clareza e objetividade o conceito de bossa carpal, sua fisiopatogenia e demonstra com riqueza de detalhes a técnica para o diagnóstico ultrassonográfico, inclusive com correlações de imagens clínicas, radiográficas e, evidentemente, ultrassonográficas.

REFERÊNCIAS

1. Boggess B, Berkoff D. Dorsal wrist mass: the carpal boss. *BMJ Case Rep.* 2011;2011.pii: bcr0120113695. doi: 10.1136/bcr.01.2011.3695.
2. Conway WF, Destouet JM, Gilula LA, et al. The carpal boss: an overview of radiographic evaluation. *Radiology.* 1985;156:29–31.
3. Park MJ, Namdari S, Weiss AP. The carpal boss: review of diagnosis and treatment. *J Hand Surg Am.* 2008;33:446–9.
4. Capo JT, Orillaza NS, Lim PK. Carpal boss in an adolescent: case report. *J Hand Surg Am.* 2009;34:1808–10.
5. Alemohammad AM, Nakamura K, El-Sheneway M, et al. Incidence of carpal boss and osseous coalition: an anatomic study. *J Hand Surg Am.* 2009;34:1–6.
6. Gomes AF, Paganella VC, Paganella MC, et al. Achados de imagem por tomografia computadorizada e ressonância magnética do *os styloideum* em atleta sintomático. *Radiol Bras.* 2010;43:207–9.
7. Arend CF. Revisão sobre as diferentes apresentações da bossa carpal na ultrassonografia. *Radiol Bras.* 2014;47:112–4.
8. Simão MN, Nogueira-Barbosa MH, Muglia VF, et al. Anterior shoulder instability: correlation between magnetic resonance arthrography, ultrasound arthrography and intraoperative findings. *Ultrasound Med Biol.* 2012;38:551–60.
9. Nogueira-Barbosa MH, Gregio-Junior E, Lorenzato MM, et al. Ultrasonographic assessment of medial meniscal extrusion: a validation study using magnetic resonance imaging (MRI) as the reference standard. *ECR 2013.* doi: 10.1594/ecr2013/C-1903.

1. Doutor, Médico Radiologista da Central de Diagnóstico de Ribeirão Preto (Cedirp), Médico Assistente do Setor de Radiologia Músculo-Esquelética do Centro de Imagem e Física Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: marcelo_simao@hotmail.com.