

BURSITE PERITROCANTERICA: DESCRIÇÃO DE NOVA MANOBRA SEMIOLÓGICA PARA AUXÍLIO DIAGNÓSTICO

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

EDSON NOBURO FUJIKI¹, CLEBER FURLAN², EDGAR SANTIAGO VALESIN FILHO³, HENRIQUE PELLACANI FERNANDES SOUTELLO⁴, 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 referencia 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 femur; Humanos.

SUMMARY

The objective of the present study was to test the validity of a semiologic maneuver on the diagnosis of peritrochanteric bursitis. Thirty patients with a clinical diagnosis of great trochanter bursitis were assessed. All patients were submitted to X-ray studies at AP and LP. Whenever necessary, other imaging tests were performed, intending to rule out any associated diseases; the patients were submitted to two semiologic maneuvers on both hips, the affected and the normal one. TEST 1: with patient at supine position, the examined limb is adduced in extension and crossing it over the contralateral limb, with the calcaneus touching the bed, a hip flexion is produced at approximately 90°; at the end of this maneuver, the hip will be flexed, adduced and slightly externally rotated; during this 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, with a forced hip adduction where pain or exacerbation may be reported. The maneuver results were submitted to statistical analysis, with both tests showing to be different from each other while supplementary. Test 2 was shown to be positive in 96.6%. Semiologic maneuvers referred as TEST 1 and TEST2 may be used to assist on providing 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 crônico ou em atletas por sobrecarga, porém, na maioria das vezes, são tratadas clinicamente, sendo rara as indicações operatórias.

A semiologia para o diagnóstico da bursite trocantérica na literatura não é muito clara, porém são citadas: palpação dolorosa do trocanter maior⁽³⁾, piora da dor em flexão e rotação interna ou externa, podendo se associar à abdução⁽⁴⁾ ou adução⁽⁵⁾; ou seja, não existe descrito nenhuma manobra específica para tal doença. Porém, a maioria dos autores, refere que para tal diagnóstico basta o exame clínico, e uma radiografia PA e perfil de quadril para descartarmos outras doenças, ou seja, o diagnóstico é feito clinicamente, pela dor referida na região do grande trocanter à palpação, irradiação da dor na coxa e, basicamente, por exclusão de outras doenças.

OBJETIVOS

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

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina do ABC.

Endereço para correspondência: Rua José Manoel da Fonseca Junior, 585 – apto. 52 – V. Matilde – SP –Brasil- Cep. 03511-000 –e-mail – cleberfur@hotmail.com

1. Professor Doutor Adjunto da Disciplina de Ortopedia e Traumatologia da FMABC

2. Ex-Residente da Disciplina de Ortopedia e Traumatologia da FMABC

3. Residente do Terceiro ano da Disciplina de Ortopedia e Traumatologia da FMABC

4. Residente do Terceiro ano da FMABC

5. Estagiário do Grupo do Quadril da FMABC

Trabalho recebido em 20/06/07 aprovado em 06/09/07

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. Durante esta manobra, o paciente pode ou não relatar dor na região do grande trocanter. É considerada positiva, a referência de dor durante a manobra.

TESTE 2

2- Inicia-se na posição final do teste 1, faz-se adução forçada do quadril afetado com a mão direita do examinador apoiada ao nível do joelho e a mão esquerda do examinador firma a bacia na asa do ilíaco Ipsis-lateral do paciente, neste momento, o paciente pode relatar dor ou exacerbação da mesma ao nível do grande trocanter, durante a manobra. No quadril esquerdo faz-se a mesma 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 consagrados na prática médica⁽⁶⁾: repouso relativo, crioterapia caseira, antiinflamatórios não hormonais por dez dias, fisioterapia local por dez dias e, dependendo da necessidade, os tratamentos poderão ser prorrogados. Poderão ser submetidos à infiltração local com 2ml de xylocaina a 2% associado a 1ml de corticóide (dexametazona 5 mg/ml) a critério clínico (Imagem 2), e serão submetidos ao tratamento fisioterápico após uma semana. Todos os pacientes serão reavaliados com duas semanas, em relação à melhora ou não da dor e submetidos às manobras semiológicas (1) e (2). Após quatro semanas serão reavaliados novamente quanto à melhora da dor e submetidos às manobras semiológicas.

RESULTADOS

Encontramos em nosso estudo a média de idade dos pacientes foi 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 53,07 anos (Tabela 1).

Quanto ao sexo, observamos que a bursite trocantérica afetou as mulheres em 90% dos casos (27 pacientes) e apenas 10%, ou três dos pacientes eram homens. O lado direito foi afetado isoladamente em 14 pacientes (46,7%) enquanto o lado esquerdo correspondeu a 12 casos (40%).

Houve quatro pacientes em que a manifestação do quadro foi bilateral, correspondendo a 13,3% do total.

Foram realizadas radiografias de bacia AP e perfil dos quadris em todos os 30 pacientes. Destes, nove (30%) apresentaram calcificação no RX notadas pelo examinador. Quanto aos demais exames realizados, um paciente realizou cintilografia óssea, quatro (13,3%) pacientes realizaram ressonância magnética da bacia (MRI); nove foram submetidos à radiografia da coluna (30%) e um paciente (3,3%) realizou tomografia computadorizada e ultra-sonografia do quadril. No total, 12 pacientes (40%) realizaram outras formas de propedêutica complementares, além da radiografia de bacia (Tabela 1).



Figura 3 - (Teste 2) Inicia-se na posição final do teste 1.



Figura 4 - (Teste 2) faz-se adução forçada do quadril afetado com a mão direita do examinador apoiada ao nível do joelho e a mão esquerda do examinador firma a bacia na asa do ilíaco Ipsis-lateral do paciente, neste momento, o paciente pode relatar dor ou exacerbação da mesma ao nível do grande trocanter 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 um apresentou melhora apenas parcial.

Os demais 28 pacientes (96,3%) se beneficiaram satisfatoriamente do tratamento convencional, previamente, citado. Após atendimento inicial, os pacientes foram reavaliados duas vezes, no primeiro retorno, estabelecido após 14 dias de tratamento com fisioterapia e AINH, 24 pacientes referiram melhora das queixas (80%) com teste 1 e 2 negativos; seis pacientes (20%) referiram apenas melhora parcial com teste 2 positivo. Já no segundo retorno, 4 semanas do atendimento inicial, apenas um paciente persistiu com queixas brandas, sendo que os demais 29 pacientes (97,7%) encontravam-se assintomáticos.

Para se verificar mudanças entre os testes 1 e 2 foi utilizado o teste de MCNEMAR, que estuda o comportamento do teste e se a sua alteração de valores (binominais) é estatisticamente significativa. Esta análise, neste estudo, gerou valor significativo de 0,003, inferindo comportamentos diferentes entre os testes.

Para se verificar a concordância entre os dois testes aplicado foi utilizado o teste de KAPPA. Nesta análise, obtivemos valores estatísticos que comprovaram a discrepância entre resultados obtidos nos dois diferentes testes (teste 1 e 2), considerando intervalo de 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 aplicado dos sinais com valor estatístico $P= 0,00104$ comprova alterações e 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 na segunda e quarta semana

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

Fonte: Ambulatório do Hospital Mário Covas e Clínica Privada.

T 1= teste 1 T 2= Teste 2 rx = radiografia

F= feminino M= masculino D= direito E= esquerdo pos = positivo neg = negativo

AP= Antero posterior L= Lauesntein calcif = calcificação cintilograf = cintilografia

ressonan pos= ressonância positiva para bursite ressonan neg = ressonância negativa para bursite T2 + = teste 2 positivo

DISCUSSÃO

Definida como dor crônica ou intermitente na região lateral do quadril, a bursite trocanteriana 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 trocanteriana 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 trocanteriana é a bursa do glúteo máximo, que se interpõe entre suas fibras e o trocanter 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 trocanter. A bursa menor, do glúteo mínimo, é interposta entre o tendão deste músculo e a parte medial da superfície anterior do grande trocanter.

No estudo de Shbeeb et al.⁽⁶⁾, para inclusão de casos para tratamento de bursite trocanteriana 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 trocanteriana; 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 trocanteres maiores em 1996, foram novamente utilizados os critérios clínicos descritos para o diagnóstico da bursite trocanteriana, 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 trocanter, 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 trocanteriana. Outras condições relacionadas na literatura à bursite trocanteriana, 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-tibial 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 freqüentemente desnecessário⁽¹¹⁾.

O presente estudo é dedicado à descrição de nova manobra semiológica ortopédica para auxílio diagnóstico de bursite peritrocanteriana.

As manobras descritas e aplicadas nos pacientes, chamados teste 1 e teste 2 procuram manifestar e exacerbar, respectivamente, as queixas dos pacientes, indicando que provoca a irritação da região anatômica afetada, pelo estiramento e compressão do trato iliotibial e músculos glúteos sobre as bursas. Os testes mostraram que são estatisticamente diferentes entre si, ou seja, não estamos repetindo um mesmo teste físico, além disso, o teste 2 mostrou sensibilidade elevada e estatisticamente significativa, para a presença de inflamação peritrocanteriana, pois na situação de adução máxima provoca hiper-estiramento do trato iliotibial e principalmente dos músculos glúteo máximo e médio; porém não tem especificidade para a bursite, pois a nossa análise parte de um diagnóstico clínico previamente estabelecido, gerando um viés que pode ser criticado; no entanto, na prática clínica, acontece o mesmo, ou seja, podemos estar tratando tendinites da inserção dos abdutores ao invés de bursites, porém o tratamento seria o mesmo. Os testes semiológicos por nós estudados apresentaram elevado grau de sensibilidade, comprovados estatisticamente, e são complementares, visto que são diferentes entre si, mostrando serem úteis no auxílio diagnóstico, sempre levando-se em conta o que é relatado na literatura, de que os diagnósticos de processos inflamatórios peritrocanterianos são realizados após descartar outras doenças articulares. Em nossa análise, a população em estudo se comportou de maneira semelhante aos dados disponíveis na literatura, com riscos de incidência descritos entre a quarta e a sexta décadas de vida⁽⁹⁾. Schapira et al.⁽⁷⁾ em estudo envolvendo 72 pacientes, encontraram extremos de idade de 34 e 79 anos, semelhante com nossa casuística populacional que variou de 32 a 80 anos. Encontramos dominância do sexo feminino em comparação com masculino (90 versus 10%), o que também foi observado em outras circunstâncias nesta doença^(7,8), porém o predomínio feminino nestes estudos foi menor (66,6% e 82,6% respectivamente). Shbeeb et al.⁽⁹⁾ citam preponderância feminina de 4:1

Não há importantes citações na literatura em relação à predominância do lado afetado. Observamos certo equilíbrio (direito 46,7% e esquerdo 40% dos quadris) nesta distribuição. Possivelmente, o lado afetado possui íntima relação mecanopostural primária ou secundária entre os quadris, de maneira que estudos correlacionam patologias prévias ipsilaterais, como lombalgia, osteoartrose e dismetria de membros com bursite trocanteriana⁽⁷⁻¹¹⁾. Todos os pacientes avaliados foram radiografados (bacia) no primeiro exame, com objetivo de exclusão de patologias associadas que pudessem justificar isoladamente o quadro doloroso. A detecção de calcificações peritrocanteriana foi observada em 9 casos ou 30% dos pacientes, o que supera a observação de calcificações e irregularidades ósseas trocanteriana observadas em 12,5% dos casos do estudo de Schapira et al.⁽⁷⁾. Não existem dados consistentes na literatura que correlacionem a presença da calcificação com a intensidade do quadro doloroso da bursite.

Não encontramos dados que correlacionem a patologia com a propedêutica complementar (imagem) de maneira significativa. Em nosso entender, existe na literatura a tendência a um diagnóstico clínico para os estudos desta afecção, sendo este relativamente simples e com um quadro clínico típico⁽⁴⁾, de maneira que a radiografia simples é na maioria das vezes suficientes para descartar possíveis diagnósticos diferenciais. Bird et al.⁽¹²⁾ realizaram exames de ressonância magnética em todos os 24 pacientes em estudo, com queixas de dor peritrocanteriana. Os achados foram 45% dos casos com mialgia do glúteo médio, 62% com tendinopatia do glúteo médio, 2 pacientes com processo inflamatório da bursa trocanteriana e 1 paciente com necrose da cabeça femoral. Kagan⁽¹⁰⁾ refere em seus estudos que dores crônicas, que prolonguem por meses ou anos, refratário ao tratamento clínico, mostraram à MRI, a presença de ruptura da inserção tendinosa do glúteo médio junto ao grande trocanter, sendo necessário a ressutura tendínea com fios resistentes, havendo melhora clínica, chamando a esta condição de lesão do manguito rotador do quadril à semelhança do ombro.

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.

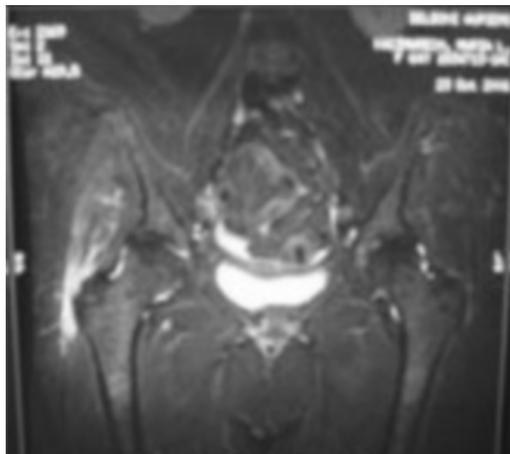


Figura 7 - Imagem de RNM em T2 demonstrando aspecto inflamatório peritrocanteriano direita

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. Paluska⁽¹¹⁾ utiliza em casos de suspeita clínica de bursite trocanteriana, infiltração de lidocaína guiada por ultrassonografia, tanto para tratamento como para diagnóstico. Devido à melhora dos pacientes observados em nosso estudo, com o tratamento convencional e a sensibilidade do exame, preferimos o diagnóstico clínico e utilizamos infiltração local, em nosso entendimento, mais invasivo, para casos refratários. A maioria dos estudos cita significativa melhora dos pacientes após correto diagnóstico e tratamento, seja qual modalidade utilizada (AINH, fisioterapia, infiltrações ou combinações).

Não há importantes referências disponíveis que comparem os benefícios das variedades de tratamento. Há citações literárias a osteotomias⁽⁴⁾ e ressecções cirúrgicas da bursa e calcificações associadas^(9,12), porém, em nosso entender, não são tratamentos de rotina, salvo em raros casos incapacitantes e rebeldes ao tratamento clínico.

Os testes clínicos demonstrados neste estudo foram positivos na maioria dos casos com avaliação propedêutica e história clínica convencionais positivas e indicativas para bursite peritrocanteriana. São relativamente simples e seqüências, já que o teste 2 se inicia na posição final do teste 1, e possui maior sensibilidade diagnóstica, justamente por exacerbar a dor inicialmente manifestada, tornando o quadro mais evidente, tanto ao paciente quanto ao examinador. Excluímos em nosso estudo, pacientes com outras patologias osteoarticulares prévias, para favorecer a precisão diagnóstica dos testes em estudo, mas lembramos que, muitas vezes, as associações entre as afecções são freqüentes e, possivelmente, relacionadas entre si. Alertamos que este teste deve ser evitado em pacientes portadores de artroplastias de quadril recentes, pois o teste em flexão e adução máxima pode levar à luxação posterior, principalmente nas artroplastias realizadas por via posterior.

CONCLUSÃO

A investigação clínica é o principal instrumento para detecção da bursite peritrocanteriana. As manobras descritas são sensíveis e complementares entre si, podendo ser utilizadas na semiologia 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 osteotomy as a treatment for refractory trochanteric bursitis. *J Bone Joint Surg Br.* 2003;85:199-203.
5. Alvarez N, Canoso J. Trochanteric bursitis. *J Clin Rheumatol.* 2004;10:123-24.
6. Siegel S. Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil; 1977.
7. Schapira D, Nahir M; Scharf Y. Trochanteric bursitis: a comum clinical problem. *Arch Phys Med Rehabil.* 1986;67:815-7.
8. Shbeeb MI, O'Duffy JD, Michet CJ, O'Fallon MO. Evaluation of Glucocorticosteroid Injection for the treatment of trochanteric bursitis. *J Rheumatol.* 1996;23:2104-6.
9. Shbeeb MI, Matteson EL. Trochanteric bursitis (great trochanter pain syndrome). *Mayo Clin Proc.* 1996;71:565-9.
10. Kagan A. Rotator cuff tears of the hip. *Clin Orthop Relat Res.* 1999;(368):135-40.
11. Paluska SA. An overview of hip injuries in running. *Sports Med.* 2005;35:991-1014.
12. Bird PA, Oakley SP, Shnier R, Kirkham BW. Prospective evaluation of magnetic resonance imaging and physical examination findings in patients with greater trochanteric pain syndrome. *Arthritis Reum.* 2001;44:2138-45.