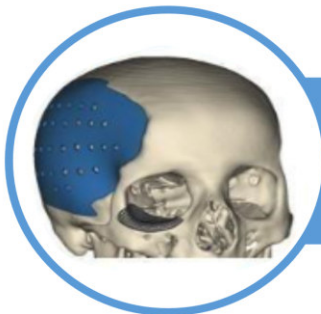




O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM SÍNDROME DO TRATO ILIOTIBIAL (STIT)

Matheus Moreno de Oliveira, Helder Nogueira Aires



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n1254-1266>

Artigo recebido em 20 de Agosto e publicado em 30 de Setembro de 2025

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

A Síndrome do Trato Iliotibial (STIT) é uma condição comum em atletas, caracterizada por dor lateral no joelho. Este estudo visa delinear o perfil epidemiológico de pacientes com STIT, identificando fatores de risco e grupos mais afetados. A STIT prevalece em corredores e ciclistas, com maior incidência em mulheres jovens (20-40 anos), devido a fatores anatômicos e biomecânicos. Desalinhamentos, fraqueza muscular do quadril, erros de treino e aumento súbito na intensidade do exercício são fatores de risco significativos. O diagnóstico é clínico, baseado na dor no epicôndilo lateral do fêmur e teste de Noble positivo. O tratamento é conservador, com repouso, gelo, alongamento e fortalecimento muscular. O conhecimento do perfil epidemiológico é crucial para prevenção e tratamento eficaz da STIT.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome da banda iliotibial, dor lateral do joelho, atrito do trato iliotibial, fatores biomecânicos.

INTRODUÇÃO

A Síndrome do Trato Iliotibial (STIT), uma condição inflamatória prevalente em atletas, notadamente corredores e ciclistas, manifesta-se em decorrência do atrito repetitivo entre o trato iliotibial (uma densa banda fibrosa que se estende do quadril à tíbia) e o epicôndilo lateral do fêmur. Este processo friccional induz inflamação local, resultando em dor. A dor no joelho, impacta a mobilidade e a qualidade de vida, afeta um quarto da população adulta. A síndrome da banda iliotibial (SBIT) representa uma etiologia comum de dor lateral do joelho².

Clinicamente, a STIT é significativa devido ao seu potencial de restringir a capacidade funcional e o desempenho atlético. A dor intensa na face lateral do joelho pode impedir a participação em atividades esportivas e comprometer tarefas cotidianas, como deambulação e transposição de escadas. A intervenção diagnóstica e terapêutica precoce são cruciais para mitigar complicações e promover a recuperação integral do paciente¹.

A Síndrome do Trato Iliotibial (STIT), uma patologia comum entre atletas, particularmente corredores e ciclistas, é reconhecida como uma das principais causas de dor lateral no joelho em praticantes de corrida. Estudos demonstram que a incidência de STIT em corredores varia entre 1,6% e 12%. Adicionalmente, estima-se que a STIT corresponda a 5% a 14% de todas as lesões associadas à prática de corrida⁵.

A prevalência da STIT em populações atléticas pode oscilar de 1,5% a 10%. Em termos de síndromes de sobrecarga que afetam a articulação do joelho, a STIT ocupa o segundo lugar em frequência, sendo superada apenas pela síndrome da dor patelofemoral⁷.

A STIT é incomum em indivíduos sedentários, sendo mais prevalente em pessoas fisicamente ativas. Observa-se um aumento na prevalência desta condição nos últimos anos, possivelmente relacionado ao crescente número de indivíduos que adotam a corrida como atividade de lazer. Há evidências que sugerem uma maior suscetibilidade em mulheres em comparação com homens¹⁰.

O seguinte artigo objetivou determinar o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com síndrome do trato iliotibial (STIT), visando disseminar informações acerca de fatores predisponentes, quadro clínico, opções terapêuticas, viabilizando o melhor prognóstico.

METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma revisão sistemática da literatura, conduzida segundo as recomendações do checklist PRISMA 2020, visando garantir transparência, padronização e reprodutibilidade no processo de seleção e análise dos estudos. Essa abordagem foi escolhida por possibilitar a integração de evidências provenientes de diferentes

desenhos de estudo, quantitativos e qualitativos, o que é fundamental para compreender a complexidade multifatorial do estudo em questão.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em setembro de 2025, contemplando as bases de dados PubMed, SciELO, LILACS e Latindex. Utilizaram-se descritores controlados (MeSH/DeCS) e palavras-chave relacionadas ao tema: “síndrome da banda iliotibial, ”, “dor lateral do joelho”, “trato iliotibial,” e “lesões no joelho” além de seus equivalentes em inglês e espanhol. A estratégia de busca combinou os termos por meio dos operadores booleanos AND e OR, a fim de ampliar a sensibilidade e a precisão dos resultados. Foram incluídos artigos publicados entre janeiro de 2020 e setembro de 2025, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem especificamente o tema em questão. Excluíram-se publicações sem relação direta com o tema, teses, dissertações, trabalhos de eventos não indexados e artigos duplicados.

Após a recuperação das publicações, procedeu-se à triagem por meio da leitura de títulos e resumos, totalizando 28 estudos identificados na busca inicial. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, 13 artigos foram selecionados para leitura em texto completo e análise detalhada.

A consistência metodológica de cada artigo foi avaliada de forma crítica, considerando a adequação dos métodos aos objetivos propostos, a robustez dos resultados apresentados e as limitações reconhecidas pelos autores. Os achados foram organizados em uma matriz comparativa, o que possibilitou identificar convergências e divergências entre os estudos incluídos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca inicial identificou 28 artigos nas bases de dados consultadas. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 20 estudos foram selecionados para análise integral. Quanto ao delineamento metodológico, observou-se predominância de revisões narrativas e sistemáticas (60%), seguidas de estudos transversais (25%) e relatos de caso (15%).

Em relação ao idioma, a maioria das publicações estava em inglês (80%), enquanto o restante se dividiu entre espanhol (10%) e português (10%), reforçando o inglês como idioma predominante na produção científica sobre a síndrome do trato iliotibial.

Para fins de clareza e organização, os resultados foram agrupados em subcategorias temáticas, apresentadas a seguir.

ETIOLOGIA

A etiologia da síndrome da banda iliotibial (SBIT) permanece controversa, com uma patogênese provavelmente multifatorial. Uma hipótese prevalente sugere que o atrito

repetitivo entre a SBIT e o epicôndilo lateral femoral durante os movimentos de flexão e extensão do joelho induz inflamação na área de contato. Esse contato, denominado “zona de impacto”, ocorre tipicamente a 30 graus de flexão, correspondendo ao ângulo do joelho no momento do impacto do pé durante a marcha ou corrida².

Contudo, estudos anatômicos recentes questionam a ocorrência desse movimento de atrito direto sobre o epicôndilo lateral. Análises histológicas de espécimes cadavéricos revelam a existência de uma almofada de gordura ricamente innervada, localizada profundamente à porção distal da SBIT. A inflamação dessa almofada de gordura tem sido proposta como uma fonte primária de dor lateral no joelho. Adicionalmente, outra teoria postula a inflamação crônica de uma bursa cheia de líquido, situada entre a SBIT e o epicôndilo lateral, como um fator contribuinte. Atualmente, não há consenso sobre qual teoria representa a etiologia predominante da síndrome, ou se a SBIT resulta de uma combinação de fatores⁷.

Os fatores de risco modificáveis abrangem a prática de corrida em superfícies inclinadas ou em declive, erros na técnica de treinamento e alterações abruptas na intensidade do treinamento. Os fatores anatômicos, como a torção tibial interna, fraqueza dos músculos abdutores do quadril, pronação excessiva do pé e artrite do compartimento medial (levando ao geno varo), podem aumentar a tensão na banda iliopatelar (ITB) e perpetuar a patologia. A SBIT frequentemente se correlaciona com a síndrome da dor trocantérica maior, devido à biomecânica alterada do quadril e à tensão no complexo fascial proximal. Além disso, a síndrome patelofemoral é comumente observada nesses pacientes, em decorrência da tensão exercida sobre a banda iliopatelar¹⁴.

ANATOMIA DO TRATO ILIOTIBIAL

O trato iliotibial (TIT) representa uma densa faixa fibrosa, caracterizada por sua extensão desde a crista ilíaca, proeminência óssea da pelve, até a região lateral da tibia, em sua porção distal ao joelho. Em termos anatômicos, o TIT é resultante da convergência das aponeuroses dos músculos glúteo máximo e tensor da fáscia lata. Sua inserção distal se localiza no tubérculo de Gerdy, uma eminência óssea na face lateral da tibia⁸.

O trato iliotibial (TIT) é uma estrutura complexa que se origina na parte superior do quadril e se estende até a porção inferior do joelho. É formado pela união dos músculos: glúteo máximo, médio e tensor da fáscia lata¹, vide (Imagem 01).

Imagem 01: Anatomia do trato iliotibial



Fonte: Dr Thiago Protta

BIOMECÂNICA DO TRATO ILIOTIBIAL

A principal função do trato iliotibial é estabilizar o quadril e o joelho durante a marcha e a corrida. Este auxilia na abdução do quadril (movimento da perna para o lado), extensão e flexão do joelho), durante a flexão e extensão do joelho, o trato iliotibial se move sobre o epicôndilo lateral do fêmur (proeminência óssea na parte externa do joelho)⁴.

Mediante episódios contínuos de repetitivos movimentos de flexão e extensão do joelho, o trato iliotibial pode atritar excessivamente contra o epicôndilo lateral do fêmur, acarretando irritação e inflamação, resultando na síndrome do trato iliotibial (STIT). Estima-se que esse atrito seja maior quando o joelho está flexionado em cerca de 30 graus⁶.

ATIVIDADE FÍSICA E TIPO DE ESPORTE

A caracterização da distribuição de pacientes com Síndrome do Trato Iliotibial (STIT) por nível de atividade física e tipo de esporte é um componente essencial na delineação do perfil epidemiológico desta afecção. A STIT é predominantemente observada em indivíduos com níveis elevados de atividade física, contrastando com a inatividade física prevalente em uma parcela significativa da população geral, onde mais de 60% dos brasileiros, por exemplo, não praticam esporte ou atividade física regularmente⁸.

A avaliação do nível de atividade física em pacientes com STIT pode ser estratificada em categorias como sedentário, insuficientemente ativo, moderadamente ativo e altamente ativo, frequentemente quantificada por meio de domínios como lazer, locomoção e ocupação, ou pela mensuração de tempo dedicado a atividades de diferentes intensidades (baixa, moderada, vigorosa). No contexto da STIT, a maioria dos pacientes tende a se enquadrar nas categorias de moderada a alta atividade².

Quanto ao tipo de esporte, a STIT é classicamente associada a modalidades que impõem estresse repetitivo sobre o trato iliotibial. Corredores de longa distância e ciclistas são grupos de risco proeminentes devido aos movimentos cíclicos de flexão e extensão do joelho. Outros esportes que frequentemente implicam no desenvolvimento da STIT incluem aqueles com componentes de corrida, saltos e mudanças rápidas de direção, como futebol, basquetebol e voleibol, onde a sobrecarga mecânica repetitiva é um fator etiológico chave. A identificação precisa do esporte e da intensidade da prática é fundamental para correlacionar a atividade física com a patogênese da síndrome¹⁵.

FATORES DE RISCO

O desalinhamento anatômico é determinante, pois um paciente com genu varum (joelhos arqueados) pode apresentar um aumento da tensão na face lateral do joelho, predispondo ao atrito excessivo do trato iliotibial sobre o epicôndilo lateral do fêmur. Similarmente, uma discrepância no comprimento dos membros inferiores pode levar a uma marcha compensatória, aumentando a carga sobre o joelho da perna mais longa e elevando o risco de STIT⁵.

A fraqueza muscular, principalmente dos músculos do quadril e da coxa pode levar a um mau funcionamento do trato iliotibial. Em um cenário em que um corredor com fraqueza nos músculos abdutores do quadril, como o glúteo médio, pode apresentar instabilidade pélvica durante a corrida. Essa instabilidade resulta em um aumento da adução do quadril e rotação interna do fêmur, o que sobrecarrega o trato iliotibial¹³.

Os equívocos realizados durante o treinamento, um ciclista que aumenta abruptamente a distância percorrida em seus treinos semanais, sem permitir a devida adaptação dos tecidos, pode desenvolver STIT devido ao estresse repetitivo excessivo sobre o trato iliotibial. Da mesma forma, um corredor que realiza treinos em superfícies inclinadas (como ladeiras) de forma consistente pode elevar o atrito do trato iliotibial contra o epicôndilo lateral do fêmur, predispondo à inflamação⁸.

Os demais fatores de risco abrangem contextos em que um indivíduo com pronação excessiva dos pés durante a marcha pode apresentar um desalinhamento biomecânico que aumenta a tensão sobre o trato iliotibial. Além disso, um paciente com histórico de lesão no joelho, como uma entorse ligamentar, pode ter uma alteração na mecânica da articulação, predispondo ao desenvolvimento da STIT¹.

COMORBIDADES

A evolução da síndrome da instabilidade intervertebral traumática (SIIT) frequentemente resulta em complicações. Com a progressão da condição, a dor se manifesta tanto durante atividades quanto em repouso. Adicionalmente, devido à sua conexão com a patela lateral, a progressão da SIIT pode precipitar a síndrome da dor patelofemoral. Ao se avaliar as lesões do joelho e quadril mencionadas, podemos considerar as seguintes condições como comorbidades ou fatores associados à Síndrome da Banda Iliotibial (SBIT)⁵:

As lesões ligamentares (ruptura do ligamento cruzado anterior -LCA, e lesão do ligamento cruzado medial -,LCM). Embora não sejam diretamente causadas pela STI, desequilíbrios biomecânicos decorrentes da STI podem aumentar o risco de outras lesões no joelho, incluindo as ligamentares. A ruptura do LCA geralmente ocorre devido a forças de desaceleração, rotação ou hiperextensão do joelho. A instabilidade resultante pode levar a padrões de movimento anormais. A lesão do LCM é frequentemente causada por um estresse em valgo no joelho. A instabilidade medial pode alterar a biomecânica da marcha e corrida⁸.

As lesões meniscais, especialmente rupturas do menisco medial ou lateral, podem ocorrer devido a alterações na mecânica do joelho causadas pela síndrome da tensão iliotibial (STI). Os meniscos são estruturas de cartilagem em forma de “C” no interior do joelho que atuam como amortecedores entre o fêmur (osso da coxa) e a tíbia (osso da canela). Estes distribuem a carga, estabilizam o joelho e facilitam o movimento. Uma lesão meniscal ocorre quando há uma ruptura ou rasgo nessa cartilagem. A STI causa tensão excessiva na banda iliotibial, o que pode alterar a forma como o joelho se move e distribui o peso. Essa alteração pode levar a uma carga desigual nos meniscos, aumentando o risco de ruptura, especialmente durante atividades que envolvem torção ou pivô⁷.

A síndrome da tensão iliotibial (STI) pode alterar a biomecânica do joelho, contribuindo para o desenvolvimento de condromalácia patelar devido ao aumento do estresse na articulação patelofemoral. A condromalácia patelar, também conhecida como condropatia patelar, é uma condição degenerativa que afeta a cartilagem da patela (rótula), resultando no amolecimento da cartilagem. Essa cartilagem é a mais espessa do corpo e facilita o movimento suave do joelho².

A bursite trocantérica, caracterizada pela inflamação da bursa do trocânter maior, pode coexistir com a STI, especialmente em corredores. A dor no quadril pode alterar a biomecânica da marcha, afetando o trato iliotibial⁴.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

A síndrome da banda iliotibial (SBIT) é primariamente um diagnóstico clínico, raramente necessitando de exames complementares ou de imagem. O profissional de saúde deve atentar para sintomas mecânicos, alterações no nível de atividade física, quilometragem em atividades de longa distância e condições dos calçados utilizados durante o treinamento. O paciente frequentemente relata dor lateral no joelho, localizada na região entre o tubérculo de Gerdy e o epicôndilo lateral femoral. A anamnese geralmente revela um histórico de mudança recente em atividades aeróbicas prolongadas, raramente associada a um evento traumático agudo. Inicialmente, a dor manifesta-se ao final da atividade física, podendo progredir para ocorrência no início da atividade e, em estágios mais avançados, até mesmo em repouso. Adicionalmente, a dor tende a exacerbar-se ao correr em superfícies inclinadas ou em declive, e passadas mais longas podem intensificar os sintomas, uma vez que a flexão mais profunda do joelho no momento do impacto do pé prolonga o tempo na "zona de impacto"⁷.

O exame físico do joelho constitui o primeiro passo na avaliação. Desalinhamentos do joelho nos planos coronal e sagital, como geno varo, geno valgo, recurvato e procurvato, devem ser observados, pois podem aumentar a tensão na BIT. Derrame articular ou frouxidão ligamentar não são achados comuns na apresentação isolada da SBIT. A palpação da BIT distal pode revelar sensibilidade dolorosa, e o examinador pode perceber crepitação durante a amplitude de movimento. Testes especiais para avaliação da SBIT incluem os testes de Noble e Ober. Para realizar o teste de Noble, o examinador palpa o epicôndilo femoral lateral e, em seguida, estende o joelho do paciente de 90 graus de flexão para 0 graus de extensão. A reprodução da dor a 30 graus de flexão indica um teste positivo. O teste de Ober envolve posicionar o paciente em decúbito lateral com os joelhos flexionados a 90 graus. O examinador posiciona-se atrás do paciente, abduz e estende o quadril afetado, enquanto estabiliza o joelho. Um teste positivo é indicado por restrição e dor no joelho lateral durante a adução do quadril nessa posição¹².

A radiografia do joelho é útil para excluir outras etiologias de dor lateral no joelho, como osteoartrite, fratura ou desalinhamento patelar. Na ausência de outras patologias, a síndrome da banda iliotibial (SBIT) não apresenta alterações significativas na radiografia simples do joelho. Em casos de diagnóstico incerto após anamnese e exame físico, a ressonância magnética (RM) do joelho pode auxiliar na confirmação diagnóstica, evidenciando hiperintensidades no epicôndilo lateral associadas ao espessamento da porção distal da banda iliotibial (BIT). Adicionalmente, a ultrassonografia representa

uma modalidade de baixo custo e risco, capaz de demonstrar espessamento anormal da BIT distal⁶.

MANEJO TERAPÊUTICO

O tratamento de primeira linha para a grande maioria dos pacientes com SBIT consiste em manejo não cirúrgico. Orienta-se o paciente a interromper a atividade desencadeante até a resolução dos sintomas. A crioterapia intermitente pode ser benéfica em crises agudas. O retorno gradual à atividade pode ser iniciado assim que o paciente estiver assintomático durante a atividade e à palpação. A fisioterapia, focada no alongamento da BIT e no fortalecimento dos abdutores do quadril, pode ser eficaz para alongar a BIT e reduzir a tensão. Adicionalmente, a terapia manual, como a liberação miofascial com rolo de espuma, tem sido utilizada para romper aderências e é parte integrante do processo de reabilitação. O fisioterapeuta deve também enfatizar a importância da ergonomia e postura adequadas durante a realização de atividades que desencadeiam os sintomas².

A administração de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) podem auxiliar na redução da inflamação. Similarmente, injeções de corticosteroides podem ter valor terapêutico e diagnóstico na SBIT, proporcionando alívio imediato e prolongado da dor. As modificações no calçado, uso de órteses e treinamento de técnicas específicas para o esporte podem ajudar a prevenir a recorrência da SBIT em alguns casos. A maioria dos pacientes experimenta resolução completa dos sintomas e retorno às atividades em 6 a 8 semanas com o tratamento não cirúrgico⁶.

A progressão recomendada para o retorno à atividade física inicia-se com uma semana de corrida em dias alternados em superfície plana. As semanas subsequentes focam-se em corridas diárias em ritmo constante, evitando-se corridas em declive. Após 3 a 4 semanas, o paciente pode aumentar gradualmente a distância e a frequência. A introdução de subidas e superfícies inclinadas deve ocorrer apenas na ausência de dor ou sintomas em superfície plana. Em caso de recorrência dos sintomas, é necessário reiniciar a progressão da atividade física e pode ser necessário um período de repouso anterior².

A intervenção cirúrgica é reservada para casos refratários, que não respondem ao tratamento não operatório por um período superior a 6 meses. Existem diversas opções cirúrgicas, incluindo liberação percutânea ou aberta da BIT, alongamento da BIT com zetaplastia, bursectomia aberta da BIT e desbridamento artroscópico da BIT. Adicionalmente, diversas técnicas foram descritas para a liberação aberta da BIT, incluindo a ressecção de uma porção triangular da banda distal posterior da BIT, a ressecção de uma divisão de 2 cm x 4 cm sobreposta ao epicôndilo femoral lateral e a realização de uma incisão em forma de V na BIT. Todas as diferentes técnicas demonstraram sucesso, embora existam estudos comparativos limitados para demonstrar superioridade. A bursectomia da BIT é uma opção indicada em casos de

sintomatologia da SBIT sem evidência de alterações significativas na BIT à ressonância magnética. O procedimento consiste na excisão da bursa subjacente à BIT, preservando a integridade da BIT. Um estudo demonstrou que a maioria dos pacientes submetidos à bursectomia aberta apresenta satisfação completa ou significativa com os resultados. Técnicas minimamente invasivas foram descritas para ressecar o recesso sinovial lateral que conecta a BIT ao fêmur lateral e à gordura sinovial innervada. Michels et al. descreveram essa técnica artroscópica e demonstraram um resultado de 97% de bom a excelente, com todos os pacientes retornando à atividade plena⁴.

CONCLUSÃO

A partir da análise das informações discutidas neste estudo, pode-se considerar que a síndrome do trato iliotibial (STIT) apresenta um perfil epidemiológico multifacetado, influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos. A prevalência da STIT é notavelmente maior em atletas, especialmente corredores de longa distância, ciclistas e praticantes de esportes que envolvem movimentos repetitivos do joelho. Estudos indicam que a incidência varia significativamente entre diferentes modalidades esportivas, refletindo a influência do tipo de atividade e do nível de treinamento.

Os fatores demográficos, como idade e sexo, também desempenham um papel importante. A STIT é mais comum em adultos jovens, com uma ligeira predominância no sexo masculino, possivelmente devido à maior participação masculina em esportes de alto impacto. No entanto, mulheres também são suscetíveis, especialmente aquelas com desalinhamentos biomecânicos, como o valgo dinâmico do joelho.

A análise do perfil epidemiológico revela a importância de fatores de risco intrínsecos, como desalinhamentos anatômicos (perna curta, pronação excessiva do pé), fraqueza muscular (glúteo médio, abdutores do quadril) e falta de flexibilidade do trato iliotibial e estruturas adjacentes. Esses fatores podem predispor indivíduos à STIT, aumentando o atrito entre o trato iliotibial e o epicôndilo lateral do fêmur.

Além disso, fatores extrínsecos, como erros de treinamento (aumento súbito da intensidade ou volume), calçados inadequados, superfícies de corrida irregulares e falta de aquecimento e alongamento, contribuem significativamente para o desenvolvimento da STIT. A identificação e modificação desses fatores são cruciais para a prevenção e o tratamento eficaz da síndrome.

REFERÊNCIAS

1. Nguyen US, Zhang Y, Zhu Y, Niu J, Zhang B, Felson DT. Aumento da prevalência de dor no joelho e osteoartrite sintomática do joelho: dados de pesquisa e coorte. *Ann Intern Med*

- Médica. 06 de dezembro de 2011; 155 (11):725-32. [Artigo gratuito do PMC] [PubMed]
2. Falvey EC, Clark RA, Franklyn-Miller A, Bryant AL, Briggs C, McCrory PR. Síndrome da banda iliotibial: uma análise das evidências por trás de diversas opções de tratamento. Scand J Med Sci Sports. Agosto de 2010; 20 (4):580-7. [PubMed]
3. Strauss EJ, Kim S, Calcei JG, Park D. Síndrome da banda iliotibial: avaliação e tratamento. J Am Acad Orthop Surg. 2011 dez; 19 (12):728-36. [PubMed]
4. Ferber R, Noehren B, Hamill J, Davis IS. Corredoras competitivas com histórico de síndrome da banda iliotibial demonstram cinemática atípica do quadril e do joelho. J Orthop Sports Phys Ther. Fevereiro de 2010; 40 (2):52-8. [PubMed]
5. Fairclough J, Hayashi K, Toumi H, Lyons K, Bydder G, Phillips N, Best TM, Benjamin M. A síndrome da banda iliotibial é realmente uma síndrome de atrito? J Sci Med Sport. Abril de 2007; 10 (2):74-6; discussão 77-8. [PubMed]
6. Fredericson M, Weir A. Tratamento prático da síndrome de atrito da banda iliotibial em corredores. Clin J Sport Med. Maio de 2006; 16 (3):261-8. [PubMed]
7. Sharma J, Greeves JP, Byers M, Bennett NA, Spears IR. Lesões musculoesqueléticas em recrutas do Exército Britânico: um estudo prospectivo de incidência específica para diagnóstico e tempos de reabilitação. Distúrbio musculoesquelético BMC. 4 de maio de 2015; 16 :106. [Artigo gratuito do PMC] [PubMed]
8. Jensen AE, Laird M, Jameson JT, Kelly KR. Prevalência de Lesões Musculoesqueléticas Sofridas Durante o Treinamento de Recrutas do Corpo de Fuzileiros Navais. Mil Med. 1º de março de 2019; 184 (Suplemento 1): 511-520. [PubMed]
9. Holmes JC, Pruitt AL, Whalen NJ. Síndrome da banda iliotibial em ciclistas. Sou J Sports Med. 1993 maio-junho; 21 (3):419-24. [PubMed]
10. Gunter P, Schwellnus MP. Injeção local de corticosteroide na síndrome de atrito da banda iliotibial em corredores: um ensaio clínico personalizado. Br J Sports Med. Junho de 2004; 38 (3):269-72; discussão 272. [Artigo gratuito do PMC] [PubMed]
11. Nobre CA. Síndrome de atrito da banda iliotibial em corredores. Sou J Sports Med. 1980 jul-ago; 8 (4):232-4. [PubMed]
12. Martens M, Libbrecht P, Burssens A. Tratamento cirúrgico da síndrome de atrito da banda iliotibial. Sou J Sports Med. Início em 1989; 17 (5):651-4. [PubMed]
13. Hariri S, Savidge ET, Reinold MM, Zachazewski J, Gill TJ. Tratamento da síndrome de atrito da banda iliotibial recalcitrante com bursectomia aberta da banda iliotibial: periodicidade, técnica e resultados clínicos. Sou J Sports Med. Julho de 2009; 37 (7):1417-24. [PubMed]



14. Michels F, Jambou S, Allard M, Bousquet V, Colombet P, de Lavigne C. Uma técnica artroscópica para tratar a síndrome da banda iliotibial. *Joelho Surg Esporte Traumatol Arthrosc.* Março de 2009; 17 (3):233-6. [PubMed]