

Entorse do tornozelo

Apesar de ser considerado um problema muitas vezes trivial a entorse do tornozelo pode ser um problema real e incapacitante, pois entorse do tornozelo traduz sempre uma lesão ligamentar, que pode ser apenas um estiramento, ou mesmo até uma rotura completa.

É provavelmente a lesão músculo-esquelética mais comum (15 a 25% de todas as lesões) e é responsável por significativa abstinência laboral e desportiva em atletas, apresentando uma prevalência de 25% em atletas jovens, com cerca de 11% de recidivas e 35% de sintomas residuais como dor, edema, entorses de repetição e instabilidade.

A estabilidade do tornozelo é mantida pela:

- A própria morfologia óssea que compõe o tornozelo (tíbia, perónio, astrágalo)
- Estrutura ligamentar:
 - Complexo ligamentar externo (ligamento perónio-astragalino anterior/LPAA, ligamento perónio-calcaneano/LPC e ligamento perónio-astragalino posterior/LPAP)
 - Complexo ligamentar medial (ligamento deltoide (superficial e profundo)
 - Sindesmose (Ligamento perónio-tibial anterior, Ligamento perónio-tibial posterior, Ligamento perónio-tibial transverso, membrana interóssea)
- Estrutura tendinosa que oferece estabilidade dinâmica
- Mecanismo proprioceptivo (capacidade que o próprio corpo tem de avaliar em que posição se encontra a fim de manter o perfeito equilíbrio parado, em movimento ou ao realizar esforços).

Fatores predisponentes:

- Hiperlaxidez
- Sexo feminino
- Calçado
- Obesidade
- Morfologia (pé varo; diminuição da mobilidade sub-astragalina na barra társica)
- Alterações musculares

A maioria das entorses acontece após um movimento súbito do tornozelo em inversão, associada a flexão plantar e rotação interna, sendo o complexo ligamentar externo o mais frequentemente lesado.

Os pacientes apresentam-se na consulta com dor, edema, descrevendo muitas vezes a sensação de rotura ou estalido a nível da face externa do tornozelo. Muitas vezes é possível observar-se a formação de um hematoma local, instabilidade articular e incapacidade de suportar carga sobre o tornozelo.

Os sintomas são mais exuberantes consoante o grau de gravidade:

- Grau 1 → Estiramento ligamentar
- Grau 2 → Rotura parcial do ligamento
- Grau 3 → Rotura completa do ligamento

O diagnóstico da entorse é clínico, no entanto, caso o doente cumpra um dos seguintes critérios, é mandatário a realização de uma Radiografia ao tornozelo (face e perfil) para despiste de outras lesões associadas (ex: fraturas):

- Doente com mais de 55 anos
- Dor à palpação de um dos maléolos
- Dor à palpação da base do 5º metatarsiano
- Incapacidade de fazer carga

A necessidade de realização de complementar o estudo imagiológico com ecografia / Ressonância Magnética está indicado após 2 meses se a dor persistir.

A maioria dos entorses são tratados de forma conservadora, sem necessidade de qualquer tipo de cirurgia.

Nos primeiros dias:

- Drenagem postural.
- Gelo local 3 vezes ao dia durante 20 a 30 minutos.
- Repouso
- Contensão elástica.

É recomendado a toma de anti-inflamatório não esteroide para diminuição da dor e da inflamação.

A imobilização rígida com gesso está em desuso, devendo prevalecer a reabilitação funcional, com carga precoce conforme tolerância e programa de fortalecimento e proprioceptividade.

Estas recomendações têm uma taxa de sucesso de 90%.

A necessidade de tratamento cirúrgico raramente é necessária, no entanto, estudos recentes mostram que em atletas de alta competição, a cirurgia mostra vantagens na dor, sensação de instabilidade e e recidivas das entorses.

A cirurgia realizada é por via artroscópica, permitindo a reparação ligamentar, assim como reparação de lesões osteocondrais e ou exérese de fragmentos ósseo.

Trata-se de um procedimento cirúrgico pouco agressivo, que deve, juntamente com um programa de reabilitação fisiátrico adaptado, permitir ao atleta regressar ao desporto o mais rápido possível.

Dr. Luís Dias da Costa

Para mais informação e esclarecimento de dúvidas contacte diretamente o seu ortopedista através do email:
luisdiasdacosta@arthos.pt

