

LUXAÇÃO CONGÊNITA DO QUADRIL

O conceito de miodisplasia e sua importância sobre o diagnóstico e o tratamento. Resumo de nossa experiência.

LÉO MARIO MABILDE *

“A forma é a expressão da função que, através do desenvolvimento, nela esculpe seus caracteres normais ou patológicos.”

J. L. BADO

1) Conceito de miodisplasia

Creemos que, todas as alterações morfológicas que precedem ou acompanham a L.C.Q., são secundárias a um desequilíbrio muscular instalado em épocas variáveis da vida intra-uterina de gravidade também variável, o que explica os diversos graus encontrados na enfermidade.

É Bado, após seus memoráveis trabalhos, que nos ensina como interpretar o mecanismo de causa muscular que conduz à luxação.

As miofibrilas nascidas do mesênquima diferenciado, podem ser identificadas no curso da sétima à décima semana da vida intra-uterina. Até a décima-sexta semana progridem aumentando de número e volume, porém, daí em diante, só aumentam de volume. Devemos admitir que este ciclo normal de crescimento possa alterar-se (falta = aplasia ou distúrbio = displasia). Esta alteração não seria acompanhada por igual alteração do sistema ósseo. O paralelismo seria assim rompido.

Quando esse defeito de crescimento muscular se situa num grupo determinado de músculos (adutores, flexores e rotadores externos) do quadril e, prosseguindo o normal crescimento ósseo, haveria uma atitude permanente do mem-

bro inferior correspondente ou de ambos em adução, flexão e rotação externa. Essa atitude permanente por sua vez modifica a pressão do núcleo cefálico em desenvolvimento, tornando-a mais acentuada sobre o setor anterior e superior do cótilo, o que viria modificar o seu desenvolvimento, tornando-o menos profundo. Por sua vez, também, o núcleo sofre em seu crescimento, retardando sua ossificação e mesmo deformando-o.

Nessa mesma ordem de idéias podemos relacionar as alterações morfológicas para o colo femoral (ângulos de inclinação e declinação, valgismo e anteversão). Ora, como o quadril é uma unidade anatômica e funcional constituída pelo cótilo, epífise, colo e partes moles, devemos aceitar que suas alterações sejam secundárias a uma alteração funcional motivada por um desequilíbrio muscular. Isto seria apenas um exemplo do princípio geral que estabelece uma íntima relação entre a morfologia e a função, princípio tão conhecido e tão esquecido.

2) Diagnóstico

O sinal de limitação da abdução uni ou bilateral já descrito como elemento de valor no diagnóstico da L. C.

Q. desde fins do século passado, não estava sendo bem interpretado, já que era considerado secundário à luxação estabelecida. Na verdade se supunha e talvez ainda hoje se suponha que a limitação da abdução era consequência de uma contratura e que só estava presente quando o quadril se achava sub-luxado ou luxado, não obstante observar-se a sua persistência mesmo depois da anestesia.

A limitação da abdução é constante, precoce e fácil de ser procurada, muito mais fácil que o clássico sinal de Ortolani que, durante tanto tempo, foi considerado o único sinal de valor para o diagnóstico precoce.

A limitação da abdução já se encontra antes que apareçam sinais de luxação na radiografia ou aqueles considerados como sinais mínimos de displasia. Compreende-se que assim seja, porque a limitação traduz o transtorno funcional que pode acompanhar a luxação, porém que está também presente em forma constante antes de que a luxação se produza.

O sinal de Ortolani, de cujo valor não duvidamos e mesmo enalteceamos, expressa, no entanto, somente a existência de uma luxação, se não de uma luxação redutível. O sinal de Ortolani não pode, assim, ser encontrado nem antes da luxação e nem depois que esta perdeu seu caráter de redutibilidade. A limitação da abdução, ao contrário, permite-nos detectar clinicamente os períodos prévios da luxação, os chamados estados de pré-luxação, cujo diagnóstico é de tão grande importância e apresenta tantas dificuldades. Os demais sinais clínicos, pregas inguinais mais profundas e desiguais, assim como determinadas atitudes do lactente quando em posição prono ou supina, são também consequentes a esta mesma adução permanente.

Finalmente, queremos mais uma vez insistir, de acordo com Bado, Risser, Vernon Hart, Burke, Coleman e Leefman, que o sinal de limitação da abdução é de grande valor para o diagnóstico da luxação congênita do quadril por ser o mais precoce, o mais constante, o mais fácil de procurar e o mais fácil de recordar.

Complementando, o estudo radiológico de ambas as articulações do quadril e sua devida interpretação e avaliação, é, certamente, uma medida valiosa no diagnóstico definitivo de miodisplasia com ou sem luxação.

3) Tratamento

Bado, em 1963, em Viena, por ocasião do Congresso da SICOT, já afirmava, em seu trabalho, da necessidade de substituir o tratamento sintomático da L. C. Q. por um tratamento etiológico, como sendo a única solução efetiva para a obtenção de bons resultados.

Dizia aquele professor:

— “Em vez de atentar para os efeitos, lidar com as causas.”

Em vez de tentar obter a redução da luxação a qualquer custo, sem levar em conta as suas origens, é necessário fixar a atenção em suas causas, evitando, assim, sua ação após a redução. Redução esta que pode ser obtida, sem esforço, como uma inevitável consequência de sua supressão.

Dentro, pois, desse conceito, podemos afirmar que o tratamento da L. C. Q. pode e deve ser precoce, o que constitui na realidade uma verdade universal.

A idade ideal para o tratamento é, evidentemente, a mais precoce possível, imediatamente após o diagnóstico ou após o fracasso do tratamento iniciado no lactente.

Não somos partidários dos processos de redução incruenta em casos de luxação ao redor de um ano de idade (2 meses menos ou 2 meses mais). Não que não se possa reduzir, mas que permanecendo os fatores etiológicos responsáveis pela luxação, estes mesmos fatores continuariam atuando, provocando transtornos funcionais e anatômicos na evolução.

Consideramos, assim, que o processo de eleição é o cirúrgico porque é etiológico e, repetimos, deva ser o mais precoce possível.

Em resumo, o tratamento tem por objetivo não a redução da luxação mas sim a supressão dos fatores luxantes: a redução se obtém, então, facilmente, como uma consequência.

4) Resumo de nossa experiência

Norma de conduta no tratamento da mioidisplasia congênita do quadril com ou sem luxação, de acordo com a idade e a gravidade da lesão:

4.1. — Lactentes de 0 a 1 ano

Motivo da consulta: exame de rotina do recém-nascido.

Tratamento: nas primeiras semanas ou meses: aparelhos tipo Fréjka ou Von Rosen a fim de proporcionar abdução permanente e progressiva com periódicos controles clínicos e radiológicos. A duração do tratamento dependerá do grau de mioidisplasia e gravidade da luxação. Em geral, a abdução é completa em poucos meses; o núcleo cefálico faz sua aparição e aumenta de volume na medida que o acetábulo vai se tornando normal. Nos casos de luxação mínima tudo estará normalizado dentro de um ano de tratamento. Nos mais sérios um a dois anos.

4.2. — Crianças de 1 a 3 anos

Constituem, normalmente, o maior componente das que procuram a consulta, levadas por um atraso no início do caminhar ou por anomalias no modo de caminhar.

Tratamento cirúrgico e etiológico suprimindo os fatores luxantes.

Esquema da técnica empregada (Bado):

1.º tempo: Adutores. Secção e Ressecção do longo e curto adutor. Eventualmente, também o gracilis com neurotomia do obturador.

2.º tempo: Artrotomia. Desinserção do reto anterior e secção do psoasílico, assim como descolamento da cápsula de suas aderências na superfície externa do íliaco. Abertura da cápsula e ressecção do ligamento redondo, se presente.

3.º tempo: Redução da luxação obtida quase espontaneamente através da colocação do membro inferior em abdução e rotação interna.

4.º tempo: Fechamento da cápsula e reinserção do reto anterior. Fechamento dos planos superficiais.

5.º tempo: Imobilização em aparelho gessado Pelvi-Podálico com o membro

em abdução e rotação interna por três meses. Após a retirada do gessado, o paciente inicia os movimentos ativos e passivos, usando um brace de abdução (barra de Ponsetti) por um período de 12 meses de acordo com a evolução. Controles radiológicos no transoperatório e após cada três meses. Ausência de limitação da abdução constitui um bom sinal para uma evolução satisfatória. O apoio e a marcha poderão ser permitidos após os primeiros 10 — 12 meses de cirurgia.

4.3. — Crianças de 3 a 6 anos

Motivo da consulta: modo estranho de caminhar, claudicação ou marcha anserina. Tratamento cirúrgico é ainda a indicação formal. Eliminados os fatores luxantes, a redução pode ser obtida sem maiores dificuldades, contudo já podem ser encontradas modificações sérias na morfologia do quadril, aumento do ângulo de anteversão, ângulo acetabular maior com teto pouco desenvolvido. Nestes casos, após a obtenção da redução, processos cirúrgicos suplementares podem ser necessários, a fim de prevenir uma relaxação ou uma necrose acéptica epifisária.

A osteotomia estará indicada para corrigir a anteversão e o valgo. Osteotomia geralmente mediata e condicionada pela própria evolução, quase sempre que seja necessário colocar o membro inferior em uma atitude de extrema abdução e rotação interna.

4.4. — Crianças de 6 a 10 anos

Ainda nesta idade a redução cirúrgica pode ser obtida, mas a recuperação da função não será da mesma qualidade e grau das crianças menores. A morfologia permanecerá profundamente alterada.

5) Breves conclusões

a — A mioidisplasia de Bado, como conceito etiológico da luxação congênita do quadril, trouxe grandes ensinamentos que proporcionaram maior precocidade de diagnóstico e, conseqüentemente, melhores condições etiológicas de tratamento com significativos resultados.

b — A limitação da abdução é um valioso sinal para o diagnóstico precoce da mioidisplasia do quadril sem ou com luxação. Sua busca deve fazer parte do exame de rotina do recém-nascido e nos primeiros meses do lactente.

c — O uso do Splint de abdução, tipo Frejka, Von Rosen ou similar, nos casos precocemente diagnosticados (1.^{as} semanas — 1.^{os} meses), oferece segurança no tratamento e certeza de bons resultados finais.

d — A redução da luxação congênita do quadril obtida incruentamente a qualquer custo e a qualquer idade, não mais deve ser indicada, pois alto é o ônus a ser pago na evolução e no resultado final.

e — O tratamento cirúrgico, etiológico, precoce e primário oferece a maior facilidade na redução da luxação, ausência de complicações na evolução e certeza dos melhores resultados finais anatômicos e funcionais.

Corolário Final

“A forma não é imutável. Determinada em suas origens, por destinos ancestrais específicos, ela obedece a função graças ao crescimento”.

J. L. Bado

6) Resumo

O autor inicia conceituando a mioidisplasia e interpretando seu mecanismo de produção. Ressalta, ainda, seus efeitos sobre a morfologia da epífise, colo e acetábulo, resultantes da atitude permanente.

A seguir, considera os sinais clínicos disponíveis para o diagnóstico precoce da L. C. Q., salientando o valor do teste de

abdução, sua facilidade na lembrança e determinação. Dá ênfase ao tratamento etiológico da L. C. Q. — seguindo a escola de Bado — como o mais seguro na obtenção de bons resultados, sistematizando-o conforme a idade da criança no momento da consulta, para logo descrever os tempos cirúrgicos.

O texto é acompanhado de fotografias ilustrativas de desenhos referentes a sinais clínicos e de radiografias de casos tratados e observados em sua evolução, as quais, em sua seqüência, comprovam o bom resultado obtido.

7) Bibliografia

- BADO José Luis. Una nueva doctrina patogénica sobre a LCQ. Congresso Nacional de Ortopedia y Traumatología. SBOT, Rio de Janeiro, Julio 1960.
- BADO José Luis. Displasia congenita de la cadera. SICOT huitieme congres international, New York 1960.
- BADO José Luis. Etiopatogenia de la luxacion congenita de la cadera (mioidisplasia congénita) SLAOT V congreso, Bogotá 1962.
- BADO José Luis. Treatment of the so-called congenital dislocation of the hip (congenital myodisplasia with dislocation). SICOT neuvieme congres, Vienne 1963.
- BROOKES M and WARDLEX En. The influence of certain hip muscles upon the shape of the upper end of femur. J. Bone J. Surg. 43B, 171, 1961.
- GANDOS Rodolfo. Etiopatogenia de la llamada luxacion congenita de la cadera. Montevideo, 1963.
- HART Vernon L. Congenital dysplasia of the hip joint and sequelae. Charles C. Thomas publisher. USA 1952.
- LLOYD Roberts JC. — SWANN Malcolm. Pitfalls in the management of congenital dislocation of the hip. J. Bone J. Surg. Vol. 48B 666 1966.



Fig. 1 — Criança de uma tribo de índios do Norte do Canadá. Atitude permanente dos membros inferiores em adução. Alta incidência de L. C. Q.



Fig. 2 — Criança de uma tribo de nativos da Nigéria. Atitude permanente dos membros inferiores em abdução. Muito baixa incidência de L. C. Q.

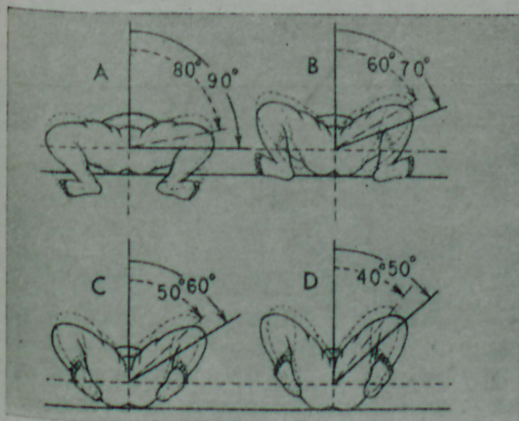


Fig. 3 — Test de Abdução.
 A = Normal do nascimento até 1 mês.
 B = Normal muitas vezes de 1 a 9 meses.
 C = Suspeito, limitação significativa.
 D = Limitação definida (comprovada).

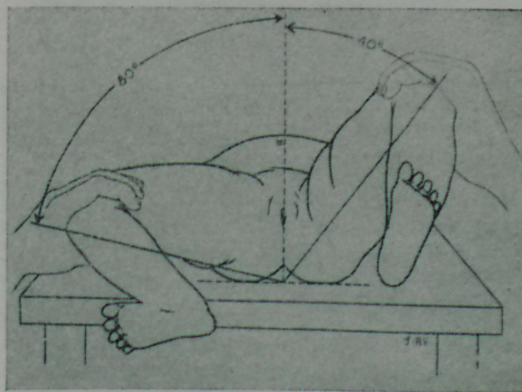


Fig. 4 — Test de abdução positivo no lado esquerdo. Limitação comprovada de 40 graus.

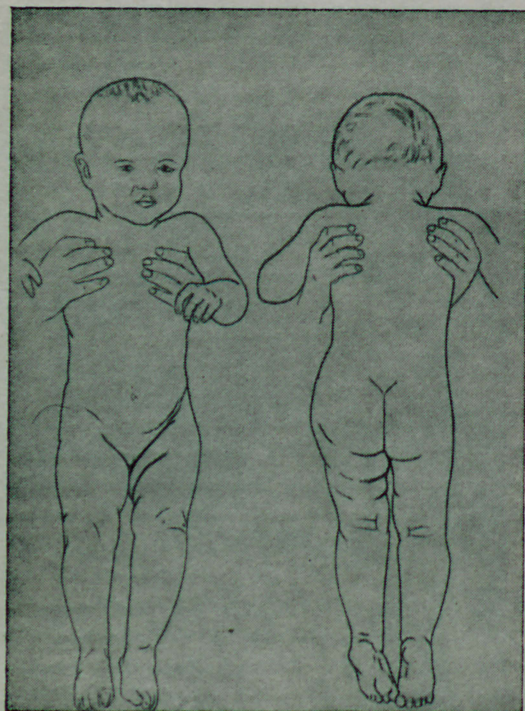


Fig. 5 — L. C. Q. Sinais clínicos: pregas inguinais e glúteas desiguais.

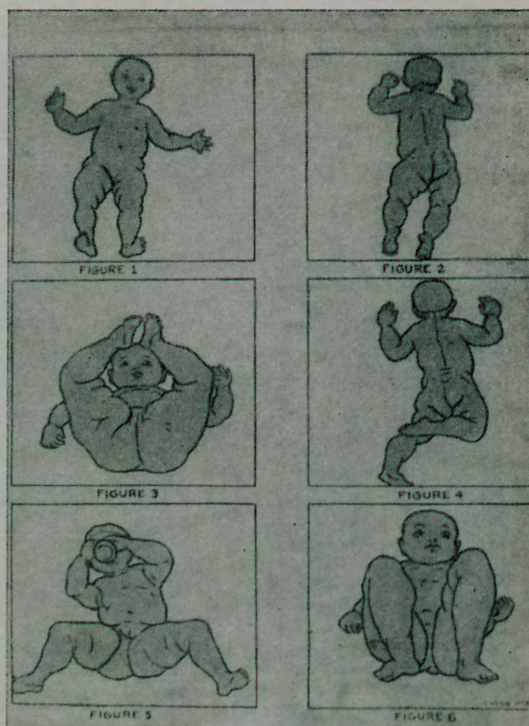


Fig. 6 — L. C. Q. Quadro clínico de Risser. Quadril do lado direito comprometido.

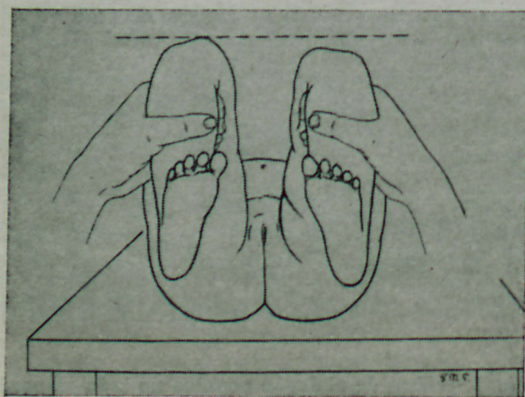


Fig. 7 — L. C. Q. Quadro clínico: modo de determinar a desigualdade de comprimento dos membros.

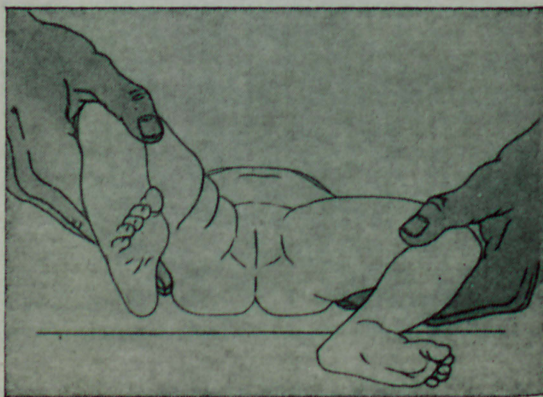


Fig. 8 — L. C. Q. Quadro clínico: modo de buscar o sinal de Ortolani.

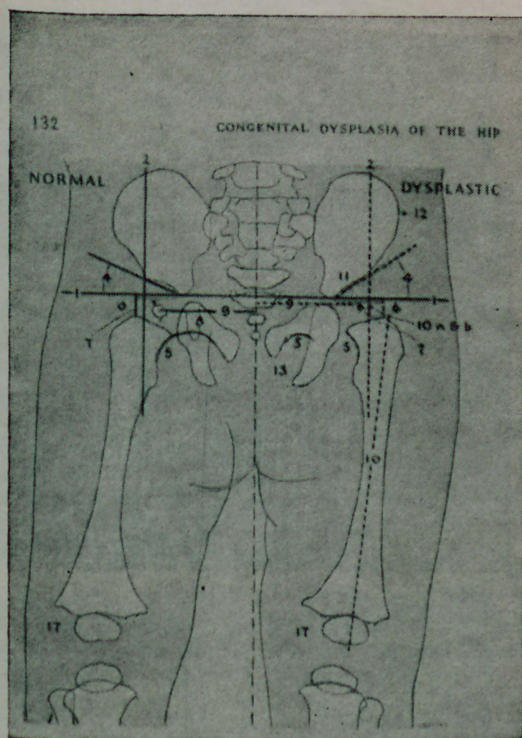


Fig. 9 — L. C. Q. Diagrama radiológico de Perkins.
(segundo Venon Hart)

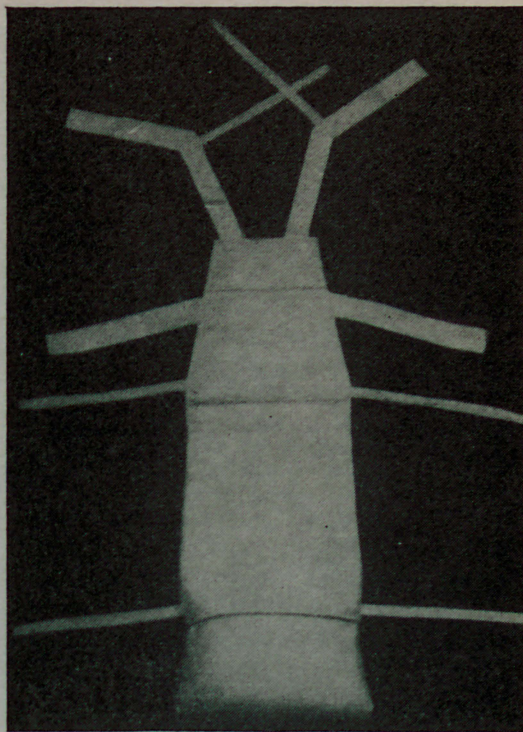


Fig. 10 — Splint Travesseiro de Frejka. L. C. Q.



Fig. 11 — L. C. Q. Travesseiro de Frejka colocado,
visto de frente.



Fig. 12 — L. C. Q. Travesseiro de Frejka colocado,
visto de costas.



Fig. 13 — L. C. Q. Splint de Von Rosen colocado, visto de costas.



Fig. 15 — Radiografia da bacia. Joselis aos 3 meses de idade e com 1,5 meses de uso do traveseiro de Frejka.



Fig. 14 — Nossa experiência: Radiografia da bacia. Joselis com 1,5 meses de idade. Miodisplasia do quadril direito.

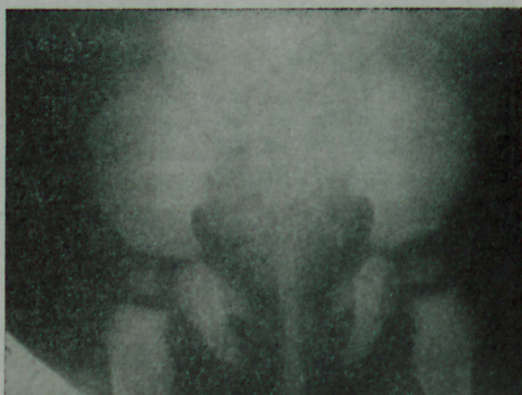


Fig. 16 — Radiografia da bacia. Joselis aos 6 meses de idade e com 4,5 meses de uso do traveseiro de Frejka.



Fig. 17 — Radiografia da bacia. Joselis aos 9 meses de idade. Morfologia normal. Função normal.



Fig. 18 — Nossa experiência: Radiografia da bacia. Miriam com 7 meses de idade. Miodisplasia do quadril esquerdo.

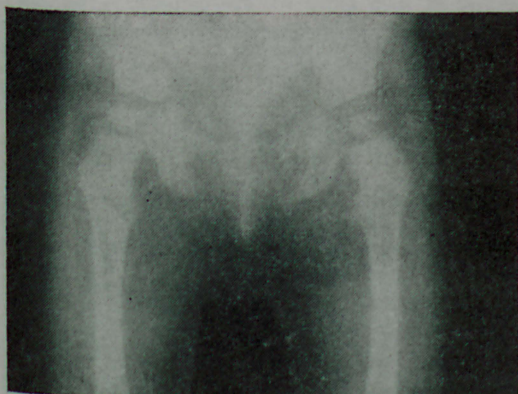


Fig. 19 — Radiografia da bacia. Miriam após 3 meses de uso do travesseiro de Frejka.

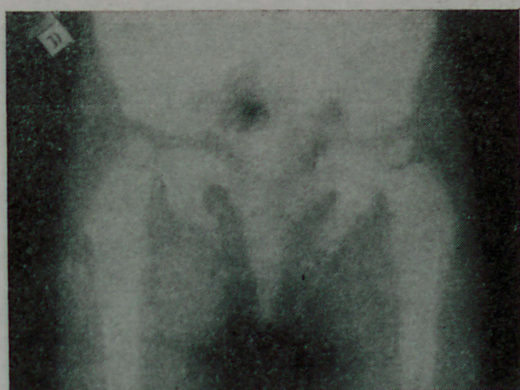


Fig. 20 — Radiografia da bacia. Miriam após 6 meses de tratamento. Morfologia normal.

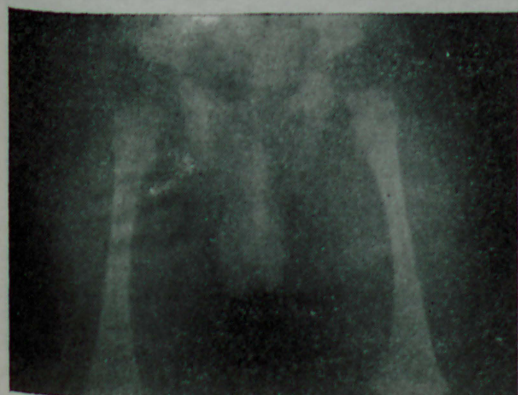


Fig. 21 — Nossa experiência: Radiografia da bacia. Luiz Augusto com 6 meses de idade. Miodisplasia quadril esquerdo. Pé torto.

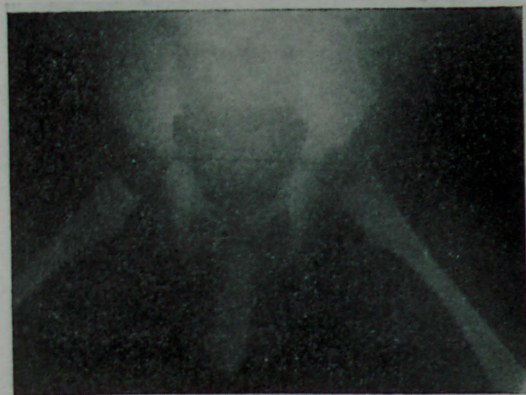


Fig. 22 — Radiografia da bacia em abdução máxima. Luiz Augusto. Tratamento Frejka.

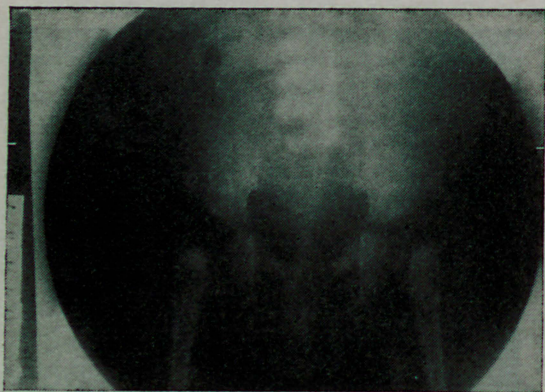


Fig. 23 — Nossa experiência: Radiografia da bacia. Nadia com 5 meses de idade. Luxação congênita bilateral do quadril. Pés tortos varo-equino congênitos. Tratamento: travesseiro de Frejka.

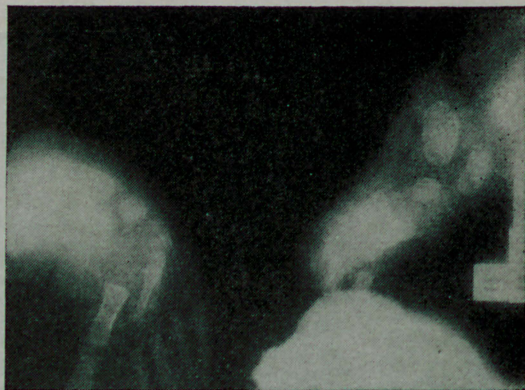


Fig. 24 — Radiografia de ambos os pés tortos. Nadia com 5 meses de idade. Tratamento: gessados Kite.

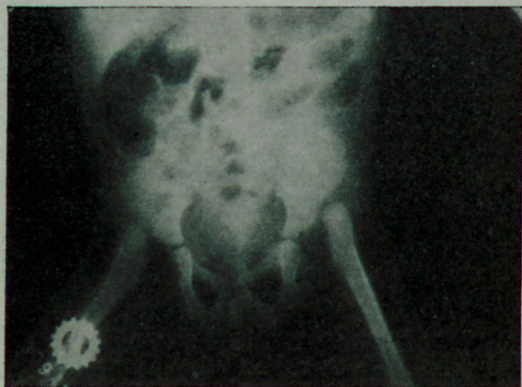


Fig. 25 — Nossa experiência: Radiografia da bacia. Jussara com 2 anos de idade. Luxação congênita bilateral do quadril. Tratamento cirúrgico.

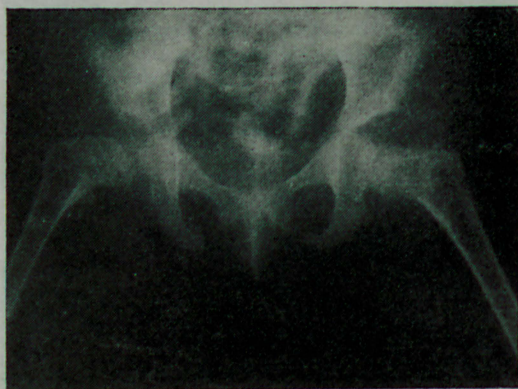


Fig. 26 — Radiografia da bacia em abdução e rotação interna dos membros. Jussara após 8 meses de redução cirúrgica em ambos os lados.



Fig. 27 — Radiografia da bacia com membros em posição neutra. Jussara com 12 meses de cirurgia.

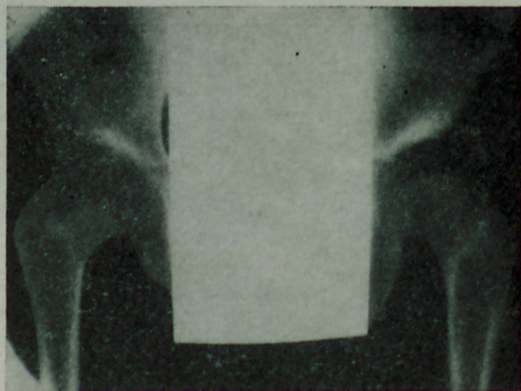


Fig. 28 — Radiografia da bacia com membros em posição neutra. Jussara com 7 anos de idade e 5 anos de cirurgia. Morfologia normal.

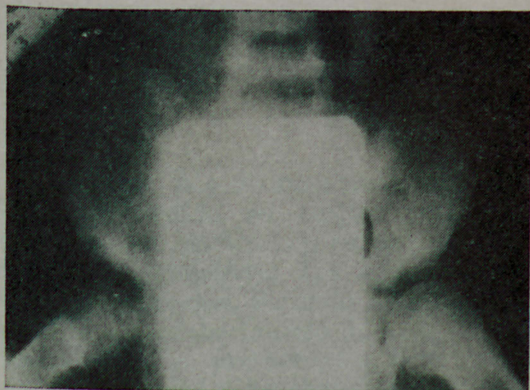


Fig. 29 — Radiografia da bacia com membros em posição de abdução e rotação medial. Função normal.



Fig. 30 — Radiografia da bacia. Luxação congênita bilateral do quadril diagnosticada aos 4 anos. Quando não mais veremos crianças assim?

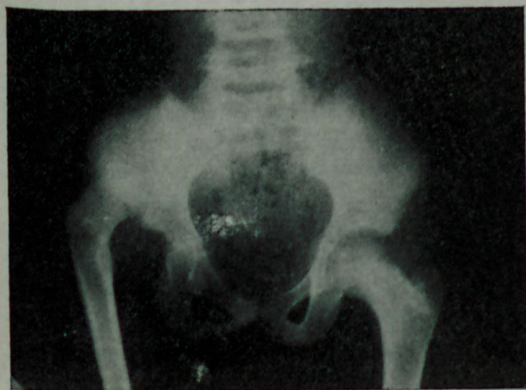


Fig. 31 — Radiografia da bacia. Luxação congênita do quadril direito diagnosticada aos 8 anos de idade. Quando não mais veremos crianças assim?

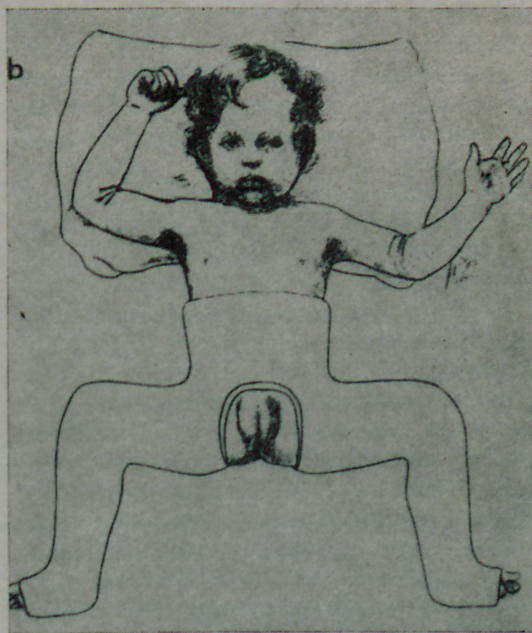


Fig. 32 — Desenho de Vernon Hart. Quando não mais veremos crianças assim?