

**Gabriela Virmond Farah**

Fisioterapeuta

Graduada em fisioterapia pela Uniquairacá (Guarapuava)

Especialista em Acupuntura (Futura)

Especialista em fisioterapia em dor na ATM e dor orofacial

Pós-graduanda em dermatofuncional e cosmetologia avançada - Inspirar

**Luiz Fernando Virmond Farah**

Médico

Universidade Federal do Paraná - Curitiba

Mestrado em Promoção de Saúde pelo

Centro Universitário Guairacá - Uniquairacá - Guarapuava

**Talita do Vale Bastos**

Médica

Graduação em Medicina na Universidade Estácio de Sá

Residência Médica em área Cirúrgica Básica no

Hospital Municipal Miguel Couto - Rio de Janeiro

## RESUMO

A articulação do quadril é formada entre o fêmur e o acetábulo, sendo do tipo enartrose, muito resistente e estável, responsável por uma ampla gama de movimentos e servindo para sustentar o peso do corpo. A tendinopatia do glúteo médio e mínimo faz parte de um grupo de patologias que integra a síndrome dolorosa do trocânter maior (SDGT), sendo conhecida como a principal fonte de dor na região lateral do quadril. Essa doença é mais frequente em mulheres com idade entre 40 anos. Acredita-se que tal prevalência no sexo feminino se dá por conta de alguns dos fatores que acarretam essa patologia, como por exemplo a morfologia da pelve, um maior deslocamento trocantérico, inserção menor do glúteo médio no fêmur (o que acarreta uma desvantagem mecânica) e exercícios de alto impacto. Os sintomas costumam se agravar em situações do dia a dia como a permanência de longos períodos sentados, ao subir escadas, cruzar as pernas, ao executar atividades com alto impacto, ao deitar do lado acometido e também ao sair do carro. O tratamento conservador é uma das alternativas não invasivas para o paciente com o quadro, e é aqui que entra a fisioterapia, tendo como principal objetivo reduzir o quadro álgico e melhorar a qualidade de vida desse paciente. O objetivo deste estudo é relatar uma proposta de tratamento para essa patologia, com base em uma revisão da literatura.

**Palavras-chave:** Tendinopatia glútea; Quadril; Tratamento conservador; Fisioterapia

## **INTRODUÇÃO**

A articulação do quadril é formada entre o fêmur e o acetábulo, sendo do tipo enartrose, muito resistente e estável, e responsável por uma ampla gama de movimentos, servindo para sustentar o peso do corpo. Tem como principais funções a sustentação de peso e a locomoção, sendo uma das mais importantes articulações do organismo. O quadril é composto por músculos e ligamentos estabilizadores, importantes para a estabilização do nosso corpo.

A tendinopatia do glúteo médio e mínimo faz parte de um grupo de patologias que integra a síndrome dolorosa do trocânter maior (SDGT), conhecida como a principal fonte de dor na região lateral do quadril. Essa doença é mais frequente em mulheres com idade próxima dos 40 anos (FREITAS; et al; 2020). Sua causa é multifatorial, e acredita-se que essa maior incidência no sexo feminino se dá por alguns fatores, como a morfologia da pelve, um maior deslocamento trocântérico, uma inserção menor do glúteo médio no fêmur (o que acarreta uma desvantagem mecânica), além de exercícios de alto impacto. O diagnóstico da tendinopatia glútea é feito com a coleta da anamnese, a palpação da região e aplicação de alguns testes clínicos específicos para essa região do quadril, tais como: Teste de Patrick Fabere, Ober, Thomas, Ely, e o sinal de Trendelenburg (SILVA, 2019).

Na literatura recente tem-se referido que o manejo clínico para a tendinopatia glútea precisa incluir aspectos de gerenciamento de carga e educação, carga mecânica progressiva, tratamentos de cadeia cinética e um retorno de forma gradual das atividades físicas (COOK, JILL, 2018).

A fisioterapia entra como aliada para reduzir drasticamente o quadro algico e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com essa doença.

Esse estudo tem como objetivo realizar uma revisão descritiva de literatura a fim de relatar algumas propostas de tratamento para esse tipo de patologia.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo é do tipo revisão. Como referencial bibliográfico empregou-se o apoio teórico essencialmente de artigos acadêmicos publicados em plataformas de busca on-line (Google Acadêmico). Utilizaram-se 8 artigos na elaboração deste resumo, sendo selecionados artigos dos anos de 2014 a 2020, de forma inespecífica e incluídos neste estudo aqueles os quais abordavam a temática em questão, sendo que as palavras-chave para a busca foram: “Tendinopatia Glútea”, “ Quadril”, “Fisioterapia”, “Tendinopatia”, “Proposta de tratamento”, etc. A grande maioria dos artigos achados foram na língua inglesa

## DESENVOLVIMENTO

O impacto da tendinopatia glútea pode ser substancial, visto que a dor experimentada, muitas vezes, cria distúrbios significativos do sono, interfere em tarefas comuns diárias de sustentação de peso, como por exemplo na caminhada, resultando em redução nos níveis de atividade física e, dessa forma, gerando implicações negativas para a saúde geral, bem como na qualidade de vida (BARRATT; BROOKES; NEWSON, 2017).

Várias formas de tratamentos têm sido propostas para o manejo da tendinopatia, porém dentro do tratamento conservador, o exercício terapêutico vem sendo muito utilizado como a principal abordagem utilizada pela fisioterapia (CLIFFORD et al., 2019; GANDERTON et al., 2018; TYLER; FUKUNAGA; GELLERT, 2014).

Em literaturas recentes, tem-se referido que o manejo clínico para a tendinopatia glútea precisa incluir aspectos de gerenciamento de carga e educação, carga mecânica progressiva, tratamentos de cadeia cinética e um retorno de forma gradual nas atividades físicas (COOK, JILL, 2018). Algumas literaturas sugerem a inclusão de exercícios abdominais e membros inferiores pois aumentam a atividade muscular do quadril (AMBEGAONKAR, et al; 2014).

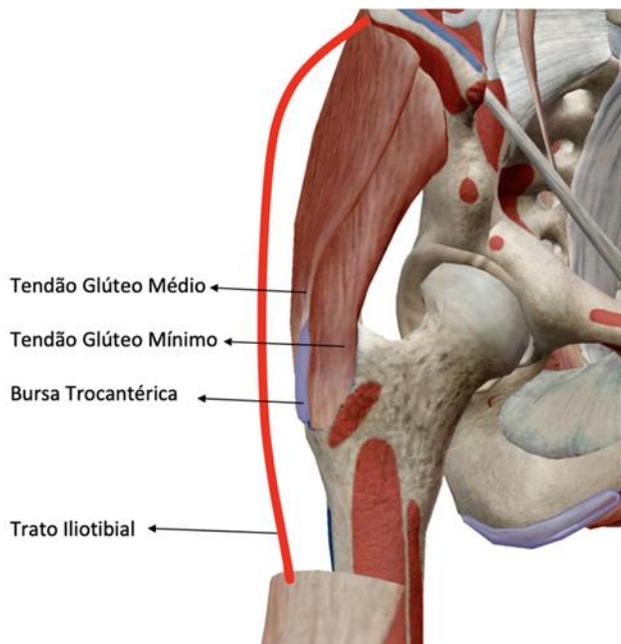
Entretanto, é preciso realizar uma excelente anamnese com o paciente, realizar os testes irritativos para a região do quadril, são eles: Teste de Patrick Fabere (Paciente em decúbito dorsal deverá flexionar o joelho, posicionando o pé no membro oposto, o terapeuta promove-se uma força sobre o joelho para verificar se apresenta dor). Ober (Executa-se com o indivíduo em decúbito lateral. A perna que está acometida é estendida e o terapeuta abduz ligeiramente, estabilizando a pelve e com a outra mão segura-se o tornozelo. O teste é considerado positivo quando a perna abduzida é solta e ela permanece abduzida). Thomas (Paciente em decúbito dorsal, ambos os quadris necessitam estar fletidos. Pede-se que ele estenda o quadril, mantendo o outro em flexão. Positivo, se o indivíduo não conseguir estender o quadril). Ely (Paciente em decúbito ventral, o terapeuta realiza uma flexão passiva do joelho, o teste é considerado positivo quando se percebe uma elevação da pelve ao fazer a flexão). Sinal de Trendelenburg (É realizado com o paciente em posição ortostática, o examinador se posiciona atrás do paciente e palpa a crista ilíaca, é solicitado a pessoa que flexione um dos joelhos, mantendo o quadril contralateral estendido. Esse teste é positivo quando a pelve do lado contralateral permanecer na mesma posição ou se abaixar). (SILVA, 2019). Uma ótima avaliação, nestes casos, poderá gerar um excelente resultado.

As propostas dos exercícios iniciais, de acordo com os estudos de MELLOR, et. al, incluem os exercícios de abdução isométrica de leve carga em supino, abdução isométrica lateral, abdução isométrica em pé, ponte, agachamento e deslocamento lateral, ponte unilateral, agachamento unilateral e deslizamento lateral com resistência.

Alguns exercícios terapêuticos a serem aplicados são o exercício ostra

(pedir para ser realizado movimento de rotação lateral), exercício de flexo-extensão com a bola suíça, exercícios de subir e descer do step, elevação da perna com thera band, exercícios de equilíbrio, além do fortalecimento de Core, pois aumenta a atividade muscular do quadril em exercícios de abdução e extensão do quadril (CHAN, et al 2017).

Outras medidas incluem atividades de elevação lateral da perna com mini band, SLR, afundo, prancha. Todos os exercícios devem se basear em 3 séries de 10 repetições. No final desses exercícios, é pertinente colocar atividades para o paciente realizar em casa, como o pular corda.



Imagens retiradas no Google imagens.  
<https://drjoaorodolfo.com.br/category/tendinopatia-glutea/>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conformidade com o que diz a literatura, o tratamento conservador tem êxito na promoção de hábitos que previnem ou mesmo retardam a evolução da Tendinopatia do Glúteo médio e mínimo. Entretanto, existe carência no que diz respeito à atenção, em especial à prevenção da tendinopatia glútea. Embora haja divulgação e estudos científicos no tema, existem poucos grupos voltados para a prática de exercícios, para o tratamento e/ou educação em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. AMBEGAONKAR, J. P. et al. Relationships between core endurance, hip strength, and balance in collegiate female athletes. *International journal of sports physical therapy*, v. 9, n. 5, p. 604–16, 2014.
2. BARRATT, P. A.; BROOKES, N.; NEWSON, A. Conservative treatments for greater trochanteric pain syndrome: A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, v. 51, n. 2, p. 97–104, 2017. 5, n. 1, p. 1–9, 2019.
3. CLIFFORD, C. et al. Isometric versus isotonic exercise for greater trochanteric pain syndrome: A randomised controlled pilot study. *BMJ Open Sport and Exercise Medicine*, v.
4. COOK, JILL, L. Ten treatments to avoid in patients with lower limb tendon pain. *British Journal of Sports Medicine.*, 2018.
5. MELLOR, R. et al. Exercise and load modification versus corticosteroid injection versus “wait and see” for persistent gluteus medius/minimus tendinopathy (the LEAP trial): A protocol for a randomised clinical trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, v. 17, n. 1, 2016.
6. FREITAS, A; R,M,T; M,O. Proposta Terapêutica de Tratamento para as Tendinopatias Glúteas: Ensaio Clínico Controlado Randomizado. Iniciação Científica, Brasília 2020
7. SILVA, E, N, O. Avaliação e manejo fitoterapêutico da Síndrome Da Dor Trocanterica Maior: Revisão Integrativa. Trabalho de Conclusão de Curso, Santa Cruz, 2019
8. NETTER, Frank H. Atlas de Anatomia Humana. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
9. LOPES, F, A, R; et.al. Manual Ilustrado do exame ortopédico. Joinville, SC: Univille, 2021