

Entorse no tornozelo

Educação Física

Enviado por: _marcelocosta@seed.pr.gov.br

Postado em: 11/12/2012

Por Ricardo Bassani - O2 Por Minuto Uma das lesões mais comuns na prática esportiva, surge com a falta de um perfeito equilíbrio entre o esforço, a capacidade muscular e a elasticidade dos ligamentos, e também quando há exagero nos treinos. A torção, ou entorse de tornozelo, no caso dos corredores, pode ser chamada de um autêntico acidente de percurso. Salvo outros diagnósticos (condropatias, osteonecrose ou artrite inflamatória), os tornozelos não sofrem com dores, pré ou pós-corridas, a não ser se submetidos a um trauma. Quando isso ocorre, os ligamentos (estruturas fibrosas que mantêm os ossos dos pés alinhados entre si, ligando-os ao mesmo tempo que permitem certo grau de movimento das articulações) mais atingidos são os laterais. Por isso, a estabilidade do tornozelo, garantida por esses ligamentos, é testada ao limite de seu coeficiente quando há entorses que, conforme a gravidade, dão origem a estiramentos, esgarçamentos e/ou rupturas parciais ou totais desses tecidos. Lesão traumática Nos tornozelos, ligando os ossos tibia, fíbula e talus, há três ligamentos principais: talofibular anterior e posterior e calcaneofibular. São esses tecidos fibrosos que participam diretamente da função biomecânica do tornozelo, limitando o movimento e assegurando estabilidade. Assim, todo giro forçado do tornozelo para além de sua restrição gera um estiramento, lesionando um ou mais dos três ligamentos. Além de dores fortes, há perda do movimento, inchaço e arroxamento da área. A entorse de tornozelo é considerada uma lesão traumática, partindo de um dano mínimo (grau 1, apenas dores momentâneas com estiramento ou pequena rotura das fibras ligamentares), e se agravando ao causar frouxidão da articulação (grau 2, rotura e separação das fibras, edemas e rigidez muscular) até a instabilidade, com ruptura do ligamento (grau 3, fortes dores, imobilidade, edemas e inchaço). Ainda se o conjunto de ligamentos suportar a torção sem se romper, pode haver a quebra de ossos, principalmente ao final da fíbula. Causas • Girar o pé além dos limites impostos pelos ligamentos • Acidente ao pisar sobre depressões e buracos • Desequilíbrio de forças entre os músculos das pernas • Uso inadequado de tênis de corrida, salto alto ou alterações de visão (p. e., lentes corretivas inadequadas) Sintomas • Fortes dores locais, às vezes constantes, piorando com movimentos e carga • Grande inchaço e roxidão do local (edema e equimose) Tratamento • Interrupção da atividade e repouso da articulação • Aplicação de gelo no local. Compressas frias por 30 minutos, durante quatro dias, até aliviar as dores • Manter o tornozelo enfaixado, elevado e poupado de esforços e movimentos • Anti-inflamatório e analgésico receitados por médico • Fisioterapia para aliviar a dor, recuperar e manter a força muscular e melhorar a função das articulações Prevenção • Escolher corretamente o tipo de tênis para corrida, bem como calçados para o dia a dia • Fortalecer a musculatura das pernas e manter a saúde das articulações com alongamentos • Treinar em diferentes pisos para fortalecer os tornozelos e condicionar passadas em terreno irregular • Redobrar a atenção a mudanças bruscas de direção e treinos de largada e velocidade • Proteger os tornozelos com cintas ou tornozeleiras em terrenos acidentados e depois de lesões recentes Retorno à corrida • Somente depois do final das dores ao se movimentar, e sem inchaços ou vermelhidão na pele • Quando o tornozelo lesionado possuir a mesma força e amplitude de movimento do sadio • Quando o corredor desenvolver velocidades progressivas com mudança de

direção e pular sem dores. Matéria publicada na revista O2 nº 116, novembro de 2012. Todas as informações nela contida são de responsabilidade do autor.