

Departamentos Científicos

A Criança Claudicante

Introdução

Claudicação é uma marcha anormal. É um achado importante do exame físico e, muitas vezes, a queixa inicial ou única do paciente, sendo fundamental identificar a sua causa para indicar o melhor tratamento. A história clínica e o exame físico geralmente nos sugerem o diagnóstico, que se confirma, na maioria das vezes, com o raio X.

Avaliação Clínica

Na história clínica, deve-se investigar a idade da criança, tempo de evolução, forma de início, sintomas associados, se é intermitente ou transitória, período de predileção, relação com atividade física, e se deixa de fazer atividades prazerosas ou de brincar.

No exame físico, deve-se despir toda a criança e observá-la caminhando, fazendo-se uma análise geral da marcha procurando por anormalidades óbvias, tentando identificar qual lado, articulação ou segmento ósseo está sendo comprometido, e se o membro superior também está comprometido. Solicitar ao paciente que corra, já que muitas vezes uma discreta claudicação se acentua na corrida, tornando mais evidente o local de origem. Em seguida, examina-se o paciente na maca. Não esquecer do exame físico geral (estado geral, temperatura, coloração e hidratação das mucosas, etc.). Na inspeção, procurar por pregas cutâneas extras, eritema ou manchas café com leite. Palpar todo o membro inferior procurando por calor, aumento de volume, dor a palpação localizada e derrame articular. Avaliar o arco de movimento de cada articulação separadamente, sempre comparativamente ao lado oposto. A mensuração e o trofismo dos membros inferiores podem nos fornecer informações valiosas. O exame neurológico completo é fundamental para descartar doenças neurológicas. O exame da coluna vertebral deve ser realizado tanto de pé quanto deitado, na procura por desvios, dor a palpação localizada e avaliando-se a sua mobilidade. A articulação sacro-ilíaca também deve ser palpada e avaliada através do teste de Fabere.

Diagnóstico Diferencial

Para orientar o raciocínio, três perguntas devem ser feitas: A criança apresenta dor, rigidez ou limitação funcional? Há quanto tempo a criança está claudicando? Qual a idade da criança?

Quadro 1 - Diagnóstico diferencial de acordo com a presença de dor ou impotência funcional

Sim	Não
Trauma Sinovite transitória Doença de Legg-Calvé-Perthes Epifisiólise proximal do fêmur Artrite reacional Tumor Infecção (articulação, osso ou disco intervertebral) Osteocondroses / overuse	Luxação congênita do quadril Discrepância dos membros inferiores Doença neurológica

Quadro 2 - Diagnóstico diferencial de acordo com o tempo de claudicação

Agudas (1 a 3 dias)	Subagudas (4 a 6 semanas)
Trauma Sinovite transitória Epifisiólise proximal do fêmur Infecção (articulação, osso ou disco intervertebral)	Epifisiólise proximal do fêmur Luxação congênita do quadril Discrepância dos membros inferiores Doenças neurológicas Doença de Legg-Calvé-Perthes Artrite reacional Tumor Overuse / osteocondroses

Quadro 3 - Diagnóstico diferencial de acordo com a faixa etária

1 a 4 anos	4 a 10 anos	10 a 16 anos
Infecção Sinovite transitória Artrite reacional Discite Luxação congênita do quadril trauma Discrepância MMII Doenças neurológicas	Doença de Legg-Calvé-Perthes Artrite reacional Overuse Trauma Epifisiólise proximal do Fêmur Tumor	Epifisiólise proximal do fêmur Trauma Overuse Tumor

Crianças de 1 a 4 anos

O diagnóstico diferencial entre infecção (artrite séptica, osteomielite), sinovite transitória e artrite reacional é muitas vezes difícil, porém é

importante pois a conduta difere totalmente. A presença de febre acima de 38 o C sugere infecção, mas sua ausência não a descarta. As radiografias são geralmente normais, apresentando alterações destrutivas somente após 7 a 10 dias de evolução. O VHS acima de 90mm é sugestivo de infecção, porém, também está levemente elevado na sinovite transitória. A proteína C reativa é um excelente marcador, pois eleva-se rapidamente nas infecções (10 a 50 vezes), no entanto, outro foco infeccioso ou mesmo trauma podem elevá-la. O ultrassom é operador dependente e responde apenas se há líquido ou não dentro da articulação, mas não define se é pús. A cintilografia é um excelente exame para o diagnóstico e localização do processo inflamatório ou infeccioso. A aspiração da articulação e/ou do osso, com saída de pus, é o procedimento que confirma o diagnóstico. Se a sua análise macroscópica não for suficiente, a análise citológica, bacterioscopia e cultura poderão nos auxiliar.

A discite pode manifestar apenas claudicação, sem mais nenhum outro sintoma ou alteração laboratorial. No exame físico, a coluna vertebral está rígida. A cintilografia óssea ou a ressonância magnética confirmam o diagnóstico.

Nesta faixa etária, as fraturas são freqüentemente conseqüentes a traumas de baixa energia, podendo-se perceber apenas discreto edema e dor a palpação local. A radiografia inicial pode não mostrar o traço de fratura, o que é freqüente nas fraturas da tibia ou que comprometem a placa de crescimento (fraturas tipo I de Salter-Harris).

Na luxação congênita do quadril a criança não apresenta dor, claudica desde o início da marcha, apresenta discrepância dos membros inferiores, sinal de Trendelenburg positivo e limitação da abdução do quadril luxado. O raio X faz o diagnóstico.

A discrepância dos membros inferiores é identificada no exame físico e confirma-se pela escanometria, sendo importante identificar a sua causa.

Doenças neurológicas são suspeitadas por um exame neurológico completo.

Crianças de 4 a 10 anos

A doença de Legg-Calvé-Perthes é a necrose avascular idiopática da epífise femoral proximal e ocorre dos 4 aos 8 anos, podendo aparecer dos 3 aos 11 anos de idade. A criança costuma apresentar queixa de claudicação indolor e, após alguns meses de evolução, limitação da abdução e da rotação interna do quadril comprometido, além de hipotrofia da coxa ipsilateral. O raio X faz o diagnóstico, com exceção da fase mais precoce da doença, quando é necessário cintilografia óssea ou RNM para confirmar o diagnóstico.

As apofisites de tração, ou síndromes de *overuse*, aparecem principalmente após os 8 anos de idade, em crianças geralmente ativas, que queixam de edema e dor a palpação localizados, principalmente após atividade física. Seu curso é benigno e autolimitado, necessitando na maior parte das vezes,

apenas limitação das atividades até que haja a resolução da doença. O raio X, compatível com a história e o exame físico, fecha o diagnóstico. Ganham epônimos, dependendo do local acometido. Como exemplo: *Sever* no calcâneo e *Osgood-Schlatter* na tuberosidade anterior da tíbia.

Crianças de 10 a 16 anos

A epifisiólise proximal do fêmur é a doença mais comum do quadril no adolescente. São crianças geralmente obesas, que se queixam de dor no quadril ou na coxa, de início agudo ou insidioso. É bilateral em 30% dos casos. Ao exame físico apresentam dor e limitação da rotação interna do quadril. O diagnóstico é confirmado com o raio X, porém nos casos de pré-deslizamento, o raio X é normal e a cintilografia confirma o diagnóstico.

Fraturas por stress são causa freqüentes em adolescentes atletas de competição. Geralmente não há trauma específico, e o aspecto radiológico pode ser facilmente confundido com tumor.

Tumores malignos podem permanecer assintomáticos por algum tempo antes da apresentação. Os pais costumam associar a trauma leve e, no início, podem não apresentar sinais sistêmicos. O raio X faz o diagnóstico.

Leitura Recomendada

1. Hensinger RN. Limping. *Pediatr Clin North Am* 1986;33(6):1417-26.
2. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's *Pediatric Orthopedics*. 5 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
3. Staheli LT. *Fundamentals of Pediatric Orthopedics*. 2 nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1998.

Artigo escrito por:

André Luís Fernandes Andujar

Especialista em Ortopedia Pediátrica e Cirurgia da Coluna Vertebral do Hospital Infantil Joana de Gusmão Florianópolis-SC

Endereço para contato:

Rod. Gilson da Costa Xavier, 286

Santo Antônio de Lisboa

88.051-000 – Florianópolis-SC

E-mail: **andujar@matrix.com.br**