

# Dor e Ressalto da Anca – Um Caso de Microinstabilidade da Anca

Dr. Carlos Costa<sup>1</sup>, Dr. Pedro Aroso<sup>2</sup>, Dra. Sofia Lopes<sup>3</sup>, Prof. Dr. João Pinheiro<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Interno do Serviço de Reumatologia; <sup>2</sup> Interno, <sup>3</sup>Assistente Graduado e <sup>4</sup>Diretor de Serviço, Serviço de Medicina Física e Reabilitação. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

## RESUMO / ABSTRACT

A microinstabilidade da anca é uma possível causa de dor e incapacidade em pacientes jovens. A etiologia é múltipla, contudo em muitos pacientes não se encontra uma causa subjacente. O diagnóstico da microinstabilidade da anca é extremamente desafiante e baseia-se numa boa história clínica e num exame físico minucioso e detalhado. Inicialmente o tratamento é não-cirúrgico e centra-se na reabilitação física. Apresentamos um caso de microinstabilidade da anca numa mulher jovem, sem traumatismo associado, com uma importante limitação das atividades da vida diária.

*Hip microinstability is documented as a possible cause of pain and disability in young patients. Etiology of hip microinstability is multiple, however many patients lack a clear underlying cause. The diagnosis of hip microinstability is very challenge and is based on a thorough clinical history and physical examination. Treatment should be initially non-operative and focus on physical rehabilitation. We report a case about hip microinstability in a young woman without any associated trauma with important impairment on her daily activities.*

## PALAVRAS-CHAVE / KEYWORDS

Microinstabilidade da anca, exame físico, reabilitação

*Hip microinstability, physical examination, rehabilitation*

era desencadeada pelos movimentos de rotação externa e abdução da anca e pela atividade física. Durante este período houve um agravamento progressivo da dor, com sensação ocasional de ressaltos da anca, principalmente com os movimentos de abdução. Automedicou-se com ácido acetilsalicílico, tramadol e paracetamol, sem melhoria das queixas algícas e com agravamento progressivo da limitação para as atividades diárias e para o exercício físico. Negava artralgiás de ritmo inflamatório em outras localizações, sintomas constitucionais, sintomas pélvicos ou ginecológicos.

Ao **exame objetivo** apresentava dor à flexão, rotação interna e abdução da anca esquerda, sem limitação ativa ou passiva da amplitude de movimento. Contudo, à máxima rotação interna havia um ressaltos doloroso da anca. A palpação da virilha esquerda era dolorosa, mas não havia dor à palpação direta do grande trocânter femoral esquerdo. Os testes específicos para a instabilidade da anca foram positivos, tais como o teste de apreensão anterior (hiperextensão e rotação externa), teste de apreensão posterior (em posição de supinação com a anca esquerda fletida a 90°, realiza-se adução e rotação interna) e teste de abdução-extensão-rotação externa.

Não apresentava alterações analíticas nos exames laboratoriais efetuados (velocidade de sedimentação e proteína C reativa com valores normais). A ressonância magnética nuclear (RMN) não revelou alterações. Realizou tomografia axial computadorizada (TAC) sacrococcígea sem alterações, contudo na TAC pélvica apresentava uma pequena lesão cística na zona ântero-lateral da cabeça femoral (fig. 1 e 2). Após realização de cintigrafia osteoarticular excluiu-se osteoma osteoide. Assumiu-se que esta pequena lesão cística era um quisto subcondral (geode).

## Introdução

A microinstabilidade da anca sintomática é reconhecida por ser uma potencial causa de dor e de incapacidade física em pacientes jovens. A estabilidade da anca depende da integridade anatómica da cabeça femoral, do acetábulo e das estruturas ligamentares e musculares associadas<sup>1</sup>. Esta instabilidade é definida como um movimento extrafisiológico da mesma, que causa dor, com ou sem sintomas de instabilidade, e é relativamente infrequente devido à conformidade entre a cabeça femoral e o acetábulo<sup>1</sup>. Na maioria dos pacientes com microinstabilidade da anca não se deteta uma etiologia subjacente. A microinstabilidade da anca pode estar ou não associada a trauma e pode ser causa ou consequência de outras patologias da anca. Pacientes com microinstabilidade podem referir sensação que a anca “sai fora”, com crepitação associada em posições forçadas, durante a realização das atividades da vida diária ou desportivas<sup>2,3</sup>. Os autores

expõem um caso clínico de microinstabilidade da anca numa mulher jovem sem traumatismo associado.

## Caso Clínico

Mulher jovem de 19 anos, estudante de enfermagem, foi referenciada à consulta de medicina física e reabilitação devido a dor na anca e virilha esquerda com um ano de evolução. Referia coxalgia de ritmo mecânico à esquerda, com irradiação para a virilha homolateral, com limitação e incapacidade progressiva para a realização das suas atividades da vida diária e desportivas.

Aos 15 anos de idade foi diagnosticada com síndrome de Osgood-Schlatter e subluxação da rótula à esquerda, com necessidade de tratamento cirúrgico. Habitualmente nadava 2 vezes por semana.

Em dezembro de 2014, sem traumatismo prévio ou queda, apresentou dor na anca esquerda com irradiação para a virilha, zona lateral da coxa e joelho homolateral. Esta dor

Estabeleceu-se o **diagnóstico de instabilidade da anca com coxartrose** esquerda associada. Iniciou programa de reabilitação física com estabilização dinâmica da musculatura da anca, incluindo fortalecimento muscular dos abdutores da anca, músculos pélvicos, glúteo maior, quadrícipite e isquiotibiais, assim como massagem e descompressão de unidades musculares dos músculos reto femoral, isquiotibiais e banda iliotibial. Após dois meses de sessões de fisioterapia regular (três vezes por semana) a paciente não tinha dor, nem ressaltado da anca, nem claudicação da marcha.

## Discussão

A microinstabilidade da anca emergiu recentemente como uma causa significativa de dor e disfunção em pacientes jovens e atletas. Pode resultar da laxidez ligamentar e/ou fraqueza da musculatura periarticular, que podem facilitar o aumento da amplitude da cabeça femoral em relação ao acetábulo, com possível lesão do labrum, cartilagem e estruturas capsulares<sup>4</sup>.

A **estabilidade da anca** depende da relação entre a cabeça femoral, o acetábulo e as estruturas ligamentares e musculares associadas. O acetábulo é uma estrutura quase-hemisférica que envolve aproximadamente 170° da cabeça femoral e esta congruência é aumentada pelo ligamento transversal do acetábulo e pelo labrum<sup>5,6</sup>. O ligamento teres origina-se no ligamento transversal do acetábulo e

na fossa pósterio-inferior acetabular e insere-se na fôvea *capitis* da cabeça femoral e fica em tensão máxima na abdução, flexão e rotação da anca e, assim, desempenha um papel primordial na estabilidade da mesma<sup>1,7</sup>. O complexo capsulo-ligamentar da anca contribui também para a estabilidade da mesma<sup>8</sup>. O papel das estruturas músculo-tendinosas na estabilidade da anca ainda não está totalmente elucidado, contudo a contração muscular favorece-a ao aumentar as forças articulares e ao manter a cabeça femoral no acetábulo. O músculo iliopsoas favorece adicionalmente esta estabilidade ao impedir a translação anterior da cabeça femoral<sup>1,4</sup>.

A **etiologia** desta entidade pode ser dividida em seis grupos:

- displasia da anca<sup>9</sup>
- distúrbios do tecido conjuntivo (Síndrome de Ehlers-Danlos, Síndrome de Marfan, Síndrome de Down)
- pós-traumático (subluxação da anca)
- microtrauma (alguns desportos)
- iatrogénico (osteotomia e capsulotomia trocantérica, artroscopia)<sup>10,11</sup>
- idiopático<sup>9</sup>.

O conflito femoroacetabular tipo *cam* (excesso de osso na transição colo-cabeça femoral) e tipo *pincer* (excesso de osso ao longo do bordo acetabular) podem provocar, nos extremos de amplitude de movimento, a subluxação da cabeça femoral do anel acetabular<sup>9</sup>. Forças repetitivas ao longo da articulação coxofemoral, com rotação e carga no eixo axial da mesma, acontecem

em determinados desportos, como golfe, skate, ginástica acrobática, ballet, artes marciais, futebol, ténis e basebol. Estas forças repetidas podem causar lesão do complexo capsuloligamentar da anca e do labrum, responsáveis pela estabilização da mesma<sup>9</sup>. Na nossa paciente, excluímos causas secundárias e assumimos a natureza idiopática da instabilidade da anca, visto que a prática da natação não está associada a esta lesão.

O **diagnóstico** de microinstabilidade idiopática da anca é difícil e desafiante, pois a apresentação pode ser subtil. Assim, deve haver uma forte suspeita com base na avaliação clínica e no exame objetivo. A dor resultante da microinstabilidade da anca é localizada à anca, virilha, nádega e coxa e, habitualmente não agrava com a palpação direta. O exame objetivo com testes específicos é bastante útil<sup>4,12,13</sup>. Na nossa paciente apresentava uma dor típica de instabilidade da anca e excluímos outras patologias que poderiam ter as manifestações semelhantes, tais como o osteoma osteoide, necrose avascular da cabeça femoral, artrite séptica ou fratura.

A RMN pode ser útil para avaliar as estruturas intra-articulares. Se houver uma alta suspeição de microinstabilidade da anca pode ser realizada artroscopia, principalmente se não houver resposta ao tratamento não-cirúrgico.

O **tratamento** deve ser inicialmente não cirúrgico com reabilitação física e fisioterapia, com principal foco no fortalecimento dos músculos iliopsoas, abdutores da anca, pequenos rotadores externos, músculos abdominais e da região lombar e pélvica. Na literatura há bastantes relatos de melhoria clínica após fisioterapia<sup>14</sup>. Na nossa paciente houve resolução das queixas algícas e da incapacidade física após dois meses de fisioterapia, com resolução da instabilidade da anca.

Este caso alerta para a importância de um exame objetivo detalhado e exaustivo no diagnóstico de instabilidade da anca e no prognóstico favorável do seu tratamento com fisioterapia e reabilitação.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse ou económicos



Fig 1 – TAC pélvica – pequena lesão cística de 5mm na zona ântero-lateral da cabeça femoral

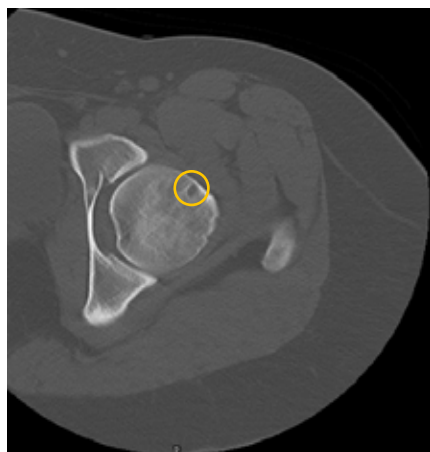


Fig. 2 – TAC pélvica – pequena lesão cística de 5mm na zona ântero-lateral da cabeça femoral

Correspondência para:

Carlos Costa

Serviço Reumatologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Praceta Mota Pinto – 3000 Coimbra

cjmc85@gmail.com; telephone:

+351 239 400 400

## Bibliografia

1. Shu B, Safran MR. *Hip instability: anatomic and clinical considerations of traumatic and atraumatic instability.* Clin Sports Med. 2011 Apr; 30(2): 349-367.
2. Bellabarba C, Sheinkop MB, Kuo KN. *Idiopathic hip instability: an unrecognized cause of coxa saltans in the adult.* Clin Orthop Relat Res. 1998 Oct; 355: 261-271.
3. Cerezal L, Arnaiz J, Canga A, Piedra T, Altónaga JR, Minafo R et al. *Emerging topics on the hip: ligamentum teres and hip microinstability.* Eur J Radiol. 2012 Dec; 81(12): 3745-3754
4. Boykin RE, Anz AW, Bushnell BD, Kocher MS, Stubbs AJ, Philippon MJ. *Hip instability.* J Am Acad Orthop Surg. 2011 Jun; 19(6): 340-349.
5. Philippon MJ. *The role of arthroscopic thermal capsulorrhaphy in the hip.* Clin Sports Med. 2001 Oct; 20(4): 817-829.
6. Tan V, Seldes RM, Katz MA, Freedhand AM, Klimkiewicz JJ, Fitzgerald RH, Jr. *Contribution of acetabular labrum to articulating surface area and femoral head coverage in adult hip joints: an anatomic study in cadavera.* Am J Orthop. 2001 Nov; 30(11): 809-812.
7. Shindle MK, Ranawat AS, Kelly BT. *Diagnosis and management of traumatic and atraumatic hip instability in the athletic patient.* Clin Sports Med. 2006 Apr; 25(2): 309-326.
8. Martin HD, Savage A, Braly BA, Palmer IJ, Beall DP, Kelly B. *The function of the hip capsular ligaments: a quantitative report.* Arthroscopy. 2008 Feb; 24(2): 188-195.
9. Guille JT, Pizzutillo PD, MacEwen GD. *Development dysplasia of the hip from birth to six months.* J Am Acad Orthop Surg. 2000 Jul; 8(4): 232-242.
10. Glassman AH. *Complications of trochanteric osteotomy.* Orthop Clin North Am. 1992 Apr; 23(2): 321-333.
11. Sansone M, Ahlden M, Jonasson P, Sward L, Eriksson T, Karlsson J. *Total dislocation of the hip joint after arthroscopy and ileopsoas tenotomy.* Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2013 Feb; 21(2): 420-423.
12. Leshner JM, Dreyfuss P, Hager N, Kaplan M, Furman M. *Hip joint pain referral patterns: a descriptive study.* Pain Med. 2008 Jan-Feb; 9(1): 22-25.
13. Byrd JW. *Evaluation of the hip: history and physical examination.* N Am J Sports Phys Ther. 2007 Nov; 2(4): 231-240.
14. Yazbek PM, Ovanessian V, Martin RL, Fukuda TY. *Nonsurgical treatment of acetabular labrum tears: a case series.* J Orthop Sports Phys Ther. 2011 May; 41(5): 346-353.

# SPORTS SPECIALIZATION AND INTENSIVE TRAINING IN YOUNG ATHLETES

## BENEFITS OF YOUTH SPORTS

- LEADERSHIP
- FUN
- SELF-ESTEEM
- TEAMWORK
- PHYSICAL ACTIVITY SKILLS
- PEER SOCIALIZATION

## BY THE NUMBERS

- AS MANY AS 70% DISCONTINUE PLAYING ORGANIZED SPORTS BY AGE 13
- ONLY 1% HIGH SCHOOL ATHLETES WHO RECEIVE ANY SCHOLARSHIPS
- AT LEAST 50% ATHLETIC INJURIES RELATED TO OVERUSE
- BETWEEN 3-11% HIGH SCHOOL ATHLETES COMPETE AT THE COLLEGE LEVEL
- BETWEEN ONLY .03-.5% HIGH SCHOOL ATHLETES REACH PROFESSIONAL LEVEL SPORTS

## GUIDANCE

### RECOVERY

TAKING 1 MONTH OFF FROM A SPORT AT LEAST 3 TIMES PER YEAR ALLOWS FOR PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL RECOVERY

### INJURY PREVENTION

HAVING AT LEAST 1 - 2 DAYS OFF PER WEEK FROM A SPORT CAN DECREASE THE CHANCE FOR INJURIES

### PRIMARY FOCUS

LEARN LIFELONG PHYSICAL ACTIVITY SKILLS AND HAVE FUN

### PLAY A VARIETY OF SPORTS

PARTICIPATING IN MULTIPLE SPORTS DECREASES THE CHANCE OF INJURIES, STRESS AND BURNOUT

### SPECIALIZATION

DELAYING SPECIALIZING IN A SINGLE SPORT UNTIL LATE ADOLESCENCE MAY LEAD TO A HIGHER CHANCE OF ACCOMPLISHING ATHLETIC GOALS

## EARLY DIVERSIFICATION & LATER SPECIALIZATION

PROVIDES A GREATER CHANCE OF LIFETIME SPORTS INVOLVEMENT, LIFETIME PHYSICAL FITNESS AND POSSIBLY ELITE PARTICIPATION

American Academy of Pediatrics. Council on Sports Medicine and Fitness. Sports Specialization and Intensive Training in Young Athletes. Pediatrics. In press.  
© 2016 American Academy of Pediatrics

Ref. Joel S. Brenner, Council on Sports Medicine and Fitness. American Academy of Pediatrics. Sports Specialization and Intensive Training in Young Athletes. Pediatrics. 2016; 138(3):e1-e7. DOI: 10.1542/peds.2016-2148. /content/138/3/e20162148.full.html