

Avaliação e manejo fisioterapêutico na síndrome da dor trocantérica maior: revisão integrativa

Evaluation and physiotherapeutic management of the greater major trochanteric pain syndrome: integrative review

Kamilla Maria Sousa de Castro¹, Erislane Natália de Oliveira Silva¹

DOI 10.5935/2595-0118.20200031

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A síndrome da dor trocantérica maior é um quadro doloroso com alterações nos glúteos médio e mínimo, podendo interferir no desempenho de tarefas funcionais. O objetivo foi analisar as estratégias do tratamento conservador para o manejo da dor, e os instrumentos e testes provocativos para a avaliação dessa síndrome.

CONTEÚDO: Foi realizada busca sistemática por artigos publicados em revistas indexadas nas bases de dados Medline, Scielo, PEDro, *Cochrane Library*, Portal Regional da BVS, *ScienceDirect*, utilizando operadores booleanos AND e OR, para o descritor primário “Gluteal tendinopathy” cruzando com os descritores secundários “AND conservative treatment; AND rehabilitation; AND physiotherapy; AND management; AND physiotherapy treatment; OR greater trochanteric pain; OR trochanteric syndrome”, em inglês e português, de 2014 a 2019. O desfecho primário visou identificar o tratamento conservador e/ou combinados no manejo da dor, e o desfecho secundário visou delinear os instrumentos e testes para a avaliação da síndrome da dor trocantérica maior.

CONCLUSÃO: A escassez de estudos e a dificuldade de consenso entre autores, inviabilizou conclusões acerca da eficácia dos protocolos.

Descritores: Dor, Fêmur, Fisioterapia, Reabilitação, Tratamento conservador.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The greater trochanteric pain syndrome is a painful condition that involves changes in the gluteus medius and gluteus minimus, which can interfere with the performance of functional tasks. The study aimed to analyze the conservative treatment strategies for pain management, the instruments, and provocative tests used in the evaluation of this syndrome.

CONTENTS: A systematic search for articles published in indexed journals in the Medline, Scielo, PEDro, Cochrane Library, VHL Regional Portal, ScienceDirect database was conducted, using AND and OR Boolean operators for the primary “Gluteal tendinopathy” crossing with the secondary descriptors “AND conservative treatment; AND rehabilitation; AND physiotherapy; AND management; AND physiotherapy treatment; OR greater trochanteric pain; OR trochanteric syndrome”, in English and Portuguese, from 2014 to 2019. The primary outcome aimed to identify the conservative treatment and/or combined for pain management, and the secondary outcome aimed to outline the instruments and tests to assess the greater trochanteric pain syndrome.

CONCLUSION: Given the lack of studies and the difficulty of consensus among authors, it was not possible to reach conclusions about the efficacy of the protocols.

Keywords: Conservative treatment, Femur, Pain, Physical therapy, Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

A síndrome da dor trocantérica maior (SDGT) conhecida por bursite trocantérica ou tendinopatia glútea, é uma condição caracterizada por dor no trocânter maior do quadril ou em áreas subjacentes com sensibilidade local, alteração nos tendões dos glúteos médio e mínimo, podendo acarretar também em distensão da bolsa trocantérica, incapacitante e com limitação funcional grave, com impacto na qualidade de vida, prejudicando as atividades de vida diária e laborativas¹⁻⁷.

A dor no trocânter maior ou em áreas adjacentes pode ser intermitente ou contínua, ocorrendo em atividades cotidianas, como caminhar, subir escadas, sentar, ficar em pé ou em decúbito lateral. A prevalência é de 10 a 25% na população geral, afetando ambos os sexos, com ênfase em mulheres acima dos 40 anos. Apesar da ocorrência maior em mulheres sedentárias, as atletas também são acometidas por essa condição clínica, mais especificamente na modalidade de corrida⁶⁻¹⁰.

Kamilla Maria Sousa de Castro – <https://orcid.org/0000-0001-5031-5391>;
Erislane Natália de Oliveira Silva – <https://orcid.org/0000-0003-4519-0218>.

1. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Departamento de Fisioterapia, Santa Cruz, RN, Brasil.

Apresentado em 6 de dezembro de 2019.

Aceito para publicação em 26 de março de 2020.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Rua Olívio de Moraes, Cuiá

58077-128 João Pessoa, PB, Brasil.

E-mail: kmscastro@gmail.com e profkamillacastro@gmail.com

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

A alta incidência em mulheres está relacionada, possivelmente, com os níveis de hormônios sexuais femininos, visto que o estrogênio reduz a produção de colágeno e influencia na espessura e qualidade do tendão. Essas alterações podem torná-lo mais espesso, vulnerável às afecções tendíneas e a chances de rupturas, em atletas corredores, presumivelmente, por treinamento e técnicas inadequadas^{11,12}.

De etiologia multifatorial, são conhecidos os mecanismos exatos, é plausível que a causa seja o atrito ocorrido no trocânter maior com a banda iliotibial (ITB) provocando microtraumas repetitivos nos tendões dos glúteos que gera inflamação local, degeneração dos tendões e aumento tensional sobre a ITB. Em mulheres, fatores como a morfologia da pelve; maior deslocamento trocântérico, ângulo da diáfise do colo do fêmur menor, inserção menor do glúteo médio no fêmur, acarretando desvantagem mecânica; pelve alargada, coxa vara, modificações na coluna; alterações na intensidade e duração da atividade física, podem ser identificados como causais ou agravantes^{8,10,12-14}.

Em atletas, os fatores incluem o desgaste assimétrico dos calçados, corrida em superfícies desniveladas e rígidas, treinamento inadequado e a fraqueza dos abdutores do quadril. Por outro lado, quando o quadril adota níveis mais altos de flexão que podem modificar a tensão sobre a banda iliotibial mediante a ligação presente entre as fâscias da banda iliotibial, glútea e lombo dorsal, pode causar compressão dos tendões glúteos e sintomas dolorosos recorrentes^{15,16}.

Os fisioterapeutas necessitam de respaldo científico para a prática clínica, pois as evidências na literatura científica ainda são incipientes sobre as ferramentas usuais para o diagnóstico clínico precoce e as estratégias necessárias para as ações de reabilitação no manejo adequado. Este artigo de revisão pretende responder à questão: “quais os testes provocativos usuais para o diagnóstico precoce e as estratégias de intervenção conservadora, utilizadas no manejo da dor e funcionalidade na SDGT”? Na análise dos direcionamentos da atuação fisioterapêutica no manejo da dor e funcionalidade, o desfecho primário visou delinear as estratégias de tratamento conservador com técnicas de intervenções isoladas, ou associadas ao uso de fármacos ou outras abordagens não cirúrgicas, indicados com base nas evidências científicas disponíveis, enquanto que o desfecho secundário visou relacionar os instrumentos ou testes utilizados na avaliação clínica precoce, relevantes para o diagnóstico e direcionamentos coerente do tratamento da SDGT.

O objetivo deste estudo foi avaliar as distintas pesquisas sobre a avaliação e manejo fisioterapêutico na síndrome da dor trocântica maior para que se transformem em iniciativas práticas baseadas em evidências^{17,18}.

CONTEÚDO

Realizou-se uma busca sistemática por artigos publicados em revistas indexadas nas bases de dados Medline, Scielo, PEDro, *Cochrane Library*, *Portal Regional da BVS*, *ScienceDirect*, utilizando operadores booleanos *AND* e *OR*, para o descritor primário “Gluteal tendinopathy” cruzando com os descritores secundários “AND conservative treatment; AND rehabilitation; AND physiotherapy; AND management; AND physiotherapy treatment; OR greater trochanteric pain; OR trochanteric syndrome”, em inglês e português, entre 2014 e 2019.

Foram excluídas teses e dissertações que direcionavam, exclusivamente, ao uso de métodos invasivos e cirúrgicos, procedimentos orientados por exames de imagem, resultados de endoscopia. Sendo inelegíveis estudos publicados em anais de eventos; estudos disponíveis em outros idiomas não definidos nos critérios citados.

Foram incluídos ensaios clínicos randomizados; estudos realizados somente em humanos, apresentando desfechos direcionados ao tratamento conservador com técnicas de intervenções isoladas, no manejo da dor e funcionalidade, tratamento combinado com intervenções conservadoras associadas ao uso de fármacos ou outras abordagens não cirúrgicas e instrumentos de avaliação úteis para o diagnóstico clínico com testes provocativos e instrumentos avaliados na SDGT.

Inicialmente foram feitas análises do título e resumos de 213 artigos, com a exclusão dos artigos duplicados ou que não atenderam aos critérios de inclusão. Após realizar a leitura crítica do título/resumo, foram selecionados 23 artigos elegíveis para o estudo, e após efetuada a leitura completa dos artigos restantes, foram selecionados quatro artigos que preencheram todos os pré-requisitos (Figura 1). Para a sistematização dos dados dos artigos recrutados, foi elaborado um quadro analítico para delinear os tratamentos estabelecidos, composto por: identificação de autores, protocolo de intervenção, duração, modalidade predominante e desfechos, seguindo os critérios do PRISMA.

A pesquisa foi realizada de julho de 2018 a maio de 2019, os dados foram coletados e analisados por uma única avaliadora. Para avaliar o risco de viés dos artigos, foi utilizada a ferramenta Cochrane, em relação aos sete domínios: geração de sequência aleatória, ocultação

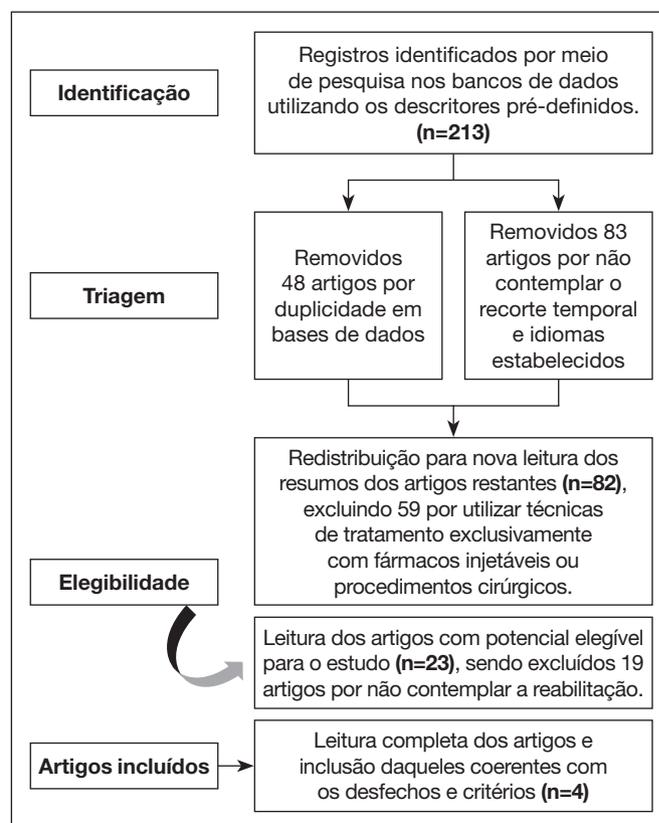


Figura 1. Processo de seleção dos artigos
Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

da alocação, relato do desfecho seletivo, encobrimento dos participantes e profissionais, encobrimento dos avaliadores de desfechos e para desfechos incompletos.

Com relação à análise de sensibilidade e confiabilidade dos testes ortopédicos citados nos artigos ou com nomenclaturas equivalentes, foram usadas as informações dos artigos, e quando não apresentados dados específicos, foi usada a coletânea de testes ortopédicos baseados em evidências¹⁹, para estabelecer critérios de usabilidade.

Foi elaborado o quadro analítico para delineamento dos instrumentos avaliativos citados nos artigos e os testes provocativos utilizados, delineado da seguinte forma: autores, instrumentos avaliativos, testes provocativos, sensibilidade (SE), confiabilidade (CO), especificidade (ES).

RESULTADOS

O tratamento da SDGT pode ser conservador, reabilitação e tratamento farmacológico, ou cirúrgico. Como conservador foram consideradas as estratégias não invasivas para o manejo da dor, mudanças no comportamento das atividades diárias, o fortalecimento muscular de estabilizadores da coluna e lombopélvica, abdutores de quadril e glúteos^{16,20,21}. O enfoque principal na reabilitação consiste em minimizar a carga compressiva sobre o trocânter maior e na educação de como refrear as atividades que intensificam a dor, uma vez que a posição de adução excessiva do quadril gera compressão nos tendões dos glúteos.

O tratamento farmacológico pode atuar como coadjuvante com corticosteroide, anestésico local e anti-inflamatórios não esteroides local ou sistêmico^{3,6,10}. O cirúrgico envolve os procedimentos invasivos: bursectomia, liberação e refixação, reparo ou reconstrução do tendão glúteo e osteotomiatrocantérica, sendo indicado apenas para casos considerados mais graves e crônicos, quando o tratamento conservador não for bem sucedido.

Foram estabelecidas como prioridade nos artigos, a abordagem do tratamento conservador, apenas reabilitação e/ou combinado (reabilitação associada a fármacos), para o manejo da dor da SDGT.

Estudos recentes^{2,16,22,23} apontam que as estratégias de reabilitação devem incluir o fortalecimento muscular para abdutores, extensores e rotadores externos do quadril, que se mostraram eficazes ao promover a melhora da capacidade funcional, favorecendo o alívio

da dor, sendo incentivados programas de exercícios voltados para o uso de carga concêntrica e excêntrica^{6,10}. Na fase aguda, utilizar a crioterapia sobre a área lesada e atuar na orientação de programa de exercícios domiciliares que engloba o alongamento da banda iliotalar, músculo piriforme, tensor da fâscia lata, extensores de joelho, flexores e rotadores do quadril^{2,6,11}.

Essas abordagens precisam ser mais exploradas em novos estudos. Embora a SDGT seja uma condição altamente limitante e incapacitante, afetando significativamente a qualidade de vida, ainda existem poucas evidências relacionadas ao manejo da dor com o tratamento conservador. Do mesmo modo, o tratamento combinado, integrando as intervenções conservadoras associadas ao uso de fármacos ou outras abordagens não cirúrgicas, é considerado um recurso benéfico, para o manejo da dor SDGT (Tabela 1).

Quanto ao tratamento conservador, houve melhorias significativas dentro do grupo nas mensurações de dor e função tanto para o grupo Globe (programa de exercícios Gluteal La Trobe University) como para as intervenções simuladas, evidenciando assim a importância de um programa de exercícios que enfatize o fortalecimento dos músculos glúteos e abdutores de quadril⁹. O estudo⁸ confirmou que o exercício promoveu alterações bioquímicas que beneficiaram o tendão quando ele recebeu estimulação mecânica.

Estudo¹¹ mencionou que o exercício juntamente com o gerenciamento de carga são estratégias consideradas eficazes no manejo não cirúrgico da tendinopatia. Em outro estudo⁵ foi constatado que indivíduos com tendinopatia glútea apresentaram fraqueza na musculatura abduutora, e essa fraqueza implica em um funcionamento inadequado do controle da adução, o que por sua vez passa a ter uma ação excessiva em situações de carregamento unilateral, comprometendo a funcionalidade.

Em estudo comparativo⁶, foi utilizado o protocolo Globe e um programa de exercícios simulados de reabilitação, associando o creme transdérmico com exercícios não direcionados para os tendões glúteos com exercícios para a ativação glútea, extensão da articulação do joelho e elevação da panturrilha em sedestação, comparando o efeito entre eles. Assim, o mesmo protocolo utilizado em estudo posterior, de exercícios associados ao carregamento dos tendões glúteos, com o protocolo Globe, pode ter efeitos superiores aos apresentados em um programa de exercícios simulados, os quais não enfatizam o gerenciamento do tendão.

Tabela 1. Protocolos interventivos para SDGT e desfechos dos estudos sobre os efeitos na dor e funcionalidade

Autores	Protocolo de intervenção	Duração	Modalidade predominante	Desfechos
Ganderton et al. ⁹	<p>Características da amostra: Mulheres na pós-menopausa e com dor lateral no quadril. (n=94)</p> <p>Intervenção: G1: Grupo de intervenção de Globe (n=46) (programa de exercícios Gluteal La Trobe University) Grupo de Globe (Protocolo GLOBE) Terapia com exercícios isométricos de glúteo médio e mínimo, quadríceps e tríceps sural sendo realizado em 4 estágios G2: Placebo - Grupo de exercícios simulados (n=48) Realizava exercícios sentados não direcionados ao carregamento terapêutico dos tendões glúteos ou ao fortalecimento da cadeia cinética. Exercícios direcionados à ativação glútea, extensão da articulação do joelho e elevação da panturrilha (sedestação).</p>	<p>Duração inicial: 12 semanas Reavaliados após: 52 semanas</p>	Conservador	Houve melhora da dor e da capacidade funcional em ambos os grupos, sendo mais eficaz no grupo de intervenção Globe, com relação à dor e funcionalidade.

Continua...

Tabela 1. Protocolos interventivos para SDGT e desfechos dos estudos sobre os efeitos na dor e funcionalidade – conitnuação

Autores	Protocolo de intervenção	Duração	Modalidade predominante	Desfechos
Ganderton et al. ⁶	<p>Características da amostra: Recrutados 116 participantes, considerando possíveis desistências. Mulheres pós-menopáusicas com SDGT alocadas aleatoriamente no grupo de exercício e no grupo de creme transdérmico/terapia hormonal (n=100)</p> <p>Intervenção: Todas as participantes receberam orientações quanto à sua doença, cuidados necessários e procedimentos a serem realizados em casa no desempenho de suas funções. (I) Exercícios Globe e creme placebo (n=25) (II) Exercício simulado e creme transdérmico MHT (terapia hormonal da menopausa) - (n=25) (III) Exercício simulado e creme placebo - (n=25) (IV) Exercícios Globe e creme transdérmico MHT - (n=25)</p> <p>Grupo de exercício com intervenção*: Protocolo Globe (Protocolo Gluteal La Trobe). Consiste em exercício isométrico de glúteo médio e mínimo, de quadríceps, tríceps sural,</p> <p>Grupo de exercícios simulados*: Programa de exercícios simulados que não são direcionados para a reabilitação dos tendões glúteos e creme transdérmico. Consiste em exercícios para a cadeia cinética sem carga, em sedestação. *Submetidos à aplicação do creme transdérmico e creme placebo.</p>	12 semanas	Conservador	Estudo identificou se um programa de exercícios direcionados ao carregamento dos tendões glúteos, além do fortalecimento da cadeia cinética, tem efeitos superiores ao de um programa de exercícios simulados de membros inferiores de baixa carga.
Mellor et al. ¹¹	<p>Características da Amostra: Sexo feminino com SDGT (n=201)</p> <p>Intervenção: G1: Grupo de exercício e o gerenciamento de carga com exercícios de treinamento funcional, fortalecimento dos músculos do quadril e da coxa, com ênfase nos mm. abdutores do quadril; autogerenciamento no controle dinâmico da adução durante a função e orientações educativas relacionadas aos cuidados com tendões da área acometida, através de folhetos impressos, explicações verbais e recursos audiovisuais (n=67). G2: Grupo de injeção local de corticosteróides (n=67) G3: Grupo controle com melhora espontânea (n=67)</p>	12 meses	Combinado	A injeção de corticosteroides mostra-se eficaz na melhora da dor em curto prazo quando comparado ao grupo controle. No entanto, tanto em curto ou longo prazo, tem melhores resultados e menor índice de recorrência quando estabelecido um programa de exercício e gerenciamento da carga. (Estudo em andamento).
Morton et al. ²⁸	<p>Características da amostra: Participantes com diagnóstico de SDGT com faixa etária de 18 a 80 anos (n= 31). Grupo retrospectivo (Faixa etária: 46 a 55) e Grupo prospectivo (Faixa etária: 56 a 65)</p> <p>Intervenção: - Injeção de <i>marcaína</i> e <i>hidrocortisona</i>; - Programa de exercícios educativos com orientações posturais para evitar posições compressivas aos tendões glúteos (recomendações quanto à postura lateral e de adução excessivas na posição em sedestação); - Exercícios com resistência isométrica e concêntrico-excêntrica para treinamento de extensores do quadril, endurance com exercícios de controle corporal central e ênfase no controle lateral do tronco; O protocolo estabelecido foi direcionado a 8 indivíduos prospectivos (atendidos por um especialista em radiofrequência na clínica médica por 5 meses, avaliados após 6 semanas) e 23 retrospectivos (extraídos de bando de dados de 2 anos anteriores) do tratamento de curto e médio prazo das injeções guiadas por imagem de alto volume com reabilitação estruturada.</p>	5 meses (ambos os grupos)	Combinado	Ambos os grupos retrospectivo e prospectivo apresentaram melhora na dor após a injeção de corticosteróides, sendo seguida da reabilitação estruturada. A combinação injeção e reabilitação estruturada promovem benefícios de curto, médio e longo prazo, embora sejam necessários mais estudos para confirmar os efeitos em longo prazo. A amostra é considerada insuficiente para chegar a conclusões determinantes e o protocolo estabelecido requer mais informações.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Estudo²⁴ concluiu que o tratamento da tendinopatia deve incluir o carregamento do tendão com exercícios de carga gradual adequada. Ainda são escassos os estudos que se referem à outras estratégias de tratamento conservador. No entanto, esta revisão orienta essas práticas a partir das pesquisas que têm apresentado eficácia^{6,13,25}, porém

são necessários estudos que apliquem outros métodos e protocolos conservadores na prática clínica para o tratamento da SDGT.

Quanto ao tratamento combinado, embora os tratamentos conservadores sejam considerados padrão-ouro a médio e longo prazo, devem incluir orientações sobre como modificar as atividades, evi-

tando as posições que agravam essa condição clínica, dentre outros manejos. As injeções de corticosteroides e anestésicos locais têm obtido destaque em virtude da promoção do alívio na condição dolorosa. Entretanto, elas têm apresentado eficácia nas estratégias combinadas quando administradas precocemente, apresentando indícios de recidivas quando utilizadas em estágios mais avançados^{16,26}.

No entanto, o estudo¹¹ enfatizou que o tratamento conservador concomitante com o uso da injeção local de corticosteroides (CSI) produziu efeitos em longo prazo, reduzindo assim as chances de recorrência. Enquanto que, os estudos^{16,27,28} evidenciaram que as injeções laterais de glicocorticoides promovem alívio na sintomatologia em curto prazo, com melhora da dor e da função, mas a longo prazo os efeitos são mínimos. Em relação à importância do manejo da dor, de modo conservador combinado (reabilitação e fármacos), o tratamento mais frequente para a tendinopatia é o exercício, sendo preconizado como a principal forma de tratamento, tratamento fisioterapêutico (padrão-ouro), podendo ser potencializada a eficácia quando associado às intervenções com uso da injeção local^{6,13}. Corroborando, outro estudo²⁹ comprovou que houve melhora significativa da dor após a injeção de corticosteroide associado ao programa de exercícios, com melhora em curto e médio prazo. No entanto, o programa de exercícios acarretou melhora em longo prazo, quando comparado com as injeções de corticosteroides, com melhora significativa na qualidade de vida dos indivíduos.

Em razão disso, é necessário analisar em quais momentos deve ser utilizado o protocolo combinado e quando deve ser priorizada a reabilitação exclusiva ou recorrer ao tratamento cirúrgico. Esses direcionamentos precisam estar bem definidos, visando adotar a abordagem mais coerente com as necessidades do indivíduo. O autogerenciamento, a educação em saúde, o acesso precoce às informações, podem ser coadjuvantes nas estratégias de tratamento conservador. Embora não haja consenso na literatura científica sobre o que realmente é eficaz no manejo da SDGT, a busca neste momento é por estratégias capazes de favorecer protocolos de tratamento cujos resultados se mantenham por curto, médio e longo prazo.

Para avaliar os riscos de viés dos estudos recrutados foi utilizada a ferramenta Cochrane, visando estabelecer critérios de análise da sua qualidade. Assim, dentre os domínios contidos na ferramenta, ob-

servou-se que na geração de sequência aleatória, os artigos 1, 2, 3 e 4 obtiveram controle dos participantes selecionados, seja por alocação por julgamento do profissional, triagem de banco de dados com registros de diagnóstico, ou alocação através de resultados de exames e testes prévios, com risco alto de viés.

Quanto à ocultação da alocação, não fica claro nos artigos 1, 2 e 3 se houve ou não, com risco de viés incerto. No entanto, o artigo 4 estabeleceu a consulta dos registros de atendimentos da clínica médica dos últimos cinco meses, e banco de dados dos pacientes dos últimos dois anos, para compor os dois grupos, identificando-os, com alto risco de viés. Quanto ao relato do desfecho seletivo, o protocolo do desfecho foi previamente especificado em todos os artigos citados, com baixo risco de viés.

Quanto ao encobrimento dos participantes e profissionais, nos artigos 1, 2, 3 ficou descrito pelos autores com relação aos participantes, no entanto, as informações quanto aos profissionais envolvidos não são descritas, mediante análise geral há probabilidade de baixo risco de viés, enquanto que no artigo 4 as informações são insuficientes para considerar baixo ou alto risco de viés. Quanto ao encobrimento dos avaliadores de desfechos e para desfechos incompletos, nas considerações dos autores fica assegurado que o não encobrimento da avaliação dos desfechos não compromete os resultados, com baixo risco de viés.

Testes clínicos avaliativos

A literatura científica aponta que testes clínicos são essenciais para a averiguação, avaliação e identificação precoce da lesão. Nesse sentido, existem diferentes testes provocativos e instrumentos avaliativos que colaboram com a investigação da SDGT, usuais na prática clínica, conforme descritos na tabela 2.

Os estudos^{11,15,22,26,27-31} trazem a utilização de diversos testes clínicos e questionários como uma medida de desfecho para avaliar a dor e a função. Os mais referidos são os testes de palpação do trocanter maior, triagem para doença extra-articular, teste de apoio unipodal por 30 segundos, que avalia a síndrome da dor do trocanter maior, testes de Ober e Ober modificado, que avalia a restrição da banda iliotibial, FABER que avalia a presença de lesão intra-articular, teste de abdução resistida e sinal de Trendelenburg, que avalia a integridade do glúteo

Tabela 2. Instrumentos e testes avaliativos citados nos estudos recrutados

Autores	Instrumentos avaliativos	Testes provocativos	CO	SE	ES
Ganderton et al. ⁹	VISA-G	FABER (Patrick)	0.90 (inter-rater) avaliação de movimento; 0.47 (inter-rater) Kappa avaliação da sensação final	57	71
		Apoio Unipodal (30s)	---	100	97.3
		OBER	0,90 ICC para OBP 0,91 ICC para OBM	---	---
		Resistência ABD	0.625 (intra-tester) kappa	73	46
Ganderton et al. ⁶	VISA-G; <i>Lateral Hip Pain questionnaire</i> ; AqoL-8D <i>questionnaire</i>	---	---	---	---
Mellor et al. ¹¹	VISA-G	Trendelenburg	0.67(intra-tester) kappa	73	77
		PTM	0.66 (interrater) kappa	80	---
Morton et al. ²⁸	HAGOS; EAV;	---	---	---	---

SE = sensibilidade; CO = confiabilidade; ES = especificidade; EAV = escala analógica visual; VISA-G = *Victorian Institute of Sport Australian Questionnaire*; HAGOS = *Hip and Groin Outcome Score*; PTM = palpação do trocanter maior; OBP = ober padronizado; OBM = ober modificado; Resistência ABD = Abdução Resistida do Quadril.

médio, que são testes capazes de provocar os sintomas de dor sobre o trocânter maior, o que faz do teste um achado positivo.

Na atuação do fisioterapeuta, as técnicas de avaliação são imprescindíveis e, quando bem realizadas, podem facilitar o delineamento de estratégias mais direcionadas e eficazes na reabilitação. Os níveis de confiabilidade, sensibilidade e especificidade citados na tabela 2 foram estabelecidos por diversos estudos citados no livro¹⁹, referência utilizada na fisioterapia clínica, onde ao menos dois dos testes clínicos apresentam alta sensibilidade e especificidade na SDGT.

Estudo²² apontou que a palpação direta sobre o trocânter maior e o teste de apoio unipodal têm valor de prognóstico positivo para achados de ressonância nuclear magnética (RNM), bem como o teste de apoio unipodal tem uma alta sensibilidade para a RNM, e enfatiza ainda que esses dois testes em simultaneidade com o de teste FADER, FADER associado à adução, amplia a precisão de diagnóstico, isso por ocasionar carga de tração que reproduz os sintomas dolorosos²².

O teste de ADD acarreta carga compressiva nas inserções dos tendões glúteos, o que promove dor lateralmente ao quadril, por conseguinte, o teste de apoio unipodal por 30s apresenta maior sensibilidade. Eles podem apresentar especificidade evidenciada pelos apanhados de RNM. Conforme estudo¹⁵, os testes de PATRICK ou FABER são considerados testes-chaves por inferir indícios de dor sobre a região trocântica maior¹⁵.

O estudo¹¹ descreveu que o teste de FADER faz com que ocorra tensão dos tendões dos glúteos médio e mínimo sobre o trocânter maior, comparado ao de FABER que gera carga de tração nas porções anteriores dos glúteos médio e mínimo, o que ocasiona uma resposta de dor. Também menciona que este último teste tem uma elevada sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo e negativo no diagnóstico diferencial da SDGT e de outras afecções do quadril.

O sinal de Trendelenburg enfatiza uma fraqueza de abdutores, e o teste de Ober visa verificar a presença de contraturas dos glúteos médio e máximo e do trato iliotibial (ITB)³⁰.

Autores²⁵ relataram que a manifestação da dor pode ser desencadeada através dos testes de palpação direta, abdução resistida, rotação externa e sinal de Trendelenburg.

Corroborando, estudo¹⁵ relata que ainda são necessários mais estudos para confirmar a eficácia exata dos testes clínicos estabelecidos para o diagnóstico, mesmo assim, são considerados usuais para avaliar a SDGT. Em estudo¹¹ alguns testes possuem uma validação limitada, contudo são apontados como testes provocativos na reprodução dos sintomas da SDGT. Outro estudo²² julga que, em conjunto, esses testes conferem uma precisão ao diagnóstico, apesar do insuficiente consenso entre os pesquisadores.

Dentre os instrumentos avaliativos está o questionário VISA-G, importante para mensurar a dor juntamente com a carga do tendão, e permite estimar as limitações funcionais, cujo score vai de zero a 100 pontos, de modo que uma maior pontuação significa menos dor e melhor funcionalidade^{15,32}. Estudo¹¹ menciona que o VISA-G é um instrumento capaz de mensurar o grau de incapacidade em indivíduos com tendinopatia glútea, a partir dos questionários VISA que já foram desenvolvidos para outras tendinopatias, e salienta que há credibilidade e validação do questionário VISA-G no que concerne ao nível de incapacidade na população com tendinopatia glútea. Na mesma linha, o estudo³³ refere que o questionário VISA é um instrumento válido para os indivíduos que apresentam essa síndrome.

Outro questionário utilizado que tem sido aplicado para avaliar as alterações do quadril e da mesma forma investigar dor e função, denominado *Hip and Groin Outcome Score* (HAGOS) verifica as funções ou disfunções peculiares do quadril. A escala analógica visual (EAV) também é referida como recurso de avaliação, assumindo um papel importante no que diz respeito a quantificar a dor, constatado em outro estudo²⁹.

Ainda que a precisão dos testes clínicos seja limitada frente ao diagnóstico da SDGT, são estes os mais usuais na prática clínica, com níveis de sensibilidade, confiabilidade e especificidade, o que permite utilizá-los como recurso auxiliar na investigação precoce. Nas evidências científicas mais atuais foi possível identificar os sinais clínicos e as características da lesão, frente às respostas obtidas com os tratamentos propostos nos protocolos dos estudos incluídos.

Novos estudos devem ser realizados com amostras maiores, em diferentes realidades socioculturais e regionais, para identificar o comportamento e a influência dos fatores geradores entre os grupos, bem como as repercussões dos protocolos estabelecidos para o manejo da dor e funcionalidade.

CONCLUSÃO

A escassez de estudos inviabilizou conclusões acerca da eficácia dos protocolos, porém permitem sugerir que o tratamento conservador deve ser o recurso de primeira escolha com exercícios específicos em conjunto com o gerenciamento do tendão e incremento de carga gradual. O tratamento combinado com corticosteroides ou cremes transdérmicos apresenta maior efetividade em curto prazo. As limitações encontradas nos estudos estão relacionadas a dificuldade de consenso entre autores, quanto a critérios específicos da graduação da carga e o uso ou não de terapias combinadas.

REFERÊNCIAS

1. Mellor R, Bennell K, Grimaldi A, Nicolson P, Kasza J, Hodges P, et al. Education plus exercise versus corticosteroid injection versus a wait and see approach on global outcome and pain from gluteal tendinopathy: prospective, single blinded, randomized clinical trial. *BMJ*. 2018;2(361):k662.
2. Nurkovic J, Jovasevic L, Konicanin A, Bajin Z, Ilic KP, Grbovic V, et al. Treatment of trochanteric bursitis: our experience. *J Phys Ther Sci*. 2016;28(7):2078-81.
3. Habib G, Elias S, Abu-Elhajja M, Sakas F, Khazin F, Artul S, et al. The effect of local injection of methylprednisolone acetate on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis among patients with greater trochanteric pain syndrome. *Clin Rheumatol*. 2017;36(4):959-63.
4. Seo KH, Lee JY, Yoon K, Do JG, Park HJ, Lee SY, et al. Long-term outcome of low-energy extracorporeal shockwave therapy on gluteal tendinopathy documented by magnetic resonance imaging. *PLoS One*. 2018;13(17):e019460.
5. Allison K, Vicenzino B, Wrigley TV, Grimaldi A, Hodges PW, Bennell KL. Hip abductor muscle weakness in individuals with gluteal tendinopathy. *Med Sci Sports Exerc*. 2016;48(3):346-52.
6. Ganderton C, Semciw A, Cook J, Pizzari T. Does menopausal hormone therapy (MHT), exercise or a combination of both, improve pain and function in postmenopausal women with greater trochanteric pain syndrome (GTPS)? A randomised controlled trial. *BMC Womens Health*. 2016;16:32.
7. Fearon AM, Cook JL, Scarvell JM, Neeman T, Cormick W, Smith PN. Greater trochanteric pain syndrome negatively affects work, physical activity and quality of life: a case control study. *J Arthroplasty*. 2014;29(2):383-6.
8. Grimaldi A, Mellor R, Hodges P, Bennell K, Wajswelner H, Vicenzino B. Gluteal tendinopathy: a review of mechanisms, assessment and management. *Sports Med*. 2015;45(8):1107-19.
9. Ganderton C, Semciw A, Cook J, Moreira E, Pizzari T. Gluteal loading versus sham exercises to improve pain and dysfunction in postmenopausal women with greater trochanteric pain syndrome: a randomized controlled trial. *J Womens Health*. 2018;27(6):815-29.
10. Grimaldi A, Fearon A. Gluteal tendinopathy: integrating pathomechanics and clinical

- features in its management. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2015;45(11):910-22.
11. Mellor R, Grimaldi A, Wajswelner H, Hodges P, Abbott JH, Bennell K, et al. Exercise and load modification versus corticosteroid injection versus 'wait and See' for persistent gluteus medius/minimus tendinopathy (the LEAP trial): a protocol for a randomized clinical trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2016;17:196.
 12. Mulligan EP, Middleton EF, Brunette M. Evaluation and management of greater trochanter pain syndrome. *Phys Ther Sport.* 2015;16(3):205-14.
 13. Reid D. The management of greater trochanteric pain syndrome: a systematic literature review. *J Orthop.* 2016;13(1):15-28.
 14. Schwartzmann CR, Loss F, de Freitas Spinelli L, Furian R, Silva MF, Zanatta JM, et al. Associação entre bursite trocântérica, osteoartrite e artroplastia total do quadril. *Rev Bras Ortop.* 2014;49(3):267-70.
 15. Ganderton C, Semciw A, Cook J, Pizzari T. Demystifying the clinical diagnosis of greater trochanteric pain syndrome in women. *J Womens Health.* 2017;26(6):633-43.
 16. Lin CY, Fredericson M. Greater trochanteric pain syndrome: an update on diagnosis and management. *Curr Phys Med Rehabil Rep.* 2015;3:60-6. DOI: 10.1007/s40141-014-0071-0.
 17. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005;52(5):546-53.
 18. Hopia H, Latvala E, Liimatainen L. Reviewing the methodology of an integrative review. *Scand J Caring Sci.* 2016;30(4):662-9.
 19. Cook CE, Hegedus EJ. Orthopedic physical examination tests: an evidence-based approach. 2nd Pearson; 2013.
 20. Hirschmann A, Falkowski AL, Kovacs B. Greater trochanteric pain syndrome: abductors, external rotators. *Semin Musculoskelet Radiol.* 2017;21(5):539-46.
 21. Grimaldi A. Conservative management of lateral hip pain: the future holds promise. *Br J Sports Med.* 2017;51(2):72-3.
 22. Speers CJ, Bhogal GS. Greater trochanteric pain syndrome: a review of diagnosis and management in general practice. *Br J Gen Pract.* 2017;67(663):479-80.
 23. Park KD, Lee WY, Lee J, Park MH, Ahn JK, Park Y. Factors associated with the outcome of ultrasound-guided trochanteric bursa injection in greater trochanteric pain syndrome: a retrospective cohort study. *Pain Physician.* 2016;19(4):547-57.
 24. Vicenzino B. Tendinopathy: Evidence-informed physical therapy clinical reasoning. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2015; 45(11):816-8.
 25. Torres A, Fernández-Fairen M, Sueiro-Fernández J. Greater trochanteric pain syndrome and gluteus medius and minimus tendinosis: nonsurgical treatment. *Pain Manag.* 2018;8(1):45-55.
 26. Fitzpatrick J, Bulsara MK, O'Donnel J, McCrory PR, Zheng MH. The effectiveness of platelet-rich plasma injections in gluteal tendinopathy: a randomized, double-blind controlled trial comparing a single platelet-rich plasma injection with a single corticosteroid. *Am J Sports Med.* 2018;46(4):933-9.
 27. Chowdhury R, Naaseri S, Lee J, Rajeswaran G. Imaging and management of greater trochanteric pain syndrome. *Postgrad Med J.* 2014;90(1068):576-81.
 28. Morton S, Chan O, Price J, Pritchard M, Crisp T, Perry JD, Morrissey D. High volume image-guided injections and structured rehabilitation improve greater trochanter pain syndrome in the short and medium term: a combined retrospective and prospective case series. *Muscles Ligaments Tendons J.* 2015;5(2):73-87.
 29. Redmond JM, Chen AW, Domb BG. Greater trochanteric pain syndrome. *J Am Acad Orthop Surg.* 2016;24(4):231-40.
 30. French HP, Jong CC, McCallan M. Do features of central sensitisation exist in Greater trochanteric pain syndrome (GTPS)? a case control study. *Musculoskelet Sci Pract.* 2019;43:6-11.
 31. Fearon AM, Ganderton C, Scarvell JM, Smith PN, Neeman T, Nash C, Cook JL. Development and validation of a VISA tendinopathy questionnaire for greater trochanteric pain syndrome, the VISA-G. *Man Ther.* 2015;20(6):805-13.