ROTURA DO MÚSCULO QUADRADO FEMORAL – UMA LESÃO RARA

Márcio Luís Duarte[1]*, Fernando da Silva Xavier[2], José Luiz Masson de Almeida Prado[3], Luiz Carlos Donoso Scoppetta[4]

recebido em 08/04/2019
aceito em 05/08/2019

[1]Médico radiologista musculoesquelético – WEBIMAGEM, São Paulo, São Paulo, Brasil. Mestre em Saúde Baseada em Evidências pela UNIFESP, São Paulo, São Paulo, Brasil. Hospital São Camilo, São Paulo–SP, Brasil.
[2] Médico radiologista musculoesquelético – Hospital São Camilo, São Paulo, São Paulo, Brasil.
[3] Médico radiologista musculoesquelético – WEBIMAGEM, São Paulo, São Paulo, Brasil.
[4] Médico chefe do Serviço de Diagnóstico por Imagem, Hospital São Camilo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

*Autor para correspondência Márcio Luís Duarte. Av. Marquês de São Vicente, 446 – Barra Funda, São Paulo – São Paulo Brasil. CEP 01139-020 – Sala 1011. Tel: 0xx13 981112799.

RESUMO: O músculo quadrado femoral é um músculo plano, quadrilateral, que se origina na margem inferolateral do ísquio ao longo da porção anterior da tuberosidade isquiática, pouco anterior à origem dos tendões dos isquiotibiais, situado ao longo do aspecto posterior a articulação do quadril. As lesões do músculo quadrado femoral são lesões incomuns cuja incidência é desconhecida, assim como o mecanismo exato da lesão, mas uma distância congenitamente menor entre o trocanter menor e a tuberosidade isquiática é um fator predisponente para o impacto do músculo quadrado femoral. O diagnóstico da rotura do músculo quadrado femoral pode ser difícil de ser realizado clinicamente, por isso a RM é fundamental para o diagnóstico. O tratamento da tensão muscular consiste em um programa de reabilitação física cuidadosamente planejado.

PALAVRAS-CHAVE: Ruptura; Músculos; Quadril; Imagem por Ressonância Magnética

ABSTRACT: The quadratus femoris muscle is a flat, quadrilateral muscle that origins at the inferolateral margin of the ischium along the anterior portion of the ischial tuberosity just anterior to the origin of the hamstring tendons, situated along the posterior aspect of the hip joint. Quadratus femoris muscle lesions are uncommon lesions whose incidence is unknown, as well as the exact mechanism of the lesion, but a congenitally minor distance between the minor trochanter and the ischial tuberosity is a predisposing factor to the impact of the quadratus femoris muscle. The diagnosis of quadratus femoris muscle tear may be difficult to perform clinically, so MRI is fundamental for diagnosis. The treatment of muscular lesion consists of a carefully planned physical rehabilitation program.

KEYWORDS: Rupture; Muscles; Hip; Magnetic Resonance Imaging

1. INTRODUÇÃO

O músculo quadrado femoral é um músculo plano, quadrilateral, que se origina na margem inferolateral do ísquio ao longo da porção anterior da tuberosidade isquiática, pouco anterior à origem dos tendões dos isquiotibiais, situado ao longo do aspecto posterior a articulação do quadril.[1,2,3] Sua inserção é ao longo do aspecto posteromedial do fêmur proximal ao longo do quadrante do tubérculo da crista intertrocantérica posterior.[1,2]

Ao longo de seu aspecto anterior, o quadrado femoral é delimitado pelo músculo obturador externo; ao longo de seu aspecto posterior está em contato com gordura e o nervo isquiático.[2] Ao longo de seu aspecto superior, o quadrado femoral é limitado por gordura e pelo músculo gêmeo inferior; ao longo de seu aspecto inferior encontra-se com o músculo adutor magno.[2]

O músculo quadrado femoral atua como um rotador externo do quadril e auxilia na adução, sendo inervado por um pequeno ramo do plexo sacral.[1,2,3] Especificamente, deriva sua inervação das raízes ventrais dos nervos espinhais L4, L5 e S1 em 79,4% dos pacientes.[2,3]

2. RELATO DO CASO

Mulher de 19 anos referindo dor intermitente no quadril direito há 10 meses que piorou com o início da prática de musculação há 03 semanas. Refere piora quando anda muito e que irradia para a perna direita. O exame físico mostra dor na região posterior da coxa direita sem bloqueio articular. Testes de Lasegue e Giordano negativos. Nega trauma e cirurgias anteriores. A ressonância magnética (RM) demonstrou rotura parcial do músculo quadrado femoral com espaço isquiofemoral maior que 2 cm (Figura 1). Com o diagnóstico, a paciente foi encaminhada para o tratamento fisioterápico.

3. DISCUSSÃO

De acordo com a literatura médica, as lesões primárias mais comuns do quadrado femoral são distensões miotendinosas ou rupturas parciais e pinçamento do ventre muscular do quadrado femoral.[2] A lesão do quadrado femoral tem sido descrita como causa de dor na virilha e dor glútea que pode irradiar-se distalmente na coxa posterior, presumivelmente por irritação do nervo isquiático, seja por hematoma ou

edema.[1,2] Em relação asintomatologia clínica, a lesão do quadrado femoral é semelhante a uma lesão isquiotibial, que apresenta dor e sensibilidade semelhantes à palpação na tuberosidade isquiática.[1]

As lesões do músculo quadrado femoral são lesões incomuns cuja incidência é desconhecida, assim como o mecanismo exato da lesão, mas uma distância congenitamente menor entre o trocanter menor e a tuberosidade isquiática é um fator predisponente para o impacto do músculo quadrado femoral.[3] A lesão pode ser aguda ou crônica e pode ter dor glútea posterior concomitante ou dor na virilha ou ambas, o que dificulta o diagnóstico preciso.[1] Nos adultos, a junção miotendínea é o local mais vulnerável para lesão.[3]

As roturas do músculo quadrado femoral ocorrem predominantemente em mulheres; a proporção entre mulheres e homens é de 6: 1.[1] Ocorrem do lado direito quase duas vezes mais que o esquerdo.[1] A maioria (83%) das roturas foram lesões grau II isoladas anteriormente.[1] Os relatos de caso descrevem diferentes atividades que os pacientes estavam participando durante o tempo da lesão, incluindo badminton, levantamento de peso e tênis.[1]

Em um estudo de cinco anos de jogadores de futebol europeu, estiramentos do músculo quadrado femoral não foram diagnosticados nesta população, o que pode ser secundário à raridade da lesão ou à dificuldade em fazer o diagnóstico ou a uma combinação de ambos.[4] A raridade desse diagnóstico na literatura pode dever-se ao diagnóstico equivocado, sutileza dos achados de imagem e falta de conhecimento do radiologista intérprete.[1] Segundo Bano et al, apenas oito casos de rotura do músculo quadrado são relatados na literatura médica.[3]

O diagnóstico da rotura do músculo quadrado femoral pode ser difícil de ser realizado clinicamente, por isso a RM é fundamental para o diagnóstico.[1]A RM é um excelente complemento ao exame físico, pois demonstra a localização anatômica da anormalidade, auxiliando o médico a realizar diagnósticos insuspeitos.[1,3] A RM permite o diagnóstico preciso, o que pode influenciar o tratamento e excluir danos às estruturas adjacentes.[3] Estiramento e impacto são as duas lesões primárias mais comuns do músculo quadrado femoral – essas duas entidades podem ser diferenciadas na RM pela análise cuidadosa da localização do edema e da configuração das fibras musculares.[2]

Ao correlacionar a anatomia com a imagem, existem pelo menos duas considerações.[1] Por causa da orientação do músculo no plano coronal, o sinal anormal pode ser difícil de visualizar em imagens coronais de rotina, particularmente se o campo de visão for grande e a lesão for leve.[1] Além disso, devido à sua posição posterior, o músculo só pode ser parcialmente incluído no campo de visão da imagem coronal, aumentando a dificuldade diagnóstica.[1] O músculo é frequentemente melhor avaliado

nas imagens axiais, nas quais a origem, a inserção e as relações anteriores e posteriores podem ser avaliadas.[2]

O estiramento do músculo quadrado femoral é melhor visualizado nas imagens sensíveis ao líquido e / ou com suprressão de gordura, nos cortes axiais e sagitais.[2] As lesões do quadrado femoral têm achados característicos na ressonância magnética.[2] Nas imagens axiais ponderadas em T2 com supressão de gordura, o edema e o fluido são observados entre o trocanter menor e a tuberosidade isquiática.[1,2,3] Nas imagens sagitais ponderadas em T2 ou com densidade de prótons, com suprressão de gordura, o edema e o líquido são vistos posteriormente ao trocanter menor.[1,2,3] O tratamento da lesão muscular consiste em um programa de reabilitação física cuidadosamente planejado.[3]

4. CONCLUSÃO

A RM é absolutamente necessária para o diagnóstico da lesão do músculo quadrado femoral. O exame físico, até hoje, não pode dizer, especificamente, que este músculo está lesionado. Os radiologistas devem prestar atenção, pois, apesar de a lesão do músculo quadrado femoral ser rara, ela altera o tratamento do paciente caso ocorra.

5. REFERÊNCIAS

1. O'Brien SD, Bui-Mansfield LT. MRI of quadratus femoris muscle tear: another cause of hip pain. AJR Am J Roentgenol. 2007 Nov;189(5):1185-9.
2. Kassarjian A, Tomas X, Cerezal L, Canga A, Llopis E. MRI of the quadratus femoris muscle: anatomic considerations and pathologic lesions. AJR Am J Roentgenol. 2011 Jul;197(1):170-4.
3. Bano A, Karantanas A, Pasku D, Datseris G, Tzanakakis G, Katonis P. Persistent sciatica induced by quadratus femoris muscle tear and treated by surgical decompression: a case report. J Med Case Rep. 2010 Aug 2;4:236.
4. Volpi P, Melegati G, Tornese D, et al. Muscle strains in soccer: a five-year survey of an Italian major league team. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2004; 12:482–485.

6. FIGURAS E LEGENDAS:

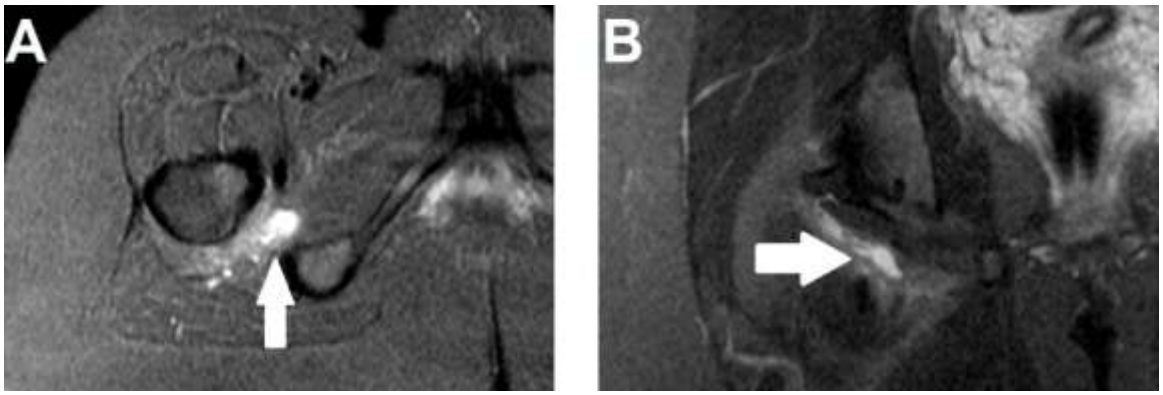


Figura 1: Em A, RM no corte axial na sequência T2 e em B RM no corte coronal na sequência T2 STIR demonstrando rotura parcial do músculo quadrado femoral (setas brancas).