

Exame Físico do Quadril

Celso HF Picado

Introdução

A cintura pélvica é composta pela articulação sacro-ilíaca, pela sínfise púbica e pela articulação coxo-femoral. Esta última corresponde à articulação do quadril. O exame físico deve ser realizado buscando-se dados relativos à inspeção, palpação, mobilidade articular, realização de alguns testes especiais e breve exame neurológico (motor e sensitivo).

Inspeção

A inspeção inicia-se quando o paciente entra na sala de exame, devendo a marcha ser observada com atenção, pois várias patologias manifestam-se mais claramente durante a deambulação. A área a ser examinada deverá estar a descoberto, respeitando-se o pudor do paciente, para que possamos observar possíveis cicatrizes, hipotrofias musculares, assimetrias, alterações posturais. Se durante a inspeção houver suspeita de encurtamento de um membro em relação a outro, deveremos realizar a medida do comprimento dos membros conforme veremos adiante.

Palpação

A palpação é realizada buscando-se identificar possíveis pontos dolorosos, tumorações, deformidades ósseas e o tônus e o trofismo da musculatura. São importantes pontos de referência: a espinha ilíaca ântero-superior, a crista ilíaca, a espinha ilíaca póstero-superior, o trocânter maior e a tuberosidade isquiática. O nervo ciático encontra-se a meio caminho entre estas duas últimas estruturas, na nádega. O pulso da artéria femoral pode ser palpado imediatamente abaixo do ligamento inguinal, em um ponto a meia distância entre a espinha ilíaca ântero-superior e a sínfise púbica. A musculatura periarticular é bastante potente e pode ser palpada em grupos (figs. 1 e 2): Flexores- na região anterior do quadril (iliopsoas, reto femoral, sartório) Abdutores- na região lateral do quadril (glúteos médio e mínimo) Extensores- na região posterior do quadril (glúteo máximo e isquiotibiais) Adutores- na região medial do quadril (adutores longo, curto e magno, pectíneo e grácil).



Fig. 1 - Vista anterior dos quadris



Fig. 2 - Vista posterior dos quadris

Mobilidade Articular

O quadril é uma articulação sinovial do tipo esferóide, e portanto, capaz de realizar movimentos em todos os planos. Para pesquisa dos movimentos o indivíduo é colocado em decúbito dorsal, mantendo-se a pelve e o tronco em posição simétrica. É comum a bacia movimentar-se quando estamos testando a articulação do quadril, o que pode levar um examinador desatento a interpretar erroneamente o grau de amplitude de movimentos. Por isto , sempre observe a pelve e estabilize-a segurando com uma das mãos.

A mobilidade deve ser testada de forma ativa e passiva. Tanto os testes ativos como os passivos servem para determinar a existência de limitação de movimentos da articulação; nos testes ativos, o paciente utiliza seus próprios músculos para atingir o alcance necessário

de movimentação, enquanto nos testes passivos é o examinador quem movimenta a articulação do paciente.

O paciente pode ser incapaz de completar os testes ativos por fraqueza muscular, contração dos tecidos moles periarticulares (cápsula articular, ligamentos, músculos) ou por bloqueios ósseos (alterações na conformação das superfícies articulares, fusões , saliências ósseas). Os testes passivos eliminam o fator muscular, visto que neste caso a força passa a ser despreendida pelo examinador. Se nos testes ativos o paciente foi incapaz de completar a amplitude normal de movimentos, porém nos testes passivos não houve limitações, podemos inferir que a fraqueza muscular é a causa da restrição. Caso a restrição permaneça mesmo durante os testes passivos, a fraqueza muscular deve ser eliminada como sendo a causa direta, sendo mais provável a presença de obstáculos ósseos ou de tecidos moles, se bem que associadamente possa existir hipotrofia muscular como resultado da não utilização da articulação.

A amplitude média de movimentos do quadril é a seguinte:

Flexão (0-120 graus): consiste em levar a coxa em direção anterior, de encontro ao abdome(fig. 3).

Abdução (0-45 graus): consiste em afastar o membro inferior da linha média (fig. 4).

Adução (0-30 graus): consiste em cruzar a linha média com o membro inferior (fig 5).

Rotação interna(0-30 graus) e Rotação externa(0-45 graus): utilizamos a perna como referência para as medidas, rodando-se o membro inferior interna e externamente(fig 6 e 7).

Extensão(0-30 graus): é feita com o paciente em decúbito ventral, elevando-se a coxa da superfície da mesa de exame, mantendo-se o joelho levemente fletido(fig. 8).

Obs.: As rotações também podem ser avaliadas com o quadril em extensão.



Fig. 3: Flexão



Fig. 4: Abdução



Fig. 5: Adução



Fig. 6: Rotação interna



Fig. 7: Rotação externa



Fig. 8 : Extensão

Testes Especiais

Teste de Trendelenburg: em 1895, Freidrich Trendelenburg descreveu um sinal clínico empregado para determinar a integridade da função dos músculos abdutores do quadril. Cada membro inferior sustenta metade do peso do corpo; quando um membro inferior é levantado, o outro suporta todo o peso, resultando numa inclinação do tronco para o lado do membro apoiado. A inclinação do tronco é realizada pelos músculos abdutores do quadril, uma vez que suas inserções estão fixadas no membro apoiado e a força de contração é exercida nas suas origens na pélvis. Conseqüentemente a pélvis inclina, levantando do lado que não suporta peso. A falha deste mecanismo é diagnosticada pela positividade do sinal de Trendelenburg, ocorrendo a queda da pélvis ao invés de sua elevação no lado não apoiado (fig 9).

O sinal é positivo quando ocorrem alterações a nível da PÉLVIS como por exemplo na displasia do desenvolvimento do quadril, em que não existe fulcro para apoiar o braço de alavanca da musculatura abduzora, ou ainda por perda do braço de alavanca como por exemplo na fratura do colo femoral, ou também por perda da força muscular como por exemplo na poliomielite ou distrofia muscular.

A positividade do sinal é SUPRAPÉLVICA em pacientes portadores de escoliose nos quais ocorre colisão entre a pélvis e as costelas, e INFRAPÉLVICA quando existe desvio medial do eixo mecânico do membro inferior que provoca diminuição da força gerada pelos músculos abdutores do quadril. Nos pacientes cuja origem do sinal é PÉLVICO, a coxa orienta-se para medial, ou seja, aduzida. Nos pacientes cuja positividade do sinal é de origem INFRAPÉLVICA a porção da coxa proximal à deformidade em varo está orientada obliquamente para lateral, ou seja, abduzida no quadril, enquanto a parte do membro distal à deformidade orienta-se obliquamente para medial. Pacientes portadores da doença coxa vara (diminuição do ângulo cêrvico-diáfisário do fêmur) aparentam ter o sinal clássico porque apenas a parte distal da deformidade pode ser observada.



Fig. 9: Teste de Trendelenburg positivo



Fig. 10: Teste de Trendelenburg negativo

Teste de Thomas: este teste destina-se a avaliar a presença de contratura em flexão do quadril. Neste momento é importante diferenciarmos contração muscular de contratura muscular. O termo contração refere-se ao fenômeno fisiológico básico do tecido muscular, seja para promover movimento, seja para aumentar seu tônus; já o termo contratura refere-se sempre a um fenômeno patológico onde este músculo está em estado de encurtamento, invadido por tecido fibroso.

O paciente é colocado em decúbito dorsal e realiza-se a flexão máxima dos quadris; com isto, desfaz-se a inclinação pélvica e a lordose lombar que normalmente acabam por mascarar estas contraturas em flexão. Em seguida, mantemos um quadril fletido e estendemos aquele que desejamos testar: quando há contratura em flexão, o quadril não estende completamente e o ângulo formado entre a face posterior da coxa e a mesa de exame corresponde à contratura em flexão existente (teste de Thomas positivo – fig. 10). São exemplos de patologias que podem levar à contratura em flexão do quadril a psoíte, a artrose e a artrite séptica.



Fig. 10 : Teste de Thomas positivo (10 graus)

Teste de Patrick: este teste destina-se a detectar tanto as patologias do quadril, como as da articulação sacro-ilíaca. Com o paciente em decúbito dorsal, colocamos o calcanhar do membro inferior em questão sobre o joelho do lado oposto; o examinador aplica então uma força sobre o joelho fletido e outra sobre a espinha ilíaca ântero-superior oposta, como se estivesse abrindo um livro. Se a dor for referida na região inguinal, pode haver patologia na articulação do quadril; caso a dor seja referida na região posterior, pode haver patologia na articulação sacro-ilíaca. Este teste também é chamado de Fabere, em virtude da posição que o membro assume durante sua realização (Flexão, Abdução e Rotação Externa – fig. 11).



Fig. 10 : Teste de Patrick

Teste de Ortolani: este teste é utilizado para o diagnóstico da instabilidade do quadril. Consiste em colocar a criança em decúbito dorsal, segurando os membros inferiores pelos joelhos e fletindo os quadris em 90 graus; o polegar é colocado na face medial da coxa e os dedos indicador e médio sobre o trocânter maior (fig. 12a). A partir desta posição faz-se a abdução simultaneamente para os dois quadris (fig. 12 b) ou fixa-se um lado e testa-se o outro. Quando existe a instabilidade, sentimos um ressalto durante a realização desta manobra (Sinal de Ortolani positivo). Classicamente, este ressalto é descrito como um “click”. A coxa agora é então aduzida e exercendo-se uma força com o polegar em direção lateral, a cabeça sofre um novo ressalto e o “click” é novamente percebido (fig. 12c). Deve ser pesquisado preferencialmente nos primeiros dois dias de vida, pois depois sua percepção é dificultada. Devemos ainda destacar que este sinal está presente nos casos de displasia leve e moderada do quadril, quando podemos mobilizar anormalmente a cabeça femoral dentro do acetábulo, denotando a instabilidade; nos casos de displasia grave, o ressalto não é produzido pois a cabeça femoral encontra-se fixa em uma posição deslocada no neo-acetábulo e não pode ser trazida de encontro ao acetábulo real.



Figuras 12 a, b, c: Seqüência do teste de Ortolani, segundo descrito pelo próprio autor.

Teste de Ober: este teste destina-se a detectar a presença de contratura em abdução do quadril. O paciente deverá estar em decúbito lateral, com o membro a ser testado no lado de cima. É realizada a flexão do joelho a 90 graus e abdução do quadril; o examinador então solta o membro. Em condições normais o membro entra em adução, isto é, vai de encontro ao outro que está sobre a mesa; em presença de contratura em abdução do quadril, o membro permanecerá abduzido mesmo após ter sido solto (Teste de Ober positivo – fig. 13).



Fig. 13 : Teste de Ober positivo

Medida do comprimento dos membros: é realizada para verificarmos se existe discrepância de comprimento de um membro em relação ao outro. A discrepância real no comprimento é determinada pela medida da distância compreendida entre a espinha íliaca ântero-superior e o maléolo medial de um membro em relação ao outro (fig. 14). Se houver diferença entre as distâncias destes pontos fixos, está demonstrada a discrepância real. A discrepância aparente é determinada pela medida da distância compreendida entre a cicatriz umbilical e o maléolo medial de um membro em relação ao outro (fig. 15). Estas discrepâncias aparentes resultam de posições anormais da pélvis, e não de encurtamento real de um membro.



Fig. 14 - Medida do comprimento real do membro

Exame Neurológico

O exame neurológico do quadril se compõe de duas partes: testes motores e testes sensitivos.

Testes Motores: os músculos são testados por grupos, conforme descrito anteriormente. Os flexores (inervados por L1, L2 e L3) são testados com o paciente sentado, com as pernas pendentes para fora da mesa, solicitando-se que o mesmo flexione o quadril enquanto o examinador oferece resistência no terço distal da coxa. Para se testar os extensores (S1) o paciente deve estar em decúbito ventral e com o joelho fletido, tentando estender o quadril enquanto o examinador oferece resistência na face posterior da coxa. Os abdutores (L5) são testados com o paciente em decúbito dorsal, enquanto o examinador coloca suas mãos sob as faces laterais dos tornozelos, impondo resistência e solicitando ao paciente que abduza os membros; pode também ser testado com o paciente em decúbito lateral, quando então o examinador impõe resistência na face lateral da coxa. E os adutores (L2, L3 e L4) são testados com o paciente em decúbito dorsal, estando os membros abduzidos e com o examinador impondo resistência na face interna dos tornozelos enquanto o paciente é solicitado a realizar o movimento de adução.

Para cada grupo muscular a força é então classificada, de acordo com o sistema proposto pela ASIA (American Spine Injury Association):

Grau 0: não há contração visível ou palpável

Grau 1: contração visível e/ou palpável, mas que não produz movimento

Grau 2: movimentação completa do membro desde que eliminada a força contrária da gravidade

Grau 3: movimentação completa do membro contra a força da gravidade

Grau 4: movimentação completa contra a força da gravidade e uma pequena resistência imposta pelo examinador

Grau 5: movimentação completa contra a força da gravidade e uma grande resistência imposta pelo examinador

Testes Sensitivos: as raízes que suprem sensitivamente a pele da região do quadril e coxa são: T12(área do ligamento inguinal), L1(terço superior da coxa), L2(terço médio da coxa),L3(terço inferior da coxa), todos estes na face anterior do membro.Na face posterior do membro, as raízes de S1 e S2 suprem a sensibilidade de extensa área que vai desde a prega glútea até a fossa poplítea (fig. 16).

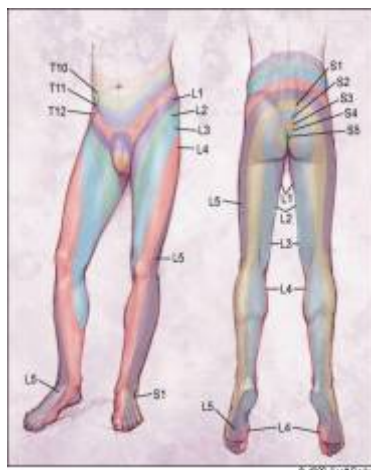


Fig. 16: Dermátomos do membro inferior

Referências:

1. Hoppenfeld, S.: Propedêutica ortopédica. Editora Atheneu,São Paulo,1987.
2. Ortolani, M.: Congenital hip dysplasia in the light of early and very early diagnosis, Clinical Orthop. and Related Research, 119: 6-10, 1976.
3. Salter, R.B.: Trastornos y lesiones del sistema musculoesquelético. Salvat editores,España,1971.
4. Vasudevan,P.N. , Vaidyalingam,K.V. , Bhaskaran Nair,P.: Can Trendelenburg's sign be positive if the hip is normal?. JBJS,79B: 462-466, 1997