



Doença displásica da anca – conceitos básicos e orientações em Medicina Geral e Familiar

Francisco Sant'Anna*

RESUMO

O conceito de Luxação Congénita da Anca (LCA) tem vindo gradualmente a ser substituído pelo de Displasia de Desenvolvimento da Anca.

A importância desta evolução respeita sobretudo à noção de doença acetabular e sua capacidade de conter a cabeça femoral em termos físicos. O autor apresenta algumas noções práticas sobre a semiologia desta entidade bem como uma abordagem racional sobre meios complementares de diagnóstico e referenciação à consulta de Ortopedia infantil.

Palavras-chave: Doença Displásica da Anca, diagnóstico, Medicina Geral e Familiar.

INTRODUÇÃO

A doença displásica da anca (DDA) é uma entidade definida por displasia ou malformação do acetábulo, com um espectro variável de incapacidade de contenção da cabeça do fémur, com semiologia e quadros clínicos variáveis em relação à idade de aparecimento. O diagnóstico pode fazer-se desde a fase neonatal até à idade adulta.

A evolução para a artrose da anca ocorre, com frequência, em relação directa com casos de diagnóstico tardio. É uma patologia responsável por mais de metade das artroplastias de substituição da anca no sexo feminino. O conceito antigo de luxação congénita da anca evoluiu para o de doença displásica da anca, por ser uma denominação mais abrangente em termos clínicos, pois nem todas as displasias evoluem para a luxação.¹

ETIOLOGIA

Existem vários factores a considerar na etiologia desta entidade.

A **laxidão ligamentar**, como factor predisponente ou agravante para esta situação, tem sido largamente referida; a influência das hormonas maternas no período

do pré-parto é importante, agravando este aspecto da doença.² Esta é a razão pela qual a doença é mais frequente no sexo feminino (a relaxina materna tem uma acção mais intensa neste), e explica, também, porque é que muitas crianças referenciadas à consulta por suspeita de DDA já não apresentam qualquer sinal de instabilidade cerca de 1 ou 2 semanas depois.

A **apresentação pélvica**, especialmente se associada a hiperextensão do joelho, é considerada factor de risco (ocorre em 20% dos casos) e atrai a atenção de Neonatologistas, Pediatras e Médicos de Família. Pelo mesmo mecanismo de conflito de espaço são, também, referidos o oligoâmnios e a primeira gestação. O aumento de incidência de *Torticollis* congénito (14% a 20%) e *Metatarsus adductus* (1,5% a 10%) em casos de DDA, é explicado pela mesma razão.³

O **posicionamento post natal** em algumas culturas (Índios Navajos e Europa Central e de Leste), com extensão dos membros e uso de ligaduras contrariando a posição normal do recém-nascido em flexão, é indicado como um dos factores predisponentes. De modo inverso, a colocação do recém-nascido com os membros inferiores em posição de abdução, como nas culturas africanas, em que a criança é transportada no dorso/anca da mãe, é considerado como um factor benéfico.^{2,3}

Factores geográficos/étnicos: A raça negra e a asiá-

*Assistente Hospitalar Graduado de Cirurgia Pediátrica
Serviço de Ortopedia, Hospital Dona Estefânia, CHLC, Lisboa, Portugal



tica têm uma incidência muito menor de DDA, em comparação com a raça branca e com os nativos da América.

SEMIOLOGIA CLÍNICA

Em geral, existe na população médica algum grau de desinformação em relação ao diagnóstico e tratamento desta patologia. Os sinais clássicos de DDA mais frequentemente assinalados (Ortolani, Barlow, etc) são, muitas vezes, mal interpretados ou procurados quando já não existem.³

Recém-nascido

Para a observação, a criança deverá estar em ambiente tranquilo e aquecido, sem fome, sem fralda e manipulando-a delicadamente.

Sinal de Barlow: O examinador agarra os joelhos da criança e, forçando a adução (aproximando da linha média) e a deslocação posterior da coxa, tenta provocar a saída da cabeça femoral do acetábulo, que é sentida como um movimento mais ou menos amplo. Ao relaxar a pressão exercida deverá sentir-se a ressalto de reentrada da cabeça no acetábulo. Este sinal significa que a anca é instável e luxável. Deverá ser pesquisado com delicadeza e nunca em DDA em tratamento (Figura 1).

Sinal de Ortolani: Inverso do anterior, pois o que se tenta é reduzir a anca luxada, abduzindo a coxa (afas-

tando da linha média) e elevando a articulação coxo-femoral, levantando o grande trocanter e palpando a entrada da cabeça do fémur dentro do acetábulo. Traduz a presença de uma luxação da anca, em princípio, redutível. Qualquer uma destas manobras deverá ser pesquisada em separado e para cada um dos membros isoladamente. É importante perceber que estes sinais desaparecem mais ou menos rapidamente, sobretudo a partir da 2ª ou 3ª semanas de vida e permanecem, raramente, até ao 6º mês de vida, consoante o tónus muscular e a laxidão ligamentar (Figura 1).

Assimetria de pregas (glúteas ou inguinais): é um sinal menor, pois aparece em cerca de 20% de casos normais. É, muitas vezes, mal percebido ou avaliado. De um modo prático, devemos considerá-lo como um sinal importante para nos recordar da existência desta patologia (Figura 2).

Movimentos circulares da articulação desencadeiam, frequentemente, «ruídos» ligamentares do ligamento redondo ou da *fascia lata*, vulgarmente designados por «clic» ligamentar e sem significado patológico. Por definição, o sinal de Ortolani deverá ser sentido ou visto, mas não «ouvido».²

Lactente

A partir do 1º mês de vida, a instabilidade da anca do RN poderá evoluir para a cura espontânea ou para a luxação, de uma forma progressiva e com rapidez variável. Do mesmo modo, a luxação redutível poderá tornar-se irreductível, alterando muita da semiologia vulgarmente pesquisada. Surge uma limitação da abdução do membro afectado (Figura 3). Raramente se poderá

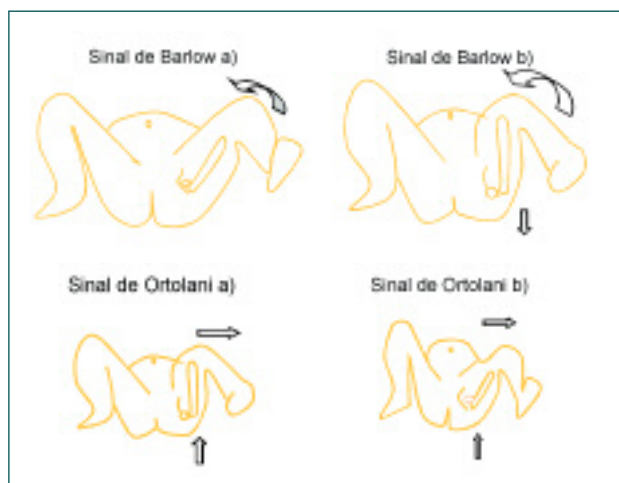


Figura 1. Manobras de Barlow e Ortolani



Figura 2. Assimetria de pregas



Figura 3. Limitação da abdução

observar um sinal de Ortolani ou de Barlow e o mais aparente será o sinal de Galeazzi ou encurtamento do membro, detectado colocando as ancas flectidas e assinalando a altura diferente dos joelhos. Os casos bilaterais, como será de esperar, levantam problemas especiais de diagnóstico, pois a assimetria não é tão aparente (Figuras 4 e 5).

Criança andante

Ao contrário daquilo que é vulgarmente assumido, a DDA não está associada a um atraso do início da marcha. A limitação da abdução torna-se mais óbvia e existe um encurtamento do membro afectado mais ou menos aparente. Infelizmente, os pais são, muitas vezes, os primeiros a detectá-la, e a radiografia extra longa dos membros inferiores é também, frequente e infelizmente, o meio complementar de diagnóstico mais utilizado; isto significa que o diagnóstico surge como um achado radiológico e, também, que a criança foi exposta a radiação desnecessária. A marcha torna-se claudicante, surgindo o sinal de Trendelenburg (em que a bacia cai para o lado oposto do membro afectado e a criança se inclina para o lado afectado para compensar o desequilíbrio). Nos casos bilaterais, é vulgarmente conhecida como «marcha de pato». Estes são acompanhados de hiperlordose lombar, mais ou menos marcada. A marcha em rotação externa também se torna mais aparente.²

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

A ecografia das coxo-femorais tornou-se, rapidamente, um meio muito útil para o rastreio da DDA. No entanto, é um exame técnico-dependente, requerendo



Figura 4. Encurtamento relativo

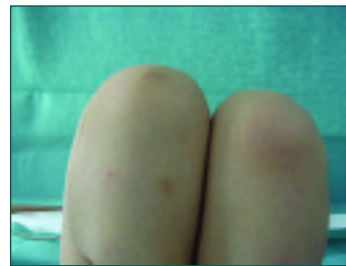


Figura 5. Sinal de Galeazzi

uma experiência confirmada nesta competência. A sua precisão diagnóstica pode ser assumida, em particular, após as 3 ou 4 semanas de vida, pois os exames precoces diagnosticam, sobretudo, imaturidades articulares. Permite fazer diagnósticos em casos de clínica duvidosa e avaliar a evolução do tratamento em casos confirmados. A sua utilização universal não está recomendada como forma de rastreio (Figuras 6 e 7).¹⁻³

A radiografia (RX) da bacia em incidência antero-posterior (AP), com extensão neutra dos membros inferiores, pode ser válida, sobretudo, após o aparecimento dos núcleos de ossificação femoral, aos 4-6 meses no sexo feminino e cerca de 2 meses mais tarde, no sexo masculino. Para nos ajudar na interpretação e avaliação do Rx da bacia em AP existe um conjunto de linhas auxiliares:

Linha de Perkins: vertical no bordo externo do acetábulo

Linha de Hilgenreiner: horizontal através do centro da cartilagem trirradiada

Estas três linhas intersectam-se definindo quatro quadrantes, e o núcleo cefálico deverá estar normalmente, localizado no quadrante supero interno (anca luxada).

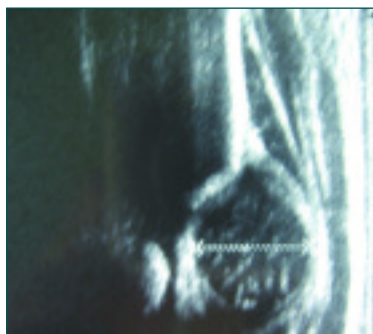


Figura 6. Ecografia normal

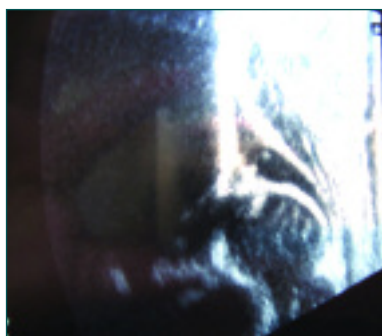


Figura 7. Ecografia Patológica

Nos casos em que o núcleo cefálico ainda não é visível, torna-se útil a Linha de Shenton, que é uma linha curva que segue desde o colo do fêmur até ao púbis. Esta linha deve ser harmónica nos casos normais e «quebrada» nos casos patológicos (Figura 8).^{1,2}

A conjugação dos dois com o quadro clínico poderá ser necessária mas a decisão terapêutica dependerá, sempre, do médico responsável pelo tratamento.

Cada caso é um caso...

O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA

A DDA é uma entidade muito mais frequente do que é geralmente percebido pelos técnicos de saúde. As consequências de um diagnóstico tardio ou mal conduzido poderão ser extremamente graves e difíceis de tratar e os processos judiciais, tão frequentes em países avançados, não tardarão a chegar à nossa prática.

ADDA deverá estar sempre presente como uma suspeita a levantar, até prova em contrário e a sua pesquisa deverá fazer parte do exame objectivo até à sua exclusão definitiva.



Figura 8. DDA direita.

Linha de Hilgenreiner a vermelho; Linhas de Perkins a Azul; Linhas de Shenton a amarelo.

A noção de uma doença evolutiva com um quadro clínico difícil e variável, com exames auxiliares de diagnóstico nem sempre definitivos ou fiáveis, conduz, muitas vezes, a um diagnóstico tardio com consequências por vezes dramáticas.^{1,2}

Salienta-se que a maior parte das crianças com DDA não têm factores de risco e que a maior parte das crianças com factores de risco não têm DDA...

ATITUDE DIAGNÓSTICA

1. Colher a história clínica e assinalar os potenciais factores de risco (apresentação pélvica, oligoâmnios, factores genéticos e antecedentes familiares, situações associadas, tais como *Torticolis* congénito, *metatarsus adductus*).^{1,2,3}
2. Realizar o exame ortopédico, com pesquisa da limitação de abdução das ancas, sinais de Barlow, Ortolani e Galeazzi, assimetria de pregas, em todas as crianças recém-nascidas. Repetir a observação em todas as consultas até à sua exclusão e referenciar crianças com factores de risco ou anomalias detectadas. Existem casos com displasia diagnosticada em idades pediátricas tardias, por exemplo aos 8 ou 12 anos.
3. Após as 3 ou 4 semanas de vida, nos casos suspeitos com clínica normal, deverá pedir-se ecografia, para evitar falsos positivos. Os achados ecográficos são mais precisos até ao aparecimento dos núcleos epi-



- fisários dos fêmures, cerca dos 4 a 6 meses de vida.
4. Após os 4 meses de vida, fazer RX da bacia em AP.
 5. Investigar marchas anómalas, sobretudo se com assimetrias rotacionais.²

TRATAMENTO

O tratamento destas situações poderá ser relativamente simples ou extremamente complexo, com implicações graves para o futuro da criança e deverá ser orientado por um médico experiente em ambas as vertentes do tratamento, quer seja cirúrgico ou conservador.

O uso de fraldas duplas deve ser desaconselhado, pois, além de ineficaz, desenvolve nos pais um falso sentido de «cura» que tende a adiar o tratamento correcto.¹

O tratamento conservador é aplicável nos casos em que a anca pode ser reduzida directamente ou após tracção, em regime de internamento e implica o uso de aparelhos de abdução das ancas.

O tratamento cirúrgico poderá ser relativamente simples, em casos de reposicionamento da cabeça do fémur no acetábulo ou envolver processos complexos

de osteotomia do fémur e/ou do íliaco e, em ultima instância, de substituição articular por prótese, em idades mais avançadas.

A referenciação à consulta de Ortopedia infantil deverá ser feita com carácter urgente, indicando a suspeita do diagnóstico. Nas crianças após os 4 meses de idade deverá ser feito, previamente, Rx da bacia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Staheli LT. Practice of Pediatric Orthopedics. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2001.
2. Herring JA. Tachdjian's Pediatric Orthopaedics. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002.
3. Morrissey RT, Weinstein SL, editors. Pediatric Orthopedics. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins Ed; 2001.

Os autores declararam não possuir conflitos de interesses

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Francisco Sant' Anna
Serviço de Ortopedia, Hospital Dona Estefânia
Rua Jacinta Marto, 1169 Lisboa, Portugal
E-mail: fccsantanna@gmail.com

ABSTRACT

DEVELOPMENT DISEASE OF THE HIP - BASIC CONCEPTS AND GUIDELINES IN FAMILY MEDICINE

The concept of Congenital Hip Displasia (CHD) has been gradually replaced by the one of Developmental Displasia of the HIP (DDH). The importance of this evolution mainly concerns the notion of the acetabular disease and its capacity of physically containing the femoral head. The authors present some practical notions concerning the semiology of this entity and also a rational approach on complementary diagnostic tools and the needs of referral to Paediatric Orthopaedic consultation.

Keywords: Hip Dislocation; Congenital; Diagnosis; Family Medicine.
