

BMJ Best Practice

Sinovite transitória do quadril

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Oct 30, 2018

Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Prevenção	5
Diagnóstico	6
Caso clínico	6
Abordagem passo a passo do diagnóstico	6
Fatores de risco	7
Anamnese e exame físico	8
Exames diagnóstico	9
Diagnóstico diferencial	10
Tratamento	13
Abordagem passo a passo do tratamento	13
Visão geral do tratamento	13
Opções de tratamento	14
Acompanhamento	15
Recomendações	15
Complicações	15
Prognóstico	15
Diretrizes	16
Diretrizes de diagnóstico	16
Nível de evidência	17
Referências	18
Imagens	20
Aviso legal	22

Resumo

- ◇ Um distúrbio inflamatório autolimitado do quadril, que comumente afeta crianças pequenas entre 2 e 12 anos de idade.
- ◇ O diagnóstico diferencial mais importante para descartar é artrite séptica.
- ◇ É mais comum em meninos.
- ◇ Apresenta-se agudamente com claudicação e dor leves a moderadas no quadril.
- ◇ O tratamento é de suporte, com restrições da atividade e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) conforme necessários.

Definição

Sinovite transitória é um distúrbio inflamatório autolimitado do quadril, que comumente afeta crianças pequenas.

Epidemiologia

A sinovite transitória é a causa mais comum de dor aguda no quadril e claudicação em crianças de 2 a 12 anos. A média de idade é de 5 a 6 anos e até 3% das crianças têm um episódio em algum momento durante a sua vida. Uma grande pesquisa holandesa em crianças de 0 a 14 anos descobriu que a taxa de incidência para todas as patologias não traumáticas agudas do quadril foi de 148.1 por 100,000 pessoas-anos, e para a sinovite transitória foi de 76.2 por 100,000 pessoas-anos.[1] A sinovite transitória é extremamente rara em adultos.[2] Ela tende a ocorrer mais nos meses de outono e inverno. É aproximadamente duas vezes mais comum em meninos que em meninas e incomum entre crianças negras.[3] Raramente é bilateral. Episódios recorrentes ocorrem em 4% a 17% das crianças. Pacientes que têm um episódio recorrente geralmente têm um curso benigno, embora em cerca de 10% essa possa ser a característica de apresentação de uma afecção inflamatória crônica.[4]

Etiologia

A etiologia não é conhecida, mas várias teorias foram propostas. A causa proposta mais comum é uma inflamação temporária secundária a uma infecção viral do trato respiratório superior. Foi notado que muitas crianças com sinovite transitória do quadril tiveram uma doença do trato respiratório superior dias ou semanas antes do início da dor no quadril. A etiologia viral também foi apoiada pela identificação de níveis elevados de interferona sérica. É importante lembrar que a sinovite transitória, especialmente se recorrente ou persistente, pode ser a característica inicial de uma afecção inflamatória crônica, como a artrite idiopática juvenil.[4] Predisposição alérgica, trauma e anomalias do crescimento também foram propostos como sendo associados à sinovite transitória, mas com pouco suporte atualmente.

Fisiopatologia

A sinovite transitória do quadril é uma afecção em que há uma inflamação inespecífica e hipertrofia da membrana sinovial com derrame na articulação do quadril.

Caso clínico

Caso clínico #1

Um menino de 3 anos de idade é observado no pronto-socorro às 2h porque está chorando. Com exceção disso, ele é saudável. No começo do dia ele esteve brincando, mas sua mãe notou que ele pode ter claudicado. Ele não tem febre e, fora isso, sente-se bem. No exame físico, um leve movimento do quadril é tolerado, mas o excesso de movimento o faz chorar. Seu hemograma completo e velocidade de hemossedimentação estão normais.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Sinovite transitória é um distúrbio inflamatório autolimitado do quadril, que comumente afeta crianças pequenas. Ela é parte do diagnóstico diferencial para claudicação em uma criança com coxalgia (dor ou doença do quadril ou da articulação do quadril). A preocupação imediata é descartar artrite séptica, que é uma das poucas verdadeiras emergências ortopédicas. Um atraso no tratamento da artrite séptica pode ter consequências devastadoras, com a destruição quase total do quadril, para o qual não há boas opções de reconstrução.[6]

História

Frequentemente, apresenta-se agudamente como uma dor leve a moderada no quadril que melhora gradualmente, mas a criança pode ter períodos de relativo conforto alternados com desconforto.[1] Pode haver uma história recente de doença do trato respiratório superior no passado, mas atualmente a criança está saudável. 1[C]Evidence A criança deve ser capaz de deambular (embora possa ter uma aversão a caminhar) e geralmente haverá claudicação. A criança pode optar por não suportar o peso. Uma história de uso recente de antibióticos pode ser importante para identificar o mascaramento de uma infecção subjacente, como a artrite séptica.

Exame físico

A criança frequentemente descansará o quadril em abdução e rotação externa. O movimento do quadril pode ser limitado, mas o paciente geralmente permitirá o movimento através de um arco limitado. A restrição do movimento pode ser particularmente evidente na abdução e rotação interna. No entanto, alguns pacientes podem não apresentar qualquer restrição no movimento do quadril. Pode haver dor no movimento do quadril, mesmo com movimento passivo, e pode haver dor à palpação do quadril ou virilha.

O teste de rotação é o mais sensível para a sinovite transitória do quadril. Nesse exame, o paciente deita-se na posição supina e a perna é rolada suavemente de um lado para o outro. Um teste positivo resulta na defesa involuntária do músculo no membro afetado.

Em um exame ortopédico, as articulações acima e abaixo da articulação afetada devem ser examinadas. O exame da pelve e joelho deve ser sempre incluído para descartar patologia que afete essas articulações. Na sinovite transitória, o exame da pelve e joelho deve ser normal.

Exames laboratoriais

Não existem testes laboratoriais de identificação, embora o hemograma completo, a velocidade de hemossedimentação e a proteína C-reativa possam estar levemente elevados.

Quatro preditores clínicos independentes foram identificados para diferenciar entre artrite séptica e sinovite transitória. Na sinovite transitória, a febre deve ser $<38.5^{\circ}\text{C}$ ($<101.3^{\circ}\text{F}$), a criança pode claudicar mas deve ser capaz de suportar o peso, a velocidade de hemossedimentação deve estar abaixo de 40 mm/hora e a contagem leucocitária no sangue $<12,000$ células/mm³. Se todos os critérios acima forem atendidos, a probabilidade predita de artrite séptica é inferior a 0.2% para zero preditores e 3.0% para um preditor.[7] [8] [9]

Raio-X

Radiografias de sinovite transitória do quadril são geralmente normais; no entanto, elas podem revelar sinais sutis no início do processo da doença, como distensão capsular, alargamento do espaço articular, diminuição da definição dos planos de tecidos moles ao redor da articulação do quadril ou leve desmineralização óssea do fêmur proximal. O papel principal das radiografias simples é descartar outras doenças, como a doença de Legg-Calvé-Perthes, fraturas e tumores, e garantir que o osso metafisário do fêmur e o acetábulo não tenham sinais de outros processos, como a osteomielite.

[Fig-1]

Ultrassonografia

Um derrame é um achado comum. A ultrassonografia não é normalmente usada para a avaliação de sinovite transitória, mas é rápida, indolor, não confere radiação ionizante e pode detectar um derrame em quase todos os casos estabelecidos. A especificidade de um derrame articular do quadril na ultrassonografia é baixa e, infelizmente, o achado não é específico da artrite séptica; porém, a ausência de um derrame torna a artrite séptica improvável, exceto muito cedo no processo da doença. A ultrassonografia também pode ser útil para orientar a aspiração por agulha se a artrite séptica precisar ser excluída. A aspiração articular não cumpre qualquer papel no diagnóstico de sinovite transitória. No entanto, se a artrite séptica estiver sendo considerada um diagnóstico diferencial, a aspiração articular deve ser realizada e o líquido enviado para a celularidade e cultura/coloração de Gram.[10]

[Fig-2]

Ressonância nuclear magnética (RNM)

O principal papel da RNM com contraste é descartar outros distúrbios, incluindo a osteomielite coexistente no fêmur proximal ou pelve, especialmente se o paciente não responder ao tratamento. Geralmente, não é empregada para o diagnóstico de sinovite transitória.[11] [12]

Fatores de risco

Fortes

2 a 12 anos de idade

- Ocorre raramente em crianças <2 anos, crianças >12 anos e adultos.

sexo masculino

- Aproximadamente duas vezes mais comum em meninos que em meninas.[3]

Fracos

história de infecção respiratória superior recente

- Os pais frequentemente relatam uma história de infecção respiratória superior nos dias e semanas antes do episódio.¹[\[C\]Evidence](#)

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os fatores de risco incluem história de doença do trato respiratório superior, idade entre 2 e 12 anos e sexo masculino.

movimento limitado (comum)

- O movimento do quadril pode ser limitado, mas o paciente geralmente permitirá o movimento através de um arco limitado. A restrição do movimento pode ser particularmente evidente na abdução e rotação interna. No entanto, alguns pacientes podem não apresentar qualquer restrição no movimento do quadril.

dor (comum)

- Pode haver dor no movimento do quadril, mesmo com movimento passivo, e pode haver dor à palpação do quadril ou virilha.^[1]

claudicação (comum)

- O paciente é tipicamente capaz de caminhar, mas com uma claudicação perceptível e por distâncias limitadas.

teste de rotação positivo (comum)

- O teste de rotação é o mais sensível para a sinovite transitória do quadril. Nesse exame, o paciente deita-se na posição supina e a perna é rodada suavemente de um lado para o outro. Um teste positivo resulta na defesa involuntária do músculo no membro afetado.

Outros fatores de diagnóstico

quadril abduzido e rotacionado externamente (comum)

- O paciente tipicamente descansará com o quadril abduzido e rotacionado externamente.

febre (incomum)

- Um dos 4 preditores primários da artrite séptica, se $>38.5^{\circ}\text{C}$ ($>101.3^{\circ}\text{F}$); portanto, a temperatura do paciente deve ser $<38.5^{\circ}\text{C}$ ($<101.3^{\circ}\text{F}$) na sinovite transitória.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> A contagem leucocitária deve ser $<12,000$ células/mm³, já que um dos 4 preditores primários de artrite séptica é quando está $>12,000$ células/mm³. 	Contagem leucocitária dentro da faixa normal, mas pode ser ligeiramente elevada
velocidade de hemossedimentação <ul style="list-style-type: none"> Deve ser <40 mm/hora, pois um dos 4 preditores primários de artrite séptica é quando está >40 mm/hora. 	dentro da faixa normal, mas pode ser ligeiramente elevada
proteína C-reativa <ul style="list-style-type: none"> A faixa normal varia em cada instituição, mas é consistente com a artrite séptica se elevada >2.0 mg/dL. 	dentro da faixa normal, mas pode ser ligeiramente elevada
radiografia <ul style="list-style-type: none"> Usada principalmente para descartar outras doenças, como a doença de Legg-Calvé-Perthes, fraturas e tumores, e para garantir que o osso metafisário do fêmur e o acetábulo não tenham sinais de outros processos, como a osteomielite. [Fig-1] 	geralmente normal; no entanto, as imagens radiográficas podem revelar sinais sutis no início do processo da doença, como distensão capsular, alargamento do espaço articular, diminuição da definição dos planos de tecidos moles ao redor da articulação do quadril ou leve desmineralização óssea do fêmur proximal

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
ultrassonografia <ul style="list-style-type: none"> Não é tipicamente usada para o diagnóstico de sinovite transitória, embora derrames sejam um achado comum. A ultrassonografia pode ser útil para orientar a aspiração por agulha se a artrite séptica precisar ser excluída. A aspiração articular não cumpre qualquer papel no diagnóstico de sinovite transitória. No entanto, se a artrite séptica estiver sendo considerada um diagnóstico diferencial, a aspiração articular deve ser realizada e o líquido enviado para a celularidade e cultura/coloração de Gram.[10] [Fig-2] 	líquido elevado na articulação

Exame	Resultado
ressonância nuclear magnética (RNM) com contraste <ul style="list-style-type: none"> Não é normalmente usada para o diagnóstico de sinovite transitória, mas sim para avaliar outros distúrbios, como a osteomielite do fêmur proximal ou da pelve. 	geralmente normal, mas pode detectar o fluido na articulação do quadril se o derrame estiver presente, conforme observado pelo aumento da intensidade do sinal nas imagens de T2

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Artrite séptica	<ul style="list-style-type: none"> A dor é mais intensa e a criança frequentemente não pode andar. Qualquer movimento do quadril é doloroso, mesmo através de um pequeno arco. A destruição da cartilagem articular começa rapidamente e é secundária às enzimas proteolíticas e ao comprometimento do suprimento vascular intracapsular. Um atraso no tratamento pode ter consequências devastadoras, com a destruição quase total do quadril, para o qual não há boas opções de reconstrução. 	<ul style="list-style-type: none"> Quatro preditores clínicos independentes foram identificados para diferenciar entre artrite séptica e sinovite transitória: febre $>38.5^{\circ}\text{C}$ ($>101.3^{\circ}\text{F}$), incapacidade de suportar peso, a velocidade de hemossedimentação deve estar abaixo de 40 mm/hora e a contagem leucocitária no sangue $<12,000$ células/mm³. A probabilidade predita da artrite séptica foi resumida como $<0.2\%$ para zero preditores, 3.0% para 1 preditor, 40% para 2 preditores, 93.1% para 3 preditores e 99.6% para 4 preditores.^[7] Quando esse paradigma foi aplicado prospectivamente na mesma instituição ou em outras, a probabilidade predita diminuiu, mas seu uso como um indicador clínico ainda é extremamente útil.^{[8] [9]} Se a aspiração articular for realizada, a contagem de leucócitos $>25,000$ por campo de grande aumento sugeriria que a artrite séptica é provável.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Artrite de Lyme	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestação tardia da doença de Lyme, geralmente se manifesta como artrite monoarticular ou oligoarticular, comumente comprometendo grandes articulações. Grandes derrames no joelho são comuns, geralmente remitindo em algumas semanas a alguns meses se não forem tratados. 	<ul style="list-style-type: none"> • A sorologia pode confirmar história pregressa de doença de Lyme.
Osteomielite	<ul style="list-style-type: none"> • A osteomielite do quadril apresenta-se com dor no quadril. A criança pode parecer doente, ter febre e dor na deambulação. O movimento articular será menos restrito. • A osteomielite da pelve se apresentaria com dor no quadril ou pélvica. A dor aguda com o movimento do quadril deve ser menos significativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • O raio-X pode mostrar alterações ósseas se no final do processo de doença: por exemplo, elevação do perióstio e radiolucências corticais ou medulares. A ressonância nuclear magnética (RNM) demonstrará intensidade de sinal elevada nas imagens de T2 na cabeça e metáfise femorais no início do processo da doença, e tem mostrado ser um método confiável para avaliar o osso periarticular quanto a osteomielite.
Doença de Legg-Calvé-Perthes	<ul style="list-style-type: none"> • As crianças, mais comumente meninos, apresentarão tipicamente uma claudicação que ocorre ao longo de semanas a meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • As radiografias iniciais podem mostrar apenas sinais sutis de alargamento do espaço articular; os sinais mais óbvios, como o colapso da cabeça do fêmur, serão evidentes semanas a meses mais tarde. Os exames laboratoriais serão normais.
Sacroileíte piogênica	<ul style="list-style-type: none"> • Normalmente se apresentaria com dor e/ou sensibilidade à palpação sobre as articulações sacroilíacas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uma RNM da pelve mostraria alterações na articulação sacroilíaca, como um aumento na intensidade de sinal em T2.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Artrite idiopática juvenil	<ul style="list-style-type: none"> • Para que o diagnóstico seja firmado, a criança deve ter tido artrite objetiva na articulação por pelo menos 6 semanas. Pode haver rigidez ao acordar ou após períodos de inatividade. • Em certos subtipos, a criança pode ter febre em picos, erupção cutânea na cor salmão ao longo do tronco e membros proximais, uveíte e nódulos reumatoides nas superfícies extensoras dos tendões. 	<ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico é predominantemente baseado em sinais e sintomas clínicos. Os exames laboratoriais, como velocidade de hemossedimentação, proteína C-reativa, fator antinuclear e fator reumatoide, são usados principalmente para se determinar o subtipo. A imagem das articulações comprometidas pode auxiliar no diagnóstico, mas não é específica. As radiografias são geralmente normais no início da doença, mas podem ser usadas para monitorar a atividade da doença.

Abordagem passo a passo do tratamento

O tratamento é focado em aliviar os sintomas e reduzir a inflamação sinovial. Restrições das atividades e até um curto período de repouso no leito podem ser empregados. Tração suave da pele, que implica 2 kg de peso aplicado sobre a pele, geralmente durante a noite, também foi usada. Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) podem ser dados por um curto período com as devidas precauções, como descontinuação na ocorrência de qualquer sintoma gastrointestinal. Foi mostrado que o ibuprofeno reduz a duração dos sintomas.^[13] Paracetamol pode ser usado se o paciente for incapaz de tomar AINEs. Aspirina deve ser evitada em virtude da preocupação com a síndrome de Reye.

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Agudo (resumo)	
todos os pacientes	
...	1a alívio sintomático

Opções de tratamento

Agudo

todos os pacientes

1a

alívio sintomático

Opções primárias

» restrição da atividade

-e/ou-

» tração da pele

--E--

» **ibuprofeno**: crianças: 5-10 mg/kg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo 40 mg/kg/dia

-ou-

» **naproxeno**: crianças > 2 anos de idade: 10-20 mg/kg/dia por via oral administradas em 2 doses divididas quando necessário

-ou-

» **paracetamol**: crianças de 3 meses-1 ano de idade: 60-120 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário; crianças de 1-6 anos de idade: 120-250 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário; crianças de 6-12 anos: 250-500 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4 doses/24 horas

» O tratamento é focado em aliviar os sintomas e reduzir a inflamação sinovial. Restrições das atividades e até um curto período de repouso podem ser empregados. Tração suave da pele, que implica 2 kg de peso aplicado sobre a pele, geralmente durante a noite, também foi usada.

» Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) podem ser dados por um curto período com as devidas precauções, como descontinuação na ocorrência de qualquer sintoma gastrointestinal. Foi mostrado que o ibuprofeno reduz a duração dos sintomas. Paracetamol pode ser usado se o paciente for incapaz de tomar AINEs.

» Aspirina deve ser evitada em virtude da preocupação com a síndrome de Reye. Usar a dose eficaz mais baixa para a duração do tratamento mais curta possível.

Recomendações

Monitoramento

A avaliação inicial pode exigir uma internação hospitalar ou permanência prolongada no pronto-socorro para garantir que o diagnóstico de artrite séptica do quadril seja descartado. Acompanhamento é recomendado por 7 a 10 dias e, se a dor persistir por esse tempo, uma avaliação adicional é necessária para descartar outros distúrbios.

Instruções ao paciente

O paciente deve ser aconselhado a repousar, não sustentar o peso no quadril afetado e evitar atividades até que a claudicação e a dor não estejam mais presentes.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
Doença de Legg-Calvé-Perthes	variável	baixa
Alguns autores indicaram uma associação entre sinovite transitória e doença de Legg-Calvé-Perthes subsequente, mas essa associação é pouco conhecida e, na melhor das hipóteses, incomum. ^[15]		

Prognóstico

A sinovite transitória geralmente tem uma evolução benigna e a recidiva é incomum.^[4] Acompanhamento rigoroso é recomendado e, se a dor piorar a qualquer momento ou persistir além de 7 a 10 dias, uma avaliação adicional é necessária para descartar outros distúrbios.^[14] As crianças que têm um episódio recorrente geralmente têm um curso benigno, embora em cerca de 10% essa possa ser a característica de apresentação de uma afecção inflamatória crônica.^[4] No acompanhamento em longo prazo, 12% a 28% dos pacientes descrevem dor no quadril após esforço físico intensivo e 0% a 18% tiveram alguma limitação na amplitude de movimentos do quadril.^[14]

Diretrizes de diagnóstico

América do Norte

ACR appropriateness criteria: acutely limping child up to age 5

Publicado por: American College of Radiology

Última publicação em:
2018

Nível de evidência

1. História de infecção do trato respiratório superior recente: há evidências de baixa qualidade de que crianças com sinovite transitória têm maior probabilidade de terem tido uma infecção do trato respiratório superior recente que crianças com fraturas em um pronto-socorro.[5]

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

Artigos principais

- Kocher MS, Zurakowski D, Kasser JR. Differentiating between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children: an evidence-based clinical prediction algorithm. *J Bone Joint Surg Am.* 1999 Dec;81(12):1662-70.
- Kermond S, Fink M, Graham K, et al. A randomized clinical trial: should the child with transient synovitis of the hip be treated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs? *Ann Emerg Med.* 2002 Sep;40(3):294-9.

Referências

1. Krul M, van der Wouden JC, Schellevis FG, et al. Acute non-traumatic hip pathology in children: incidence and presentation in family practice. *Fam Pract.* 2010 Apr;27(2):166-70. [Texto completo](#)
2. Quintos-Macasa AM, Serebro L, Menon Y. Transient synovitis of the hip in an adult. *South Med J.* 2006 Feb;99(2):184-5.
3. Vijlbrief AS, Bruijnzeels MA, van der Wouden JC, et al. Incidence and management of transient synovitis of the hip: a study in Dutch general practice. *Br J Gen Pract.* 1992 Oct;42(363):426-8. [Texto completo](#)
4. Uziel Y, Butbul-Avi Y, Barash J, et al. Recurrent transient synovitis of the hip in childhood. Long-term outcome among 39 patients. *J Rheumatol.* 2006 Apr;33(4):810-1.
5. Kastrissianakis K, Beattie TF. Transient synovitis of the hip: more evidence for a viral aetiology. *Eur J Emerg Med.* 2010 Oct;17(5):270-3.
6. McCarthy JJ, Dormans JP, Kozin SH, et al. Musculoskeletal infections in children: basic treatment principles and recent advancements. *Instr Course Lect.* 2005;54:515-28.
7. Kocher MS, Zurakowski D, Kasser JR. Differentiating between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children: an evidence-based clinical prediction algorithm. *J Bone Joint Surg Am.* 1999 Dec;81(12):1662-70.
8. Kocher MS, Mandiga R, Zurakowski D, et al. Validation of a clinical prediction rule for the differentiation between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children. *J Bone Joint Surg Am.* 2004 Aug;86-A(8):1629-35.
9. Luhmann SJ, Jones A, Schootman M, et al. Differentiation between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children with clinical prediction algorithms. *J Bone Joint Surg Am.* 2004 May;86-A(5):956-62.
10. Zamzam MM. The role of ultrasound in differentiating septic arthritis from transient synovitis of the hip in children. *J Pediatr Orthop B.* 2006 Nov;15(6):418-22.

11. Kwack KS, Cho JH, Lee JH, et al. Septic arthritis versus transient synovitis of the hip: gadolinium-enhanced MRI finding of decreased perfusion at the femoral epiphysis. *AJR Am J Roentgenol*. 2007 Aug;189(2):437-45.
12. Yang WJ, Im SA, Lim GY, et al. MR imaging of transient synovitis: differentiation from septic arthritis. *Pediatr Radiol*. 2006 Nov;36(11):1154-8.
13. Kermond S, Fink M, Graham K, et al. A randomized clinical trial: should the child with transient synovitis of the hip be treated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs? *Ann Emerg Med*. 2002 Sep;40(3):294-9.
14. Asche SS, van Rijn RM, Bessems JH, et al. What is the clinical course of transient synovitis in children: a systematic review of the literature. *Chiropr Man Therap*. 2013 Nov 14;21(1):39. [Texto completo](#)
15. Wiig O, Terjesen T, Svenningsen S. Prognostic factors and outcome of treatment in Perthes' disease: a prospective study of 368 patients with five-year follow-up. *J Bone Joint Surg Br*. 2008 Oct;90(10):1364-71.

Imagens



Figura 1: Radiografia de uma criança de 5 anos de idade com um quadril direito irritable mostrando sinais sutis no início do processo da doença, como distensão capsular, alargamento do espaço articular e diminuição da definição dos planos de tecidos moles ao redor da articulação do quadril ou leve desmineralização óssea do fêmur proximal

Do acervo de J. McCarthy

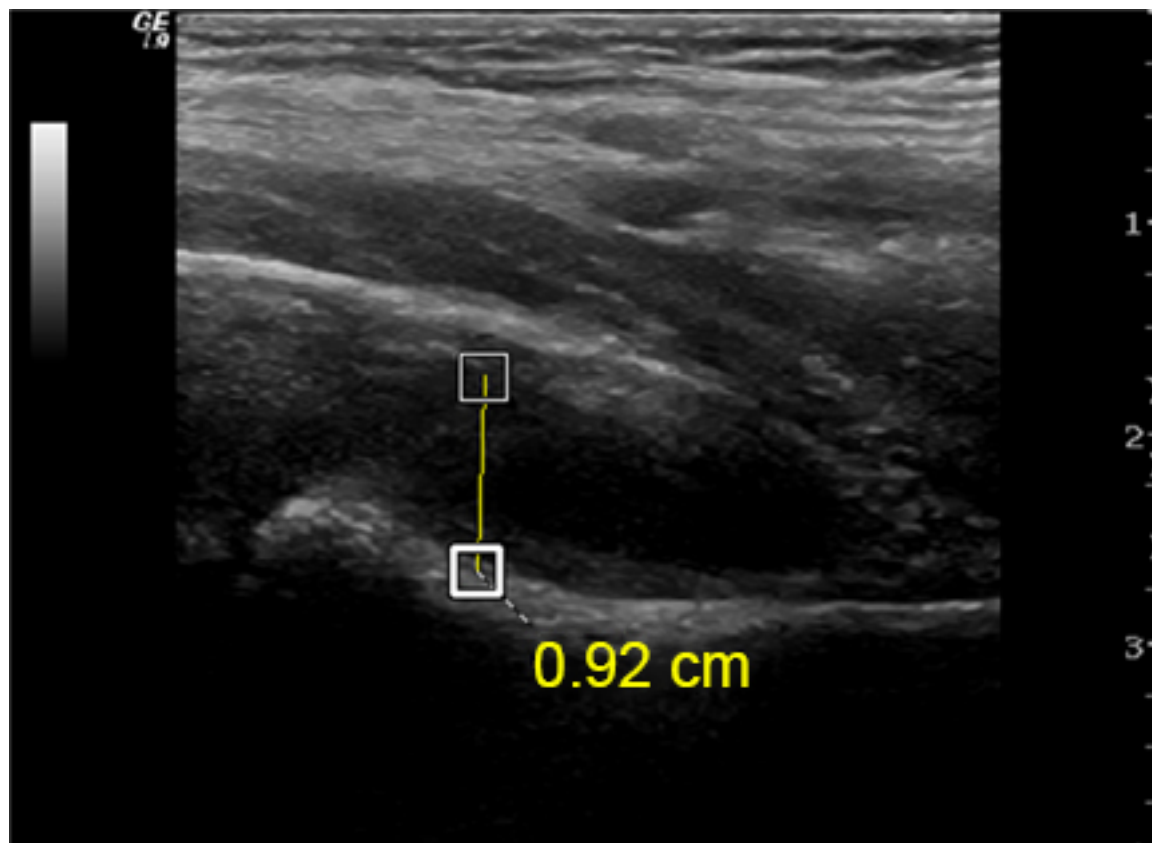


Figura 2: Ultrassonografia de um quadril documentando um derrame do quadril

Do acervo de J. McCarthy

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

James McCarthy, MD

Division Director

Department of Orthopaedic Surgery, Alvin H. Crawford Chair of Pediatric Orthopaedic Surgery, Professor, University of Cincinnati Department of Orthopaedic Surgery, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, OH

DIVULGAÇÕES: JM is a board member for the Pediatric Orthopaedic Society of North America. He has given workshops at annual teaching meetings for DePuy Synthes, received royalties from Lippincott Williams & Wilkins for editing a book, and received grant and travel money from Nuvasive.

Jaime Denning, MD

Assistant Professor

Orthopaedic Surgery, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, OH

DIVULGAÇÕES: JD declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

Norm Otsuka, MD

Assistant Chief of Staff

Shriners Hospital for Children, Los Angeles, CA

DIVULGAÇÕES: NO declares that he has no competing interests.

Michael Smith, MB, BChir, FRCS

Consultant Orthopaedic Surgeon

Department of Orthopaedics, Guy's & St Thomas' Hospital, London, UK

DIVULGAÇÕES: MS declares that he has no competing interests.

Peter Cundy, MBBS, FRACS

Head of Orthopaedic Surgery

Women's & Children's Hospital, Adelaide, Australia

DIVULGAÇÕES: PC declares that he has no competing interests.