

# RECOMENDAÇÕES PARA O CUIDADOR DA CRIANÇA COM LUXAÇÃO DISPLÁSICA DO QUADRIL: RELATO DE DOIS CASOS

ANDRÉA REBECA OLIVEIRA DE PAULA  
ESTÁCIO DE SÁ /PETRÓPOLIS,  
RIO DE JANEIRO, BRASIL  
[andrea.rebeca@ig.com.br](mailto:andrea.rebeca@ig.com.br)

MS. MARIA DO CÉU PEREIRA GONÇALVES  
DOUTORANDA PELA UFRJ  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DA SAÚDE/ESTÁCIO DE SÁ /PETRÓPOLIS,  
RIO DE JANEIRO, BRASIL  
[neuroceu@hotmail.com](mailto:neuroceu@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

A Luxação Displásica de Quadril (LDQ) é consecutiva do desenvolvimento displásico do quadril (DDQ): cabeça do fêmur, acetábulo ou tecidos moles, com inclusão da cápsula, que envolvem a articulação. Sua incidência é mais freqüente no sexo feminino; a lesão unilateral é mais comum que a bilateral (SHEPHERD, 1996).

As luxações congênitas do quadril podem ser explicadas como um defeito no desenvolvimento do quadril no período intra-uterino. Ao se estudar os neonatos podemos observar que posições extremas do quadril durante o desenvolvimento do feto podem levar a danos significativos na cartilagem articular. “O quadril não forma um fulcro fixo de rotação em torno dos quais os movimentos possam ser produzidos, de modo que o acetábulo pode não se desenvolver completamente e a cabeça do fêmur pode não apresentar forma esférica” (KONIN, 2006).

A estrutura do quadril é uma articulação que une o osso íliaco ao fêmur. As superfícies articulares que fazem parte do quadril são: o acetábulo e a cabeça do fêmur que, envolvidas por uma cápsula articular e ligamentos espessos e sólidos formam a articulação do quadril. Esta é estruturalmente importante, e a sua integridade determina a qualidade do ato de deambular. Realiza os movimentos: flexão - extensão da coxa sobre o tronco, rotação externa e interna, abdução; com esses três movimentos combinados fazem o movimento de circundução (DANGELO & FATTINI, 2005).

Portanto, a malformação provavelmente inclui fatores múltiplos, como o mau posicionamento e fatores mecânicos no útero, frouxidão ligamentar induzida por hormônio, fatores genéticos ou ambientais (Tecklin, 2002). É bem provável que a compressão intra-uterina, a má posição do feto ou o conjunto destes fatores ambientais, resulte na luxação daqueles que já tem predisposição genética. (WYNNE & DAVIES, 1973).

Sizínio (2003), afirma que a luxação que ocorre intra-uterinamente desde os primeiros meses de gravidez, é “uma luxação alta: um quadril pouco flexível e de difícil redução”. A apresentação pélvica no momento do parto aumenta em quatorze vezes a chance de luxação, já que o fêmur pode ser forçado para fora do acetábulo.

Com isso, todos os recém-nascidos devem ser examinados para se tentar identificar luxação ou lassidão anormal dos quadris.

Os exames do recém-nascido para o diagnóstico da LCQ incluem a Manobra de Ortoloni e de Barlow, sendo que, elas são mais confiáveis quando realizadas antes de 2 meses de idade; haja visto que à medida que o bebê cresce, o quadril instável permanece no acetábulo durante o crescimento normal, ou não fica na posição adequada, fora do acetábulo e poderá ser recolocado cirurgicamente. Os sinais clínicos clássicos da luxação são: pouca abdução, o trocanter maior é alto com relativo encurtamento do fêmur (DOWNIE, 1987).

Jeffrey, 2000, afirma que os exames de raios X são úteis na detecção dos achados anormais da articulação do quadril, também podem auxiliar no posicionamento adequado da articulação durante o tratamento com gesso.

Quando a criança começa a andar, há claudicação notável com o teste de Trendelenburg.

Crianças com LCQ bilateral apresentam marcha do tipo bamboleante, simétrica, que pode não ser reconhecida como anormal até que a criança aprenda a andar. A imagem por ultrassonografia demonstra a instabilidade dos quadris, sendo agora usada para o diagnóstico e monitoração do tratamento (ADAMS, 1976; DOWNIE, 1987 E TIDWELL, 2001).

O prognóstico depende da idade com que é realizado o diagnóstico; e o tratamento tem melhores resultados e é o menos agressivo quando iniciado ainda no Recém-Nato. O objetivo do tratamento é recolocar a cabeça do fêmur no acetábulo sem danificá-lo ou comprometer o suprimento sanguíneo com manobras forçadas. Para isso existem vários dispositivos diferentes com o objetivo de manter a postura flexionada e em abdução com os quadris, dentre eles a goteira de Craing, tala de Von Rosen e correia de Pavlik. Apenas metade ou 2/3 dos pacientes tratados após o primeiro ano de vida podem esperar uma recuperação total e livre de complicações, como marcha retardada, bacia alargada, encurtamento do membro afetado (ADAMS, 1994; DOWNIE, 1987).

Além do que, graves distúrbios motores interferem na capacidade funcional dos portadores de LCQ, podendo trazer seqüelas irreversíveis, não tratando adequadamente. A imobilização de forma inadequada, posição forçada leva a danos à cartilagem de crescimento e à epífise femoral. Motivo pelo qual o aparelho só deve ser utilizado por um profissional treinado e familiares esclarecidos e cooperativos. (SIZÍNIO, 2003). Afirma que necrose avascular da cabeça femoral é uma iatrogenia, por uma complicação do tratamento. Adams, (1994), cita que o tratamento ineficiente leva o paciente a defeitos físicos permanentes.

Portanto, o objetivo deste estudo é enfatizar a importância do fisioterapeuta na orientação ao cuidador, nos procedimentos adequados e seguros para proporcionar uma reabilitação mais segura nos casos de LDQ, no diagnóstico precoce e tardio, visando uma reabilitação rápida e segura. Assim como, promover um despertar para a proposta de que um tratamento precoce, paralelo a uma boa orientação fisioterapêutica ao cuidador domiciliar, alcançará uma reabilitação mais plena.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Os portadores de luxação displásica de quadril (LDQ), quando não tratado precoce e não adequadamente podem sofrer seqüelas irreversíveis pelos graves distúrbios motores que interferem na sua capacidade funcional. Assim sendo, tal temática foi escolhida para relato de caso, sendo que os dados contidos na pesquisa foram obtidos através de registros fotográficos, exames de RX, relato da mãe das crianças portadoras de luxação displásica de quadril. Considerações éticas: Os pais das crianças concordaram em participar da pesquisa e assinaram um consentimento, informando sobre a aceitação da publicação do presente trabalho.

## **RELATO DE CASO**

**1º relato:** menina, nascida a termo, parto Cesário, com apresentação cefálica em 1990, Petrópolis, RJ. Na avaliação neonatal foi observada limitação funcional da articulação coxofemoral unilateral E (fig.1), confirmada pelo ortopedista através das manobras de Ortoloni e Barlow. Submetida a exames complementares como RX, e de Ressonância Magnética, sendo diagnosticada luxação displásica de quadril. Indicado o tratamento conservador, com a colocação do suspensório de PAVLIK (fig.2), em posição de rã (quadril em flexão e abdução), regulado semanalmente, retirado aos sete meses, quando foi obtida a correção acetabular, confirmado pelo exame de Ressonância Magnética.



Fig. 1 - limitação funcional "MMII"



Fig. 2 - Suspensório de Pavlick

Foi mantido o acompanhamento médico quinzenal, com registro da evolução através da aquisição das etapas previstas no seu desenvolvimento, adquirindo a marcha com um ano e quarenta e cinco dias.

**2º relato:** A.C.O.P, menina, nascida a termo, parto Cesário, com apresentação cefálica em 1994, Petrópolis, RJ. Ao realizar a avaliação neonatal, feitos os testes para LDQ, todos foram negativos. Com 6 meses pesando 10,400 kg (fig.3) o fêmur esquerdo em um movimento espontâneo luxou, levada ao ortopedista foi examinada encaminhada para o Raio X que confirmou o diagnóstico de LDQ, com uma displasia acetabular grave. Não foi percebida antes devido à instabilidade acetabular, que em algumas posições a cabeça do fêmur se posicionava no acetábulo mas se deslocava com facilidade. (fig.4).



Fig. 3 - Criança (6 meses)



Fig. 4 - RX

Foi indicado a colocação de gesso em posição humana, procedimento realizado no centro cirúrgico com anestesia. O gesso é colocado da cintura (3 cm abaixo da cicatriz umbilical) até a ponta dos dedos dos pés, com uma barra de 25 cm entre os joelhos, mantendo abdução. Com abertura entre as pernas para higiene e necessidades fisiológicas.

Para a correção o fêmur é deslocado e colocado na região acetabular para que, com esse estímulo presente e sem movimento, possa crescer no formato adequado e impedir que a cabeça do fêmur de sair da cavidade e fazer movimentos anormais. O gesso foi usado por 135 dias, sempre com acompanhamento radiológico (tendo o cuidado de colocar rodela de chumbo em cima da região reprodutora a fim de impedir a incidência radiológica de causar danos, infertilidade) com visitas quinzenais ao ortopedista.

O tratamento imediato foi o uso do gesso pelve podálico (quadril em flexão e abdução), com uma trave de 25 cm entre os joelhos para manter o posicionamento (fig.5); sendo trocado após 4 meses, para o gesso coxofemoral podálico (quadril em abdução), com duas traves (fig. 6 e 7), permanecendo por mais 4 meses, sendo trocado pela órtese de ATLANTA (fig. 8). Durante a evolução houve o acompanhamento e controle através de exames radiológicos. Quando se obteve a correção acetabular, iniciou-se o trabalho fisioterapêutico para o fortalecimento dos MMII, sendo liberada após aquisição da marcha, com um ano e oito meses.



Fig. 5 – Gesso Pelve Podálico



Fig. 6 – Gesso coxo Femoral – Podálic

O uso do gesso coxopodálico colocado na região do fêmur até a ponta dos dedos dos pés deixa a cintura livre para possibilitar que a criança possa assumir a postura de sentada, são colocadas duas traves de 25 cm para evitar o fechamento, dando base e apoio, todos os cuidados anteriores se mantiveram, porém, redobrados, pois possibilita os movimentos de cintura pélvica, além do que, trazia sobre carga de peso nos MMII, qualquer procedimento de manuseio errado levaria à lesões, (gesso, 1,220 Kg). Permaneceu com o gesso por 135 dias.



Fig. 7 – Gesso coxo femoral – sentada



Fig. 8 – Órtese de Atlanta

Após a retirada foi indicada a órtese de ATLANTA, articulável feita sobre medida, com material rígido e couro, revestida por um protetor antialérgico, permanecendo por mais 120 dias. Durante esse período a pele se apresenta sensível e os movimentos das pernas tinham que ser aprendidos novamente. Foi orientada pelo ortopedista a deixá-la em colchonete no chão para que aprendesse os movimentos e tivesse contato com o que ficou tanto tempo adormecido dentro do gesso. Desenvolveu várias formas de engatinhar, e descobriu várias formas de explorar suas pernas, aprendeu a explorar o mundo não só com as mãos, conseguiu sentar sozinha, e deambulou com 21 meses.

A mãe na época era profissional da saúde e frente a situação instalada de seus bebês terem que conviver durante um período longo com os vários aparelhos convencionais, sabendo de sua importância na reabilitação de suas filhas foi ao longo do tempo criando estratégias de segurança no manejo e cuidados diários, com o objetivo de que os aparelhos fossem usados o tempo preconizado pelo médico, e também para que estes mesmos aparelhos não se tornassem instrumento de lesões secundárias do tipo superficiais assim como lesões mais sérias em função do peso do gesso, além de prezar pelo conforto e prazer de seus bebês. Relata que durante todo este percurso não lhe foram dadas orientações de como manusear seus bebês no dia a dia, tendo que encontrar a solução sozinha. Este relato foi feito pela mãe das crianças e descrito com seu consentimento.

## DISCUSSÃO

Existe pouca literatura que relata sobre os benefícios da fisioterapia nos cuidados da criança com LDQ. Contudo, a intervenção precoce e um acompanhamento fisioterapêutico, onde se auxilia e orienta o cuidador domiciliar, desde a fase inicial de tratamento até a alta, evita a ocorrência de seqüelas pela falta de experiência no manuseio, permitindo a concretização de um bom prognóstico, contribuindo para uma melhor reabilitação: o que permite nova pesquisa

baseada nas crianças com possíveis alterações decorrentes de condutas não orientadas. Se o diagnóstico e a intervenção forem realizados precocemente o tratamento ortopédico não operatório realizado através da tração e da imobilização com gesso e juntamente com a fisioterapia será o suficiente para a recuperação. Nos casos de diagnóstico tardio, poderá ser necessária a intervenção cirúrgica, que trará quase sempre certa limitação de alguns movimentos do quadril (ENCICLOPÉDIA SAÚDE, 2005).

## **ORIENTAÇÕES AOS CUIDADORES**

### **1. Órtese tipo Pavlik**

1º) Quando o lactente estiver usando a órtese do tipo Pavlik, evitar tracionar os MMII em adução, ou seja, não forçar contra o suspensório, certificando-se de que não existem áreas sujeitas à compressão; utilizar somente fraldas do tipo descartáveis para melhor higiene, prevenindo contaminação vesical;

2º) Retirar o suspensório apenas no horário do banho (quando a criança deverá continuar na posição estabelecida pelo Pavlik) e não forçar os MMII, pois causará dor e desconforto;

3º) Durante esse período o PAVLIK só é retirado para o banho e liberado os MMII para as trocas de fraldas. Por isso é importante não colocar roupas como: calças compridas, macacão ou qualquer outro tipo que não permita a abertura das pernas (abdução 90º). É também importante a boa higiene evitando contaminações.

4º) Cuidar da pele do bebê, secando-o bem após o banho vesti-lo em local seguro para evitar quedas e recolocar o suspensório sem mexer no tracionamento; (uma manipulação inadequada pode causar necrose avascular).

5º) Ter o cuidado de não colocá-la em DL na cama ou no colo, pois devido à tração imposta à cabeça do fêmur estaria fazendo uma força contrária. Sempre suspendê-la com uma almofada por baixo, de aproximadamente 60 x 40 x 5 cm (como uma bandeja), e para dormir elevar a cabeceira 15 a 20 graus para facilitar a digestão, ou sofrer um possível engasgo. Todas essas medidas são necessárias para o sucesso do tratamento;

6º) A melhor posição para carregar a criança é evitar que o gesso cause alguma compressão à criança e não cause desconforto, procurar ter sempre uma base de apoio;

## **DURANTE O ENGESSAMENTO**

1º) O gesso é colocado no centro cirúrgico com manipulação sob anestesia geral, seguida de imobilização; exige então, um cuidado maior, sendo iniciado pelo tempo de secagem, este deve ser respeitado, para não causar danificação ao próprio gesso e ao posicionamento de correção;

### **2. Gesso Pelve-Podálico**

1º) Ao segurar a criança, não suspendê-la pelos braços, podendo causar lesões da, coluna, tórax, em função do peso do gesso;

2º) É de grande relevância os cuidados com alimentação, vestuário, troca de fraldas, evitando a entrada de dejetos no gesso, que podem levar de um simples desconforto a uma infecção;

3º) Durante a fase do gesso não há como dar um banho normal na criança. Somente utiliza-se de bandagens úmidas em água morna, secando logo após; para lavar a cabeça são necessárias duas pessoas: uma para segurar a parte gessada e as costas e a outra lavando a cabeça que fica inclinada para baixo para não molhar o gesso. O cuidado com a coluna da criança e com as vias aéreas superiores é importante;

4º) O uso do sabonete é inapropriado, pode causar feridas na pele, só é retirado em água corrente, usar para higiene apenas bandagens úmidas em água morna;

5º) Sempre atentar para o posicionamento da criança, pois seu tórax, não tem boa expansão, limitado pelo gesso;

6º) O posicionamento adequado para não causar lesões nas costas ou nas virilhas deve ser bastante observado: sempre almofadar o tronco e quadril em todas as possibilidades;

7º) Ao se elevar a criança, deve-se levar em conta o seu aumento do peso em decorrência do peso do aparelho gessado, e o pegar de maneira inadequada poderá levar a lesões de MMSS, coluna e abdômen por tracionamento;

8º) Deve-se observar também o local que a criança é colocada para evitar quedas: evitando colocá-la em local alto; quando no chão afastar objetos que ela possa puxar e se ferir;

9º) A alimentação também é importante ser avaliada, pois há diminuição de movimentos abdominais para a digestão, devendo-se evitar o comprometimento gastro-intestinais: evitando êmise, constipação e diarreias, usando alimentos de mais fácil digestão, como frutas, sucos, sopas e se possível não deixar de amamentar:

### **3. Gesso Coxo-Femoral Podálico**

1º) Quando o gesso é trocado para o coxo femoral podálico, ocorre a liberação dos movimentos de flexão e extensão do quadril, levando o maior peso do gesso para os MMII, podendo a criança cair para trás na posição sentado, já que a trave de baixo favorece esta ação; sendo necessários sempre os cuidados, prevenindo com a utilização de suportes de proteção: encostos e almofadas;

2º) devendo cuidar da pele, protegendo-a para não causar lesões, principalmente nas dobras cutâneas, no limite do gesso;

3º) Na retirada do gesso, a pele está agora mais sensível, necessitando de condutas mais elaboradas: o cuidado com a água quente, roupas grossas e o toque, a necessidade de mobilizar os membros, o que é novidade para a criança que passou grande tempo imóvel dentro de um aparelho de gesso;

### **4. Órtese de Atlanta**

1º) Quando passa a usar uma órtese de Atlanta, articulável (feita sobre medida, com material rígido e couro, revestida por um protetor antialérgico), a criança passa a ter movimento liberados na articulação dos joelhos, sendo necessário os cuidados com essa articulação que se encontra instável, por ex.: não forçar movimentos, não puxar as pernas em extensão nas trocas de fraldas...

2º) Como a criança ainda não está dominando os movimentos dos MMII, é necessário que esta descoberta seja feita naturalmente, e para isso necessita de um apoio que a auxilie, podendo ser um colchonete no chão, um edredom, um local protegido, assim, ela evoluirá sem medo de arriscar;

3º) A órtese somente é retirada para o banho e troca de fraldas. Quando for liberada, precisará de mais espaço e liberdade para evoluir. Os movimentos iniciam-se incoordenados, e são necessários cuidados para não haver quedas;

4º) Não impor posições que possam causar dor, como: manter as pernas aduzidas e estendidas. Pode neste início ser difícil, necessitando de mais tempo para realizá-los;

5º) Os sapatos precisam ser adequados e leves, promovendo o conforto necessário;

6º) Durante todo esse processo a criança é submetida a grande incidência radiográfica, necessitando do uso de rodela de chumbo sobre o órgão reprodutor;

A criança portadora de LDQ necessita de cuidados que proporcionem uma qualidade de vida, visando não só o seu bem estar físico, mas principalmente o mental e social. É importante ressaltar que o convívio social e a interação com o meio farão da criança um indivíduo mais feliz.

### **CONCLUSÃO**

O acompanhamento fisioterapêutico baseado nas condutas empregadas, somadas as orientações ao cuidador, consiste de grande valia nos processos patológicos da LDQ, quanto ao melhor prognóstico e na melhor qualidade da marcha, assim como o de evitar uma intervenção cirúrgica para a redução da luxação. Portanto, acreditamos na contribuição que tal relato de caso venha apresentar à comunidade acadêmica científica.

Espera-se que novos estudos nesta área possam ser abordados, podendo melhorar ainda mais o tratamento dos portadores de LDQ e as orientações necessárias aos seus cuidadores.

## REFERÊNCIAS

- ADAMS, J.C.; HAMBLEN, D. **Manual de Ortopedia**. 11ª ed. Artes Médicas; 1994.
- DANGELO, J.G; FANTTINI, C. A. **Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar**. 2ª ed. São Paulo. Ed.Ateneu; 2005.
- DOWNIE, P. **Cash Fisioterapia em Ortopedia e Reumatologia**. Ed. Médica Panamericana; 1987.
- JEFFREY P. LARSON, RPT. **Publicado na Galé Encyclopedia of Medicine**. Galé Group; 2002
- KONIN, J.G. **Fisioterapia Prática**. Ed. Guanabara Koogan; 2006.
- TIDSWELL, M. **Ortopedia para Fisioterapeutas**. Ed. Premier; 2001.
- SHEPHERD R. B. **Fisioterapia em Pediatria**. 3ª ed. Santos; 1996.
- SIZÍNIO, H., XAVIER R. **Ortopedia e Traumatologia princípios e Práticas**. 3ª ed. São Paulo, Ed. Artmed; 2003.
- TECKLIN J.S. **Fisioterapia Pediátrica**. 3ª ed., Porto Alegre, Ed. Artmed; 2002.
- WYNNE & DAVIES; 1973 – [www.cultura.utpa.br](http://www.cultura.utpa.br) ; acessado em 2005
- ENCICLOPÉDIA SAÚDE, 3ª ed. São Paulo – 2005.