

## Fascite plantar e “Esporão” de calcâneo

A síndrome dolorosa subcalcânea mais conhecida como fascite plantar ou esporão do calcâneo, foi descrita pela primeira vez no início do século 19. É um problema ortopédico bastante comum e afeta principalmente pessoas entre 40 e 70 anos e acomete também atletas, especialmente corredores.

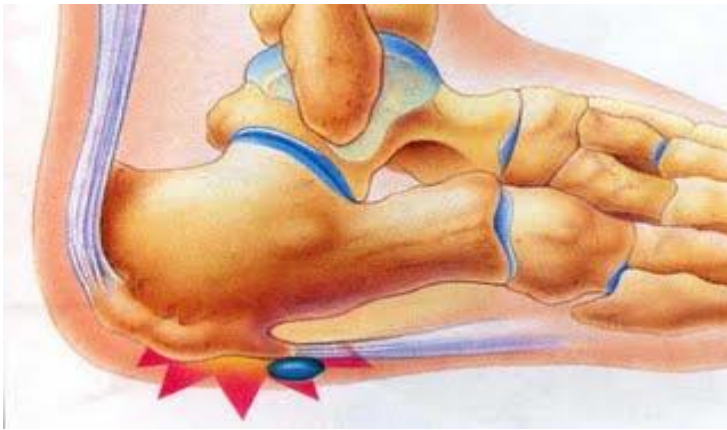


Sua causa exata é desconhecida e vários fatores podem estar envolvidos inferindo um caráter multifatorial à patologia.

A fascite plantar é considerada a causa mais comum de dor na região plantar do calcanhar. Estima-se que 10% da população terá dor na região subcalcânea ao longo da vida. A fásia plantar tem pouca elasticidade. Durante a fase de apoio da marcha ocorre compressão na planta do pé e uma força de tração é gerada ao longo da fásia e a cada passo a fásia é submetida a repetitivas forças de tração. Considera-se que microtraumas repetitivos na origem da fásia plantar resultam em inflamação e dor crônica

O esporão do calcâneo, localizado na origem dos músculos flexores curtos do pé, foi inicialmente associado como causa da dor subcalcânea. Entretanto, essa associação nunca foi firmemente estabelecida. Ele está presente em aproximadamente 50% dos pacientes com síndrome dolorosa subcalcânea mas apenas 5% dos pacientes com esporão do calcâneo referem sintomas relacionados com dor no calcanhar.

Apesar de esse estar presente em alguns pacientes portadores de dor crônica no calcânhar, ele não é considerado como agente causador da síndrome dolorosa. Provavelmente, o esporão de calcâneo é consequência da inflamação crônica provocada por tração traumática repetitiva na origem da fáscia plantar e do músculo flexor curto dos dedos.



Alguns autores acreditam que a causa da dor no calcânhar esteja associada com a degeneração própria do processo de envelhecimento envolvendo o coxim gorduroso do calcânhar, responsável pela absorção do choque durante o apoio do calcânhar no solo. Vários estudos associam o peso corpóreo como causa da dor subcalcânea e observa-se uma alta incidência nos pacientes obesos ou acima do peso.

### **Sintomatologia :**

O paciente normalmente se queixa de dor, de início insidiosa, na face interna do calcânhar. Em raras ocasiões pode ocorrer dor intensa, com início abrupto, causada por avulsão traumática da fáscia plantar na sua inserção junto à tuberosidade calcânea. A dor é pior logo de manhã, ao apoiar o pé no solo pela primeira vez, e torna-se menos intensa após iniciar os primeiros passos. No fim do dia a dor torna-se mais intensa e é aliviada pelo repouso do pé. Geralmente no início da deambulação após um período sentado, os sintomas se exacerbam.

### **Exames complementares**

Radiografias do pé e do tornozelo, com apoio do peso corporal são obrigatórias. O esporão do calcâneo pode ser visto nas radiografias de perfil do pé em aproximadamente 50% dos pacientes com dor subcalcânea, mas o exato significado disso é incerto.



A ressonância nuclear magnética é indicada na avaliação diagnóstica da fascite plantar para excluir outras causas correlacionadas à dor calcanear (fibromatose plantar, tumores ou infecção, fraturas de estresse ) do que para diagnosticar a fascite plantar propriamente dita.

Exames laboratoriais podem ser necessários na avaliação de pacientes com suspeita de espondiloartropatias soronegativas e são indicados especialmente nos casos nos quais os sintomas são persistentes e bilaterais juntamente com outros exames complementares úteis no diagnóstico diferencial das doenças metabólicas

A dor referida pelo paciente como proveniente do calcanhar também pode estar correlacionada com problemas da coluna vertebral lombar. Nos casos nos quais se suspeita dessa etiologia, exames laboratoriais e estudo radiográfico apropriado devem ser feitos.

## **Tratamento**

Na grande maioria dos pacientes o tratamento conservador é resolutivo no alívio dos sintomas, na grande maioria dos casos. O tratamento procura reduzir o processo inflamatório e anti-inflamatórios não hormonais (AINH) são prescritos .

Os exercícios de alongamento da fásia plantar e do tríceps sural são fundamentais juntamente com os demais recursos fisioterápicos que não devem ser descontinuados antes de 3 meses de tratamento.

O uso de órteses especiais (palmilhas) é outro elemento coadjuvante e útil , bem como orientação para uso de calçados .

A redução do peso corporal é mandatória e outras medidas terapêuticas são individualizadas pelo Ortopedista .

A infiltração local com corticoides é feita eventualmente mas não deve ser utilizada repetidamente .

O tratamento cirúrgico é uma exceção e indicado em pouquíssimos casos , sempre de forma bastante criteriosa e após esgotados todos os recursos disponíveis .

Mais recentemente , o uso da terapia por ondas de choque acrescentou mais um elemento no arsenal terapêutico e vem apresentando resultados satisfatórios em um grupo de indivíduos com dores crônicas e no qual o conjunto de medidas anteriores falhou.



Terapia por ondas de choque



Alongamentos musculares