

# BMJ Best Practice

## Dor na virilha

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# **Tabela de Conteúdos**

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	4
<b>Diagnóstico</b>	<b>6</b>
Caso clínico	6
Abordagem passo a passo do diagnóstico	6
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	12
Diagnóstico diferencial	13
<b>Tratamento</b>	<b>18</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	18
Visão geral do tratamento	19
Opções de tratamento	21
<b>Acompanhamento</b>	<b>25</b>
Recomendações	25
Complicações	25
Prognóstico	26
<b>Referências</b>	<b>29</b>
<b>Imagens</b>	<b>32</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>36</b>

## Resumo

- ♦ Uma lesão muito comum que resulta de atividade física, incluindo a prática de esportes. A lesão mais comum é a dor na virilha relacionada ao músculo adutor, ao músculo iliopsoas, ao músculo inguinal e à articulação do quadril.
- ♦ A manifestação mais comum de patologia intra-articular do quadril; porém, não é incomum dor referida de outras origens.
- ♦ Seus sinais e sintomas geralmente incluem dor relacionada a atividades, dor com movimento do quadril e marcha antálgica.
- ♦ O teste diagnóstico de primeira linha para a maioria das condições é um conjunto de radiografias padrão. Modalidades de imagem mais avançadas, como a ultrassonografia e a ressonância nuclear magnética (RNM), devem ser usadas com cautela quando houver indicação clínica.
- ♦ Estabelecer o diagnóstico correto é a primeira etapa para instituir o tratamento apropriado. O tratamento pode variar muito dependendo da entidade nosológica presente.
- ♦ Em alguns casos, como fratura por estresse, o não reconhecimento e a não obtenção de apoio cirúrgico oportuno podem causar morbidade e complicações significativas para o paciente.

## Definição

A dor na virilha é um sintoma manifesto comum para pacientes de diversas idades nas unidades básicas de saúde. Causas comuns incluem trauma e lesões por uso excessivo. Ela também pode ser causada pela dor referida de origens não musculoesqueléticas (por exemplo, urogenitais, gastrointestinais e neurológicas). Este tópico se concentra nos problemas relacionados a exercícios e atividades.

## Epidemiologia

Lesões na virilha são mais comuns em esportes como futebol, hóquei no gelo e rúgbi, mas podem ser observadas na maioria dos esportes que envolvem atividades como correr, virar e pular. Elas são responsáveis por 5% a 18% de todas as lesões esportivas.<sup>[2] [3] [4] [5]</sup>

No futebol masculino, um estudo prospectivo de sete temporadas com jogadores de elite constatou que as lesões no quadril e na virilha são responsáveis por 12% a 16% de todas as lesões.<sup>[6]</sup> No total, a incidência foi 1.1/1000 horas, com as partidas contribuindo com 3.5/1000 horas. Lesões relacionadas ao músculo adutor foram, de longe, as mais comuns, seguidas por lesões relacionadas ao músculo iliopsoas. Um estudo com jogadores de futebol da segunda divisão encontrou o mesmo padrão, com a lesão na virilha relacionada ao músculo adutor sendo a mais comum, seguida por lesões abdominais e relacionadas ao músculo iliopsoas.<sup>[7]</sup> A incidência foi menor, com 0.4 lesão/1000 horas no total.

## Etiologia

O diagnóstico diferencial de dor na virilha é muito amplo e complexo. Dor atribuída à virilha pode ser causada por uma lesão traumática em várias estruturas intra-articulares (cartilagosas, labrais, ósseas) ou tecidos extra-articulares (músculo, tendão, bursa). A dor pode ser causada por condições degenerativas comuns, como a osteoartrite, ou distorções anatômicas e mecânicas observadas em condições como o pinçamento femoroacetabular ou a displasia de quadril. Além disso, a dor referida também pode ter origem em áreas não musculoesqueléticas, incluindo o abdome, o trato geniturinário e a coluna lombar.

## Fisiopatologia

A causa das lesões por uso excessivo não é totalmente compreendida. Microlesões que causam alterações degenerativas ou inflamação crônica têm sido sugeridas. A lesão pode estar localizada no músculo, no tendão ou na êntese. As alterações observadas no osso púbico e ao redor da sínfise púbica provavelmente refletem a quantidade de estresse exercida pelo esporte ou pela atividade envolvida, embora essas alterações não sejam um sinal definitivo de patologia, e sim um sinal de uma reação de reparo.<sup>[8]</sup> Na articulação do quadril, o pinçamento femoroacetabular (PFA) pode ser causado por uma variedade de displasia, especialmente com relação ao acetábulo, e pela chamada lesão “cam”, que talvez ocorra na puberdade pelas cargas em excesso de atividades esportivas. O PFA e outros tipos de traumas ou uso excessivo podem causar lesões intra-articulares do labro, da cartilagem ou do ligamento redondo.

## Classificação

## A classificação de Doha

Em novembro de 2014, foi realizada uma reunião de consenso quanto a terminologia de lesões na virilha em atletas e os resultados foram publicados em maio de 2015.<sup>[1]</sup> Em princípio, a descrição da classificação de consenso é seguida nesta monografia.

1. Dor na virilha relacionada ao músculo adutor
2. Dor na virilha relacionada ao músculo iliopsoas
3. Dor na virilha relacionada ao músculo inguinal
4. Dor na virilha relacionada à região púbica
5. Dor na virilha relacionada ao quadril
6. Outras causas musculoesqueléticas
  - Hérnia inguinal ou femoral
  - Dor pós-hernioplastia
  - Encarceramento nervoso
  - Dor referida
  - Fratura por avulsão ou apofisite
  - Espondiloartropatias (por exemplo, espondilite anquilosante).
7. Outras causas
  - Linfadenopatia inguinal
  - Patologia intra-abdominal (por exemplo, prostatite, infecções do trato urinário, nefrolitíase, apendicite, diverticulite)
  - Condições ginecológicas
  - Tumores (por exemplo, tumores testiculares, tumores ósseos, câncer de próstata, câncer do trato urinário, cânceres do trato digestivo, tumores de tecidos moles).
8. Congênita/anatômica
  - Epifisiólise proximal do fêmur
  - Displasia do quadril
  - Pinçamento femoroacetabular.

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Um homem de 32 anos que joga futebol 2 a 3 vezes por semana apresenta dor na virilha que tem se manifestado nos últimos 3 a 4 meses. A princípio, ele ocorria somente depois de praticar o esporte, mas piorou gradativamente e agora ele não pode mais jogar. Ele tem dor quando corre e se vira, quando chuta a bola e, depois de jogar, ele sente dor por 2 ou 3 dias. Ele também sente dor quando espirra e tosse. Não há conhecimento de nenhum trauma relevante.

### Caso clínico #2

Uma mulher de 40 anos que corre de 5 a 6 quilômetros (3 a 4 milhas) 3 vezes por semana vai ao médico depois de notar um aumento da dor na virilha durante seu período de férias de 2 semanas, quando ela caminhou pelas montanhas. Desde as férias, ela sente dor depois de praticar sua corrida habitual, depois de sentar em uma cadeira funda por algum tempo e quando sobe as escadas. Às vezes, ela também tem uma leve lombalgia.

## Outras apresentações

Dor no quadril ou virilha de início agudo normalmente é acompanhada por uma história de trauma recente, lesão esportiva ou uso excessivo. A dor na virilha em atletas amadores ou de resistência que aumentaram seu nível de atividade deve ser avaliada radiograficamente para observar uma possível fratura por estresse. Pacientes com artrite séptica (mais comum na população pediátrica) apresentam dificuldade para levantar peso no membro envolvido e dor com amplitude de movimento passivo da articulação. Os sinais clínicos que acompanham a dor podem incluir febre. Dor na virilha agravada pela manobra de Valsalva pode ser devida à patologia de disco lombar ou hérnia femoral/inguinal. Em pacientes com dor mal definida ou sintomas sistêmicos como febre, náuseas e anorexia, deve-se suspeitar de patologia intra-abdominal. Dor crônica na virilha ou dor na virilha com elementos atípicos, como dor em repouso ou à noite e/ou uma história de câncer, deve ser avaliada com radiografia para descartar a malignidade.

[Fig-1]

[Fig-2]

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

A manifestação de dor na virilha em relação à atividade física pode ocasionar diversos diagnósticos bem diferentes. Prestar muita atenção à história e aos achados do exame físico pode orientar o médico na determinação do diagnóstico correto e/ou de investigações adicionais.

### História

O início da dor (aguda versus crônica), a gravidade e os elementos irradiantes, quando presentes, devem ser descritos.

Uma história de trauma, o mecanismo da lesão, os fatores agravantes e/ou atenuantes, o estado ocupacional, as atividades recreativas e os sintomas constitucionais, quando presentes, devem ser verificados.

## Exame físico

O local exato da dor (virilha, púbis, crista ilíaca, trocânter maior, coxa, nádegas, articulação sacroilíaca, abdome, coluna lombar) deve ser indicado pelo paciente sem o auxílio do examinador. Uma inspeção cuidadosa e a palpação de estruturas anatómicas pertinentes com reprodução da dor à palpação devem ser observadas.

Exame clínico rigoroso, incluindo diversos testes funcionais dos músculos, tendões e articulações relevantes, deve ser realizado, incluindo:[13] [14]

- Teste de compressão dos adutores
- Palpação e teste de Thomas modificado para o iliopsoas
- Exame do canal inguinal e do tendão associado quanto a hérnia incipiente
- Teste de pinçamento e apreensão das articulações do quadril.

O padrão da marcha deve ser observado, especificamente:

- Marcha de Trendelenburg, que resulta de falta de força no glúteo médio [Fig-3]
- Marcha com coxalgia, que ocorre quando o paciente descarrega rapidamente a perna dolorida ao levantar peso.

A amplitude de movimento passiva e ativa do quadril e do joelho ipsilateral deve ser realizada para identificar a amplitude de movimento dolorosa ou limitada, e comparada com o lado contralateral.

O exame físico do abdome, da coluna lombar ou do sistema geniturinário deve ser realizado a critério do examinador quando houver suspeita de dor de outras áreas referida no quadril.

## Fratura por estresse

Pacientes podem ter uma história que gera suspeita de lesão por uso excessivo (por exemplo, em um atleta de resistência ou recruta militar).

As radiografias padrão talvez não mostrem fraturas. Os pacientes deverão fazer uma ressonância nuclear magnética (RNM) se houver uma alta suspeita clínica mesmo se nenhuma fratura estiver visível nas radiografias simples.

## Lesão dos tecidos moles

Em princípio, a classificação de consenso Doha de lesões na virilha em atletas é seguida nesta monografia.[1]

Dor na virilha relacionada ao músculo adutor

- História de sobrecarga de atividades atléticas ou lesão traumática.
- Exame físico caracterizado por dor à palpação e dor ao realizar a adução com resistência do quadril.



- Geralmente um diagnóstico clínico, embora a ultrassonografia ou RNM possa ser útil para mostrar a lesão no tendão ou na êntese.

#### Dor na virilha relacionada ao músculo iliopsoas

- História de sobrecarga de atividades atléticas ou lesão traumática.
- Exame físico caracterizado por dor à palpação da parte inferior e do tendão do iliopsoas.
- Geralmente um diagnóstico clínico; a ultrassonografia ou RNM pode ser útil para mostrar o alargamento do tendão.

#### Dor na virilha relacionada ao músculo inguinal (também conhecida como hérnia incipiente, hérnia esportiva ou pubalgia atlética)

- Causada por um enfraquecimento da parede inguinal posterior.
- A dor normalmente pode ser reproduzida com palpação do tendão associado ao tubérculo púbico, na abertura externa do anel inguinal ou à realização de flexões oblíquas.
- A ultrassonografia costuma ser útil para demonstrar a parede posterior dos tecidos moles; a RNM pode ser usada para descartar outras condições com manifestações semelhantes.

#### Bursite

- Normalmente, uma lesão crônica por sobrecarga em atletas amadores ou profissionais.
- Pontos de sensibilidade à palpação no trocânter maior observados com bursite trocantérica.
- A bursite do iliopsoas não é muito comum e não pode ser diagnosticada clinicamente por causa do envelope de tecidos moles ao redor; pode demonstrar dor com flexão ativa do quadril e piorar com resistência.
- Geralmente, não é um diagnóstico clínico; ultrassonografia ou RNM é o exame definitivo.

#### Osteíte púbica

- Diagnóstico especulativo que descreve as alterações observadas no osso púbico e ao redor da sínfise púbica com radiografia e RNM. Normalmente observada em jogadores de futebol. Essas alterações provavelmente refletem a quantidade de estresse imposta pelo esporte. Elas não são um sinal definitivo de patologia, mas sim um sinal de uma reação de reparo.
- Normalmente, concomitante com a dor relacionada ao músculo adutor, e manifesta-se com dor relacionada a atividades na parte inferior do abdome e na região da virilha (unilateral ou bilateral).
- Pode ser difícil diferenciar da lesão adutora, e as 2 entidades podem existir ao mesmo tempo.
- Radiografias simples podem mostrar um alargamento da sínfise, superfícies articulares irregulares e/ou esclerose.
- A RNM mostra edema da medula. Um estudo demonstrou que edema de medula óssea, como demonstrado pela RNM, ao redor da sínfise púbica no osso púbico, é quase tão comum em jogadores de futebol sem sintomas de dor na virilha (31%) quanto em jogadores de futebol que sofrem com dor na virilha de longa duração (51%).<sup>[8]</sup> Edema de medula óssea não é diagnóstico de lesão na virilha.

#### Rupturas labrais

- Rupturas labrais degenerativas observadas em 93% das amostras cadavéricas.<sup>[15]</sup>
- Associadas a atividades de giro ou torção, como balé, futebol americano ou futebol.
- Podem manifestar-se com sintomas mecânicos de travamento ou fisgada.



- Dor geralmente reproduzível em exame físico com exame de pinçamento anterior (flexão do quadril, adução e rotação interna - testes FADIR).
- As radiografias simples demonstram a anormalidade óssea subjacente (por exemplo, displasia, pinçamento femoroacetabular) na maioria dos casos.
- O artrograma por RNM é o exame não invasivo mais sensível disponível para identificar rupturas labrais.[16]

Injeções intra-articulares diagnósticas com um anestésico e/ou corticosteroide podem ser úteis ao tentar determinar a etiologia da dor como sendo intra-articular (ruptura labral, lesão condral) ou extra-articular (tendinite/bursite, muscular, intra-abdominal, lombar).

## Fatores de risco

### Fortes

#### lesão prévia da virilha

- Existem evidências dos campos de futebol e de hóquei no gelo de que a lesão prévia da virilha aumenta em 2.5 a 7 vezes o risco de lesão na virilha.[9]

#### sexo feminino

- Diversos estudos militares de recrutas durante o treinamento básico mostraram que mulheres que realizam as mesmas atividades físicas que os homens têm uma incidência de 2 a 10 vezes maior de fraturas por estresse.[10] [11]  
[Fig-1]
- As mulheres com fraturas por estresse devem ser examinadas quanto a irregularidades menstruais e transtornos alimentares, que normalmente estão associados. Mulheres com uma história de menstruação irregular têm incidência até 3.3 vezes maior de fratura por estresse que mulheres com menstruação regular. Nas mulheres com fatores hormonais e nutricionais alterados, o risco dessas fraturas por fadiga parece ser maior.[12]
- Sexo não foi identificado como um fator de risco para lesão por distensão na virilha.[9]

#### histórico de treinamento

- Níveis reduzidos de treinamento específico do esporte pré-temporada foram identificados como um fator de risco claro para a lesão por distensão na virilha na US National Hockey League.[9]

### Fracos

#### idade e experiência com esportes

- A idade e a experiência com esportes podem ser um fator de risco para lesão na virilha, embora as evidências sejam conflitantes.[9]

#### sobrepeso

- Aumento do índice de massa corporal foi identificado como um fator de risco para lesão na virilha em jogadores de rúgbi.[9]

**redução da amplitude de movimento do quadril**

- A redução da abdução do quadril pode ser um fator de risco para lesão por distensão na virilha, embora as evidências sejam conflitantes.[9]

**força muscular**

- A razão da força isométrica adutora/abdutora pode ser um fator de risco para lesão por distensão na virilha em hóquei no gelo, embora não existam evidências de que a força adutora isométrica máxima seja um fator de risco.[9]

## Anamnese e exame físico

**Principais fatores de diagnóstico****presença de fatores de risco (comum)**

- Os principais fatores de risco incluem uma lesão prévia da virilha, sexo feminino e histórico de treinamento.

**dor aguda relacionada a trauma (comum)**

- Pode incluir lesões ósseas e dos tecidos moles.

**história de lesões esportivas ou por uso excessivo (comum)**

- O mecanismo da lesão, se for conhecido, o nível de atividade física e/ou alterações recentes no programa de treinamento devem ser identificados. Distensões musculares e tendinite ocorrem com frequência.
- Mais comum em atletas de resistência ou recrutas militares.

[Fig-1]

**teste de pinçamento anterior positivo (teste FADIR) (comum)**

- Teste de provocação inespecífico para elicitar a dor com flexão máxima, adução e rotação interna (FADIR) do quadril. Pode ser um sinal de patologia intra-articular, mas também de vários problemas extra-articulares.

**dor em adução contra resistência (flexão neutra do quadril) (comum)**

- Dor na parte proximal dos adutores (com mais frequência na inserção do osso púbico) ao realizar a adução contra resistência. Mais bem observada em uma posição supina com as pernas retas e rotação neutra.[14]

**dor à palpação dos tendões do músculo adutor (comum)**

- A palpação dos tendões do músculo adutor e sua inserção no osso púbico (a êntese) podem produzir dor nas lesões traumáticas. Caso contrário, é a êntese (especialmente do adutor longo e, às vezes, do músculo grácil) que será dolorosa.[14]

**dor à palpação do músculo iliopsoas (comum)**

- A palpação do músculo iliopsoas pela parte inferior do abdome e/ou pelo triângulo entre o músculo sartório, a artéria femoral e o ligamento inguinal pode produzir dor.[14]

## Outros fatores de diagnóstico

### teste de dor com amplitude de movimento passiva da articulação do quadril (comum)

- Dor na virilha, especialmente com flexão máxima e rotação interna máxima, pode indicar patologia intra-articular ou do músculo iliopsoas.

### quadril em ressalto/fisgada (incomum)

- Pode ser reproduzido pelo paciente.
- Geralmente indolor e associado a uma estrutura extra-articular, como a banda iliotibial ou o tendão do músculo iliopsoas.
- Se associado a dor ou sintomas mecânicos (isto é, travamento ou fisgada), a ultrassonografia dinâmica poderá mostrar a estrutura em ressalto em tempo real. As imagens obtidas com artrografia por ressonância nuclear magnética (RNM) podem ser úteis para avaliar estruturas intra-articulares.

### teste de Trendelenburg positivo (incomum)

- Impossibilidade de manter a pelve nivelada na fase de apoio sobre o membro envolvido por causa da inibição da musculatura abduzora da articulação do quadril relacionada à patologia musculoesquelética do quadril.<sup>[17]</sup>

[Fig-3]

### teste de apreensão positivo (incomum)

- Teste de provocação de dor inespecífico indicativo de um problema intra-articular. A perna é estendida na lateral da mesa em abdução e, então, é rotacionada externamente.

### teste de Thomas modificado positivo (incomum)

- O paciente senta-se na extremidade da mesa de exame e rola para trás até uma posição supina, segurando um joelho no tórax enquanto o outro está suspenso e apoiado pelo examinador na extremidade da mesa. O paciente segura o joelho próximo ao tórax o suficiente para evitar a inclinação posterior em excesso (lordose lombar retificada). O examinador abaixa a perna livre lentamente. O teste é usado para registrar se os flexores do quadril e, em especial, o músculo iliopsoas estão tensionados na posição supina (positivo se o fêmur estiver acima da posição horizontal da mesa [psoas] e/ou o joelho estender-se [reto femoral e psoas]), e para registrar se, ao esticar os mesmos músculos, há uma reação dolorosa e reproduz-se a dor conhecida.<sup>[14]</sup>

### dor à palpação do canal inguinal (incomum)

- Produzida pelo escroto, de preferência na posição ortostática. O orifício externo e o canal inguinal são explorados quanto a dor. Qualquer abaulamento com uma manobra de Valsalva também deve ser observado.

### dor à palpação do tendão associado no tubérculo púbico (incomum)

- A palpação dos tendões associados (foice inguinal) dos músculos oblíquos no tubérculo púbico pode produzir dor.

### redução da força e aumento da dor ao flexionar o quadril contra resistência (90°) (incomum)

- Testa a força e a dor funcional do músculo iliopsoas com o quadril flexionado a 90° e o paciente na posição virada para cima.

**dor noturna/dor em repouso (incomum)**

- Dor atípica observada tradicionalmente em pacientes com o processo infeccioso ou maligno.  
[Fig-2]

Pode também sinalizar osteoartrite em estágio terminal.

## Exames diagnóstico

### Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<b>radiografias simples (com incidência anteroposterior [AP] da pelve, AP e lateral do quadril)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo de imagem de primeira linha.</li> <li>• Devem ser realizadas após a avaliação inicial para a maioria das manifestações agudas e crônicas da dor no quadril.</li> </ul>	<b>sinais de pinçamento femoroacetabular (PFA) ou displasia, incluindo o pinçamento e a lesão “cam”; morfologia óssea anormal; também mostra fratura; luxação, estreitamento degenerativo do espaço da articulação, alterações artríticas, lesões ósseas líticas ou destrutivas</b>

### Exames a serem considerados

Exame	Resultado
<b>ultrassonografia do quadril</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exame em tempo real, que permite combinar imagens com movimento, palpação e sensibilidade. Muito útil com injeções terapêuticas ou diagnósticas.</li> </ul>	<b>lesões dos tecidos moles e outras alterações, inflamação (com Doppler), bursite, tendinopatia, entesopatia, tendão em ressalto, derrame articular do quadril, patologia no canal inguinal ou ao redor dele</b>
<b>ressonância nuclear magnética (RNM) do quadril</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo de primeira escolha para diagnosticar ou excluir fraturas por estresse, osteomielite ou osteonecrose em estágio inicial. A sensibilidade registrada dessa modalidade tem variado muito (47% a 91%).<a href="#">[16]</a> <a href="#">[18]</a></li> <li>• A correlação clínica é fundamental.</li> <li>• A patologia labral pode ser um achado incidental. <a href="#">[Fig-1]</a></li> </ul> <a href="#">[Fig-4]</a>	<b>lesões dos tecidos moles, anormalidades ósseas incluindo malignidade, e fratura por estresse</b>

Exame	Resultado
<b>artrografia por RNM do quadril</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>É o exame não invasivo mais sensível disponível para identificar rupturas labrais.[16]</li> </ul>	<b>patologia intra-articular incluindo patologia labral, cartilaginosa e do ligamento redondo</b>
<b>tomografia computadorizada (TC) do quadril</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estudo de primeira escolha para demonstrar a anatomia óssea da pelve e do fêmur proximal nos casos de fratura, luxação ou lesão óssea. [Fig-2]</li> </ul>	<b>fraturas, luxação ou lesões ósseas infiltrantes</b>
<b>cintilografia óssea com isótopo do quadril</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medida sensível mas inespecífica da atividade metabólica anormal durante os processos infecciosos, inflamatórios, malignos ou de reparo.</li> <li>Em alguns casos, pode ser usada como uma alternativa para RNM ou TC, caso estas sejam contraindicadas ou não estejam disponíveis.</li> </ul>	<b>aumento da captação do isótopo no caso de aumento da captação metabólica, refletindo diversas entidades</b>
<b>injeção intra-articular de corticosteroide ± agente anestésico local</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Essa tentativa terapêutica aliviará somente as lesões intra-articulares.</li> <li>Deve ser realizada apenas com orientação imagiológica por cirurgiões ortopédicos ou radiologistas treinados.</li> </ul>	<b>alívio subjetivo da dor</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Displasia do quadril</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Causada pela perda intrauterina do contato entre a cabeça do fêmur e o acetábulo em desenvolvimento do feto.</li> <li>Pode variar de casos leves e assintomáticos a displasia grave com uma luxação de quadril congênita.</li> <li>A displasia moderada a grave pode predispor a osteoartrite precoce, ruptura labral ou pinçamento, e manifesta-se com achados secundários a 1 ou mais dessas condições.</li> <li>Pacientes com luxação congênita terão encurtamento da perna comprometida e redução da amplitude de movimento do quadril.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Um acetábulo raso e mais na vertical é observado nas radiografias simples.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Encarceramento nervoso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causa rara de dor na virilha.</li> <li>• A neuropatia do obturador pode resultar em dor na virilha induzida por exercícios, que melhora com repouso. Poderá haver fraqueza muscular adutora perceptível no exame motor se os sintomas do paciente estiverem presentes, e redução da sensibilidade ao longo da coxa medial.</li> <li>• O encarceramento nervoso cutâneo femoral lateral ou "meralgia parestésica" normalmente causa uma sensação de dormência e/ou queimação ao longo da coxa anterolateral. Não existe nenhuma fraqueza motora associada a essa condição.</li> <li>• A compressão do nervo ilioinguinal pode causar dor na virilha ou região genital. Costuma ser observada em pacientes com uma história de cirurgia abdominal prévia ou músculos abdominais hipertróficos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O diagnóstico de encarceramento do nervo obturador pode ser confirmado por uma eletromiografia (EMG) que mostra alterações de denervação crônica ao longo do grupo muscular afetado.</li> <li>• O diagnóstico de encarceramento do nervo ilioinguinal ou cutâneo femoral lateral pode ser feito com infiltração local do anestésico lidocaína, que deve aliviar os sintomas em minutos.</li> </ul>
<b>Espondilite anquilosante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A espondiloartropatia normalmente é observada em homens jovens a homens de meia idade.</li> <li>• O comprometimento da articulação do quadril é comum, geralmente bilateral.</li> <li>• Os sintomas (rigidez, dor) são piores pela manhã e melhoram no decorrer do dia.</li> <li>• As articulações sacroilíacas e lombares também são afetadas com frequência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As radiografias simples do quadril e da pelve podem demonstrar irregularidades das articulações sacroilíacas com possíveis alterações erosivas e escleróticas.</li> <li>• A coluna lombar pode revelar sindesmófitos em ponte de diversas vértebras, ocasionando a clássica aparência de "coluna em bambu".</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Artrite reumatoide</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doença inflamatória sistêmica com comprometimento de várias articulações.</li> <li>Embora tradicionalmente associada às pequenas articulações das mãos e dos pés, o comprometimento da articulação do quadril também costuma ser observado.</li> <li>Comprometimento monoarticular da articulação do quadril como um sintoma manifesto em um paciente reumatoide não diagnosticado, embora raro, pode ser confundido com artrite séptica por causa do processo inflamatório acentuado e sinovite da articulação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiografias simples podem demonstrar graus variados de estreitamento concêntrico do espaço articular, cistos e erosões periarticulares. Diferentemente do que acontece na osteoartrite, alterações escleróticas e nos osteófitos não costumam estar presentes.</li> <li>Testes sorológicos definitivos, como o fator reumatoide ou anticorpos antiptéideo citrulinado (ACPA), são positivos em aproximadamente 70% dos pacientes.<sup>[19]</sup></li> </ul>
<b>Osteoartrite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observada normalmente em pacientes &gt;50 anos. Manifesta-se com dor relacionada a atividades; nos casos avançados, pode haver um componente de dor em repouso ou noturna. Amplitude de movimento limitada com dor nos extremos (especialmente flexão e rotação interna). A contratura de flexão do quadril pode estar presente. Sinal positivo de Stinchfield e/ou Trendelenburg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiografias simples com incidência anteroposterior (AP) da pelve, AP e lateral do quadril ou em posição de rã podem demonstrar estreitamento do espaço articular, alterações escleróticas e/ou císticas e formação de osteófitos.</li> </ul>



Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Osteonecrose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História de trauma recente (fratura do colo do fêmur, luxação do quadril) ou presença de fatores de risco (consumo em excesso de bebidas alcoólicas, uso crônico de corticosteroides). Bilateral em até 50% dos casos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As radiografias simples talvez não mostrem nada digno de nota no estágio inicial da doença. Os estágios posteriores são caracterizados por colapso subcondral com a formação de um "sinal crescente".</li> <li>A ressonância nuclear magnética (RNM) é o exame definitivo nessas circunstâncias e pode demonstrar edema ósseo; alterações de revascularização são observadas no início do processo da doença.</li> </ul>
<b>Patologia do disco lombar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Causa rara de dor na virilha. Hérnia de disco lombar superior (L1 ou L2) pode causar dor referida na área da virilha.</li> <li>A dor normalmente piora com manobras de Valsalva (por exemplo, espirros ou forçar a perna para baixo). Dorsalgia e dor nas nádegas podem estar presentes.</li> <li>O exame físico do quadril não mostra nada digno de nota. O exame motor pode demonstrar fraqueza do flexor do quadril. A sensibilidade pode ser reduzida subjetivamente com uma distribuição de dermatomo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As radiografias simples da coluna lombar podem demonstrar uma doença de disco degenerativa das vértebras lombares superiores.</li> <li>A RNM da coluna lombar deve ser feita para excluir a hérnia de disco ou o pinçamento com estreitamento foraminal na raiz nervosa lombar correspondente.</li> </ul>
<b>Artrite séptica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação aguda. A articulação geralmente é quente, edemaciada e sensível à palpação, com movimento restrito e dor intensa ao levantar peso. Febre pode estar presente. Mais comum em articulações com uma prótese. A posição de repouso de flexão, abdução e rotação externa do quadril pode ser adotada para aliviar a dor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O hemograma completo com diferencial mostra contagem elevada de leucócitos. As hemoculturas podem ser positivas. Velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C-reativa elevadas. Coloração de Gram do líquido sinovial e contagem de leucócitos positivas.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Osteomielite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normalmente uma manifestação crônica ou com agudização de doença crônica, com queixas de dor vagas. Pode ter dor noturna ou em repouso. Os sintomas constitucionais (febres, calafrios, mal-estar) costumam estar presentes. Um exame físico do quadril talvez não mostre nada digno de nota caso o processo infeccioso comprometa a pele.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma completo com diferencial pode mostrar contagem elevada de leucócitos. As hemoculturas podem ser positivas. VHS e proteína C-reativa podem ser elevadas.</li> <li>• As radiografias simples podem mostrar alterações condizentes com osteomielite crônica em alguns casos. A RNM tem maior sensibilidade e especificidade: até 98% e 89%, respectivamente.[20]</li> </ul>
<b>Malignidade óssea ou metástases</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normalmente resulta em dor intensa, que costuma piorar à noite.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A tomografia computadorizada (TC)/RNM pode revelar a lesão metastática. [Fig-2]</li> </ul>
<b>Deformidade congênita ou anatômica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A dor na virilha pode ser causada por condições degenerativas comuns, como a osteoartrite, ou distorções anatômicas e mecânicas observadas em condições como o pinçamento femoroacetabular ou a displasia de quadril.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achados radiográficos sugestivos de deformidade congênita ou anatômica. Pacientes com achados radiográficos que sugerem uma deformidade congênita ou anatômica devem ser encaminhados a um cirurgião ortopédico para avaliação e recomendações de tratamento.</li> </ul>
<b>Síndromes de dor referida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podem ser referidas na virilha, mas originárias de regiões não musculoesqueléticas, inclusive o trato gastrointestinal (por exemplo, apendicite, diverticulose, doença inflamatória intestinal), trato geniturinário (por exemplo, infecção do trato urinário [ITU], prostatite, nefrolitíase) e neurorradicular (por exemplo, articulações sacroilíacas, patologia do disco lombar).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os exames dependem da origem da dor.</li> </ul>

## Abordagem passo a passo do tratamento

O tratamento é orientado de acordo com a provável condição subjacente.

### Fratura por estresse

As fraturas por estresse podem ser tratadas de modo não cirúrgico se forem consideradas estáveis, mas talvez precisem de um tratamento cirúrgico caso sejam instáveis.

Fratura por estresse do colo do fêmur superior (lado da tensão):

- Deve ser identificada e tratada imediatamente com fixação interna para evitar complicações de progressão e deslocamento da fratura, incluindo a não consolidação, consolidação viciosa e artrite pós-traumática.

Fraturas por estresse do colo do fêmur inferior (lado da compressão):

- Diferentes das fraturas do lado da tensão, estas fraturas são mecanicamente estáveis e podem ser tratadas de modo não cirúrgico, com taxas de cicatrização excelentes nos pacientes que aderem ao tratamento.
- A base do tratamento bem-sucedido é a suspensão imediata de atividades de alto impacto e levantamento de peso com proteção (bengala ou muletas) por 6 a 8 semanas.
- Deve-se realizar exames de imagem de acompanhamento para garantir a cura adequada.

### Lesão traumática ou por uso atlético em excesso e radiografias simples negativas

Manejo inicial

- O manejo inicial apropriado inclui repouso, modificação de atividades, gelo ou calor, uso cauteloso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e levantamento de peso com proteção (bengala ou muletas).
- Fisioterapia com retomada gradativa das atividades deve ser iniciada assim que os sintomas desaparecerem, geralmente de 4 a 6 semanas após o início do tratamento.
- É muito importante concentrar-se na estrutura específica (normalmente o músculo/tendão) que é lesionada com exercícios específicos, mas o equilíbrio delicado que existe ao redor da pelve e envolve o equilíbrio, a coordenação e a força, também deve ser restaurado antes da retomada de atividades esportivas.

Falha do manejo conservador inicial

- Primeiro, deve-se garantir a adesão terapêutica do paciente às medidas conservadoras.
- Em seguida, estudos de imagem mais avançados (geralmente ultrassonografia ou ressonância nuclear magnética [RNM]) são considerados.
- O encaminhamento para um cirurgião ortopedista deve ser considerado.

Manejo específico para tipos de lesões traumáticas/por uso excessivo

1. Dor de longa duração na virilha, relacionada ao músculo adutor

- Um programa de terapia com exercícios específicos que visam melhorar a força e a coordenação dos músculos que agem na pelve é bem melhor que um programa de fisioterapia convencional.[21]
- Tenotomia do adutor longo pode ser realizada em casos de dor crônica e debilitante na virilha devido a uma lesão do adutor que não melhorou depois de 6 meses de tratamento não cirúrgico.[22]

## 2. Osteíte púbica

- Algumas publicações relatam que existe uma condição autolimitada na qual os sintomas demoram 1 ano ou mais para remitir.[23]
- Isso provavelmente seja um reflexo de outras entidades e, na maioria dos casos, deve ser tratado ao longo das linhas da dor na virilha relacionada ao músculo adutor.

## 3. Dor na virilha relacionada ao músculo inguinal (também conhecida como hérnia incipiente, hérnia esportiva ou pubalgia atlética)

- Não existem evidências para o tratamento dessa lesão. No entanto, um grande número de tratamentos cirúrgicos é descrito na literatura, todos com resultados bons, mas não controlados.
- Um tratamento inicial ao longo das linhas da dor na virilha relacionada ao músculo adutor, mas com foco específico nos músculos abdominais e na firmeza dos músculos estabilizadores do tronco é sugerido por pelo menos 8 a 10 semanas antes de se considerar cirurgia.

## 4. Dor na virilha relacionada ao músculo iliopsoas

- Não existem evidências para o tratamento dessa lesão.
- Recomenda-se que o músculo iliopsoas seja fortalecido de modo isométrico, excêntrico e concêntrico. O alongamento será necessário se o músculo estiver tensionado. Se for muito doloroso fazer a terapia com exercícios, injeções de corticosteroide orientadas por ultrassonografia poderão ser úteis para diminuir a dor e permitir a continuidade dos exercícios.
- Os exercícios específicos devem ser acompanhados por um programa de estabilização pélvica.

## 5. Rupturas labrais

- Se uma ruptura labral for diagnosticada com a angiografia por ressonância magnética (ARM)/RNM e for sintomática, a cirurgia artroscópica da articulação do quadril com desbridamento ou refixação labral deverá ser considerada.
- A patologia de pinçamento femoroacetabular concomitante do fêmur e/ou acetábulo deve ser corrigida ao mesmo tempo.[24]

# Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

## Agudo

( resumo )

### fratura por estresse do colo do fêmur

...

Agudo ( resumo )		
■ fratura por estresse do colo do fêmur superior (lado da tensão)	1a	fixação interna imediata
■ fratura por estresse do colo do fêmur inferior (lado da compressão)	1a	suspensão das atividades de alto impacto e levantamento de peso com proteção por 6 a 8 semanas
lesão traumática ou por uso excessivo: apresentação inicial		
	1a	manejo conservador
	adjunto	anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

Em curso ( resumo )		
lesão traumática ou por uso excessivo: não respondendo ao tratamento inicial		
	1a	estudos de imagem avançados ± encaminhamento ortopédico
■ dor de longa duração na virilha, relacionada ao músculo adutor	mais	fisioterapia funcional e fortalecimento
	adjunto	tenotomia do adutor longo
■ osteíte púbica	mais	fisioterapia
■ dor na virilha relacionada ao músculo inguinal	mais	fisioterapia funcional e fortalecimento
	adjunto	exploração cirúrgica e reparo
■ dor na virilha relacionada ao músculo iliopsoas	mais	exercícios de fortalecimento + programa de coordenação dos músculos pélvicos
■ rupturas labrais	mais	cirurgia artroscópica

## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Agudo

#### fratura por estresse do colo do fêmur

##### ■ fratura por estresse do colo do fêmur superior (lado da tensão)

1a

##### fixação interna imediata

» As fraturas do colo do fêmur superior (lado da tensão) devem ser identificadas e tratadas imediatamente com uma fixação interna para evitar complicações de propagação e deslocamento da fratura, incluindo a osteonecrose, não consolidação, consolidação viciosa e artrite pós-traumática.

» Felizmente, o deslocamento de uma fratura por estresse do colo do fêmur é raro quando há reconhecimento precoce. Entre as fraturas por estresse com deslocamento, as taxas registradas de osteonecrose estão entre 24% e 33%.<sup>[25] [26]</sup>

##### ■ fratura por estresse do colo do fêmur inferior (lado da compressão)

1a

##### suspensão das atividades de alto impacto e levantamento de peso com proteção por 6 a 8 semanas

» As fraturas por estresse do colo do fêmur inferior são mecanicamente estáveis e podem ser tratadas de modo não cirúrgico, com taxas de cura excelentes nos pacientes que aderem ao tratamento.

» A base do tratamento bem-sucedido é a suspensão imediata de atividades de alto impacto e levantamento de peso com proteção (usando uma bengala ou muletas) por 6 a 8 semanas.

» Deve-se realizar exames de imagem de acompanhamento para garantir a cura adequada.

#### lesão traumática ou por uso excessivo: apresentação inicial

1a

##### manejo conservador

» O manejo inicial apropriado inclui repouso, modificação de atividades, gelo ou calor e levantamento de peso com proteção (usando uma bengala ou muletas).

» Fisioterapia com retomada gradativa das atividades deve ser iniciada assim que os

## Agudo

sintomas desaparecerem, geralmente de 4 a 6 semanas após o início do tratamento.

» É muito importante concentrar-se na estrutura específica (normalmente o músculo/tendão) que é lesionada com exercícios específicos, mas o equilíbrio delicado que existe ao redor da pelve e envolve o equilíbrio, a coordenação e a força, também deve ser restaurado antes da retomada de atividades esportivas.

### adjunto anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **diclofenaco potássico**: 100-150 mg/dia por via oral (liberação imediata) administrados em doses fracionadas a cada 8-12 horas quando necessário

OU

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

OU

» **naproxeno**: 250-500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

» AINEs podem ser usados com cautela para aliviar a dor.

## Em curso

**lesão traumática ou por uso excessivo: não respondendo ao tratamento inicial**

**lesão traumática ou por uso excessivo: não respondendo ao tratamento inicial**

1a

**estudos de imagem avançados ± encaminhamento ortopédico**

» Nos pacientes que não respondem ao manejo conservador inicial, a ultrassonografia ou estudos de imagem por ressonância nuclear magnética (RNM) são úteis para chegar a um diagnóstico mais definitivo.

» Em alguns casos, pode ser necessário o encaminhamento para um cirurgião ortopédico.



## Em curso

■ <b>dor de longa duração na virilha, relacionada ao músculo adutor</b>	<b>mais</b>	» Em todos os casos, deve-se verificar a adesão terapêutica do paciente com o manejo conservador inicial.
		<b>fisioterapia funcional e fortalecimento</b>
		Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado
		» Para os pacientes com dor de longa duração na virilha relacionada ao músculo adutor, um programa de terapia com exercícios específicos que visam melhorar a força e a coordenação dos músculos que agem na pelve é bem melhor que um programa de fisioterapia convencional. Em um ensaio clínico randomizado e prospectivo, 79% dos pacientes envolvidos em um programa de treinamento com atividades esportivas por 8 a 12 semanas voltaram ao nível prévio de atividade sem dor residual, em comparação com 14% dos pacientes no grupo de terapia convencional.[21]
		» A suspensão dos exercícios/atividades esportivas agravantes é a base do tratamento.[4]
	<b>adjunto</b>	<b>tenotomia do adutor longo</b>
		Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado
		» A tenotomia do adutor longo pode ser realizada nos casos de dor crônica e debilitante na virilha devida a uma lesão do adutor que não melhorou depois de 6 meses de tratamento não cirúrgico, mas deve ser usada com muita cautela.[22]
		» É possível obter bons resultados em longo prazo, com 75% dos pacientes retomando suas atividades esportivas anteriores após 3 a 4 meses da cirurgia. Cerca de um terço dos pacientes pode realizar as atividades em um nível reduzido. Comumente observa-se uma diminuição na força muscular, mas isso não parece influenciar a participação em esportes.[27]
■ <b>osteíte púbica</b>	<b>mais</b>	<b>fisioterapia</b>
		Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado
		» A osteíte púbica provavelmente seja um reflexo de outras entidades e, na maioria dos casos, deva ser tratada ao longo das linhas da dor na virilha relacionada ao músculo adutor.
■ <b>dor na virilha relacionada ao músculo inguinal</b>	<b>mais</b>	<b>fisioterapia funcional e fortalecimento</b>
		Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

## Em curso

■ **dor na virilha relacionada ao músculo iliopsoas****adjunto**

» Terapia com objetivo de melhorar a força e a coordenação dos músculos pélvicos e, particularmente, abdominais deve ser iniciada e mantida por pelo menos 8 a 10 semanas antes de se considerar cirurgia.

**exploração cirúrgica e reparo**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Pacientes que não respondem à fisioterapia talvez devam ser submetidos a um reparo cirúrgico.

**mais****exercícios de fortalecimento + programa de coordenação dos músculos pélvicos**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Deve-se experimentar os exercícios para fortalecer o músculo iliopsoas, sobretudo se o músculo estiver tensionado.

» Se for muito doloroso fazer a terapia com exercícios, injeções de corticosteroide orientadas por ultrassonografia poderão ser úteis para diminuir a dor e permitir a continuidade dos exercícios.

» Um programa de coordenação dos músculos pélvicos deve acompanhar a terapia com exercícios.

■ **rupturas labrais****mais****cirurgia artroscópica**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Cirurgia artroscópica da articulação do quadril com desbridamento ou refixação labral.

## Recomendações

### Monitoramento

Acompanhamento apropriado para a maioria das condições descritas envolve uma observação clínica por meio da resolução dos sintomas.

Antes e depois do tratamento, o paciente deve ser avaliado com um escore de desfecho baseado no paciente para monitorar o efeito do tratamento. O Copenhagen Hip And Groin Outcome Score (HAGOS) foi desenvolvido e validado para essa finalidade, e é recomendado.<sup>[29]</sup>

### Instruções ao paciente

Pacientes que desenvolvem síndromes recorrentes de uso excessivo devem ser aconselhados a fazer alongamento e aquecimento adequados antes dos exercícios. Além disso, o alongamento apropriado dos grupos de músculos estabilizadores do tronco (por exemplo, abdominais, do assoalho pélvico e lombar) e a manutenção do condicionamento dos grupos musculares agonistas-antagonistas devem ser enfatizados (por exemplo, adutores e abdutores do quadril, adutores do quadril e abdominais). Repouso apropriado e reabilitação dessas lesões como uma intervenção de primeira linha após a manifestação aguda são importantes para evitar uma possível recorrência.

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>sepse</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>Complicação de um tratamento cirúrgico protelado de uma artrite séptica.</p> <p>O tratamento deve consistir em hemoculturas, antibióticos empíricos por via intravenosa, monitoramento da estabilidade hemodinâmica e desbridamento cirúrgico imediato.</p>		
<b>artrite pós-traumática</b>	<b>longo prazo</b>	<b>alta</b>
<p>Complicação de fraturas decorrentes de estresse do colo do fêmur deslocado que exige redução aberta e fixação interna.</p> <p>A maioria dos pacientes desenvolverá osteoartrite de gravidade variável se acompanhados em longo prazo.<sup>[11]</sup></p> <p>Os pacientes são aconselhados a perder peso, modificar as atividades e usar um aparelho de auxílio (por exemplo, bengala ou muleta na mão contralateral).</p> <p>Os pacientes devem ser encaminhados para uma avaliação cirúrgica ortopédica para uma possível artroplastia da articulação ou injeção intra-articular.</p>		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>discrepância do comprimento da perna</b>	<b>longo prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>Complicação resultante de possíveis sequelas em longo prazo da artrite séptica do quadril em crianças, que inclui a destruição da articulação, luxação e fechamento epifisário prematuro.</p> <p>O risco de evoluir para essas complicações tardias resulta do atraso do tratamento.</p> <p>É apropriado fazer o encaminhamento para um cirurgião ortopédico pediátrico para avaliação e possível procedimento de correção do comprimento da perna.</p>		
<b>consolidação tardia ou não consolidação</b>	<b>variável</b>	<b>média</b>
<p>Complicação de fraturas decorrentes de estresse do colo do fêmur deslocado que exige redução aberta e fixação interna. Cerca de um terço dos pacientes desenvolverá uma consolidação tardia ou não consolidação.<sup>[11]</sup></p> <p>Os pacientes são aconselhados a usar um aparelho de auxílio (por exemplo, bengala ou muleta na mão contralateral) e devem ser encaminhados para um cirurgião ortopédico para possível tratamento cirúrgico.</p>		
<b>osteonecrose</b>	<b>variável</b>	<b>média</b>
<p>Complicação de fraturas decorrentes de estresse do colo do fêmur deslocado que exige redução aberta e fixação interna.</p> <p>Entre os pacientes com fraturas do colo do fêmur deslocado, cerca de um terço desenvolverá uma osteonecrose da cabeça do fêmur, geralmente 1 a 5 anos após a cirurgia.<sup>[11]</sup></p> <p>Os pacientes devem ser encaminhados para avaliação cirúrgica ortopédica para um possível procedimento de resgate da articulação ou artroplastia total da articulação.</p>		

## Prognóstico

### Dor de longa duração na virilha, relacionada ao músculo adutor

O efeito benéfico em curto prazo observado com um programa de terapia com exercícios específicos que visam melhorar a força e a coordenação dos músculos que agem na pelve mostrou ser extremamente eficaz em um estudo.<sup>[21]</sup> Um estudo de acompanhamento mostrou que os efeitos duraram por mais de 10 anos.<sup>[28]</sup>

Algumas condições, como as fraturas por estresse do colo do fêmur no lado da tensão, exigem um reconhecimento imediato e tratamento cirúrgico adequado para evitar complicações e morbidade.

### Fraturas por estresse do colo do fêmur

As fraturas por estresse do colo do fêmur medial (lado da compressão) são inerentemente estáveis e têm um prognóstico excelente de cura com medidas conservadoras.

Seus equivalentes laterais (lado da tensão) são fraturas possivelmente instáveis com aumento do risco de deslocamento, causando morbidade significativa. No entanto, o tratamento cirúrgico imediato com fixação interna diminui drasticamente o risco de deslocamento, com morbidade mínima relacionada ao tratamento.

O prognóstico em longo prazo após a identificação precoce e o tratamento apropriado dessas lesões é extremamente favorável. O risco de recorrência de uma fratura por estresse do colo do fêmur é baixo, contanto que o paciente siga o plano de tratamento e respeite suas restrições.



## Artigos principais

- Hölmich P. Adductor-related groin pain in athletes. *Sports Med Arthrosc.* 1997;5:285-291.
- Hölmich P, Uhrskou P, Ulnits L, et al. Effectiveness of active physical training as treatment for long-standing adductor-related groin pain in athletes: randomized trial. *Lancet.* 1999;353:439-443.
- Thorborg K, Hölmich P, Christensen R, et al. The Copenhagen Hip and Groin Outcome Score (HAGOS): development and validation according to the COSMIN checklist. *Br J Sports Med.* 2011;45:478-491.

## Referências

1. Weir A, Brukner P, Delahunt E, et al. Doha agreement meeting on terminology and definitions in groin pain in athletes. *Br J Sports Med.* 2015;49:768-774. [Texto completo](#)
2. Karlsson J, Sward L, Kalebo P, et al. Chronic groin injuries in athletes: recommendations for treatment and rehabilitation. *Sports Med.* 1994;17:141-148.
3. Renstrom P, Peterson L. Groin injuries in athletes. *Br J Sports Med.* 1980;14:30-36.
4. Hölmich P. Adductor-related groin pain in athletes. *Sports Med Arthrosc.* 1997;5:285-291.
5. Robertson BA, Barker PJ, Fahrner M, et al. The anatomy of the pubic region revisited: implications for the pathogenesis and clinical management of chronic groin pain in athletes. *Sports Med.* 2009;39:225-234.
6. Werner J1, Häggglund M, Waldén M, et al. UEFA injury study: a prospective study of hip and groin injuries in professional football over seven consecutive seasons. *Br J Sports Med.* 2009;43:1036-1040.
7. Hölmich P1, Thorborg K, Dehlendorff C, et al. Incidence and clinical presentation of groin injuries in sub-elite male soccer. *Br J Sports Med.* 2014;48:1245-1250.
8. Branci S, Thorborg K, Bech BH, et al. MRI findings in soccer players with long-standing adductor-related groin pain and asymptomatic controls. *Br J Sports Med.* 2015;49:681-691.
9. Hölmich P, Maffey L, Emery C. Preventing groin injuries. In: Bahr ED, Engebretsen L, eds. *Sports injury prevention (Olympic handbook of sports medicine)*. Lausanne, Switzerland: IOC Medical Commission; 2009:81-117.
10. Benseck CK, Kish RN. Lower extremity disorders among men and women in Army basic training and effects of two types of boots. (Technical report Natick TR-83/026). Natick, MA: US Army Natick Research and Development Laboratories; 1983.
11. Brudvig TJ, Gudger TD, Obermeyer L. Stress fractures in 295 trainees: a one year study of incidence as related to age, sex, and race. *Mil Med.* 1983;148:666-667.



12. Hershman E, Maily T. Stress fractures. Clin Sports Med. 1990;9:183-214.
13. Leunig M, Beck M, Dora C, et al. Femoroacetabular impingement: trigger for the development of coxarthrosis [in German]. Orthopäde. 2006;35:77-84.
14. Hölmich P, Hölmich LR, Bjerg AM. Clinical examination of athletes with groin pain: an intraobserver and interobserver reliability study. Br J Sports Med. 2004;38:446-451. [Texto completo](#)
15. McCarthy JC, Noble PC, Schuck MR. Acetabular and labral pathology. In: Early McCarthy JC (ed). Hip disorders: advances in detection and minimally invasive treatment. New York, NY: Springer-Verlag; 2003:113-134.
16. Czerny C, Hofmann S, Urban M, et al. Lesions of the acetabular labrum: accuracy of MR imaging and MR arthrography in detection and staging. Radiology. 1996;200:225-230.
17. Trendelenburg F. Trendelenburg's test: Friedrich Trendelenburg, 1844-1924. In: Rang M, ed. Anthology of orthopaedics. Edinburgh: E&S Livingstone Ltd; 1966:139-143.
18. Keeney JA, Peelle MW, Jackson J, et al. Magnetic resonance arthrography versus arthroscopy in evaluation of articular hip pathology. Clin Orthop Relat Res. 2004;429:163-169.
19. Bas S, Perneger TV, Seitz M, et al. Diagnostic tests for rheumatoid arthritis: comparison of anti-cyclic citrullinated peptide antibodies, anti-keratin antibodies and IgM rheumatoid factors. Rheumatology (Oxford). 2002;41:809-814. [Texto completo](#)
20. Huang AB, Schweitzer ME, Hume E, et al. Osteomyelitis of the pelvis/hips in paralyzed patients: accuracy and clinical utility of MRI. J Comput Assist Tomogr. 1998;22:437-443.
21. Hölmich P, Uhrskou P, Ulnits L, et al. Effectiveness of active physical training as treatment for long-standing adductor-related groin pain in athletes: randomized trial. Lancet. 1999;353:439-443.
22. Schilders E, Dimitrakopoulou A, Cooke M, et al. Effectiveness of a selective partial adductor release for chronic adductor-related groin pain in professional athletes. Am J Sports Med. 2013;41:603-607.
23. Westlin N. Groin pain in athletes from Southern Sweden. Sports Med Arthrosc. 1997;5:280-284.
24. Banerjee P, McLean CR. Femoroacetabular impingement: a review of diagnosis and management. Curr Rev Musculoskelet Med. 2011;4:23-32. [Texto completo](#)
25. Pihlajamäki HK, Ruohola JP, Kiuru MJ, et al. Displaced femoral neck fatigue fractures in military recruits. J Bone Joint Surg. 2006;88:1989-1997.
26. Lee CH, Huang GS, Chao KH, et al. Surgical treatment of displaced stress fracture of the femoral neck in military recruits: a report of 42 cases. Arch Orthop Trauma Surg. 2003;123:527-533.
27. Akermark C, Johansson C. Tenotomy of the adductor longus tendon in the treatment of chronic groin pain in athletes. Am J Sports Med. 1992;20:640-643.

28. Hölmich P, Nyvold P, Larsen K. Continued significant effect of physical training as treatment for overuse injury: 8- to 12-year outcome of a randomized clinical trial. *Am J Sports Med.* 2011;39:2447-2451.
29. Thorborg K, Hölmich P, Christensen R, et al. The Copenhagen Hip and Groin Outcome Score (HAGOS): development and validation according to the COSMIN checklist. *Br J Sports Med.* 2011;45:478-491.

## Imagens

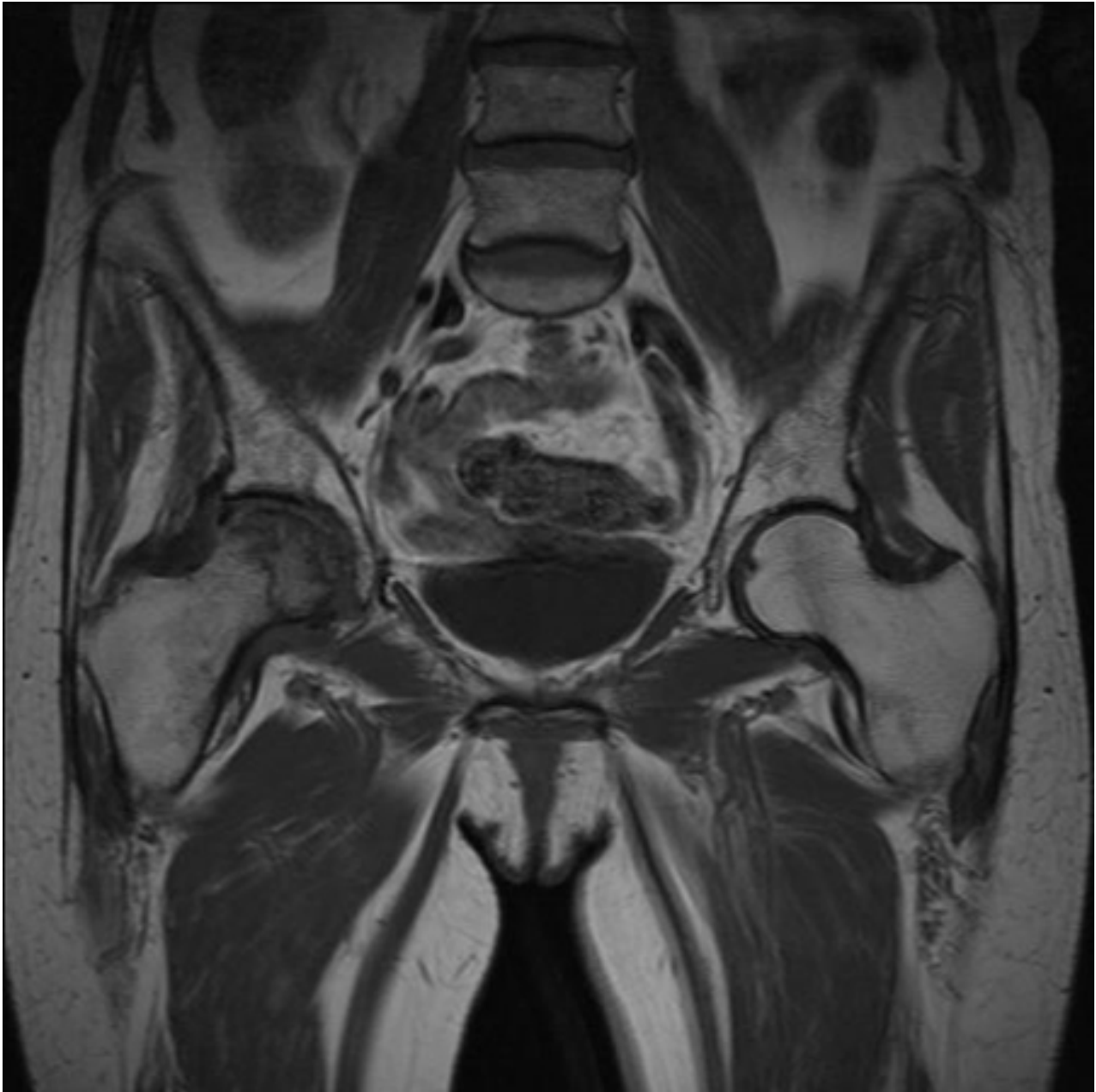


*Figura 1: Ressonância nuclear magnética (RNM) demonstrando fratura por estresse na parte inferior do colo do fêmur direito (compressão lateral)*

*Do acervo de Cedric J. Ortiguera, MD*







*Figura 4: Osteonecrose da cabeça do fêmur direito observada na ressonância nuclear magnética (RNM)*

*Do acervo de Cedric J. Ortiguera, MD*

## 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](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **Per Hölmich, MD, DMSc**

---

Professor of Orthopedic Surgery and Chief Surgeon  
Sports Orthopedic Research Center – Copenhagen (SORC-C), Arthroscopy Centre Hvidovre, Department  
of Orthopedics, Amager & Hvidovre Hospital, University of Copenhagen, Denmark

DIVULGAÇÕES: PH is an author of a number of references cited in this monograph. PH declares that he  
has no other competing interests.

### // Reconhecimentos:

Dr Per Hölmich would like to gratefully acknowledge Dr Cedric J Ortiguera and Dr Juan M Raposo, the  
previous contributors to this monograph. CJO and JMR declare that they have no competing interests.

### // Colegas revisores:

#### **Carlos Guanche, MD**

---

Specialist in Arthroscopy of the Shoulder, Hip, and Knee; Traditional and Reverse Shoulder Replacement;  
and Sports Medicine

Southern California Orthopedic Institute, Van Nuys, CA

DIVULGAÇÕES: CG declares that he has no competing interests.