



Acta Ortopédica Brasileira

ISSN: 1413-7852

actaortopedicabrasileira@uol.com.br

Sociedade Brasileira de Ortopedia e
Traumatologia
Brasil

Noburo Fujiki, Edson; Furlan, Cleber; Valesin Filho, Edgar Santiago; Pellacani Fernandes Soutello,
Henrique; Nagashigue Yamagushi, Eduardo

Bursite peritrocantérica: descrição de nova manobra semiológica para auxílio diagnóstico

Acta Ortopédica Brasileira, vol. 16, núm. 5, 2008, pp. 296-300

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65713429009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



ARTIGO ORIGINAL

BURSITE PERITROCANTÉRICA: DESCRIÇÃO DE NOVA MANOBRAS SEMIOLÓGICA PARA AUXÍLIO DIAGNÓSTICO

PERITROCHANTERIC BURSITIS: A DESCRIPTION OF A NEW SEMIOLOGIC MANEUVER FOR DIAGNOSTIC ASSISTANCE

EDSON NOBURO FUJIKI¹, CLEBER FURLAN², EDGAR SANTIAGO VALESIN FILHO³, HENRIQUE PELLACANI FERNANDES SOARES⁴,
EDUARDO NAGASHIGUE YAMAGUSHI⁵

RESUMO

O estudo tem como objetivo testar a validade de nova manobra semiológica no diagnóstico de bursite peritrocantérica. Foram avaliados 30 pacientes, com diagnóstico clínico de bursite do grande trocanter. Todos os pacientes foram submetidos à radiografia de bacia AP e Perfil. Quando necessário, outros exames de imagem foram realizados, com a finalidade de descartar doenças associadas; os pacientes foram submetidos a duas manobras semiológicas no quadril são e afetado. TESTE 1: paciente em decúbito dorsal, o membro examinado é aduzido em extensão cruzando sobre o membro contralateral, com o calcâneo em contato com a maca, faz-se a flexão do quadril até aproximadamente 90°, o quadril ao final da manobra estará em flexão, adução e leve rotação externa, durante a manobra poderá ser referida dor na região do trocanter maior. TESTE 2: a posição final do TESTE 1, é a posição inicial desta, faz-se a adução forçada do quadril, pode haver referência de dor ou exacerbação. Os resultados das manobras foram submetidos ao estudo estatístico, que demonstrou serem os exames diferentes entre si, porém complementares. O teste 2 mostrou ser positivo em 96,6%. As manobras semiológicas denominadas de TESTE 1 e 2, podem ser utilizadas como auxiliares nos diagnósticos clínicos das bursites peritrocantéricas.

Descritores: Bursite/diagnóstico; Fraturas do fêmur; Humanos.

SUMMARY

The objective of the present study was to test the validity of a new semiologic maneuver on the diagnosis of peritrochanteric bursitis. 30 patients with a clinical diagnosis of great trochanter bursitis were assessed. All patients were submitted to X-ray study of the pelvis AP and Profile. Whenever necessary, other imaging tests were performed to rule out any associated diseases; the patients were submitted to two semiologic maneuvers on both hips, the normal one. TEST 1: with patient at supine position, the limb is adducted in extension and crossing it over the other limb, with the calcaneus touching the bed, a hip flexion is made at approximately 90°; at the end of this maneuver, the hip will be flexed, adducted and slightly externally rotated; during the maneuver, the patient may report pain at major trochanter region. TEST 2: the final position of TEST 1 is the initial position of TEST 2, a forced adduction of the hip is made, there may be reference of pain or exacerbation. The results of the maneuvers were submitted to statistical analysis, showing them to be different from each other while complementary. Test 2 was shown to be positive in 96.6%. Semiologic maneuvers referred as TEST 1 and TEST2 may be used to assist in a clinical diagnosis of peritrochanteric bursitis.

Keywords: Bursitis/diagnosis; Femoral fractures; Humans.

Citação: Fujiki EN, Valesin Filho ES, Soutello HPF, Furlan C, Yamagushi EN. Bursite peritrocantérica: descrição de nova manobra semiológica para auxílio diagnóstico. Acta Ortop Bras. [periódico na Internet]. 2008; 16(5): 296-300. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/aob>.

Citation: Fujiki EN, Valesin Filho ES, Soutello HPF, Furlan C, Yamagushi EN. Peritrochanteric bursitis: a description of a new semiologic maneuver for diagnostic assistance. Acta Ortop Bras. [serial on the Internet]. 2008; 16(5): 296-300. Available from URL: <http://www.scielo.br/aob>.

INTRODUÇÃO

A dor no quadril é uma queixa comum no ambulatório do médico ortopedista. Porém, com uma boa anamnese, a observação da marcha e uma semiologia cuidadosa do quadril consegue-se diferenciar as doenças crônicas de agudas; se a afecção é intra ou extra-articular e se é fratura ou processo inflamatório⁽¹⁾. Além disso, é necessário descartarmos as doenças que acometem a coluna e as raízes nervosas, os problemas do sistema genito-urinário, abdominais, circulatórios, anexos femininos e alterações das partes moles que envolvem a região.

Alterações intra-articulares: artroses, seqüelas das doenças relacionadas com a infância, necroses avasculares, impacto articular com alteração labral, infecções, causam, além da queixa dolorosa, diminuição da mobilidade articular ao exame. Ao contrário, alterações periarticulares, como as tendinites e bursites, além da dor, não costumam causar diminuição do movimento articular, sendo a mais comum, a bursite do grande trocanter⁽²⁾, sendo mais raras, bursites do ílio-psoas e tuberositárias. Normalmente estas doenças estão

relacionadas com o microtrauma ou pós-trauma em atletas por sobrecarga, porém, na maioria das vezes, não é clinicamente evidente, sendo rara a indicação operatória. A semiologia para o diagnóstico da bursite trocantérica não é muito clara, porém são citadas: palpação do trocanter maior⁽³⁾, piora da dor em flexão e rotação interna⁽⁴⁾, podendo se associar à abdução⁽⁴⁾ ou adução⁽⁵⁾; ou descrito nenhuma manobra específica para tal diagnóstico. A maioria dos autores, refere que para tal diagnóstico é necessário o exame clínico, e uma radiografia PA e perfil de quadril para descartar outras doenças, ou seja, o diagnóstico é feito clinicamente, referida na região do grande trocanter à palpação da dor na coxa e, basicamente, por exclusão de outras doenças.

OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivo descrever uma manobra que possa auxiliar no diagnóstico clínico desta doença.



MATERIAIS E MÉTODOS

Trabalho aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMABC, protocolo nº 154/2006.

Serão avaliados 30 pacientes, em um total de 34 quadris, seguidos com diagnóstico clínico e radiográfico de bursite do grande trocanter e atendidos no ambulatório de Ortopedia do Hospital Mário Covas (12 casos) e em clínica privada (18 casos), examinados e acompanhados por um único médico, com treinamento em doenças do quadril. Serão realizadas radiografias AP de bacia e perfil do quadril bilateralmente.

Crítérios de exclusão: pacientes menores de 18 anos, história de trauma agudo, dismetria nos membros inferiores maiores que 2,0cm, cirurgias prévias no quadril, história de febre na moléstia atual, mobilidade articular diminuída, alterações radiográficas articulares nas grafias de frente e/ou perfil do quadril (artrose, seqüelas de doenças da infância, necrose, fraturas, impacto etc). Poderão ser utilizados exames mais acurados de imagem: ultrassom, tomografia ou ressonância magnética a critério clínico para diagnóstico de outras doenças articulares ou periarticulares. Na presença de outras doenças associadas, o paciente é excluído. Os pacientes considerados aptos e que tenham o diagnóstico de bursite do grande trocanter serão submetidos a duas manobras semiológicas chamadas de Teste 1 e Teste 2, no quadril afetado, assim como no quadril são, quando a doença for unilateral. Os pacientes serão avaliados com os mesmos testes na segunda e quarta semana, após o tratamento instituído.

TESTE 1

1 - Paciente em decúbito dorsal na maca, com os membros inferiores estendidos e na posição neutra funcional, o examinador postado no lado do quadril afetado; toma-se o membro inferior afetado (por exemplo, o direito), com a mão direita do examinador apoiando no terço distal da perna, faz-se adução do mesmo, cruzando sobre o membro contralateral, flexiona-se levemente o joelho e toca-se o calcâneo afetado na maca. Faz-se flexão do quadril e joelho, apoiando com a mão direita no terço distal da perna e a mão esquerda apoiando ao nível do joelho e deslizando o calcâneo rente a maca, forçando até a posição de 80° - 90° de flexão do quadril e joelho, posição em que o quadril assume a posição de flexão e leve rotação externa. Durante esta manobra, o paciente pode ou não relatar dor na região do grande trocanter. É considerada positiva, a referência da dor durante a manobra. (Figuras 1 e 2)



Figura 1 - (Teste 1) Início da manobra: toma-se o membro inferior afetado, com a mão direita do examinador apoiando no terço distal da perna.



Figura 2 - (Teste 1) faz-se adução do mesmo, cruzando sobre o membro contralateral, flexiona-se levemente o joelho e toca-se o calcâneo afetado na maca. Faz-se flexão do quadril e joelho, apoiando com a mão direita no terço distal da perna e a mão esquerda apoiando ao nível do joelho e deslizando o calcâneo rente a maca, forçando até a posição de 80° - 90° de flexão do quadril e joelho, posição em que o quadril assume a posição de flexão e leve rotação externa.

TESTE 2

2- Inicia-se na posição final do teste 1, faz-se adução do quadril afetado com a mão direita do examinador ao nível do joelho e a mão esquerda do examinador firmada no ilíaco Ipsis-lateral do paciente, neste momento, o paciente relatar dor ou exacerbação da mesma ao nível do joelho durante a manobra. No quadril esquerdo faz-se a manobra, porém, invertendo-se as mãos. (Figuras 3 e 4) Os pacientes serão tratados da bursite do grande trocanter com métodos clínicos e fisioterápicos, métodos estes o método de prática médica⁽⁶⁾: repouso relativo, crioterapia calorizantes matóricas não hormonais por dez dias, fisioterapia por dez dias e, dependendo da necessidade, os tratamentos poderão ser prorrogados. Poderão ser submetidos à infiltração de xylocaina a 2% associado a 1ml de corticóide (dexametasona 4mg/ml) a critério clínico (Imagem 2), e serão submetidos a tratamento fisioterápico após uma semana. Todos os pacientes serão reavaliados com duas semanas, em relação à melhora da dor e submetidos às manobras semiológicas (1) e (2) e após duas semanas serão reavaliados novamente quanto à melhora da dor e submetidos às manobras semiológicas.

RESULTADOS

Encontramos em nosso estudo a média de idade de 53,13 anos, variando de 32 anos a 80 anos. A média de idade masculina foi de 51 anos, enquanto a média de idade feminina foi de 53,07 anos (Tabela 1).

Quanto ao sexo, observamos que a bursite do grande trocanter acometeu 27 mulheres em 90% dos casos (27 pacientes) e apenas 3 homens em 10% dos casos. O lado direito foi afetado em 14 pacientes (46,7%) enquanto o lado esquerdo foi afetado em 12 casos (40%).

Houve quatro pacientes em que a manifestação da bursite do grande trocanter foi bilateral, correspondendo a 13,3% do total.

Foram realizadas radiografias de bacia AP e perfil de quadril em todos os 30 pacientes. Destes, nove (30%) apresentaram alterações no RX notadas pelo examinador. Quanto aos exames complementares, um paciente realizou cintilografia óssea, 12 pacientes realizaram ressonância magnética da bacia e 12 foram submetidos à radiografia da coluna (30%) e 12 realizaram tomografia computadorizada e ultra-sonografia. No total, 12 pacientes (40%) realizaram outras formas de exames complementares, além da radiografia de bacia e perfil de quadril.



Figura 3 - (Teste 2) Inicia-se na posição final do teste 1, faz-se adução do quadril afetado com a mão direita do examinador ao nível do joelho e a mão esquerda do examinador firmada no ilíaco Ipsis-lateral do paciente, neste momento, o paciente relatar dor ou exacerbação da mesma ao nível do joelho durante a manobra.



Figura 4 - (Teste 2) Inicia-se na posição final do teste 1, faz-se adução do quadril afetado com a mão direita do examinador ao nível do joelho e a mão esquerda do examinador firmada no ilíaco Ipsis-lateral do paciente, neste momento, o paciente relatar dor ou exacerbação da mesma ao nível do joelho durante a manobra.



O teste 1 foi positivo para um total de 18 pacientes (60%) ou ainda, em 21 quadris correspondendo a 61,7%.



Figura 5 - Radiografia na Posição Antero-Posterior (AP) do quadril com microcalcificação na região do trocanter maior (seta)



Figura 6 - Radiografia localizada com evidência de grande calcificação na região do grande trocanter.

O teste 2 foi positivo em 29 de 30 pacientes avaliados (96,6%) ou ainda em 33 de 34 quadris correspondendo a 97% deste total. Em nosso estudo apenas dois pacientes (6,7%) sofreram infiltração local de anestésico associado ao corticóide, objetivando melhora

da dor. Destes, na observação inicial após 14 e 28 dias de tratamento, um paciente apresentou melhora da dor e outro melhora apenas parcial.

Os demais 28 pacientes (96,3%) se beneficiaram satisfatoriamente do tratamento convencional, previamente, citado. Ao primeiro retorno, os pacientes foram reavaliados duas vezes. No primeiro retorno, estabelecido após 14 dias de tratamento com AINH, 24 pacientes referiram melhora das queixas (teste 1 e 2 negativos; seis pacientes (20%) referiram melhora apenas parcial com teste 2 positivo. Já no segundo retorno, após 28 dias de atendimento inicial, apenas um paciente persistiu com dores brandas, sendo que os demais 29 pacientes (97,7%) se assintomáticos.

Para se verificar mudanças entre os testes 1 e 2 foi utilizado o teste de MCNEMAR, que estuda o comportamento do teste quando há alteração de valores (binominais) é estatisticamente significativa. Esta análise, neste estudo, gerou valor significativo, indicando comportamentos diferentes entre os testes.

Para se verificar a concordância entre os dois testes foi utilizado o teste de KAPPA. Nesta análise, obtivemos resultados estatísticos que comprovaram a discrepância entre resultados dos dois diferentes testes (teste 1 e 2), considerando uma confiança de 95%.

E com relação à alteração do segundo teste em relação ao primeiro, na análise de um mesmo dado em estudo, o teste de McNemar para sinais com valor estatístico $P = 0,00104$ comprovou a maior positividade do teste 2⁽⁶⁾.

Tabela 1- Relação dos casos estudados, distribuídos quanto ao sexo, idade, positividade dos testes 1 e 2, exames de imagem e avaliação clínica na quarta semana

caso	sexo	idade	lado	T 1	T 2	rx bacia	rx outros	imagens	14 dias	30 dias
1	F	53	D	neg	pos	AP - L			neg	
2	F	56	D	pos	pos	AP - L	coluna		neg	
			E	pos	pos	AP - L			neg	
3	F	62	D	neg	pos	AP - L			neg	
4	F	64	E	pos	pos	AP - L			T2 +	
5	F	55	E	neg	pos	AP - L	coluna	cintilograf	neg	
6	F	54	D	neg	pos	AP - L		ressonan neg	T2 +	
			E	neg	pos	AP - L		ressonan neg	T2 +	
7	F	45	D	pos	pos	AP - L			T2 +	
8	F	41	D	pos	pos	AP - L	coluna	ressonan pos	neg	
			E	pos	pos	AP - L		ressonan pos	neg	
9	M	45	D	pos	pos	AP - L		ressonan pos	neg	
10	F	55	D	pos	pos	AP - L			neg	
11	F	80	E	neg	pos	AP - L calcif			neg	
12	F	55	E	pos	pos	AP - L calcif			neg	
13	F	49	E	neg	pos	AP - L			neg	
14	F	53	D	pos	pos	AP - L calcif			neg	
15	M	41	D	pos	pos	AP - L calcif	coluna	us + tac	T2 +	infiltração
16	F	46	E	neg	pos	AP - L calcif			neg	
17	F	73	D	neg	pos	AP - L calcif			neg	
18	F	36	D	pos	pos	AP - L			neg	
19	F	53	E	neg	pos	AP - L calcif			neg	
20	F	36	D	pos	pos	AP - L calcif			neg	
21	F	32	D	pos	pos	AP - L		ressonan pos	T2 +	infiltração
			E	pos	pos	AP - L			neg	
22	M	67	D	pos	pos	AP - L			neg	
23	F	59	D	pos	pos	AP - L	coluna		neg	
24	F	32	E	pos	pos	AP - L calcif	coluna		T2 +	
25	F	39	E	pos	pos	AP - L	coluna		neg	
26	F	54	D	pos	neg	AP - L	coluna		neg	
27	F	67	E	neg	pos	AP - L			neg	
28	F	64	E	neg	pos	AP - L			neg	
29	F	60	D	pos	pos	AP - L			neg	
30	F	68	E	neg	pos	AP - L			neg	





DISCUSSÃO

Definida como dor crônica ou intermitente na região lateral do quadril, a bursite trocânteria é uma doença de diagnóstico clínico⁽⁷⁻¹⁰⁾, o que faz com que, para muitos autores, os exames subsidiários sejam utilizados apenas para exclusão de processos patológicos ósseos degenerativos ou tumores, entre outras condições.

As principais características clínicas relacionadas a esta doença, descritas na literatura, são dor local exacerbada por abdução forçada e fraqueza para abdução do quadril^(9,10).

Bursas são coxins que funcionam como amortecedores entre as proeminências ósseas e os tecidos moles vizinhos. A inflamação bursal ou bursite pode resultar de microtraumas, artrite, disfunção muscular, "overuse" ou trauma agudo⁽¹¹⁾. Seu diagnóstico diferencial é amplo, incluindo condições patológicas lombares, pélvicas, regiões inguinais, articulares do quadril e infecção local.

Embora existam na região trocânteria cerca de 14 a 21 bursas descritas na literatura,^(7,9,11) geralmente o quadro algico é atribuído a somente três delas, relacionadas diretamente com a anatomia da musculatura glútea.

São assim descritas: duas bursas maiores e uma menor; a maior bursa trocânteria é a bursa do glúteo máximo, que se interpõe entre suas fibras e o trocânter maior. A outra grande bursa é a bursa do glúteo médio, que se interpõe entre o tendão do músculo e a parte súpero-lateral da superfície anterior do trocânter. A bursa menor, do glúteo mínimo, é interposta entre o tendão deste músculo e a parte medial da superfície anterior do grande trocânter.

No estudo de Shbeeb et al.⁽⁶⁾, para inclusão de casos para tratamento de bursite trocânteria com infiltração de glicocorticóides, foi utilizado como critério de diagnóstico a seguinte fórmula: positividade para os dois primeiros critérios (principais) e pelo menos um dos três demais critérios positivos; 1) história de dor na face lateral do quadril; 2) sensibilidade à palpação da região trocânteria; 3) irradiação para face lateral do membro acometido ou pseudoclaudicação; 4) dor à abdução forçada do quadril; 5) dor nos extremos de rotação, especialmente no teste de Patrick-Fabere. Em outro estudo do mesmo autor⁽⁹⁾, descrevendo a síndrome dolorosa dos trocânteres maiores em 1996, foram novamente utilizados os critérios clínicos descritos para o diagnóstico da bursite trocânteria, associando um exame de imagem para exclusão de alterações de outra natureza.

Embora não se tenha informação suficiente para comprovar que o trauma precipite o quadro doloroso, existem evidências que isto ocorre. Em traumas diretos ou microtraumas, causados pela ação repetida da musculatura local em sua inserção no trocânter, ocorre inflamação local e, muitas vezes, resulta em alterações degenerativas nos tendões, músculos ou demais tecidos locais. Pode ocorrer nestas situações, a formação de calcificações, tanto nos tendões da musculatura glútea quanto ao redor da formação óssea trocânteria. Outras condições relacionadas na literatura à bursite trocânteria, como artrite, dismetria de membros, espondilose lombar ainda merecem melhor investigação para estabelecimento da relação exata entre as patologias⁽⁹⁾. Muitos autores acreditam que condições que levem a dor local ou limitação de amplitude de movimento, por qualquer outra etiologia, levam ao aumento da tensão da musculatura rotadora externa do quadril. Desta maneira, a tensão exercida pelas fibras do glúteo máximo no trato íleo-ilíaco é aumentada, potencializando o atrito e a inflamação bursal⁽⁹⁾.

Existem estudos na literatura que indicam para casos refratários ao tratamento convencional (AINH e fisioterapia) a infiltração de glicocorticóides na bursa, e o alívio dos sintomas após o procedimento é a confirmação diagnóstica⁽⁷⁾.

Na literatura médica, diversos autores têm se dedicado ao estudo desta afecção, porém, em sua maioria, há consenso quanto ao diagnóstico, e este, deve ser eminentemente clínico, baseado nas queixas e propedêutica⁽⁷⁻⁹⁾, sendo o diagnóstico por imagem

As manobras descritas e aplicadas nos pacientes teste 1 e teste 2 procuram manifestar e exacerbar, portanto, as queixas dos pacientes, indicando que provém da região anatômica afetada, pelo estiramento do trato iliotibial e músculos glúteos sobre as bursas. Os resultados mostraram que são estatisticamente diferentes entre si, não estamos repetindo um mesmo teste físico, além disso, o teste 2 mostrou sensibilidade elevada e estatisticamente para a presença de inflamação peritrocânteria, pois a adução máxima provoca hiper-estiramento do principalmente dos músculos glúteo máximo e médio, tem especificidade para a bursite, pois a nossa amostra não tem um diagnóstico clínico previamente estabelecido, o que pode ser criticado; no entanto, na prática clínica, mesmo, ou seja, podemos estar tratando tendinite dos abdutores ao invés de bursites, porém o tratamento é o mesmo. Os testes semiológicos por nós estudados mostraram elevado grau de sensibilidade, comprovados estatisticamente, visto que são diferentes entre si, não serem úteis no auxílio diagnóstico, sempre levando em consideração que é relatado na literatura, de que os diagnósticos de doenças articulares. Em nossa análise, a população estudada se comportou de maneira semelhante aos dados da literatura, com riscos de incidência descritos entre a sexta décadas de vida⁽⁹⁾. Schapira et al.⁽⁷⁾ em estudo com 72 pacientes, encontraram extremos de idade de 30 a 80 anos, semelhante com nossa casuística populacional que variou de 20 a 80 anos. Encontramos dominância do sexo feminino e com masculino (90 versus 10%), o que também foi observado em outras circunstâncias nesta doença^(7,8), porém o predominância do sexo feminino foi menor (66,6% e 82,6% respectivamente). Shbeeb et al.⁽⁹⁾ citam preponderância feminina de 82,6%. Não há importantes citações na literatura em relação à predominância do lado afetado. Observamos certo equilíbrio entre o lado direito e esquerdo 40% dos quadris) nesta distribuição. O lado afetado possui íntima relação mecanopostural secundária entre os quadris, de maneira que estudos de imagem podem revelar patologias prévias ipsilaterais, como lombalgia e dismetria de membros com bursite trocânteria. Os pacientes avaliados foram radiografados (baixo e alto ângulo), com objetivo de exclusão de patologias articulares que pudessem justificar isoladamente o quadro doloroso. A presença de calcificações peritrocânteria foi observada em 30% dos pacientes, o que supera a observação de 10% encontrada nos casos do estudo de Schapira et al.⁽⁷⁾. Não existem estudos na literatura que correlacionem a presença de calcificações com a intensidade do quadro doloroso da bursite. Não encontramos dados que correlacionem a presença de calcificações com a propedêutica complementar (imagem) de maneira que, para nosso entender, existe na literatura a tendência a considerar o diagnóstico clínico para os estudiosos desta afecção, sendo este diagnóstico simples e com um quadro clínico típico⁽⁴⁾, de maneira que a grafia simples é na maioria das vezes suficientes para estabelecer possíveis diagnósticos diferenciais. Bird et al.⁽¹²⁾ realizou estudo de ressonância magnética em todos os 24 pacientes com queixas de dor peritrocânteria. Os achados foram: em 12 dos casos com mialgia do glúteo médio, 62% com mialgia do glúteo médio, 2 pacientes com processo inflamatório do glúteo médio, 1 paciente com necrose da cabeça do fêmur e 1 paciente com necrose da cabeça do fêmur. Bird et al.⁽¹²⁾ refere em seus estudos que dores crônicas, com duração por meses ou anos, refratário ao tratamento clínico e à fisioterapia, a presença de ruptura da inserção tendinosa do glúteo médio, 2 pacientes com processo inflamatório do glúteo médio, 1 paciente com necrose da cabeça do fêmur e 1 paciente com necrose da cabeça do fêmur.

Desta maneira, a MRI pode ser útil quando o diagnóstico não está muito claro ou existe persistência da dor mesmo com tratamento efetivo. Em nosso estudo foi realizada a MRI em 4 pacientes, com positividade para bursite trocanteriana em 3 deles (Figura 7), porém, acreditamos que este tipo de exame, dispendioso e nem sempre de fácil acesso em nosso meio, deve ser indicado em casos de diagnósticos duvidosos ou refratários ao tratamento convencional.

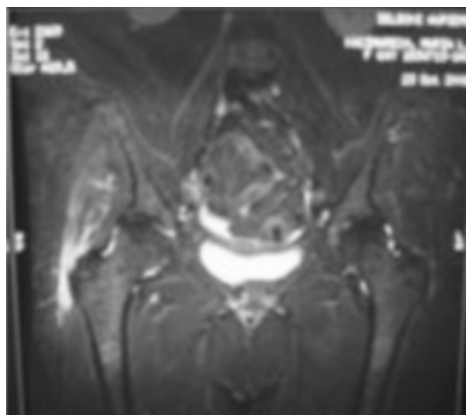


Figura 7 - Imagem de RNM em T2 demonstrando aspecto inflamatório peritrocanteriano direita

O tratamento básico utilizado em nosso estudo é o mais freqüente na literatura, envolvendo AINH e fisioterapia. Obtivemos sucesso no primeiro retorno na maioria dos casos (80%) e em 2 casos realizamos infiltração de 2ml de Xylocaina a 2% associado com 1ml de betametasona, obtendo, desta forma, regressão das queixas dolorosas nos casos refratários. Alguns estudos citam o tratamento inicial de bursite trocanteriana através da infiltração local de glicocorticóide (betametasona ou metilprednisolona) ou anestésico (xylocaina ou lidocaina)^(7,8,12) e relacionar a regressão

dos sintomas com a definição do diagnóstico. Paludatosos casos de suspeita clínica de bursite trocanteriana com lidocaína guiada por ultrassonografia, tanto para tratamento quanto para diagnóstico. Devido à melhora dos pacientes em nosso estudo, com o tratamento convencional e a realização do exame, preferimos o diagnóstico clínico e utilizamos o tratamento convencional, mais invasivo, para casos de bursite trocanteriana. A maioria dos estudos cita significativa melhora dos sintomas com o tratamento, seja qual modalidade (AINH, fisioterapia, infiltrações ou combinações). Não há importantes referências disponíveis que comparem os benefícios das variedades de tratamento. Há citações de sucesso com a osteotomias⁽⁴⁾ e ressecções cirúrgicas da bursa trocanteriana associadas^(9,12), porém, em nosso entender, não são procedimentos de rotina, salvo em raros casos incapacitantes e refratários ao tratamento clínico.

Os testes clínicos demonstrados neste estudo foram realizados na maioria dos casos com avaliação propedêutica e diagnóstica convencionais positivas e indicativas para bursite trocanteriana. São relativamente simples e seqüências, já que o teste de Neer, na posição final do teste 1, e possui maior sensibilidade para detectar justamente por exacerbar a dor inicialmente manifestada. O quadro mais evidente, tanto ao paciente quanto ao examinador. Excluimos em nosso estudo, pacientes com outras patologias osteoarticulares prévias, para favorecer a precisão dos testes em estudo, mas lembramos que, muitas vezes, as associações entre as afecções são freqüentes e, portanto, relacionadas entre si. Alertamos que este teste deve ser realizado em pacientes portadores de artroplastias de quadril, pois o teste em flexão e adução máxima pode levar à luxação, principalmente nas artroplastias realizadas por via

CONCLUSÃO

A investigação clínica é o principal instrumento para o diagnóstico de bursite trocanteriana. As manobras descritas são complementares entre si, podendo ser utilizadas como base da ortopédica inicial desta afecção.

REFERÊNCIAS

1. Troum O, Cruess J. The Young adult hip pain: diagnosis and medical treatment. Clin Orthop Relat Res. 2004;(418):9-17.
2. Akisue T, Yamamoto T, Marui T, Hitora T, Nagira K, Mihune Y, et al. Ischiogluteal Bursitis: multimodality imaging findings. Clin Orthop Relat Res. 2003;(406):214-7.
3. DeAngelis NA, Busconi BD. Assesmente and differential diagnosis of the painful hip. Clin Orthop Relat Res. 2003;(406):11-8.
4. Govaert LH, van der Vis HM, Marti RK, Albers GH. Throchanteric reduction os-
7. Schapira D, Nahir M, Scharf Y. Trochanteric bursitis: a common condition. Arch Phys Med Rehabil. 1986;67:815-7.
8. Shbeeb MI, O'Duffy JD, Michet CJ, O'Fallon MO. Evaluation of corticosteroid Injection for the treatment of trochanteric bursitis. J Rheumatol. 1996;23:1000-3.
9. Shbeeb MI, Matteson EL. Trochanteric bursitis (great trochanteric bursitis). Mayo Clin Proc. 1996;71:565-9.
10. Kagan A. Rotator cuff tears of the hip. Clin Orthop Relat Res. 1996;329:131-4.