

Diagnosis, Treatment and Prevention of Ankle Sprains: Update of an Evidence-based Clinical Guideline¹



Dr. José Pedro Marques
Especialista em
Medicina Desportiva.
Undade de Saúde
e Performance da
Federação Portuguesa
de Futebol. Aveiro.

O artigo da autoria de investigadores holandeses é uma atualização de uma *guideline* publicada pela primeira vez em 2012. O acumular de nova evidência relevante no que respeita ao diagnóstico, ao tratamento e à prevenção das entorses do tornozelo justificou o trabalho de revisão da literatura e a elaboração de novas *guidelines*.

A entorse lateral do tornozelo (LAS) é uma das lesões mais comuns na prática desportiva. Em desportos *indoor* foi reportada uma **incidência** de sete LAS por 1000 exposições. Apesar da elevada prevalência e incidência destas lesões, apenas cerca de 50% dos indivíduos procuram cuidados médicos após uma LAS. Este facto pode explicar, pelo menos parcialmente, o elevado número de atletas que acabam por desenvolver clínica de instabilidade crónica do tornozelo após sofrerem uma lesão deste tipo.

A secção de “Resultados” do artigo está dividida em diferentes áreas: fatores predisponentes e de prognóstico, diagnóstico, tratamento, prevenção e regresso ao trabalho/atividade desportiva. Para cada uma delas os autores tiveram o cuidado de apresentar as novidades existentes e fazer as devidas recomendações.

No que concerne aos **fatores de risco**, as principais novidades são a identificação do sexo feminino e o baixo IMC como fatores de risco intrínsecos, a somar aos já amplamente conhecidos (diminuição da amplitude articular de dorsiflexão,

redução da proprioceção e do equilíbrio e controlo postural). Dos fatores de risco extrínsecos, releva-se o tipo de desporto praticado (maior incidência no basquetebol e voleibol), jogar em relva natural (*versus* sintético) e competir a um nível elevado. Há uma plêiade de fatores que influenciam o **prognóstico**, mas a evidência que os suporta ainda é relativamente fraca. De realçar que apesar de submetidos a tratamento otimizado (imobilização funcional e programa de reabilitação) até 40% dos indivíduos que sofrem uma LAS acabam por desenvolver instabilidade cónica do tornozelo.

Quanto ao **diagnóstico** reforça-se a importância das regras de Ottawa no apoio à decisão sobre a necessidade de realizar um raio-x. A **classificação** da entorse deverá ser feita com recurso aos testes de estabilidade ligamentar (gaveta anterior) 4 a 5 dias após a lesão, por ser nesta altura que são maiores a sensibilidade (84%) e a especificidade (96%) do mesmo. A RMN torna-se útil nos casos em que as queixas persistem além do período expectável e quando se suspeita de lesões associadas (osteocondrais, sindesmose).

No **tratamento** das entorses, destaca-se a ausência de evidência que suporte os alegados benefícios da utilização da estratégia PRICE (ou dos seus componentes individuais) na fase aguda. É provavelmente a novidade mais “surpreendente”, mas que não me parece que venha a ter translação para a prática clínica. Quanto aos AINE’s sublinha-se a sua utilidade clínica na redução da dor e da inflamação, não deixando de mencionar os efeitos adversos amplamente conhecidos e também o facto de suprimir/atrasar o processo natural de cicatrização. Caso o clínico decida tratar uma LAS com

um período de imobilização, este deve ser no máximo de 10 dias. As recomendações vão, no entanto, no sentido de se preferir a utilização de medidas de suporte funcional, como as ortóteses e as imobilizações funcionais. Estas medidas, juntamente com os programas de reabilitação com enfoque no treino neuromuscular e proprioceptivo, são destacadas como aquelas com maior evidência no tratamento das LAS. A esmagadora maioria dos indivíduos com LAS responde favoravelmente ao tratamento conservador e, como tal, a cirurgia deverá ficar reservada para as falências deste e para alguns casos específicos em atletas profissionais, onde se possa garantir o regresso mais rápido à competição. As modalidades terapêuticas como o laser, o ultrassom e a eletroterapia não demonstraram eficácia na redução da dor, edema, melhoria da função ou regresso à competição. Como tal, o seu uso não é recomendado.

Relativamente à **prevenção** das LAS, os suportes funcionais (ortóteses e imobilização com *tape*) são eficazes na prevenção primária e secundária das LAS, mas parecem mais eficazes na prevenção das recorrências. Já o exercício terapêutico demonstrou ser eficaz apenas na prevenção secundária. No que se refere aos suportes funcionais, os mecanismos que explicam a sua eficácia não são ainda bem compreendidos.

No que respeita ao regresso à prática desportiva os resultados parecem ser melhores (e a recuperação mais célere) quando o programa de exercício terapêutico é realizado sob supervisão.

1. Vuurberg G, Hoorntje A, Wink LM, et al. *Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains: update of an evidence-based clinical guideline*. Br J Sports Med 2018; 52:956.