



Nota Técnica

Proposta de um novo teste clínico para o diagnóstico do ressalto lateral do quadril[☆]



Henrique Antonio Berwanger de Amorim Cabrita^a, Henrique Melo de Campos Gurgel^{a,*}, Ricardo Marques^b, Leandro Emilio Nascimento Santos^c, José Ricardo Negreiros Vicente^a, Marcos de Camargo Leonhardt^a, Leandro Ejnisman^a e Alberto Tesconi Croci^d

^a Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

^b Instituto Vita, São Paulo, SP, Brasil

^c Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

^d Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 2 de setembro de 2013

Aceito em 2 de setembro de 2013

On-line em 20 de junho de 2014

Palavras-chave:

Quadril

Lesões do quadril

Artralgia

Keywords:

Hip

Hip injuries

Arthralgia

R E S U M O

O ressalto lateral do quadril é uma entidade nosológica muitas vezes desconhecida pela maioria dos ortopedistas e até mesmo por alguns especialistas em cirurgia do quadril. Trata-se da presença de um estalido palpável e/ou audível na face lateral do quadril, por vezes doloroso, causado pelo atrito musculotendíneo sobre o grande trocanter durante a flexão e a extensão da articulação coxofemoral. Descreveremos a seguir um novo teste para o diagnóstico do ressalto lateral do quadril, que é eminentemente clínico.

© 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Proposal for a new clinical test for diagnosing lateral hip snapping

A B S T R A C T

Lateral hip snapping is a nosological entity that is often unknown to many orthopedists and even to some hip surgery specialists. It comprises palpable and/or audible snapping on the lateral face of the hip that is sometimes painful, caused by muscle-tendon friction on the greater trochanter during flexion and extension of the coxofemoral joint. In the following, we describe a new test for diagnosing lateral hip snapping, which is eminently clinical.

© 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

[☆] Trabalho desenvolvido no Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo e no Instituto Vita, São Paulo, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: drurgel@usp.br (H.M.C. Gurgel).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2013.09.003>

0102-3616/© 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Introdução

A avaliação de pacientes com dores no quadril pode ser difícil, já que o diagnóstico diferencial é vasto incluindo patologias intra-articulares e extra-articulares e dores referidas de patologias pélvicas e vertebrais.

Avanços nos exames de imagem, principalmente na ressonância nuclear magnética, e conhecimentos vindos da evolução dos procedimentos cirúrgicos, como as artroscopias, levaram a uma maior compreensão da anatomia funcional do quadril, que inclui as doenças de partes moles, como músculos e tendões.¹

Definida originalmente como “palpação dolorosa sobre o grande trocanter”, a síndrome dolorosa do grande trocanter inclui a bursite trocantérica, as tendinopatias dos glúteos médio e mínimo e o ressalto lateral do quadril. Tem maior prevalência nas mulheres em relação aos homens.^{1,2} A síndrome dolorosa do grande trocanter é relativamente comum e acomete 10% a 25% da população em geral,¹ mas apenas uma pequena porcentagem apresenta o ressalto lateral.

O ressalto lateral do quadril, também chamado de ressalto ou estalido da banda iliotibial (BIT), deve-se ao atrito da borda posterior dessa ou da borda anterior do músculo glúteo máximo sobre a face lateral do grande trocanter durante movimentos do quadril, principalmente flexão e extensão.^{1,3-5} Quando o quadril está estendido, a BIT encontra-se posterior ao grande trocanter. Ao fletir o quadril, a BIT passa pelo grande trocanter para alcançar uma posição mais anterior. Apesar dessa passagem da BIT pelo grande trocanter ser fisiológica e benigna, nos casos de tensão lateral pode ocorrer o ressalto, que por vezes torna-se um quadro inflamatório e doloroso, com irradiação para a face lateral da coxa ou para a região glútea ipsilateral.⁶ Pacientes com ressaltos sintomáticos são geralmente jovens e ativos fisicamente.¹ O ressalto pode ser voluntário ou involuntário⁷ e palpável e/ou audível.⁸

Por causa dos poucos trabalhos publicados sobre o tema, o diagnóstico do ressalto muitas vezes não é feito, e prejudica seu adequado tratamento. A anamnese mostra geralmente um paciente ativo com um quadro arrastado, atraumático, com sintomas progressivos de “incômodos” ao redor do trocanter maior. No exame físico, o paciente pode reproduzir sozinho o ressalto ou o ortopedista pode encontrá-lo com manobras de flexo-extensão do quadril, com o paciente em decúbito dorsal horizontal ou lateral. O teste de Ober pode ser positivo e indicar a tensão da BIT e a marcha de Trendelenburg pode ser encontrada e indicar lesões glúteas.⁴

O ressalto deve ser diferenciado de causas intra-articulares de estalido no quadril, como corpos livres, osteocondromatose sinovial e lesão do *labrum* acetabular.^{9,10} A radiografia simples da articulação coxofemoral é, geralmente, normal, e auxilia na exclusão de corpos livres. Exames como a ultrassonografia estática e a ressonância magnética podem mostrar processos inflamatórios locais, que ajudam a corroborar o diagnóstico de ressalto lateral, além de ser importantes para descartar outras prováveis causas de estalido no quadril. A ultrassonografia dinâmica é o melhor método, apesar de examinador dependente, para o diagnóstico por imagem do ressalto.¹¹

O tratamento do ressalto doloroso pode ser conservador, com mudança das atividades provocadoras, medicações orais

analgésicas e anti-inflamatórias, alongamentos do trato iliotibial e, se necessária, infiltração local com corticoide e anestésico, que diminui a inflamação do trato iliotibial e das bursas do quadril.

Na minoria dos casos, com a falha do tratamento conservador, a cirurgia torna-se necessária.¹ Geralmente envolve zetaplastias com alongamentos ou ressecções de parte da banda iliotibial e pode ser feita por meio das técnicas aberta⁸ ou endoscópica.^{3,4}

Apesar de o mecanismo causador do ressalto ser bem descrito na literatura, não é de conhecimento dos autores, até o presente momento, um teste clínico descrito para o seu diagnóstico.

O objetivo deste estudo é descrever um teste clínico simples e capaz de identificar o ressalto lateral do quadril.

Descrição do teste clínico

O paciente deve ser posicionado em decúbito dorsal horizontal sobre uma maca com os membros inferiores em extensão completa. O examinador posiciona-se de pé, ao lado do membro não examinado do paciente, para executar as manobras. (fig. 1)



Figura 1 – Examinador posicionado do lado contralateral ao membro examinado.



Figura 2 – Estabilização da pelve com uma das mãos. Com a outra mão, segura-se o tornozelo, com o quadril fletido em 15°.



Figura 3 – Rotação interna do quadril com o quadril fletido em 15° e aduzido em 45°. Neste momento, visibiliza-se o ressalto quando o teste é positivo.



Figura 4 – Rotação externa do quadril com o quadril fletido em 15° e aduzido em 45°. Neste momento, visibiliza-se o ressalto quando o teste é positivo.

A seguir, posiciona-se o membro que não será examinado para fora da maca, que é deixado pendente, com o joelho fletido a 90°. O membro inferior examinado deve estar com o joelho em extensão e com o quadril em flexão de 15° e adução de 45°. (figs. 2 e 3)

O examinador apoia-se sobre a espinha ílica ântero-superior e estabiliza a pelve com uma das mãos. Com a outra, segura o membro inferior examinado pelo tornozelo e faz rotações interna e externa do quadril. (figs. 3 e 4)

Quando positivo, nota-se o ressalto na face lateral do quadril, que muitas vezes é visível, palpável e até mesmo audível e pode ser doloroso ou não.

Considerações finais

Apesar de raro e, geralmente, indolor, o ressalto lateral do quadril deve fazer parte do diagnóstico diferencial da síndrome dolorosa do quadril.

Acreditamos que o teste acima descrito poderá auxiliar o ortopedista no reconhecimento do ressalto lateral do quadril, embora mais estudos sejam necessários para a confirmação da sua validade e reprodutibilidade.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Strauss EJ, Nho SJ, Kelly BT. Greater trochanteric pain syndrome. *Sports Med Arthrosc.* 2010;18(2):113-9.
2. Voos JE, Rudzki JR, Shindle MK, Martin H, Kelly BT. Arthroscopic anatomy and surgical techniques for peritrochanteric space disorders in the hip. *Arthroscopy.* 2007;23(11):1246, e1-5.
3. Ilizaliturri VM Jr, Martinez-Escalante FA, Chaidez PA, Camacho-Galindo J. Endoscopic iliotibial band release for external snapping hip syndrome. *Arthroscopy.* 2006;22(5):505-10.
4. Ilizaliturri VM Jr, Camacho-Galindo J. Endoscopic treatment of snapping hips, iliotibial band, and iliopsoas tendon. *Sports Med Arthrosc.* 2010;18(2):120-7.
5. Allen WC, Cope R. Coxa Saltans: the snapping hip revisited. *J Am Acad Orthop Surg.* 1995;3(5):303-8.
6. Zoltan DJ, Clancy WG Jr, Keene JS. A new operative approach to snapping hip and refractory trochanteric bursitis in athletes. *Am J Sports Med.* 1986;14(3):201-4.
7. Snapping hip. Em: *Campbell's operative orthopaedics.* St. Louis: CV Mosby; 1980. p. 1403.
8. Yoon TR, Park KS, Diwanji SR, Seo CY, Seon JK. Clinical results of multiple fibrous band release for the external snapping hip. *J Orthop Sci.* 2009;14(4):405-9.
9. White RA, Hughes MS, Burd T, Hamann J, Allen WC. A new operative approach in the correction of external coxa saltans: the snapping hip. *Am J Sports Med.* 2004;32(6):1504-8.
10. Provencher MT, Hofmeister EP, Muldoon MP. The surgical treatment of external coxa saltans (the snapping hip) by Z-plasty of the iliotibial band. *Am J Sports Med.* 2004;32(2):470-6.
11. Choi YS, Lee SM, Song BY, Paik SH, Yoon YK. Dynamic sonography of external snapping hip syndrome. *J Ultrasound Med.* 2002;21(7):753-8.