

FMRP - USP

RCG3018 - Fisioterapia Aplicada à Ortopedia e Traumatologia (2023)

Seminário Quadril

Heloise acurcio Zimermam - 12534634

Bianca de Souza - 12728925

Carolina wittmann vieira - 12534763

Profa Responsável: Dra Débora Bevilaqua Grossi

RIBEIRÃO PRETO

21/11/2023

Dor articular no quadril não artrítico

A dor articular no quadril não artrítico é uma dor de fonte intra-articular de dor no quadril que pode se originar de um conjunto de diferentes condições. Ela costuma receber diagnóstico médico através do relato de caso e exames de imagem. Outros termos usados na literatura para representar esse conjunto de condições incluem: dor na virilha relacionada ao quadril, dor crônica nas articulações do quadril e dor pré-artrítica do quadril.

Muitos estudos relatam resultados positivos da artroscopia para FAIS, porém de evidência baixa a moderada. Ambos os tratamentos possuem pequenos tamanhos de efeito e apresentam melhoras em pacientes com FAIS.

As evidências mais atuais para diretrizes clínicas nesses casos podemos encontrar no Guideline: Hip Pain and Movement Dysfunction Associated With Nonarthritic Hip Joint Pain: A Revision; publicado em 2023 por Keelan R. Ensey et al.

Para esse trabalho a dor não artrítica na articulação do quadril será determinado como um conjunto de condições que envolvem estruturas intra-articulares do quadril, incluindo síndrome do impacto femoroacetabular (SIFA), displasia do desenvolvimento do quadril (DDQ), instabilidade do quadril, síndrome do impacto acetabular, lesões labrais, lesões osteocondrais, corpos livres e rupturas do ligamento redondo.

Das características patoanatômicas temos a displasia do quadril incluindo: displasia acetabular, profundidade acetabular, versão acetabular; anormalidades do pescoço femoral: Inclinação femoral e versão femoral e as morfologias em CAM ou em pinça que podem levar à sobrecarga do condrolabral e estruturas capsuloligamentares. Estudos encontraram uma relação de aumento de chances de desenvolver osteoartrite a depender de achados anatômicos como o ângulo da borda centrolateral (LCEA) (morfologia da pinça), mas essas relações foram encontradas em estudos transversais, estudos prospectivos não apoiaram uma associação.

Uma série de acometimentos extra articulares cruzam com esses casos, tipicamente são elas: bursite trocântérica, il-iopsoas, isquiática e subilíaca; Tendinose e rupturas dos abdutores, adutores e isquiotibiais; Impactos extra-articulares, que precisaram serem incluídas no tratamento.

Para diagnósticos com avaliações e testes clínicos a força de evidência encontrada foi fraca, as principais recomendações são de usar os testes de FADIR e FABER durante a avaliação clínica para identificar aqueles sem SIFA quando esses testes são negativos e incluir o teste do ligamento redondo durante a avaliação clínica para identificar aqueles com e sem ruptura do ligamento redondo. É importante descartar condições que mimetizam a apresentação clínica de dor não artrítica nas articulações do quadril, algumas dessas condições são:

patologia da coluna lombossacra, aprisionamento de nervo (cutâneo femoral lateral, obturador), osteoartrose do quadril, hérnia inguinal, osteonecrose da cabeça femoral, fratura por estresse (fêmur proximal ou pélvica), entre outros.

Com alto nível de evidência temos diferentes questionários para mensurar a dor e função do quadril e sintomas, como o Hip Outcome Score (HOS), Copenhagen Hip and Groin Outcome Score (HAGOS) ou International Hip Outcome Tool-33 (iHOT-33).

Medidas de função e controle postural, com testes de desempenho como o teste de agachamento unipodal, Star Excursion Balance Test, distância de salto, sentar para ficar de pé unipodal e medidas cronometradas de função, mostraram nível de evidência moderado e devem ser incluídos como avaliação e acompanhamento dos pacientes.

Sobre o tratamento conservador

Houveram mudanças significativas do último guideline de 2014 para o atual. Em 2014, o tratamento era baseado em opiniões de especialistas, hoje temos mais estudos envolvendo o tema. A maior recomendação é a terapia combinada, nela temos os seguintes exemplos de associações que fazem parte dessa prática: terapia manual, exercícios terapêuticos, reeducação neuromuscular, ou treinamento para correção de postura e movimento durante atividades funcionais. Alguns cuidados devem ser tomados, como: evitar uma ADM que possa causar impacto na articulação do quadril no caso de FAIS ou colocar estresse excessivo nas estruturas capsuloligamentares no caso de instabilidade do quadril. A combinação de fortalecimento, terapia manual e reeducação funcional foi superior a exercícios passivos e alongamento.

A modificação de exercícios e o fortalecimento, estavam presentes fortemente nos estudos avaliados. Entre as limitações encontradas, temos a não padronização de exercícios, da terminologia inadequada, a dubiedade de progressões e escassez de relato de adesão.

Reabilitação Pós Operatório

Na reabilitação pós artroplastia total de quadril, principalmente em paciente idosos, foram encontrados diversos protocolos tanto na recuperação precoce quanto na recuperação tardia, destacando-se terapias aquáticas, ciclismo ergonômico e protocolos de “via rápida” com grande efeito benéfico na força muscular, na velocidade de marcha e nos principais escores clínicos utilizados após a artroplastia total de quadril.

A reabilitação acelerada tem sido proposta como uma alternativa à reabilitação convencional, com o objetivo de reduzir o tempo de internação hospitalar e melhorar a

recuperação funcional dos pacientes. No entanto, a via rápida é uma abordagem complexa, exigindo otimização Pré-operatória do paciente, manejo anestésico, tratamento da dor sistêmica (anti-inflamatórios não esteroidais, paracetamol, opioides de curta duração) mobilização precoce e fisioterapia, podendo ser realmente desafiador instituir esse processo em algumas instituições e situações ou para pacientes com comorbidades graves.

Em geral, todos os protocolos focados em exercícios intensificados e atividades adicionais e a prática de uma atividade esportiva adequada promovem efeito benéfico na recuperação pós-operatória precoce e tardia na função do membro.

Reflexões que tiramos do trabalho

Conseguimos observar então, que tanto o tratamento conservador quanto o processo de artroplastia são benéficos no tratamento da patologia determinada. Apesar de haver um mérito entre a artroplastia em relação ao tratamento conservador, as evidências são de baixa qualidade. Ademais, ainda possuímos evidências de qualidade média ou baixa quanto a promoção de exercícios como uma forma de tratamento para esses pacientes.

Referências:

Hip Pain and Movement Dysfunction Associated With Nonarthritic Hip Joint Pain - 2023 Revision Using the Evidence to Guide Musculoskeletal Rehabilitation Practice. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2023 Sep;0(9):1-3. doi: 10.2519/jospt.2023.0505. PMID: 37650820.

MARCHISIO, A. E., RIBEIRO, T. A., UMPIERRES, C. S., GALVÃO, L., ROSITO, R., MACEDO, C. A. D. S., & GALIA, C. R.. (2020). Accelerated rehabilitation versus conventional rehabilitation in total hip arthroplasty (ARTHA): a randomized double blinded clinical trial. *Revista Do Colégio Brasileiro De Cirurgiões*, 47, e20202548. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202548>

Papalia R, Campi S, Vorini F, Zampogna B, Vasta S, Papalia G, Fossati C, Torre G, Denaro V. The Role of Physical Activity and Rehabilitation Following Hip and Knee Arthroplasty in the Elderly. *J Clin Med.* 2020 May 9;9(5):1401. doi: 10.3390/jcm9051401. PMID: 32397459; PMCID: PMC7291199

Wu JQ, Mao LB, Wu J. Efficacy of exercise for improving functional outcomes for patients undergoing total hip arthroplasty: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2019 Mar;98(10):e14591. doi: 10.1097/MD.00000000000014591. PMID: 30855443; PMCID: PMC6417520.