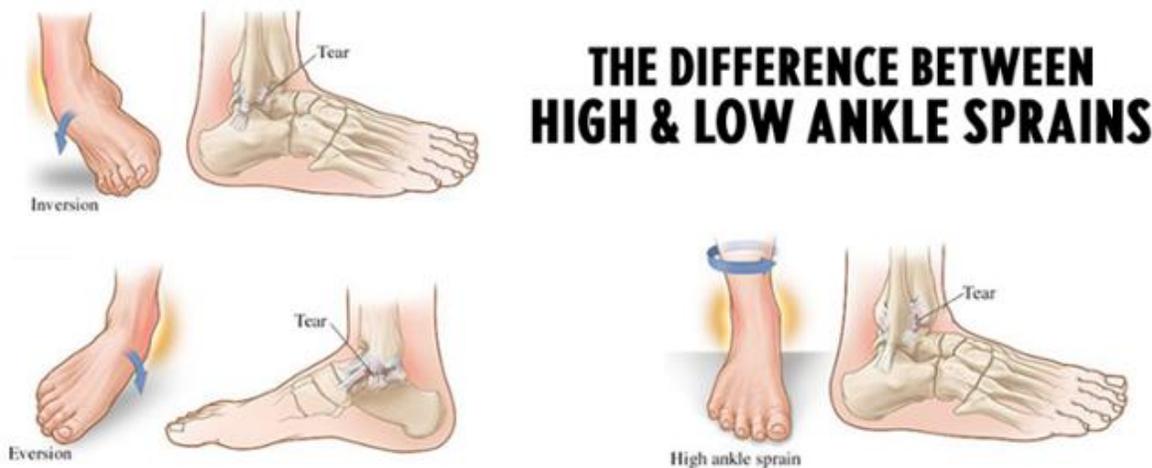


Entorses de Tornozelo



Entorses de tornozelo estão entre as lesões ortopédicas mais comuns e podem acometer todas as faixas etárias, embora tenham o seu pico no adulto jovem, que pratica esportes com mais frequência. Dentre todas as doenças ortopédicas e não-ortopédicas, é a principal responsável pela falta de atletas em competições. As atividades mais implicadas são futebol, basquete e dança.



À esquerda: mecanismos de inversão e eversão, mais comuns nas lesões baixas

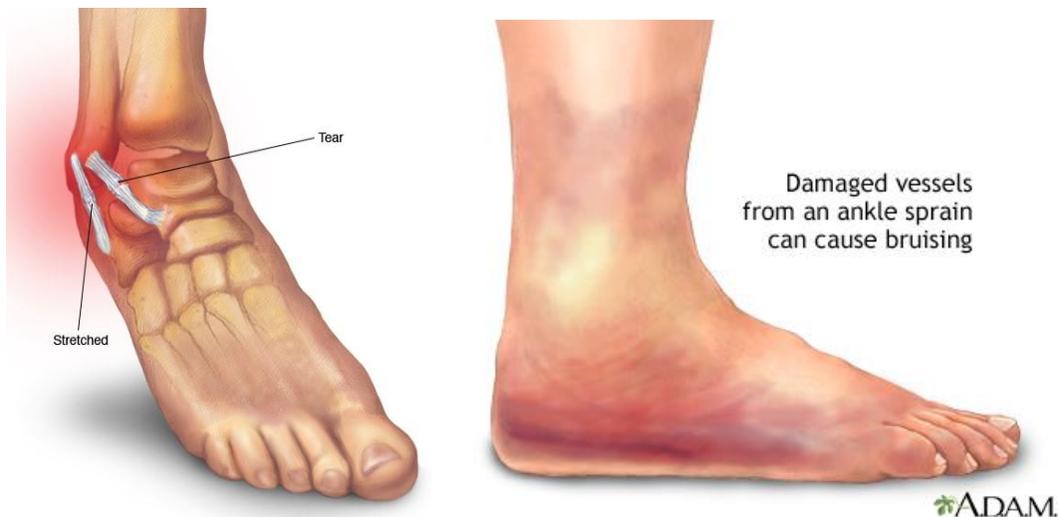
À direita: lesão do ligamento tibiofibular anterior associado a trauma torcional, comum nas lesões altas

Existem basicamente dois tipos de entorses: as lesões mais altas, que envolvem uma membrana que une os dois ossos da perna (tíbia e

fíbula) chamada sindesmose, e que correspondem a menos de 10% dos casos. As lesões baixas, da qual falaremos mais aqui, são as mais comuns e felizmente menos graves. Respondem por 90% ou mais dos casos, e envolvem os ligamentos que unem a fíbula aos ossos do tarso, sendo esses, em ordem de frequência, o ligamento talofibular anterior e o ligamento calcaneofibular. Ocasionalmente, podem ocorrer lesões associadas, como defeitos osteocondrais, lesão dos tendões fibulares, lesão do ligamento deltoide, e é claro, fraturas: além dos maléolos, que são as “pontas” da tíbia e da fíbula e que prendem o tornozelo no lugar, podem ocorrer fraturas no quinto metatarsal, no processo anterior do calcâneo ou nos processos lateral ou posterior do talus.

Sintomatologia

Os sintomas mais comuns são dor piorada por carga no membro, instabilidade ou sensação de estalos no tornozelo. Ao exame físico se espera uma área de hipersensibilidade e edema. Sintomas menos intensos sugerem uma entorse ou distensão ligamentar. Já uma dor incapacitante e edema importante sugerem uma rotura ligamentar.



Exames complementares

Pelo risco de fraturas associadas, é importante fazer uma avaliação dos Raios-x do tornozelo com um médico ortopedista, pois alterações mais sutis nas radiografias podem passar despercebidas ao olho pouco acostumado. Em alguns casos, pode ser preciso realizar uma

radiografia com estresse – o exame é feito com o membro pendente para gerar uma força gravitacional ou uma pessoa é chamada para segurar o tornozelo com força em determinada posição – uma mudança nas distâncias entre os ossos do tornozelo pode indicar uma lesão ligamentar mais grave.



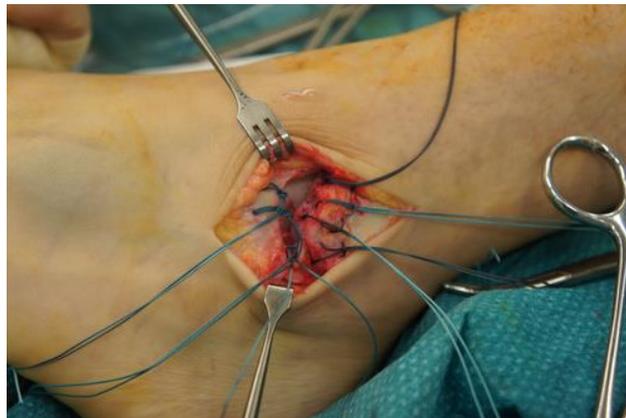
Enquanto o Raio-X é realizado principalmente para descartar fraturas e lesões da sindesmose, a ressonância magnética confirma o diagnóstico, quando realizada após a reabsorção do edema

A ressonância magnética não é pedida de rotina - se realizada logo após o trauma, o líquido que se acumula em volta do tornozelo atrapalha a visualização das estruturas, e pode confundir mais do que ajudar. Porém, se o paciente persistir com dor e instabilidade entre 4 e 8 semanas após o trauma, a ressonância pode ajudar a identificar lesões não vistas ao Raio-X, como por exemplo alterações dos tendões fibulares ou defeitos na cartilagem. Nesta fase quase não há mais edema, e as estruturas não-ósseas podem ser observadas com clareza.

Tratamento

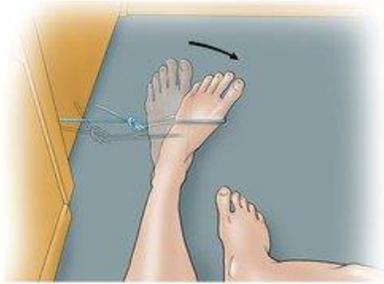
O tratamento inicial de uma entorse envolve imobilização por no mínimo uma semana, de preferência com uma bota ortopédica, que permite que o paciente pise e também aplique gelo sobre o tornozelo, o que também ajuda em uma recuperação mais rápida. Após esse período, é necessário iniciar exercícios para ganho de arco de

movimento. Em atletas, pode ser interessante o uso de uma órtese funcional (que permita o movimento) para evitar novas lesões em treinamentos de maior risco. Cirurgia raramente é necessária, mas deverá ser indicada em casos em que ocorreu avulsão óssea, instabilidade residual ou grande defeito osteocondral. Existem várias técnicas cirúrgicas abertas ou artroscópicas descritas para cada tipo de lesão, o seu médico ortopedista deverá indicá-las de acordo com cada caso.



O tempo para retorno as atividades de vida diária e esportivas dependerá do grau da entorse, do acometimento da sindesmose, das lesões associadas, da reabilitação prescrita e da cooperação do paciente com as orientações do médico ortopedista e do fisioterapeuta: em geral, o paciente poderá retornar as suas atividades após um período de 1 a 2 semanas para entorses simples e 1 a 2 meses para roturas ligamentares. Em atletas, é importante implantar técnicas de prevenção, como órteses funcionais, fortalecimento dos músculos fibulares e exercícios proprioceptivos. Por isso, é sempre importante contar com uma assistência ortopédica e fisioterápica de qualidade.

Ankle Sprain Rehabilitation Exercises



Resisted ankle inversion



Resisted ankle eversion



Heel raise



Step-up



Balance and reach exercise A



Balance and reach exercise B



Side-lying leg lift

Autor: Dr Daniel Naya Loures

Médico Ortopedista e Traumatologista

Graduado em Medicina pela UFJF

Residência em Ortopedia e Traumatologia na USP – Ribeirão Preto

Especialização em Cirurgia do Quadril na UNIFESP – São Paulo