

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Clínica Universitária de Ortopedia dos HUC

SEMIOLOGIA DA ANCA
Considerações gerais

Ano letivo 2011-2012

Prof. Fernando Judas

Introdução

A anca é uma das articulações mais importantes do organismo. A frequência e a repercussão funcional das coxopatias conferem-lhe um lugar de destaque na Patologia Clínica. O seu exame físico torna-se particularmente difícil por ser uma articulação profunda. Contudo, uma correta avaliação clínica da anca complementada por um exame radiológico permitem chegar a um diagnóstico definitivo, num grande número de situações.

Com efeito, os achados semiológicos conseguidos através de uma anamnese rigorosa e de um exame físico completo, representam os pilares angulares no diagnóstico de uma afeção da anca, tendo a preocupação de valorizar todos os pormenores, uma vez que neles pode residir a diferença entre o diagnóstico correto e o erro no diagnóstico. Por seu turno e em complemento, os exames laboratoriais, de imagem e anatomopatológico podem permitir o diagnóstico definitivo e, desta forma, tornar-se possível oferecer ao doente o melhor tratamento.

Não é coisa pouca enumerar todas as doenças que podem afetar a anca e não é nosso objetivo consegui-lo. Todavia, a prática clínica, e do ponto de vista didático, tem demonstrado que as afeções mais frequentes em Ortopedia podem ser agrupadas em grandes quadros clínicos (na patologia da anca não é diferente) os quais representam uma ajuda inestimável para se conseguir o diagnóstico, por forma a contemplar o seu universo e minimizar a probabilidade da ocorrência do “erro médico” (para se conseguir um diagnóstico é necessário, antes de tudo, pensar na doença). Assim, perante um

doente de foro ortopédico-traumatológico torna-se importante saber se a causa do seu sofrimento ou preocupação está relacionado com:

1. Traumatismos - fraturas, luxações, fraturas-luxações, lesões traumáticas do plexo braquial e dos nervos periféricos, roturas musculotendinosas, entorses, distensões capsuloligamentares, contusões.... Nas fraturas indagar uma causa traumática ou patológica;
2. Infecções osteoarticulares - osteomielites/osteítes e artrites piogénica, brucélica, tuberculosa e micótica...;
3. Artropatia degenerativa - artroses, artropatias neuropática e hemofílica...;
4. Doenças reumáticas inflamatórias - artrite reumatóide, espondilite anquilosante, artropatia psoriásica, LES, poliartrites, esclerodermia, dermatomiosite...;
5. Tumores ósseos e dos tecidos moles - benignos (osteoma osteóide, osteocondroma), malignos (osteossarcoma, condrossarcoma, Tumor de Ewing), metastáticos (carcinomas no adulto, neuroblastoma na criança), lesões paratumorais (quisto ósseo essencial e aneurismático, displasia fibrosa);
6. Necroses ósseas assépticas idiopáticas - osteocondroses do crescimento (doenças de Legg-Calvé-Perthes, Osgood-Schalatter, Sever, Scheuermann...), necroses assépticas do adulto (cabeça do fémur, côndilo femoral....) e osteocondrite dissecante (joelho, talo, cabeça femoral e *capitellum* do cotovelo).
7. Síndromas de compressão nervosa - Síndromas do canal cárpico, do canal de Guyon, do escaleno, costoclavicular, da arcada de Frösh, da arcada de Struthers, da arcada de Osborne, do túnel tarsico, do ciático poplíteo externo (nervo peroneal), nevroma de Morton, compressão do nervo obturador, compressão do nervo femurocutâneo a nível do ligamento inguinal...;
8. Doenças endocrinometabólicas - osteoporose senil e pós-menopausa, artropatia gotosa, condrocalcinose, hemocromatose, ocronose, osteodistrofia renal...;
9. Malformações congénitas - torcicolo congénito, coxa vara, menisco discóide do joelho, pé equino-varo congénito (pé boto), luxação congénita da anca ...; e
10. Displasias e distrofias ósseas - osteogénese imperfeita, acondroplasia, osteopetrose, raquitismo, osteomalacia, gigantismo, acromegalia....

Se assim se fizer e uma vez conhecido o diagnóstico, o médico de Medicina Familiar pode tomar uma atitude expectante (no caso de se tratar de uma artrose ou de uma distrofia)

ou, ao contrário, é imperativo que o doente seja observado num centro ortopédico, logo que seja possível, uma vez que a situação clínica é grave. Nestes casos, podem ocorrer sequelas irreversíveis se o tratamento não for efetuado em tempo útil (caso de uma artrite séptica que conduz à destruição articular) ou mesmo comprometer o prognóstico vital do doente (caso de um tumor ósseo maligno). Nos traumatismos e na maioria das situações, é o próprio doente que se apercebe da necessidade da intervenção médica urgente.

Para se alcançar o diagnóstico das doenças que afetam a anca, torna-se necessário colher uma série de dados objetivos e subjetivos que, uma vez analisados no seu conjunto, podem permitir a determinação da natureza concreta do processo mórbido em causa. Para isso, é recomendado conseguir uma história clínica rigorosa, sistematizada, em ordem cronológica, de forma a evitar a omissão de dados que poderão ter a maior importância no estabelecimento do diagnóstico e da terapêutica.

Assim sendo, a investigação clínica deve incluir: a anamnese ou interrogatório (identificação, história da doença atual, antecedentes pessoais e familiares); o exame físico ou objetivo; os exames auxiliares de diagnóstico (imagiológicos, laboratoriais, biópticos e outros meios de exploração).

O interrogatório deve decorrer num clima de confiança e respeito mútuo procurando identificar, desde logo, o motivo principal das queixas do doente. Para isso, é desejável que conte a sua própria história clínica, se for capaz de o fazer, procurando distinguir-se no decurso da sua exposição o que é importante do que é trivial – “separar o trigo do joio” -. Torna-se conveniente precisar *quando, como* (de forma brusca, aguda, subaguda, lenta ou insidiosa) e em que circunstâncias (após um traumatismo direto, um esforço, uma infeção) começou a manifestar-se a afeção principal.

Uma vez realizado o interrogatório sobre as circunstâncias concretas que levaram o doente a procurar ajuda médica, bem como a terapêutica a que foi submetido e o seu resultado, deve procurar-se a existência de queixas localizadas a outros aparelhos e sistemas (investigar o doente no seu “todo”).

A anamnese é completada pela colheita de informações clínicas relacionadas com os antecedentes pessoais e familiares do doente, particularmente no que diz respeito a doenças de foro ortopédico e traumatológico.

Registada a anamnese, procede-se ao exame físico da anca. Para isso, deve seguir-se também uma metodologia que assegure uma recolha completa de sinais. A exploração física requer um ambiente tranquilo, e deve ser realizada com um mínimo de roupa

respeitando, no entanto, o pudor do doente.

Dado que os sintomas e sinais localizados a um segmento concreto podem ser o reflexo de alterações a outros níveis, a exploração física deve compreender, tanto o exame da anca quanto o exame da zona de influência das possíveis fontes de sintomas referidos e, ainda, o exame de todas as articulações restantes, quer dos membros, quer da coluna vertebral. O doente pode referir dor a nível da anca e a causa encontrar-se na coluna lombar ou eventualmente na sacroilíaca.

Por último e dentro do possível, procede-se ao exame físico geral que inclua, pelo menos, o exame orofaríngeo, a auscultação cardiopulmonar, a palpação abdominal e a avaliação/medição da tensão arterial, do peso, da altura, da temperatura, das frequências cardíaca e respiratória.

No exame físico é útil e clássico seguir uma determinada ordem: inspeção; percussão-palpação; determinação das mobilidades articulares; medição do perímetro e comprimento dos membros; avaliação da potência muscular; avaliação da postura corporal, e das suas alterações, exploração da marcha e das suas manifestações patológicas que podem, desde logo, ser avaliados na inspeção. Deve incluir-se, também, um exame neurológico geral sumário, bem orientado, numa tripla vertente (motora – tónus muscular, potência, coordenação -, sensitiva – tato, dor, temperatura, vibração – e vegetativa – variação do trefismo da pele e das fâneras-), assim como proceder a uma avaliação dos principais reflexos osteotendinosos (tricipital, bicipital, estilradial, patelar e aquiliano) e cutâneos (reflexo cutâneo plantar..).

Conseguidas uma anamnese e uma exploração física minuciosas e completas, torna-se possível discutir várias hipóteses de diagnóstico e estabelecer a causa mais provável da afeção/afeções em causa, ou seja, o diagnóstico provisório, o qual deve ser confirmado ou excluído com base nos resultados dos exames complementares de diagnóstico.

Por exemplo: um doente do sexo masculino, com 65 anos de idade, pedreiro de profissão, que apresenta uma marcha claudicante ao entrar no gabinete da consulta e refere queixas dolorosas localizadas na anca direita, de tipo mecânico, progressivas e com início há 6 meses trata-se, até prova em contrário e após o exame clínico, de uma artrose da anca direita. Contudo, o conhecimento do diagnóstico definitivo só será possível após o resultado do exame radiográfico da anca (se não houver necessidade de recorrer a mais exames complementares para determinar a sua etiologia) que pode

permitir estabelecer, igualmente, a terapêutica mais apropriada.

Constitui um erro grave proceder ao pedido de exames auxiliares de diagnóstico, sem um estudo clínico prévio do doente. Para além de ser uma aberração intelectual, gera um aumento injustificável das despesas nos cuidados de saúde, ainda mais numa altura em que se impõe uma racionalização dos meios existentes nos sistemas de saúde, tanto no nosso país como em todo o mundo. O exame clínico continua a ser o instrumento principal para se conseguir alcançar o diagnóstico e, às vezes, pode ser suficiente, mau grado as questões médico-legais ligadas à atual prática da Medicina, as quais podem condicionar os médicos a praticar a denominada "Medicina Defensiva".

Os exames auxiliares de diagnóstico mais frequentemente usados para o estudo da patologia da anca incluem: exames imagiológicos – radiografia (frente, projeção axial pura de Dunn, falso perfil de Séze e Lésquene, "crosstable" lateral e Rx da bacia centrada na sínfise púbica), ecografia, cintigrafia osteoarticular, densitometria óssea, tomografia axial computadorizada (TAC), ressonância magnética (RM), exames laboratoriais – gerais, do líquido articular, microbiológico -; exames biópticos – biópsia óssea e dos tecidos moles, biópsia da membrana sinovial -; outros meios de exploração - exames eletrofisiológicos, artroscopia.

O estudo do líquido sinovial obtido por punção articular representa uma informação importante para o diagnóstico, prognóstico e terapêutica de uma coxopatia (estudos macroscópico, citológico e pesquisa de cristais, bioquímico, imunológico e microbiológico). O líquido sinovial normal é amarelo-claro e límpido (tipo água da rocha), estéril, incoagulável, viscoso (prova do fio, que se forma entre os dedos polegar e indicador), contendo menos de duas mil células por milímetro cúbico (polimorfonucleares, plasmócitos, linfócitos, monócitos, sinoviócitos...).

A sua viscosidade está diminuída/ausente nos líquidos inflamatórios, nos quais se formam espontaneamente coágulos de fibrina devido à exsudação do fibrinogénio (exemplo coxite na espondilite anquilosante).

Apresenta-se turvo nas artrites inflamatórias, purulento nas artrites infecciosas e hemorrágico nos processos traumáticos recentes (hemartrose). A presença de sangue e de glóbulos de gordura no puncionado de um derrame intra-articular, indica o diagnóstico de uma fratura óssea/osteocondral. Se o conteúdo articular mostrar, apenas, a presença de sangue, uma rotura ligamentar a qual pode ser confirmada por RM ou por artroscopia.

O estudo citológico do líquido sinovial permite a distinção entre coxartroses e artrites, e eventualmente a identificação de células com origem tumoral. Assim, nas coxartroses as células encontram-se em um número inferior a 3000/mm³, com um predomínio de mononucleares e não existem ragócitos. Nas artrites o número de células é superior a 3000/mm³, com um predomínio de polimorfonucleares (>25%) e a existência de ragócitos. A pesquisa de microcristais é particularmente importante para os diagnósticos de gota úrica (os cristais de uratos apresentam birrefringência negativa em microscopia de luz polarizada) e de condrocalcinose. Podem visualizar-se também cristais de pirofosfato de cálcio, cristais de hidroxapatite (não são específicos), oxalato de cálcio (gota oxálica), ferritina (hemocromatose) e corticóides (resultantes da terapêutica). Por último, na suspeita/confirmação de um processo infeccioso é indispensável proceder ao exame microbiológico do líquido sinovial (pesquisa de bactérias anaeróbias e aeróbias e de fungos) com cultura e antibiograma.

O exame microbiológico com cultura e antibiograma pode ser efetuado em amostras de sangue (hemocultura), urina, líquido sinovial, tecidos moles ou em qualquer outra fonte de microrganismos. O seu valor na confirmação de uma infeção está claramente demonstrado. Para além do diagnóstico, permite também estabelecer o prognóstico e orientar a conduta terapêutica. Em casos difíceis, por ex. na suspeita de uma tuberculose articular, é de considerar a identificação do bacilo de Koch no líquido articular, nos tecidos moles ou no sangue, recorrendo a técnicas de biologia molecular (PCR para o BK) para dar prova da presença do bacilo.

Bases clínicas do diagnóstico de uma afeção da anca

1. Dor, deformidade, impotência funcional e claudicação

A **dor** presente de forma mais ou menos intensa, em quase todas as situações patológicas da anca, deverá ser o primeiro elemento a caracterizar definindo a sua localização ou topografia, intensidade, tipo, carácter, as circunstâncias do seu aparecimento, duração e horário, irradiação, relação com os movimentos e o repouso, a sua resposta favorável ou não aos medicamentos, etc.. A dor pode surgir de forma brusca, no caso de uma fratura traumática, ou ser gradual e insidiosa como acontece nas afeções articulares de tipo degenerativo – coxartrose -.

A localização da estrutura ou estruturas anatómicas lesadas que originam a dor constitui um dos maiores problemas da semiologia. A localização da dor é o fator-chave para determinar se a dor tem origem na articulação coxofemoral ou na estruturas periarticulares. Na prática ortopédica, de uma maneira geral, quando se pede ao doente para localizar a área da dor são apontadas, frequentemente, as regiões trocantérica, posterolateral da anca ou mesmos as sacrílicas ou a região lombar. Contudo, alguns pacientes localizam a dor pousando o polegar e o dedo indicador abertos em forma de C, sobre a região glútea-inguinal (sinal do C). A dor proveniente de uma afeção da articulação coxofemoral localiza-se frequentemente na região inguinal.

Seja como for, torna-se necessário diferenciar uma dor superficial de uma dor profunda e conhecer, também, a dor referida.

Dor local: o doente refere dor no mesmo local onde se encontra a causa desencadeante. Trata-se de uma dor concreta e precisa. Ex: dor após um traumatismo direto.

Dor referida: a dor é referida em um local diferente, embora geralmente próximo, daquele onde atuou o agente desencadeante. É uma dor imprecisa, mal definida. Ex: dor referida à anca nas situações com patologia no joelho, particularmente em crianças.

Dor irradiada: neste caso a dor estende-se pelo território inervado pelo tronco nervoso que se encontra comprometido pelo agente desencadeante. Apresenta-se como uma dor superficial, com uma distribuição topográfica bem definida e que corresponde às áreas de inervação das raízes afetadas. Ex: dor irradiada da hérnia discal lombar.

O limiar da sensibilidade à dor varia de pessoa para pessoa, tornando-se difícil comparar as manifestações dolorosas referidas por diferentes doentes. Todavia, as variações da intensidade da dor que ocorrem na evolução de uma afeção, no mesmo doente, são de valorizar.

Por outro lado, o estado psicológico do doente influencia, também, a intensidade da dor. Ainda assim, não é raro encontrar em pacientes com problemas laborais, manifestações subjetivas de dor que não encontram justificação, tanto nos resultados objetivos obtidos na exploração física quanto nos exames complementares de diagnóstico (simuladores).

Pode-se estabelecer três diferentes padrões de tipo de dor:

Dor óssea: é uma dor constante, surda, intensifica-se geralmente durante a noite.

Dor articular: está relacionada com a mobilização da articulação afetada, alivia com o repouso e com adoção de posturas antiálgicas características. A sua intensidade aumenta no início do movimento.

Dor muscular: está relacionada com a contração do músculo afetado sem que, para isso,

seja necessário uma mobilização articular.

A conjugação da duração, do horário, e da relação da dor com os movimentos e o repouso, permite considerar um ritmo inflamatório e um ritmo mecânico da dor e, em consequência, distinguir uma doença inflamatória de uma doença mecânica.

Dor mecânica: pode surgir de manhã, ao acordar, mas é de curta duração, intensifica-se com a marcha, ao fim do dia, e com a sobrecarga articular, alivia com o repouso e com a medicação e não perturba o sono ao doente, permitindo dormir tranquilamente, uma vez encontrada a posição conveniente. Presente nos processos degenerativos articulares – coxartrose -. Acompanha-se por uma rigidez discreta, leve pela madrugada ao despertar que se vai agravando durante o dia.

Dor inflamatória: tem um predomínio noturno, é máxima pela madrugada, agrava-se com a marcha e é de duração prolongada, acalma incompletamente com o repouso., obrigando o doente a levantar-se da cama uma ou mais vezes e pode ceder incompletamente aos analgésicos e anti-inflamatórios. Presente nas doenças reumáticas inflamatórias e nas infeções. Acompanha-se por uma rigidez matinal apreciável, que raras vezes falta, duradoira, por vezes com a duração de horas.

A dor tumoral benigna é discreta de tipo mecânico. Pelo contrário a dor tumoral maligna é persistente, de tipo inflamatório, insonante isto é, sem medicação antiálgica ou mesmo com ela, o doente dificilmente consegue conciliar o sono. Nos casos de tumores ósseos malignos a dor pode ser constante e não cede inclusivamente à terapêutica com opiáceos.

De salientar que as coxopatias podem apresentar uma dor de tipo misto, por exemplo no caso da ocorrência de um processo de sinovite numa coxartrose.

A deformidade, estável ou progressiva, é entendida como uma alteração da anatomia morfológica que pode conduzir a uma alteração da função. É o que acontece com uma rigidez da anca que, se não for tratada, pode originar uma impotência funcional severa. A prevenção das deformidades constitui, desde o tempo de Nicolás Andry, um dos objetivos principais da Ortopedia.

Por outro lado, deve ser valorizada a localização da deformidade, uma vez que de acordo com as estruturas envolvidas, pode ser melhor ou pior tolerada, tanto do ponto de vista funcional como cosmético ou psicológico. Uma deformidade da mão na artrite reumatóide, apesar do aspeto e das eventuais repercussões psicológicas, pode coexistir

com uma atividade funcional suficiente e não justificar uma intervenção cirúrgica. Ao invés uma deformidade em flexo da anca interfere com a atividade sociofamiliar e profissional do doente atingindo o doente no seu todo.

Por último, não esquecer que as deformidades podem estar associadas a malformações de outros órgãos ou sistemas. Ex: associação de escoliose idiopática infantil com plagiocefalia (deformidade do crânio), ou de escoliose torácica congénita e malformações congénitas cardíacas e renais ou, ainda, de espinha bífida oculta e pé cavo. Luxação congénita da anca teratológica associada a outras malformações, como a artrogripose múltipla congénita, disrafismos espinhais, joelho recurvato, deformação severa dos pés..

A **impotência funcional** é traduzida pela impossibilidade total ou parcial de o doente usar o membro inferior. O Sistema Musculoesquelético, entendido como um sistema de alavancas constituído por um braço da alavanca (osso), um ponto de apoio (articulação) e um sistema produtor de força (músculo), está sujeito a lesões localizadas a qualquer destes níveis.

Assim sendo, a impotência funcional ou a limitação da mobilidade articular podem ter origem na falência mecânica do braço da alavanca (ex: uma fratura óssea), do ponto de apoio (ex: uma luxação) ou do sistema produtor da força (ex: paralisia, rotura de um tendão). Ainda assim, a dor pode também dar lugar a uma inibição motora reflexa, que sua vez origina uma impotência funcional, apesar da integridade estrutural do sistema.

Outro fator, que devemos levar em linha de conta, é procurar saber se a impotência funcional se apresenta estável ou, ao contrário, mostra ser progressiva. Neste contexto, o doente pode apresenta uma impotência funcional absoluta, isto é, não consegue movimentar o membro atingido.

Perante um traumatismo violento da articulação coxofemoral, em que o traumatizado nos aparece com uma impotência funcional absoluta no membro inferior e, com uma atitude viciosa da anca em rotação externa e encurtamento, é relativamente fácil fazer o diagnóstico de uma fratura da extremidade superior do fémur. Nas coxopatias crónicas o quadro clínico é menos florido. A impotência funcional traduz-se inicialmente pela redução da capacidade da marcha, que se vai acentuando progressivamente. O doente após percorrer uma certa distância (perímetro de marcha), é obrigado a parar durante algum tempo devido ao aparecimento da dor, retomando a marcha após o desaparecimento do fenómeno algico. Trata-se de uma verdadeira "angina óssea" por

insuficiência isquêmica óssea. Nestas situações, recomenda-se fazer o diagnóstico diferencial com uma isquemia vascular crônica dos membros inferiores e com uma isquemia neurogênica.

Noutros casos o doente refere que não consegue cruzar as pernas, apanhar um objeto do solo ou calçar os sapatos. O sinal do sapato é característico da artropatia degenerativa da anca, coxartrose.

A claudicação ou marcha anormal é a expressão da presença de um ou vários dos fenómenos descritos anteriormente. Assim, pode haver claudicação por dor, por deformidade e por impotência funcional.

Por dor: a claudicação antiálgica causa uma alteração no ritmo do passo com inclinação do tronco para o lado afetado, uma vez que o tempo de apoio sobre a extremidade dolorosa está encurtado.

Por deformidade: a claudicação segue modelos bem definidos em relação ao tipo de deformidade. Ex: no caso de existir uma atitude viciosa em flexão da anca, associa-se uma inclinação do tronco para diante ao dar o passo, "marcha saudando". Se os músculos abdutores da anca forem débeis, incapazes de sustentar a pélvis, observa-se uma queda do tronco e da pélvis para o lado são, é a denominada "marcha de Trendelenburg".

Por impotência funcional: por exemplo na paralisia do nervo ciático poplíteo externo (nervo peroneal) observa-se uma marcha em "steppage", com queda ou arrastamento do pé.

Como sinal característico das coxopatias, a claudicação pode surgir ao fim de um certo tempo de marcha ou precocemente. Como vimos pode acompanhar-se de dor ou ser indolor. Neste último caso, precede geralmente o aparecimento dos fenómenos álgicos no decurso da evolução da coxopatia. A claudicação, assim como a dor, podem conduzir à utilização de uma ou de duas canadianas, muitas vezes por iniciativa do próprio doente, o que traduz uma impotência funcional severa.

1.1. Causas de dor localizada à anca

Podemos distinguir **quatro grandes grupos de lesões** capazes de provocar dor na região da anca: lesões viscerais intra-abdominais; lesões das estruturas osteoarticulares adjacentes à articulação coxofemoral; lesões das partes moles peri-articulares (tendões e bolsas serosas) e lesões da própria articulação coxofemoral.

Qualquer processo **intra-abdominal** que provoque irritação peritoneal, pode originar uma dor na fossa ilíaca ou na região inguinal e produzir um espasmo muscular, que mantenha a articulação coxofemoral em flexão e provoque dor à extensão. É frequente na apendicite e ocorre também em afeções ginecológicas. A palpação abdominal permite na maioria dos casos identificar a verdadeira causa da dor.

Quando a dor procede da **coluna lombar**, a exploração física poderá ser suficiente para precisar a estrutura envolvida e localizar o nível da lesão. A existência de dor à palpação e mobilização da coluna lombar com escassa perturbação dos movimentos da anca, assim como a presença de sintomas de afeção radicular, são elementos que permitem o diagnóstico.

É preciso ter presente que as lesões que afectam os níveis D12 e L1 provocam uma dor referida à crista ilíaca e à região do médio nadegueiro/glúteo e inguinal e, as que afetam L1, L2 e L3 podem causar dor na região anterior da coxa e região trocantérica. As lesões de L5 e S1, podem originar uma dor a nível da região nadegueira. Por outro lado, a dor que tem origem na articulação sacroilíaca é referida à região nadegueira, região trocantérica e face externa da coxa.

As lesões dos **tendões e das bolsas serosas** que rodeiam a articulação coxofemoral, designadas por periartrites da anca, são causa de dor na anca.

A dor localizada à **região trocantérica** pode ter várias origens. A afeção dos tendões e sobretudo das bolsas serosas da região trocantérica, entre o médio nadegueiro e o trocânter e, entre o pequeno nadegueiro e o trocânter (Fig. 1 a)), seja por traumatismo de sobrecarga ou no contexto de um reumatismo inflamatório, caracterizam-se por uma dor na região externa da anca que por vezes irradia para a região externa da coxa e, inclusivamente chega até à perna, simulando uma ciática de L5. Mas neste caso, faltam os sinais radiculares e as parestesias. No grande trocânter ou na região intertrocantérica pode, também, estar presente um processo inflamatório (osteomielite ou osteíte tuberculosa), que os exames clínico e cintigráfico ou eventualmente uma RM podem

despistar.

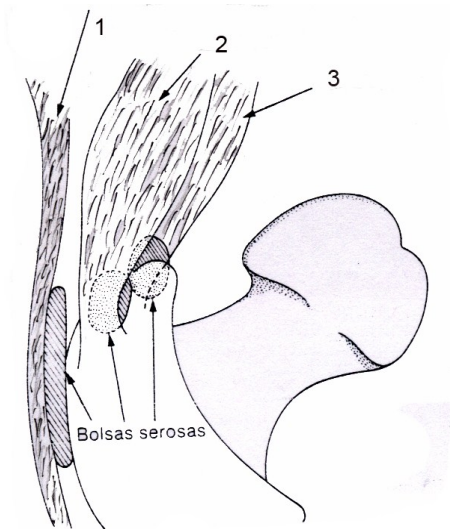
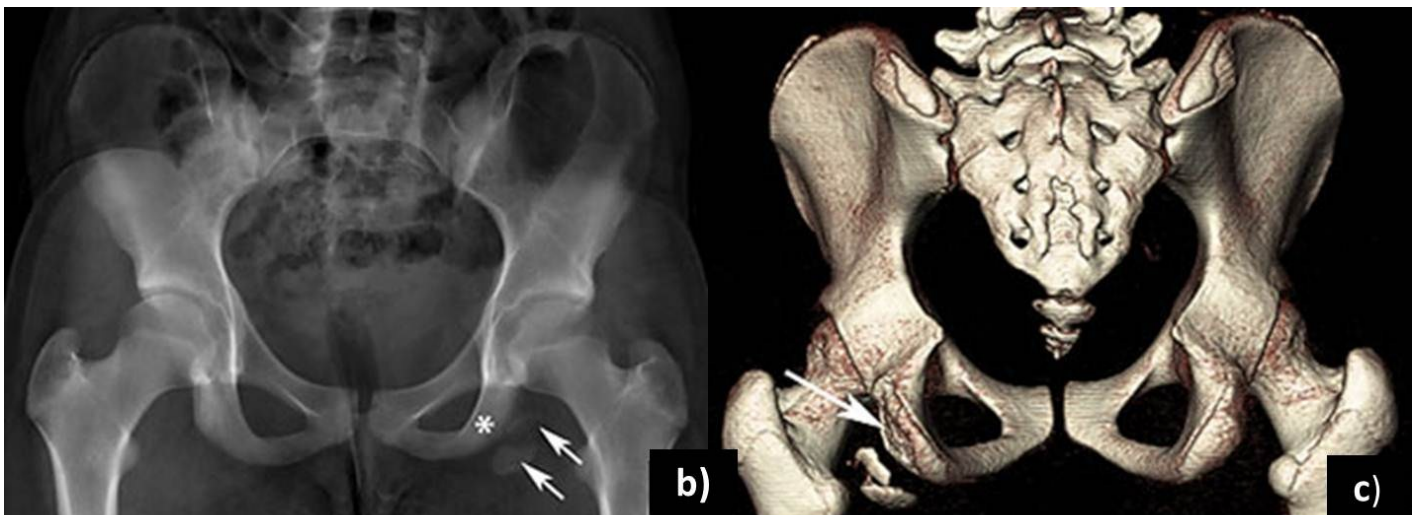


Fig. 1. Uma dor localizada na região trocantérica pode ser causada por uma bursite trocantérica (a) principais bolsas serosas da região trocantérica 1- tensor da fascia lata, 2- médio glúteo, 3- pequeno glúteo).

a)



b) e c). Uma dor na região isquiática pode ser originada por uma fratura-arrancamento do ísquion - músculos isquiotibiais - (b) e c)).

Outra situação localizada a esta região é a **anca em ressalto**, que é provocada pelo deslizamento com fricção sobre o grande trocânter, de uma banda da fascia iliotibial demasiado tensa. Existe uma sensação de ressalto à mobilização da anca, que pode ser doloroso e audível.

A **sobrecarga mecânica da fascia lata**, sobretudo após um exercício repetitivo e prolongado, pode ser causa de dor localizada à face externa da anca, com irradiação para a face externa da coxa até ao joelho. A flexão-adução forçada da anca, desencadeia

a dor e é frequente que todo o trajecto da fascia lata, na face externa da coxa, seja particularmente sensível à pressão.

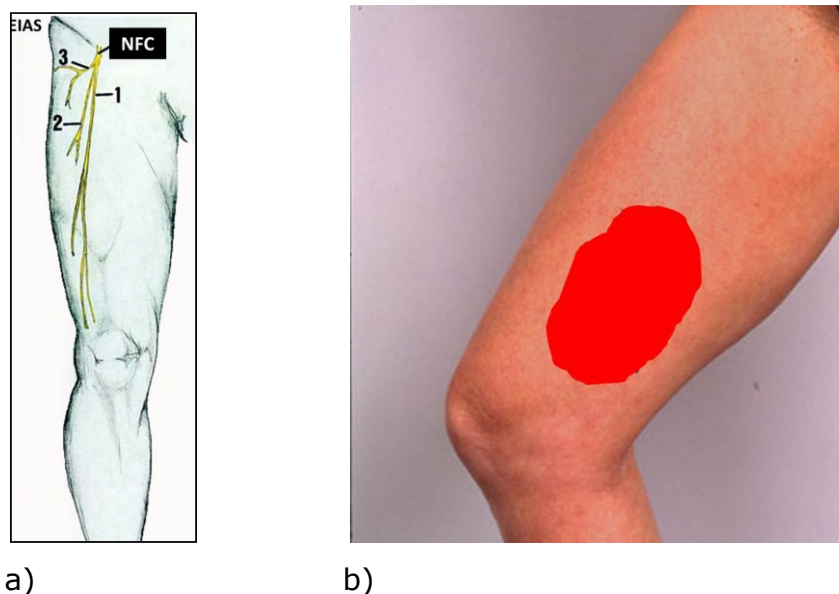


Fig. 2. Compressões nervosas a) O nervo femorocutâneo (NFC) pode ser comprimido a nível do ligamento inguinal originando parestesias na face lateral da coxa (EIAS- espinha ilíaca anterosuperior). b) O nervo obturador pode ser comprimido por uma lesão pélvica originando parestesias na face interna da coxa.

A **poliomiialgia reumática** é outra causa possível de dor na região trocantérica, geralmente bilateral. A idade avançada do paciente, a dor predominando na cintura escapular e pélvica, a rigidez articular, a presença de arterite de células gigantes, uma V.S. aumentada e uma resposta espetacular a doses baixas de corticosteróides, são elementos a considerar para o estabelecimento do diagnóstico.

A dor referida à **região inguinal** pode ser causada por afecções da sínfise púbica, dos ramos ísquio e iliopúbicos, lesões dos adutores (tendinites) e compressão do nervo obturador.

A **síndrome dolorosa da região inguinopúbica ou pubalgia** é muito frequente na atividade desportiva. Aparece de modo progressivo no fim do treino ou da competição desportiva. É traduzida por uma dor aguda, permanente, que irradia para a região inguinal, púbis, abdómen e por vezes para o testículo. É necessário através do exame clínico despistar patologia de inserção dos adutores, insuficiência dos músculos do abdómen, uma fraqueza do anel inguinal e uma osteoartropatia púbica microtraumática.

As **fraturas de fadiga de um ou ambos os ramos ísquio e iliopúbicos** são traduzidas por uma dor a nível da região inguinal ou nadequeira, com irradiação para os adutores ou isquiotibiais. Atinge os desportistas, principalmente os que praticam atletismo (maratona e meio-fundo) e "jogging", consequência de traumatismos ou de microtraumatismos de sobrecarga. Também está presente na osteoporose e na osteomalácea. Existe uma limitação da mobilidade da articulação coxofemoral sendo característico a sensibilidade local à palpação do ramo afetado. A lesão radiológica pode ser muda até um mês após o início da dor. O cintigrama ósseo mostra uma hiperfixação linear e estabelece o diagnóstico. A ausência de hiperfixação óssea elimina formalmente o diagnóstico de fratura de fadiga. Na dúvida fazer RM.

A **tendinite de inserção do médio adutor** é uma lesão frequente no desportista principalmente no futebolista. É traduzida por uma dor localizada à sínfese púbica, semelhante a uma osteíte, mas sem tradução radiológica.

Uma dor localizada à **tuberosidade isquiática**, pode corresponder a uma bursite isquiática. Esta situação é devida a uma inflamação da bolsa serosa que separa a tuberosidade isquiática do grande glúteo, causada por compressão ou microtraumatismos repetidos (doença de quem passa muito tempo sentado). Por vezes produz irritação do nervo ciático. De igual modo, os traumatismos que provocam tração nas inserções superiores dos músculos posteriores da coxa, podem originar tendinites de inserção ou epifísites da tuberosidade isquiática, que com a evolução prolongada, podem ser traduzidas ao exame radiográfico por uma neoformação óssea local. Noutras situações existe uma fratura-arrancamento do ísquion por tração dos isquiotibiais (Fig. 1 b) e c)).

A **tendinite do músculo psoas-ilíaco** deve-se à inflamação do tendão na região da eminência iliopectínea por microtraumatismos de repetição. A bursite está associada a patologia da anca, particularmente de origem degenerativa e inflamatória, podendo existir uma comunicação da bolsa com a cavidade articular. Uma dor na região da eminência iliopectínea despoletada pela extensão da anca (alongamento do músculo psoas-ilíaco) ou dor na flexão e rotação externa da anca ativas, caracterizam a presença de uma tendinite. Quanto à bursite do psoas-ilíaco, entidade clínica complexa pela multiplicidade de apresentações, pode manifestar-se com uma massa inguinal indolor, que por sua vez pode originar uma compressão de órgãos locais (bexiga e intestino) ou uma compressão venosa do membro inferior (varicosidades).

Algumas **lesões compressivas dos troncos nervosos da extremidade inferior**,

podem provocar dor na anca ou nas áreas vizinhas. Nestes casos, a existência de parestesias, disestesias ou hipostesias permite suspeitar a origem neurológica da dor. A irritação do nervo obturador, por lesão pélvica, osteíte púbica ou hérnia inguinal, provoca sintomas sensitivos (dor, parestesias) na região inguinal e face interna da coxa, que se acentuam com a mobilização da anca. Outra situação é a meralgia parestésica, consequência de uma compressão do nervo femorocutâneo na zona do ligamento inguinal, por um excesso de gordura abdominal, sobrecarga durante a gravidez ou por traumatismo de uma cinta demasiado apertada. Traduz-se por disestesias e parestesias na face externa da coxa e região trocantérica, que o doente refere de um modo intermitente (Fig. 2).

A dor proveniente de uma **afeção da articulação coxofemoral**, localiza-se as mais das vezes na região inguinal, mas pode localizar-se também na região trocantérica ou na região nadegueira e menos frequentemente na face posterior ou interna da coxa. Pode irradiar para a face anterior da coxa e joelho, proporcionalmente ao grau de inflamação subjacente.

A dor isolada referida no joelho pode representar a única manifestação de uma afeção da anca (em 10% dos casos), explicada pelo facto de cada articulação receber a sua inervação sensitiva dos mesmos troncos nervosos que enervam os grupos musculares que a mobilizam e a pele que a recobre - Lei de Hilton -. Do mesmo modo a dor que tem origem nos músculos da região, pode ser referida à anca. No entanto, não é frequente uma dor causada por uma afeção do joelho ser referida à anca. Seja como for, perante uma gonalgia é importante proceder à exploração física da anca e vice-versa.

Os três grupos principais de lesões que afetam a articulação coxofemoral são as **artroses**, a **necrose asséptica da cabeça femoral** e as **artrites**, para além da patologia de origem traumática.

As **artroses** representam o grupo mais vasto e frequente das coxopatias crónicas. Distinguem-se dois grandes grupos etiológicos: artroses secundárias a causas mecânicas e estruturais e, artroses primitivas, nas quais não é possível identificar uma causa.

Nas coxartroses mecânicas, a condropatia é explicada por um mau funcionamento da articulação, devido a uma malformação ou a uma incongruência articular. A cartilagem, não está inicialmente lesada. A lesão precoce da cartilagem articular é devida à uma hiperpressão localizada (subluxação e displasia acetabular, osteocondrite da anca, epifisiólise femoral superior, protusão acetabular primitiva, lesões do *labrum* acetabular,

sobrecarga ponderal).

Nas coxartroses estruturais, a cartilagem articular apresenta lesões prévias, consequência de um traumatismo ou de uma alteração metabólica (fraturas do acetábulo, condropatia pós-contusiva, hemocromatose, ocronose, doença de Wilson....).

São critérios de diagnóstico de uma coxartrose:

idade adulta: começo entre os 40-60 anos;

evolução clínica lentamente progressiva;

características mecânicas da dor;

ausência de alterações biológicas, em particular sinais biológicos de inflamação;

precocidade e frequência da osteofitose radiológica;

evolução radiológica para a tríada avançada: osteofitose, estreitamento inter-articular, densificação osteocondral localizada com geodes subcondrais.

As coxartroses secundárias a **displasia acetabular** atingem essencialmente o sexo feminino, com início aos 40 anos, mais cedo que a maior parte das artroses (Fig. 3 a)).

A **coxa plana** é uma sequela da doença de Legg-Calvé-Perthes. Atinge as crianças na fase de crescimento, entre os 4-12 anos, principalmente no sexo masculino. Como consequência desta lesão, a cabeça femoral deforma-se, adquirindo a forma de " cogumelo" (Fig. 3 b)).



a)



b)

Fig. 3. Displasia acetabular com subluxação da cabeça femoral (a)). Coxa plana, cabeça femoral com a forma de cogumelo, sequela da doença de Legg-Calvé-Perthes (b)).

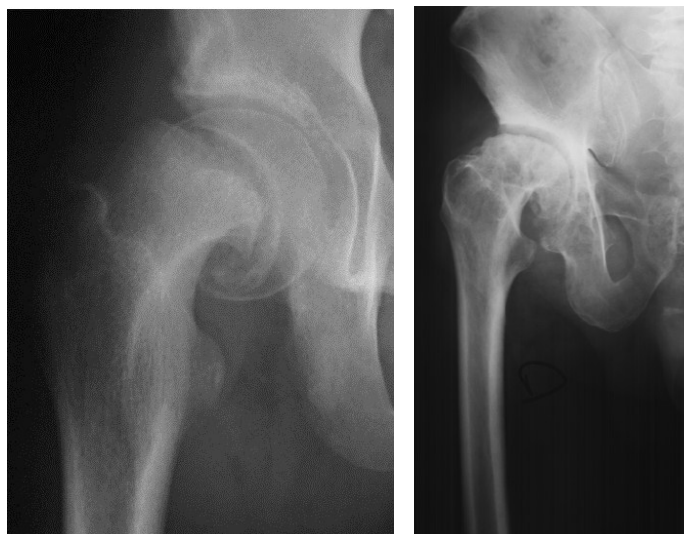


Fig. 4. Efisiólise femoral superior num adolescente onde se pode observar um deslizamento da epífise femoral para dentro e para baixo (a)). Coxartrose degenerativa num adulto, secundária a uma epifisiólise femoral superior (b)).

A **coxa vara** é uma sequela da epifisiólise femoral superior, que é uma lesão da cartilagem de crescimento, acompanhando-se frequentemente de um deslizamento da epífise em relação ao colo femoral, geralmente para trás, para dentro e para baixo. Atinge mais o sexo masculino, entre os 10-15 anos, em adolescentes obesos ou longilíneos (com um surto de crescimento rápido). Na idade adulta, a deformação da cabeça femoral, se não for corrigida, é causa de uma coxartrose (Fig. 4).

Está provado que certos desportos violentos, como o judo, futebol e o rugby, sobretudo quando praticados antes do fim do crescimento, favorecem o desenvolvimento de uma coxartrose.

Atualmente, tem-se dado muita importância ao **conflito femoroacetabular**, que pode evoluir para uma coxartrose.

Tratam-se geralmente de adultos jovens, ativos, desportista (artes marciais, ginástica, ballet..), que referem dor inguinal, durante e após a atividade desportiva. A dor aumenta com o exercício físico e com a posição de sentado. O movimento da anca em flexão, adução e rotação interna desperta a dor, assim como a extensão-rotação externa da anca, podendo estar associado um bloqueio articular ou a um ressalto passageiro, por

vezes audível.

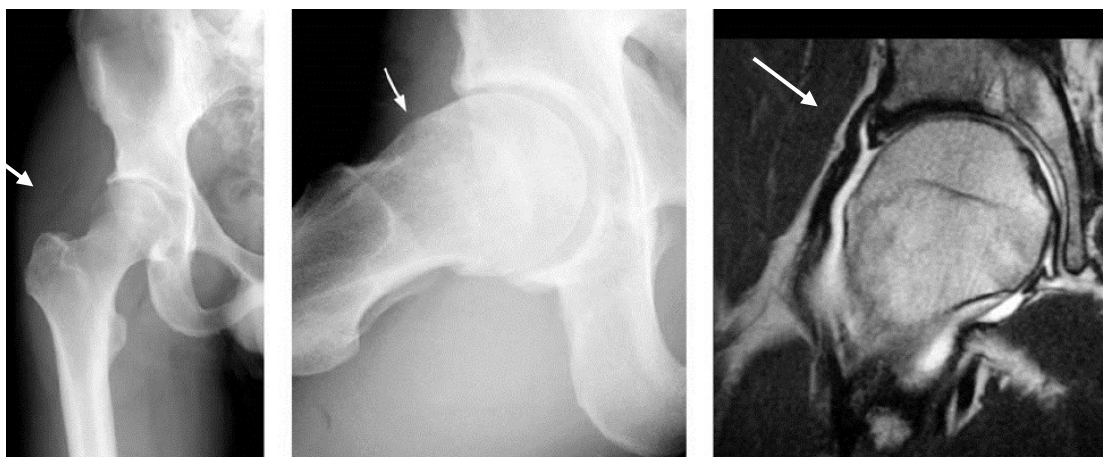


Fig. 5. Conflito femoroacetabular devido a giba femoral (seta) – efeito “cam” -. Para além da giba óssea, a artro-RM mostra também uma rotura do *labrum* (seta).

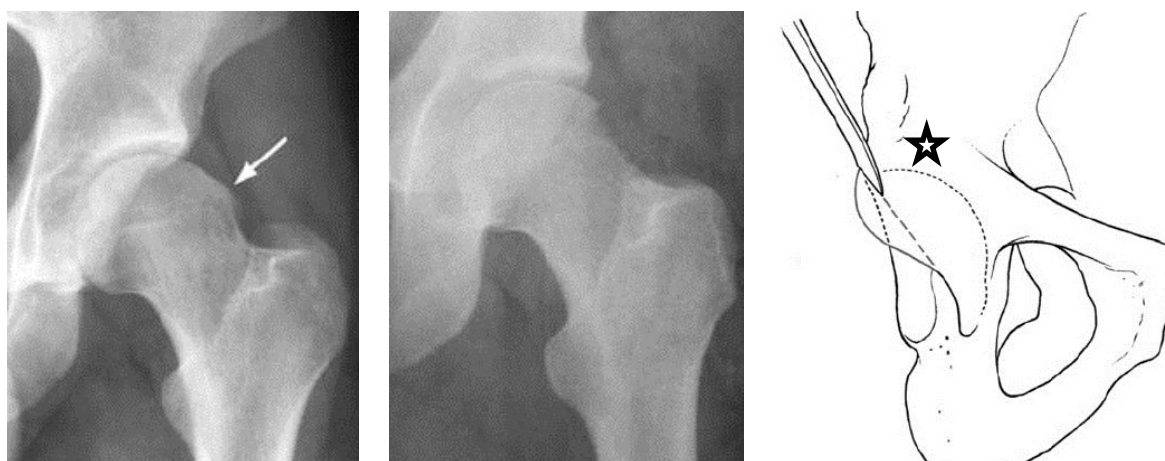


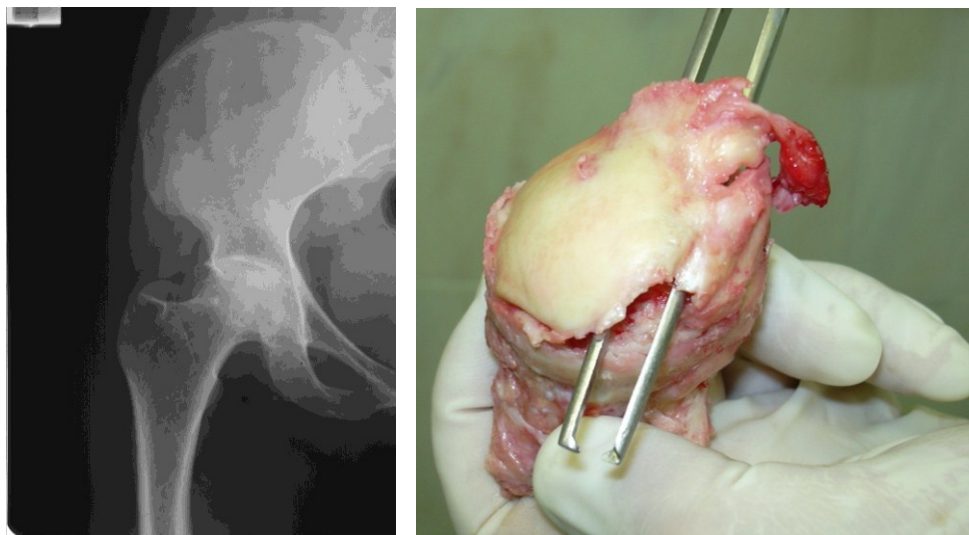
Fig. 6. A osteoplastia femoral (excisão da giba óssea) resolve o conflito femoroacetabular. Noutras situações pode estar indicado a excisão do rebordo ósseo anterior do acetábulo (estrela) que pode representar também uma causa de conflito (retroversão do acetábulo). Em qualquer dos casos, recomenda-se a reinserção do *labrum*, sempre que tal seja possível.

A RM (artro-RM) ou a artroscopia da anca podem detetar uma fissura ou desinserção do *labrum* acetabular, que uma vez ressecado/reinserido resolve a situação, havendo necessidade de corrigir também a causa que provocou a lesão do *labrum*. De facto, esta

situação está ligada a um conflito femoroacetabular da anca por alterações da junção cabeça/colo femoral, com a presença de uma protuberância óssea (giba femoral) e diminuição do "off-set" entre o colo e a cabeça femoral (efeito "cam"), ou por alterações estruturais/orientação espacial do acetábulo, retroversão acetabular (efeito pinça ou tenaz) ou por formas mistas, na maioria dos casos (Fig. 5 e 6).

A **necrose asséptica da cabeça femoral** (Fig. 7) é uma situação que vem sendo diagnosticada com mais frequência, principalmente a partir dos 30 anos de idade. Existe geralmente um terreno que favorece o seu aparecimento: uso de corticosteróides, anemias hemolíticas congénitas (drepanocitose), alcoolismo, descompressões rápidas, dislipidémias, HIV, gota....

A sintomatologia pode iniciar-se subitamente com uma dor de tipo pseudoinflamatório, com intensificação noturna. Pode cursar com radiologia normal, durante meses após o início dos sintomas. O intervalo habitual entre os primeiros achados cintigráficos (hiperfixação) é de cerca de 3-4 semanas. O exame que detecta mais precocemente esta situação é a RM, mostrando um hipossinal em T1 e T2.



a)

b)

Fig. 7. Necrose asséptica da cabeça femoral, imagem per-operatória da cabeça excisada onde se pode observar a delaminação/desprendimento da cartilagem articular

Dentro do grupo das **artrites** referimos as artrites sépticas, as artrites por microcristais/metabólicas e também as artrites inflamatórias, de que são exemplos a artrite reumatóide e a espondilartrite anquilosante.

Perante uma dor súbita da anca deve-se sempre colocar a hipótese de uma artrite infecciosa, seja por germens banais seja específica (BK, brucelose).

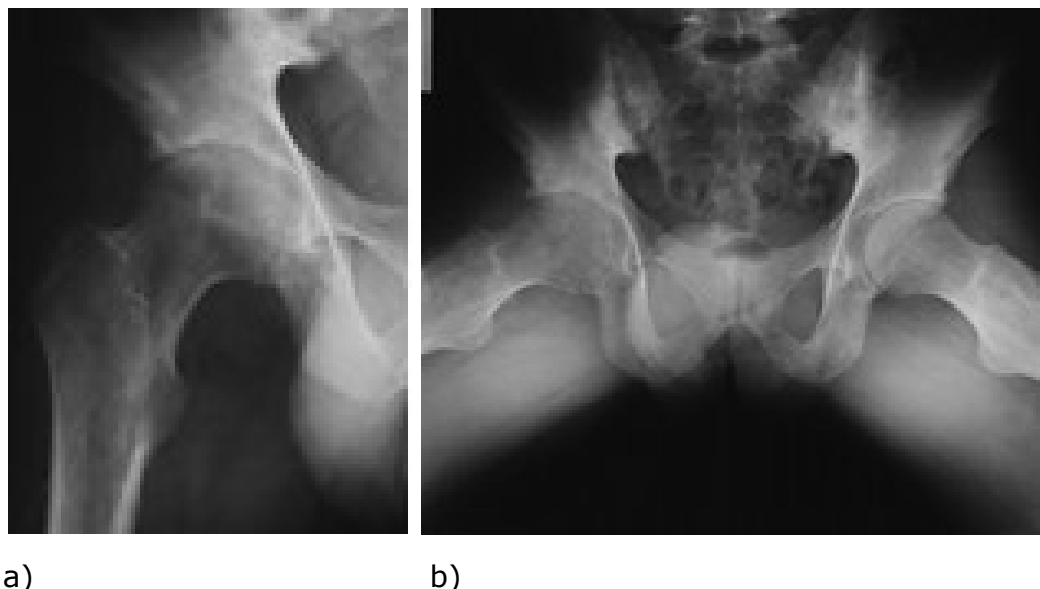


Fig. 8. Coxite reumatismal em doente com espondilite anquilosante

Dentre os quadros inflamatórios da anca convém destacar, pela sua relativa frequência, a **sinovite transitória da anca**. Atinge as crianças abaixo dos 10 anos de idade, e pode começar subitamente, com dor e claudicação, às vezes tão aguda que origina um bloqueio completo da articulação. Pode haver uma febrícula com um VS discretamente elevada. Desaparece espontaneamente em menos de semana sem deixar sequelas (descreve-se, no entanto, uma evolução para doença de Perthes em 1% dos casos). É importante fazer o diagnóstico diferencial com uma artrite séptica da anca.

Mas a dor pode ser devida a uma afeção de etiologia totalmente distinta, como é o caso das **lesões tumorais**, nomeadamente as metástases ósseas, os tumores ósseos primitivos benignos e malignos (Fig. 9).

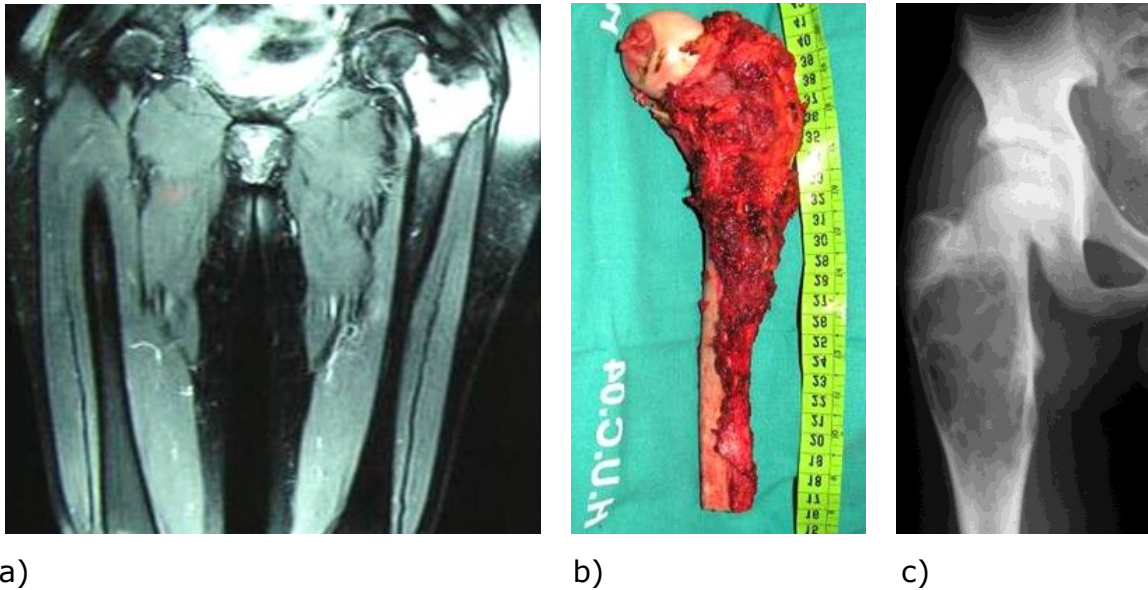


Fig. 9. Osteossarcoma da extremidade proximal do fémur esquerdo (a)), peça operatória (b). Quisto ósseo essencial do fémur proximal numa criança (c)).

Nos tumores ósseos benignos importa referenciar o osteoma osteóide do colo femoral, o quisto ósseo essencial e o granuloma eosinófilo. O osteoma osteóide, caracteriza-se por causar uma dor de tipo inflamatório, nocturna, que alivia com o ácido acetilsalisílico e apresentar uma imagem hiperfixiante no cintigrama.

Os quistos ósseos (metafisários) e os tumores de células gigantes (epifisários) da extremidade superior do fémur, são habitualmente diagnosticados pela radiografia sob a forma de lesões líticas volumosas e bem limitadas. As metástases dos carcinomas e as lesões ósseas do mieloma, localizam-se preferencialmente na extremidade superior do fémur e no acetábulo.

No Quadro I estão representadas as Causas mais frequentes de dor localizada à anca no adulto jovem

Quadro I. Causas mais frequentes de dor localizada à anca no adulto jovem

Traumáticas

Fraturas da cabeça femoral, luxações da anca, conflito femoroacetabular (rotura do labrum), fraturas de fadiga do fémur .

Inflamatórias

Artrite reumatóide, bursites, tendinites, espondiloartropatia, espondilite anquilosante, doença de Crohn, psoríase, síndrome de Reiter.

Infecciosas

Artrite séptica, osteomielite.

Neurológicas

Radiculopatia (ciática), compressão nervosa local.

Vasculares

Necrose asséptica da cabeça femoral.

Artroses

Tumores

Outras causas

Lúpus eritematoso sistémico, uso de corticosteróides, alcoolismo, psicossomáticas, ginecológicas.

2. Exame Físico

O exame físico deve ser realizado com grande rigor sob pena de deixar passar uma afeção que se manifeste por sinais discretos.

Inspeção

Um dos sinais mais constantes das coxopatias é a claudicação. A inspeção deve começar portanto, pelo exame da marcha.

Nos processos de coxite inflamatória ou infecciosa, a marcha é quase impossível. No entanto, nas situações menos intensas, o doente consegue deambular, mas claudica, apoiando muito ligeiramente o pé do lado doente e avançando quase exclusivamente com o pé do lado são.

Nos processos degenerativos, coxartrose, a claudicação é proporcional à intensidade da dor e ao grau de atitude viciosa em flexão. Como a extensão está precocemente afectada, o doente para poder andar e fazer a extensão da coxa, tem que inclinar a bacia e o tronco para a frente, "fazendo uma saudação", cada vez que dá um passo.

A "marcha de pato" é característica de uma luxação congénita da anca bilateral.

Na anquilose ou na rigidez muito marcada da anca, o doente para conseguir andar, tem que projectar para a frente a bacia do lado afectado.

A marcha com os pés em rotação interna é uma alteração frequente nas crianças, no decurso do desenvolvimento esquelético, e pode ser devida a uma anteversão exagerada do colo do fémur, a uma rotação interna da tíbias ou a um metatarso aduto. Por outro lado a marcha de "pato" com os pés em rotação externa excessiva, menos frequente, aparece como consequência de uma contractura em rotação externa da ancas, de uma rotação externa das tíbias ou no pé plano valgo (Fig. 10).

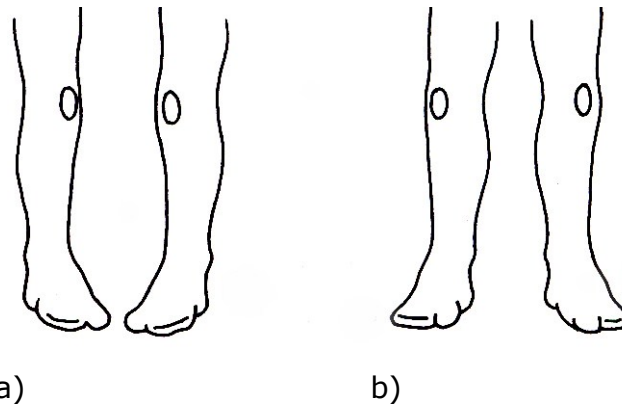


Fig. 10: Atitudes dos membros inferiores em rotação interna rótulas estrábicas convergentes e em rotação externa (a), rótulas estrábicas divergentes (b).

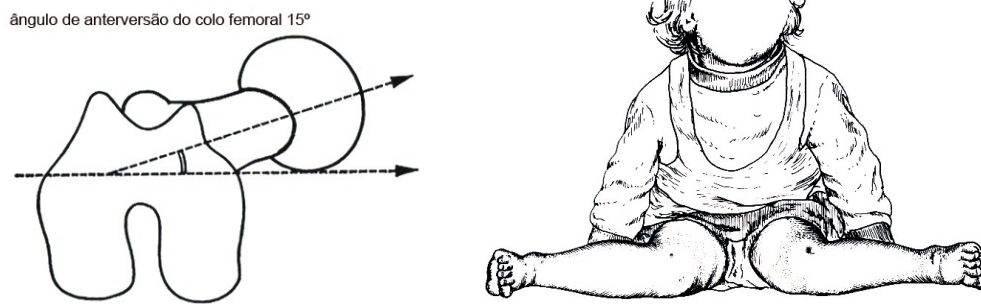


Fig. 11: Uma criança com uma anteversão exagerada dos colos do fémur apresenta uma rotação interna dos membros na fase de apoio da marcha e ao sentar-se no solo, adopta uma posição particular (*frog-sitting, em TV*). O ângulo de anteversão do colo do fémur é normalmente 10°-15°.

Em seguida devemos fazer a inspeção na posição estática, de repouso, com o doente em pé, despido e observado sucessivamente de frente, de perfil e de trás.

A observação de frente permite verificar se as duas espinhas ílicas ântero-superiores se encontram no mesmo plano horizontal. Se tal não acontecer, existe uma báscula da bacia, consequência tanto do encurtamento do membro, real ou por deformidade em adução, quanto de uma escoliose. Pode-se observar uma atitude viciosa da anca, frequentemente em ligeira flexão, rotação externa e abdução, dado que a posição da anca nesta atitude é mais confortável.

Um derrame sinovial da anca é raramente evidente, porque a sinovial está coberta por

espessas massas musculares. Pode excepcionalmente ser evidente à inspeção com o doente de pé. É traduzida, por uma saliência na face anterior da coxa que sendo normalmente côncava se apresenta convexa (quisto sinovial).

As massas musculares devem ser observadas para verificar a existência de amiotrofia, característica das situações patológicas de longa duração com desuso da articulação (infecção, poliomielite).

A observação de perfil, permite verificar, por exemplo, a existência de uma hiperlordose lombar, evocando uma atitude viciosa em flexão da anca.

Na observação posterior devemos verificar a simetria e profundidade das pregas nadegueiras, que podem estar alteradas em consequência de uma báscula da bacia, de uma atrofia muscular ou de uma escoliose. A presença de cicatrizes de fístulas, pode evidenciar sequelas de uma tuberculose. A existência duma báscula pode também ser evidenciada pela observação das fossetas nadegueiras, que marcam as espinhas íliacas posterossuperiores, que devem estar no mesmo no mesmo plano horizontal.

Nesta posição podemos realizar a prova de Trendelenburg, que permite pesquisar a insuficiência/paralisia dos músculos abdutores da anca, essencialmente a do médio nadegueiro (Fig. 12)). Normalmente na posição monopodálica, a bacia mantém-se horizontal ou eleva-se discretamente no lado sem apoio, devido à tensão dos músculos abdutores da anca.

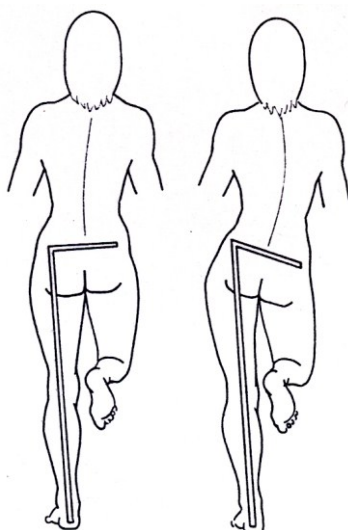


Fig. 12. Prova de Trendelenburg positiva que traduz uma insuficiência dos músculos abdutores da anca esquerda (figura da direita, à esquerda a prova é negativa).

A prova é positiva, quando se observa uma báscula da bacia do lado sem apoio (a bacia

cai para esse lado), e uma báscula dos ombros do lado do apoio. Acompanha-se de uma claudicao particular, chamada claudicao de Trendelenburg ou do médio nadegueiro. Isto acontece em situaes tais como: coxa vara, coxartrose, pseudartrose da cabeça femoral, poliomielite ou pode ser consequência de uma inibio reflexa do médio nadegueiro, devido  prpria dor da anca.

Com o doente em decúbito dorsal, verificamos a posio da anca em relao ao tronco. O decúbito dorsal, com as espinhas ilíacas mantidas no mesmo plano horizontal e, com a linha que as une perpendicular ao eixo do corpo, estando a regio lombar apoiada na mesa de observao, permite desmascarar as situaes compensadoras e verificar a verdadeira atitude da anca.

Percusso/ Palpao

Muitas das referências sseas e das partes moles que envolvem a anca, so palpáveis.

A palpao complementa os dados da inspeo e permite detetar outros. De um modo geral, apreciamos a temperatura da pele, os contornos sseos e das partes moles e pesquisamos pontos dolorosos.

A percusso vibratria da regio afectada, sinal de Canha, permite referenciar uma patologia subjacente, sem contudo especificar a sua etiologia. Do mesmo modo, a percusso firme dos calcanhares e a percusso lateral sobre os dois trocânteres, pode despertar dor quando existe patologia da anca, nomeadamente uma sinovite.

A palpao das bolsas serosas permite detetar a presença de pontos dolorosos, consequência de processos inflamatrios.

Frequentemente existe um ponto doloroso a nível do grande trocânter, sendo a dor agravada pela abduo ativa feita contra-resistência do observador. Esta situao resulta de processos de bursite ou tendinite trocantérica e  causa frequente de anca dolorosa.

A nível da tuberosidade isquiática pode existir um ponto doloroso, devido a uma bursite isquiogltea ou tendinite dos músculos isquiotibiais, principalmente no desportista.

De igual modo podemos ter uma situao semelhante a nível do pequeno trocânter, por tendinite de insero do músculo psoas-ilíaco.

Outra situao frequente  a tendinite dos adutores, nomeadamente no atletismo e no hipismo, traduzida por dor  palpao da insero superior dos tendes na bacia ou na juno músculo-aponevrose. Por vezes uma tendinite dos adutores pode ser um sinal precoce de uma espondilrite.

A bolsa iliopectínea pode ser palpada ao nível do ligamento inguinal, externamente em relação ao pulso femoral. A presença de tumefacção e dor nessa região, agravada pela extensão da coxa e aliviada na flexão, pode traduzir bursite iliopectínea ou uma sinovite da anca, dado que, pode existir comunicação entre esta bolsa e a cavidade articular.

Mais raramente lesões tendinopáticas podem surgir ao nível da espinha íliaca anterosuperior (costureiro/satório) ou inferior (recto anterior), consequência de traumatismos de tração por arrancamento ou contusão, especialmente no desportista.

É difícil apreciar a existência de espessamentos sinoviais ou de derrame intra-articular, devido à posição profunda da articulação. Por vezes, em indivíduos magros, pode palpar-se uma tumefacção na região inguinal ou particularmente na região retro ou supratrocantérica, onde a membrana sinovial é mais superficial.

Por fim procedemos à palpação das massas musculares, verificando se existe amiotrofia ou hipotonia, consequência de processos crónicos ou se, por outro lado, existem contraturas ou roturas, resultantes de processos inflamatórios ou de lesões desportivas.

Mobilidades

A exploração da mobilidade tem a intenção de não só avaliar a limitação do movimento, mas também conseguir a reprodução da dor, obtida geralmente na fase final do movimento articular. O exame deve ser realizado sobre um plano duro, registando e comparando as mobilidades com a anca contralateral, quer nos movimentos passivos quer nos movimentos ativos.

A extensão da anca é avaliada com o doente em decúbito ventral. A amplitude normal é de 15°. A flexão da anca é avaliada com o doente em decúbito dorsal, fixando a bacia com uma mão, flectindo o joelho e depois a coxa sobre o tronco. A sua amplitude normal é de 110°-120° (Fig. 13).

A abdução da anca avalia-se com o doente em decúbito dorsal. Fixando a bacia e com os membros em extensão, afastamos a coxa da linha média. A sua amplitude normal é de 45°. É o movimento mais frequentemente afetado nas coxopatias.

Com o doente na mesma posição avaliamos a adução da anca. Para isso, efectuamos uma ligeira flexão da anca, que permite o cruzamento da coxa sobre a coxa contralateral. A sua amplitude normal é de 30°.

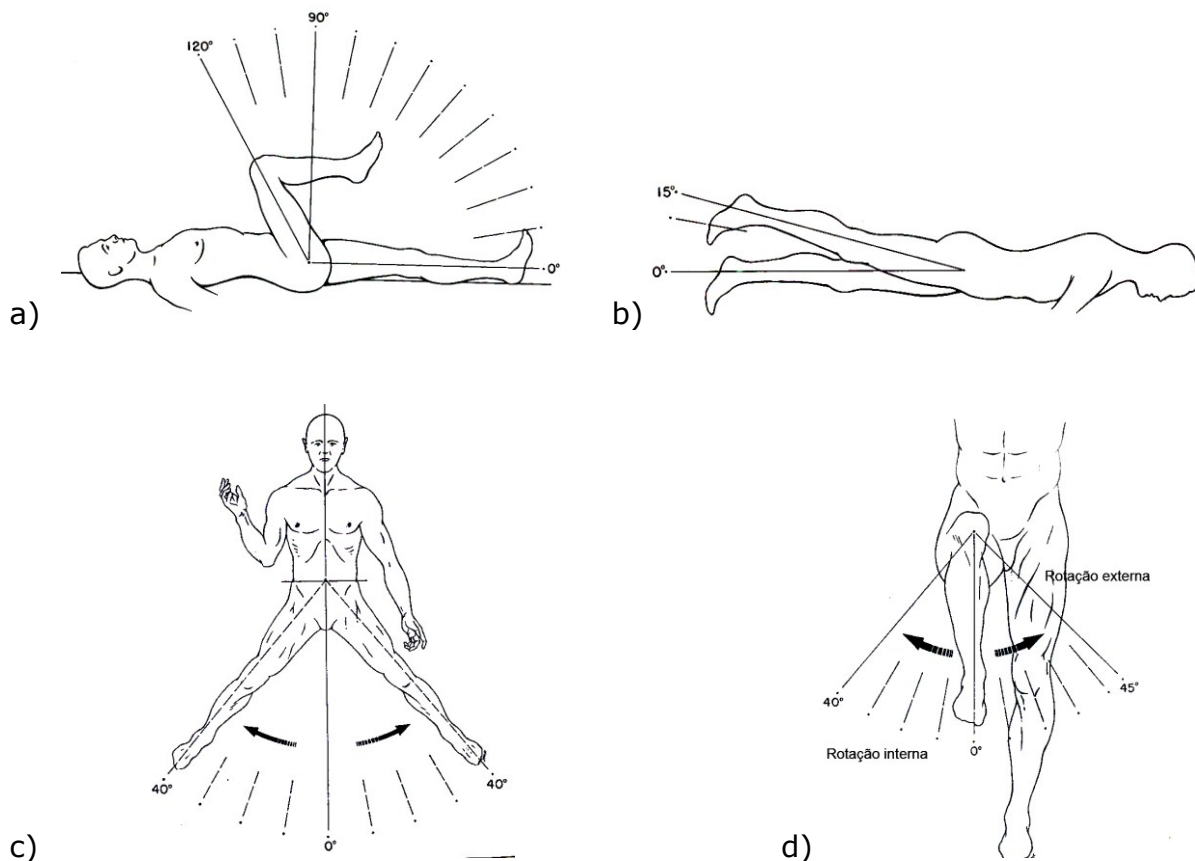


Fig. 13: Arcos dos movimentos articulares da anca normais: flexão (a)), extensão (b)), abdução (c)), rotações interna e externa (d)).

A rotação externa da anca avalia-se também com o doente em decúbito dorsal. Com a anca e o joelho flectidos a 90°, giramos o pé para dentro provocando uma rotação externa da anca. A sua amplitude normal é de 45°, está diminuída na maior parte das doenças degenerativas da anca.

A avaliação da rotação interna faz-se de maneira semelhante à da rotação externa, só que neste caso o pé gira para fora. A sua amplitude normal é de 35°.

As deformações ou atitudes viciosas da anca em flexão são em geral compensadas com uma hiperlordose lombar. A correção desta hiperlordose através do teste de Thomas, permite avaliar o grau de flexo da anca (Fig. 14). Nesta manobra, realizada aquando da avaliação do movimento de flexão da anca, provocamos a flexão forçada de uma das ancas corrigindo desta forma a lordose lombar. Se existir uma deformidade em flexão na outra anca, é nesta altura detetada. Podemos então medir o ângulo que o eixo médio

coxa faz com a mesa de observação. Esse ângulo mede o grau de flexo da anca.

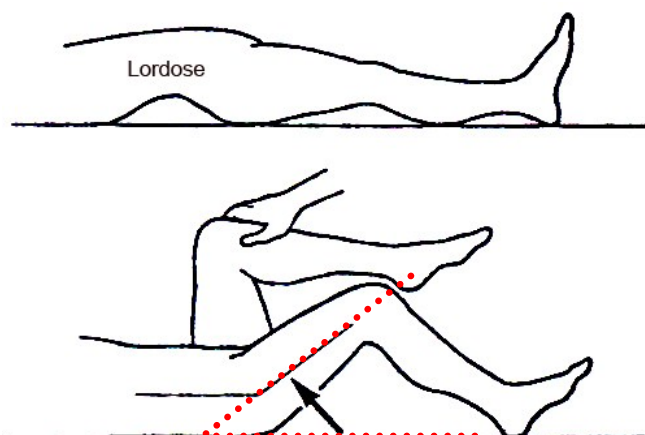


Fig. 14: A manobra de Thomas permite medir o grau de flexo da anca.

Com o doente nesta posição, realizamos a prova da isquémia óssea de Canha. Pedimos ao doente que faça a flexão-extensão da anca repetidamente, e passado algum tempo, que registamos, o doente tem que parar devido ao aparecimento da dor. Trata-se de uma verdadeira angina óssea. Esta prova é muito significativa nas coxopatias degenerativas, principalmente nas fases iniciais.

Nesta fase devemos também efectuar a flexão cruzada da anca, movimento complexo, que associa uma flexão-adução com aproximação do joelho do ombro contra-lateral. A sua limitação, associada à limitação da rotação interna, é um dos sinais mais precoces de coxopatia incipiente.

Medição do comprimento dos membros

Na observação em decúbito dorsal de um indivíduo normal, os calcanhares/maléolos internos estão ao mesmo nível, assim como as espinhas ilíacas ântero-superiores. Se houver um encurtamento real dos membros inferiores, os calcanhares deixam de estar ao mesmo nível. Para precisar a localização e o valor da dismetria/encurtamento, efectuamos a medição do comprimento real dos membros, que é dada pela distância entre a espinha ilíaca ântero-superior e o maléolo interno (Fig. 15).

Se existe diferença na medição dos dois membros, procuramos determinar o local do encurtamento, que pode estar acima ou abaixo do grande trocânter.

As provas para pesquisar o encurtamento acima do grande trocânter são: a medição do triângulo de Bryant; a linha de Nélaton-Roser e a linha de Schoemaker.

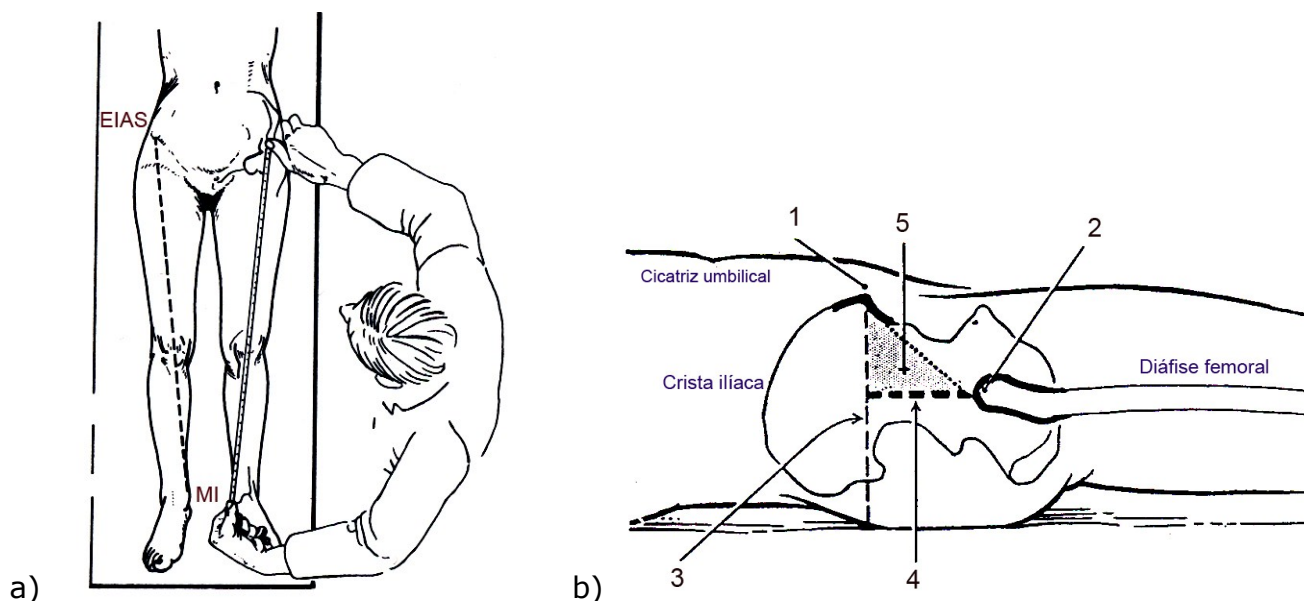


Fig. 15. Medição do membro inferior. a) Medição do comprimento real dos membros inferiores: distância entre a espinha íliaca ântero-superior e o maléolo interno: b) Triângulo de Bryant 1- espinha íliaca ântero-superior; 2- vértice do grande trocânter; 3- linha perpendicular à mesa de observação; 4- linha que une o vértice do grande trocânter à linha anteriormente descrita, o valor desta distância deve ser comparado com o lado contralateral; 5- triângulo.

O triângulo de Bryant determina-se com o doente em decúbito dorsal, traçando uma perpendicular em direcção à mesa de observação, a partir da espinha íliaca ântero-superior ((Fig. 15 b)). Seguidamente desenha-se uma segunda linha que una o vértice do grande trocânter à anterior, formando um ângulo recto. O valor desta distância, em centímetros, deve ser comparado com o do lado oposto. Deste modo obtém-se valores semelhantes ou diferentes consoante a posição do grande trocânter. O terceiro lado do triângulo não tem importância, une a espinha íliaca anterosuperior com o vértice do grande trocânter.

O encurtamento relativo de um lado indica que o fémur respectivo sofreu uma deslocação proximal, em consequência de uma lesão da anca ou da região vizinha. Pode estar em causa uma coxa vara congénita ou secundária a uma fratura do colo do fémur, a uma epifisiólise femoral superior ou a uma osteocondrite da anca. Outras causas são a

luxação congénita da anca e a coxartrose.

A **linha de Nélaton-Roser** (Fig. 16 a)) une a espinha íliaca anterossuperior à tuberosidade isquiática. Em situação normal a linha é tangente ao vértice do grande trocânter. Se o vértice do grande trocânter estiver acima dessa linha, significa que o fémur se deslocou em sentido proximal. Deve comparar-se sempre com o lado oposto.

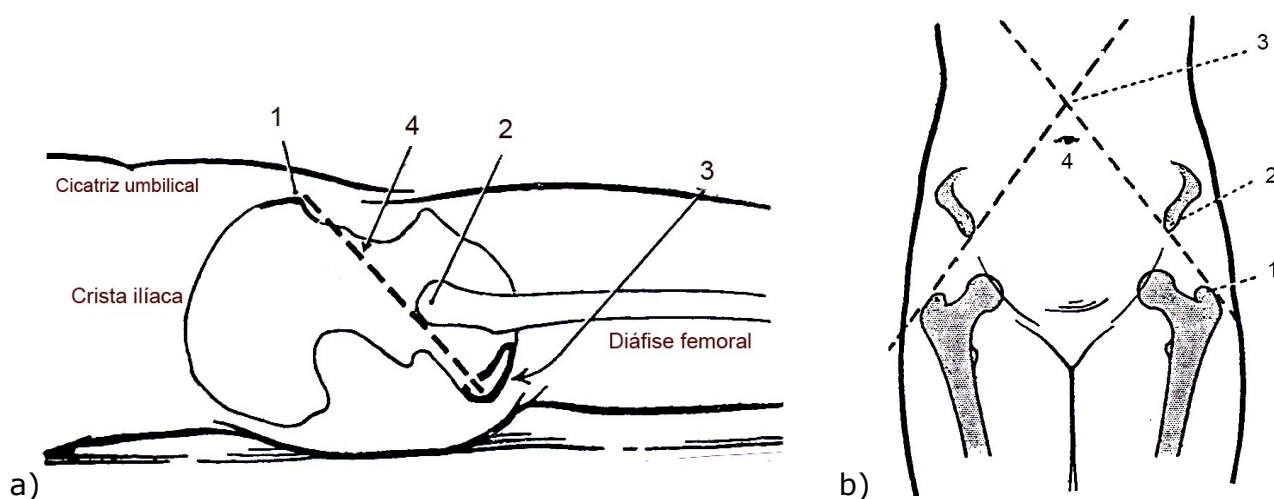


Fig. 16. a) Linha de Nélaton-Roser 1- espinha íliaca ântero-superior; 2- vértice do grande trocânter; 3- tuberosidade isquiática; 4- linha de Nélaton-Roser. b) Linha de Shoemaker 1- vértice do grande trocânter; 2- espinha íliaca ântero-superior; 3- cruzamento das linhas acima da cicatriz umbilical; 4- cicatriz umbilical.

A determinação da **linha de Shoemaker** (Fig. 16 b)) é uma prova semelhante. Esta linha é traçada bilateralmente, desde o vértice do grande trocânter à espinha íliaca ântero-superior, prolongando-se para a linha branca do abdómen. Normalmente cruzam-se na linha média acima da cicatriz umbilical. Se um dos fémures estiver deslocado para cima, devido a um encurtamento situado acima do grande trocânter, as linhas cruzam-se para fora da linha média e no lado oposto à lesão. Se o deslocamento afecta ambos os fémures, as linhas cruzam-se na linha média ou próximo dela, mas abaixo do umbigo.

Mas o **encurtamento real do membro** pode estar localizado abaixo do grande trocânter. Para a sua avaliação, procedemos à medição bilateral e separada do fémur, desde o vértice do grande trocânter até à linha articular do joelho, e da tíbia, desde a linha articular do joelho até ao maléolo interno. Uma fratura antiga do fémur ou da tíbia, uma anomalia do crescimento secundária a uma artrite ou a um traumatismo da

cartilagem de crescimento, são causas de encurtamento a este nível.

O encurtamento do membro pode ser compensado por um equinismo do pé do lado afectado, um flexo do joelho do lado oposto ou, por uma báscula da bacia que por sua vez pode ser compensada por uma escoliose.

Por vezes, um membro pode parecer curto, devido a uma atitude viciosa em aduo fixa da anca, que  compensada por uma báscula da bacia.  um encurtamento aparente ou falso uma vez que não houve modificao do comprimento do membro, como pode ser confirmado quando se corrige a posio da bacia (Fig. 17 c)).

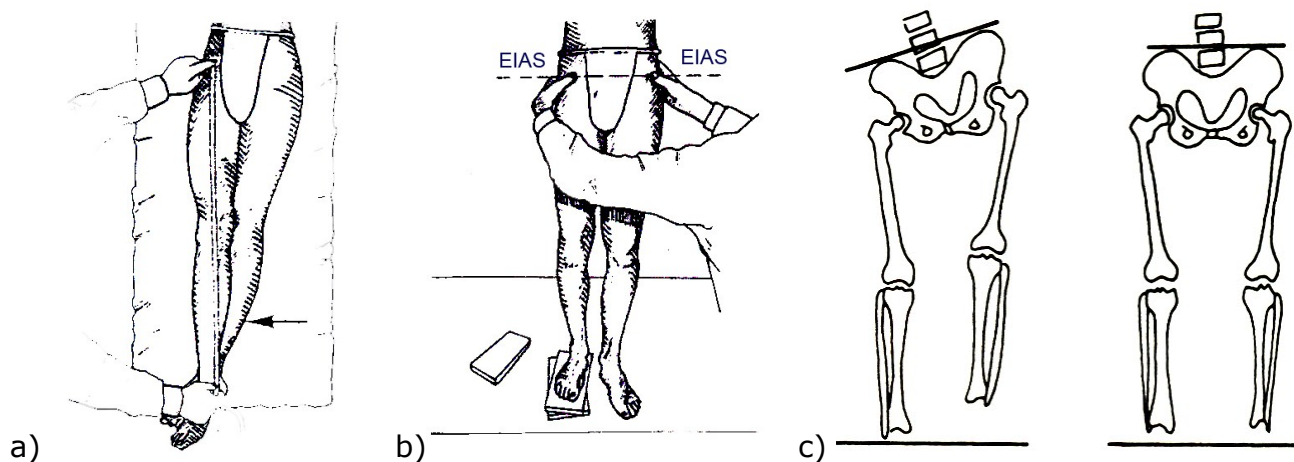


Fig. 17. Medidao do membro inferior. a) Determinao do comprimento real dos membros nos casos em que existe uma atitude viciosa da anca (aduao fixa); b) Determinao do encurtamento real do membro inferior direito com pequenas pranchas de espessura conhecida; c) Dismetria aparente ou falsa devido a uma báscula da bacia.

O **encurtamento aparente** pode ser avaliado, comparando a distância entre o apndice xifide e cada um dos malolos internos.

Outro mtodo para determinar o comprimento real dos membros, nos casos em que existe uma atitude viciosa da anca,  a colocao da anca contralateral numa posio relativa igual, em relao  bacia. Assim se uma anca estiver em aduo fixa, a outra anca deve ser colocada na mesma posio e so depois efetuamos a medidao da distância entre a espinha ilaca anterosuperior e o malolo interno (Fig. 17 a)).

Um encurtamento real pode tambm ser medido utilizando pequenas pranchas com uma espessura conhecida, colocadas sob o membro mais curto, at  obteno de uma bacia horizontal (Fig. 17 b)). O Rx mtrico dos membros inferiores  o mtodo mais fidedigno

para avaliar uma dismetria.

A medição deve também ser realizada a nível da coxa, com o objectivo de apreciar uma atrofia muscular. Para tal, mede-se o perímetro da coxa a uma distância de 18-20 cm acima da base da rótula e, compara-se com o lado oposto. Nem sempre se pode dar grande importância a esta medição, dado que a atrofia pode ser mascarada, por exemplo, por um espessamento das massas adiposas do membro.

O exame físico termina com o **exame neurológico**, avaliando a força muscular, a sensibilidade, os reflexos osteotendinosos, para além de provas específicas que permitem fazer um diagnóstico de uma radiculalgia ou ciatalgia, que como vimos são causas frequentes de dor referida à anca.

A avaliação da força muscular é importante (graus 0-5), já que cada grupo funcional recebe a inervação dum nervo periférico diferente, e em muitos casos, dum nível radicular diferente. A integridade da inervação desde a medula até ao músculo pode, assim, ser parcialmente apreciada através do exame da força.

Pesquisamos a potência muscular contra-resistência nos seguintes movimentos:

Extensão - avalia-se com o doente em decúbito dorsal, com o joelho em extensão e uma flexão de 20° da anca - L5, S1, S2, nervo nadegueiro inferior- (Fig. 18 a));

O aparecimento de uma dor na região superior da face posterior da coxa pode ser devido a lesão dos músculos isquiotibiais.

Flexão - avalia-se com o doente sentado com as pernas pendentes, tentando fletir a anca contra-resistência - L1, L2, L3, nervo crural - (Fig. 18 b));

Uma diminuição dolorosa da força muscular neste movimento pode indicar uma tendinite do psoas-ilíaco. Uma diminuição indolor, pode ser devido a uma rotura do psoas ou a uma lesão da raiz nervosa de L2.

Abdução - avalia-se com o doente em decúbito lateral, fazendo a abdução do membro que está por cima contra a resistência aplicada na coxa - L4, L5, S1, nervo nadegueiro superior - (Fig. 18 c));

Uma diminuição indolor da força muscular, pode testemunhar uma lesão da raiz de S1 ou uma rotura do tendão do médio nadegueiro.

Adução - avalia-se com o doente em decúbito lateral, com o observador a segurar a perna que está por cima com 25° de abdução e, pedindo ao doente que levante o outro membro da mesa, contra uma resistência aplicada na coxa - L3, L4, nervo obturador - (Fig. 18 d));

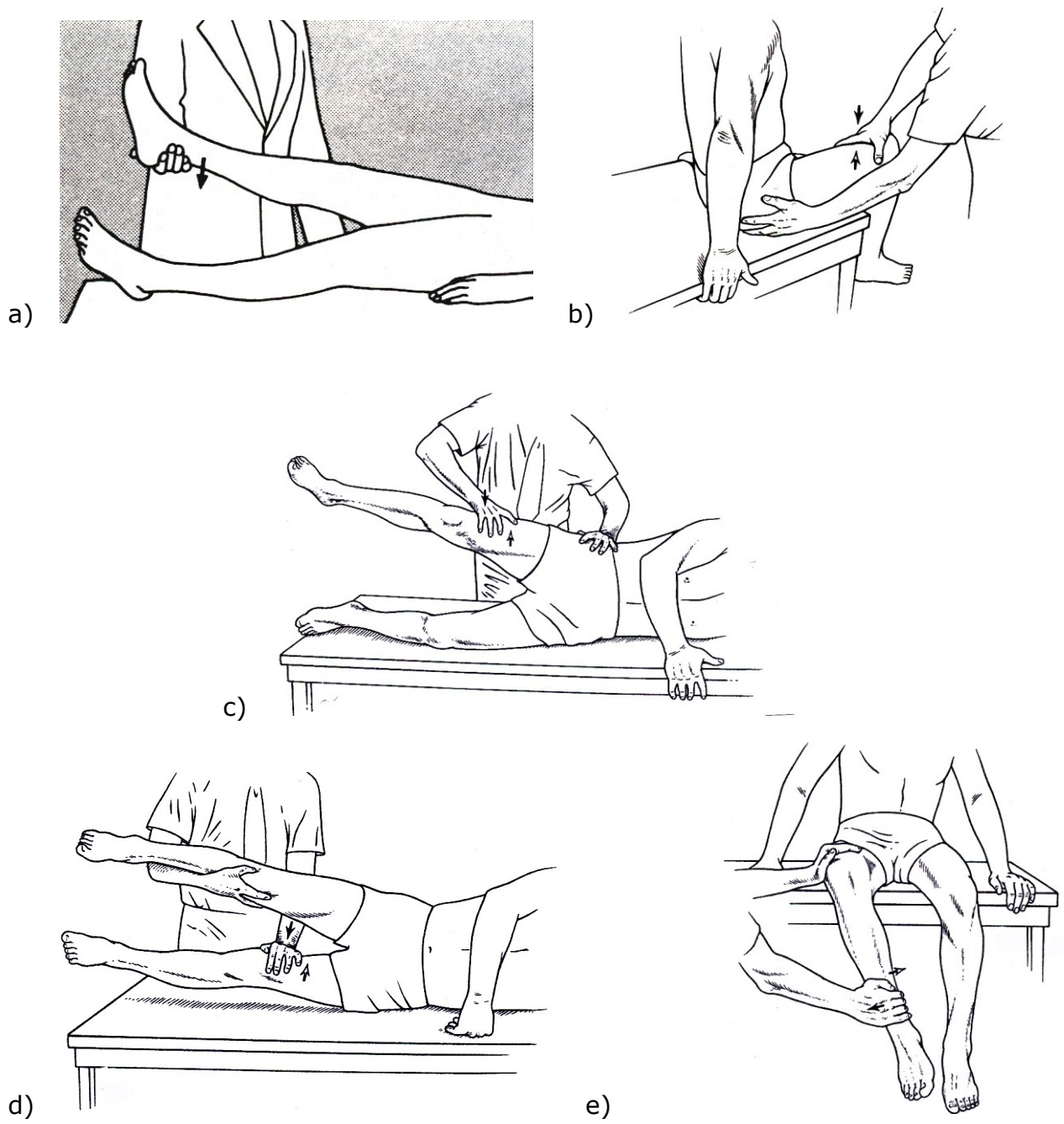


Fig. 18 Avaliação da potência muscular contra-resistência nos movimentos de extensão da anca a); flexão b); abdução c); adução d); e rotação interna e externa e).

As rotações externa e interna (Fig. 18 e)), avaliam-se com o doente sentado, com as pernas pendentes, colocando uma mão sobre o joelho do membro a observar. Pede-se ao doente que rode a coxa para fora e a perna para dentro - rotação externa L3, L4, nervo obturador - e depois a coxa para dentro e a perna para fora - rotação interna L4, L5, S1, nervo nadegueiro superior -, enquanto se aplica resistência ao movimento, com

a outra mão sobre o tornozelo.

Numa coxopatia, à semelhança do que acontece com todas as afeções do Sistema Musculoesquelético, o interrogatório e o exame físico são a base do diagnóstico, tudo começa com eles e todas as conclusões passam por eles. Apesar de dispormos, atualmente, de uma miríade de tecnologias científicas poderosas para estabelecer de forma precisa o diagnóstico, não é menos verdade, porém, que existem situações onde não é possível encontrar uma causa que justifique o sofrimento do doente.

Isso deve-se em grande parte à complexidade dos fenómenos biológicos e ao padrão das manifestações clínicas da doença, que pode ser diferente de paciente para paciente. Neste sentido, como em última análise Hipócrates reconhecia há cerca de 2500 anos, cada doente é um caso. Daí, adjetivos como "funcional", "histórico" ou "psicogénico" não devem legitimar a nossa incapacidade para encontrar um diagnóstico, ao contrário, devem servir como estímulo para tentar alcançar uma interpretação mais acertada do problema, levando em conta que o doente é um todo biopsicosocial. Temos consciência de que a prática da Medicina continua a ser uma arte: a arte de saber atender, de saber entender e de saber tratar os doentes. Todo o ser humano é fisicamente único.

Endereços eletrónicos úteis para consulta patologia da anca

<http://www.wheelsonline.com/>

<http://www.maitrise-orthop.com/medline/medline.shtml>

<http://rihuc.huc.min-saude.pt/>