

Bursite iliopectínea: relato de caso

Eduardo Amaral Gomes¹, Leonardo Mourão Cerqueira²

RESUMO

A bursite iliopectínea, embora não tenha muitos relatos na literatura, apresenta-se clinicamente com sinais e sintomas frequentemente encontrados nos ambulatórios e consultórios. Sua clínica é de dor na parte anterior do quadril que piora à extensão, abdução e rotação interna do mesmo. O diagnóstico é confirmado pelo ultrassom ou ressonância nuclear magnética do quadril. A bursite iliopectínea responde bem ao tratamento conservador com anti-inflamatório não hormonal e repouso. Devido a esta boa evolução, não raro, pode-se tratar uma bursite iliopectínea com sucesso sem se saber o que está tratando.

Palavras-chave: bursa, bursite iliopectínea, ressonância magnética.

INTRODUÇÃO

A bursa iliopectínea é a maior do organismo. Está situada sobre a eminência iliopectínea anterior ao quadril,¹ entre o ligamento iliofemoral e o tendão do iliopsoas; estende-se do trocanter menor até a fossa ilíaca por baixo do músculo ilíaco e está presente, bilateralmente, em 98% da população adulta.^{2,3,4} A passagem do tendão do iliopsoas sobre a eminência iliopectínea no púbis pode provocar uma sensação audível, em casos de inflamação.⁵ Aproximadamente 10% dos pacientes apresentam defeito na parte anterior da cápsula articular do quadril, permitindo comunicação da cavidade articular com a bursa.²

A bursite iliopectínea frequentemente se associa a enfermidades do quadril como osteoartrite, artrite reumatoide e a lesões desportivas, especialmente quando não se realiza o aquecimento adequado.⁶ Ela também pode ser secundária à sinovite vilonodular pigmentada, osteocondromatose e bursite piogênica.²

Os sinais e sintomas da bursite iliopectínea são dor na parte anterior do quadril que piora a extensão, abdução e rotação interna do mesmo. Por vezes pode gerar dor na fossa ilíaca e, se for do lado direito, pode simular uma apendicite. Também pode provocar dor irradiada pelo trajeto do nervo femoral por comprimir o mesmo com sua distensão.^{2,1,7}

O diagnóstico é confirmado pelo ultrassom (US) ou ressonância nuclear magnética (RNM) do quadril. Ultrassom, tomografia e ressonância mostram a bursa distendida e inflamada, contendo líquido hipoecoico ao ultrassom, hipodenso à tomografia, e com intensidade de sinal semelhante a de líquido em todas as sequências de ressonância.⁵ A bursite iliopectínea responde bem ao tratamento conservador com anti-inflamatório não esteroide e repouso. A infiltração de corticoide, ou agente esclerosante local, também compõe o arsenal terapêutico, e em casos selecionados pode-se utilizar radioterapia e mesmo o tratamento cirúrgico.^{8,1,7}

Saudek⁹ afirma que esta bursite está comumente associada à osteoartrite de quadril bem como tensão do iliopsoas. As principais causas são: traumatismos, infecções, lesões por esforço, uso excessivo das articulações, movimentos repetitivos, artrite (inflamação das articulações), gota (depósito de cristais de ácido úrico na articulação).

Bonica¹⁰ relata dor moderada a intensa na face lateral do triângulo de Scarpa e que o nervo femoral, comprometido devido ao processo inflamatório, gera dor na face anterior da coxa e face medial da perna que é agravada quando há tensão do músculo iliopsoas e compressão do quadril. Podem ser observados sinais de dor à palpação e edema durante o exame, podendo estender-se para a prega inguinal.

Recebido em 05/02/2009. Aprovado, após revisão, em 15/07/2010. Declaramos a inexistência de conflitos de interesse.

1. Coordenador do Departamento de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Unimed Betim. Preceptor na Residência de Ortopedia e Traumatologia e Médico Ortopedista do Hospital Geral Governador Israel Pinheiro – IPSEMG, BH/MG

2. Membro titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Médico do IPSEMG e do Hospital da Polícia Militar de MG

Endereço para correspondência: Eduardo Amaral Gomes. Rua Dr. Hackett, 29 – Castelinho, Betim, MG. CEP: 32510-400. E-mail: edagomes@uai.com.br.

RELATO DE CASO

Uma paciente do sexo feminino de 45 anos foi atendida no consultório dia 23 de agosto de 2007 com queixa de dor na região anterior do quadril esquerdo há duas semanas, sem trauma inicial, febre ou doenças concomitantes. Ao exame clínico apresentava dor à palpação da região inguinal esquerda que piorava à extensão do quadril. Não apresentava sinais flogísticos locais ou sinais sistêmicos de infecção.

O exame radiográfico ântero-posterior e batráquio das coxo-femorais mostrou leve redução do espaço superior bilateralmente com esclerose subcondral. A tomografia computadorizada das coxo-femorais revelou ausência de alterações significativas das articulações coxo-femorais. O US dos quadris (Figura 1) diagnosticou bursite iliopectínea à esquerda, com achado na topografia da bolsa iliopectínea esquerda, imagem arredondada anecoica de paredes finas inferiormente aos vasos femorais comuns, em correspondência com a região álgica referida pela paciente. A RNM das coxo-femorais (Figura 2) encontrou distensão cística em topografia da bursa iliopectínea esquerda, podendo ser decorrente de processo inflamatório crônico da mesma.

A paciente foi tratada com orientação para repouso e anti-inflamatório não esteroide por sete dias, apresentando melhora clínica da dor e exame físico sem alterações. O US de controle, realizado pela mesma radiologista, mostrou redução da imagem cística na topografia iliopectínea, observada no exame ecográfico anterior. Também na RNM de controle, foi observada redução do líquido no interior da bursa iliopectínea.

DISCUSSÃO

A bursite iliopectínea é rara em relatos na literatura, não tendo sido encontrado relato na literatura nacional. Contudo, seus sinais e sintomas são frequentemente encontrados nos ambulatórios e consultórios. Sua clínica é de dor anterior no quadril que piora à extensão, abdução e rotação interna do mesmo.

Aproximadamente 10% a 15% da população apresenta comunicação da bolsa iliopectínea com a articulação do quadril.^{2,7} Esta condição se associa, frequentemente, com patologias do quadril numa frequência de 30% a 40%.¹ Pode estar associada a artrose da coxo-femoral, artrite reumatoide, lesões labrais, lesão por *over use*, osteocondromatose, condromatose sinovial, sinovite vilonodular pigmentada, bursite infectada, gota e necrose avascular da cabeça do fêmur.^{1,2}

Nos ambulatórios, os casos podem passar despercebidos por ortopedista menos avisado, cirurgião geral, cirurgião vascular, ginecologista e clínico geral. Assim, o diagnóstico



Figura 1 – Ultrassonografia dos quadris realizada em 31.08.2007 mostrando distensão da bursa iliopectínea indicado pela seta menor.

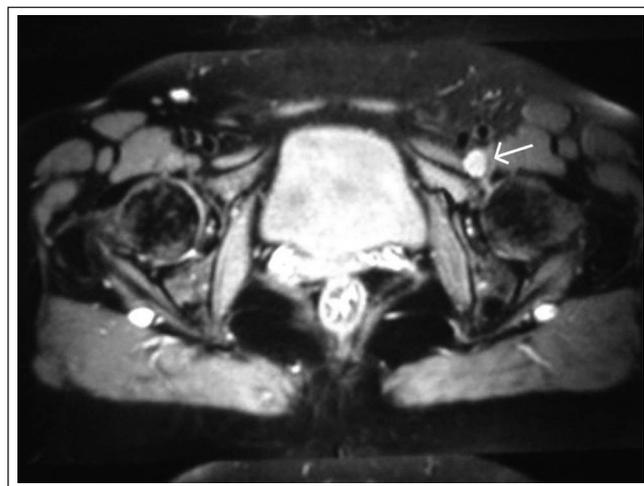


Figura 2 – Ressonância nuclear magnética das coxo-femorais com achado de distensão cística.

diferencial inclui as adenopatias inflamatórias e neoplásicas, síndrome neuromiofascial, tendinite do iliopsoas, bursite trocanteriana, lesões lombosacras, osteíte do púbis, lesões vasculares como aneurisma, pseudoaneurisma da artéria femoral, fistula artério-venosa femoral, hematoma, varizes da veia femoral, abscesso no músculo psoas, neoplasias, hérnia femoral ou inguinal, criptorquidia, luxação coxo-femoral anterior, apendicite, etc.^{1,4}

Os exames complementares contribuem para o diagnóstico da doença. As radiografias podem mostrar sinais de uma patologia articular subjacente com achados como cistos subcondrais

e diminuição do espaço articular. Ecograficamente encontra-se uma massa cística em contato com a cápsula articular, lateral aos vasos femorais. Pode coexistir com derrame articular e o uso do *doppler* pode excluir um aneurisma. A tomografia computadorizada pode evidenciar uma massa com paredes delgadas e com densidade semelhante à água, ajudando a excluir neoplasias e aneurisma. A RNM, além do diagnóstico, pode mostrar uma comunicação da bursa com a cavidade articular sem a necessidade da artrografia, além de um minucioso inventário músculo-esquelético local.^{1,2,4}

O tratamento, em sua maioria, é conservador com uso de anti-inflamatório e repouso. Quando na falha desse tratamento, ou se a clínica é vigorosa, pode-se proceder com aspiração

descompressiva da bursa e injeção de esteroides ou agentes esclerosantes. Também é citada radioterapia em baixas doses como tratamento da bursite iliopectínea. O tratamento cirúrgico fica restrito à falha do tratamento conservador ou recorrência dos sintomas, sendo nestes casos o tratamento definitivo.^{3,1}

No caso relatado, assim como a literatura prevê na maioria dos casos, a doença regrediu apenas com o tratamento conservador simples com repouso e anti-inflamatório. Assim, não raro uma bursite iliopectínea pode ser tratada com sucesso, sem a ideia da natureza do problema.

Beals¹¹ recomenda que esta síndrome deve ser diferenciada do estalido profundo e indolor que ocorre durante a movimentação do quadril normal e que não apresenta importância clínica.

REFERÊNCIAS

REFERENCES

1. Urbón MG. Palencia; caso 1. Radiología 1996; 38: 345-71.
2. Cadera AM. Bursitis iliopsoas (iliopectínea). Disponível em <http://www.cto.am.com/bursitis.htm>. [Acesso em janeiro 2008].
3. Spalteholz W. Atlas de anatomia humana. Tradução para o espanhol de Dr. E. Pons Tortella. Buenos Aires: Labor, 1944.
4. Home Therapy. Illiopsoas bursitis and tendonitis anatomy. Disponível em: <http://www.aidmybursa.com/illioopsoas-bursitis-anatomy.php>. [Acesso em dezembro 2007].
5. Domingues Romeu C, Domingues Rômulo C, Brandão LA. Imagenologia do quadril. Radiol Bras 2001; 34:347-67.
6. Teixeira MJ, Yeng LT, Fernandes TD, Hernandez AJ, Romano MA, Forni JEN et al. Dor nos membros inferiores. Rev Med 2001; 80(esp. pt.2):391-414.
7. Tronzo RG. Cirugía de la cadera. Buenos Aires: Panamericana, 1980.
8. Turek S. Ortopedia; principios y aplicaciones. Tomo II. 3.ed. Barcelona: Salvat, 1982.
9. Saudek CE. O quadril. In: Gould JA. Fisioterapia na ortopedia e na medicina do esporte. 2a.ed. São Paulo: Manole, 1993; p.345-90.
10. Bonica JJ. The management of pain. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990.
11. Beals RK. Painful snapping hip in young adults. West J Med 1993; 159:481-2.