

TENDINOPATIA DO GLÚTEO MÍNIMO E MÉDIO ASSOCIADO A BURSITE TROCANTÉRICA À DIREITA: UM ESTUDO DE CASO

Vitória Hellen Barbosa Ferreira Saraiva¹

Viviane da Silva Brandão Mendonça²

Arthur Rodrigues Neto³

Claudio Elidio Almeida Portella⁴

RESUMO: O quadril é uma articulação essencial para a locomoção e estabilidade corporal, onde os músculos glúteo médio e mínimo desempenham papel fundamental na estabilização pélvica. A tendinopatia desses músculos associada à bursite trocantérica configura um quadro comum em idosos, caracterizado por dor, limitação funcional e impacto negativo na qualidade de vida. **Metodologia:** O tratamento incluiu eletrotermofototerapia, exercícios terapêuticos de fortalecimento e alongamento, terapia manual e reeducação funcional. **Materiais e Métodos:** Este estudo de caso descreve a avaliação, intervenção fisioterapêutica e evolução de um paciente masculino de 70 anos diagnosticado com tendinopatia do glúteo médio e mínimo associada à bursite trocantérica à direita. **Resultados:** Após seis meses, o paciente apresentou melhora significativa dos sintomas, aumento da mobilidade e funcionalidade, embora tenha interrompido o tratamento presencial antes da alta, sendo orientado para continuidade domiciliar. **Conclusão:** Conclui-se que a fisioterapia é eficaz no manejo conservador dessas patologias, destacando-se a importância da adesão ao tratamento para manutenção dos resultados e prevenção de recidivas.

1222

Palavras-chave: Tendinopatia. Glúteo mínimo. Glúteo médio. Bursite Trocantérica. Fisioterapia.

ABSTRACT: The hip is an essential joint for locomotion and body stability, where the gluteus medius and minimus muscles play a fundamental role in pelvic stabilization. Tendinopathy of these muscles associated with trochanteric bursitis is a common condition in the elderly, characterized by pain, functional limitation and negative impact on quality of life. **Methodology:** The treatment included electrothermophototherapy, therapeutic strengthening and stretching exercises, manual therapy and functional reeducation. **Materials and Methods:** This case study describes the evaluation, physiotherapeutic intervention and evolution of a 70-year-old male patient diagnosed with gluteus medius and minimus tendinopathy associated with right trochanteric bursitis. **Results:** After six months, the patient showed significant improvement in symptoms, increased mobility and functionality, although he discontinued in-person treatment before discharge, being advised to continue at home. **Conclusion:** It is concluded that physiotherapy is effective in the conservative management of these pathologies, highlighting the importance of adherence to treatment to maintain results and prevent relapses.

Keywords: Tendinopathy. Gluteus minimus. Gluteus medius. Trochanteric bursitis. Physiotherapy.

¹Décimo período Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Iguacu.

²Décimo período Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Iguacu.

³Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Iguacu.

⁴Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Iguacu.

I. INTRODUÇÃO

O quadril é descrito como uma articulação importante para a locomoção e estabilidade do corpo, sendo formado por estruturas ósseas, músculos e tendões que trabalham juntamente para a realização de movimentos essenciais como andar, correr, sentar e levantar. Dentre os principais músculos da estabilização do quadril, destaca-se o glúteo médio e glúteo mínimo, que tem como função o controle postural e a estabilização da pelve. Outra estrutura importante é a Bursa trocantérica, localizada entre o trocânter do fêmur, que atua como amortecedor, reduzindo o atrito entre os tendões e os ossos.¹

Uma das patologias que acometem essas estruturas é a tendinopatia do glúteo médio e mínimo, que se caracteriza como um processo degenerativo e inflamatório que atinge os tendões, geralmente associado a sobrecarga mecânica, alterações biomecânicas e desequilíbrios musculares. Já a bursite trocantérica é uma inflamação da Bursa, ocasionado por movimentos repetitivos, lesões no quadril, problemas de postura ou biomecânica, desequilíbrios musculares ou atividades físicas de alto impacto.²⁻⁴

Outros fatores etiológicos de ambas condições são envelhecimento, obesidade e sedentarismo, sendo mais frequente em mulheres, na faixa etária entre 40 e 60 anos, podendo também acometer homens e indivíduos mais jovens, variando de acordo com os hábitos e sobrecarga funcional.⁴⁻⁵

1223

Os sinais e sintomas presentes são: Dor na região lateral do quadril, aumento da dor ao deitar ou ficar em pé por longos períodos, sensação de fraqueza muscular na região do quadril, dificuldade em realizar movimentos de abdução de quadril, marcha claudicante, palpação dolorosa na inserção dos tendões, rigidez matinal, edema e sensibilidade local, sensação de estalido ou atrito na região do quadril e dor que pode irradiar para a face lateral da coxa, glúteo e joelho.⁵⁻⁶

A junção dessas duas patologias pode apresentar sintomas mais intensos, impactando diretamente a realização de atividades do dia a dia, redução a qualidade de vida, a independência e a mobilidade do paciente. Dessa forma, além da presença do desconforto físico, essas condições favorecem o sedentarismo devido a presença do quadro álgico, que pode agravar outras comorbidades como hipertensão arterial, obesidade, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares.⁷⁻⁸

O tratamento fisioterapêutico nesses casos tem um papel conservador, visando promover o alívio do quadro álgico, restauração da função do quadril, reestabelecimento do

equilíbrio muscular, melhora da biomecânica e prevenção de possíveis recorrências. O plano terapêutico é elaborado a partir da avaliação e exame físico, sendo realizado de forma individualizada, considerando as limitações, necessidades e grau de comprometimento funcional.⁹⁻¹⁰

São realizadas condutas de eletrotermofototerapia, terapias manuais, exercícios terapêuticos (fortalecimento e alongamento muscular, exercícios de estabilidade e reeducação funcional), educação do paciente, treino de marcha e propriocepção. A fisioterapia, quando bem conduzida, apresenta ótimos resultados na redução dos sintomas, na melhora da função e na prevenção de recidivas, sendo considerada a principal abordagem no manejo conservador da tendinopatia do glúteo médio e mínimo e da bursite trocantérica.⁹⁻¹⁰

Visto isso, o presente artigo tem como objetivo avaliar o tratamento e evolução fisioterapêutica, sendo realizado em um paciente, do sexo masculino, com 70 anos de idade, tratado na Clínica de Ensino em Fisioterapia da Universidade Iguaçu (UNIG).

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O seguinte estudo consistiu em um estudo de caso, realizado na Clínica de Ensino em Fisioterapia, no curso de Fisioterapia. Foi atendido um paciente do sexo masculino, com 1224 diagnóstico Tendinopatia do glúteo médio e mínimo associado a bursite trocantérica à direita.

O estudo foi realizado na Clínica de Ensino em Fisioterapia, Universidade Iguaçu/Graduação de Fisioterapia, - Avenida Abílio Augusto Távora, 2134 – Jardim Nova Era, Nova Iguaçu, RJ, Cep: 26275-580, Tel.: (21) 2765-4053.

2.1. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi realizado com o consentimento do paciente, que assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permitindo a utilização dos dados para a descrição do relato de caso. De acordo com o CEP/CAAE: 51045021.2.0000.8044.

2.2. MÉTODOS

2.2.1. Métodos de Avaliação

Os métodos de avaliação utilizados foram: Dados pessoais, queixa principal, história da doença atual (HDA), história da patologia pregressa (HPP), história familiar, história social,

história medicamentosa, sinais e sintomas, inspeção e palpação, exame clínico-físico, mensuração, teste de força muscular, teste articular e testes específicos.

2.2.2. Métodos de Tratamento

Alongamentos ativos;
Exercícios de fortalecimento muscular;
Ultrassom terapêutico;
Cinesioterapia ativa;
Exercícios isométricos;
Terapia manual;
Liberação miofascial;
Mobilização articular.

2.3. MATERIAIS

2.3.1. Materiais para avaliação

Esfignomanômetro e Estetoscópio (Premium e Littmann);
Oxímetro (Contec);
Termômetro (G-tech);
Fita métrica (Macro life);

2.3.2. Materiais para tratamento

1225

Aparelho de Ultrassom terapêutico;
Bola suíça;
Faixa elástica.

3. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

3.1. ANAMNESE

O seguinte caso foi realizado na Clínica de Ensino em Fisioterapia na UNIG, contendo uma amostra de um único paciente com diagnóstico de Tendinopatia do glúteo médio e mínimo associado a bursite trocantérica à direita, sendo avaliado no dia 27/08/2024.

Dados Pessoais: Paciente M. F. M., 70 anos, nascido em 23/10/1954, sexo masculino.

Diagnóstico Médico: Tendinopatia do glúteo médio e mínimo associado a bursite trocantérica à direita.

Queixa Principal (QP): “Dor ao se locomover por longas distâncias e irritabilidade após executar AVD’s repetitivas”.

História da Doença Atual (HDA): Paciente chegou na clínica de ensino e pesquisa de fisioterapia lúcido e colaborativa, relata que sempre foi ativo e independente, porém não sabe

especificar quando iniciou o quadro álgico. Começou a sentir um incomodo agravante no quadril direito há cerca de dois meses, de moderada intensidade, do tipo pontada contínua e profunda, após realizar movimentos frequentes como se curvar e andar, não apresenta irradiação para os MMII. Procurou ajuda médica, na qual foi diagnosticado como tendinopatia do glúteo mínimo e médio mais bursite trocantérica a direita, foi submetido a fisioterapia, porém não sabe informar as datas em questão.

História Patológica Pregressa (HPP): Paciente também argumentou que a cerca de 22 anos foi submetido a cirurgia na coluna lombar devido a um cisto, é hipertenso e faz uso de medicações, já sofreu acidente no trabalho ao se cortar os dedos com a faca.

História Familiar: Filho apresenta patologia cardiovascular, foi submetido a cirurgia no coração e esposa é hipertensa, sem mais disfunções relatadas.

História Social: Nega tabagismo, não pratica atividades físicas, é etilista diariamente, porém a cerca de dois meses parou de consumir álcool por causa do tratamento medicamentoso.

Histórico Medicamentoso: Faz uso de Deocil 10mg e Arflex 200mg.

Exames complementares: Tomografia computadorizada.

3.2. EXAME FÍSICO

1226

3.2.1. Sinais vitais

Quadro 1 – Sinais Vitais.

Frequência Cardíaca	66 bpm	Normocárdico
Frequência Respiratória	18 irpm	Eupneico
Temperatura	34°C	Hipotérmico
Pressão Arterial	140x80 mmHg	Hipertenso
Saturação	95%	Normosaturando

Fonte: Os autores

3.2.2. Inspeção e Palpação

Inspeção: Foi observado a presença de edema, sem rubor e deformidades.

Palpação: Nega sintomatologia na palpação.

3.2.3. Teste articular

Teste de flexão do joelho negativo.

3.2.4. Teste de força muscular

Paciente apresentou grau 5 por múltiplos movimentos, em todos os segmentos.

3.2.5. Mensuração

Paciente não apresentou nenhum dado relevante para anotar.

3.2.6. Testes específicos

Foram realizados os Testes de Lasegue, Faddir, Ely e Faber, apresentando resultado negativo.

3.3. DIAGNÓSTICO CINÉTICO FUNCIONAL

Dor ao se movimentar, edema na região do glúteo à direita

3.4. PROGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO

Favorável, há critérios para recuperação da lesão.

3.5. OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Curto Prazo:

Diminuir a inflamação e o quadro álgico.

Médio Prazo

Melhorar as habilidades de executar AVD's.

Longo Prazo

Manter a flexibilidade e a força muscular.

1227

3.6. CONDUTAS TERAPÊUTICAS

Ultrassom terapêutico: Modo continuo, frequencia 1MHZ, intensidade pulsada 0,5 a 1,0 W/cm², duração 8 minutos;

Alongamentos ativos

- ✓ Músculo piriforme – 1 minuto;
- ✓ Músculo isquiotibiais e tríceps sural – 2 séries de 10 repetições;
- ✓ Músculo quadríceps - 2 séries de 10 repetições;
- ✓ Músculo tensor da fáscia lata – 1 minuto.

Exercícios isométricos, como abdução em pé, ponte, agachamento e deslocamento lateral;

Ponte com flexão dos joelhos – 15 repetições;

Deslizamento lateral com resistência e exercício de leve carga com supino;

Exercício de fortalecimento muscular dos abdutores do quadril e rotadores laterais como elevação lateral da perna;

Exercício para manutenção da flexibilidade e propriocepção, como terapias manuais, liberação miofascial e mobilização articular;

Exercício com abdução do quadril - 2 séries de 10 repetições;

Marcha lateral com faixa elástica - 3 séries de 10 repetições, bilateral;

Agachamento com auxílio de bola suíça - 2 repetições de 15 segundos, com pausa de 60 segundos;

Exercício de elevação e abdução de quadril - 2 repetições de 15 segundos;

Isometria de quadríceps - 10 repetições de 5 segundos.

4. DISCUSSÃO

O estudo de Rosa, Oliveira e Freitas¹¹ avaliou a eficácia de um programa de exercícios terapêuticos com carga de tração progressiva em posições de adução e abdução do quadril, utilizando diferentes tipos de contração muscular (isométrica, isotônica, concêntrica e excêntrica), aplicados por 8 semanas. 10 participantes foram divididos em dois grupos, ambos recebendo também orientações para reduzir a carga compressiva nos tendões glúteos. Após os resultados, foi possível concluir que programas de fortalecimento progressivo focados nos glúteos, em posições de mínima adução, são estratégias eficazes na reabilitação da tendinopatia glútea.

1228

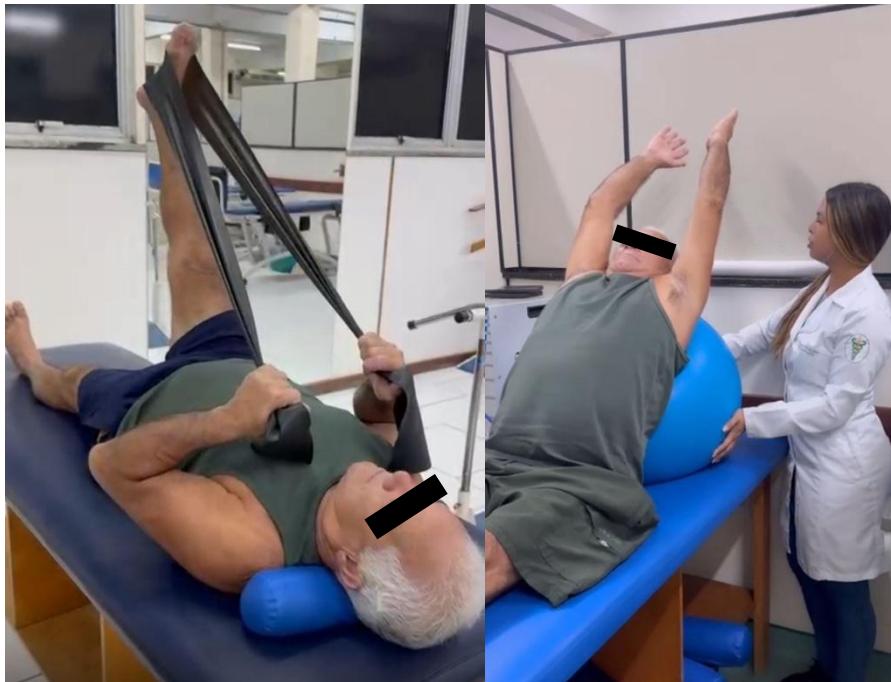
Como complemento, o estudo de Farah, Farah e Bastos¹² descreve que o tratamento conservador surge como uma alternativa eficaz e menos invasiva, com a fisioterapia desempenhando um papel fundamental no manejo da disfunção. O principal objetivo da intervenção fisioterapêutica é promover o alívio da dor, restaurar a funcionalidade, melhorar o padrão de movimento e prevenir recidivas, proporcionando, assim, uma melhora significativa na qualidade de vida do paciente.



Já Assad e Mota¹³ descreva a bursite trocantérica como é uma inflamação das bursas do trocânter maior do fêmur, que causa dor e limitações funcionais no quadril. O estudo teve como objetivo avaliar o efeito de técnicas fisioterapêutica sobre o glúteo máximo em pacientes com bursite trocantérica, analisando o ângulo de inclinação pélvica (AIP) e a dor. Participaram seis mulheres, onde resultados mostraram que três voluntárias apresentaram aumento do AIP, com redução da dor em uma delas. Outras duas tiveram diminuição tanto do AIP quanto da dor, e uma não teve alteração no AIP, mas apresentou alívio da dor. Conclui-se que técnicas fisioterapêuticas podem reduzir a dor em pacientes com bursite trocantérica.

1229

Nurkovic *et al.*¹⁴ realizou um estudo retrospectivo com 2.217 pacientes ao longo de seis anos. Foi realizado um tratamento com corticosteroides, isoladamente ou seguido de fisioterapia utilizando técnicas de alongamento e fortalecimento, se mostrando eficaz em 49% dos casos. Diante dos resultados, fica evidente que, embora as injeções de corticosteroides com lidocaína sejam eficazes no alívio inicial da dor na bursite trocantérica, a fisioterapia desempenha um papel fundamental na reabilitação e na prevenção de recidivas. A associação do tratamento medicamentoso com a fisioterapia potencializa os resultados, promovendo melhora na funcionalidade, no fortalecimento muscular e no equilíbrio biomecânico. Portanto, a atuação fisioterapêutica é essencial para garantir a recuperação completa, reduzir a sobrecarga na região trocantérica e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.



Por fim, Castro e Silva¹⁵ realizou um estudo visando analisar as estratégias de tratamento conservador para o manejo da dor e os instrumentos e testes utilizados na avaliação da síndrome. Como resultado, foram identificadas abordagens conservadoras para o controle da dor e métodos de avaliação da síndrome que mostram potencial no controle da dor e na melhora da funcionalidade dos pacientes.

1230

Os estudos analisados abordam diferentes estratégias fisioterapêuticas para a síndrome da dor trocantérica e bursite trocantérica. Rosa, Oliveira e Freitas¹¹ demonstraram que programas progressivos de fortalecimento dos glúteos, em posições de mínima adução do quadril, são eficazes na reabilitação da tendinopatia glútea. Farah, Farah e Bastos¹² ressaltam a fisioterapia como tratamento conservador fundamental para alívio da dor, restauração da função e prevenção de recaídas. Assad e Mota¹³ avaliaram técnicas fisioterapêuticas em mulheres com bursite, observando redução da dor e melhorias no ângulo de inclinação pélvica, principalmente em pacientes mais jovens e com menor IMC.

Nurkovic *et al.*¹⁴ indicam que, embora corticosteroides aliviem a dor inicialmente, a fisioterapia é essencial para a reabilitação completa e prevenção de recidivas, potencializando os resultados. Por fim, Castro e Silva¹⁵ destacam o potencial das abordagens conservadoras e da fisioterapia, mas apontam a necessidade de mais estudos e protocolos padronizados. Em geral, os estudos concordam que a fisioterapia é peça-chave para o manejo da dor trocantérica, promovendo melhora funcional e qualidade de vida.

5. RESULTADOS

Após a realização de 6 meses de acompanhamento fisioterapêutico na Clínica de Ensino em Fisioterapia da UNIG, o paciente M.F.M., 70 anos, diagnosticado com tendinopatia do glúteo médio e mínimo associada à bursite trocantérica à direita, apresentou evolução clínica significativa.

Na reavaliação realizada em 17/02, observou-se melhora expressiva dos sinais e sintomas. Durante a inspeção, não foi identificado edema, rubor ou deformidades, o que demonstra remissão do quadro inflamatório local. Na palpação, não houve relato de dor, sinalizando redução importante do quadro álgico.

Os sinais vitais permaneceram estáveis, com controle da pressão arterial e temperatura dentro dos parâmetros normais, embora tenha sido notado leve queda na saturação (92%) e aumento da frequência respiratória (24 irpm), fatores que podem estar relacionados ao condicionamento físico e aspectos cardiorrespiratórios do paciente, sem impacto funcional relevante no quadro musculoesquelético.

Os testes específicos realizados (Lasegue, Faddir, Ely e Faber) apresentaram resultados negativos, indicando ausência de disfunções articulares, musculares e neurológicas associadas. O arco de movimento foi preservado em todos os planos, demonstrando plena recuperação da mobilidade articular do quadril direito.

1231

Em relação ao diagnóstico cinético funcional, observou-se que a principal limitação do paciente passou a ser uma restrição funcional leve da marcha, relacionada à segurança e confiança durante o caminhar, mas sem queixas dolorosas significativas.

Portanto, os objetivos terapêuticos de curto e médio prazo foram satisfatoriamente atingidos, com redução da dor, melhora na funcionalidade nas atividades de vida diária (AVDs) e recuperação da amplitude de movimento. No longo prazo, o paciente segue em processo de manutenção da força muscular, da flexibilidade e na reeducação funcional da marcha, visando a abolição completa do quadro álgico e o restabelecimento pleno da sua independência funcional.

Apesar dos avanços no controle da dor, na melhora da mobilidade, na execução das atividades de vida diária e na redução das limitações funcionais, o paciente precisou se ausentar e acabou abandonando o tratamento presencial antes da sua completa alta fisioterapêutica. Diante disso, foi devidamente orientado quanto à importância da continuidade do tratamento por meio de exercícios terapêuticos domiciliares, visando manter os ganhos obtidos, preservar a força muscular, a flexibilidade e prevenir recidivas do quadro álgico.

O prognóstico permanece favorável, desde que haja adesão às orientações fornecidas e manutenção de hábitos saudáveis.

6. CONCLUSÃO

Dante do exposto, conclui-se que a fisioterapia desempenha um papel fundamental no tratamento conservador da tendinopatia do glúteo médio e mínimo associada à bursite trocantérica, proporcionando melhora significativa no quadro álgico, na funcionalidade e na qualidade de vida do paciente. No presente caso, o paciente apresentou avanços satisfatórios, com redução dos sintomas dolorosos, melhora da mobilidade articular, recuperação da funcionalidade nas atividades de vida diária e evolução no padrão de marcha.

Entretanto, apesar dos resultados positivos alcançados durante o acompanhamento, o paciente precisou se ausentar e optou por abandonar o tratamento presencial antes da alta definitiva. Frente a essa situação, foram fornecidas todas as orientações necessárias para a continuidade do processo terapêutico em domicílio, com foco na manutenção dos ganhos obtidos, na prevenção de recidivas e na promoção da autonomia funcional.

Dessa forma, ressalta-se a importância da adesão ao tratamento fisioterapêutico, tanto presencial quanto domiciliar, como estratégia essencial para a reabilitação completa e para a manutenção da qualidade de vida, especialmente em pacientes idosos, que apresentam maior predisposição a disfunções musculoesqueléticas.

1232

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NETTER FH. *Atlas de anatomia humana*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2018.
2. RESENDE VR, Franco YRS. Tendinopatias do quadril: uma atualização de conceitos e abordagens. *Rev Bras Ortop.* 2022; 57(1): 369-374.
3. FREITAS A, Lopes AA, Silva KNA, Moura DL. Proposta de teste clínico para auxílio diagnóstico e avaliação terapêutica das tendinites glúteas. *Rev Port Ortop Traum.* 2016; 24(3): 173-9.
4. SCHWARTSMAN CR, Boschin MG, Spinelli LF, Gonçalves FB, Lima LLD, Albuquerque RP. Associação entre bursite trocantérica, osteoartrose e artroplastia total do quadril. *Rev Bras Ortop.* 2014; 49(1): 267-270.
5. FREITAS A, Lopes AA, Silva KNA, Moura DL. Proposta de teste clínico para auxílio diagnóstico e avaliação terapêutica das tendinites glúteas. *Rev Port Ortop Traum.* 2016; 24(3): 173-179.

6. FALÓTICO GG, Almeida GPL, Neves LA, Camanho GL, Abdalla RJ, Cohen M. Dor glútea em atletas: como investigar e tratar? *Rev Bras Ortop.* 2015; 50(1): 462-468.
7. FREITAS A, Silva KNA, Moura DL, Lopes AA. FABREX: um novo teste clínico para diagnóstico de tendinopatias glúteas. *Acta Ortop Bras.* 2022; 30(2): 1-5.
8. SANTOS LEN. **Relação do índice pélvico-trocantérico com a síndrome dolorosa do grande trocanter** [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2017.
9. SANTOS DP. Efeito do fortalecimento do complexo póstero-lateral como método terapêutico na tendinopatia infrapatelar. *Rev Cient Unifip.* 2019; 4(1): 1-10.
10. CORDEIRO TTP. **Efeito de intervenções baseadas em exercícios na dor, função, percepção global de mudança e qualidade de vida de indivíduos com tendinopatia glútea: revisão sistemática incluindo recomendações GRADE** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2022.
11. ROSA, TM. **Proposta terapêutica de tratamento para as tendinopatias glúteas: Ensaio Clínico Controlado Randomizado** [Dissertação]. Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2020.
12. FARAH, GV; Farah, LFV; Bastos, TV. Proposta de tratamento para tendinopatia do glúteo mínimo e médio – revisão de literatura. *Editora Epitaya.* 2023; 1(1): 110-114.
13. ASSAD, BC; Mota, RM. **Pode o Kinesio Taping gerar efeito imediato sobre a inclinação pélvica e sobre a dor em mulheres com bursite trocantérica? Série de casos** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2014. 1233
14. NURKOVIC, J. *et al.* Treatment of trochanteric bursitis: our experience. *J. Phys. Ther. Sci.* 2016; 28(1): 2078-2081.
15. CASTRO, KMS; Silva, ENO. Avaliação e manejo fisioterapêutico na síndrome da dor trocantérica maior: revisão integrativa. *BrJP.* 2020; 3(2): 170-176.