

## Fasceíte Plantar/Esporão do Calcâneo

A fásia plantar é uma estrutura fibrosa que se insere no calcâneo e vai até à base dos dedos dos pés, comportando-se como um prolongamento do tendão de Aquiles. Tem como principal função a manutenção do arco plantar durante o apoio e a marcha e é uma estrutura muito resistente, com pouca elasticidade, que se encontra sobre fortes forças de tração que ao serem aplicadas sucessivamente, podem levar à sua degeneração progressiva na inserção no calcâneo, desenvolvendo-se assim a fasceíte plantar.

Embora a fasceíte plantar seja popularmente conhecida pela doença do esporão, este é uma consequência da doença. Trata-se de uma calcificação parcial da fásia plantar que traduz a cronicidade da degeneração desta estrutura, não sendo responsável pela dor que o doente sente.

O sintoma é a dor tipo picada na face plantar do calcanhar, principalmente nos primeiros passos ao levantar da cama ou depois de estar sentado durante algum tempo. A dor tem tendência para melhorar progressivamente com a marcha e agrava ao fim do dia com o ortostatismo prolongado.

Não existe uma causa concreta ou isolada para o aparecimento desta patologia, no entanto sabe-se que existe alguns fatores de risco:

- Idade-mais frequente entre os 40 e 60 anos
- exercícios como corrida, com impacto repetido na fásia plantar
- Estar em pé por longos períodos, muitas vezes com sapatos de salto alto
- Pé plano,
- Pé cavo
- Diminuição da dorsiflexão do tornozelo.
- Retração dos músculos gastrocnémio-solear e isquiotibiais
- Excesso de peso, obesidade ou gravidez
- Secundário a doenças inflamatórias sistémicas
- Estar em pé por longos períodos, muitas vezes com sapatos de salto alto

O diagnóstico é clínico, no entanto, existem meios auxiliares de diagnóstico que confirmam o diagnóstico e fornecem informações importantes sobre a fásia e estruturas envolventes para uma melhor orientação,. Os principais exames pedidos são a Radiografia do pé em carga, a Ecografia e/ou a Ressonância Magnética.

O tratamento conservador, não cirúrgico, tem uma elevada taxa de sucesso (80 a 90%).

- Repouso e limitação de atividade física de impacto com o solo. Caso não exista dor, pode retomar-se gradualmente a atividade física após 4 a 6 semanas. Na fase aguda não se deve forçar o caminhar. No entanto, após a fase aguda a caminhada é benéfica.
- Ortótese ortopédica (“calcanheira” ou “almofada para o calcanhar” em silicone ou outro material) permite distribuir a carga durante a marcha e diminuir as forças de tensão na fásia plantar.
- Programa de tratamento fisioterápico que deve envolver exercícios para alongamento e contração excêntrica do tendão de Aquiles, feitos simultaneamente a exercícios para alongar a fásia plantar.
- Exercícios de alongamento no domicílio, como rolar o pé sobre uma bola de ténis e forçar a dorsiflexão (puxar o pé para cima) com a ajuda da toalha. Para alívio da inflamação pode ser útil passar o pé sobre uma garrafa de água congelada durante 10 a 15 minutos.
- Prescrição de anti-inflamatórios na fase aguda e em casos mais graves, o recurso a infiltrações a nível da inserção da fásia plantar, ajudam a aliviar os sintomas e permitem o início do processo de reabilitação mais célere e de forma menos dolorosa.

Os procedimentos cirúrgicos ficam reservados para os doentes com dor crónica e resultados pouco satisfatórios com o tratamento conservador.

- Alongamento do gémeo interno é um procedimento com elevada eficácia que permite atuar na principal causa da doença (retração das estruturas posteriores da perna).
  - Procedimento minimamente invasivo
  - Cirurgia de ambulatório
  - Doente sai a caminhar pelo próprio pé com carga completa, não sendo mandatário o uso de canadianas para a marcha.
  - Cirurgia segura com elevada taxa de sucesso
- Fasciotomia plantar - procedimento clássico, consiste na libertação de 30 a 50% das fibras mediais da fásia plantar.
  - Indicada em pessoas com boa amplitude articular do tornozelo.
  - Procedimento realizado por endoscopia apresenta uma recuperação mais célere.

Dr. Luís Dias da Costa

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