

Obrigada por ver esta apresentação

Gostaríamos de recordar-lhe que esta apresentação é propriedade do autor.

É-lhe fornecida pela Sociedade Portuguesa de Pediatria no contexto do 18º Congresso Nacional de Pediatria, para seu uso pessoal, tal como submetido pelo autor

© 2017 pelo autor

VARIANTES DO NORMAL EM ORTOPEDIA PEDIÁTRICA

Tah Pu Ling

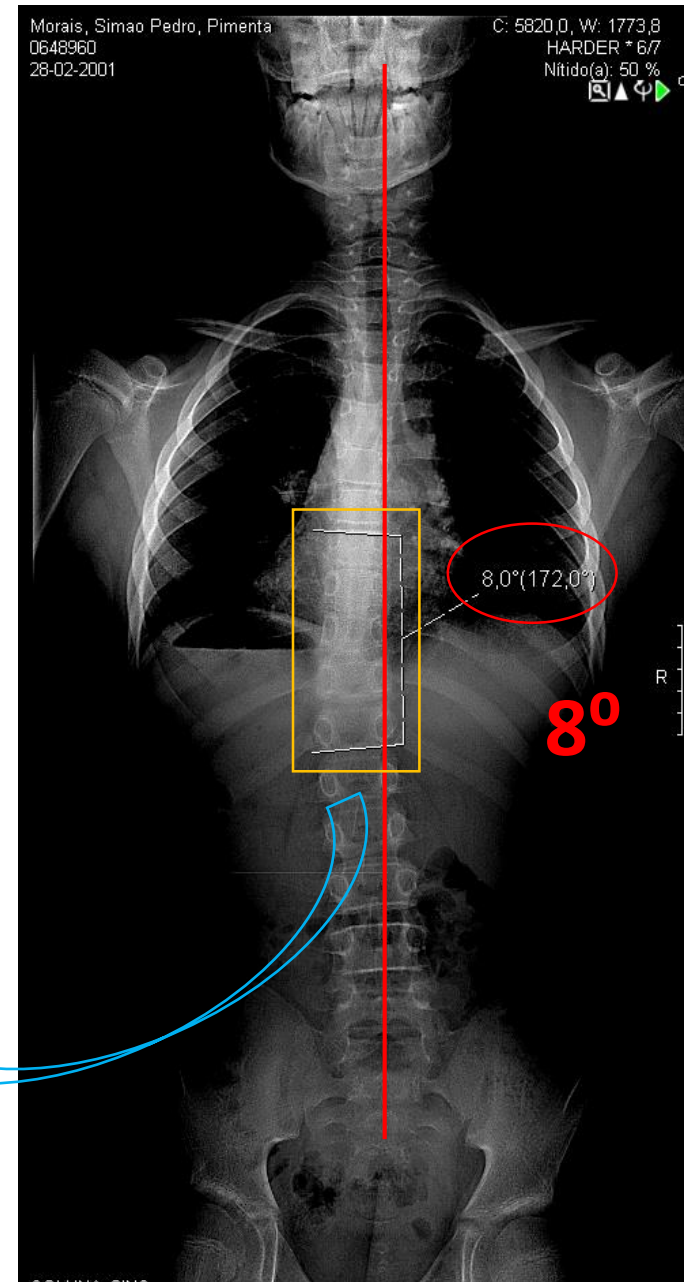
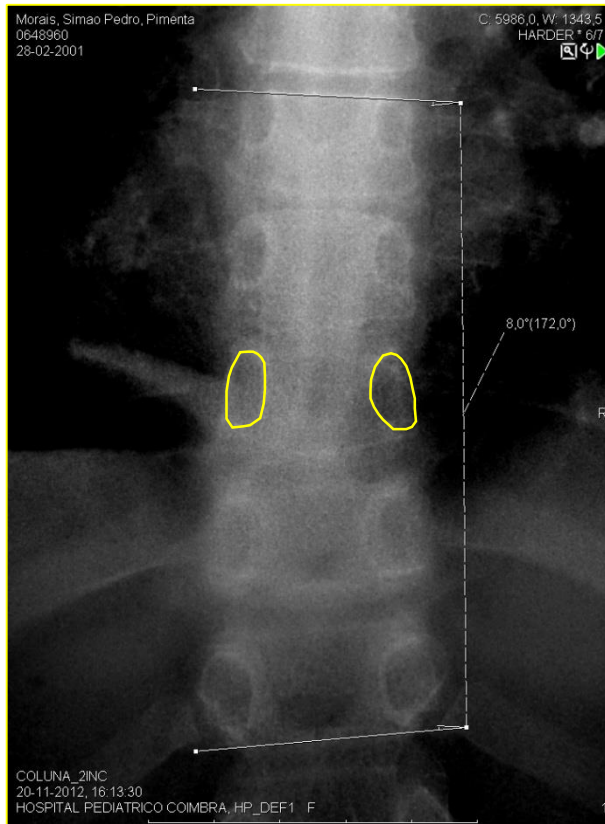
Serviço de Ortopedia Pediátrica
Hospital Pediátrico - CHUC, EPE
Coimbra - Portugal

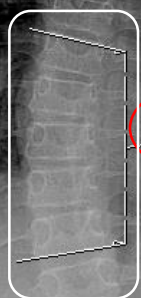


Coluna - Escoliose

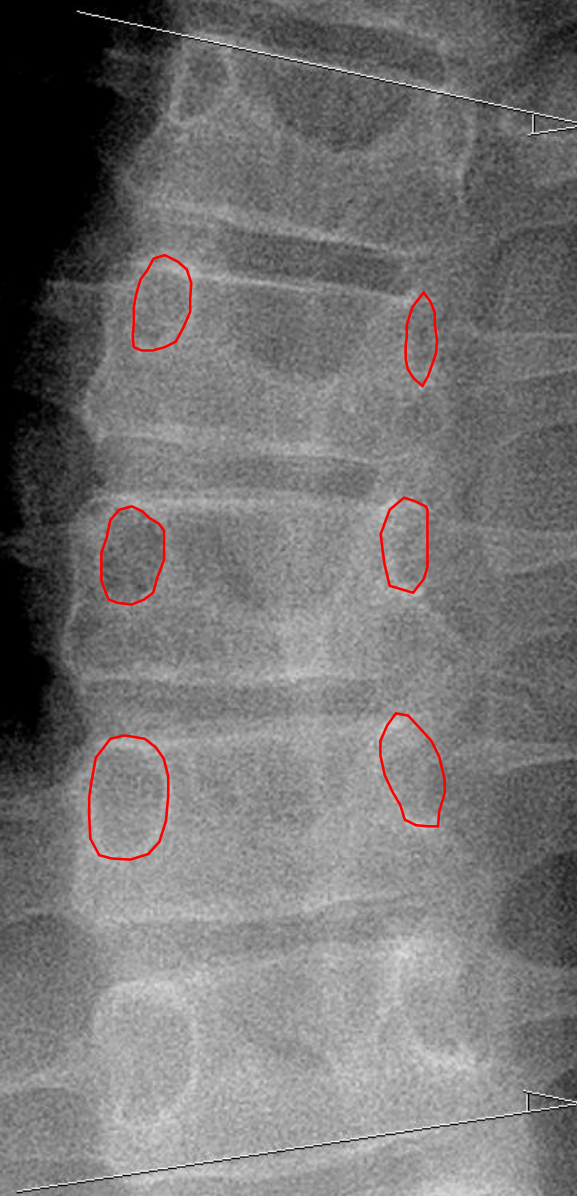
Definição:

- ângulo de Cobb $\geq 10^\circ$
- +
• rotação dos corpos vertebrais

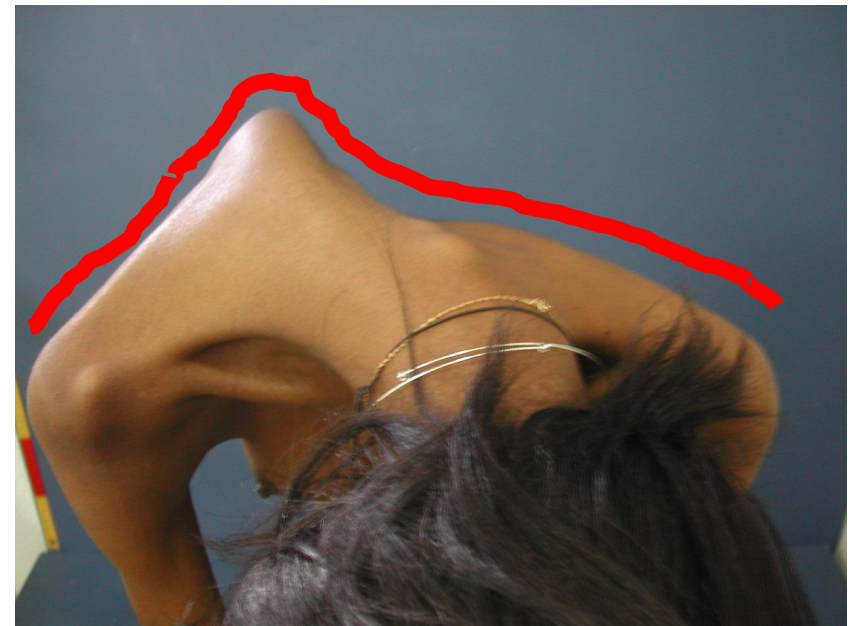
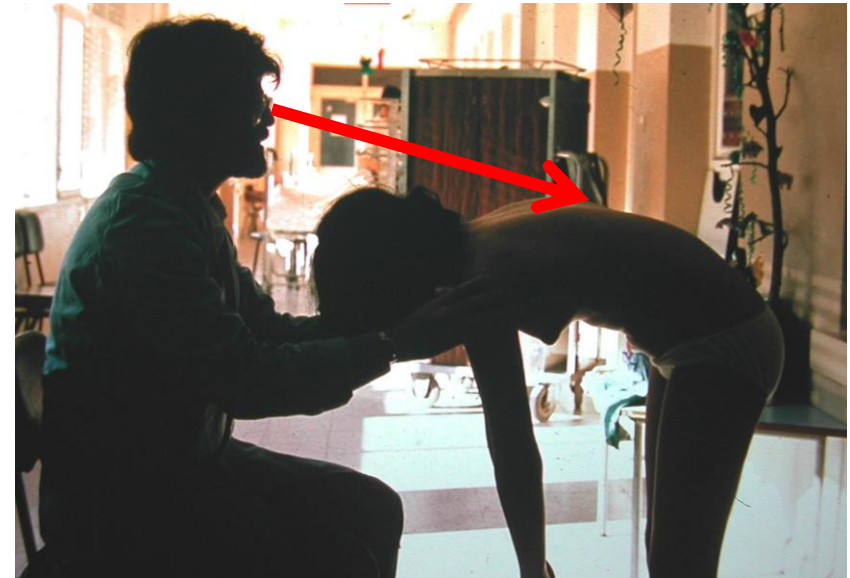
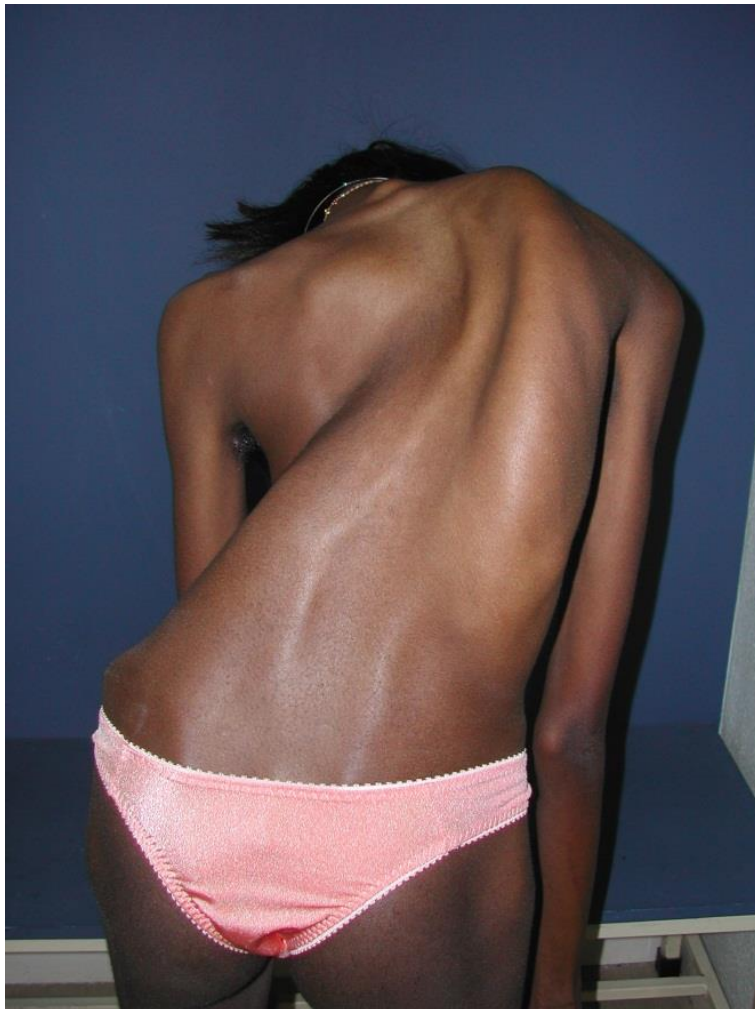




22°



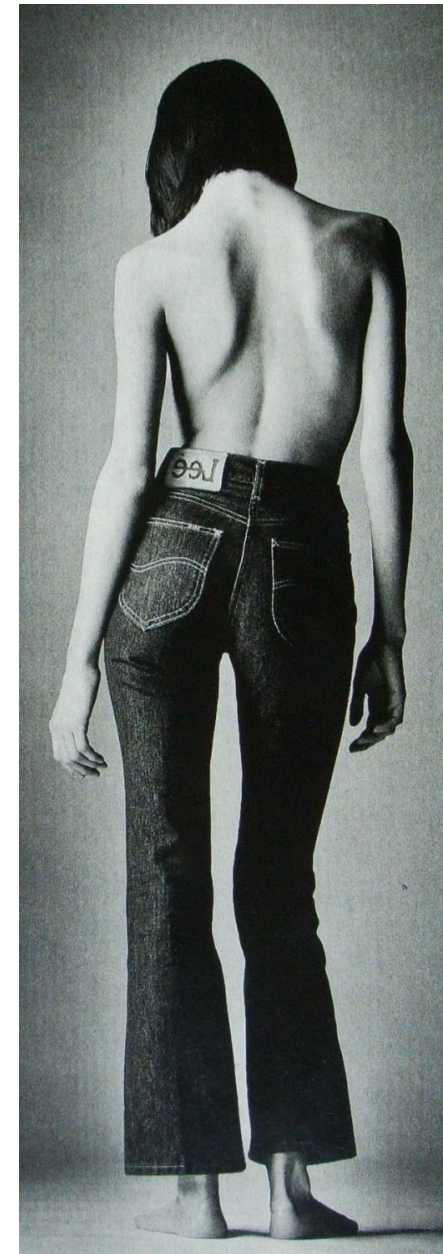
T. de Adams



ideias... mitos...

a postura *causa* escoliose ?

a escoliose *corrige* com a postura ?



dismetria

população normal:

50% - dismetria de 0,7 cm

20% - dismetria 1 cm

*Massada, J.L. - Rev. Ortopedia y Traumatologia
vol.16P, IB, Junho 1990*





também não têm nada a ver com mochilas pesadas...

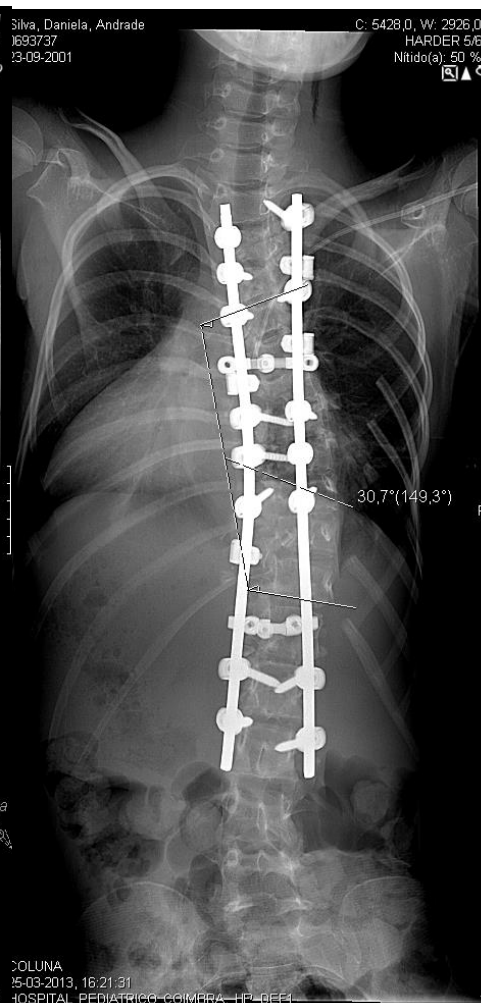
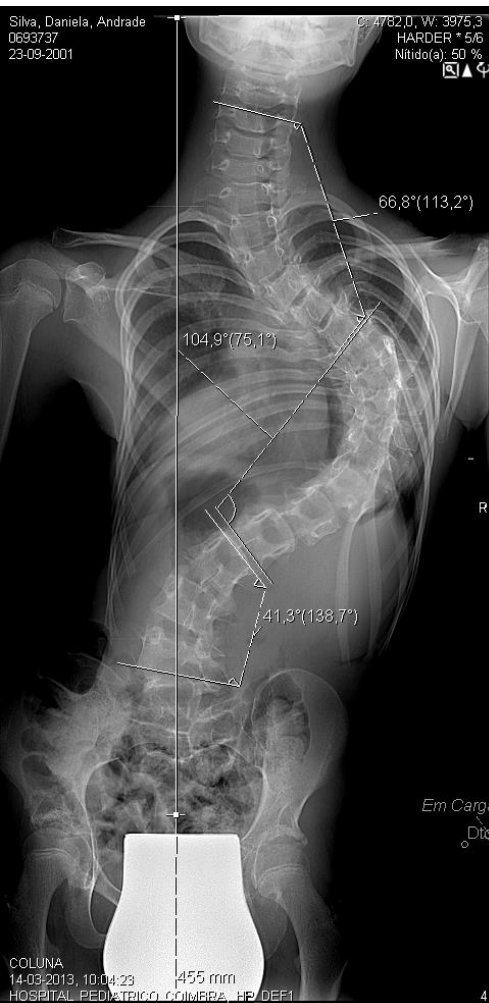
Escoliose

Graus	Diagnóstico	Tratamento	Referenciação
$\leq 10^\circ$	Não é Escoliose	–	–
$\geq 10^\circ$	Escoliose	Observação	Ortopedia (>20°)
$\geq 25^\circ$	Escoliose	Colete (imaturidade)	Ortopedia
$\geq 45-50^\circ$	Escoliose	Cirurgia	Ortopedia

- Uma escoliose até aos 20° pode ser seguida pelo seu médico assistente (MGF ou Pediatra)
- A grande maioria das escolioses até aos 30° são resolutivas (80-90%)
- As escolioses a partir dos 45-50° são (habitualmente) cirúrgicas.



• **DS, F, 11y, 1B+, 105°,**
só Post + costect. concav. e convex.





Claudicação Inocente

- Situação benigna em que a criança (até aos 3-4 anos de idade) surge como perturbação da marcha (claudicação) ou até recusa completa na marcha.
- Origina uma ansiedade muito grande nos pais e é causa frequente da ida às urgências.



Apresentação



- Até aos 3-4 anos, exprimem-se mal e com controle deficiente dos movimentos
- Manifesta-se por claudicação na marcha ou recusa na marcha. Podem referir dor e apontam para um sítio específico mas não referem dor no exame da zona.
- Sem história traumática conhecida

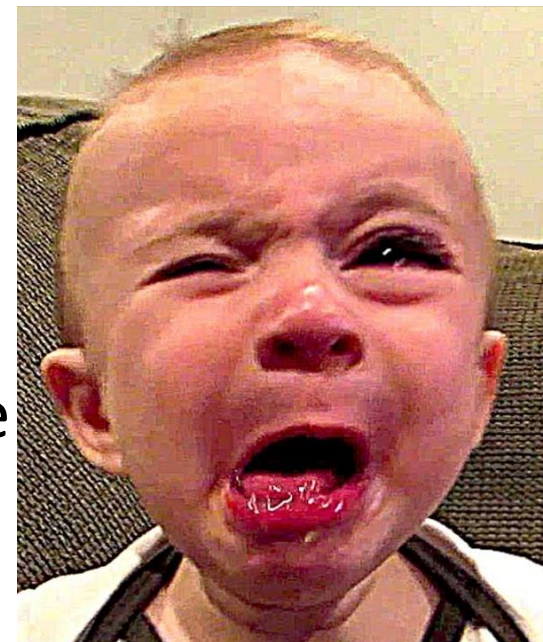
Exame Físico

- negativo, mobilização passiva e activa negativa, palpação dos membros não dolorosa
- Pode demorar até uma semana
- Diagnóstico por exclusão
- Diagnóstico Diferencial: trauma, artrite séptica, sinovite transitória ou reumatismal, D. Legg-Clavé-Perthes.



Tratamento

- Não é necessário & descansar os pais
- Difícil convencer os pais da benignidade da situação



Quando referenciar

- Se as queixas se modificarem: palpação ou a mobilização é dolorosa, ou febre.
- Se as queixas se mantiverem para além de uma semana

Membros Inferiores



- A maioria das deformidades angulares e rotacionais resolvem-se com o crescimento, necessitam simplesmente de observação
- É importante conhecer a história natural e diferenciar entre situações patológicas e fisiológicas

Genu Varum



Fisiológico

vs.



Patológico

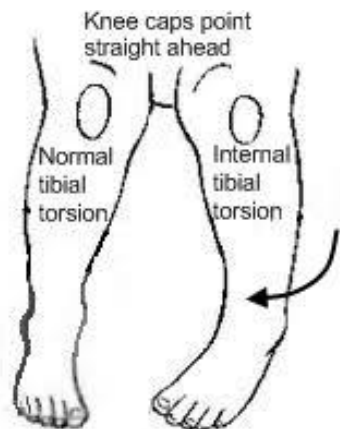
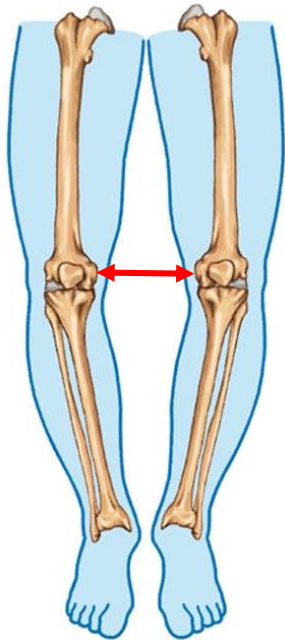


- Genu varum é um processo normal e fisiológico até aos 2 anos de idade
- Começa a migrar para o neutro a partir dos 14-18 meses de idade



Apresentação

- Simétrico
- Sem dor
- Pais apercebem-se logo à nascença
- Torna-se mais pronunciado quando começa a ficar de pé / andar.



Exame Físico

- Medição da distância intercondiliana (DIC) dos maléolos internos com os tornozelos juntos
 - Normal < 6 cm

• Marcha

- Base alargada
- Torção Tibial interna
- Impulso lateral



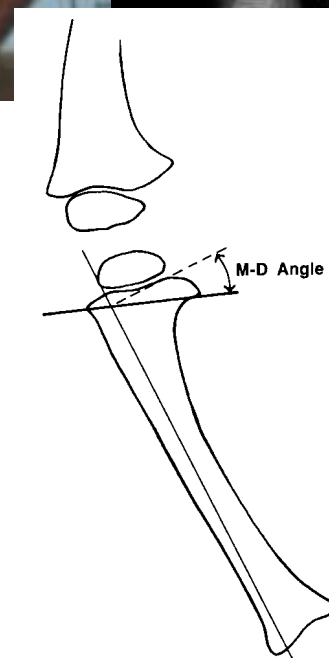
Radiografias

Fazer Rx se houver **dúvidas**
sobre processo patológico

- Unilateral
- Baixa Estatura
- Impulso lateral na marcha
- Deformidade acentuada $>20^\circ$
- Dúvidas se doença metabólica (Raquitismo)

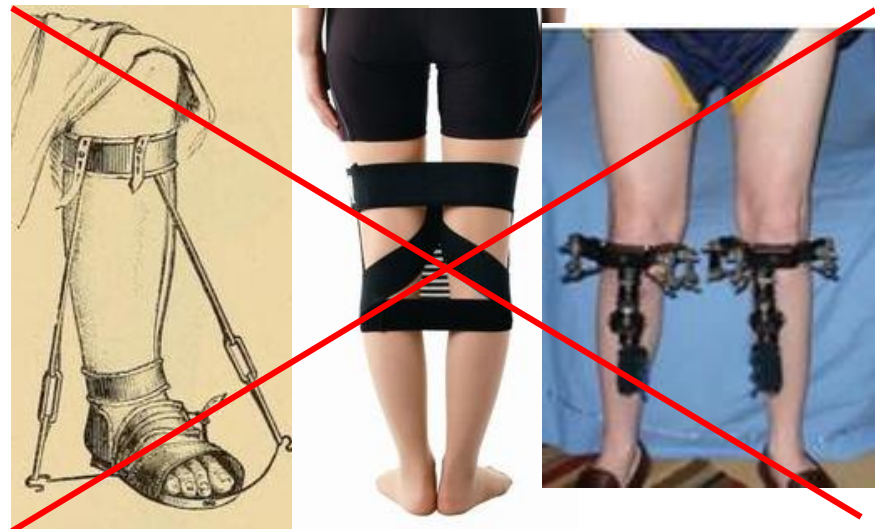
Ângulo Metafiso-diafisário

- $< 10^\circ$: fisiológico
- $> 16^\circ$: patológico



Tratamento

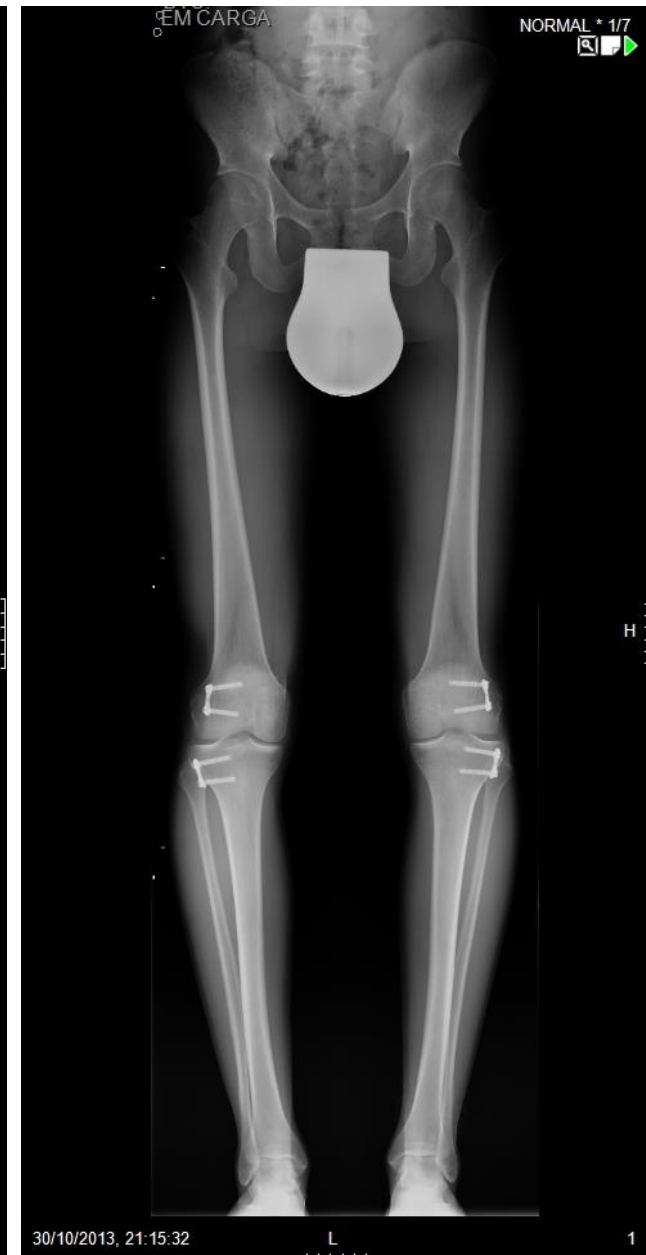
- Observação & descansar pais
- Deverá começar a melhorar entre 14-18 meses



Quando referenciar

- Agravar depois dos 2 anos
- Dúvida se processo patológico
 - Blounts, Raquitismo, trauma, infecção





Genu Valgum



- É uma variante do processo fisiológico normal nas crianças
- Idade mais prevalente 3-5 anos



Apresentação

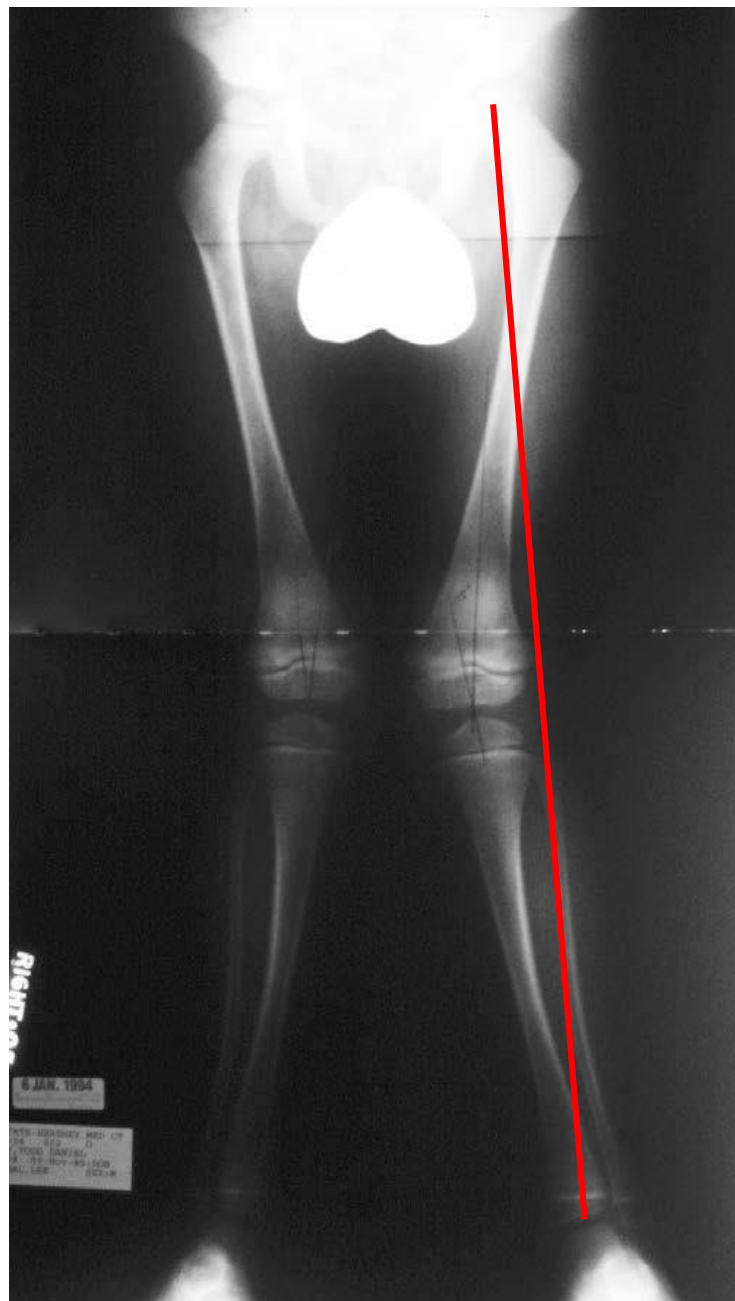
- Idade 3-5A
- Bilateral
- Normalmente não é doloroso (occasional dor joelho)
- Frequente tropeçar/quedas



Exame Físico

- Distância Intermaleolar (**DIM**) com joelho juntos
 - até 12 cm em crianças pequenas
 - depois dos 7 deverá ser $< 8\text{cm}$
- Marcha circundante para evitar quedas





Radiografias

- Nas dúvidas sobre processo patológico
 - Unilateral, relacionado com trauma ou infecção, deformidade grave $> 20^\circ$
- Eixo mecânico – centro da cabeça femoral ao centro do tornozelo
 - Tratamento cirúrgico recomendado se EM está para além da parte lateral da Tíbia



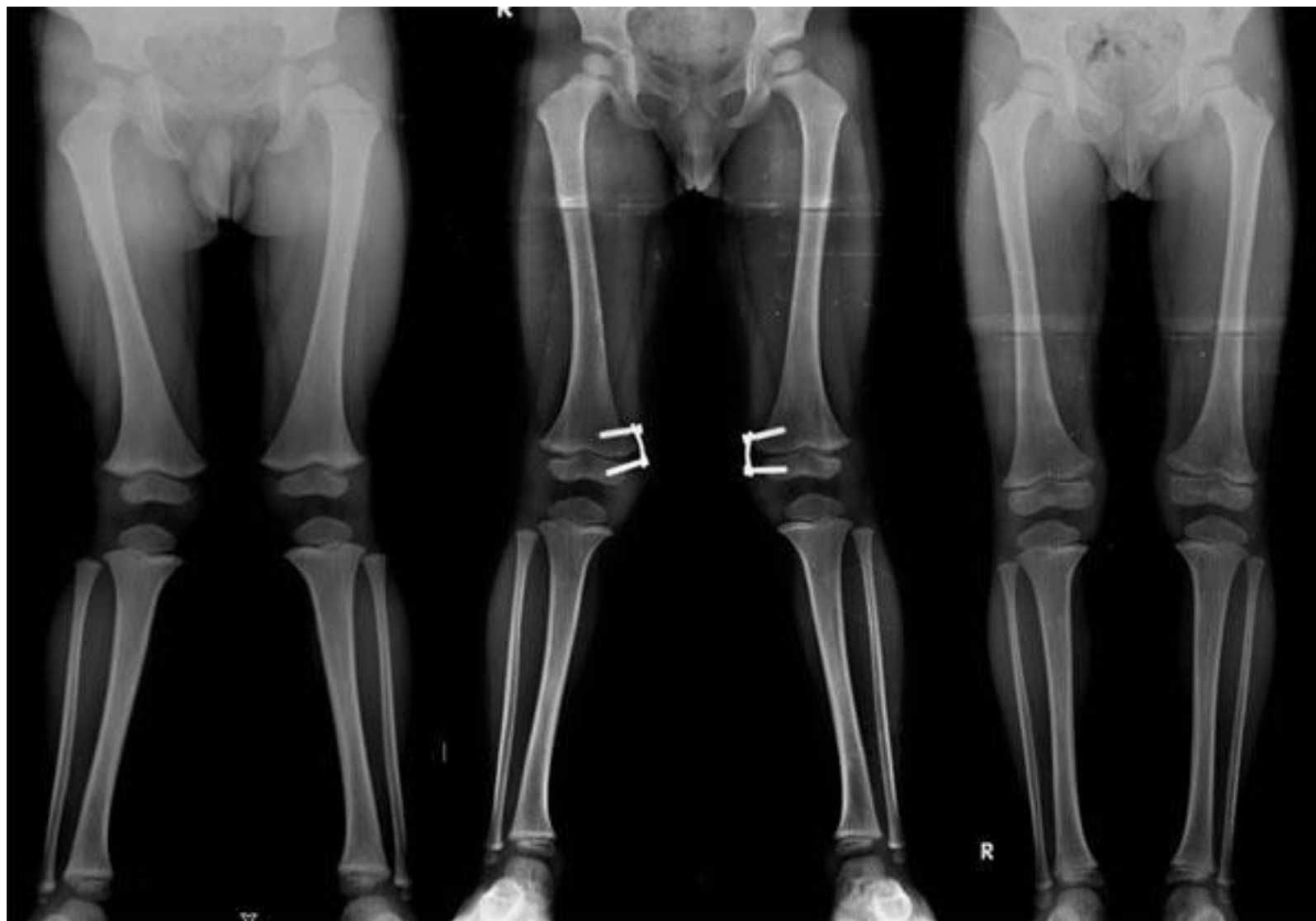
Tratamento

- Observação & descansar os pais
- Ortoteses não são eficazes

Quando referenciar

- Agravar/sem melhorias depois dos 6-7 anos
- Deformidade grave
- Dúvida se processo patológico
 - Unilateral, trauma, infecção, tumor benigno junto da fise de crescimento





Torção Tibial



- Causa mais frequente de marcha com as pontas dos pés virados para dentro
- Surge 1-3 anos de idade
- Rotação interna da tibia
 - Etiologia desconhecida – pensa-se estar relacionada com o posicionamento intrauterino
- Resolve-se espontaneamente aos 6 anos

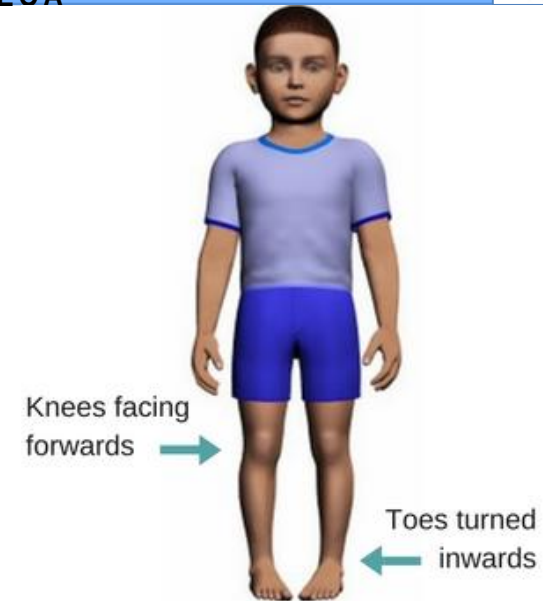
Apresentação

- Marcha com pés para dentro
 - Os pais notam quando a criança começa a andar
- Geralmente assintomático
- Bilateral
- Tropeçar/quedas + frequentes
- Pode contribuir para a aparência de genu varum



Exame Físico

- Exame da marcha
 - marcha com pé para dentro
 - Normal -5° a $+20^{\circ}$
- Ângulo coxa-pé
 - ângulo formado bissetriz das linhas que passam no pé e na coxa
 - $>10^{\circ}$ internal = tibial torsion
 - medido em decúbito ventral

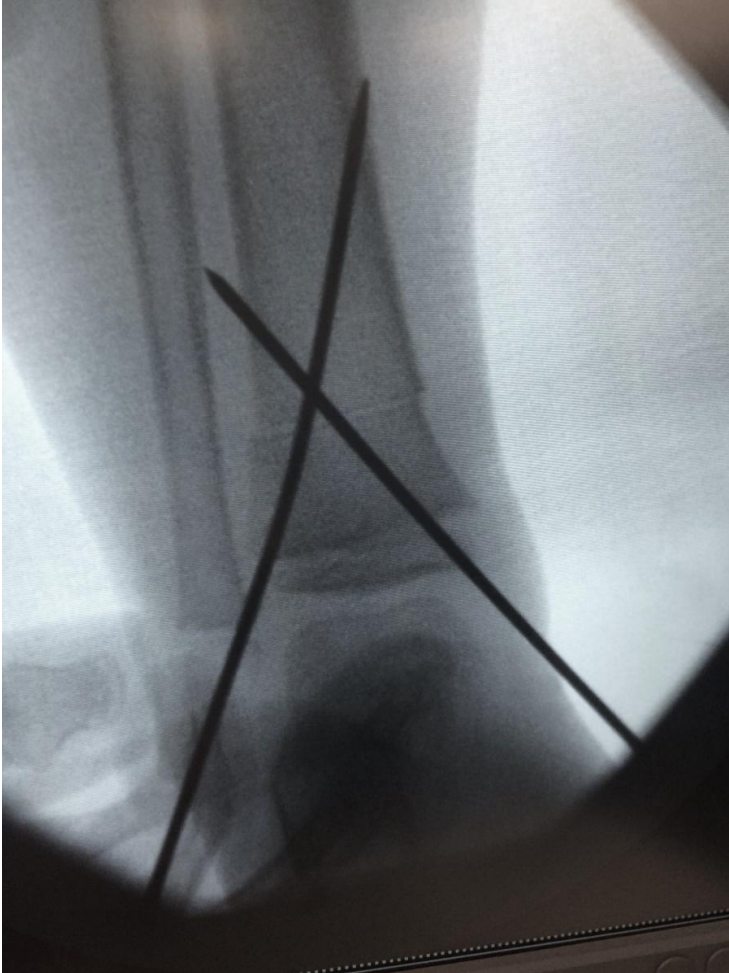


Tratamento

- Observação & descansar os pais
 - Resolução aos 6 anos
- Ortotese, FT, palmilhas não alteram a história natural
- Raro: cirurgia nas crianças com > 6 anos

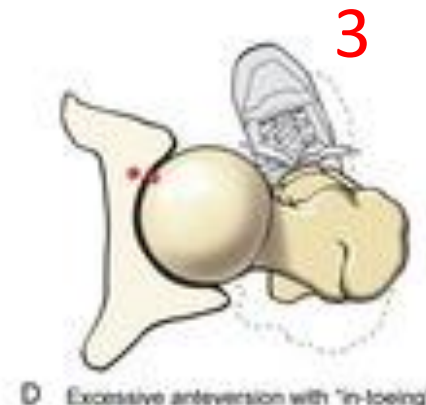
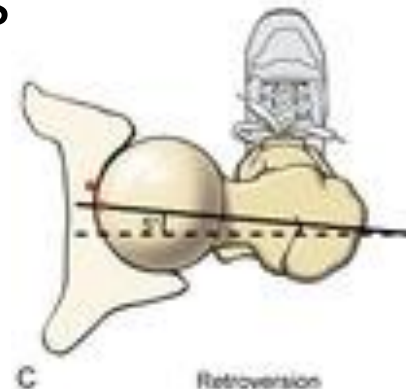
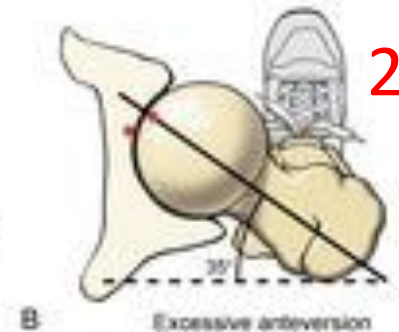
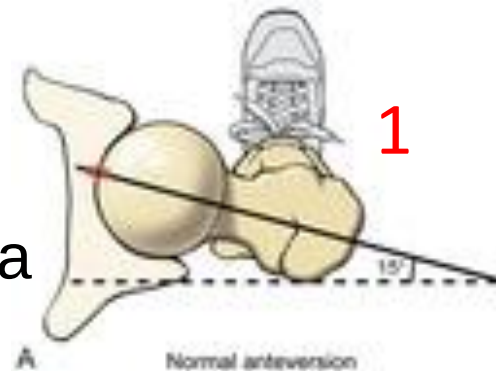
Quando referenciar

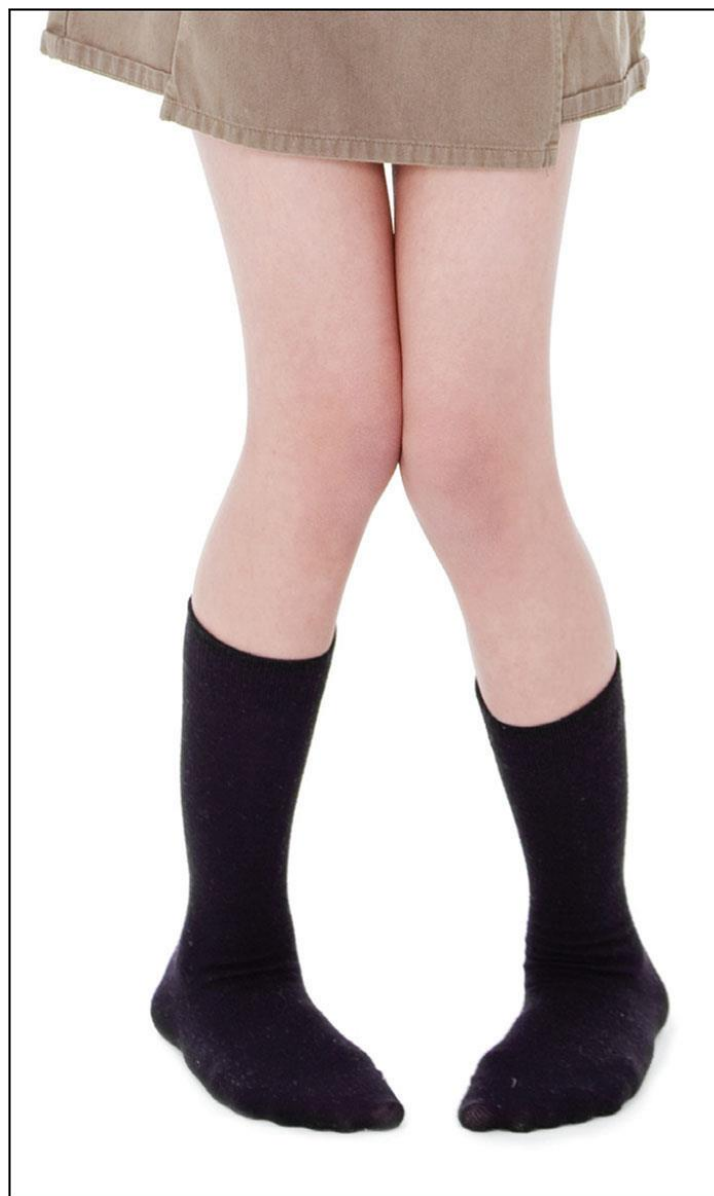
- Depois dos 6-8 anos
- Limitação funcional significativa
 - Actividades vida diária, desporto



Anteversão Colo Femur

- Anteversão aumentada do colo do femur em relação ao femur
 - rotação interna compensatória do femur
- Observado nas crianças mais pequenas— idades 3-6 A
- Relacionada com o posicionamento intrauterino
- Resolução espontânea cerca dos 10 A





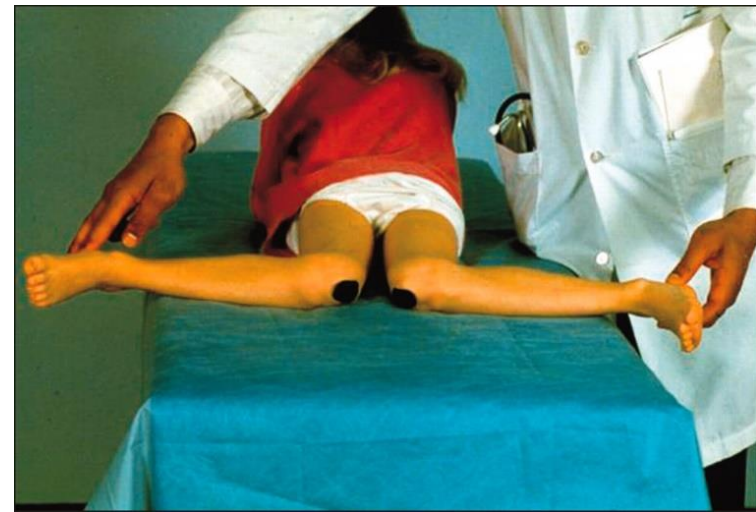
Apresentação

- Marcha com pés para dentro
- Sentar posição antena / W
- Corrida atípica
 - Tropeçar/quedas
- Dor joelho +/-



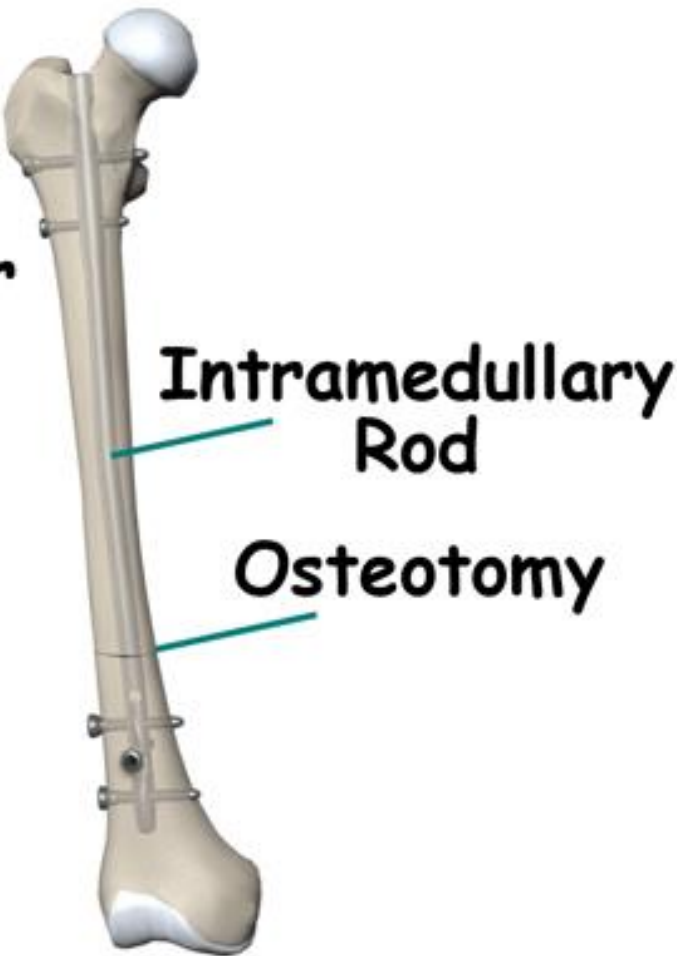
Exame Físico

- Avaliação marcha
 - Rótula aponta para dentro na marcha
- Mobilidade anca (decúb. ventral)
 - rotação interna aumentada $>70^\circ$
 - normal 20-60
 - Rotação externa diminuída $<20^\circ$
 - normal 30-60



Tratamento

- Observação & descansar os pais
 - Resolução aos 10 anos
- Ortotese, FT, palmilhas, restrições no sentar, não alteram a história natural
 - FT para dor, coordenação, desporto
- Raro: cirurgia nas crianças com > 8 anos



Quando referenciar

- Depois dos 8-10 anos
- Limitação funcional significativa
 - Actividades vida diária, desporto

Pes Planus





- Os pés planos flexíveis são uma variante fisiológica do normal em crianças
- O arco plantar começa a se desenvolver em torno dos 2 anos, amadurece 3-5
- Maioria resolvem-se espontaneamente com crescimento
- Muitas vezes associado a laxidão ligamentar generalizada



Apresentação

- Geralmente assintomáticos
- Por vezes dor na arcada ou na área pré-tibial
- Pais preocupados que causem dor no futuro, afete o desporto, etc.



Exame Físico

- Os pés são planos de pé
- Arco reconstitui-se com pé pendurado, andar em bicos dos pés ou na dorsiflexão do hallux

Tratamento

- Observação & descansar os pais
- O arco plantar começa a desenvolver-se pelos 2A
- 20% dos adultos têm pés planos, normalmente não dolorosos nem afeta o desporto
- Palmilhas/ortóteses:
 - dão apoio
 - não alteram história natural / nem o arco plantar

Quando referenciar

- Doloroso
- Rígido
- Falência tratamento conservador



Dismetria dos Membros Inferiores

Causas comuns de DMI

- **Transtornos congênicos**

- Paralisia cerebral (espasticidade)
- Hemihipertrofia
- DDA
- Pé boto unilateral

- **Lesão da Fise**

- Infecção
- Trauma
- Tumor

- **Idiopática**

- Até 2/3 da população tem DMI de 2cm ou menos



população portuguesa normal:

- 50% - dismetria de 0,7 cm
- 20% - dismetria 1 cm

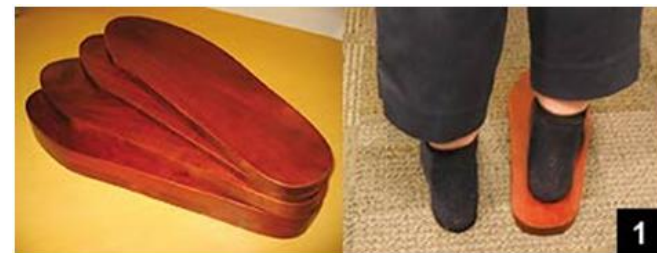
*Massada, J.L. - Rev. Ortopedia y Traumatologia
vol.16P, IB, Junho 1990*





Apresentação

- Geralmente assintomática
- Ocasional Lombalgia associada



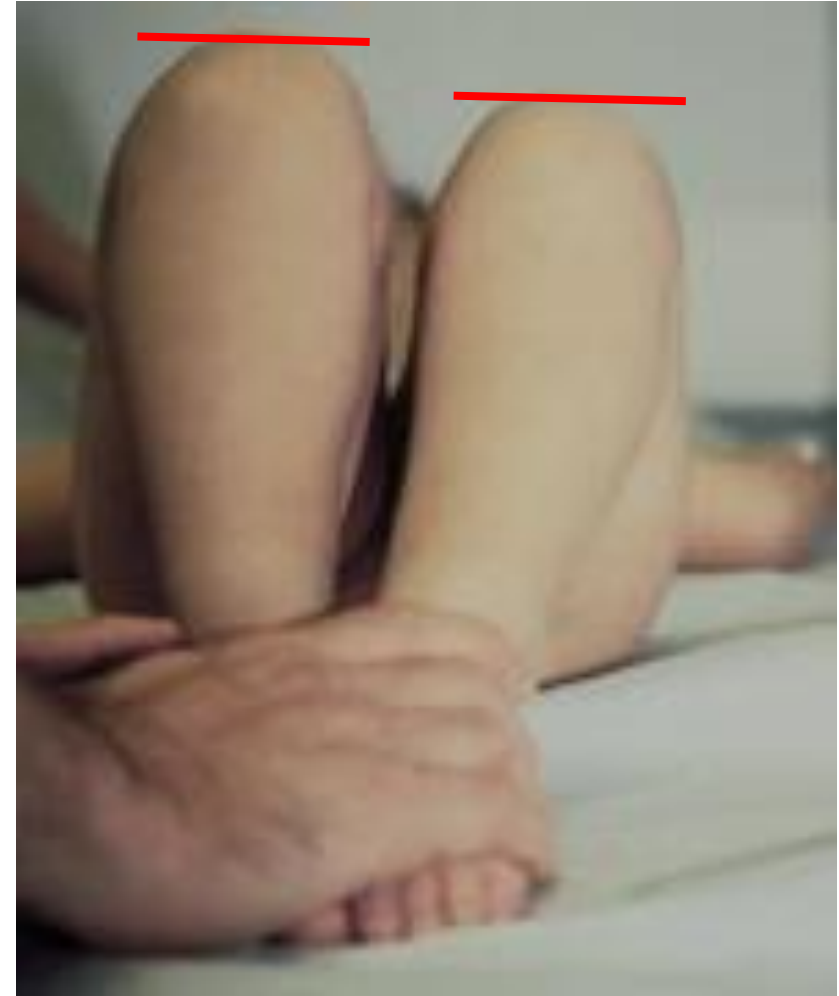
Exame Físico

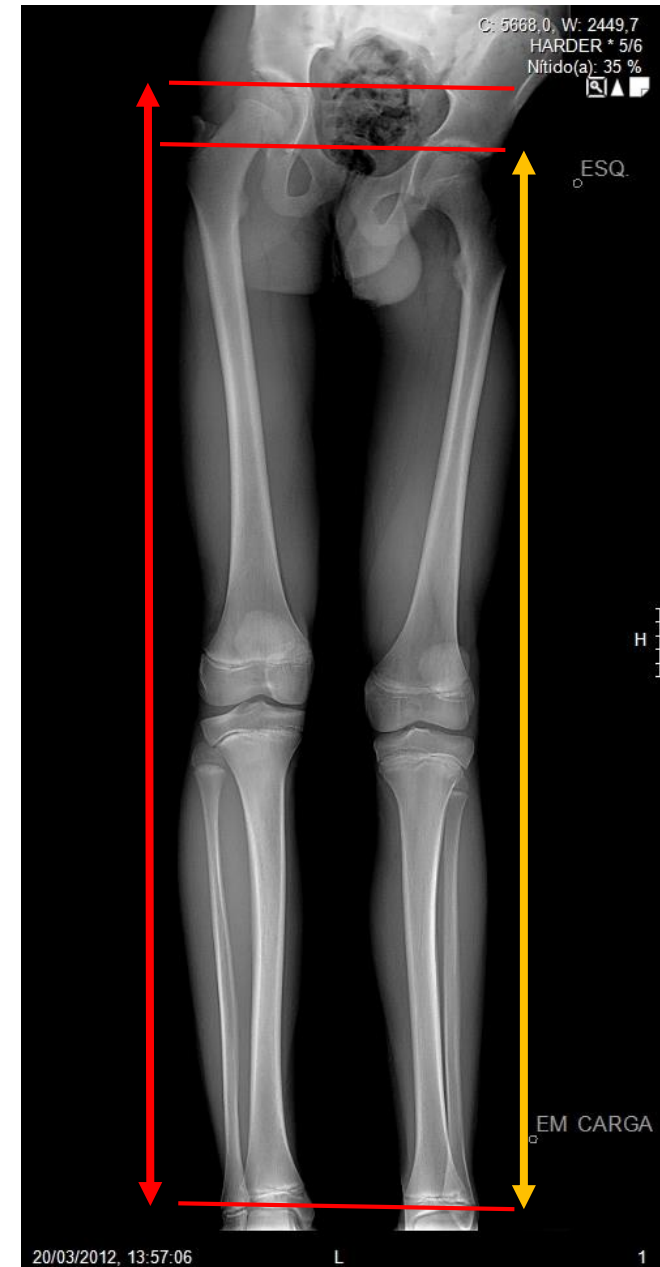
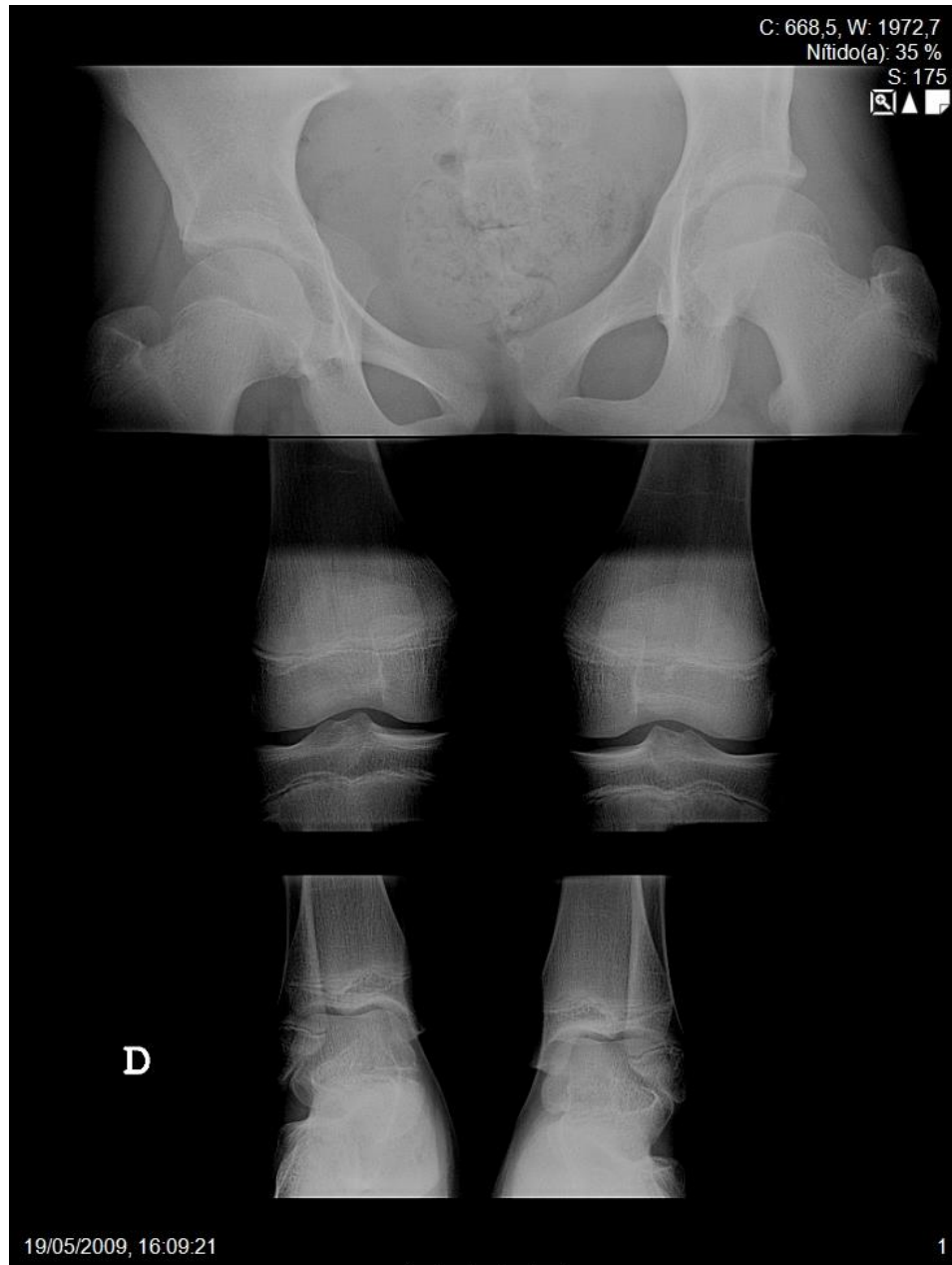
- Testes dos blocos
 - Melhor método de seleção inicial
 - Com o paciente em pé, adicione blocos debaixo da perna mais curta até que a bacia esteja nivelada e medir.

Exame Físico

• Teste de Galeazzi

- Pesquisar se DMI é aparente devido luxação anca unilateral (DDA não detetada)
- Paciente em decúbito dorsal com ancas e joelhos fletidos a 90°
- O fêmur parece mais curto no lado luxado





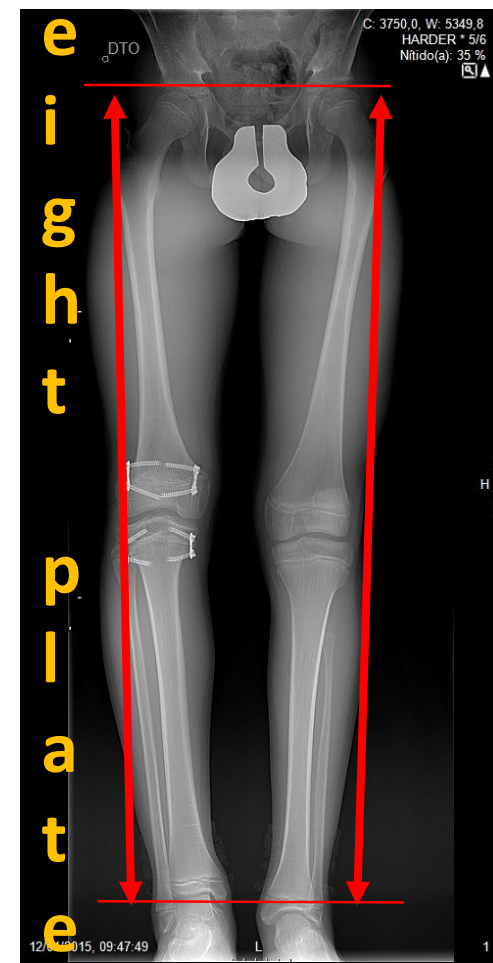
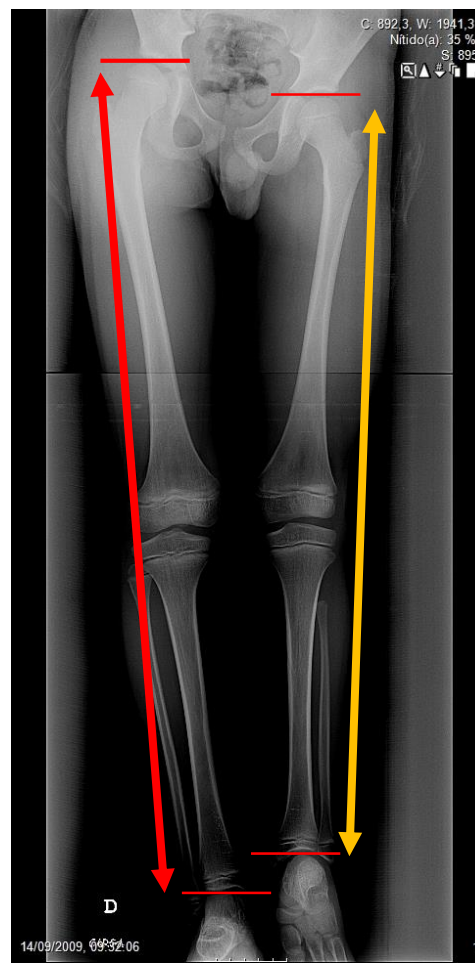
Tratamento

- Observação
- Palmilha elevatória

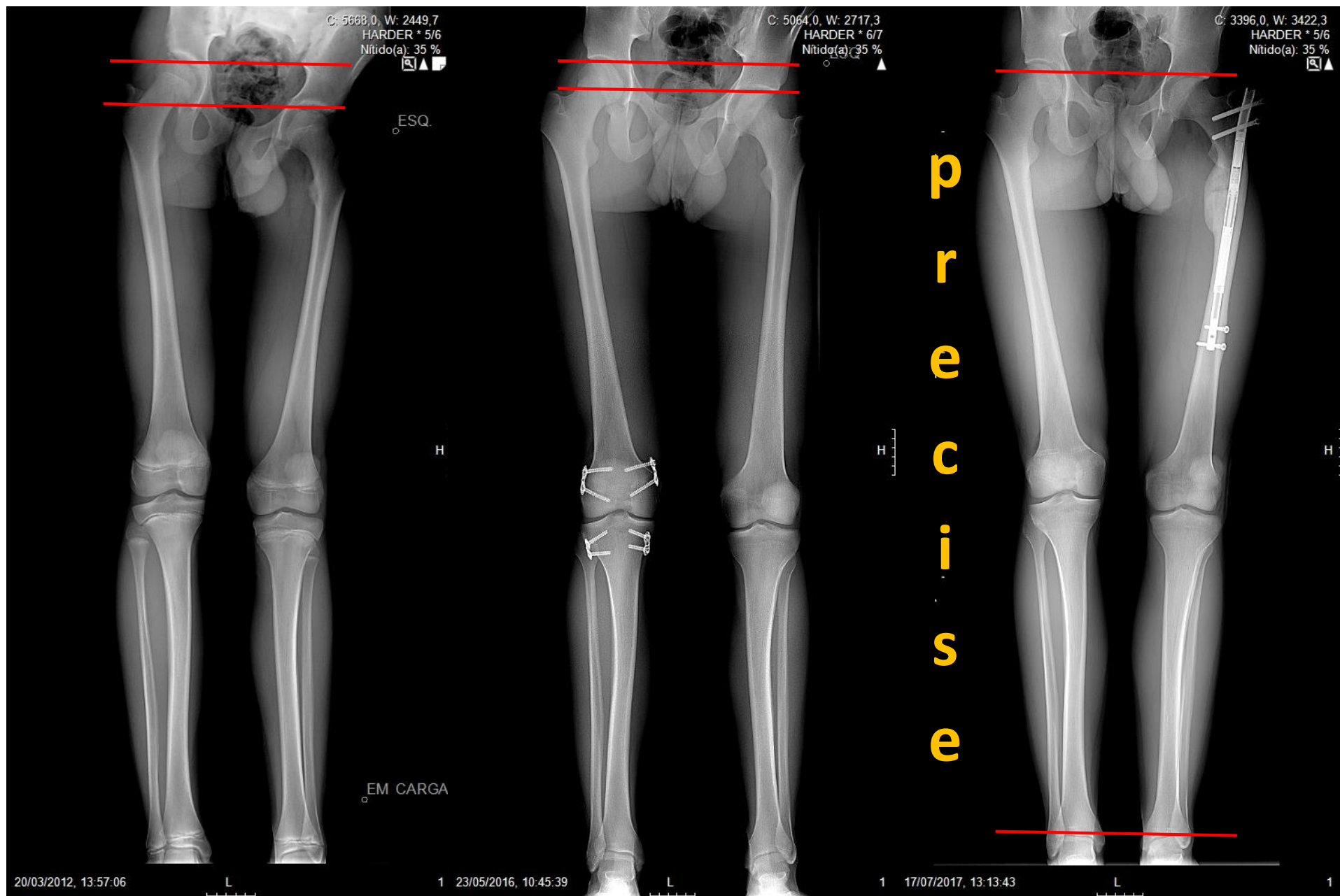


Quando Referenciar

- > 2 cm
- Patologias associadas
 - PC, DDA, pé boto, infecção, trauma, tumor, etc









Perguntas:

1. Na escoliose idiopática do adolescente, assinale a resposta correta:
 - a) A referência para uma consulta de Ortopedia Pediátrica deverá ser feita sempre que for detetada um desvio da coluna, independentemente da magnitude desta (ângulo de Cobb)
 - b) A referência para uma consulta de Ortopedia Pediátrica deverá ser feita sempre que a curva tenha $< 10^\circ$.
 - c) As curvas até aos 20° podem ser seguidas pelo médico assistente (MGF ou Pediatra).
 - d) A referência para uma consulta de Ortopedia Pediátrica deverá ser feita sempre que as curvas tenham mais de 10° e menos de 20° .
 - e) Não tem indicação cirúrgica as curvas superiores a $45-50^\circ$.

2. No desvio angular dos membros inferiores (genu varum e genu valgum), assinale a resposta correta:
 - a) O desvio angular é sempre motivo de preocupação e o paciente deverá ser encaminhado para uma consulta de Ortopedia Pediátrica.
 - b) No genu valgum assimétrico aguarda-se que este corrija com o crescimento da criança e este habitualmente ocorre aos 6-7 anos de idade.
 - c) Os desvios angulares resultantes de uma infeção não são motivo de preocupação porque corrigem com o crescimento.
 - d) O uso de ortóteses ajuda a corrigir os desvios angulares.
 - e) No processo de crescimento normal de uma criança os joelhos são inicialmente varos depois ficam valgos e por fim normaliza aos 6-7 anos (neutros).

3. Nos pés planos flexíveis de uma criança normal, assinale a resposta correta.
 - a) O tratamento do pé plano é feito com botas ortopédicas
 - b) A utilização de palmilhas ajuda na correção dos pés planos.
 - c) O pé plano não corrigido deverá ser cirurgicamente tratado na adolescência.
 - d) O pé plano flexível é compatível com uma vida adulta normal sem dores.
 - e) O pé plano normalmente é doloroso

Respostas correta para a pergunta 1 é a resposta **c)**, pergunta 2 é **e)** e na pergunta 3 é a **d)**