



Testes Ortopédicos

MEMBROS INFERIORES

Principais
Testes Clínicos

Andreia Soares de Araújo • Danielle Dorand Amorim Sampaio
Danyelle Leite Furtado de Araújo • Edvan José Alves da Silva
Gabriel Alves dos Santos • José Diego Salles do Nascimento
José Williams da Silva • Marlon Alexandre de Albuquerque
Savio Douglas Ferreira Santana • Vitória Freire Alves
Organizadores

Testes Ortopédicos

MEMBROS INFERIORES

Andreia Soares de Araújo
Danielle Dorand Amorim Sampaio
Danyelle Leite Furtado de Araújo
Edvan José Alves da Silva
Gabriel Alves dos Santos
José Diego Salles do Nascimento
José Williams da Silva
Marlon Alexandre de Albuquerque
Savio Douglas Ferreira Santana
Vitória Freire Alves
Organizadores

Testes Ortopédicos

MEMBROS INFERIORES



Campina Grande
2025

Expediente EDUEPB

Design Gráfico e Editoração

Erick Ferreira Cabral

Jefferson Ricardo Lima A. Nunes

Leonardo Ramos Araujo

Assessoria Técnica

Thaise Cabral Arruda

Assessorias

Antonio de Brito Freire

Carlos Alberto de Araujo Nacre

Danielle Correia Gomes

Elizete Amaral de Medeiros

Eli Brandão da Silva

Efigênio Moura

Depósito legal na Câmara Brasileira do Livro - CDL

T343 Testes ortopédicos [recurso eletrônico] : membros inferiores /
organização de Andreia Soares de Araújo ... [et al.]. –
Campina Grande : EDUEPB-EduTec, 2025.
49 p. : il. color.

ISBN: 978-65-268-0069-0 (26.424 KB - PDF)

1. Ortopedia - Membros Inferiores. I. Araújo, Andreia
Soares de. II. Sampaio, Danielle Dorand Amorim. III.
Araújo, Danyelle Leite Furtado de. IV. Silva, Edvan José
Alves da. V. Santos, Gabriel Alves dos. VI. Nascimento,
José Diego Salles do. VII. Silva, José Williams da. VIII.
Albuquerque, Marlon Alexandre de. IX. Santana, Savio
Douglas Ferreira. X. Alves, Vitória Freire. XI. Título.

21. ed. CDD 617.58

Ficha catalográfica elaborada por Fernanda Mirelle de Almeida Silva - CRB - 15/483

O selo EDUTEC representa a chancela da Editora da Universidade Estadual da Paraíba (EDUEPB) para a publicação de materiais tecnocientíficos de natureza diversa, tais como livro técnico, tutoriais, cartilhas, produtos educacionais pedagógicos e técnicos, guias, roteiros, cartografias, dentre outros. Ao reunir obras com este selo, a editora reconhece e valoriza a relevância e o rigor tecnocientífico de produções voltadas para a disseminação do conhecimento especializado e o apoio a processos de ensino-aprendizagem em diferentes áreas. Os materiais publicados sob o selo EDUTEC se caracterizam pela robustez do conteúdo, pela clareza na apresentação das informações e pelo potencial de aplicação prática em contextos educacionais e profissionais. A EDUEPB reafirma seu compromisso com a edição e divulgação de uma tecnociência mais solidária, inclusiva, sustentável e, sobretudo, cidadã.

SUMÁRIO

TESTE ESPECIAIS PARA QUADRIL.....	1
Teste de Fadir.....	1
Teste de ruptura labral posterior	2
Teste de ruptura labral anterior.....	3
Teste de Patrick Fabere	4
Teste de Thomas	5
Teste de Ober	6
Teste de Rigidez do Quadril	8
Teste da Ponte Pélvica com Extensão Unilateral do Joelho	10
Teste de Trendelenburg	12
Teste de Ely.....	13
TESTE ESPECIAIS PARA JOELHO	14
Teste de Lachman Anterior.....	14
Teste da Gaveta Anterior.....	15
Teste da Gaveta Posterior.....	17
Teste de Pivot Shift.....	19
Teste de Valgo.....	21
Teste de Varo.....	23
Teste de McMurray	25
Teste de Apley.....	26
Teste de Compressão Patelar	27
TESTE ESPECIAIS PARA TORNOZELO	29
Teste de Gaveta Anterior.....	29
Teste de Dorsiflexão Forçada	31
Teste de Inclinação Talar.....	32
Royal London Hospital Test	34
Teste de Palpação Medial.....	36
Teste de Alinhamento Perna-Retropé.....	37
Teste de Thompson	39
Teste de Translação Fibular	40
REFERÊNCIAS	41

TESTES ESPECIAIS PARA QUADRIL

TESTE DE FADIR



Sensibilidade: 99%
Especificidade: 5%
(Reiman *et al.*, 2015)

Objetivo do teste:

Avaliação de Impacto Femoroacetabular

Procedimento:

- Paciente em decúbito dorsal, o examinador posiciona uma mão no terço distal da perna, e outra mão no joelho, e, de forma passiva realiza a flexão a 90°, adução, e rotação interna do quadril.

Se no momento da rotação interna o paciente relatar uma dor apontando para a região do acetábulo, o teste é positivo para Impacto Femoroacetabular.



A



B

Fig 1: (A) Posição inicial; (B) Posição final do teste de Fadir

TESTE DE RUPTURA LABRAL POSTERIOR

Esse teste não apresentou estudo com determinação de sensibilidade ou especificidade

Objetivo do teste:

Avaliação de ruptura da região posterior do lábio acetabular.

Procedimento:

- Paciente em decúbito dorsal com a coluna vertebral neutra. O examinador realiza passivamente a flexão, adução e rotação interna máximas do quadril do paciente, seguido de rotação externa, abdução e extensão.

Se houver reprodução da dor familiar na virilha do paciente com ou sem um clique, o teste é considerado positivo.

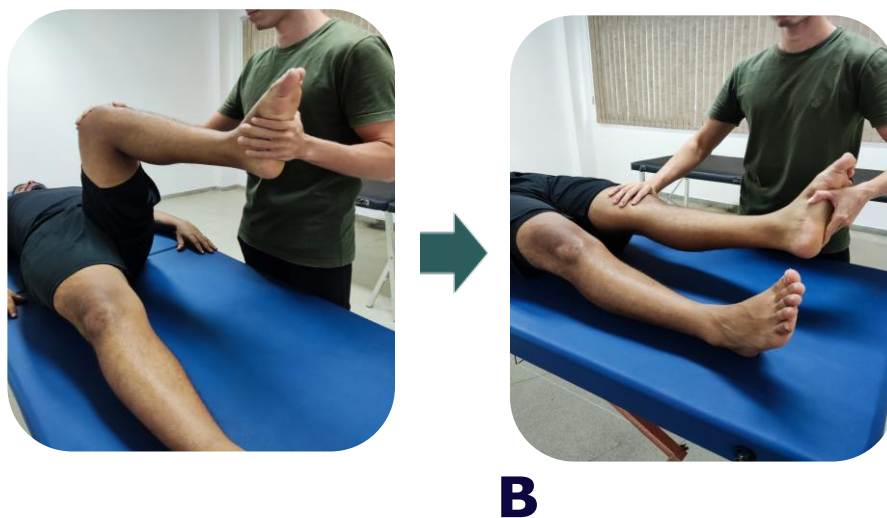


Fig 2: (A) Posição inicial; (B) Posição final do teste de ruptura labral posterior

TESTE DE RUPTURA LABRAL ANTERIOR



Em pacientes tratados para lesões labrais, sua sensibilidade é relatada como 95% a 100%; e em um pequeno grupo de pacientes submetidos à osteotomia periacetabular, sua sensibilidade foi de 59% e especificidade de 100%

Objetivo do teste:

Avaliação de ruptura da região anterior do lábio acetabular.

Procedimento:

- Paciente em decúbito dorsal com a coluna vertebral neutra. O examinador realiza passivamente a flexão, abdução e rotação externa (RE) máximas do quadril do paciente, seguido de adução, rotação interna e extensão do quadril.

Se houver reprodução da dor familiar na virilha do paciente com ou sem um clique, o teste é considerado positivo.

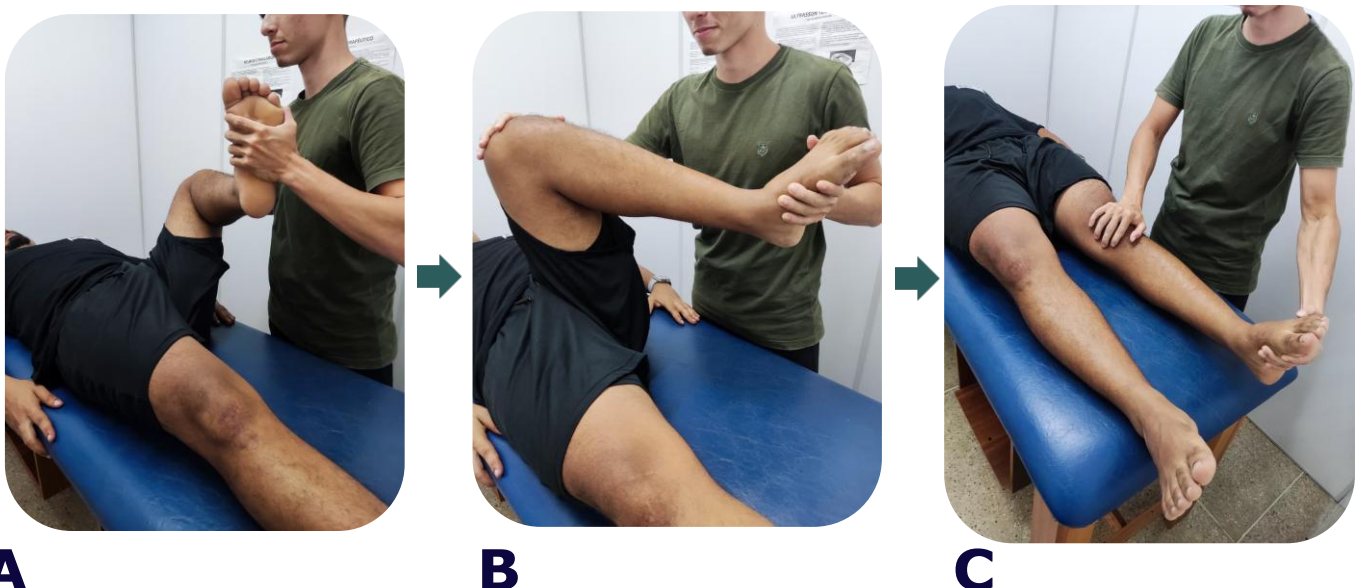


Fig 3: (A) Posição de flexão, abdução e RE; (B) Posição de adução e RI do quadril; (C) Extensão e RI de quadril

TESTE DE PATRICK FABERE



Sensibilidade: 0,6-0.62
Especificidade: 0.18-0.75
(Pasic *et al.*, 2014)

Objetivo do teste:

Avaliação da região anterior e posterior de quadril.

Procedimento:

- Paciente em decúbito dorsal, o examinador pede para que o paciente posicione um membro inferior sobre o outro formando um "4" (ex: colocando a perna direita por cima do joelho esquerdo)
- O terapeuta posiciona uma mão no quadril contralateral do paciente, e outra no joelho que está fletido, forçando esse movimento.
- Se o paciente relatar dor na parte posterior, pode ser indicativo de sacroilite, enquanto que dor na região anterior da virilha no lado testado pode indicar alguma lesão na articulação do quadril.

Se no momento da rotação externa o paciente relatar uma dor apontando para a região do acetábulo, o teste é positivo para Impacto Femoroacetabular.



A

B

Fig 4: (A) Posição inicial; (B) Posição final do teste de Patrick Fabere

TESTE DE THOMAS

 Esse teste não apresentou estudo com determinação de sensibilidade ou especificidade

Objetivo do teste:

Avaliação para encurtamento do iliopsoas.

Procedimento:

- Paciente em decúbito dorsal, com a região glútea na extremidade da maca, o paciente realiza a flexão de ambos os joelhos segurando-os contra o tórax. Em seguida, estende um dos membros inferiores, mantendo o contralateral em flexão.

O teste é positivo quando a perna que está estendida se mantém elevada, indicando encurtamento de flexores do quadril, especificamente de iliopsoas.



A



B

Fig 5: (A) Posição inicial; (B) Posição final do teste de Thomas

TESTE DE OBER



Esse teste não apresentou estudo com determinação de sensibilidade ou especificidade

Objetivo do teste:

Avaliação para indicar limitação na adução por influência/contratura da banda iliotibial (IT).

Procedimento:

- Paciente em decúbito lateral, com o lado do membro inferior a ser realizado o teste para cima, e com o quadril e joelho da perna ligeiramente fletidos para maior estabilidade.
- O examinador posiciona uma mão no quadril para manter a estabilidade, e outra logo abaixo do joelho para realizar a abdução associada a extensão do quadril.
- Em seguida, o examinador retorna lentamente a perna que está na parte superior em direção a mesa.

O teste é positivo se a perna que está disposta superiormente não conseguir aduzir o suficiente para tocar na mesa, indicando uma banda iliotibial encurtada.

Notas clínicas

- Alguns autores descrevem duas versões: Com o joelho do lado testado em 90° de flexão e em seguida realiza a extensão. O examinador posiciona uma mão no quadril para manter a estabilidade, e outra logo abaixo do joelho para realizar a abdução associada a extensão do quadril.
- Os autores investigaram o papel da banda do IT na limitação da adução durante este teste e descobriram que o glúteos médio e mínimo e a cápsula articular do quadril podem ter um papel mais importante do que a banda IT, o que tornaria o teste de Ober inválido para o Tensor da Fáscia Lata e Banda iliotibial

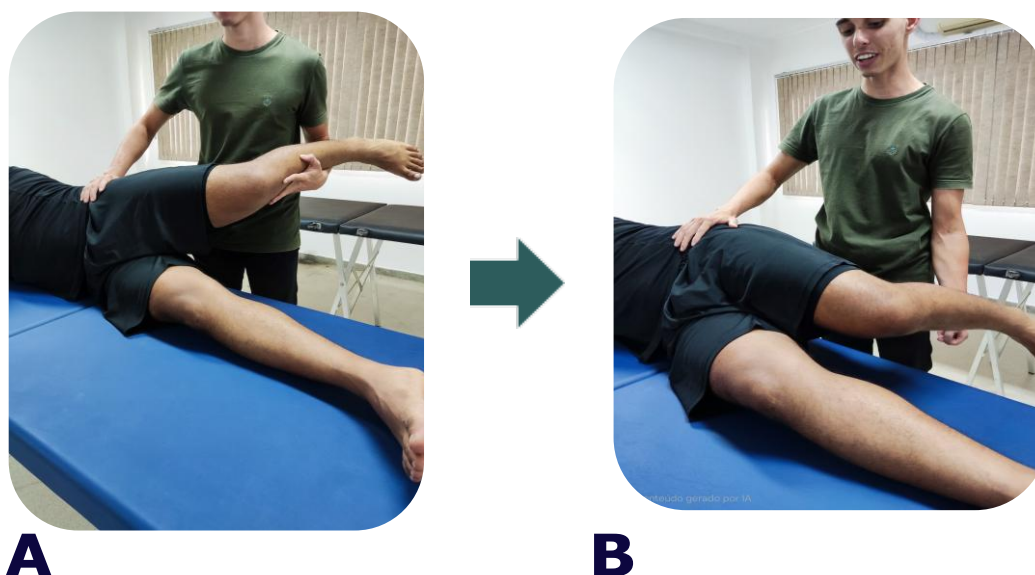


Fig 6: (A) Posição inicial; (B) Posição final do teste de Ober

TESTE DE RIGIDEZ DO QUADRIL



Esse teste não apresentou estudo com determinação de sensibilidade ou especificidade

Objetivo do teste:

Avaliação da amplitude do movimento de rotação interna passiva de rotadores laterais.

Procedimento:

- Paciente em decúbito ventral com pelve estabilizada.
- O avaliador localiza 5 cm abaixo da tuberosidade anterior da tíbia (TAT) e posiciona o inclinômetro, em seguida realiza de 3 a 5 rotações mediais passivas de quadril, anotando o maior valor.

O teste não tem positividade específica, mas tem valores de referência, de tal modo que, se o inclinômetro indicar 30-40° (boa rigidez), <30° (alta rigidez), >40° (baixa rigidez).

Também é possível observar o nível de assimetria entre membros quando há uma diferença maior que 5° graus de ADM.

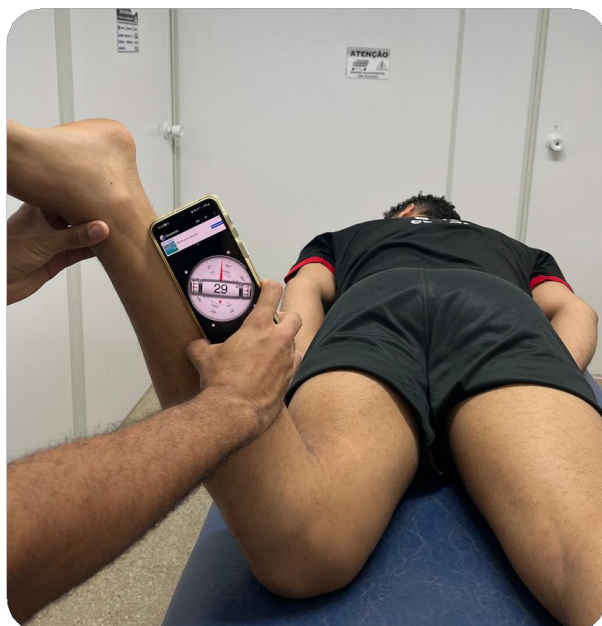


Fig 7: Teste de Rigidez do Quadril

TESTE DA PONTE PÉLVICA COM EXTENSÃO UNILATERAL DO



Esse teste não apresentou estudo com determinação de sensibilidade ou especificidade

Objetivo do teste:

Avaliação de instabilidade lombopélvica

Procedimento:

- Paciente em decúbito dorsal com as mãos colocadas sob a cabeça, quadril e joelhos fletidos e pés apoiados. É solicitado que o paciente eleve a pelve e estenda um dos joelhos na mesma altura que a coxa do membro contralateral, em seguida ele deve sustentar a posição por 10s com o objetivo de identificar o padrão de movimento pélvico.
- Pode-se solicitar 3 repetições com cada membro inferior.
- O avaliador deve se posicionar de forma que perceba o ângulo de queda pélvica durante o movimento de elevação da pelve e de extensão do
- No teste o avaliador busca identificar assimetrias entre os lados e se a queda foi leve ou acentuada.

O teste é positivo se durante a última série e/ou ao final dos 10s houver uma queda da pelve, portanto indicando déficit muscular de resistência do músculo glúteo médio ou déficit de estabilidade lombopélvica.



A



B

Fig 8: (A) Posição inicial; (B) Posição final do teste da ponte pélvica com extensão unilateral do joelho

TESTE DE TRENDELEMBURG



Sensibilidade = 0,23-0,73,
Especificidade = 0,77-0,94
(McCarney, 2020)

Objetivo do teste:

O sinal de Trendelenburg é frequentemente observado em pacientes com fraqueza do abdutor do quadril (Glúteo Médio), como ocorre com frequência na osteoartrite do quadril.

Procedimento:

- Paciente em bipedestação, o terapeuta pede que o paciente flexione uma das pernas, e observa o alinhamento da pelve do paciente.

O teste é positivo se houver uma queda do quadril do paciente, indicando fraqueza de glúteo médio para o lado que está apoiado.



Fig 9: (A) Posição inicial; (B) Posição final do Teste de Trendelenburg

TESTE DE ELY

 Esse teste não apresentou estudo com determinação de sensibilidade ou especificidade

Objetivo do teste:

O teste de Ely busca identificar o encurtamento do músculo reto femoral.

Procedimento:

- Paciente em decúbito ventral, o terapeuta realiza a passivamente a flexão máxima do joelho, e observa se há uma elevação do quadril durante a flexão do joelho.

O teste é positivo se houver essa elevação do quadril homolateral, indicando encurtamento do reto femoral.

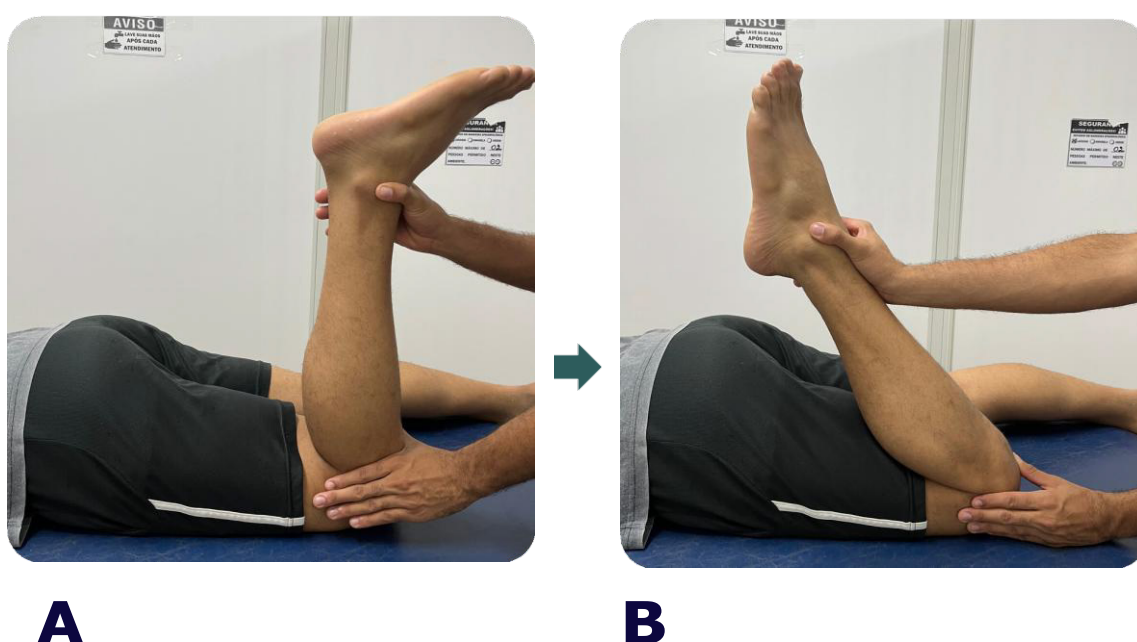


Fig 10: (A) Posição inicial; (B) Posição final do Teste de Ely

TESTES ESPECIAIS PARA JOELHO

TESTE DE LACHMAN ANTERIOR



Sensibilidade: 86%
Especificidade: 91%
(Prins, 2006)

Objetivo do teste:

Avaliação de lesão total ou parcial no ligamento cruzado anterior (LCA) do joelho.

Procedimento:

- Paciente em decúbito dorsal, com as articulações do joelho e do quadril flexionados a cerca de 20° a 30°. O examinador posiciona uma mão na coxa e move a tíbia no sentido anterior com a outra mão.

Nesta posição da articulação, o LCA tem uma função estabilizadora essencial, pois o braço de alavanca dos músculos isquiotibiais é minimizado. O teste é positivo quando ocorre uma translação excessiva da tíbia e ausência ou diminuição da parada ao movimento final.

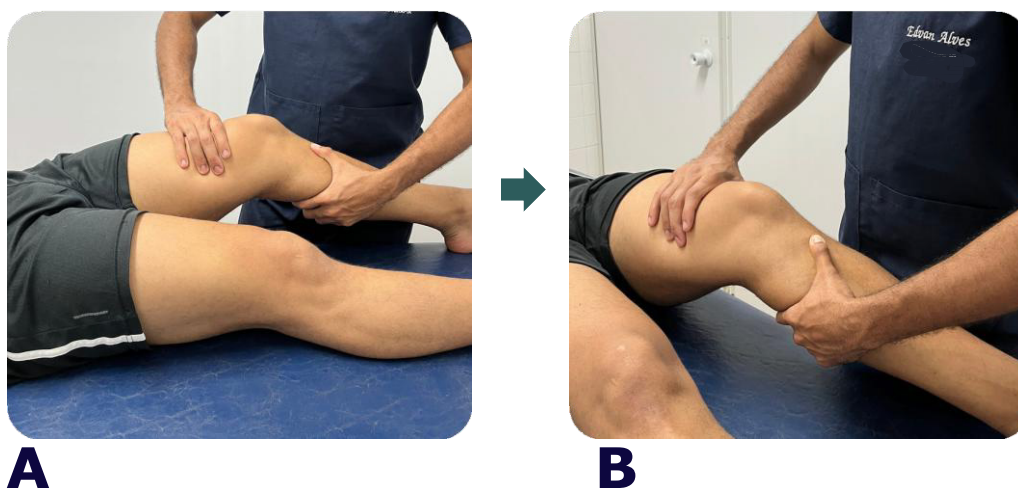
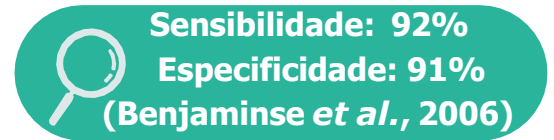


Fig 11: (A) Posição inicial; (B) Posição final do Teste de Lachman Anterior

TESTE DA GAVETA ANTERIOR



Objetivo do teste:

Avaliação da integridade do ligamento cruzado anterior (LCA).

Procedimento:

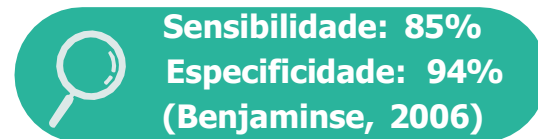
- Paciente em decúbito dorsal com o quadril flexionado em 45° e o joelho em 90° de flexão. O examinador pode fixar essa posição sentando-se no antepé do paciente.
- Em seguida, o examinador palpa a linha articular com os polegares enquanto segura a tíbia anteriormente. Após isso, o examinador translada a tíbia anteriormente.

O teste é positivo quando há grande deslocamento anterior da tíbia em relação ao MI contralateral.



Fig 12: Teste da Gaveta Anterior

TESTE DA GAVETA POSTERIOR



Objetivo do teste:

Avaliação da integridade do ligamento cruzado posterior (LCP).

Procedimento:

- Paciente em posição supina deitado com o quadril flexionado em 45° e o joelho em 90° de flexão. O examinador pode fixar essa posição sentando-se no antepé do paciente.
- Em seguida, o examinador palpa a linha articular com os polegares enquanto segura a tíbia anteriormente. Após isso, o examinador translada a tíbia posteriormente.
- Sinais e sintomas: sensação de extremidade macia ou mole, ou aumento da translação posterior no joelho testado em comparação com o outro joelho.

O aumento de movimento posterior sugere lesão no LCP.



Fig 13: Teste da Gaveta Posterior

TESTE DE PIVOT SHIFT



Sensibilidade: 24%
Especificidade: 98%
(Benjaminse *et al.*, 2006)

Objetivo do teste:

Avaliação de lesões do LCA, utilizando o fenômeno de subluxação dinâmica que ocorre durante 20-40° de flexão do joelho durante a marcha com um LCA rompido.

Procedimento:

- Paciente em posição supina deitado com o quadril flexionado e abduzido a 30° em leve rotação medial.
- Em seguida, o examinador deve segurar a perna do paciente na altura do calcâneo e colocar a tíbia em rotação interna.
- Alguns autores também descrevem a compressão axial adicional. Com a outra mão, o examinador deve aplicar uma força em valgo por trás da fíbula. Isso subluxa a tíbia anteriormente em relação ao fêmur em extensão. Em seguida, flexionar lentamente o joelho do paciente.

- Sinais e sintomas: Se a tíbia for reduzida ou se deslocar para trás em torno de 30 a 40° de flexão devido ao aperto da banda iliotibial. Isso pode produzir um som de estalo e, muitas vezes, o paciente descreve isso como uma sensação reconhecível de "ceder".



A



B



C

Fig 14: (A) Posição inicial; (B) Rotação interna da tíbia; (C) Posição final do teste de Pivot-shift

Notas clínicas

- Assim como ocorre com outros testes para o LCA, a contração muscular protetora em uma situação aguda pode levar a um teste falso-negativo, e é por isso a recomendação que o paciente relaxe o máximo possível e, possivelmente, repita o teste algumas vezes.

TESTE DE VALGO



Sensibilidade: 78%
Especificidade: 67%
(Kastelein *et al.*, 2008)

Objetivo do teste:

Avaliação da integridade dos ligamentos colaterais medial (LCM).

Procedimento:

- Paciente deitado em decúbito dorsal. O terapeuta flexiona o joelho do paciente a 30° e posiciona uma das mãos estabilizando a região distal da perna e a outra na região lateral do joelho, aplicando uma força em direção medial.
- A abertura da interlinha articular demonstra frouxidão ou lesão do ligamento colateral medial.
- Sinais e sintomas: Abertura da interlinha articular a 0° de flexão do joelho indica lesão tanto das fibras superficiais como as fibras profundas do ligamento colateral medial e a abertura aos 30° de flexão do joelho indica lesão somente das fibras superficiais.



A



B

Fig 15: (A) Posição inicial; (B) Posição final do Teste de Valgo

TESTE DE VARO



Sensibilidade: 25%
(Harilainen *et al.*, 1987)
Especificidade: -

Objetivo do teste:

Avaliação da integridade do ligamento colateral lateral (LCL).

Procedimento:

- Paciente em decúbito dorsal. O terapeuta flexiona o joelho do paciente a 30°, posiciona uma das mãos estabilizando a região distal da perna e a outra na face medial do joelho, aplicando força em direção lateral. A abertura da interlinha articular indica frouxidão ou lesão do ligamento colateral lateral.

Sinais e sintomas: Abertura da interlinha articular a 0° indica lesão tanto das fibras superficiais como as fibras profundas do ligamento colateral lateral e a abertura aos 30° indica lesão somente das fibras superficiais.

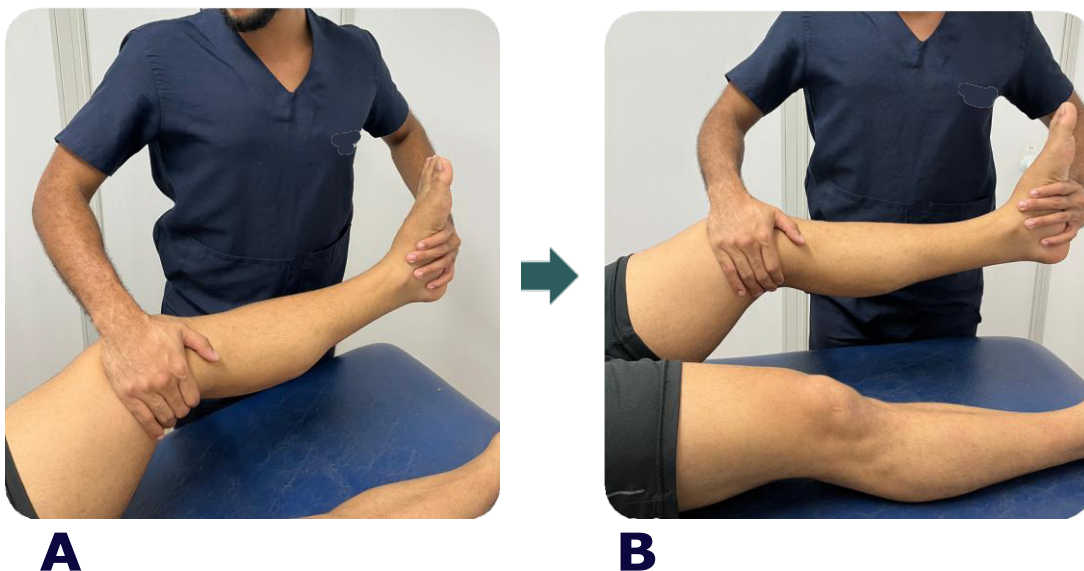


Fig 16: (A) Posição inicial; (B) Posição final do Teste de Varo

TESTE DE MCMURRAY



Sensibilidade: 61%
Especificidade: 84%
(Smith *et al.*, 2015)

Objetivo do teste:

Avaliação de lesões meniscais do joelho.

Procedimento:

- Paciente deitado em decúbito dorsal, o examinador flexiona e estende o joelho enquanto realiza uma rotação interna e externa da tibia.

Durante o movimento, o examinador procura por cliques ou estalidos que podem indicar uma lesão no menisco.

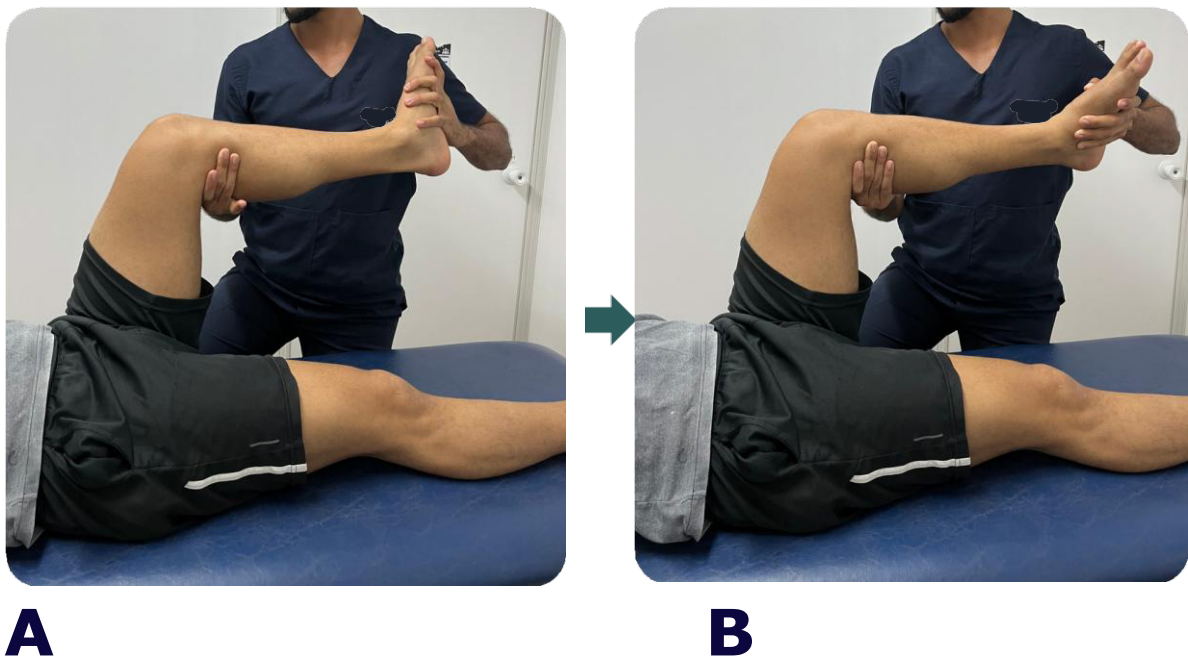


Fig 17: (A) Posição inicial; (B) Posição final do Teste de McMurray

TESTE DE APLEY



Sensibilidade: 60%
Especificidade: 70%
(Hegedus *et al.*, 2007)

Objetivo do teste:

Utilizado para diferenciar entre lesões no menisco e lesões ligamentares no joelho.

Procedimento:

- Paciente deitado em decúbito ventral com o joelho flexionado em 90°, o examinador aplica pressão no pé do paciente enquanto realiza uma rotação interna e externa da tíbia.

O teste é positivo para lesão no menisco se houver dor durante a rotação e negativo se a dor estiver presente apenas na compressão.



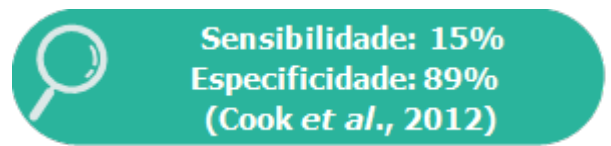
A



B

Fig 18: (A) Posição inicial; (B) Posição final do Teste de Apley

TESTE DE COMPRESSÃO PATELAR



Objetivo do teste:

Identificar disfunção patelofemoral.

Procedimento:

- O paciente deve estar em decúbito dorsal, com o joelho completamente estendido e relaxado. O examinador, então, posiciona a mão sobre a parte superior da patela do paciente, aplicando uma pressão para baixo, em direção aos pés. Em seguida, o examinador pede para o paciente contrair o quadríceps, enquanto a pressão na patela é mantida.

O teste é considerado positivo se o paciente relata dor na região retropatelar ou apresenta incapacidade de manter a contração do quadríceps devido à dor. Isso sugere uma disfunção patelofemoral.



Fig 19: Teste de Compressão Patelar

TESTES ESPECIAIS PARA TORNOZELO

TESTE DE GAVETA ANTERIOR



Sensibilidade: 83%
Especificidade: 40%
(Croy *et al.*, 2013)

Objetivo do teste:

Avaliação da integridade do ligamento Talofibular anterior.

Procedimento:

- Paciente deitado em DD, com parte superior da perna apoiada pela mesa, a articulação do joelho é flexionada e a articulação do tornozelo é mantida em 10-15° de flexão plantar. Então, o examinador segura o calcanhar, enquanto o pé do paciente fica no aspecto anterior do seu antebraço. Com a outra mão, o examinador segura a tíbia do paciente e traciona o pé anteriormente.

O teste é positivo na presença de translação anterior aumentada em comparação ao tornozelo não afetado e pode-se observar ainda um sulco aparecendo no aspecto ântero lateral do tálus.



Fig 20: Teste de Gaveta Anterior

TESTE DE DORSIFLEXÃO FORÇADA



Sensibilidade: 95%
Especificidade: 88%
(Molloy *et al.*, 2003)

Objetivo do teste:

Avaliação de impacto anterior do tornozelo.

Procedimento:

- Paciente sentado, o examinador estabiliza o aspecto distal da tíbia e coloca seu polegar posterior ao maléolo medial. Aplica-se uma leve pressão. O examinador faz então um movimento de dorsiflexão forçada.

O teste é positivo na presença de dor na região anterolateral do pé durante a dorsiflexão forçada.



A



B

Fig 21: (A) Posição inicial; (B) Posição final do Teste de Dorsiflexão Forçada

TESTE DE INCLINAÇÃO TALAR



Sensibilidade: 89%
Especificidade: 98%
(Rubinstein *et al.*, 1994)

Objetivo do teste:

Avaliação da integridade do ligamento calcaneofibular, talofibular e ligamento deltoide.

Procedimento:

- Paciente sentado com a perna a ser testada para fora da mesa. O examinador coloca a articulação talocrural do paciente em 10-20° de flexão plantar e supina o pé.
- Em seguida, o examinador coloca a articulação talocrural em posição neutra e supina o pé novamente para testar o ligamento calcaneofibular.
- Nesta posição, o examinador também efetua a pronação para testar a integridade do ligamento deltoide. Por fim, o examinador coloca a articulação talocrural em dorsiflexão máxima e executa novamente a supinação para testar o ligamento talofibular posterior.

O teste é positivo na presença de dor ou frouxidão em comparação ao lado não afetado.



A



B



C



D

Fig 22: (A) Supinação com tornozelo em flexão plantar; (B) Supinação com tornozelo neutro; (C) Pronação com tornozelo em flexão plantar; (D) Supinação com tornozelo em dorsiflexão Talar

ROYAL LONDON HOSPITAL TEST



Sensibilidade: 54%
Especificidade: 86%
(Reiman *et al.*, 2014)

Objetivo do teste:

Avaliação da integridade do tendão do calcâneo.

Procedimento:

- Paciente em decúbito ventral com o pé para fora da maca. Com o tornozelo em posição neutra ou levemente flexionado enquanto o terapeuta apalpa o tendão de Aquiles para verificar se há sensibilidade.
- Em seguida, pede-se ao paciente que mova o tornozelo até a dorsiflexão máxima.
- Posteriormente, o tendão é novamente palpado no ponto sensível encontrado anteriormente, então, pede-se ao paciente que mova o pé para a flexão plantar máxima e o ponto sensível é novamente palpado.

O teste é positivo se não houver dor na dorsiflexão.



A



B

Fig 23: (A) Posição inicial; (B) Posição final do Royal London Hospital Test

TESTE DE PALPAÇÃO MEDIAL



Sensibilidade: 57%
Especificidade: 59%
(DeAngelis *et al.*, 2007)

Objetivo do teste:

Diferenciação diagnóstica entre lesão ligamentar e lesão óssea.

Procedimento:

- Paciente deitado em decúbito dorsal ou sentado. O examinador coloca pressão sobre a área do ligamento deltóide.

O teste é positivo na presença de dor indicando lesão ligamentar.



Fig 24: Teste de Palpação Medial

TESTE DE ALINHAMENTO PERNA-RETROPÉ



Sensibilidade: 86%
Especificidade: 86%
(Strauss *et al.*, 2007)

Objetivo do teste:

Avaliação do retropé varo ou valgo.

Procedimento:

- Com o pé não acometido, o examinador faz uma marca sobre a linha média do calcânhar, na inserção do tendão calcâneo. Em seguida, é feita uma segunda marca, aproximadamente 1 cm distal à primeira, próxima à linha média do calcâneo, quando possível. O avaliador junta as duas marcas com uma linha no calcânhar.
- No terço inferior da perna, o avaliador faz duas marcações ao longo da linha média do tendão calcâneo e as une, formando uma linha tibial, que representa o eixo longitudinal da tíbia.
- O examinador coloca a articulação subtalar em posição neutra de pronação, e observa se as linhas formam uma linha reta única ou um ângulo. Caso seja formado um ângulo, o valor da angulação é medido.

O teste é positivo na presença de dor ou frouxidão em comparação ao lado não afetado.



A



B

Fig 25: (A) Posição inicial; (B) Posição final do Teste de Alinhamento Perna-Retropé

TESTE DE THOMPSON



Sensibilidade: 96%
Especificidade: 93%
(Reiman *et al.*, 2014)

Objetivo do teste:

Avaliação da ruptura do tendão do calcâneo.

Procedimento:

- Paciente em decúbito ventral com o joelho em flexão. O terapeuta faz uma preensão no ventre do músculo gastrocnêmio e observa a ocorrência da flexão plantar. Se a compressão da panturrilha resultar em flexão plantar do pé, pode-se presumir que o tendão está intacto.

O teste é positivo se houver perda da flexão plantar.

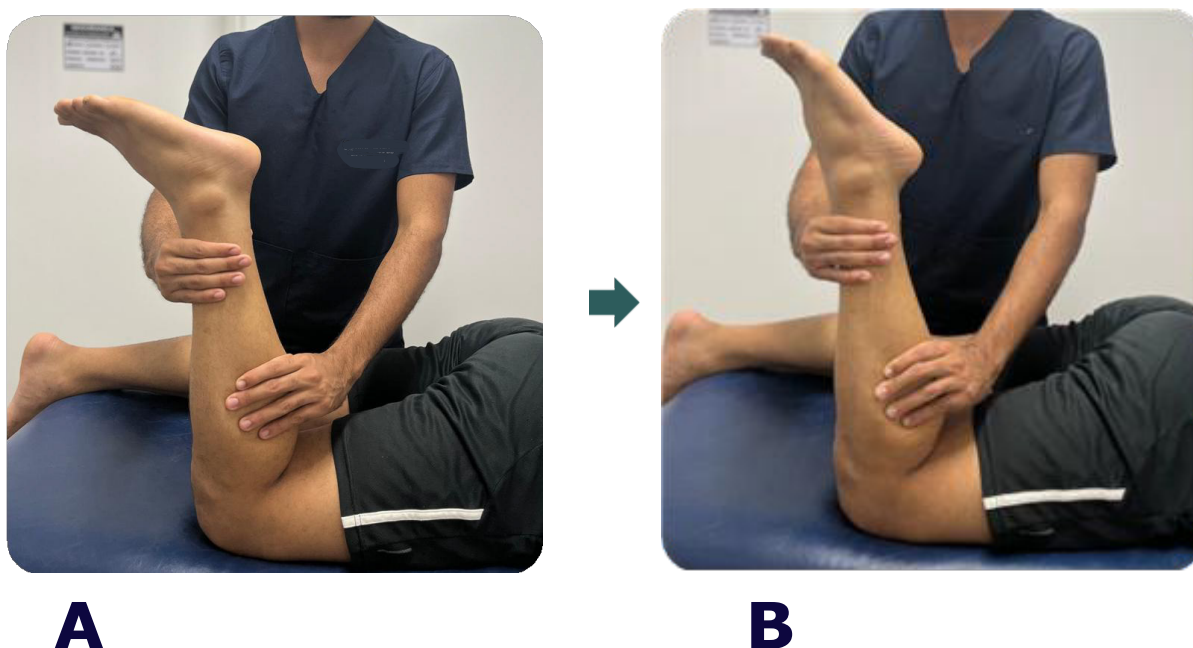


Fig 26: (A) Posição inicial; (B) Posição final do Teste de Thompson

TESTE DE TRANSLAÇÃO FIBULAR



Sensibilidade: 82%
Especificidade: 88%
(Beumer *et al.*, 2022)

Objetivo do teste:

Avaliação da mobilidade da dorsiflexão do tornozelo e possíveis limitações de amplitude de movimento na articulação talocrural.

Procedimento:

- Paciente em decúbito lateral, o terapeuta aplica uma força anterior e posterior à fíbula ao nível da sindesmose.

O teste é positivo quando há dor durante a translação e um maior deslocamento da fíbula em comparação ao membro contralateral.



Fig 27: Teste de Translação Fibular

REFERÊNCIAS

BENJAMINSE, A. et al. Clinical Diagnosis of an Anterior Cruciate Ligament Rupture: A Meta-analysis. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, v. 36, n. 5, p. 267–288, 2006.

COOK, C.; HEGEDUS, E. Testes Ortopédicos em Fisioterapia. Barueri: Editora Manole, 2015. E-book. ISBN 9788520448731. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520448731/>. Acesso em: 15 set. 2024.

CROY, T. et al. Anterior Talocrural Joint Laxity: Diagnostic Accuracy of the Anterior Drawer Test of the Ankle. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, v. 43, n. 12, p. 911–919, 2013.

DeANGELIS, N. et al. Does medial tenderness predict deep deltoid ligament incompetence in supination-external rotation type ankle fractures? *J Orthop Trauma*. 2007;21:244–247.

HARILAINEN, A. Evaluation of knee instability in acute ligamentous injuries. In: *Annales chirurgiae et gynaecologiae*. 1987. p. 269-273.

HASSELBLAD, V. et al . Testes de exame físico para avaliar um menisco rompido no joelho: uma revisão sistemática com meta-análise. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, v. 37, n. 9, p. 541–550, 2007. Disponível em: <<http://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2007.2560>>. Acesso em: 12 set. 2024.

HANANOUCHI, Takehito et al. Anterior Impingement Test for Labral Lesions Has High Positive Predictive Value. *Clinical Orthopaedics & Related Research*, [S.L.], v. 470, n. 12, p. 3524-3529, dez. 2012. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1007/s11999-012-2450-0>.

HEGEDUS, E. J. et al. Testes de exame físico para avaliar um menisco rompido no joelho: uma revisão sistemática com meta-análise. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, v. 37, n. 9, p. 541–550, 2007. Disponível em: <<http://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2007.2560>>. Acesso em: 12 set. 2024.

KASTELEIN, M. et al. Assessing Medial Collateral Ligament Knee Lesions in General Practice. *The American Journal of Medicine*, v. 121, n. 11, p. 982-988.e2, 2008.

MOLLOY, S. et al. Synovial impingement in the ankle: a new physical sign. *J Bone Joint Surg Br*. 2003;85(3):330–333.

NUNES, G. S. et al. Clinical test for diagnosis of patellofemoral pain syndrome: Systematic review with meta-analysis. *Phys Ther Sport*. 2013 Feb;14(1):54-9. doi: 10.1016/j.ptsp.2012.11.003. Epub 2012 Dec 8. PMID: 23232069.

BRYANT, Nick Pasic Dianne et al. Diagnostic Validity of the Physical Examination Maneuvers for Hip Pathology: a systematic review. *Orthopedic & Muscular System*, [S.L.], v. 03, n. 02, jan. 2014. OMICS Publishing Group. <http://dx.doi.org/10.4172/2161-0533.1000157>.

PRINS, M. The Lachman test is the most sensitive and the

pivot shift the most specific test for the diagnosis of ACL rupture. *Australian Journal of Physiotherapy*, v. 52, n. 1, p. 66, 2006.

REIMAN, M. et al. Diagnostic accuracy of clinical tests for the diagnosis of hip femoroacetabular impingement/labral tear: a systematic review with meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, v. 49, n. 12, p. 811–811, 2015.

REIMAN, M. et al. The Utility of Clinical Measures for the Diagnosis of Achilles Tendon Injuries: A Systematic Review With Meta-Analysis. *Journal of Athletic Training*, v. 49, n. 6, p. 820–829, 2014.

ROSEN, A. B. et al. Diagnostic accuracy of instrumented and manual talar tilt tests in chronic ankle instability populations. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, v. 25, n. 2, 2015.

ROSS, M. et al. Confiabilidade do teste-reteste do teste de amplitude de movimento do quadril de Patrick em homens saudáveis em idade universitária. *Journal of Strength and Conditioning Research* 17(1):p 156-161, fevereiro de 2003.

RUBINSTEIN, R. et al. The Accuracy of the Clinical Examination in the Setting of Posterior Cruciate Ligament Injuries. *The American Journal of Sports Medicine*, v. 22, n. 4, p. 550–557, 1994.

SMITH, B. E. et al. Testes especiais para avaliar rupturas meniscais no joelho: uma revisão sistemática e meta-análise. *BMJ Evidence-Based Medicine*, v. 20, n. 3, p. 88–97, 2015. Disponível em: <<https://ebm.bmj.com/content/20/3/88>>. Acesso em: 12 set. 2024.

STRAUSS, J. E. et al . Chronic lateral ankle instability and associated conditions: arationale for treatment. Foot Ankle Int. 2007;28:1041-1044.

YOUDAS, J. et al. Usefulness of the Trendelenburg test for identification of patients with hip joint osteoarthritis. Physiotherapy Theory and Practice, v. 26, n. 3, p. 184–194, 2010.