

ALTERAÇÕES FUNCIONAIS EM PACIENTES COM SÍNDROME DO IMPACTO FEMOROACETABULAR E COMPARAÇÃO ENTRE MEMBRO SINTOMÁTICO E ASSINTOMÁTICO

Beatriz de Lima Silva¹; Giovanna Sant'Ana da Rocha²; Vera Lúcia dos Santos Alves³

1. Estudante do curso de Fisioterapia; e-mail: beatriz-lima991@hotmail.com
2. Estudante do curso de Fisioterapia; e-mail: ggiovannasantana@gmail.com
3. Professor da Universidade de Mogi das Cruzes; e-mail: fisioterapiasc@uol.com.br

Área de conhecimento: **Ciências da Saúde.**

Palavras-chave: Impacto femoroacetabular; articulação do quadril; estudo observacional.

INTRODUÇÃO

A síndrome do impacto femoroacetabular (SIFA) é conhecida como uma causa comum de dor no quadril, ela é definida como um contato anormal entre a extremidade proximal do fêmur e acetábulo durante movimento do quadril devido deformidades ósseas no fêmur ou acetábulo, com maior prevalência em jovens ativos. Os padrões de lesão classificam a SIFA em três tipos: Cam (deformidade no fêmur), Pincer (deformidade acetabular) e Misto (dupla deformidade). As diversas compensações geradas no membro inferior por esta anormalidade levam a limitações físicas e funcionais, porém o entendimento sobre as características da história natural dessas condições ainda é limitado e dificulta a prescrição de tratamento (MAGALHÃES et al, 2010). Sendo assim, uma avaliação realizada com ferramentas confiáveis e já validadas na literatura pode gerar dados quantitativos, que aperfeiçoem e direcionem a reabilitação.

OBJETIVO

Determinar as principais alterações funcionais dos pacientes com SIFA e realizar comparação entre membro sintomático e assintomático.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, observacional, com a análise de prontuários de 45 pacientes, acompanhados por uma clínica ortopédica particular da cidade de São Paulo. Os dados coletados estavam em arquivo de janeiro de 2012 a abril de 2017, e os pacientes cujo prontuário preenchesse os critérios de inclusão assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o CAAE: 63881917.8.0000.5479. Foram incluídos os prontuários com informações de pacientes com idade entre 18 e 55 anos, ambos os sexos, com o diagnóstico comprovado de SIFA unilateral, sendo excluídos os prontuários onde foi identificada osteoartrose de quadril (lesão condral difusa de espessura completa), submetidos à cirurgia prévia de membros inferiores e em uso contínuo de analgésicos opióides no momento da realização dos testes funcionais. Os dados clínicos obtidos por meio dos prontuários foram: amplitude de movimento (ADM) de rotação medial (RM) e rotação lateral (RL) do quadril obtidas com um goniômetro universal por meio da técnica padrão, intensidade da dor obtida pela escala visual analógica de dor (EVA), valores de força muscular de quadril e joelho realizada com um dinamômetro manual, para os grupos: extensores, flexores, abdutores, adutores, rotadores mediais e rotadores laterais do quadril e extensores e flexores do joelho,

questionário de qualidade de vida por meio do questionário *International Hip Outcome Tool 33* (iHOT33) e radiografia digital anteroposterior (AP) da bacia em ortostatismo, para medida do ângulo alfa que expressa de forma quantitativa da deformidade femoral e do índice de retroversão acetabular (IRA) que expressa de forma quantitativa o sinal do cruzamento. O valor de p adotado como significativo foi de 0,05.

RESULTADOS

Dos 45 prontuários, 28 (62,2%) eram do sexo feminino. Os valores em média foram: idade em anos de 39,02 ($\pm 8,03$), peso em quilogramas de 69,63 ($\pm 14,52$), altura em centímetros de 168,89 ($\pm 9,86$) e índice de massa corpórea (IMC) de 24,16 ($\pm 3,21$), sendo sedentários 16 (35,6%) e 29 (64,4%) ativos. A duração dos sintomas nos pacientes em meses foi de 28,64 ($\pm 31,91$), sendo a pontuação média do EVA de 5,67 ($\pm 2,55$) e do iHOT-33 de 39,93 ($\pm 21,20$). Os locais mais comuns de dor foram sinal do C (48,9%), dor inguinal (37,8%) e dor trocântérica (13,3%). O valor médio da amplitude de RM no quadril sintomático foi de 20,56° ($\pm 12,39^\circ$) e no quadril assintomático de 27,22° ($\pm 12,59^\circ$) com $p < 0,001$. Quanto à RL os valores foram de 40,89° ($\pm 8,2^\circ$) e 44,67° ($\pm 5,7^\circ$) com $p = 0,003$. Na análise de força muscular encontrou-se diferença significativa nos adutores do quadril ($p = 0,040$) e flexores do joelho ($p = 0,007$). Os demais grupos não apresentaram diferença significativa. Quanto à análise radiográfica a positividade do sinal do cruzamento para membro sintomático foi de 68,9% e para assintomático foi de 55,6% ($p = 0,030$) e para o IRA os valores foram de 0,15 ($\pm 0,11$) e 0,11 ($\pm 0,11$), com $p = 0,009$. Na comparação dos demais sinais radiográficos não houve diferença significativa ao estabelecer comparação entre membros.

DISCUSSÃO

A busca pelas alterações radiográficas observadas na SIFA pode mudar paradigmas e ampliar as possibilidades terapêuticas. Este estudo observou e comparou dados de 45 prontuários para analisar essas interferências e acurar o tratamento. Foram encontradas diferenças significativas da ADM de RM do quadril na comparação entre grupo controle com indivíduos com SIFA e morfologia Cam e Pincer (AUDENAERT et al, 2012). A perda da ADM de rotação medial do quadril é um elemento de risco para desenvolvimento de lesão intra-articular, uma diferença acima de 7° entre os quadris pode ser um indicador de lesão futura (TAK et al, 2017). Além da redução da ADM de RM também houve em nosso estudo redução significativa da ADM de RL do quadril. A inibição neuromuscular do quadril é comum em pacientes com SIFA. Os músculos estabilizadores profundos do quadril devido sua proximidade com o tecido lesionado podem sofrer mais, isso gera sobrecarga no quadril e em todo o membro inferior (RETCHEFORD et al, 2013). Um estudo que avaliou força muscular isométrica entre pacientes com SIFA comparado a um grupo controle obteve diferença significativa na força muscular dos grupos adutores, abdutores, flexores e rotadores laterais de quadril no grupo sintomático (CASARTELLI et al, 2011). Observamos redução da força muscular nos grupos adutores de quadril e flexores de joelho ao comparar os membros, porém clinicamente a diferença foi pequena. Para avaliar a esfericidade femoral e sinais de retroversão acetabular, utilizamos a radiografia AP da bacia com carga. Na literatura não há muitos achados sobre como avaliar sinais de Pincer, por esse motivo, além dos métodos comuns, neste trabalho utilizou-se o índice de retroversão acetabular, pois informa quantitativamente sobre a situação da hipercobertura focal e pode ser preditor de prognóstico em pacientes sintomáticos (DIAZ-LEDEZMA et al, 2013). A avaliação de variáveis radiográficas associadas à progressão da SIFA, concluiu que há evidência moderada que o aumento do ângulo alfa esteja associado a evolução da doença e que marcadores adicionais não influenciariam (WRIGHT et al, 2015). Sugere-se que outros fatores influenciem o surgimento de sintomas além da alteração femoral, pois neste trabalho não houve diferença

significante ao comparar os quadris sintomático e assintomático, apesar dos valores do ângulo alfa terem sido altos em ambos. Nosso estudo apontou que o IMC alto dos pacientes possuía relação com a diminuição da RM do quadril, o que indica que a SIFA pode ser agravada em pacientes com sobrepeso. Um estudo concluiu que valores de IMC $\geq 25/m^2$ influenciam um desfecho clínico negativo após tratamento cirúrgico para SIFA (KOCKARA et al, 2017). Após avaliarem pacientes com SIFA e aplicar questionário padronizado, observou, assim como em nosso estudo, que o tempo médio de espera do início dos sintomas até o diagnóstico é longo (KAHLENBERG et al, 2014). Isso aponta a importância de se buscar uma avaliação e diagnóstico apropriados para os pacientes, que muitas vezes podem ser expostos a tratamentos medicamentosos de longo prazo e intervenções errôneas na esperança de aliviar a dor, trazendo riscos à saúde e progressão da doença. A principal contribuição deste estudo foi identificar possíveis fatores relacionados à presença de dor e limitação de RM de quadril em pacientes com SIFA. Outros focos sobre avaliação podem criar novas oportunidades de tratamento e acompanhamento desses pacientes.

CONCLUSÃO

Na comparação entre quadril sintomático e assintomático, encontramos as seguintes alterações funcionais: redução de RM e RL de quadril, redução de força muscular de adutores de quadril e flexores de joelho, positividade do sinal do cruzamento e aumento do IRA. A principal alteração funcional foi a redução de RM do quadril.

REFERÊNCIAS

AUDENAERT EA, PEETERS I, VIGNERON L, BAELE N, PATTYN C. Hip morphological characteristics and range of internal rotation in femoroacetabular impingement. *Am J Sports Med.* 2012; 40(6):1329-36.

CASARTELLI NC, MAFFIULETTI NA, ITEM-GLATTHORN JF, STAEHLI S, BIZZINI M, IMPELLIZZERI FM, LEUNIG M. Hip muscle weakness in patients with symptomatic femoroacetabular impingement. *Osteoarthritis and Cartilage.* 2011;(19):816-821.

DIAZ-LEDEZMA C, NOVACK T, MARIN-PEÑA O, PARVIZI J. The relevance of the radiological signs of acetabular retroversion among patients with femoroacetabular impingement. *Bone Joint J.* 2013; 95(7):893- 9.

KAHLENBERG CA, HAN B, PATEL RM, DESHMANE PP, TERRY MA. Time and Cost of Diagnosis for Symptomatic Femoroacetabular Impingement. *Orthop J Sports Med.* 2014;(3):01-07.

KOCKARA N, SOFU H, ISSIN A, ÇAMURCU Y, BURSALI A. Predictors of the clinical outcome and survival without degenerative arthritis after surgical treatment of femoroacetabular impingement. *Journal of Orthopaedic Science.* 2017;(23):117-121.

MAGALHÃES E, FUKUDA TY, SACRAMENTO SN, FORGAS A, COHEN M, ABDALLA RJ. A comparison of hip strength between sedentary females with and without patellofemoral pain syndrome. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2010; 40(10):641-647.

RETCHFORD TH, CROSSLEY KM, GRIMALDI A, KEMP JL, COWAN SM. Can local muscles augment stability in the hip? A narrative literature review. *J Musculoskelet Neuronal Interact.* 2013; 13(1):1-12.

TAK I, ENGELAAR L, GOUTTEBARGE V, BARENDRECHT M, HEUVEL SV, KERKHOFFS G, LANGHOUT R, STUBBE J, WEIR A. Is lower hip range of motion a risk factor for groin pain in athletes? A systematic review with clinical applications. *Br J Sports Med.* 2017;(51):1611–1621.

WRIGHT AA, NAZE GS, KAVCHAK AE, PAUL D, KENISON B, HEGEDUS EJ. Radiological variables associated with progression of femoroacetabular impingement of the hip: A systematic review. *Journal of science and medicine in Sport.* 2015; (18): 122–127.