

# Tema 1 Lesão Miotendinosa Parcial do Músculo Iliopsoas em Futebolista Profissional

Dr. Nuno Anjinho<sup>1,4</sup>, Dr. José Pedro Marques<sup>2,4</sup>, Dr. Sérgio Rodrigues Gomes<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Fisioterapeuta; <sup>2</sup>Médico especialista em Medicina Desportiva; <sup>3</sup>Médico radiologista músculo-esquelético;

<sup>4</sup>Unidade de Saúde e Performance da Federação Portuguesa de Futebol. Lisboa

## RESUMO / ABSTRACT

As lesões agudas do iliopsoas são pouco comuns. Reportamos um raro caso de lesão miotendinosa parcial do iliopsoas direito num jogador profissional de futebol esquerdino, durante uma sessão de treino. Foi implementado o protocolo P.R.I.C.E. coadjuvado por agentes físicos e técnicas miofasciais, seguido por um programa de reabilitação com incremento progressivo de carga. Este permitiu o regresso à competição sem limitações ao 13º dia pós-lesão. Desde este dia o atleta não referiu qualquer queixa ou limitação funcional, não tendo sido registadas recidivas ou intercorrências nos três meses seguintes.

*Acute injuries of the iliopsoas are uncommon. The authors present a rare case of a professional soccer player, left footer, who sustained a partial myotendinous tear of the right iliopsoas during a training session. We implemented a rehab protocol encompassing P.R.I.C.E, physical agents and soft tissues techniques followed by progressive loading, allowing a successful return-to-play on the 13th day post-injury. Since this day he referred no complaints or functional limitations and no recurrences or relapses were reported in the next three months.*

## PALAVRAS-CHAVE / KEYWORDS

Iliopsoas, pequeno trocânter, ressonância magnética, lesão, programa de reabilitação. Iliopsoas, lesser trochanter, magnetic resonance imaging, injury, rehabilitation program.

contribuir para o aumento do conhecimento acerca desta entidade.

## Apresentação do caso

Sexo masculino, 19 anos, jogador profissional de futebol, esquerdino, durante a ativação geral na parte inicial do treino sentiu uma dor aguda na virilha. O jogador omitiu tal facto à equipa médica e decidiu continuar o treino, pois o desconforto era mínimo. No dia seguinte, a dor era bem mais significativa e era referida à região inguinal. No exame clínico apresentava dor à palpação localizada da face anterior do 1/3 proximal da coxa, imediatamente distal ao ligamento inguinal. Apresentava ainda dor à flexão resistida da coxofemoral, não apresentando dor ao alongamento passiva da mesma. Não sabia dizer qual o mecanismo da lesão e não havia história de queixas prévias nesta localização. A clínica era compatível com uma dor inguinal relacionada com o músculo iliopsoas, tendo sido pedida uma ressonância magnética (RM). Esta revelou “edema para-aponevrótico do músculo psoasílico na transição musculotendinosa, com integridade da aponevrose intramuscular e do tendão de inserção no pequeno trocânter, traduzindo processo de rotura parcial com discreta desorganização estrutural fibrillar” (Figura 2 e 3). Optámos pelo tratamento conservador, decidindo colocar o atleta a realizar o protocolo PRICE e em seguida um programa com incrementos progressivos da carga, coadjuvado com técnicas miofasciais e agentes físicos (ver tabela 1). Após o desaparecimento das queixas, e tendo cumprido com os critérios pré-estabelecidos, voltou a treinar sem limitações com a equipa. Foi titular num jogo oficial ao 13º dia pós-lesão. Desde essa altura nunca mais sentiu dores nem limitações funcionais. Até ao momento (já passaram mais de três meses) não foi reportada qualquer recidiva.

## Discussão

É difícil encontrar na literatura artigos de revisão ou casos clínicos

## Introdução

O músculo iliopsoas atua como flexor da anca e flexor lateral do tronco, contribuindo também para a rotação lateral da anca. É um músculo par, simétrico e poliarticular.<sup>1</sup> Tem origem na face anterior e lateral da décima segunda vértebra dorsal e nas apófises transversas das

cinco vértebras lombares<sup>1,2</sup>, dirigindo-se depois infero-lateralmente, passando profundamente na fossa ilíaca por baixo do ligamento inguinal, onde se funde com o músculo ilíaco. O tendão comum passa sobre a eminência pectínea, continuando-se anteriormente à arcada femoral para se inserir no pequeno trocânter do fémur (Figura 1).<sup>1-4</sup>

As lesões de sobreuso representam a maioria das lesões ao nível desta unidade miotendinosa e estão associadas à sobrecarga repetitiva e excessiva dos flexores da articulação coxofemoral. O futebol é um exemplo paradigmático, na medida em que o músculo iliopsoas é constantemente solicitado para a realização de diversos gestos técnicos (ex. corrida, remates, passes, etc).<sup>1</sup> O membro dominante é o mais afetado.

Apresentamos um caso clínico de uma lesão miotendinosa parcial do músculo iliopsoas num jogador profissional de futebol. Por se tratar de uma lesão pouco comum pretende-se discutir a sua etiologia, diagnóstico e tratamento, de forma a

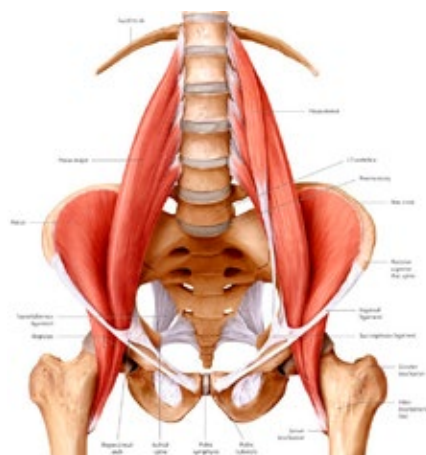


Figura 1. O músculo iliopsoas (<https://foodgreenmood.com/2016/06/10/bellydance-y-mi-utero/psoas-iliaco/>)

sobre lesões miotendinosas do músculo iliopsoas, ao contrário do que acontece com as muito comuns lesões de sobreuso desta estrutura miotendinosa.

Apesar de não nos termos apercebido em treino do mecanismo de lesão e do próprio atleta ter tido dificuldade em explicar o aparecimento da sua queixa, podemos levantar a hipótese de que tal tenha ocorrido na tentativa de parar repentinamente a corrida. Colocamos esta hipótese por se tratar do membro não dominante e, como tal, afigurar-se como menos provável a ocorrência do mecanismo lesional mais típico: súbita contração do músculo iliopsoas com a anca fletida, ocorrendo por exemplo no bloqueio repentino do pé durante um remate ou passe. Para este episódio lesional agudo podem também ter contribuído algum grau de sobreuso, fraqueza ou encurtamento muscular. Aliás, disfunções e queixas álgicas deste músculo são bastante prevalentes em modalidades como o futebol.<sup>2</sup>

Na maior parte dos casos descritos de lesões do músculo iliopsoas a dor lombar está presente e piora quando o doente se senta, levanta ou permanece de pé. Podem também cursar com dor abdominal, pélvica, inguinal e até na coxa<sup>2</sup>, como no caso específico que apresentamos. O diagnóstico clínico passa não só pela avaliação subjetiva, tentando perceber o mecanismo lesional e o local da dor, mas também pela avaliação objetiva com o recurso a testes de comprimento muscular (Thomas e Sarhmann) muitas vezes precipitantes da queixa (não o foram neste caso) e o sinal do psoas (Figura 4), neste caso positivo. Também os testes musculares funcionais e analíticos (na posição de sentado e em decúbito dorsal) resistindo a flexão da anca acima dos 90° foram positivos. Como exame complementar de diagnóstico foi solicitada a realização de uma RMN por ser este o exame que apresenta melhor sensibilidade e validade na identificação de lesões agudas da região inguinal.<sup>4,5,8</sup> Perante um quadro clínico como o descrito (dor aguda na região inguinal após trauma) importa fazer o diagnóstico diferencial com outras patologias, entre as quais se incluem

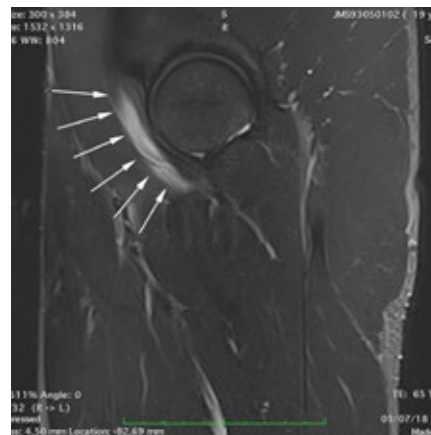


Figura 2 – Imagem RM sagital STIR: Edema para-aponevrótico difuso (setas brancas) a envolver a aponevrose intramuscular do músculo iliopsoas.

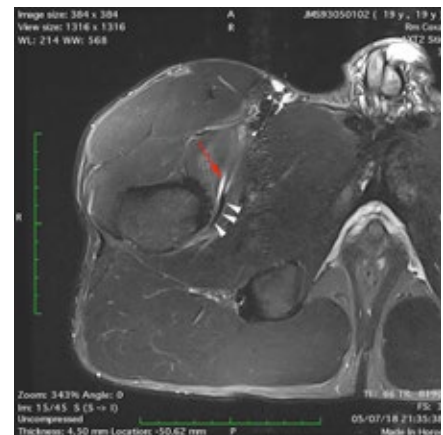


Figura 3 – Imagem RM axial em T2-STIR: Edema para-aponevrótico a envolver a aponevrose intramuscular (seta vermelha) e integridade do tendão de inserção femoral (pontas de seta brancas) do músculo iliopsoas

**Tabela 1. Programa de reabilitação seguido pelo atleta**

Dia (pós-lesão)	Tratamento/Reabilitação	Observações
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>– TENS analgésico bifásico 250 US/80hz/5'</li> <li>– Mobilização tecidos moles (sem alongamento)</li> <li>– Gelo 10' a cada hora durante o dia.</li> </ul>	Após treino refere dor na coxa dta; 6/10 EVN no exame objetivo e 4/10 EVN quando anda: suspeita lesão Psoas. Pede se RMN. Interrompe treino com equipa.
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Manteve tratamento</li> </ul>	RMN confirma lesão estrutural do músculo iliopsoas.
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>– U.S. pulsátil 1w/cm<sup>2</sup>, 5'1:2</li> <li>– TENS analgésico bifásico 250 US/80hz/5'</li> <li>– Mobilização tecidos moles (sem alongamento)</li> <li>– Gelo 10' a cada hora máximo de vezes durante o dia.</li> </ul>	Mantém queixas. Sem queixas durante o tratamento.
4	<p><b>Introdução de ginásio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 10' bicicleta com resistência mínima</li> <li>– Ponte com extensão Joelho</li> <li>– Pranchas frontais</li> </ul> <p><b>Enfermaria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mantivemos tratamento + mobilização ativa assistida membro inferior.</li> </ul>	Muito melhorado. 3/10 EVN exame objetivo, 1/10 EVN quando anda. Sem queixas durante trabalho de ginásio Sem queixas durante tratamento.
5	<p><b>Introdução de trabalho em campo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Corrida ligeira, condução de bola, passe curto/longo, dribles</li> </ul> <p><b>Ginásio: mantivemos estrutura</b></p> <p><b>Enfermaria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mantivemos tratamento</li> </ul>	Desconforto no exame objetivo. Quando anda já não refere queixas. Sem queixas durante todo o trabalho
6	<p>Integra treino com equipa (condicionado: evita exercícios com flexão coxofemoral direita – remate e cruzamento e passe longo)</p> <p>Manteve trabalho de ginásio e enfermaria</p>	Sem queixas
7-9	<p>Integra treino com equipa ainda condicionado</p> <p>Manteve trabalho de ginásio e enfermaria</p>	Sem queixas
10-12	<p>Treino sem limitações</p> <p>Só realiza trabalho de ginásio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 15' bicicleta c/ resistência moderada</li> <li>– Leg extension</li> <li>– Leg curl</li> <li>– Fortalecimento dos músculos abdutores/adutores</li> <li>– Treino funcional e proprioceptivo</li> </ul>	Sem queixas
13	JOGO	Sem queixas e sem limitações

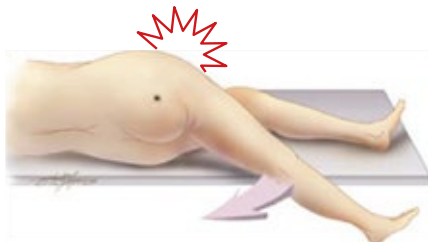


Figura 4 – O sinal do músculo iliopsoas

(<http://mmienfermagemuna.blogspot.com/2014/06/musculos-do-membro-inferior.html>)

as lesões do *labrum*, infecções articulares, hérnias, necrose avascular da cabeça do fêmur, encarceramentos do nervo obturador, entre outros.<sup>2</sup>

Quanto ao tratamento, dada raridade deste tipo de lesão, a literatura é escassa.<sup>8</sup> Consequentemente, a terapêutica implementada esteve sempre, ao longo de todo o processo de reabilitação, orientada para os sinais e sintomas diários do atleta, bem como para os princípios gerais de tratamento das lesões musculares.<sup>6,7</sup> Por razões semelhantes tivemos alguma dificuldade na definição do prognóstico para este caso em concreto. Estamos convencidos que o facto de o jogador ser esquerdino e a lesão ter acontecido à direita teve um impacto positivo na sua recuperação, tornando mais rápido o regresso à competição. Esta convicção deriva do facto de as solicitações sobre o músculo iliopsoas serem incomparavelmente superiores no membro dominante durante a prática de futebol. Este facto permitiu que o atleta iniciasse rapidamente treino condicionado com a restrição da utilização da

coxofemoral direita para atividades como o passe longo e remate. Além disso, a probabilidade de recidiva, tratando-se do membro não dominante, seria também comparativamente menor, aspeto que acabou por pesar na decisão de regresso à competição.

Uma das possíveis conclusões a retirar é que após um correto diagnóstico, confirmado com recurso a imagiologia, é possível ter um atleta com uma lesão miotendinosa parcial do iliopsoas a competir ao mais alto nível ao 13º dia pós lesão.

## Bibliografia

1. Laffond J, Bouvard M, Lippa A et al. Lesions de la Jonction Myo-tendineuse du Psoas-Iliaque en Traumatologie du Sport. *Journal de Traumatologie du Sport*. 2012; 29(3):139-144.
2. Sandy S, Kent S. Psoas Major: a case report and review of its anatomy, biomechanics, and clinical implications. *JCCA*. 2009; 53(4):311.
3. Kobashi Y, Suzuki T, Tazawa Y. Iliopsoas tendon injury in an adolescent: a case report. *Sport Exerc Med Open J*. 2016; 1(6):198-200.
4. Koch L. *The Psoas Book, Second Edition*. Core Awareness. 1997.
5. Serner A, Roemer F, Hölmich P et al. Reliability of MRI assessment of acute musculotendinous groin injuries in athletes. *European radiology*. 2017; 27(4):1486-1495.
6. Mendiguchia J, Brughelli M. A return-to-sport algorithm for acute hamstring injuries. *Physical Therapy in Sport*. 2011; 12(1):2-14.
7. Hallén A, Ekstrand J. Return to play following muscle injuries in professional footballers. *Journal of sports sciences*. 2014; 32(13):1229-1236.
8. Malliaropoulos N, Ghrairi M, Zerguini Y et al. Soft tissue injuries are still a challenge in musculoskeletal sport and exercise medicine. *BJSM*. 2016; 50:1487.

A rotura do ligamento cruzado anterior (LCA) é uma das lesões importantes do desporto pela incidência e frequência da necessidade de tratamento cirúrgico. Apesar dos resultados terem vindo progressivamente a melhorar, Arden et al<sup>1</sup>, numa meta-análise publicada em 2011, reportaram que apenas 82% dos doentes operados foram capazes de retomar o mesmo tipo de desporto e que apenas 63% o conseguiram fazer ao mesmo nível. Contudo, temos de considerar que a evolução no tratamento das lesões do LCA sofreu progressos recentes muito importantes, baseada num melhor conhecimento anatómico, funcional e dos fatores de risco de falência. Atenção ao que se lê! Quando avaliamos publicações sobre este tema temos que analisar, a técnica usada, o protocolo de reabilitação, lesões associadas, etc. Hoje o objetivo é a reconstrução mais anatómica e houve um desenvolvimento técnico significativo. Num estudo importante apresentado e realçado no Congresso Anual da AOSM (American Orthopedic Society for Sports Medicine), que envolveu cerca de 1600 doentes operados entre 2002 e 2004, com mais de 10 anos de seguimento, a esmagadora maioria mantinha atividade similar à prévia ou pelo menos atividades com alto nível de exigência do joelho. Conclusão: a cirurgia proporcionou bons resultados e os bons resultados não se degradaram significativamente no tempo. Foram identificados como fatores de mau prognóstico: índice de massa corporal elevado (excesso de peso), fumadores, antecedentes de cirurgia meniscal, cirurgia de revisão do LCA, lesões de cartilagem em qualquer compartimento ou cirurgia subsequente no mesmo joelho. Estes dados, entre outros, sugerem que estamos num caminho positivo para melhorar o resultado dos nossos pacientes. O tratamento deve ser adaptado ao perfil, ao tipo de lesão e às expectativas do paciente. Devemos informar sobre os fatores de risco e os resultados proporcionados atualmente no tratamento das lesões do LCA. Dr. Hélder Pereira

1. Arden CL, Webster KE, Taylor NF, Feller JA. Return to sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery: a systematic review and meta-analysis of the state of play. *Br J Sports Med*. 2011 Jun; 45(7):596-606.

# CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM PEDIATRIA

## Ortopedia e Medicina Desportiva

**15 de março de 2019**  
CUF Porto Hospital