

## FISIOTERAPIA NA SÍNDROME DO QUADRIL EM RESSALTO

Julyana Renata Fidelis Guerra (1); Mariana Cavalcante de Menezes (2); Stephanie Geyse Dantas de Figueiredo (3); Bárbara Sousa dos Santos (4); Vitória Regina Quirino de Araújo (5).

*Universidade Estadual da Paraíba, julyanafidelis@hotmail.com*

**Resumo:** A síndrome do quadril em ressalto é um complexo de sintomas, caracterizada por um “agarramento” musculoesquelético ocasionando dor e um audível estalido do quadril aos movimentos, visto tipicamente em indivíduos jovens ativos. São descritos variantes internos e externos, sendo a etiologia interna a menos compreendida. A síndrome pode ser originada por uma sobrecarga dos movimentos do quadril e atinge em maior proporção mulheres, na faixa dos 15 aos 40 anos de idade; os homens, embora em menor quantidade, também são acometidos por essa patologia. Não são encontradas causas definidas, porém sabe-se que, na maioria dos casos, quando a síndrome é sintomática o tratamento baseia-se na fisioterapia e em medicamentos analgésicos. Caso os sintomas persistam, é indicado o procedimento cirúrgico (artroscopia do quadril). A fisioterapia é primordial para o reestabelecimento da funcionalidade do indivíduo, reduzindo o quadro de dor crônica e incrementado a independência do mesmo nas atividades de vida diária. O presente estudo de caso buscou estabelecer um protocolo de atendimento fisioterapêutico objetivando a diminuição do quadro algico de uma paciente jovem do sexo feminino, assim como o ganho no arco do movimento do quadril, através de atendimentos semanais (2 vezes/semana) na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba com duração de 60 minutos.

Palavras-chave: Fisioterapia. Síndrome do Quadril em Ressalto. Ressalto Externo do Quadril.

### Introdução

Segundo Laurino (2014), a articulação do quadril tem importância fundamental na movimentação do membro inferior e permite movimentos em múltiplos planos como a flexão e a extensão, a adução e abdução e as rotações interna e externa.

A Síndrome do Ressalto do Quadril (SRQ) é caracterizada por um ressalto sonoro, como um estalido, que ocorre dentro ou ao redor do quadril (CHEATHAM, 2015). Possui diversas causas e pode ser dividido em três tipos: externo, interno e intra-articular. O ressalto do quadril do tipo externo ocorre quando uma área encurtada/espessada da porção posterior da banda iliotibial ou da borda anterior final

do glúteo máximo se sobrepõe ao trocanter maior, a partir dos movimentos de flexão ou extensão do quadril (CABRITA, 2011).

O diagnóstico é normalmente feito clinicamente e a partir de exames de imagem, como radiografia (ânteroposterior da pelve) que podem ser úteis na confirmação do diagnóstico principalmente quando apresenta o tendão do grupo iliopsoas ressaltando ao movimento do quadril (ALLEN, 1995; LEE, 2013; ILIZALITURRI, 2006). A Ultrassonografia Dinâmica também pode ser usada para identificar subluxações transitórias do tendão do iliopsoas em pacientes com ressalto doloroso do quadril (JANZEN, 1996).

Em indivíduos assintomáticos, nenhum tratamento é indicado, sendo sugerido evitar posicionamentos e movimentos que provoquem o estalido/ressalto. Quando o ressalto é sintomático o tratamento inicial é o conservador onde são indicados analgésicos e a fisioterapia para alongamento e fortalecimento muscular (KEENE, 2015).

A maioria dos casos responde bem ao tratamento conservador (ILIZALITURRI, 2006), quando este não é efetivo recomenda-se a artroplastia do quadril (POLESELLO, 2013) através da *Z-plasty* -técnica cirúrgica utilizada desde 1980 que alonga o trato iliotibial e anterioriza as fibras, até então encurtadas, para que não haja mais a sobreposição ao trocanter maior com o movimento de flexão do quadril (BRIGNALL, 1991).

A fisioterapia mostra-se como a principal alternativa a fim de evitar possíveis procedimentos cirúrgicos, chegando a resolver boa parte dos casos através de técnicas como alongamentos e exercícios de fortalecimento (KEENE, 2015). A fisioterapia se mostra efetiva quanto à melhora do quadro algico, proporciona maior funcionalidade e facilita as atividades de vida diária, e gerando bem-estar ao portador da SQR.

Apesar da importância da fisioterapia para os indivíduos portadores dessa síndrome, poucos protocolos de atendimento são encontrados na

literatura, tornando todo tratamento fisioterapêutico, um tratamento experimental. O presente estudo, tendo como base referências prévias e a análise do caso de uma paciente com a síndrome do quadril em ressalto buscou criar um protocolo de atendimento objetivando o alívio da dor, melhora na capacidade funcional e ganho da amplitude de movimento do quadril além do fortalecimento muscular dos membros inferiores.

### **Metodologia**

A metodologia adotada é de estudo de caso com intervenção, realizada no período de fevereiro a maio do corrente ano. O caso descrito, cujo pseudônimo é Maria, é do sexo feminino, 22 anos, casada, mãe de um filho, ensino médio completo, atualmente é do lar, tendo como hobbies passear com o marido e filho e ir à igreja, evangélica, residente em Campina Grande – Paraíba, apresentando, um quadro de comprometimento mioosteoarticular: Síndrome do Quadril em Ressalto, fibromialgia e fratura consolidada de cóccix com anteriorização de peças coccígeas. Num período de quatorze semanas, sendo realizados dois atendimentos por semana com duração de 01h (uma hora) cada, somando 27 atendimentos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba.

O protocolo de tratamento se baseou na diminuição do quadro algico; alongamento do trato ilitibial, glúteo máximo e adutores; ganho de amplitude de movimento no quadril; fortalecimento dos MMII.

A paciente iniciou o tratamento com um quadro algico intenso, chegando a apresentar dor 7, na região do quadril, segundo a Escala Visual Analógica da Dor (E.V.A.). Notou-se que a maior queixa se referia ao quadril em ressalto e dor no cóccix em decorrência da fratura que se consolidou em anteriorização, sensibilizando a região coccígea. Identificou-se ainda a presença de estalido no momento em que a paciente iniciava a fase de balanço, tornando a marcha dolorosa e deficitária.

A fibromialgia, mesmo com o diagnóstico já estabelecido, não se caracterizava como a principal queixa da paciente, apesar da presença do quadro algico difuso.

A conduta fisioterapêutica adotada para a minimização dos sintomas algicos na região pélvica utilizou da Neuroestimulação Elétrica Transcutânea (TENS) com fins analgésicos durante 30 min no início de cada atendimento. Com vistas ao ganho da funcionalidade, inicialmente foram realizadas 10 repetições em 3 séries de exercícios objetivando a dissociação pélvica, com auxílio da bola suíça e, à medida que a paciente indicou melhora no quadro algico, foram incrementados outros exercícios visando o alongamento e

fortalecimento da musculatura dos isquiotibiais, glúteos e iliopsoas, além do fortalecimento dos músculos da coluna lombar (grande dorsal, paravertebrais), abdutores do quadril e quadríceps através de contração isométrica, flexão resistida e agachamento, favorecendo uma melhor postura para a paciente.

Após os seis atendimentos iniciais, a paciente referiu melhora total da dor na região pélvica, sendo suspensa a aplicação da TENS. Os exercícios de fortalecimento para os membros inferiores foram gradativamente reforçados e a partir de dez atendimentos, passamos a realizar alongamento global, com auxílio da bola suíça após a conduta de alongamento e fortalecimento, proporcionando à paciente um momento para o relaxamento muscular.

O tratamento fisioterapêutico buscou, além de eliminar as queixas dolorosas, melhorar o condicionamento físico da paciente e dar orientações para o dia-a-dia de forma que os esforços realizados fossem feitos com menor dispêndio de energia, evitando tensões desnecessárias e, sobretudo, menor frequência dos ressaltos.

Ao longo da conduta, realizou-se a avaliação da distribuição da pressão plantar através da baropodometria. A partir desse exame computadorizado foram medidas e quantificadas as pressões nas diversas partes da planta do pé durante o apoio. As pressões

plantares podem ser medidas com o paciente parado (fase estática) ou com o paciente caminhando (fase dinâmica). Foram avaliadas as pressões com a paciente na fase estática e observou-se que o pé direito apresentava maiores valores na distribuição da pressão plantar, sendo o calcanhar, o ponto de maior pressão, o que sugere a ocorrência de mais apoio com a perna direita, confirmando com os dados clínicos da paciente, visto que essa relatava que o quadril do lado esquerdo ressaltava com maior frequência, sobrecarregando, portanto, o membro inferior direito.

A partir desses dados, incluiu-se no tratamento fisioterapêutico, o treino de marcha associado a uma distribuição mais igualitária do peso em ambos os membros, corrigindo também o padrão vicioso adotado para evitar o ressaltado do quadril, principalmente do lado esquerdo, visto que a paciente caminhava com o membro esquerdo rotacionado internamente. O equilíbrio da paciente se apresentou deficitário durante a execução de exercícios com o balanço e o exercício de ponte e treinos de equilíbrio passaram a fazer parte da conduta.

Os exercícios progrediram em quantidade, intensidade e resistência. A paciente iniciou o protocolo realizando os movimentos de forma ativo-assistida, seguindo para movimentos

ativo livres e, após a mesma relatar facilidade, chegou aos movimentos resistidos.

Além do tratamento realizado na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, era recomendado que a paciente realizasse os exercícios, feitos nos atendimentos, em domicílio, intensificando os ganhos devido a manutenção da frequência dos exercícios e gerando um maior esforço por parte da musculatura trabalhada.

A paciente aderiu satisfatoriamente ao protocolo de atendimento, em todos os encontros mostrou-se cooperativa e disposta a todo o tratamento proposto, mesmo quando chegava com dores e incômodos.

### **Resultados e Discussões**

Durante o tratamento, foi possível observar melhora geral do quadro da paciente como a eliminação do quadro álgico, a normalização do padrão patológico adotado durante a deambulação.

Através da reavaliação, foram realizados os movimentos de flexão/extensão, abdução/adução, rotação interna/rotação externa do quadril e notou-se ganho de amplitude e diminuição da sensação dolorosa em todos os movimentos.

Nos testes especiais feitos, a paciente não relatou incômodo nem dor na realização da anteroversão e retroversão do quadril, assim como em nenhum dos movimentos realizados ao final do tratamento.

Quanto à dor, a paciente reportou dor 0, de acordo com a E.V.A. Observou-se fortalecimento dos membros inferiores com ganho muscular quantificado através da mensuração dos membros com acréscimo de 2 cm em relação às medidas iniciais.

Na fase inicial do tratamento, a paciente apresentou ressalto em ambos os quadris, a partir da movimentação em pequenas amplitudes, sendo o quadril esquerdo o que se mostrava-se mais comprometido. Durante a conduta, incrementou-se o arco do movimento do quadril, respeitando a ocorrência do ressalto.

Ao final da conduta fisioterapêutica, o ressalto em ambos os quadris persistiu, mas a sensação dolorosa relatada pela paciente passou a ser menor. Obteve-se uma maior amplitude de movimento, sem a presença de estalido, permitindo que a paciente realizasse uma marcha normal, com a ocorrência de estalido ou sintomas álgicos apenas quando há o apoio no membro inferior esquerdo.

Através da goniometria comprovou-se tais ganhos, como se pode observar através da comparação entre os dados da tabela pré-tratamento com os dados da tabela pós-tratamento na tabela a seguir:

Movimentos do Quadril	Pré-tratamento	
	MID	MIE
Flexão	110°	60°
Extensão	0°	2°

Abdução	10°	12°
Adução	10°	16°
Rotação Interna	10°	10°
Rotação Externa	16°	16°

Movimentos do Quadril	Pós-tratamento	
	MID	MIE
Flexão	120°	110°
Extensão	22°	32°
Abdução	34°	40°
Adução	26°	28°
Rotação Interna	68°	68°
Rotação Externa	60°	54°

### Conclusões

A Síndrome do Quadril em Ressalto corresponde a uma afecção onde a atuação fisioterapêutica é primordial, através da conduta cinesioterapêutica com técnicas de alongamento, com ênfase ao trato ilitibial e fortalecimento da musculatura adjacente, treino de marcha e equilíbrio. O caso em questão, apesar de complexo e crônico, mostrou-se bastante responsivo ao protocolo adotado e às práticas educativas, necessitando, porém, de mais atendimentos para a ampla reabilitação funcional e uma possível alta da paciente.

## Referências

1. ALLEN, William C.; COPE, Ray. Coxa saltans: the snapping hip revisited. **Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons**, v. 3, n. 5, p. 303-308, 1995.
2. ILIZALITURRI, Victor M. et al. Endoscopic iliotibial band release for external snapping hip syndrome. **Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery**, v. 22, n. 5, p. 505-510, 2006.
3. JANZEN, D. L. et al. The snapping hip: clinical and imaging findings in transient subluxation of the iliopsoas tendon. **Canadian Association of Radiologists journal= Journal l'Association canadienne des radiologistes**, v. 47, n. 3, p. 202-208, 1996.
4. BRIGNALL, C. G.; STAINSBY, G. D. The snapping hip. Treatment by Z-plasty. **Journal of Bone & Joint Surgery, British Volume**, v. 73, n. 2, p. 253-254, 1991.
5. DE AMORIM CABRITA, Henrique Antônio Berwanger et al. Artroscopia de quadril. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 50, n. 3, p. 245-253, 2015.
6. COSTA, Fernando Pereira da; CANTO, Roberto Sérgio de Tavares. Quadril em ressalto. **Rev. bras. ortop**, v. 25, n. 10, p. 369-72, 1990.
7. CABRITA, Henrique et al. Paper# 41: External Snapping Hip: A New Diagnostic Maneuver and Arthroscopic Treatment of 15 Cases. **Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery**, v. 27, n. 10, p. e95-e96, 2011.
8. POLESELLO, Giancarlo C. et al. Surgical technique: endoscopic gluteus maximus tendon release for external snapping hip syndrome. **Clinical Orthopaedics and Related Research®**, v. 471, n. 8, p. 2471-2476, 2013.
9. KEENE, James S. Coxa Saltans: Iliopsoas Snapping and Tendonitis. **Hip Arthroscopy and Hip Joint Preservation Surgery**, p. 795-808, 2015.
10. CHEATHAM, Scott W.; CAIN, Matt; ERNST, Michael P. Snapping Hip Syndrome: A Review for the Strength and Conditioning Professional. **Strength & Conditioning Journal**, v. 37, n. 5, p. 97-104, 2015.
11. LAURINO, Cristiano. A Síndrome do Ressalto do Quadril. Disponível em: <[http://www.cristianolaurino.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=64:a-sindrome-do-ressalto-do-quadril&catid=9:quadril&Itemid=18](http://www.cristianolaurino.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=64:a-sindrome-do-ressalto-do-quadril&catid=9:quadril&Itemid=18)>. Acesso em: 25. maio.2016.
12. LEE, Kenneth S.; ROSAS, Humberto G.; PHANCAO, Jean-Pierre. Snapping hip: imaging and treatment. In: **Seminars in musculoskeletal radiology**. 2013. p. 286-294.