

O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NA INSTABILIDADE CRÔNICA DO TORNOZELO



FT DANIELA BONANÇA
FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL
DA PHYSIOKINESIS

A instabilidade crônica do tornozelo (ICT) pressupõe a existência de pelo menos uma entorse na história do paciente. A literatura refere que 10 a 20% dos pacientes que sofreram uma entorse desenvolvem instabilidade crônica. As principais queixas nesta população são: sensação de *giving-way*, dor persistente de intensidade baixa e que muitas vezes é descrita como uma “moinha”, falta de confiança no pé, dificuldade na execução de atividades da vida diária e desportivas.

Existem essencialmente 3 tipos de instabilidade: funcional, mecânica e mista. A instabilidade funcional apresenta maior probabilidade de sucesso com a fisioterapia, e de forma geral não tem indicação para cirurgia. Está relacionada com *deficits* proprioceptivos, musculares e de equilíbrio, ou seja, alterações do controlo motor. Já a instabilidade mecânica implica alterações das estruturas anatómicas, como hiperlaxidão ligamentar, ou luxação dos peroneais. Este tipo de instabilidade nem sempre responde à fisioterapia e pode ter indicação cirúrgica. Já a mista é um conjunto das anteriores e é comum em pacientes com história longa de ICT.

Vários são os fatores descritos na literatura que podem levar à ICT, tais como diminuição da força muscular e alterações no tempo de reação muscular, principalmente ao nível dos músculos eversores, diminuição da proprioceção e equilíbrio e diminuição da amplitude do movimento de flexão dorsal.

A fisioterapia tem um papel fulcral tanto na prevenção da ICT como no seu tratamento. O único consenso que existe atualmente acerca da melhor estratégia de tratamento para a ICT é que o paciente seja submetido a um programa de reabilitação funcional, ou seja, deve existir uma simulação das atividades funcionais a que o pé e tornozelo estão sujeitos, mas não esquecendo que o joelho, anca e a própria lombar também podem estar afetados de forma indireta. A fisioterapia deve focar-se num treino funcional e dinâmico, em que são privilegiados os exercícios de fortalecimento em cadeia cinética fechada, no treino proprioceptivo e no caso de estarmos perante um atleta, no treino específico da

modalidade desportiva. No caso de desportos que implicam saltos, deve ser dada especial ênfase a uma boa receção ao solo. Também a terapia manual tem um papel importante, principalmente ao nível da restauração das amplitudes do movimento de flexão dorsal, e consequentemente na proprioceção.

Se após 3 meses intensivos de fisioterapia o paciente não apresentar nenhuma melhoria, e se os sintomas afetarem as atividades da vida diária ou desportiva, então o tratamento cirúrgico poderá ser considerado.

Existem inúmeras técnicas cirúrgicas, no entanto podemos dividi-las essencialmente em 2 grupos: as que realizam uma

O ÚNICO CONSENSO QUE EXISTE ATUALMENTE ACERCA DA MELHOR ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO PARA A ICT É QUE O PACIENTE SEJA SUBMETIDO A UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL, OU SEJA, DEVE EXISTIR UMA SIMULAÇÃO DAS ATIVIDADES FUNCIONAIS A QUE O PÉ E TORNOZELO ESTÃO SUJEITOS, MAS NÃO ESQUECENDO QUE O JOELHO, ANCA E A PRÓPRIA LOMBAR TAMBÉM PODEM ESTAR AFETADOS DE FORMA INDIRETA

reconstrução anatômica do ligamento ou as que realizam uma reparação anatômica como a técnica modificada de Broström. A reparação anatômica é considerada o *gold standart*, sendo um procedimento menos invasivo, com melhor recuperação e sem perda de mobilidade.

Após cirurgia, o contacto com o ortopedista é primordial para que seja delineado um programa de fisioterapia adequado ao paciente. Como tal, é importante saber qual a técnica utilizada assim como perceber se existiam outras lesões associadas, pois nem sempre existe apenas um problema na estrutura ligamentar. Após a cirurgia o fisioterapeuta deve guiar-se pelos *timings* de reparação tecidual para que possa introduzir a carga de forma segura e sem comprometer um bom prognóstico. A evidência recomenda a realização de fisioterapia no pós-cirúrgico imediato, pois em comparação com a imobilização de 6 semanas, os pacientes apresentam melhores resultados ao nível do retorno ao trabalho e ao nível da função. A fisioterapia é segura e permite atingir melhores resultados

A ICT É UMA ENTIDADE COMPLEXA E NEM SEMPRE DE FÁCIL RESOLUÇÃO, COMO TAL, DEVEMOS APOSTAR EM PROGRAMAS DE PREVENÇÃO TANTO AO NÍVEL DOS DESPORTOS DE RISCO, MAS TAMBÉM NA REALIZAÇÃO DE FISIOTERAPIA APÓS UMA ENTORSE

em menos tempo quando realizada de forma precoce.

A ICT é uma entidade complexa e nem sempre de fácil resolução, como tal, devemos apostar em programas de prevenção tanto ao nível dos desportos de risco, mas também na realização de fisioterapia após uma entorse.

BIBLIOGRAFIA

- Myamoto et al. (2014). Accelerated Vs Traditional Rehabilitation after Anterior talofibular ligament reconstruction for chronic lateral instability of the ankle in athlete. *Am J Sports Med*: 42(6)
- de Vries et al. (2011). Interventions for treating CAI. *The Cochrane Collaboration*
- Webster & Gribble (2010). Functional rehabilitation interventions for CAI: A systematic review. *J Sport Rehab*:19
- Hale et al. (2007). The Effect of a 4-Week Comprehensive Rehabilitation Program on Postural Control and Lower Extremity Function in Individuals With CAI. *J Orthop Sports Phys Ther*:37(6)
- Martin et al. (2013). Ankle Stability & Movement Coordination Impairments: Practice Guidelines. *J Orthop Sports Phys Ther*:43(9)



CADERNOS

ORTOPEDIA

N.º 31 // ABR' 17 // TRIMESTRAL

fotolia
by Adobe

INSTABILIDADE DO TORNOZELO

*VALGUS EXTENSION
OVERLOAD*

