



Entorse da Tibio-társica

por Rui Silva

Esta semana vamos falar de uma das lesões mais comuns no Desporto, e por conseguinte, igualmente, comum no Basquetebol, ou seja, vamos falar na Entorse da Tibio-társica (TBT), vulgarmente designada por Entorse do Tornozelo. É responsável por mais de 50% das lesões que ocorrem no Basquetebol, sendo portanto, uma das patologias que mais preocupa os praticantes da modalidade.

A predisposição para este tipo de lesão deve-se ao facto de o basquetebol ser um desporto colectivo, que é jogado praticamente em meio campo (uma quadra de 120m²), aumentando o contacto dos membros inferiores dos Atletas; e por ser um desporto que exige constantes deslocamentos laterais e saltos muito rápidos; isto para além da fisionomia específica do praticante da modalidade.

Por estes factos, compreende-se que esta Entorse pode ter vários mecanismos de lesão, tais como o Atleta pisar a bola, pisar o pé de outro Atleta, fazer uma má recepção ao solo, fazer uma paragem brusca e repentina. Verificando-se que todos estes gestos têm em comum o facto de haver um desequilíbrio momentâneo e brusco, provocando o movimento lesional.

Em cerca de 95% dos casos, o movimento que ocorre é o movimento de inversão (virar o pé para dentro), como se pode ver na Figura 1; provocando assim a Entorse da TBT da face lateral.

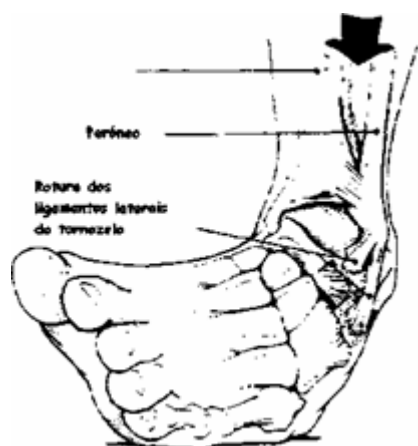


Figura 1



Isto ocorre pela conjugação de 3 factores: pela anatomia da articulação TBT e do pé humano, que como sabemos tem os ligamentos mais frágeis na face lateral; pelo movimento de inversão, que é o mais amplo da articulação; e pelos movimentos de acção-reacção da TBT, que são executados à custa deste movimento amplo e por conseguinte da face lateral do pé. Predispondo assim, esta região da articulação a sofrer a Entorse.

Sempre que ouvimos falar em Entorse, seja ela da TBT ou de outra articulação, sabemos de antemão que houve lesão ligamentar, podendo esta variar desde uma lesão microscópica a uma ruptura completa das fibras. Pode ainda haver envolvimento da cápsula articular.

De acordo com a gravidade da lesão as Entorses da TBT podem ser classificadas em três graus:

- Grau I (leve): onde ocorre lesão de aproximadamente 5% das fibras, distensão sem instabilidade articular podendo ser encontrada uma pequena reacção vasomotora, caracterizada por edema, dor leve na fase aguda (nas primeiras 48 horas, após a lesão) e possibilidade imediata para deambulação (capacidade de andar).
- Grau II (moderado): com lesão de um número intermediário de fibras ligamentares. Havendo ruptura parcial dos ligamentos e pequena instabilidade articular apresentando hematoma (muitas vezes designado por sangue pisado) e edema bastante significativo. O retorno à deambulação é prejudicado e possibilitado apenas com a regressão do quadro álgico (dor) e inflamatório.
- Grau III (grave): há ruptura completa ou quase completa dos ligamentos laterais, dor intensa, hematoma e edema de maiores dimensões e grande instabilidade articular levando a uma posição anormal do pé. O Atleta queixa-se de dificuldades na sustentação do peso do pé. A utilização de tratamento cirúrgico ou fisioterapêutico conservador é bastante discutido neste grau, optando-se na grande maioria das situações pelo tratamento cirúrgico, principalmente quando existem pequenas fracturas associadas (facto com bastante probabilidade).

Apesar de haver esta classificação em 3 Graus diferentes, existem coisas elementares que podemos e devemos fazer mal sofremos uma Entorse da TBT, seja ela de que Grau for.

Assim, se decorarmos a sigla "PRICE", saberemos como reagir numa situação de Entorse. Eis os passos a seguir:

- "P"rotecção – deverá ser aplicada uma ligadura funcional ao Atleta e fornecida, em determinados casos, uma ou duas canadianas de forma a proteger a articulação e ao mesmo tempo permitir algum movimento sem provocar dor, essencial na recuperação do Atleta.



- “R”epouso – o atleta deverá repousar a TBT. Este repouso deverá ser diferente consoante a gravidade da Entorse. Em alguns casos será apenas o repouso da actividade basquetebolista, noutros será um repouso completo, não permitindo o agravamento da situação e possibilitando uma melhor recuperação.
- “I”ce (gelo) – o atleta deverá colocar gelo mal sofre a Entorse, durante os 15 minutos seguintes e manter a posologia de gelo de 2 em 2 horas. O gelo, pelo menos nas primeiras vezes, não deverá ser aplicado directamente na pele, pois devido ao edema do pé, este pode ter alterações de sensibilidade e provocar uma queimadura. Pelo que se aconselha o uso de um papel ou de uma toalha fina entre o gelo e a pele. Promove-se assim a diminuição do edema e, conseqüentemente, uma melhor cicatrização dos tecidos lesionados.
- “C”ompressão – deverá ser feita compressão da zona edemaciada. Esta, preferencialmente, deverá ser feita por pessoas qualificadas e através de uma ligadura funcional. Caso isto não seja possível, a simples compressão com qualquer ligadura já é uma grande ajuda para a promoção da eliminação do edema.
- “E”levação – facilmente se faz e promove, em muito, o retorno venoso e a absorção do edema. Devendo-se colocar o pé elevado em relação ao corpo, preferencialmente acima do nível do coração.

No entanto, há três coisas que nunca devemos fazer, são elas: o calor, pois irá aumentar o edema na região, diminuindo a cicatrização tecidual e atrasar a recuperação; massajar, a não ser que o faça de forma muito suave; continuar a actividade com dor, pois é um sinal que se está a agravar a lesão.

O Atleta terá, muitas das vezes, de recorrer a medicação analgésica e / ou anti-inflamatória de forma a controlar a dor e o edema da Entorse.

Estes procedimentos são fáceis e essenciais, numa primeira abordagem, sendo de extrema importância a sua aplicação nas primeiras 48 a 72 horas. Após este tempo, deverá ser consultado um Fisioterapeuta, para este realize o tratamento adequado a cada situação.

Este tratamento é essencial, pois só assim será feita uma correcta avaliação da gravidade da lesão; as lesões tecidulares serão recuperadas; os ligamentos e cápsula articular envolvida ficarão sem aderências e com tamanhos e morfologias normais; será educado de forma a prevenir uma próxima entorse e fará uma correcta reintegração na actividade basquetebolista.

Em suma, uma primeira Entorse, mal tratada ou sem tratamento, aumenta em cerca de 80% a probabilidade de sofrer um recidiva (uma nova Entorse).

De uma forma geral, pode dizer-se que o trabalho de prevenção de uma primeira Entorse é muito similar ao de prevenção de uma recidiva.



A prevenção da Entorse da TBT passa pelo uso de artefactos que podemos usar para protecção da articulação e por um "trabalho físico" específico, realizado na articulação. Este "trabalho físico" é consensual e passa pelo aquecimento, pelo treino proprioceptivo, pelos alongamentos específicos e pelo reforço muscular.

Se, por um lado, temos os artefactos, que são defendidos por uns e contestados por outros, por outro lado, temos a discussão sobre se deverá o Atleta utilizar a ligadura funcional da TBT ou as protecções standard.

Perante estes factos, fica a "promessa" de que, no artigo do próximo mês, falaremos desta controvérsia e faremos uma abordagem concreta e muito específica da prevenção da Entorse da TBT, demonstrando vários exercícios e artefactos de protecção.

Conclusões:

- A Entorse da TBT ocorre em 95% das vezes na face lateral desta articulação;
- É a lesão mais comum no Basquetebol, contabilizando cerca de 50% de todas as lesões no Basquetebol;
- É classificada, quanto à sua gravidade, em 3 Graus;
- Após sofrer uma Entorse deverá realizar logo o "PRICE" - Protecção, Repouso, Ice (gelo), Compressão, Elevação;
- Não deverá realizar calor, massajar (a não ser de forma muito suave) ou continuar a actividade com dor;
- Por vezes terá de recorrer a medicação analgésica e anti-inflamatória, de forma a controlar a dor e o edema;
- Deverá consultar um Fisioterapeuta para finalizar o tratamento;
- Deverá ser feito um trabalho de prevenção da 1ª Entorse ou de recidivas;
- Esta prevenção ainda gera controvérsia.

Votos de um Natal Saudável e um Feliz Ano 2010
Fisioterapeuta Rui Silva