

Deformidades Posicionais e Estruturais do Recém-Nascido

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Revisão: outubro de 2026

CONTEÚDO

1. Importância do tema
2. Posicional x estrutural
3. Pé: posicional x equinovaro congênito
4. Crânio: plagiocefalia x craniossinostose
5. Displasia do desenvolvimento do quadril
6. Torcicolo muscular congênito
7. Gravidade e encaminhamento
8. Comparação com as referências
9. Erros comuns
10. Pontos-chave para a prova
11. Casos clínicos comentados
12. Referências

DOCUMENTOS RELACIONADOS

O conceito de deformação x malformação está também em [Avaliação do Recém-Nascido com Dismorfismos](#). A displasia do desenvolvimento do quadril tem documento próprio, que é a referência do site para o tema: [Displasia do Desenvolvimento do Quadril \(DDQ\)](#).

1. Importância do tema

Muitas alterações de forma no recém-nascido são **posicionais** (deformações por compressão intraútero ou postura), de bom prognóstico e resolução espontânea. Outras

são **estruturais** e exigem tratamento precoce para evitar sequelas. Saber diferenciar evita tanto intervenções desnecessárias quanto atrasos prejudiciais.

2. Posicional x estrutural

	DEFORMAÇÃO POSICIONAL	MALFORMAÇÃO ESTRUTURAL
Origem	Força mecânica sobre estrutura normal (oligoâmnio, postura)	Defeito intrínseco da formação
Redutibilidade	Geralmente redutível à manipulação	Rígida, não redutível
Prognóstico	Bom; tende a melhorar espontaneamente	Requer tratamento específico

A **redutibilidade** ao exame é a pista clínica central para separar os dois grupos.

3. Pé: posicional x equinovaro congênito

- **Pé posicional (pé aduto flexível, calcaneovalgo):** corrige passivamente à manipulação, sem rigidez, e tem movimentação ativa; conduta de observação e manipulações orientadas, com boa evolução (MS 2014). Dois diferenciais rígidos exigem ortopedia: o **metatarso varo** (simula o pé aduto, mas é rígido e não corrige sozinho) e o **tálus vertical** (simula o calcaneovalgo, mas é rígido e grave);
- **Pé equinovaro congênito (pé torto congênito):** deformidade **rígida**, não redutível, com equino, varo, cavo e aduto. É estrutural (Q66.0; **notificação obrigatória (compulsória) na DNV** — descrever no campo 41 (Portaria GM/MS nº 10.175, de 23/01/2026; NT nº 3/2026-SVSA/MS)) e o tratamento de escolha é o **método de Ponseti**: manipulações e gessos trocados semanalmente, iniciados precocemente, com correção em geral em torno de 3 meses, eventual tenotomia do tendão de Aquiles e órtese de manutenção (MS 2014; MS, Guia de anomalias congênicas, 2022). O tratamento deve ser feito por ortopedista familiarizado com o método.

CONCEITO-CHAVE

O fator que diferencia é a **rigidez/redutibilidade**: o pé posicional reduz; o pé torto congênito não. Iniciar Ponseti precocemente melhora muito o resultado.

4. Crânio: plagiocefalia posicional x craniossinostose

	PLAGIOCEFALIA POSICIONAL	CRANIOSSINOSTOSE
Causa	Pressão repetida (decúbito) — aumentou com a posição supina para dormir	Fechamento precoce de sutura
Suturas	Pérvias; sem rebordo ósseo	Sutura fundida, com cristas palpáveis
Formato típico	Cabeça em "paralelogramo" (orelha do lado achatado deslocada para frente)	Depende da sutura (ex.: escafocefalia na sagital)
Conduta	Manter o sono em supino (AAP 2011); alternar a posição da cabeça, <i>tummy time</i> acordado e supervisionado, fisioterapia se houver torcicolo; órtese craniana em casos selecionados, a critério do especialista	Avaliação por neurocirurgia; muitas vezes cirúrgica. Diagnóstico clínico pela forma do crânio; radiografia ou tomografia se houver dúvida (SBP, Sinais de alerta na avaliação neurológica, 2020)

SINAL DE ALERTA

Crista óssea palpável sobre a sutura e ausência de melhora com reposicionamento sugerem craniossinostose — encaminhar à neurocirurgia com prioridade, para imagem e avaliação especializada.

5. Displasia do desenvolvimento do quadril (DDQ)

Resumo — a conduta completa está em [Displasia do Desenvolvimento do Quadril \(DDQ\)](#).

- **Fatores de risco:** os maiores são apresentação pélvica e história familiar de 1º grau; sexo feminino aumenta o risco; o MS inclui pé calcaneovalgo, torcicolo congênito e geno recurvado entre as indicações de ultrassom (MS 2014), o que a AAP (2016) e o PrevInfad (2026) não consideram suficiente sozinho;
- **Exame:** manobras de **Ortolani** (reduz o quadril luxado — "clunk") e **Barlow** (luxa o quadril luxável) ao nascer, na alta e em toda consulta; assimetria de pregas e limitação da abdução em lactentes maiores;
- **Imagem seletiva: ultrassonografia de quadril** a partir de 3 semanas de vida (MS; AAP, NIPE e PrevInfad: 4–6 semanas) e até ~4–6 meses; depois, radiografia. Ultrassom universal não é recomendado;
- **Tratamento precoce:** suspensório de Pavlik nos primeiros meses, pelo ortopedista, com bons resultados quando iniciado cedo.

6. Torcicolo muscular congênito

Encurtamento/fibrose do músculo esternocleidomastóideo: a cabeça inclina para o lado afetado e o rosto roda para o lado oposto; pode haver "nódulo" muscular palpável. Associa-se a plagiocefalia; o MS (2014) indica ultrassom do quadril no torcicolo congênito, enquanto a AAP (2016) não o considera fator de risco comprovado para DDQ — o site segue o MS. Tratamento inicial com **fisioterapia** (alongamento, posicionamento, estímulo da rotação ativa), de bom prognóstico quando precoce (MS 2014; diretriz de fisioterapia da APTA, 2024). Diferenciar de torcicolos não musculares (ósseo, ocular, neurológico).

7. Gravidade e encaminhamento

-  **Observar e orientar na puericultura:** deformidades redutíveis e posicionais (pé aduto flexível, calcaneovalgo flexível, plagiocefalia posicional leve).
-  **Encaminhar com prioridade:** deformidade rígida ou não redutível (pé torto congênito, metatarso varo, tálus vertical → ortopedia pediátrica); pé aduto flexível que persiste após 6 meses (→ ortopedia pediátrica — AAP; o MS descreve correção

espontânea sem fixar idade, e a SBP não tem documento; AAFP e SEPEAP esperam a resolução até 1 ano); crista de sutura ou suspeita de craniossinostose (→ neurocirurgia); Ortolani ou Barlow positivo (→ ortopedia pediátrica); torcicolo muscular (→ fisioterapia; ortopedia se não melhorar ou se houver dúvida diagnóstica).

- **Fator de risco para DDQ com exame normal:** ultrassom de quadril no momento indicado, mantendo o exame seriado.
- Nenhuma destas condições, isolada, indica internação; deformidade associada a outras anomalias leva à avaliação dismorfológica.

8. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE
Versão consultada	MO Sinais de alerta na avaliação neurológica, 2020; Manual de Seguimento do RN de Alto Risco, 2ª ed., 2024	Atenção à Saúde do RN, vol. 3, 2ª ed., 2014; Guia prático de anomalias congênitas, 2022	Positional skull deformities, dez/2011; DDH, dez/2016 (reaf. 2021) (+ APTA, EUA, 2024, para torcicolo)	Sem diretriz localizada; NHS NIPE handbook, 10/10/2025 (quadril)
Pé torto congênito	Sem documento localizado	Rígido; manipulação e gesso semanais precoces; correção ~3 meses; cirurgias complementares	Sem documento localizado	—
Plagiocefalia x craniossinostose	Diagnóstico clínico pela forma; imagem se dúvida	—	Manter o sono em supino; prevenir e manejar o achatamento; diferenciar da	—

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE
			craniossinostose e encaminhar quando necessário	
Torcicolo muscular	Diferencial de distonia/torcicolo no lactente	Fisioterapia precoce; indica ultrassom do quadril	Não é fator comprovado de DDQ (AAP 2016); APTA 2024: fisioterapia como 1ª escolha	—
Quadril	Ver a comparação completa em Displasia do Desenvolvimento do Quadril (I			

Leitura: as referências concordam que a **redutibilidade** separa a deformação posicional (observar) da deformidade estrutural (tratar): o pé torto congênito rígido vai ao ortopedista para o método de Ponseti precoce (MS 2014), a plagiocefalia posicional se trata com reposicionamento sem abandonar o sono em supino (AAP 2011), a craniossinostose vai à neurocirurgia (SBP 2020; AAP 2011) e o torcicolo muscular, à fisioterapia (MS 2014; APTA 2024). No pé aduto, o MS (2014) descreve correção espontânea sem prazo, e a AAP (HealthyChildren, 2022) encaminha ao ortopedista o que persiste após 6 meses; AAP e SEPEAP esperam a resolução até 1 ano. A divergência prática está na **relação torcicolo–quadril**: o MS indica ultrassom do quadril no torcicolo congênito, a AAP (2016) não o considera fator comprovado e o PrevInfad (2026) não o vê como suficiente sozinho. A SBP não tem documento de pé torto ou torcicolo localizado; NICE, Johns Hopkins e Harvard não têm documento próprio localizado sobre esses temas. **Posição do site:** a da **SBP** no crânio (diagnóstico clínico, imagem se dúvida) e, onde ela não se posiciona, o **Ministério da Saúde** (Ponseti precoce; fisioterapia precoce; ultrassom do quadril no torcicolo congênito); no pé aduto, como nem SBP nem MS fixam idade, a **AAP** (encaminhar o que persiste após 6 meses).

10. Erros comuns

- Tratar pé torto congênito (rígido) como posicional, perdendo a janela do Ponseti.
- Confundir craniossinostose com plagiocefalia posicional e só reposicionar.
- Não pesquisar DDQ nos fatores de risco (pélvico, menina, história familiar).
- Pedir radiografia de quadril precoce em vez de ultrassom — ou ultrassom nos primeiros dias, com falsos positivos por imaturidade.
- Confundir metatarso varo ou tálus vertical (rígidos) com pé aduto ou calcaneovalgo posicionais.
- Negligenciar a fisioterapia precoce no torcicolo.

11. Pontos-chave para a prova

- **Redutível = posicional** (bom prognóstico); **rígido = estrutural** (tratar).
- Pé torto congênito → **método de Ponseti** precoce.
- **Crista de sutura** + não melhora com posição → **craniossinostose**.
- DDQ: **Ortolani/Barlow** em todo RN; **ultrassom seletivo** (não universal) a partir de 3 semanas (MS); Pavlik.
- Torcicolo muscular congênito: **fisioterapia**; pesquisar DDQ associada.
- Plagiocefalia posicional aumentou com a posição supina para dormir (que segue recomendada).

12. Casos clínicos comentados

CASO 1

RN com ambos os pés em posição "torta", em equino e varo. À manipulação, um pé corrige facilmente à posição neutra; o outro permanece **rígido** e não se reduz.

1. A diferença entre os dois pés indica que:

- ☐ **A)** Ambos são posicionais
- ☐ **B)** O pé que reduz é posicional; o rígido sugere pé equinvaro congênito (estrutural)
- ☐ **C)** Ambos exigem cirurgia imediata
- ☐ **D)** Nenhum precisa de avaliação
- ☐ **E)** São sinais de displasia esquelética generalizada obrigatória

Gabarito: B) A redutibilidade define: o pé que corrige é posicional (observação); o rígido, não redutível, sugere pé torto congênito, que é estrutural.

2. Para o pé rígido, o tratamento de escolha é:

- ☐ A) Apenas observação até a marcha
- ☐ B) Órtese noturna isolada, sem manipulação
- ☐ C) Método de Ponseti (manipulações e gessos seriados precoces, com possível tenotomia e órtese de manutenção)
- ☐ D) Suspensório de Pavlik
- ☐ E) Capacete ortopédico

Gabarito: C) O pé equinovaro congênito é tratado pelo método de Ponseti, iniciado precocemente. Pavlik é para displasia do quadril; capacete é para plagiocefalia.

3. O momento ideal para iniciar o tratamento do pé rígido é:

- ☐ A) Nas primeiras semanas de vida (precocemente)
- ☐ B) Apenas após 1 ano
- ☐ C) Após o início da marcha
- ☐ D) Somente na idade escolar
- ☐ E) Não há benefício em tratar cedo

Gabarito: A) O Ponseti tem melhores resultados quando iniciado nas primeiras semanas, aproveitando a maleabilidade dos tecidos do recém-nascido.

CASO 2

Lactente de 6 semanas, sexo feminino, nascida de apresentação pélvica, trazida porque a mãe notou assimetria de pregas nas coxas. Ao exame, há limitação de abdução de um quadril e manobra de Ortolani com "clunk" desse lado.

1. A hipótese diagnóstica e os fatores de risco presentes são:

- ☐ A) Torcicolo muscular; sem fatores de risco
- ☐ B) Displasia do desenvolvimento do quadril; sexo feminino e apresentação pélvica são fatores de risco
- ☐ C) Pé torto congênito
- ☐ D) Craniossinostose
- ☐ E) Fratura de fêmur

Gabarito: B) Ortolani positivo, limitação de abdução e assimetria de pregas, com sexo feminino e apresentação pélvica, caracterizam a displasia do desenvolvimento do quadril e seus fatores de risco clássicos.

2. O exame de imagem de escolha para confirmar nessa idade é:

☐ A) Radiografia de bacia imediata

☐ B) Tomografia computadorizada

☐ C) Ultrassonografia de quadril

☐ D) Cintilografia óssea

☐ E) Densitometria

Gabarito: C) Nos primeiros meses, a ultrassonografia é o exame de escolha, pois a cabeça femoral ainda é cartilaginosa; a radiografia ganha valor após a ossificação (~4–6 meses).

3. O tratamento inicial mais provável, iniciado precocemente, é:

- ☐ A) Suspensório de Pavlik
- ☐ B) Gesso tipo Ponseti
- ☐ C) Capacete ortopédico
- ☐ D) Apenas observação até a marcha
- ☐ E) Cirurgia imediata em todos os casos

Gabarito: A) Nos primeiros meses, a DDQ é tratada com suspensório de Pavlik, com bons resultados quando iniciado cedo. Ponseti é para o pé torto; capacete para plagiocefalia.

13. Referências

1. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Neurologia. *Sinais de alerta na avaliação neurológica da criança e do adolescente* (Manual de Orientação). 2020. sbp.com.br
2. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Neonatologia. *Manual de seguimento do recém-nascido de alto risco*. 2ª ed. 2024. sbp.com.br
3. Ministério da Saúde. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*, v. 3, 2ª ed. atual., 2014 (cap. 30, Problemas ortopédicos). bvsms.saude.gov.br
4. Ministério da Saúde. *Guia prático: diagnóstico de anomalias congênitas no pré-natal e ao nascimento*. 2022. bvsms.saude.gov.br
5. Laughlin J, Luerksen TG, Dias MS; AAP. Prevention and management of positional skull deformities in infants. *Pediatrics*. 2011;128(6):1236–41. [doi:10.1542/peds.2011-2220](https://doi.org/10.1542/peds.2011-2220)
6. Shaw BA, Segal LS; AAP Section on Orthopaedics. Evaluation and referral for developmental dysplasia of the hip in infants. *Pediatrics*. 2016;138(6):e20163107

(reafirmado em 2021). [doi:10.1542/peds.2016-3107](https://doi.org/10.1542/peds.2016-3107)

7. American Academy of Pediatrics (HealthyChildren.org). Pigeon toes (intoeing), 25/01/2022 — encaminhar o pé aduto que persiste após 6 meses ou é rígido. [healthychildren.org](https://www.healthychildren.org)
8. Sargent B, Coulter C, Canoy J, Kaplan SL. Physical therapy management of congenital muscular torticollis: a 2024 evidence-based clinical practice guideline (APTA Academy of Pediatric Physical Therapy). *Pediatr Phys Ther*. 2024;36(4):370–421. [doi:10.1097/PEP.0000000000001114](https://doi.org/10.1097/PEP.0000000000001114)
9. García Soto L; Grupo PrevInfad (AEPap). *Cribado de la displasia evolutiva de cadera*. Atualizado em ago/2026. previnfad.aepap.org
10. UK Health Security Agency / NHS. *NIPE screening programme handbook*. Atualizado em 10/10/2025. [gov.uk](https://www.gov.uk)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Condutas ortopédicas devem ser confirmadas com especialista e protocolo atualizado.

[↑ Voltar ao topo](#)