

## Anatomia de superfície e palpatoria do quadril e da região glútea

<http://www.imagingonline.com.br/>

Esse capítulo descreve a anatomia de superfície e procedimentos palpatórios simples para o quadril e a região glútea.

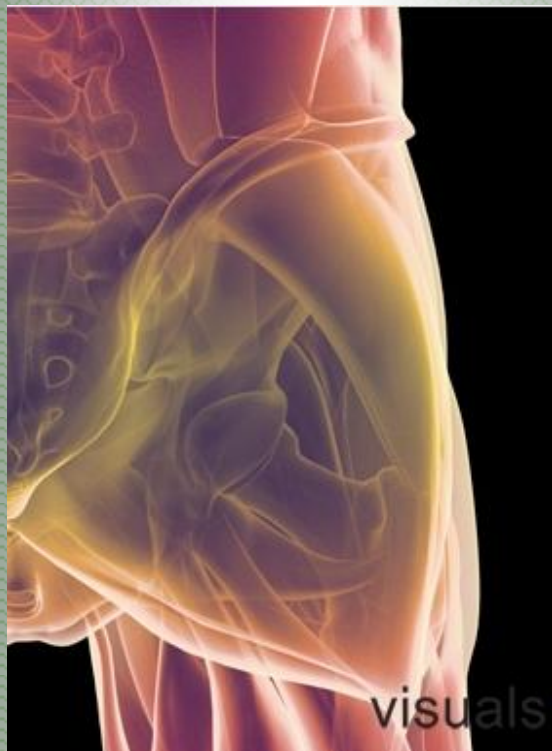


Figura - Fonte: <http://visualsunlimited.photoshelter.com/image/I0000.EK7R56.WIA>

Autor: Prof. Me. Leandro Nobeschi  
Apoio: Instituto de Imagem em Saúde - CIMAS  
06/11/2010



## 1. CINTURA DO MEMBRO INFERIOR

Os ossos do quadril (formado pela fusão dos ossos: ílio, ísquio e púbis, no final da adolescência). O osso do quadril conecta a coluna vertebral ao membro inferior; articula-se posteriormente com o sacro (articulação sacroilíaca), e anteriormente os ossos púbicos se encontram, unidos por tecido cartilágneo denominado de sínfise púbica. Pontos de referências ósseas são úteis para o exame físico. Realizaremos nessa sessão a palpção da epífise proximal do fêmur, devido à proximidade de estruturas.

**Cristas ilíacas:** são as margens superiores curvadas das asas dos ossos ilíacos.

O terço anterior das cristas ilíacas, é totalmente subcutâneo, de fácil palpção e visualização. Os dois terços posteriores são recobertos por gordura e a palpção torna-se dificultada.

Estratégia para a palpção: posicione o paciente deitado em decúbito dorsal. Coloque o membro inferior do lado examinado pendente na maca. Com esta manobra o contorno da crista ilíaca será evidenciado e acessível à palpção (fig. 50).



Fig. 50 – Posicionamento para a palpção da crista ilíaca (cabeça de setas).

**[LN1] Comentário:** O disco intervertebral entre L<sub>IV</sub> L<sub>V</sub> pode ser localizado facilmente. Uma linha imaginária, traçada entre os pontos mais elevados das cristas ilíacas, com intersecção na linha mediana posterior. Esse local é um ponto de referência para a punção lombar segura ou a anestesia raquidiana.

**[LN2] Comentário:** A medula óssea vermelha é obtida seguramente nas cristas ilíacas. As seguintes estruturas são penetradas pela agulha: 1- pele; 2- fásia superficial; 3- perióstio e 4- osso.

**Espinha ilíaca ântero-superior:** palpando o contorno da crista ilíaca, dirigindo-se anteriormente, percebe-se uma projeção óssea, a espinha ilíaca ântero-superior (fig. 51).



Fig. 51 – Paciente em decúbito dorsal, figura ilustra a palpção das espinhas ilíacas ântero-superiores.

**Tubérculo ilíaco:** o tubérculo ilíaco é a porção anterior e espessa da crista ilíaca.

Estratégia para a palpção: localize a espinha ilíaca ântero-superior. Em uma pegada bidigital explore a crista ilíaca posteriormente. O tubérculo ilíaco pode ser encontrado cerca de 6cm posterior à espinha ilíaca ântero-superior (fig. 52).



Fig. 52 – Paciente em decúbito dorsal, figura ilustra a palpção dos tubérculos ilíacos.

**[LN3] Comentário:** O n. cutâneo femoral lateral passa inferiormente à espinha ilíaca ântero-superior, dirigindo-se para a parte lateral da coxa, supondo a pele da região. Compressões na altura da espinha ilíaca ântero-superior levam a compressão desse nervo e parestesia na região lateral da coxa.

**Espinha ilíaca póstero-superior:** marca o limite posterior da crista ilíaca. Na anatomia de superfície as espinhas ilíacas póstero-superiores formam as **covas sacrais**, localizadas a 4cm da linha mediana, existentes porque a pele e a fáscia subjacente se fixam nessa espinha.

**Estratégia para a palpção:** a partir da crista ilíaca, siga palpando seu contorno posteriormente, com o paciente posicionado em decúbito lateral ou em pé (fig. 53).

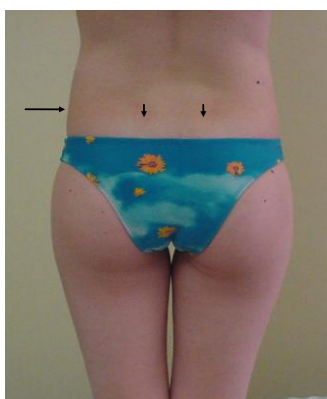


Fig. 53 - Paciente em pé. Seta indica o contorno posterior da crista ilíaca. Espinha ilíaca póstero-superior (cabecças de setas).

**Túber isquiático:** uma projeção óssea grande e rugosa, localizada na junção da extremidade inferior do corpo do ísquio e seu ramo.

**Estratégia para a palpção:** posicione o paciente em decúbito lateral com a flexão de quadril e joelho. O movimento de flexão do quadril produz o afastamento do m. glúteo máximo e a gordura da região glútea, que recobrem e escondem o túber isquiático. Após o posicionamento, palpe a área inferior da região glútea, localizando, desta forma, o túber isquiático (fig. 54).

**[LN4] Comentário:** Se traçarmos uma linha horizontal conectando as espinhas ilíacas póstero-superiores, estaremos na altura da segunda vértebra sacral. Nesse mesmo local (S<sub>II</sub>) o saco dural (dura e aracnóide-mater), termina no interior do canal sacral.

**[LN5] Comentário:** Quando estamos sentados, o peso do corpo repousa sobre o túber isquiático. A inserção dos músculos isquiotibiais (semitendíneo, semimembranáceo e da cabeça longa do m. bíceps da coxa); e dos músculos curtos da região glútea (gêmeos superior e inferior e quadrado da coxa), se inserem no túber isquiático.



Fig. 54 – Paciente em decúbito lateral. A flexão do quadril facilita o acesso ao túber isquiático.

**Trocanter maior:** projeção acentuada da epífise proximal do fêmur. Pode ser visualizado na região lateral da coxa, superiormente.

Estratégia para a palpção: com o paciente em pé ou deitado. O trocanter maior pode ser palpado cerca de 10cm abaixo da crista ilíaca, na região lateral da coxa. Em decúbito lateral (direito se realizaremos a palpção do trocanter maior esquerdo), posicione o membro contra lateral em extensão. Posicione o membro a ser avaliado em flexão de quadril e joelho. Esse posicionamento permite a exposição do trocanter maior. Quando deitamos em **decúbito lateral o trocanter maior** apóia na maca (fig. 55).

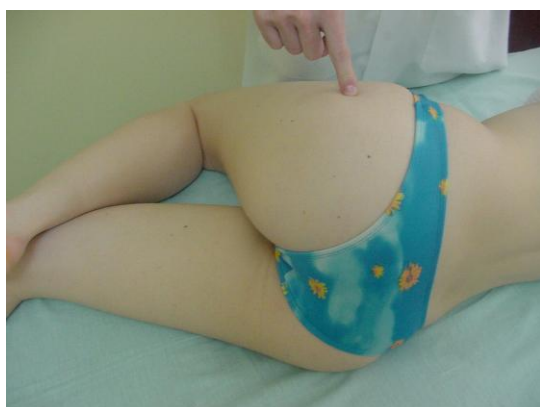


Fig. 55 – Paciente em decúbito lateral. O dedo indicador do avaliador indica a posição do trocanter maior.

**[LN6] Comentário:** Local de inserção dos músculos: glúteos médio e mínimo, obturadores interno e externo, piriforme, gêmeos superior e inferior e quadrado da coxa.

**[LN7] Comentário:** Esse posicionamento facilita a formação de úlceras por pressão sobre o trocanter maior.

**Tubérculo púbico:** pequeno tubérculo localizado no ramo superior do púbis. Serve de inserção para o ligamento inguinal.

**Estratégia para a palpção:** localize o trocater maior. Com a palma da mão apoiada no trocater maior, direcione o polegar para a linha mediana. O tubérculo púbico está localizado cerca de 2,5cm lateralmente à sínfise púbica (fig. 56).

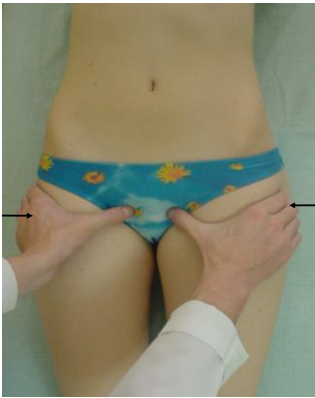


Fig. 56 – Paciente em decúbito dorsal. Localizando o trocater maior (setas), apóie a palma da mão sobre essa projeção óssea e, medialmente procure com o polegar a elevação formada pelo tubérculo púbico.

## 2. REGIÃO GLÚTEA

Localizada na parte posterior da pelve, pode ser limitada por uma linha imaginária que passa superiormente ao ponto mais elevado das cristas ilíacas até o sulco infraglúteo. O músculo glúteo máximo forma o volume principal da região glútea, entretanto, na região ântero-lateral, o músculo glúteo médio é superficial, contribuindo para o contorno da região glútea. A prega cutânea que recobre a margem inferior do músculo glúteo máximo é denominada de prega infraglútea, e a fenda que separa as nádegas é denominada de fenda interglútea.

**[LNS] Comentário:** O ligamento inguinal é formado pela margem inferior da aponeurose do m.oblíquo externo do abdome. Esse ligamento está fixo na espinha ilíaca ântero-superior e, estende-se até o tubérculo púbico.

**Músculos da região glútea:** os músculos da região glútea são: glúteos máximo, médio e mínimo, tensor da fáscia lata, piriforme, obturador interno, gêmeos superior e inferior, e quadrado femoral.

**Músculo glúteo máximo:** é composto por duas camadas de fibras. A camada superficial se insere no **trato iliotibial**, sua contração produz a extensão e rotação lateral da coxa. A camada profunda se insere na tuberosidade glútea do fêmur, produzindo durante a contração a extensão, adução e rotação lateral da coxa.

**Estratégia para a palpação:** posicione o paciente em decúbito ventral. Para o lado que será avaliado produza a **flexão do joelho (cerca de 90º)** e solicite que o paciente realize o movimento de extensão da coxa. Observe a contração do músculo glúteo máximo.

**Músculos glúteos médio e mínimo:** ambos são abdutores e rotadores mediais da coxa. Contudo, o m. glúteo médio apresenta fibras anteriores (flexoras e rotadoras medias), fibras médias (abductoras) e fibras posteriores (extensoras e rotadoras laterais).

**Músculos piriforme, obturador interno, gêmeos superior e inferior e quadrado da coxa:** são músculos que produzem a rotação lateral da coxa e fixam a cabeça do fêmur no acetábulo.

O músculo piriforme está em uma posição chave na região glútea. Possui origem na face pélvica do sacro (entre a S<sub>II</sub> e S<sub>IV</sub>), atravessa o forame isquiático maior e, insere-se no trocanter maior. Sua posição determina o nome dos vasos sanguíneos e nervos. Os vasos sanguíneos (a. e vv. glúteas superiores) emergem acima desse músculo, enquanto que os vasos sanguíneos (a. e vv. glúteas inferiores) emergem abaixo dele com o **nervo isquiático**.

**Estratégia para a palpação do m. piriforme:** o músculo piriforme pode ser palpado profundamente aos músculos glúteos, a pressão excessiva sobre o m. piriforme causa desconforto ao paciente. Podemos localizar o m. piriforme por meio de uma linha que passa da cova sacral (espinha ilíaca póstero-superior) para a margem superior do

**[LN9] Comentário:** O trato iliotibial é o espessamento da fáscia da coxa. Estende-se do ílio a tibia. É formado pela fáscia da coxa com as projeções tendíneas do m. glúteo máximo e m. tensor da fáscia lata. O trato iliotibial reforça e estabiliza lateralmente a articulação do joelho.

**[LN10] Comentário:** Esse movimento diminui a ação dos músculos isquiotibiais, que também realizam extensão da coxa.

**[LN11] Comentário:** Ação mais importante do glúteo médio é a manutenção do nível da pelve, quando uma perna permanece apoiada no solo, enquanto, a outra é elevada.

**[LN12] Comentário:** Uma variação anatômica comum é a passagem do nervo isquiático acima do m. piriforme e, algumas vezes atravessando suas fibras musculares.

trocanter maior. Após a localização da margem superior do músculo piriforme, posicione o paciente em decúbito lateral, flexione a coxa e o joelho do lado a ser avaliado, com a marcação da margem superior do m. piriforme, realiza a palpção profunda desse músculo (fig.57).

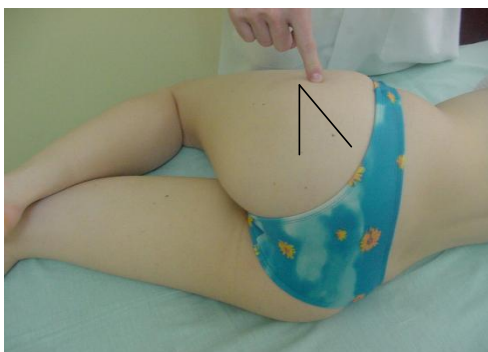


Fig. 57 - Paciente em decúbito lateral. O dedo indicador do avaliador aponta para o trocanter maior. As linhas demarcam a posição do m. piriforme.

**Músculo tensor da fáscia lata:** localizado na região superior e lateral da região glútea, o músculo tensor da fáscia lata produz a flexão e rotação medial da coxa.

**Estratégia para a palpção:** para evidenciar as fibras do músculo tensor da fáscia lata posicione o paciente em decúbito dorsal ou lateral. Solicite que o paciente faça uma flexão da coxa (cerca de 45º) com o joelho em extensão e uma rotação medial da coxa. Observe e palpe o m. tensor da fáscia lata na região lateral e superior da região glútea (fig. 58).



Fig. 58 - Paciente em decúbito lateral. Palpção do m. tensor da fáscia lata.

**[LN13] Comentário:** O músculo tensor da fáscia lata se insere na fáscia da coxa (fáscia lata), junto ao m. glúteo máximo. A ação sinérgica de ambos os músculos produzem a abdução da coxa, e são conhecidos como o deltóide glúteo.



**Nervo isquiático:** formado pelos ramos anteriores de L<sub>IV</sub> a S<sub>III</sub>. É o nervo com maior trajeto, atravessando a região glútea, face posterior da coxa e, quando se aproxima da região poplíteia se divide em nervos: **tibial e fibular comum**. O nervo isquiático pode ser localizado e palpado na região glútea.

**Estratégia para palpção:** com o paciente em decúbito lateral realize a flexão da coxa e do joelho. Localize o túber isquiático e o trocanter maior. O nervo isquiático está localizado a meia distância entre esses dois pontos ósseos de referência (fig. 59).

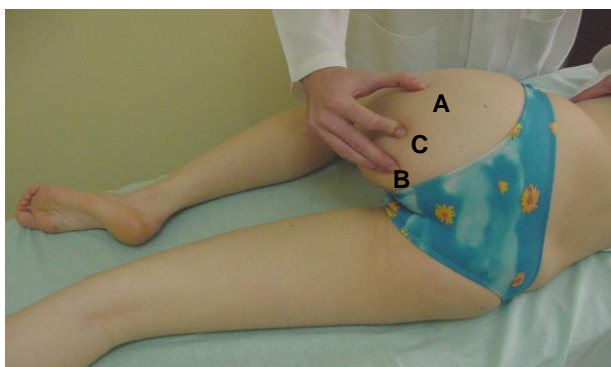


Fig. 59 – Paciente em decúbito lateral. Trocanter maior (A), túber isquiático (B) e nervo isquiático (C).

**[LN14] Comentário:** Os nervos tibial e fibular comum podem apresentar divisão proximal, ou seja, antes da região poplíteia.

### 3. REFERÊNCIAS

BACKHOUSE, Kenneth M.; HUTCHINGS, Ralph T. Atlas Colorido de Anatomia de Superfície Clínica e Aplicada. São Paulo: Manole, 1989.

DI DIO, John Alphonse Liberto. Tratado de Anatomia Sistemica Aplicada. São Paulo: Atheneu, 2002.

DRAKE, Richard L; VOGL, Wayne; MITCHELL, Adam W. M. Gray: anatomia para estudantes. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

GARDNER, Ernest; GRAY, Donald J; O'RAHILLY, Ronan. Anatomia: estudo regional do corpo humano. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOSS, Charles Mayo. Gray Anatomia. 29.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

MOORE, Keith L; DALLEY, Arthur F. Clinically Oriented Anatomy. 5.ed. Toronto: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

TIXA, Serge. Atlas de Anatomia Palpatoria. 3.ed. volume 2. São Paulo: Manole, 2009

### AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Prof. Me. Fábio Redivo Lodi, pelo auxílio prestado na preparação e aquisição das fotos e, aos modelos que participaram do projeto.

### AUTOR



**Prof. Me. Leandro Nobeschi**

Fisioterapeuta – Universidade do Grande ABC (UniABC)  
Tecnólogo em Radiologia – Centro Universitário Anhanguera de Santo André (UniA)  
Mestre em Morfologia – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)  
E-mail: nobeschi@institutocimas.com.br