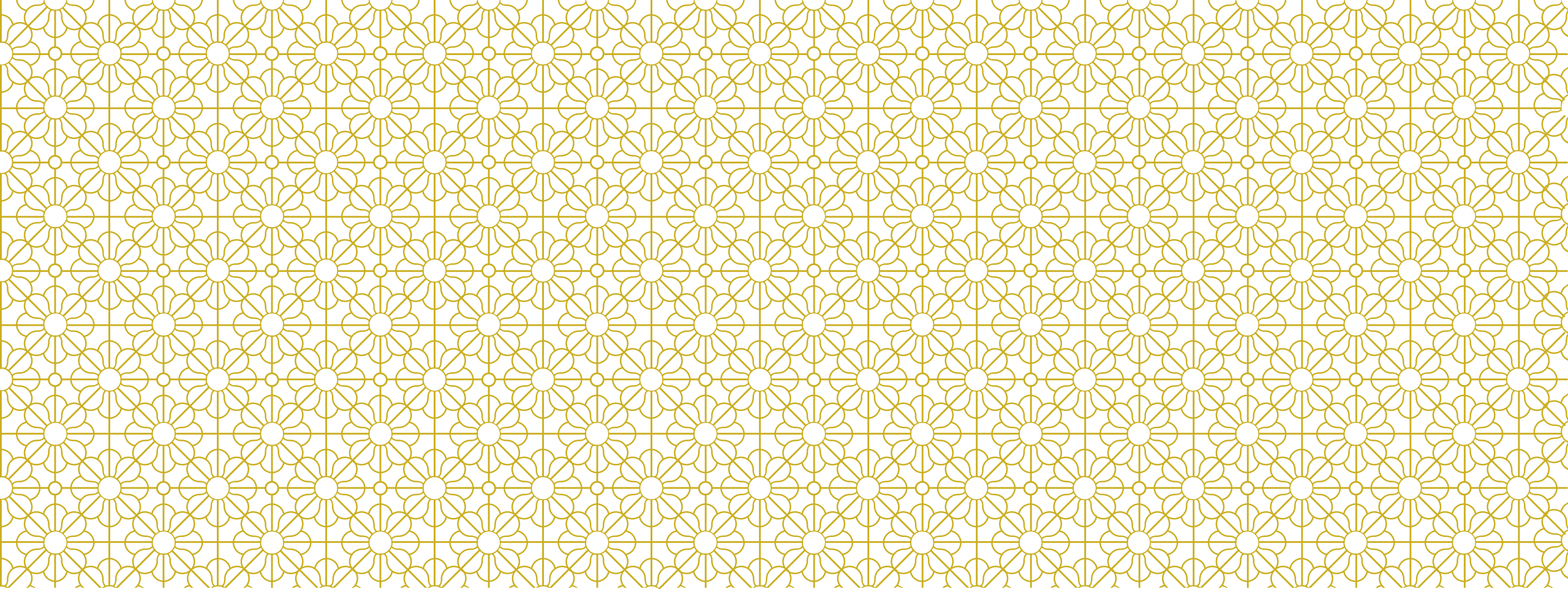
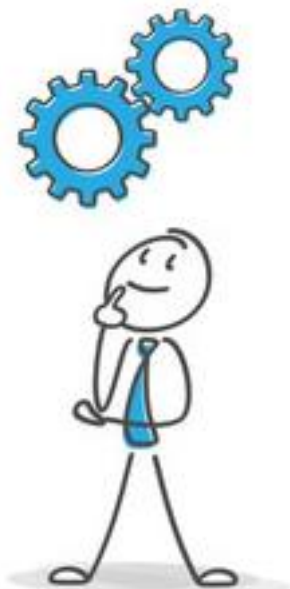




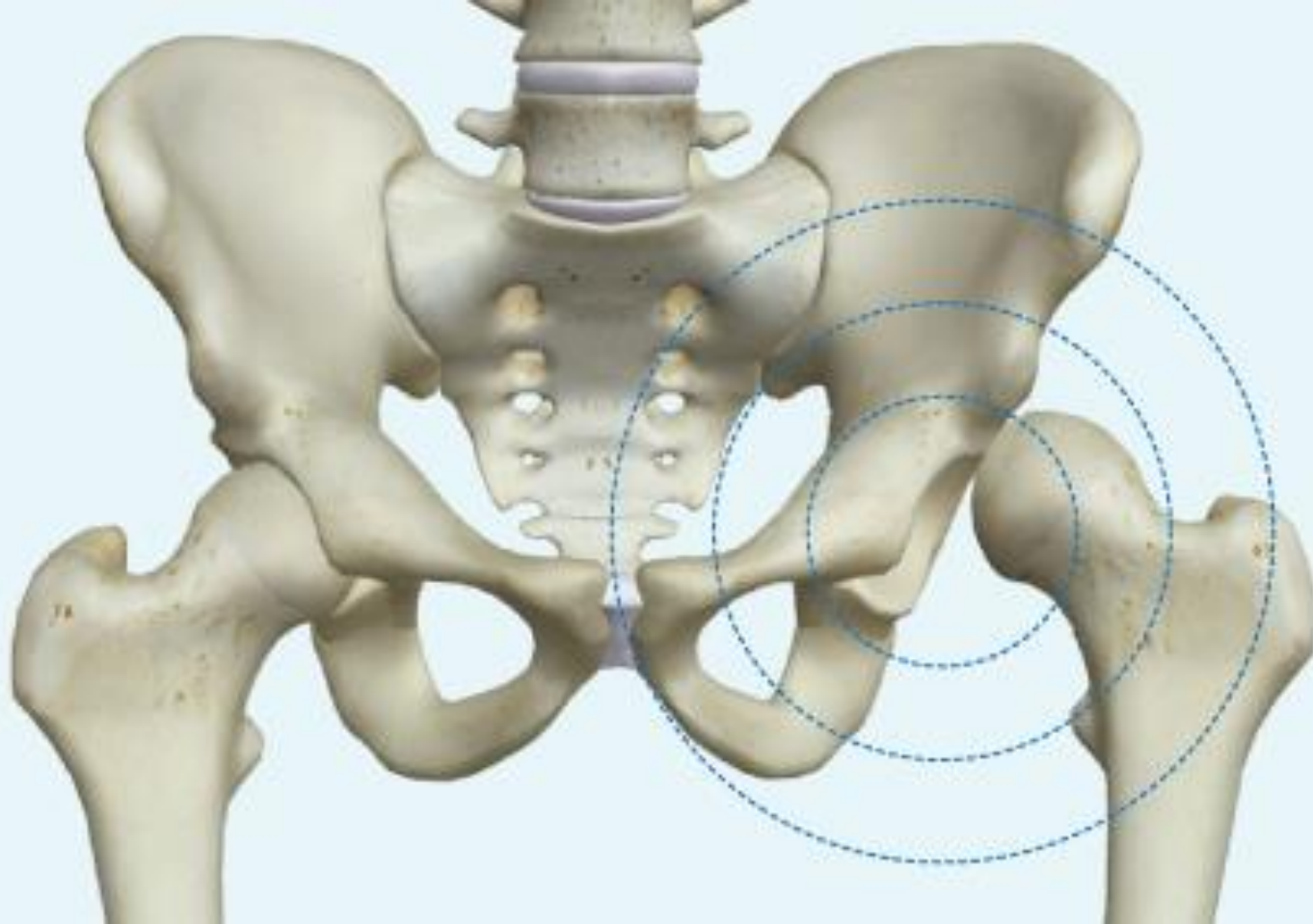
DISFUNÇÕES ORTOPÉDICAS DO QUADRIL NA CRIANÇA

Ms. Nicolý Machado Maciel



- Displasia Congênita do Quadril
- Legg-Calvé-Pethers
- Escorregamento Epifisiário do Fêmur
- Casos Clínicos

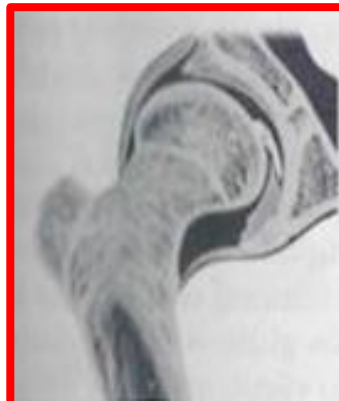
DISFUNÇÕES ORTOPÉDICAS
DO QUADRIL NA CRIANÇA



DISPLASIA CONGÊNITA DO QUADRIL

O QUE É?

- Deslocamento da cabeça do fêmur em relação ao acetábulo, ocasionando um **encaixe imperfeito** entre as estruturas. Acomete principalmente o **sexo feminino** (8:1)



Normal



Displásico



Sub-luxado



Luxado

Frouxidão
ligamentar +
alterações
morfológicas

Perda parcial
do contato
articular

Perda total
do contato
articular

ETIOLOGIA

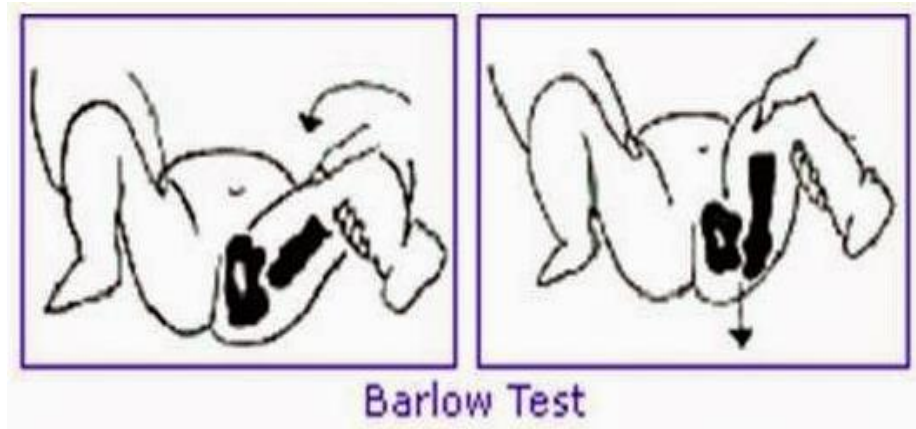


- Displasia
- frouxidão capsular predisponente

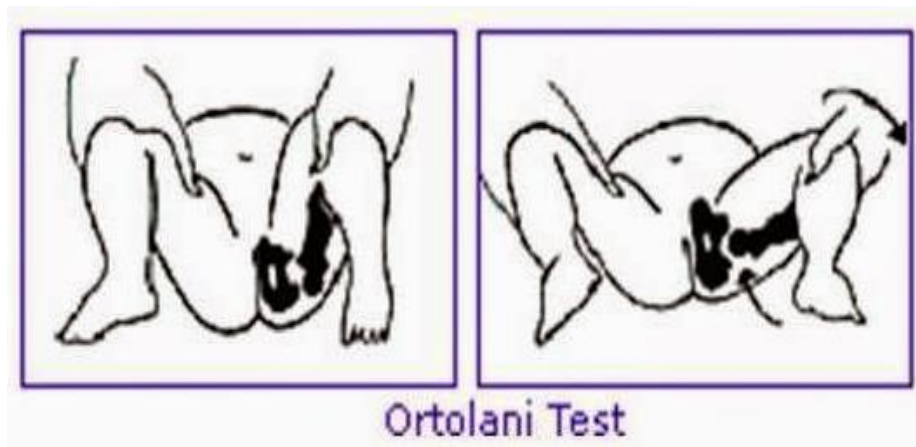


- Posicionamento Intrauterino
- Apresentação pélvica no parto

COMO DIAGNOSTICAR?



- ✓ Determinar se há instabilidade de quadril
- ✓ Adução de quadril + pressão para posterior
- ✓ **Positivo:** ressalto/deslocamento



- ✓ Detectar a existência da luxação
- ✓ Flexão MMII + abdução do quadril
- ✓ **Positivo:** estalido

Ambas manobras só serão válidas para as primeiras semanas de vida, pois a partir dos dois meses o quadril se estabiliza na posição anatômica ou de luxação, se torna definitiva devido ao encurtamento muscular presente



QUADRO CLÍNICO



Se não corrigido pode levar
ao atraso da marcha e
alterações da mobilidade



TRATAMENTO

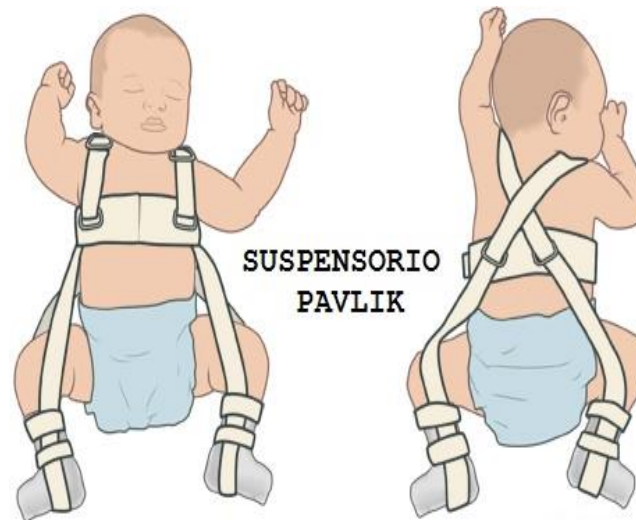
0 a 6 meses:

- Suspensório de Pavlik:

Maior
congruência
articular

Tratamento de
6 a 12 semanas

Tempo de uso:
24 horas



Durante imobilização:

- Estímulos lúdicos e mobilização das articulações livres

Após a imobilização:

- Hidroterapia
- Mobilização passiva (não forçar a adução de quadril)
- Favorecer o desenvolvimento neuromotor normal:
 - Postura em prono / Estimular o rolar / Sentar

TRATAMENTO

□ 6 a 18 meses:

- Redução fechada com imobilização, de 6 semanas, após **tenotomia** (adutores e psoas)

□ Após imobilização:

- Estimular a marcha:
 - Posição de gato > ajoelhado > semiajoelhado > em pé com apoios

Intervenção cirúrgica para realizar o corte dos tendões
→ diminuir ou acabar com deformidades ou retificar retrações dos músculos

> 18 meses:
osteotomia
(fêmur ou ilíaco)



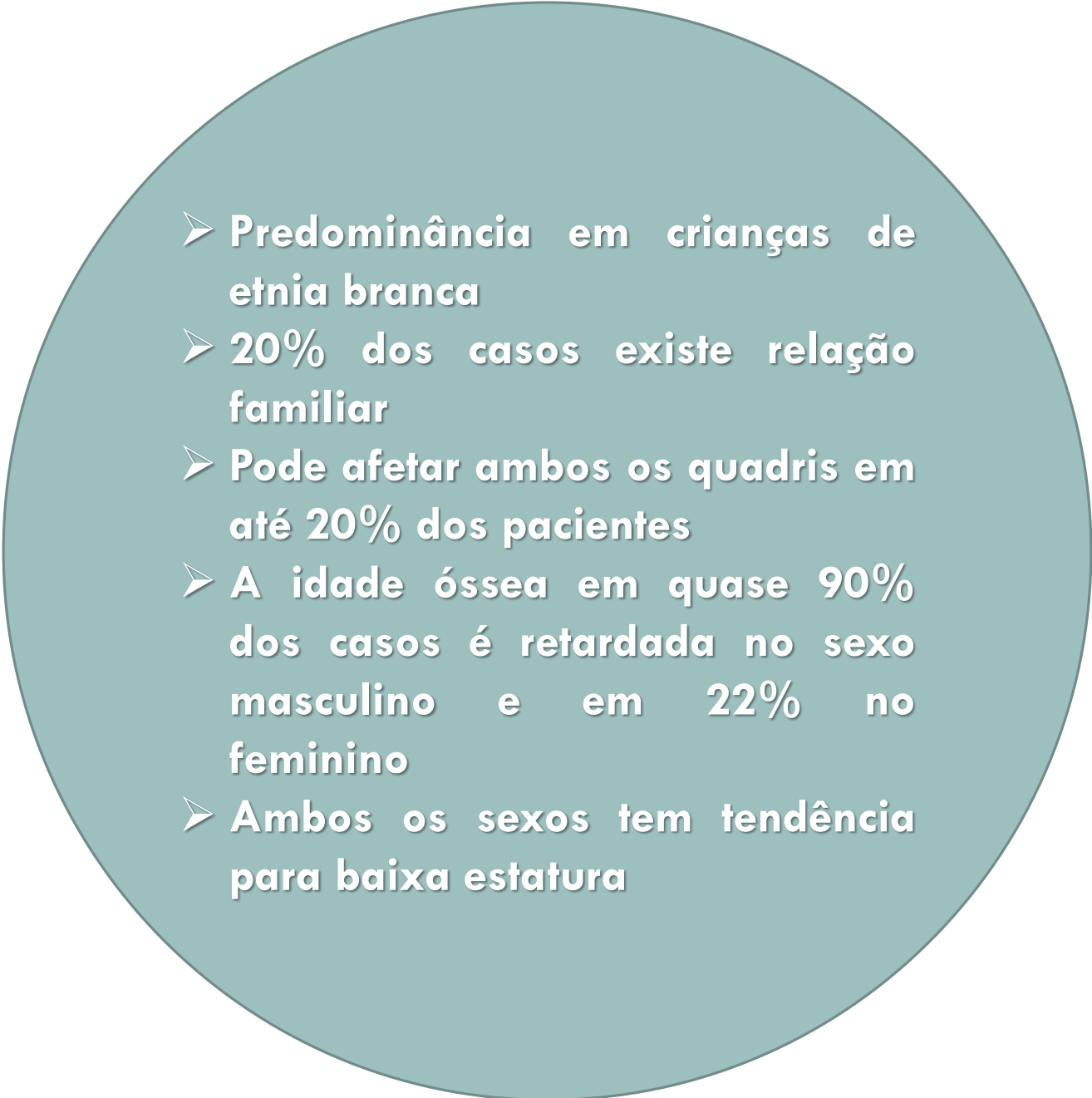


LEGG-CALVÉ-PERTHES

O QUE É?

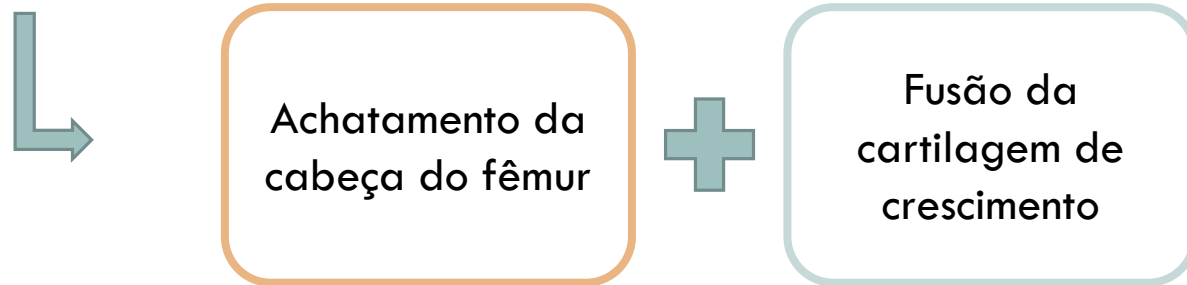
- ❑ **Necrose avascular da cabeça femoral** que acomete crianças entre 3 e 9 anos, sendo mais comum em **meninos (5:1)**
- ❑ Etiologia desconhecida → alteração da vascularização da cabeça do fêmur
- ❑ Isquemia única ❑ A revascularização sempre acontece
- ❑ **Não** progressiva ❑ Durante o período isquêmico → ocorrem deformidades na cabeça do fêmur



- 
- Predominância em crianças de etnia branca
 - 20% dos casos existe relação familiar
 - Pode afetar ambos os quadris em até 20% dos pacientes
 - A idade óssea em quase 90% dos casos é retardada no sexo masculino e em 22% no feminino
 - Ambos os sexos tem tendência para baixa estatura

QUADRO CLÍNICO

- ❑ Claudicação
- ❑ Dor no quadril, coxa ou joelho
- ❑ Limitação da ADM de quadril (rotação e abdução)
- ❑ Diminuição de comprimento do membro inferior



TRATAMENTO CONSERVADOR

❑ **Objetivo principal:** tentar manter a cabeça femoral esférica e congruente



Aparelhos em
abdução para
maior coaptação
articular



Tração percutânea para
reduzir a dor e contratura
muscular



Repouso nos
períodos de dor e
limitação



Estimular
atividades nos
períodos sem dor

OSTEOTOMIA DE SALTER (ILÍACO)

Produz rotação satisfatória do acetábulo e estabiliza a articulação

Promove melhor posicionamento do fêmur no acetábulo

Mobilização precoce do membro operado conforme protocolo

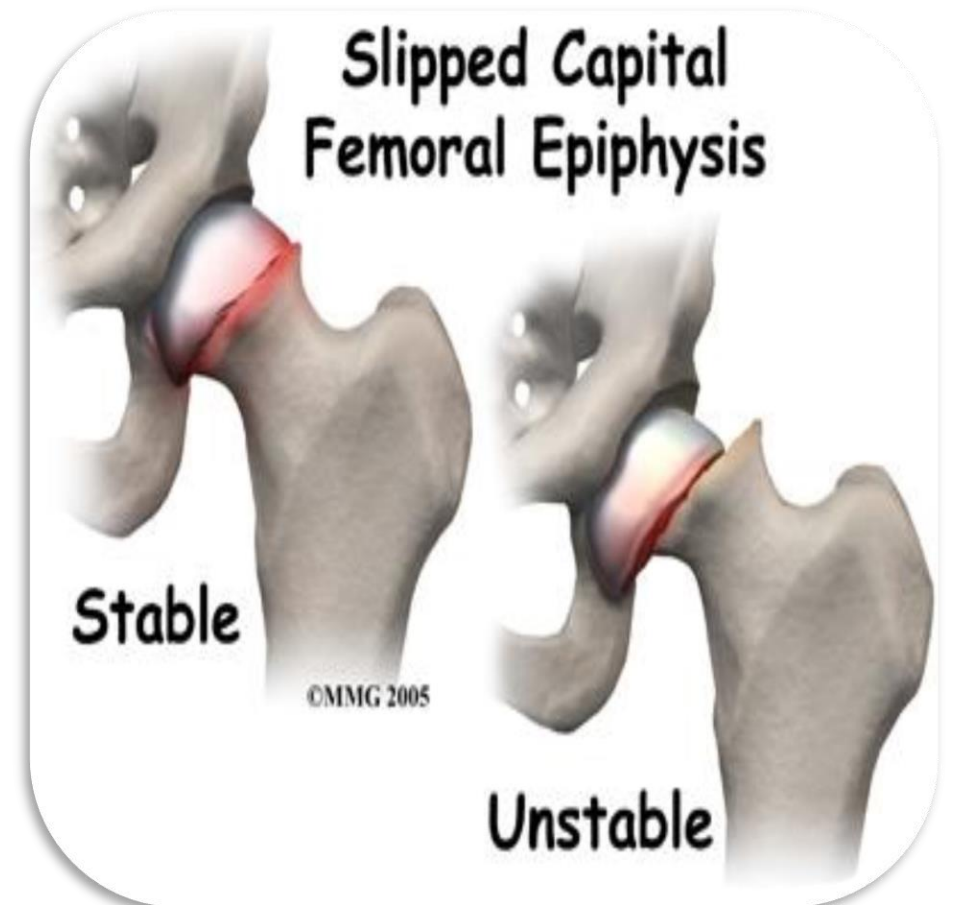
Carga total após 6 semanas com confirmação radiográfica de consolidação



ESCORREGAMENTO EPIFISÁRIO PROXIMAL DO FÊMUR

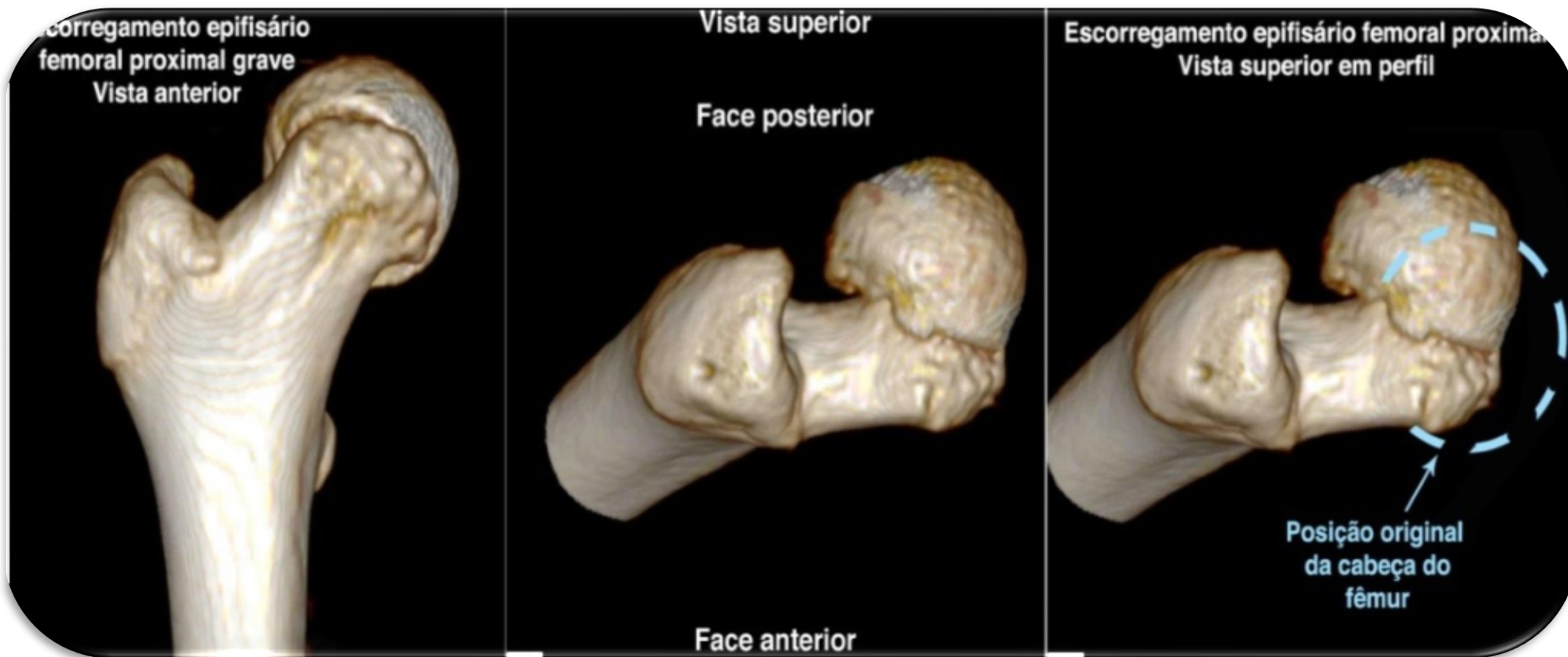
O QUE É?

- ❑ **Deslocamento** da cabeça do fêmur em relação ao colo e diáfise – coxa vara do adolescente
- ❑ O colo e a diáfise proximais do fêmur **movem-se anteriormente e rodam externamente** em relação a cabeça femoral
- ❑ Essa condição só pode ocorrer **antes do fechamento da placa epifisária**
- ❑ Relacionada com **aspectos hormonais**, e por isso é mais comum na puberdade



- Mais frequente na etnia negra
- Sexo masculino (2:1)
- Ocorre principalmente na idade de 10-16 anos
- Sexo masculino → 13-15 anos
- Sexo feminino → 11-13 anos
- Mais comum no quadril Esquerdo
- Bilateral em 25% dos casos

A alteração ocorre na placa de crescimento proximal do fêmur, que fica enfraquecida, e isso gera uma instabilidade da epífise e consequentemente excentricidade dela



Fonte: Maranhão DA. Escorregamento epifisário Proximal do Fêmur. Em: Volpon JB. Fundamentos de Ortopedia e Traumatologia. 2013

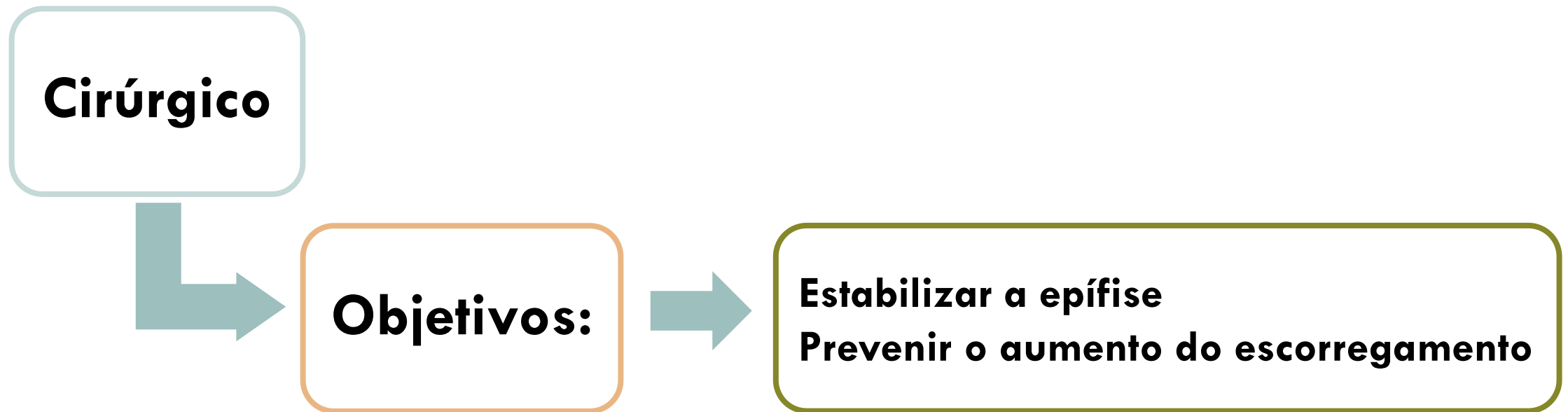
QUADRO CLÍNICO

- ❑ Dor e limitação da ADM (flexão e R.I)
- ❑ Fraqueza de abdutores do quadril
- ❑ Marcha com rotação externa
- ❑ Comprometimento da função
- ❑ Redução da qualidade de vida

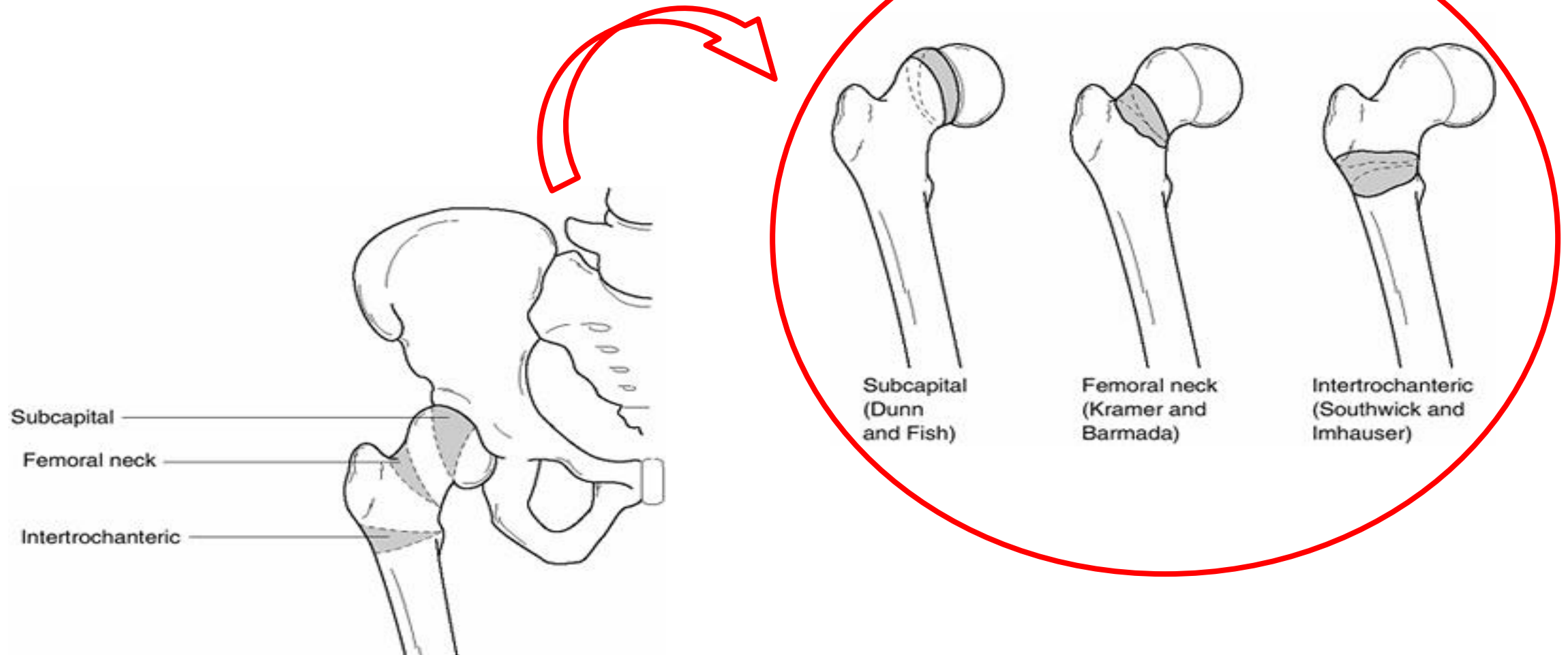


Sinal de Drehman
Positivo quando durante a **flexão de quadril** ocorre a **rotação externa + abdução**

TRATAMENTO



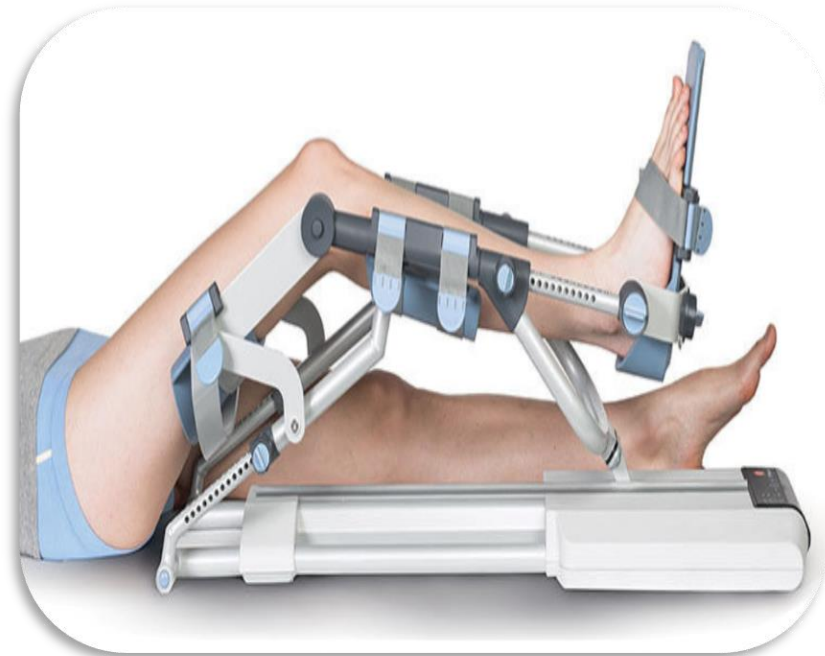
OSTEOTOMIAS



PROTOCOLO PÓS OSTEOTOMIAS

PO imediato até a alta hospitalar:

- ❑ Ganho de ADM passiva de flexão
- ❑ Analgesia
- ❑ Orientações
 - Não aduzir
 - Não realizar rotação externa



PROTOCOLO PÓS OSTEOTOMIAS

1ª a 3ª semana PO:

☐ Ganho de ADM **passiva:**

- Flexão – até 90°
- Abdução
- R.I

☐ Isométricos de quadril



PROTOCOLO PÓS OSTEOTOMIAS

4ª a 7ª semana de PO:

- ☐ Iniciar movimentação **PASSIVA** de adução e R.E
- ☐ CCA de quadríceps com resistência elástica
- ☐ SLR de quadril:
 - Flexão / Extensão
 - Abdução / Adução
- ☐ Alongamento:
 - Quadrícep e IQT
 - Trato iliotibial
 - Iliopsoas

Quando
liberar a
carga total?

6, 8 ou 12
semanas



PROTOCOLO PÓS OSTEOTOMIAS

Após liberação de carga total

- ☐ BE – bicicleta ergométrica
- ☐ Leg press
- ☐ Mini agachamento
- ☐ Subida/descida de degrau
- ☐ Treino sensório-motor





obrigada

ni-maciel@hotmail.com