



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

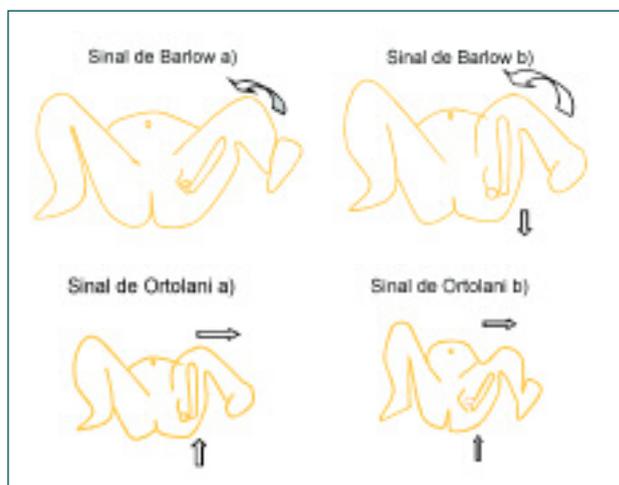


Figura 1. Manobras de Barlow e Ortolani



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

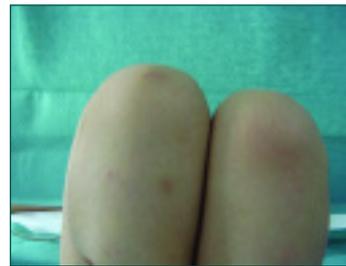


Figura 5. Sinal de Galeazzi

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 anteroposterior (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).

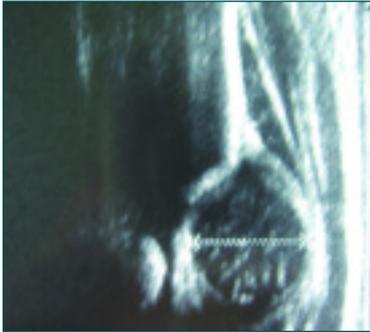


Figura 6. Ecografia normal



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.

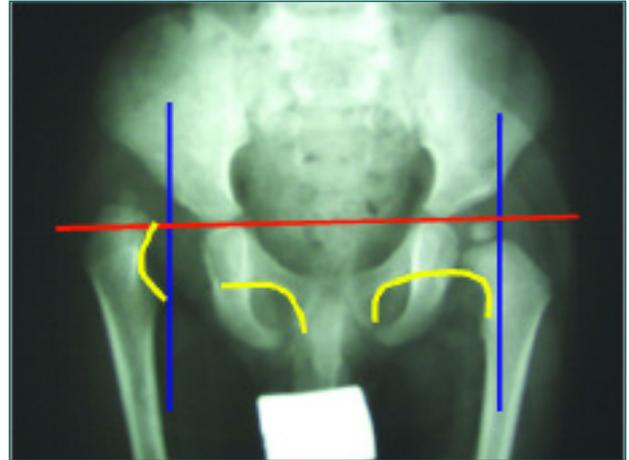


Figura 8. DDA direita.

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 fémures, 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.

Conflitos de Interesse: não assinalados

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

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

ABSTRACT