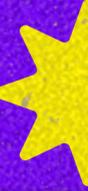




fundação podemos
política para todos



Entrevista COM DR. DAVID GONÇALVES NORDON

**DISPLASIA DO DESENVOLVIMENTO DO QUADRIL:
UMA DOENÇA GRAVÍSSIMA E SILENCIOSA
NA PRIMEIRA INFÂNCIA**



Guilherme Fernandes: O que é a displasia no quadril? Ela pode ser considerada uma doença genética? O que ela seria especificamente de acordo com a literatura científica?

David Nordon: A displasia do desenvolvimento do quadril (DDQ) é uma alteração do desenvolvimento da articulação do quadril, que ocorre durante a formação da criança, portanto, ainda no útero da mãe. Ela se relaciona a diversos fatores, como, por exemplo, a posição em que o bebê fica (bebês sentados apresentam 20 vezes maior risco do que os que ficam de cabeça para baixo no útero), pouco líquido, deformidades do útero, primeiro filho, gêmeos, história familiar de DDQ e, após o nascimento, algumas posições inadequadas, como carregadores não ergonômicos e fazer charutinho com o bebê (enrolá-los com as pernas esticadas e juntas).

Há, sim, um componente genético importante, ou seja, pais podem passar para filhos. É bem comum, depois do diagnóstico do bebê, descobrirmos alguém na família que teve e foi tratado, mas nunca comentou a respeito, ou casos de displasia leve, que passaram despercebidos, evoluíram para um desgaste mais precoce que o normal e começam a causar dor ao redor dos 40, 50 anos.

Guilherme Fernandes: É verdade que a displasia apresenta uma maior incidência em mulheres do que homens? Por qual motivo?

David Nordon: Sim, é verdade. Há um risco 10 vezes maior de desenvolver DDQ no sexo feminino, o que se deve, muito provavelmente, aos hormônios femininos circulantes durante a gestação, que aumentam a frouxidão ligamentar e, assim, favorecem a deformação do quadril durante a formação.

Guilherme Fernandes: Quais são os principais problemas decorrentes da displasia no quadril? Os impactos no decorrer da vida podem ser realmente muito severos?

David Nordon: A DDQ não tratada pode ser catastrófica. Nos casos mais graves, em que o quadril está fora do lugar, a criança anda mancando e tem dificuldade de abrir as pernas. Com o passar do tempo, o quadril começa a gastar; em torno dos dez anos de idade, a criança começa a ter dor e, aos 15 anos, os quadris geralmente estão tão desgastados, que a única solução é realizar uma prótese do quadril. Ou seja, a articulação, que normalmente gastaria em 80, 90 anos, gasta completamente em menos de 15.

Nos casos mais leves, o quadril funciona como uma peça de automóvel que está meio frouxa: ela gasta mais rápido que o esperado. Assim, a artrose do quadril ocorre entre os 30 e 50 anos de vida. Estima-se que a grande maioria dos casos de artrose precoce do quadril seja causada por DDQ leve não diagnosticada.

Guilherme Fernandes: Em que momento da vida ela pode ser identificada? Existe um momento ideal para que seu tratamento seja eficaz?

David Nordon: O momento ideal para o diagnóstico é logo após o nascimento. Temos uma janela de oportunidade de diagnóstico e tratamento, que é o primeiro mês de vida. Os bebês que começam a tratar nesta fase apresentam resultados excelentes. Os que começam após um mês já não apresentam resultados tão bons, e, após os três meses, menos ainda. Nesta janela de tempo, é possível usar o suspensório de Pavlik, um suspensório de pano que mantém a posição do quadril e permite que ele se desenvolva adequadamente e corrija a displasia.

Agora, os bebês que são diagnosticados depois dos seis meses de vida precisam ser tratados com cirurgia, e essas cirurgias, infelizmente, apresentam índices de falha de 30 a 50%. Desta forma, sem dúvida, a grande oportunidade é logo após o nascimento.

Guilherme Fernandes: Qual a forma mais segura de averiguar a presença da displasia numa criança? Nesse sentido, o que são as manobras de Ortolani e Barlow? Elas são realmente eficazes?

David Nordon: O método mais acurado, que chamamos de padrão-ouro, é a ultrassonografia por método de Graf. Este exame precisa de um ultrassonografista

experiente e de um ortopedista capaz de ler o laudo e interpretar a imagem adequadamente. Infelizmente, a radiografia, que é um exame mais acessível e menos dependente do operador (quem faz o exame), só é útil na DDQ tardiamente, depois dos 4 a 6 meses de vida.

Por outro lado, os métodos clínicos de diagnóstico (teste do quadrilzinho, ou teste de Ortolani, que fazemos na maternidade ao nascimento, teste de Barlow, assimetria de pregas, entre outros) são muito, muito falhos. Temos um estudo brasileiro mostrando, inclusive, que o teste de Ortolani apresenta falha de 50% nos casos mais graves e 95% nos casos mais leves, ou seja: ele não é nem um pouco confiável.

Assim, o ideal é, de fato, realizar uma ultrassonografia com um bom profissional e levar o exame a um ortopedista pediátrico capacitado para interpretá-lo e tratar de acordo.

Guilherme Fernandes: Levando em consideração o sistema público de saúde brasileiro, o senhor considera que o protocolo atual de tratamento da displasia no quadril é eficaz?

David Nordon: Nem um pouco. Nosso método de triagem se baseia exclusivamente em um teste que erra a maioria dos casos. Sabemos que, por ultrassonografia, 1 a cada 20 bebês tem displasia. Pelo teste de Ortolani, apenas 1 a cada 100, ou seja: de cada 5 bebês com displasia, a nossa triagem

inicial perde 4. Não somente, não temos um protocolo específico para a solicitação da ultrassonografia. Cada hospital e cada médico faz à sua maneira.

Guilherme Fernandes: Pensando de maneira comparada, existem países com um protocolo mais adequado que o existente no Brasil para o tratamento da displasia?

David Nordon: Sim, sem dúvida. Países como a Áustria, Alemanha e Suécia realizam ultrassonografia de todos os seus bebês, o que chamamos de Screening Universal. Com isso, eles simplesmente zeraram os casos de displasia tardia, ou seja: lá não existe displasia diagnosticada após os três meses de vida. Todas são diagnosticadas e tratadas dentro da janela de oportunidade.

Guilherme Fernandes: Há quem diga que a Sociedade Brasileira de Pediatria deveria contribuir mais em informação e até pressionar mais os legisladores para que mudanças pudessem ser feitas em relação à identificação e ao tratamento da displasia. O senhor concorda com isso? Há realmente a necessidade da formulação de uma política pública mais robusta, aliada a uma maior união da classe médica em geral e, também, maior informação para a população?

David Nordon: Sem dúvida alguma. A

pressão deveria vir tanto da SBP, quanto da SBOT (Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia) e SBOP (Sociedade Brasileira de Ortopedia Pediátrica). Acredito que, em conjunto, e trazendo mais informações à população, podemos combater este problema. Sabemos que a displasia não tratada invariavelmente evoluirá para a necessidade de uma prótese de quadril. O custo de uma prótese equivale ao custo de tratamento de 165 bebês com o suspensório de Pavlik, o melhor método de tratamento que existe atualmente para bebês com menos de 6 meses de vida.

Já temos uma política pública maravilhosa, que é o teste do pezinho: ele é realizado com facilidade, é relativamente barato e diagnostica diversas doenças raras. Se ele já está instituído, por que não instituir um exame que é mais barato, menos invasivo e diagnostica uma doença muito, muito mais frequente que qualquer uma investigada pelo teste do pezinho?

Biografia



David Gonçalves Nordson

é ortopedista Infantil pelo HC-FMUSP, Médico pela PUC-SP, Técnico em Acupuntura e Shiatsu terapia pela ABACO-CBA-SP e escritor. Doutorando da USP, Médico assistente voluntário do grupo de Neuro-ortopedia do IOT-HCFMUSP, Supervisor do Programa de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia da PUC-SP e Auxiliar de Ensino do Módulo de Prática de Atenção à Saúde (Saúde Coletiva) da PUC-SP. Professor de Ortopedia do Estratégia Med - do Estratégia Concursos. Co-editor da Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. Já trabalhou como preceptor dos residentes de Ortopedia

do HCFMUSP, do Hospital Santa Lucinda da PUC-SP, do Hospital Sapopemba e do Hospital do Pari, tendo sido também preceptor voluntário do grupo de Pé Torto Congênito do HCFMUSP. Desenvolve o projeto filantrópico Pequenos Passos, de tratamento sem custo de Pé Torto Congênito para famílias de baixa renda. Ganhador do 2 lugar do prêmio Dr. Cidadão 2010. Realiza atualmente pesquisas nas áreas de ortopedia. Possui 4 livros médicos publicados e 51 artigos médicos publicados em revistas nacionais. Possui 26 títulos infanto-juvenis publicados

Guilherme Antonio de Almeida Lopes Fernandes - Pós-doutorando em Direito Internacional na USP. Doutor em Direito pela USP. Mestre em Integração da América Latina pela USP. Especialista em Ciências Penais pela UNISUL. Bacharel em Direito pela USP. Pesquisador, Professor e advogado em São Paulo.



fundação podemos
política para todos

