

Estudo de caso

Tratamento fisioterapêutico precoce em recém-nascido com luxação congênita de quadril

Precoce physical therapy treatment in new-born with hip congenital luxation

André Gustavo Moura Guimarães*, Ivete Furtado Ribeiro**, Luiz Fábio Magno Falcão**

.....

*Fisioterapeuta da Unidade Neonatal da FSCMPa, Professor da Universidade do Estado do Pará (UEPA),

**Acadêmico de Fisioterapia da UEPA, Estudo realizado na Unidade Neonatal Dra. Amélia Ribeiro da FSCMPa e no Ambulatório do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS IV) da UEPA

Palavras-chave:

Luxação congênita de quadril, cinesioterapia, estimulação sensório-motora.

Resumo

A Luxação Congênita de Quadril (LCQ) é caracterizada pela perda do contato espontâneo que ocorre tanto antes, como pouco depois ao nascimento, tendo maior incidência no sexo feminino (8:1), sendo a forma unilateral mais comum. Sua etiologia é desconhecida. Se não tratada precocemente, graves complicações osteomioarticulares podem comprometer o prognóstico. O tratamento visa combater contraturas dos tecidos moles e incapacidade funcional em decorrência da falta de uso. O estudo de caso foi baseado no acompanhamento do recém-nascido (RN) de M.C.P.S., a termo, 1º gemelar, presença de um 2º natimorto, má posicionamento intra-uterino de membros inferiores (MMII) e Impressão Diagnóstica de Malformações Congênicas Múltiplas, dentre elas a LCQ. Sendo utilizado como conduta fisioterapêutica a Cinesioterapia Motora Passiva, Estimulação Sensório-motora e Posicionamento adequado no leito. Devido ao acompanhamento precoce que o RN fora submetido, pode-se constatar maior controle na articulação do quadril, diminuição significativa do genu recurvatum bilateralmente e melhora na movimentação espontânea. Além de responder melhor aos estímulos proprioceptivos. Com vista no prognóstico funcional, percebeu-se que a conduta utilizada indica uma favorável evolução motora. Enfatizando, portanto, que o acompanhamento fisioterapêutico precoce caracteriza-se como um tratamento viável para os RN's comprometidos pela LCQ.

Artigo recebido 23 de outubro de 2003; aceito 15 de dezembro de 2003.

Endereço para correspondência: Ivete Furtado Ribeiro, Tr. Dom Romualdo de Seixas, 799 Umarizal 66050-110 Belém PA, Tel: (21) 224-8897 / 241-8274 / 9149-2735, E-mail: ivbeiro@yahoo.com.br

Abstract

Key-words:

hip dysplasia, cinesiotherapy, sensori-motor stimulation.

The hip dysplasia (congenital hip luxation) is characterized by spontaneous contact lose which happens before or after the birth, with more incidence in feminine sex (8:1), being more common the unilateral mold. Its etiology is unknown. When it is not treated precociously, severe bone, muscles and articulation complications could compromise the prognostic. The aim of the treatment is to reduce the contracture of the soft tissues and functional incapacity in consequence of the disuse. This study case was based in follow-up of a new-born, first twin, with intra-uterine malposition of lower limbs and diagnostic impression of multiple congenital malformation, including hip dysplasia. The physical therapy used was the passive moving cinesiotherapy, the global proprioceptive stimulation and adequate position in bed. In order to the precece follow-up the new-born was submitted, a better control of the hip was constated, a significant diminution of hyperextension of the knees and improvement of spontaneous moving. Besides better answer to proprioceptive stimulus. Looking at the functional prognostic, this treatment showed a favorable evolution of movement. It is emphasized that precece physical therapeutic follow-up is a viable treatment for new-born with hip dysplasia.

.....

Introdução

A Luxação (ou displasia) Congênita de Quadril (LCQ) é consecutiva ao desenvolvimento anormal de um ou mais elementos que formam a articulação do quadril: cabeça do fêmur, acetábulo ou tecidos moles, com inclusão da cápsula, que cercam a articulação [1].

A etiologia da malformação muito provavelmente inclui fatores múltiplos, como o mau posicionamento e fatores mecânicos no útero, frouxidão ligamentar induzida por hormônios, fatores genéticos e culturais ou ambientais [2]. A LCQ também é encontrada em combinação com outras malformações congênitas, tais como Artrogripose Múltipla e Pé Eqüino-Varo [1]. Agentes mecânicos podem ser consideradas as bridas âmnicas, pois causam lesões destrutivas em qualquer segmento corporal. O torcicolo, o pé torto e as deformidades crânio-faciais relacionam-se com a posição fetal e a presença de compressões extrínsecas ao feto [3].

ALCQ é uma das mais comuns em raças ocidentais, sendo que as mulheres apresentam uma incidência maior que os homens numa proporção de 8:1, e isto embora não comprovado, pode estar associado a fatores hormonais que induziriam a uma frouxidão. Além do que, em 1/3 dos casos o acometimento é bilateral [4].

A LCQ pode ser classificada em típica quando a luxação ocorre ao nascer devido à frouxidão existente e teratológica

quando a luxação ocorre ainda dentro do útero e tem associação com outras alterações caracterizando-se como uma síndrome [4].

As extremidades estão suscetíveis às principais anormalidades morfológicas durante o período embrionário, quando os brotos dos membros estão desenvolvendo-se. Com o crescimento e o desenvolvimento fetal, o acetábulo aumenta o seu diâmetro e torna-se mais raso, dando menor cobertura para a cabeça femural, resultando em um quadril muito instável [2].

O diagnóstico depende da idade com que é realizado, parecendo mais fácil à medida que a criança vai crescendo. Contudo, o tratamento tem melhores resultados e é menos agressivo quando iniciado ainda no RN.

Mesmo nas melhores condições, apenas metade ou 2/3 dos pacientes tratados após o 1º ano de vida podem esperar uma recuperação total e livre de complicações, como marcha retardada, bacia alargada, encurtamento do membro afetado, etc. A luxação gradual é muito freqüente e a dor devido às alterações degenerativas normalmente surge na meia-idade [5].

A seleção de RN's para uma LCQ inclui a Manobra de Ortolani e de Barlow, sendo mais confiáveis quando realizadas antes do 2 meses de idade; haja vista que à medida que o bebê cresce, o quadril instável permanece no acetábulo durante o crescimento normal, ou fica fora do acetábulo e

não pode ser recolocado O exame radiológico não é o melhor para se diagnosticar a afecção, uma vez que o esqueleto da criança nesta fase é predominantemente cartilaginosa. O ultrassom seria uma boa indicação [6,4].

A partir dos dois meses, o encurtamento muscular e estiramento capsular estão presentes, não sendo mais possível uma redução passiva. Nesta fase pode-se observar o Sinal de Peter-Bade (assimetria das pregas cutâneas) e o de Hart (limitação da abdução) [4].

Em crianças mais velhas que já estão andando, a LCQ é normalmente diagnosticada pelo padrão de marcha anormal. Crianças com LCQ unilateral exigem o Sinal de Trendelenburg positivo, e crianças com LCQ bilateral apresentam um andar gíngado [2].

Relacionado ao tratamento, crianças com até 2 meses de idade terão as articulações coxo-femorais mantidas em abdução e flexão com talas (órtese de contenção), com o intuito de aumentar a tensão da cápsula articular[1]. Entretanto, algumas complicações podem desenvolver-se com o uso desses equipamentos como necrose avascular da cabeça umeral e deslocamento inferior. Essas complicações podem ser evitadas mediante monitorização regular, com a orientação da pais sobre o ajuste adequado [2]. Já em lactentes entre 2 e 12 meses a redução é feita sob anestesia geral e sempre precedida de tração cutânea para alongar a musculatura acometida [4]. E depois dos 12 meses raramente o quadril da criança poderá ser reposicionado sem intervenção cirúrgica.

Deste modo, deve ser realizado um exame sistemático e rigoroso dos quadris do RN, pois se até o 2º mês de vida as condições de tratamento são favoráveis, o mesmo não ocorre após um ano, tornando-se praticamente impossível conseguir quadris normais com métodos puramente conservadores.

Materiais e métodos

Graves distúrbios motores interferem na capacidade funcional dos portadores de Luxação Congênita de Quadril (LCQ), podendo trazer seqüelas irreversíveis, quando não tratada precoce e adequadamente. Deste modo, tal temática foi escolhida para estudo de caso, sendo que os dados contidos na pesquisa foram obtidos através do registro fotográfico, entrevistas com a mãe do recém-nascido (RN), acompanhamento hospitalar (três atendimentos por dia, sendo 20 a 30 minutos cada) e ambulatorial após alta hospitalar.

O programa de tratamento adotado foi baseado nas recentes abordagens relacionadas à reabilitação de pacientes com LCQ; haja vista que o objetivo do tratamento consiste em aumentar a Capacidade Funcional Motora e Sensitiva de Membros Inferiores (MMII). Sendo que quanto mais precoce for o tratamento, menores serão as mudanças anormais nas estruturas da articulação do quadril e mais curto será o tempo necessário para que as estruturas retornem à sua relação normal [2].

Considerações éticas

A mãe do RN concordou em participar da pesquisa e assinou um consentimento informando sobre a publicação do presente trabalho.

Relato de caso

RN de M.C.P.S., sexo masculino, a termo, 1º gemelar, presença de uma 2º natimorto, nascido no dia 19 de agosto de 2002 de parto Cesário com apresentação cefálica, má posicionamento intra-uterino de MMII, na Maternidade da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPa).

Com o encaminhamento do RN ao Serviço de Fisioterapia da FSCMPa na Unidade Neonatal Dra. Amélia Ribeiro, realizou-se a Avaliação no dia 21 de agosto de 2002, na qual observou-se limitação funcional da articulação coxofemoral bilateralmente, principalmente para a abdução, verificada com as Manobras de Ortolani e Barlow, presença de Genum Recurvatum bilateral, Amplitude de Movimentos (ADM's) limitadas para flexão de joelho e flexão plantar de tornozelo, este com hiperdorsiflexão bilateralmente e Pé Torto Congênito (PTC) de aspecto posicional em Membro Inferior Esquerdo (MIE). Além disso, verificou-se hipotonia e hipotrofismo de MMII, sendo que através da cinesioterapia motora passiva notou-se bloqueio biarticular de joelho, que pode ser vencido com a manipulação. Apresentava também, anestesia de MMII e arreflexia de Aquileu e Patelar. Além disso, constatou-se a presença de desconforto respiratório com evolução importante, haja vista que o RN apresentava anóxia moderada, estando sob Oxi-hood e com presença de retração esternal significativa e de crepitações bilaterais ao exame da ausculta pulmonar; sendo então, submetido à fisioterapia respiratória.

Ainda assim, o neonato foi submetido a exames complementares como: Raio-X, Ultra-sonografia (US) craniano transfontanelar, e ao final constatou-se Impressão Diagnóstica de Malformações Congênicas Múltiplas; sendo elas: Luxação Congênita de Quadril, provável Agenesia de Patela, Microcefalia, Hidrocefalia, Micrognatia, Criptorquidia. Entretanto cabe ressaltar, que não fora solicitado US das articulações coxofemorais pelo pediatra.

Depois de diagnosticada diminuição da capacidade funcional motora de MMII, optou-se por reavaliá-lo de duas em duas semanas. Deste modo, a fisioterapia interveio inicialmente com Cinesioterapia Motora Passiva das articulações do joelho e tornozelo e Posicionamento adequado no leito em decorrência a LCQ. Então, o RN foi mantido em "posição de rã" (quadril em flexão e abdução), através de fraldas no 1º mês e a partir do 2º, talas de contenção [1]. E paralelo a isto, realizou-se mobilização do tronco e cabeça levemente, correção e adaptação postural prevenindo e evitando encurtamento dos adutores e iliopsoas [4].

Fig. 1 - Avaliação do RN. Belém /PA – 2002

Fonte: Pesquisa dos autores

Fig. 2 - Avaliação do RN. Belém /PA - 2002

Fonte: Pesquisa dos autores

Fig. 3 - Cinesioterapia Motora Passiva de Joelbo. Belém /PA - 2002

Fonte: Pesquisa dos autores

E ao final de cada acompanhamento o RN era posicionado em decúbito dorsal para se evitar complicações posturais da coluna vertebral e pelve, sendo tal posicionamento mantido com o uso de “ninhos”, “rolinhos” e “contenções”.

Fig. 4 - Posicionamento no leito pós-atendimento. Belém /PA - 2002

Fonte: Pesquisa dos autores

Esta conduta foi mantida até à 1ª reavaliação, quando se acrescentou a Estimulação Sensório-motora visando melhorar o desenvolvimento Neuropsicomotor do RN, sendo que para tal foram utilizados estímulos táteis, auditivos, visuais, proprioceptivos e motores [7]. Com o objetivo de alcançar o aumento do tônus muscular, utilizou-se o placcing e o tapping, os quais produzem estímulos destinados a influenciar o tônus muscular dos segmentos com deformidades. E em virtude a anestesia de MMII presente utilizou-se texturas diferentes (bolinha para propriocepção, escova com cerdas macias, pincel e esponja dupla-face) objetivando reverter o quadro.

Fig. 5 - Estimulação sensorial. Belém /PA - 2002

Após 01 mês de intervenção fisioterapêutica foi adicionado à conduta, Cinesioterapia Motora Passiva e Estimulação tátil e proprioceptiva para articulação do quadril bilateralmente, com o intuito de recuperar a capacidade funcional e evitar possível intervenção cirúrgica.

Após alta-hospitalar (24/10/02) o lactente recebeu acompanhamento ambulatorial, no qual a conduta foi mantida. E somado a esta, elaborou-se um programa terapêutico domiciliar a ser aplicado pelos pais, intercalado, necessariamente, ao acompanhamento ambulatorial.

Resultados

Depois de 01(um) mês de tratamento, pode-se verificar melhora progressiva, haja vista que se observou aumento do tônus muscular, em especial nos MMII, permitindo com isso,

Fig. 6 - *Maior estabilização de cossofemural. Belém /PA - 2002*



Fonte: Pesquisa dos autores

maior estabilização de quadril e joelho em flexão após manipulação, contribuindo, assim, para a diminuição do gnum recurvatum bilateralmente. Além disso, observaram-se reações pouco expressivas a alguns estímulos proprioceptivos, como: dolorosos e tátil grosseiro somente na face plantar.

Ao final de 02 (dois) meses de acompanhamento fisioterapêutico, o lactente foi submetido à última reavaliação, na qual encontrava-se gemente e mais ativo apresentando movimentação espontânea, maior controle na articulação do quadril bilateralmente estava, verificando também aumento da abdução e extensão do quadril, com melhora significativa do tônus muscular. Ainda assim, observou-se, na articulação do joelho diminuição significativa do gnum recurvatum bilateralmente e aumento da ADM para flexão; enquanto que na articulação do tornozelo verificou-se aumento de flexão plantar principalmente em MIE. Outro ponto observado refere-se à sensibilidade, uma vez que o lactente já respondia a um maior número de estímulos proprioceptivos e com maior intensidade, principalmente nas extremidades. Além da presença de Reflexo Patelar em Membro Inferior Esquerdo.

Discussão

A intervenção precoce e um acompanhamento fisioterapêutico continuado o qual foi submetido o recém-nascido (RN), desde a fase hospitalar até a ambulatorial, consistiu numa grande contribuição no desencadeamento da reabilitação, pois o objetivo do tratamento concentra-se, principalmente, em aumentar a capacidade funcional motora de MMII, minimizando o aparecimento de possíveis seqüelas que se não tratadas precoce e adequadamente, poderão impor ao paciente o ônus de um defeito físico para o resto da vida.

Em decorrência a falta de uso dos segmentos acometidos, os problemas encontrados em relação à motricidade referem-se geralmente à diminuição da ADM articulares nos MMII, a qual é devida à contratura dos tecidos moles, assim como à diminuição da força muscular; além do que, pode desencadear alterações de estruturas que poderão sofrer interferências indiretas da deformidade [1].

Fig. 7 - *Diminuição do Gnum Recurvatum. Belém /PA -2002*



Fonte: Pesquisa dos autores

Fig. 8 - *Última reavaliação. Belém /PA - 2002*



Fonte: Pesquisa dos autores

Relacionado a sensibilidades, agora o lactente em alguns acompanhamentos reagia a determinados estímulos que em sessões anteriores não haviam desencadeado respostas, ou então, a situação se apresentava de ordem inversa, refletindo, com isso, a adaptação sensitiva que estava sofrendo. E tal adaptação consistiu em pontos positivos, uma vez que no decorrer do tratamento houve um aumento satisfatório na intensidade das respostas aos estímulos.

No estudo desenvolvido houve boa aceitação das condutas fisioterapêuticas utilizadas, haja vista que o RN reagiu de forma satisfatória com evolução clínica positiva e progressiva, permitindo a concretização de um bom prognóstico, o que contribuiu para dar continuidade ao acompanhamento ambulatorial e domiciliar através de um programa terapêutico aplicado pelos pais, o que permite uma nova pesquisa baseada no tratamento tardio.

Conclusão

O acompanhamento fisioterapêutico baseado na conduta empregada consiste de grande importância e valia na prevenção e/ou minimização de possíveis alterações morfofuncionais dos MMII, em decorrência aos processos patológicos da LCQ.