



Dr. José Roberto Stefani
Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076
Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

DISPLASIA DO DESENVOLVIMENTO DO QUADRIL (DDQ)

Displasia do quadril no RN e lactente — material acadêmico para o ENAMED

Texto não resumido · fatores de risco, manobras, imagem e tratamento.

Material de apoio ao ensino e à prática; não substitui a leitura integral das diretrizes nem o julgamento clínico. As condutas devem ser individualizadas e revisadas conforme novas evidências.

1. Importância do tema na Pediatria

A displasia do desenvolvimento do quadril abrange desde a instabilidade até a luxação. O diagnóstico e o tratamento PRECOCES (suspensório de Pavlik) evitam sequelas graves (claudicação, artrose, encurtamento). O exame do quadril no RN e os fatores de risco são cobrança certa em puericultura e prova.

2. Avaliação inicial

Examinar o quadril de TODO RN (manobras de Ortolani e Barlow) e reavaliar nas consultas. Pesquisar fatores de risco: sexo feminino, apresentação PÉLVICA, história familiar, oligoâmnio e primogenitura. Sinais tardios: assimetria de pregas, limitação da abdução, sinal de Galeazzi (encurtamento aparente do fêmur).

3. Fisiopatologia aplicada

Há um espectro de instabilidade entre a cabeça femoral e o acetábulo, por frouxidão ligamentar e/ou acetábulo raso. A posição fetal (pélvica) e o espaço reduzido (oligoâmnio) favorecem; os hormônios maternos aumentam a frouxidão. Se a cabeça permanece fora/instável, o acetábulo não se molda adequadamente, perpetuando a displasia. Implicação: posicionar o quadril em flexão/abdução (Pavlik) favorece a contenção e a remodelação acetabular.

4. Diagnóstico

Manobras (no RN)

Manobra	O que avalia
Ortolani	REDUZ um quadril luxado (sente-se o “clunk” de entrada)
Barlow	LUXA/subluxa um quadril instável (provoca a saída)
Galeazzi / abdução limitada	Sinais mais tardios (encurtamento aparente; limitação)

Imagem

Exame	Quando / utilidade
Ultrassonografia do quadril	Método de escolha ATÉ ~4–6 meses (antes da



Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

Exame	Quando / utilidade
	ossificação); avalia instabilidade/displasia
Radiografia de bacia	Após ~4–6 meses (núcleo de ossificação já visível)

5. Conduta e tratamento

- 1 — RN/lactente jovem (< 6 meses) com instabilidade/luxação redutível: suspensório de PAVLIK (flexão e abdução), com acompanhamento ultrassonográfico.
- 2 — falha do Pavlik ou diagnóstico mais tardio: redução fechada/aberta + gesso (espica), conforme a idade e a gravidade.
- 3 — orientar o posicionamento (evitar enfaixar os membros inferiores em extensão/adução, que piora a DDQ).

Fluxograma (resumo)

1. **Passo 1** — exame do quadril (Ortolani/Barlow) + fatores de risco em todo RN.
2. **Passo 2** — alterado/risco → US (< 4–6 m) ou radiografia (> 4–6 m).
3. **Passo 3** — instabilidade/luxação < 6 m → suspensório de Pavlik; falha/tardio → redução + gesso.

6. Comparação de protocolos

Os protocolos da SBP, AAP, NICE, AEP, Oxford (Oxford Handbook), Harvard (Cloherty and Stark's) e do Ministério da Saúde do Brasil convergem nos pontos abaixo; as divergências são pontuais.

- **Convergências:** exame de Ortolani/Barlow em todo RN; rastreio por imagem nos fatores de risco; US até ~6 meses e RX depois; Pavlik como 1ª linha no lactente jovem.
- **Divergências (pontuais):** o rastreio universal por US × seletivo (por fatores de risco) varia entre países/serviços.

7. Critérios de internação

- **Ambulatorial/cirúrgico:** a maioria é ambulatorial (Pavlik e seguimento); redução cirúrgica/gesso conforme programação ortopédica.

8. Complicações

- Luxação não tratada: claudicação, dismetria, artrose precoce. Do tratamento: necrose avascular da cabeça femoral (sobretudo com abdução forçada).



Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

9. Erros comuns

- não examinar o quadril no RN; pedir radiografia precoce (núcleo não ossificado); enfaixar os membros em extensão/adução; abdução forçada (risco de necrose avascular); não reavaliar nas consultas.

10. Considerações finais — pontos-chave (ENAMED)

- ▶ Fatores de risco: sexo feminino, apresentação pélvica, história familiar, oligoâmnio.
- ▶ Ortolani REDUZ (entra) e Barlow LUXA (sai) o quadril.
- ▶ US até ~4–6 meses; radiografia depois (núcleo de ossificação).
- ▶ Tratamento precoce com suspensório de Pavlik (< 6 meses).

Pontos-chave para residência e ENAMED

- ▶ FATORES DE RISCO (decorar): sexo FEMININO, apresentação PÉLVICA, história FAMILIAR, OLIGOÂMNIO, primogenitura.
- ▶ MANOBRAS: ORTOLANI REDUZ o quadril luxado (entra, “clunk”); BARLOW LUXA o instável (sai). Sinais tardios: assimetria de pregas, abdução limitada, Galeazzi.
- ▶ IMAGEM: ULTRASSOM é o método de escolha ATÉ ~4–6 meses (antes da ossificação); RADIOGRAFIA só após ~4–6 meses.
- ▶ TRATAMENTO 1ª linha no lactente < 6 meses: suspensório de PAVLIK (flexão + abdução).
- ▶ PEGADINHA: enfaixar os membros em EXTENSÃO/ADUÇÃO PIORA a DDQ; abdução FORÇADA causa necrose avascular.
- ▶ Diagnóstico/tratamento precoces evitam claudicação, dismetria e artrose.

Referências (ABNT NBR 14724)

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Clinical Practice Guideline: Detection and Management of Developmental Dysplasia of the Hip.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA / SBOT. Displasia do desenvolvimento do quadril. Documento.
3. OXFORD Handbook of Paediatrics — DDH.

Última revisão de conteúdo: junho/2026. Confirme as diretrizes vigentes e as doses antes de publicar.



Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

Casos clínicos (estilo ENAMED)

Caso 1

RN do sexo feminino, nascida de apresentação pélvica, com história familiar de “problema no quadril”. Ao exame, a manobra que provoca a entrada do quadril com um “clunk” é positiva.

Questão 1. Qual manobra está descrita e o que indica?

- (A) Barlow; quadril estável
- (B) Ortolani; redução de um quadril luxado
- (C) Galeazzi; normal
- (D) Adams; escoliose
- (E) Ortolani; quadril normal

Questão 2. Exame de imagem mais adequado nessa idade?

- (A) Radiografia de bacia imediata
- (B) Ultrassonografia do quadril
- (C) Tomografia
- (D) Cintilografia
- (E) Ressonância com contraste

Questão 3. Tratamento de 1ª linha?

- (A) Gesso imediato
- (B) Suspensório de Pavlik (flexão e abdução)
- (C) Cirurgia aberta
- (D) Apenas observação até 1 ano
- (E) Enfaixar em extensão

Caso 2

Lactente de 5 meses com assimetria de pregas e limitação da abdução de um quadril, não examinado ao nascer.

Questão 4. Qual exame de imagem é mais apropriado a partir de ~4–6 meses?

- (A) Ultrassonografia
- (B) Radiografia de bacia
- (C) EEG
- (D) Cintilografia óssea
- (E) Nenhum

Questão 5. Qual prática de cuidado PIORA a displasia?

- (A) Posicionar em flexão e abdução
- (B) Enfaixar os membros inferiores em extensão e adução
- (C) Usar o suspensório de Pavlik
- (D) Trocar fraldas normalmente
- (E) Carregar com as pernas abertas



Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

Questão 6. Complicação do tratamento com abdução forçada?

- (A) Necrose avascular da cabeça femoral
- (B) Hipoglicemia
- (C) Surdez
- (D) Catarata
- (E) Anemia

Gabarito comentado

Questão 1 — Resposta: B O “clunk” de entrada é a manobra de Ortolani, que reduz um quadril luxado.

Questão 2 — Resposta: B Até ~4–6 meses, a ultrassonografia é o exame de escolha.

Questão 3 — Resposta: B O suspensório de Pavlik é a 1ª linha no lactente jovem.

Questão 4 — Resposta: B A partir de ~4–6 meses, a radiografia de bacia é apropriada (núcleo de ossificação).

Questão 5 — Resposta: B Enfaixar em extensão/adução piora a DDQ.

Questão 6 — Resposta: A A abdução forçada pode causar necrose avascular da cabeça femoral.

Última revisão de conteúdo: junho/2026. Confirme as diretrizes vigentes e as doses antes de publicar.