

Dr. Euclides José Martins Amaral

DISPLASIA DO DESENVOLVIMENTO DO QUADRIL

O exame do quadril do recém-nascido deve ser feito rotineiramente pelo pediatra ainda no bercário e, também no seguimento ambulatorial do lactente, nas primeiras semanas e meses de vida para detecção precoce das alterações do quadril em desenvolvimento, principalmente no primeiro filho de mãe jovem e caucasiana, nascido com apresentação pélvica. TenCel Méd José

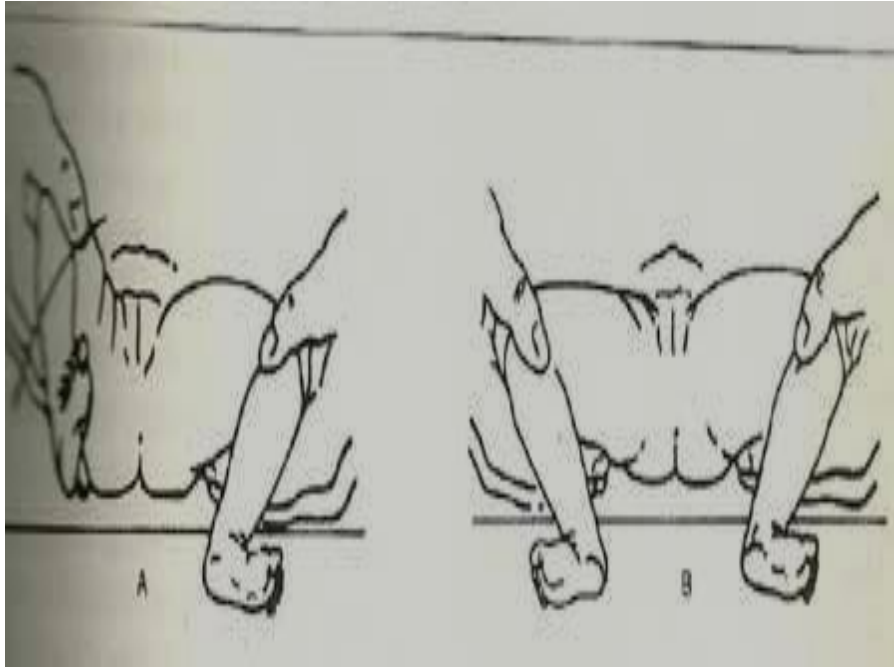
Displasia do desenvolvimento do quadril (DDQ) é uma condição progressiva, na qual as estruturas do quadril não se desenvolvem adequadamente devido a anormalidade na inclinação do acetábulo, frouxidão articular excessiva com deslizamento gradual da cabeça femoral para fora da relação normal com o acetábulo.

A incidência fica em torno de 5 casos em cada 1000 nascimentos, sendo menos frequente entre os afro descendentes. Em relação ao sexo, predomina no feminino (80%) enquanto é menos freqüente nos meninos (20%). O lado esquerdo é o mais acometido (60%), o direito 20% e pode envolver os dois quadris em 25% dos casos.

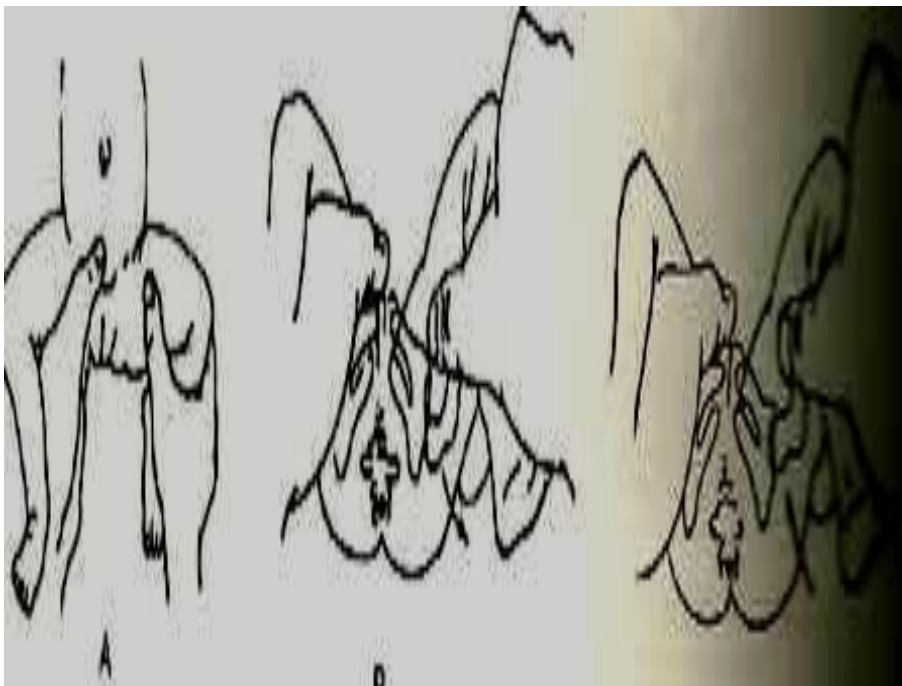
Podemos então enumerar como fatores de risco o sexo feminino, raça branca, primeiro filho de mãe jovem, apresentação pélvica (30%), oligohidramnios, anomalias congênitas como torcicolo congênito ou deformidades congênitas dos pés. Nestes casos, os neonatologistas deverão encaminhar esta criança para consulta especializada com o ortopedista.

O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, pois dele dependerá o sucesso do tratamento através de dois sinais clássicos:

O teste de Ortolani criado pelo pediatra italiano Marino Ortolani, em 1937, e usado até hoje em todo o mundo para o diagnóstico precoce da displasia do quadril e que deve ser realizado em todos os recém-nascidos, mantendo-os em decúbito dorsal, com as articulações dos quadris e joelhos fletidas em 90°, as coxas aduzidas e ligeiramente rodadas internamente. O dedo médio do examinador é colocado sobre a face externa do quadril e o polegar na porção interna da coxa. Ao realizar um movimento firme de abdução e de leve rotação externa das coxas, teremos a sensação tátil, e, às vezes audível de um ressalto na articulação patológica. O sinal é dito, então, Ortolani positivo.



O teste de Barlow é exatamente o oposto, ou seja, é uma manobra provocativa da luxação de um quadril instável. A criança é posicionada em supino com os membros inferiores em direção ao examinador, as articulações dos quadris e joelhos fletidas em 90°. Ao levar a coxa para a posição de adução, a cabeça femoral é deslocada do interior do acetábulo, caracterizando, então, o quadril instável.



Os pacientes portadores de DDQ tardia unilateral, quando colocados em posição supina geralmente apresentam:

- Encurtamento aparente do fêmur em relação ao contralateral, posicionando os quadris fletidos em 90° e a articulação dos joelhos em flexão total, conhecido como sinal de Galeazzi.



- Hipotrofia do membro inferior.
- Proeminência do grande trocanter do lado afetado.
- Assimetria das pregas inguinais e glúteas
- Limitação da abdução do membro inferior afetado com as coxas fletidas a 90° sobre o tronco e as articulações dos joelhos em flexão total.

Quando temos estes fatores de risco, o exame clínico deve ser cuidadoso e a ecografia do quadril poderá ajudar no diagnóstico.

A radiografia convencional começa a ter valor na confirmação diagnóstica após os quatro meses de idade da criança, quando o núcleo de ossificação da cabeça femoral será radiograficamente visível.

O tratamento para a DDQ diagnosticado precocemente é feito com o chamado suspensório de Pavlik que proporciona flexão e abdução da articulação coxofemoral. A redução é avaliada a cada semana e a ecografia pode ser usada para confirmar esta redução. O suspensório de Pavlik pode ser usado até perto dos 6 meses de idade. Após, o tratamento conservador deverá ser realizado usando aparelho gessado após redução.



Quando o diagnóstico é feito após o início da marcha, como já temos uma luxação completa do quadril e alterações anatômicas no acetábulo e no próprio fêmur proximal, o tratamento conservador não está mais indicado.

A redução cirúrgica incluirá a abertura da articulação com a retirada de estruturas que impedem a entrada da cabeça femoral no acetábulo; osteotomia para corrigir o acetábulo (cirurgia de Salter) e sutura da cápsula articular retencionando-a. Osteotomia de encurtamento do fêmur é também utilizada quando não conseguimos reduzir as luxações, suavemente, sem pressões. Qualquer tentativa forçada de redução poderá levar a necrose isquêmica da cabeça femoral com graves seqüelas para a articulação.

Referência: Guarniero R. Displasia do desenvolvimento do quadril atualização. Rev Bras Ortop. 2010;45(2):116-121.