

CLICK DO QUADRIL COMO CRITÉRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA*

Hip click as criteria for orthopaedic evaluation referral

Ana Paula Tedesco Gabrieli¹

Giovana C. Almeida²

José V. Krindges Jr.²

Objetivo: avaliar a importância do *click* do quadril percebido pelo pediatra ao exame físico, correlacionando-o com fatores de risco, visando ao encaminhamento ortopédico dos casos indicados.

Material e métodos: este estudo avaliou 45 pacientes encaminhados pelo pediatra ao ortopedista por apresentarem, no exame físico, *click* no(s) quadril(is). Foi realizada a comparação entre os achados do exame físico ortopédico pediátrico e os exames de imagem obtidos. Além disso, foi estabelecida a relação dos casos encaminhados com o grau de risco para displasia do desenvolvimento do quadril.

Resultados: oitenta por cento dos pacientes eram do sexo feminino, e a idade média de encaminhamento foi de 8,8 semanas. O exame físico ortopédico confirmou a presença de *click* em 33 casos e revelou instabilidade, não detectada previamente, em 3 casos. Dos 45 pacientes, 8 apresentavam baixo risco para displasia no desenvolvimento do quadril, e nenhum precisou de tratamento; 26 apresentaram risco intermediário (11,5% tiveram indicação de tratamento), e 11 eram do grupo de risco elevado, sendo que desses, 18,2% tiveram indicação de tratamento.

Conclusão: enfatiza-se a necessidade de correto exame físico do recém-nascido pelo pediatra com a adequada distinção entre um *click* e o sinal de Ortolani verdadeiro e o encaminhamento dos casos suspeitos ou pertencentes a grupos de risco para avaliação especializada.

Palavras-chave: exame físico, ortopedia, pediatria, luxação congênita do quadril.

Objective: the goal of this study is to evaluate the finding of "click" at the hip on pediatric physical examination and establish a connection with risk factors aiming the orthopedic reference of the indicated cases.

Material and methods: this study evaluates 45 patients referred by the pediatrician to the orthopaedic evaluation for presenting hip "clicks". The findings on pediatric and orthopedic's physical exam and image studies were compared. A relationship between positive physical examination and risk factors is established.

Results: eighty per cent of the patients were female, the mean age at the referral was 8,8 weeks. The orthopedic physical examination confirmed the presence of a simple "click" in 33 cases. In 3 cases hip instability, not previously noted, was depicted. Eight patients were low risk for DDH and in none treatment was needed; 26 patients were intermediate risk and 11,5% had the indication for treatment and 11 patients were high risk and 18,2% needed treatment.

Conclusion: it is emphasized necessity of the correct physical examination of newborn for pediatric with the adjusted distinction between one "click" and sign of true Ortolani and the guiding of the pertaining cases suspicious or the groups of risk for specialized evaluation.

Key words: physical exam, orthopaedics, pediatrics, congenital dislocation of the hip.

¹ Professora no DCCI/disciplina de Ortopedia e Traumatologia do CCBS da UCS.

² Aluno do curso de Medicina do CCBS da UCS.

* Trabalho realizado no Centro de Endoscopia Digestiva do Hospital Geral de Caxias do Sul.

Endereço para correspondência:

Ana Paula Gabrieli
Rua Gal. Arey da Rocha Nóbrega, 401/703
95040-290 - Caxias do Sul - RS
E-mail: gabrieli@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A displasia do desenvolvimento do quadril (DDQ) é uma anormalidade do desenvolvimento da articulação do quadril na qual a cápsula, o fêmur proximal e/ou o acetábulo mostram alterações. A DDQ inclui, além da luxação, subluxação e instabilidade do quadril; anormalidades apenas radiológicas que refletem uma formação inadequada do acetábulo (displasia). Na luxação existe perda completa do contato entre a cabeça femoral e o acetábulo e, na subluxação, esse contato é apenas parcial.¹

A expressão *displasia do desenvolvimento do quadril* é preferível e, atualmente, substitui as discriminações *luxação congênita do quadril* e *displasia congênita do quadril*, uma vez que muitos dos achados de diagnóstico podem não estar presentes ao nascimento. Sendo assim, a expressão *do desenvolvimento* reflete melhor a fisiopatologia dessa entidade do que o termo *congênito*.^{1,2,3}

A incidência de DDQ varia conforme os estudos, entre 0,5 a 9,2/1.000 nascidos vivos. A literatura aponta maior incidência em povos europeus e/ou de descendência européia.^{1,2,4,5,6}

A etiologia da DDQ é multifatorial e está relacionada com frouxidão ligamentar excessiva, instabilidades anômicas do quadril, mau posicionamento intra-uterino, fatores genéticos, ambientais e alterações pós-natais. Segundo a literatura, pacientes do sexo feminino, com história familiar, apresentação pélvica e primogênitos desenvolvem DDQ com maior frequência. Alguns pacientes com DDQ podem apresentar outras malformações congênitas mais frequentemente do que na população geral, como metatarso aduto e torcicolo congênito.^{1,3,6,7}

O diagnóstico inicial de DDQ pode ser difícil. O exame físico clássico de crianças com DDQ apresenta limitação da abdução do quadril, assimetria de pregas cutâneas (inguinais e/ou glúteas), sinais de Galeazzi, Ortolani e Barlow. A dificuldade do diagnóstico de todos os casos de DDQ reside na diferença de experiência entre os profissionais que examinam as crianças. Além disso, alguns sinais, como o de Ortolani, podem desaparecer após algumas semanas de vida e somente outros achados podem estar presentes depois.^{4,8,9}

A interpretação correta dos achados em exame físico é um fator importante para o diagnóstico da DDQ. O sinal de Ortolani, descrito na literatura como um *clunk* que corresponde à entrada da cabeça femoral no acetábulo, em um quadril luxado, é frequentemente confundido com *click* (ruídos secos e curtos, parecendo uma crepitação) desencadeados pela flexão, abdução ou extensão do quadril, que não representam anormalidades articulares. Esse *click* não é sinal de DDQ e, geralmente, é devido a um fenômeno de vácuo na articulação do quadril ou ao atrito de estruturas ligamentares ou miofasciais (banda iliotibial ou tendões glúteos) passando sobre o grande trocânter. O *click* pode ser originário do joelho, nos casos de subluxação da patela, lassidão ligamentar exagerada ou presença de menisco discóide lateral, e ser percebido como proveniente do quadril.⁶ É frequente o encaminhamento de crianças que apresentam esses *clicks* ao ortopedista. Algumas vezes, esses sinais são denominados sinais de Ortolani, e a criança recebe o diagnóstico de DDQ indevidamente.

OBJETIVO

Avaliar a importância do *click* do quadril, percebido pelo pediatra ao exame físico, correlacionando-o com fatores de risco, visando ao encaminhamento ortopédico dos casos indicados.

MATERIAL E MÉTODOS

Essa análise retrospectiva foi elaborada com base em informações de prontuários de pacientes de uma clínica de ortopedia pediátrica da cidade de Caxias do Sul, entre os anos de 1996 e 2001. Todos os casos analisados foram examinados pelo mesmo ortopedista pediátrico.

Foram analisados prontuários de 45 pacientes encaminhados ao ortopedista pelo achado de *click* no(s) quadril(is). Foram pesquisados a idade no diagnóstico do *click*, a idade no encaminhamento ortopédico, o resultado do exame físico ortopédico e dos exames de imagem e se havia fatores de risco para DDQ (de acordo com a Academia Americana de Pediatria).¹

De acordo com o protocolo atual da Acadêmica Americana de Pediatria,¹ os pacientes foram classificados relativamente a:

- baixo risco: pacientes do sexo masculino sem outros fatores associados e/ou pacientes do sexo masculino com história familiar;
- risco intermediário: pacientes do sexo feminino sem os demais fatores de risco, e/ou pacientes do sexo masculino com apresentação pélvica;
- alto risco: pacientes do sexo feminino com história familiar positiva, e/ou pacientes do sexo feminino cuja apresentação foi pélvica.

Os exames de imagem incluíram radiografia da bacia e/ou ultra-sonografia dos quadris realizada pelo método de Graf. Esses exames foram solicitados para aumentar a certeza diagnóstica, uma vez que o exame físico, mesmo especializado, não pode ser considerado isento de falhas.^{3,10,11,12,13}

RESULTADOS

A idade média dos 45 pacientes encaminhados ao ortopedista pelo achado de *click* no(s) quadril(is) pelo pediatra, foi de 8,8 semanas (0-41 semanas). A idade ao exame físico ortopédico variou de 1 a 44 semanas, com média de 12,8 semanas. Trinta e seis pacientes (80%) eram do sexo feminino, e nove (20%), do sexo masculino. O seguimento médio dos pacientes foi de 7,6 meses, variando de 0 a 40 meses. Em 33 pacientes (73%), o ortopedista corroborou a presença de *click* na abdução do(s) quadril(is), mas em apenas dois pacientes (4%) havia sinais de instabilidade (sinal de Barlow), nenhum deles detectado previamente pelo pediatra. Seis pacientes apresentaram-se com diagnóstico de sinal de Ortolani pelo pediatra; todos tinham exame ortopédico e de imagem normais.

Após avaliação e investigação ortopédicas, cinco pacientes (11%) tiveram diagnóstico de DDQ, com subluxação do quadril, necessitando de tratamento. Nesse grupo de pacientes, um tinha exame ortopédico normal, dois apresentavam sinal de Barlow; e em dois notou-se assimetria de pregas cutâneas. Desses pacientes, dois apresentavam alto risco, e três eram de risco intermediário para DDQ.

Seis pacientes tinham história familiar positiva para DDQ, todos do sexo feminino; cinco desses com exame ortopédico e de imagem normais e um paciente com subluxação do quadril esquerdo (o que somente demonstrava assimetria de pregas inguinais e/ou glúteas) que necessitou de tratamento (17%).

Cinco pacientes tinham história de apresentação pélvica (todos do sexo feminino), e somente um paciente tinha exames ortopédico e de imagem alterados necessitando de tratamento (20%).

Em 13 pacientes foram notados outros sinais além do *click* descrito pelo pediatra, incluindo-se limitação da abdução em dois pacientes (ambos normais) e assimetria de pregas inguinais e/ou glúteas e/ou de coxas em 11 pacientes. Desse grupo de 11 pacientes, 3 (23%) apresentaram DDQ (subluxação) e necessitaram de tratamento.

Trinta e sete pacientes realizaram radiografias da bacia das quais seis foram julgadas anormais, quatro pacientes mostraram displasia leve, e dois pacientes, subluxação do quadril.

Vinte e oito pacientes realizaram ecografia dos quadris pela técnica de Graf. Em três pacientes a ecografia foi tida como normal para a faixa etária, mas devido a anormalidades detectadas na radiografia, foi indicado tratamento. Em dois paciente a ecografia mostrou-se anormal para a faixa etária do paciente. Um deles foi classificado como de baixo risco para DDQ e não necessitou de tratamento. O outro paciente, com risco intermediário, apresentou alterações radiológicas e recebeu tratamento.

De acordo com o protocolo da Academia Americana de Pediatria, os pacientes foram estratificados da seguinte forma:

- oito pacientes de baixo risco (18%), nenhum deles necessitou de tratamento;
- 26 pacientes (58%) do grupo de risco intermediário, e três necessitaram de tratamento por apresentar alterações no exame físico (assimetria de pregas cutâneas e/ou sinal de Barlow);
- 11 pacientes apresentaram alto risco (24%), e dois necessitaram de tratamento por apresentar alterações no exame físico (assimetria de pregas).

DISCUSSÃO

Durante a avaliação pediátrica do recém-nascido, o pediatra deve buscar sinais de DDQ por meio da realização das manobras de Ortolani e Barlow, da pesquisa do grau de abdução dos quadris, da observação de assimetrias de pregas cutâneas (coxas, inguinais, glúteas) e da presença de outras deformidades como torcicolo congênito e metatarso aduto. Na anamnese, deve-se atentar para a história familiar e apresentação pélvica.^{1,3,6,7}

O diagnóstico da DDQ ao exame físico do ortopedista apresenta resultados mais reprodutíveis se comparados aos demais profissionais envolvidos no cuidado do recém-nascido. A incidência estimada de DDQ pelo exame físico realizado pelo pediatra é de 8,6/1.000 e pelo ortopedista é de 11,5/1.000. Equipes de fisioterapeutas treinados conseguem uma avaliação efetiva da DDQ, e resultados mais pobremente reprodutíveis são obtidos em exames físicos realizados por médicos jovens e com pouca experiência. Esses dados confirmam a importância da experiência do examinador no diagnóstico de DDQ.^{1,4,8}

O presente estudo demonstra que dos 45 pacientes encaminhados à avaliação ortopédica por *clicks* no(s) quadril(is), dois apresentavam instabilidade (Barlow) que não haviam sido descritos anteriormente. Ambos os casos tiveram o diagnóstico de DDQ e necessitaram de tratamento.

O pediatra precisa estar informado de que achados positivos em um exame precoce podem desaparecer em semanas. A literatura relata que o *click* do quadril, observado no sinal de Ortolani, é mais frequente no recém-nascido do que na criança com quatro semanas de vida. Segundo o estudo de Barlow, uma em cada 60 crianças nasce com instabilidade de um ou de ambos os quadris e, dessas, 60% recuperam-se espontaneamente na primeira semana de vida, e 88%, até os dois meses. Os 12% restantes (numa incidência de 1,55% em cada 1.000) apresentam DDQ típica e persistente. Esses achados indicam que grande parte dos quadris instáveis apresenta tendência a se estabilizar espontaneamente, mediante o aumento da tensão da cápsula frouxa.^{2,6}

É questionável se nesse estudo os sinais de Ortolani evidenciados – pelo pediatra e não confirmados pelo ortopedista – se tratavam de sinais verdadeiros, que desapareceram espontaneamente ou não eram realmente sinais de Ortolani.

A literatura valoriza, como fatores preditivos da doença: história familiar positiva, apresentação pélvica e alterações ao exame físico, como comprovado neste trabalho e demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 – Relação dos fatores de risco com a necessidade de tratamento

Fatores preditivos para o tratamento dos pacientes	
Fator de risco para DDQ	% de pacientes tratados
História familiar	17%
Apresentação pélvica	20%
Exame físico alterado	23%

Nesse estudo, cinco pacientes necessitaram de tratamento para DDQ; todos apresentaram alterações ao exame físico e/ou de imagem, e a estratificação da necessidade de tratamento, com relação ao grupo de risco dos pacientes, está descrita na tabela 2.

Tabela 2 – Porcentagem de pacientes tratados segundo o grau de risco por DDQ

Grau de risco	Pacientes (n.)	Pacientes tratados (n.)	% de pacientes tratados
Risco intermediário	26	3	11
Risco alto	11	2	18

Como método adjuvante do diagnóstico, a radiografia de quadril está indicada a partir dos três aos seis meses de idade, quando surgem os núcleos de ossificação do quadril e do fêmur. A radiografia negativa não afasta a presença de DDQ em idades precoces.^{6,10,12,14,15} Neste estudo, as radiografias foram solicitadas num período em que a ecografia dos quadris não podia ser obtida ou era obtida com um padrão de qualidade e experiência questionáveis, funcionando então como uma informação adicional ao caso. Dos 37 pacientes que realizaram radiografias, seis foram consideradas anormais, e cinco pacientes foram tratados (um se perdeu do seguimento). Desses, dois apresentavam instabilidade do quadril ao exame ortopédico (Barlow).

Em recém-nascidos, a ultra-sonografia é o exame de eleição na DDQ, pois não depende da presença de núcleos de ossificação para demonstrar a existência de anormalidades. O uso desse exame de imagem, como método de rastreamento, provoca um aumento no número de diagnósticos, mas não determina a necessidade de tratamento, já que alguns casos evoluem para resolução espontânea.^{1,5,8,18} É importante salientar que, segundo a literatura, mesmo com a realização de um exame físico especializado e ecografia em todos os recém-nascidos, a incidência de DDQ tardia é de 0,6 casos em cada 1.000 pacientes.^{4,9}

CONCLUSÃO

O exame dos quadris em busca de DDQ deve ser parte indispensável do exame físico do recém-nascido. Entretanto, o diagnóstico preciso do sinal de Ortolani e de Barlow é dependente do treinamento específico e da experiência do pediatra.

Pacientes estratificados nos grupos de risco *intermediário* e *alto*, que apresentam alguma alteração ao exame físico, possuem maior chance de necessitar de tratamento para DDQ. Sendo assim, devem ser encaminhados ao ortopedista para avaliação detalhada e acompanhamento.

Referências bibliográficas

1. Lehmann HP, Hinton R, Morello P, Santoli J. Clinical practice "guideline" of american academy of pediatrics: early detection of developmental dysplasia of the hip. *Pediatrics* 2000;105: 896-905.
2. Bialik V, Bialik GM, Blazer S, Sujon P, et al. Developmental dysplasia of the hip: a new approach to incidence. *Pediatrics*, 1999;103:93-8.
3. French LM, Dietz FR. Screening for developmental dysplasia of the hip. *Fam Physician*, 1999; 60:177-88.
4. Macnicol MF. Results of a 25-year screening programme for neonatal hip instability. *J Bone Joint Surg*, 1990; 72B:1057-60.
5. Mubarak SJ, Leach J, Weger DR. management of congenital dislocation of the hip in the infant. *Contemp Orthop*, 1987; 15:29-43.
6. Taclidjian M. *Ortopedia pediátrica*, volume 1, São Paulo, editora Maole, 1995.
7. Jones D, Wood B. An assessment of the value of examination of the hip in the newborn. *J Bone Joint Surg*, 1977; 59B:318-22.
8. Fiddian NJ, Gardiner JC. Screening for congenital dislocation of the hip by physiotherapists. *J Bone Joint Surg*, 1994; 76B:458-9.
9. Morrissy RT, Weinstein SL, Lovell and Winter's *Pediatric Orthopaedics* 5th ed. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
10. Berman L, Kleenerman L. Ultrasound "screening" for hip abnormalities: preliminary findings in 1001 neonates. *British Med Journ*, 1986; 293:19-722.
11. Boal DKB, Schwentker EP. Assessment of congenital hip dislocation with real-time ultrasound: a pictorial essay. *Clinical imaging*, 1991; 15:77-90.
12. Morin C, Harcke HT, Macewen GD. The infant hip: real-time us assessment of acetabular development. *Radiology*, 1985; 157:673-7.
13. Tönns D, Storch K, Ulbrich H. Results of newborn screening for edh whit and without sonography and correlation of risk factors. *J Pediatric Orthop*, 1990; 10:145-52.
14. Graf R. Classification of hip joint dysplasia by means as sonography. *Arch Orthop Trauma Surg*, 1984; 102:248-55.
15. Sharp IK. acetabular dysplasia (the acetabular angle). *J Bone Joint Surg*, 1961; 43B:268-72.
16. Castelein, RM; Korte, J. Limited hip abduction in the infant. *J Pediatr Orthop*, 2001; 21:668-70.
17. Fredensborg N, Nilsson BE. Overdiagnosis of congenital dislocation of the hip. *Clin Orthop Rel Research*, 1976; 119:89-91.
18. Lehmann HP, Hinton R, Morello P, Santoli J. Developmental dysplasia of the hip practice "guideline": technical report. (electronic article) *Pediatrics*, 1976; 105:57.