

Entorse Isolada da articulação Tibioperonial Proximal em Futebolista Profissional

Dr. José Pedro Marques^{1,4}, Dr. Nuno Anjinho^{2,4}, Dr. Sérgio Rodrigues Gomes^{3,4}

¹Médico especialista em Medicina Desportiva; ²Fisioterapeuta; ^{3,4}Médico radiologista músculo-esquelético.

⁴Unidade de Saúde e Performance da Federação Portuguesa de Futebol. Lisboa.

RESUMO / ABSTRACT

As entorses do joelho com lesão isolada da tibioperonial proximal são lesões raras e cujo diagnóstico obriga a elevado índice de suspeição. Apresenta-se o caso de um futebolista que sofreu uma entorse isolada da tibioperonial proximal durante um jogo de futebol. Foi instituído um programa de reabilitação com cargas progressivas que permitiu o regresso bem sucedido à competição ao 11º dia pós-lesão. Apesar da aptidão clínica para competir e de o ter feito sem intercorrências, a dor e instabilidade residuais só desapareceram ao fim de 30 dias.

Knee sprains with isolated injuries of the proximal tibiofibular joint are rare and their diagnosis demands a high index of suspicion. The authors present the case of a soccer player who sustained an isolated sprain of the proximal tibiofibular joint during a soccer match. We implemented a structured rehab program with progressive loading, allowing a successful return-to-play on the 11th day post-injury. Despite being clinically fit to compete and having suffered no recurrences, that residual pain and instability only disappeared 1-month post-injury.

PALAVRAS-CHAVE / KEYWORDS

Articulação tibioperonial proximal, entorse
Proximal tibiofibular joint, sprain

ao solo após impulsão. Nos três dias entre o jogo e a nossa observação tinha estado em repouso. Ao exame objetivo não apresentava deformidades (ex: aumento da proeminência óssea da cabeça do perónio), a amplitude articular estava mantida e não apresentava derrame articular. Os testes ligamentares e meniscais foram negativos, com exceção do stress em varo que era doloroso. Apresentava dor na hiperextensão do joelho e na palpação e mobilização da cabeça do perónio. Não tinha clínica de lesão do nervo peroneal comum. Fez-se ressonância magnética do joelho que revelou achados compatíveis com entorse isolada da TPP (Figuras 1 e 2).

Foi delineado um programa de reabilitação com o intuito de preparar o atleta para um torneio que se avizinhava (Tabela 1). Ao 9º dia após a lesão integrou o treino sem limitações. Nos dias seguintes referia dor de 2/10 na Escala Visual Analógica, tendo sido dado como apto para o jogo que se realizou ao 11º dia. No final do jogo referiu ter sentido alguma dor e instabilidade residual, que não teriam condicionado o seu desempenho. Nos dias seguintes o estado clínico era sobreponível, tendo voltado a jogar ao 16º dia. Voltou a referir a mesma sensação de instabilidade e dor residual, sintomas estes que não referia durante os treinos. Após o fim do jogo foi para férias com indicação para se manter ativo fisicamente. Durante este período participou em jogos de futebol recreativo e esteve atento aos sintomas. A sensação de instabilidade e a dor residual desapareceram 30 dias após a lesão.

Discussão

A literatura respeitante a lesões da TPP é escassa e a que existe diz respeito a luxações ao nível desta articulação.¹⁻⁷ No caso que reportamos, a lesão capsuloligamentar não se associou a episódio de luxação. Admitimos, contudo, que possa ter acontecido um episódio de subluxação com resolução espontânea e sem que o atleta se apercebesse. Assim, ao longo desta discussão, vamos reportar-nos sobretudo à literatura existente sobre luxações da TPP.

Introdução

A articulação tibioperonial proximal (TPP) é uma articulação sinovial localizada entre o côndilo tibial lateral e a cabeça do perónio. É composta por uma cápsula fibrosa reforçada pelos ligamentos tibioperoneais ântero-superior e póstero-superior.¹ As estruturas do complexo póstero-lateral e a membrana interóssea conferem-lhe estabilidade adicional.² As principais funções desta articulação são a dissipação dos stresses de torção ao nível do tornozelo e dos momentos de *bending* tibial. A TPP tem também um papel importante na transmissão das cargas axiais durante a marcha/corrida.¹

As lesões isoladas da TPP são raras.² A maioria dos casos reportados aconteceram em atletas que praticam desportos que requerem movimentos repetitivos de rotação em joelhos fletidos (futebol, paraquedismo, *snowboard*, hipismo e salto em comprimento).¹ O diagnóstico é clínico, embora dificultado pela pouca familiarização da comunidade

médica com esta lesão e com os sinais e sintomas a ela associados.³ Deve ser ponderado nos indivíduos com gonalgia lateral do joelho e sensação de instabilidade pós-traumatismo. A imagiologia pode ser útil na confirmação da suspeita e na exclusão dos outros diagnósticos diferenciais.³ O tratamento destas lesões varia consoante a magnitude das mesmas. Quando há luxação deve ser feita redução fechada ou aberta (com estabilização temporária).¹ Não há na literatura evidência no que respeita ao tratamento das “simples” entorses da TPP.

Caso clínico

Futebolista de 18 anos, sexo masculino, com queixas de dor ântero-lateral do joelho direito e sensação de instabilidade. O quadro clínico desenvolveu-se na sequência de traumatismo indireto do joelho sofrido três dias antes durante um jogo. O mecanismo lesional teria sido de “torção” do joelho na receção

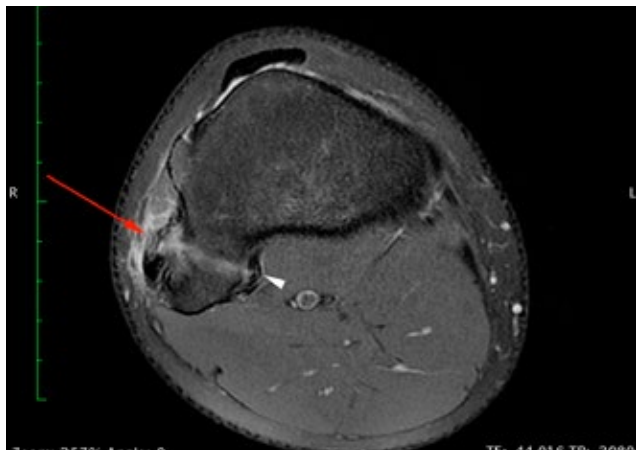


Figura 1 – Imagem RM axial em DP FS: Rotura parcial intersticial do ligamento tibioperoneal anterior associada a edema peri-articular (seta vermelha) e distensão do ligamento tibioperoneal posterior (ponta de seta branca).



Figura 2 – Imagem RM sagital em DP FS: Rotura parcial intersticial do ligamento tibioperoneal anterior (seta verde) associada a discreta contusão óssea da cabeça do perônio (ponta de seta vermelha).

O mecanismo lesional mais comumente descrito é o de um movimento de rotação com o joelho em flexão (corresponde à posição de relaxamento do bicipite femoral e do ligamento colateral lateral) e o tornozelo em inversão e flexão plantar.⁴ Não conseguimos ter acesso a imagens da lesão, mas é provável que o mecanismo tenha sido o mesmo no caso que reportamos. Quatro tipos de luxação da TPP foram descritos por Ogden, sendo que o tipo 1 corresponde a “movimento ântero-posterior excessivo sem luxação”⁵ e será aquela categoria na qual melhor se enquadra a lesão que apresentamos.

de tipo 1. Quando se suspeita de lesão da TPP é mandatório pesquisar sinais de lesão do nervo peroneal comum e fazer o exame clínico do tornozelo.^{1,7} Entre os possíveis diagnósticos diferenciais incluem-se as lesões do menisco externo, as tendinopatias do bicipite femoral, a lesão do ligamento colateral lateral e as lesões do complexo póstero-lateral.⁷ A radiografia (AP e perfil) bilateral pode ser útil para confirmar o diagnóstico nos casos de luxação. No entanto, a maioria dos autores refere a TAC como exame de eleição nestes casos.¹ No nosso caso as hipóteses de diagnóstico colocadas

O diagnóstico é frequentemente difícil. Para isso contribuem a ausência de referências relativas a esta lesão na maioria dos livros de texto de medicina desportiva e ortopedia, o reduzido número de casos clínicos reportados, a ausência de sinais e sintomas específicos e a dificuldade de interpretação dos achados imagiológicos.⁶ Alguns autores acreditam que as lesões da TPP são mais comuns do que se pensava previamente e que podem estar a ser sub-diagnosticadas.⁷

A lesão da TPP tem de ser sempre considerada perante uma dor lateral do joelho após traumatismo. Outros achados sugestivos incluem a dor à palpação da cabeça do perónio (e sua mobilização) e uma proeminência óssea lateral no caso de ter havido luxação.¹ A incapacidade funcional associada depende do grau da lesão e pode ser mínima nas lesões

inicialmente foram a lesão do ligamento colateral lateral e da TPP, não excluindo totalmente uma lesão do menisco externo. Acresce que não havia deformidade compatível com luxação da TPP. Foi com base nisso que foi realizada RMN e não a radiografia.

No que respeita ao tratamento, alguns autores já se debruçaram sobre as melhores opções terapêuticas para os vários tipos de luxação.^{1,4,7,8} Em relação ao tratamento das entorses simples sem luxação a literatura é omissa. Consequentemente, toda a planificação da reabilitação foi feita com base nos princípios gerais da reabilitação das lesões capsuloligamentares e com o aporte dos sinais e sintomas que o atleta ia reportando.

A escassez da literatura relativa a entorses isoladas da TPP dificultou a nossa tarefa no que respeita ao estabelecimento do prognóstico.¹ Uma das conclusões que talvez possamos tirar deste caso é que é possível ter um atleta a competir ao mais alto nível 10 a 15 dias após uma lesão deste tipo. No entanto a recuperação completa, com total desaparecimento das queixas, parece ser mais tardia e só se dar pelas 4 semanas.

Bibliografia

1. Van Seymourtier P, Ryckaert A, Verdonk P et al. Traumatic proximal tibiofibular dislocation. *Am J Sports Med.* 2008; 36:793-798.
2. Burke NG, Robinson E, Thompson NW. An isolated proximal tibiofibular joint dislocation in a young male playing soccer: A case report. *Cases J.* 2009; 2:7261.
3. Forster BB, Lee JS, Kelly S, et al. Proximal tibiofibular joint: an often-forgotten cause of lateral knee pain. *Am J Roentgenol.* 2007; 188:W359-W366.
4. Ahmad R, Case R. Dislocation of the fibular head in an unusual sports injury: a case report. *J Med Case Rep.* 2008; 2:158.
5. Ogden JA. Subluxation and dislocation of the proximal tibiofibular joint. *J Bone Joint Surg Am.* 1974; 56:145-154.
6. Sarma A, Borgohain B, Saikia B. Proximal tibiofibular joint: rendez vous with a forgotten articulation. *Indian J Orthop.* 2015; 49(5):489-495.
7. Sekiya JK, Kuhn JE. Instability of the proximal tibiofibular joint. *J Am Acad Orthop Surg.* 2003; 11:120-128.
8. Kruckeberg BM, Cinque ME, Moatshe G et al. Proximal Tibiofibular Joint Instability and Treatment Approaches: A Systematic Review of the Literature. *Arthroscopy.* 2017; 33(9):1743-1751.

Tabela 1. Programa de reabilitação realizado até regresso à competição

Dia	Objetivo	Exercícios/técnicas de tratamento	OBSERVAÇÕES
4	Correção de falha posicional. Diminuição da dor Trabalho condicionado em campo: especificidade do treino Trabalho de ginásio	TENS analgésico no local da queixa Trabalho em campo: Deslocamentos entre cones com alternância de apoios e direções; controlo de bola no solo e no ar; passe de bola com domínio e de primeira, a curta distância; controlo de bola dentro do quadrado; trabalho propriocetivo com superfície instável e na relva Trabalho de ginásio: Elíptica e passadeira; trabalho propriocetivo em plataforma instável com e sem transferência de peso em diferentes planos	Todos os exercícios devem ser realizados com a menor dor possível ou um nível de aceitação no máximo até um valor de 3/10 numa EVN Critério de progressão: não agravamento da dor ou melhoria
5	Correção de falha posicional. Diminuição da dor. Trabalho condicionado em campo: especificidade do treino Trabalho de ginásio	TENS analgésico no local da queixa Trabalho em campo: O mesmo que dia anterior mais passe de bola com domínio e de primeira, a média distância, rasteiro e a meia altura; trabalho a dois utilizando as superfícies instáveis, com colocação de dificuldade progressiva; alongamentos; 5 voltas ao campo Trabalho de ginásio: O mesmo que dia anterior mais trabalho propriocetivo em plataforma instável com e sem transferência de peso com trabalho concêntrico e excêntrico simulando situações de jogo.	Todos os exercícios devem ser realizados com a menor dor possível ou um nível de aceitação no máximo até um valor de 3/10 numa EVN Critério de progressão: não agravamento da dor ou melhoria
6	Treino de resistência. Especificidade do contexto de jogo. Recuperação funcional. Trabalho de ginásio.	Trabalho em campo (2 vezes) – 5 estações: Condução de bola entre cones (velocidade média/alta) Condução de bola em espaço reduzido Sprints utilizando linhas da grande área incrementos de velocidade nas linhas ao comprimento Trabalho a dois: superfícies instáveis, apoio unipodal (MI queixo), passes com a mão e cabeça Single hop for distance – 6m Trabalho de ginásio: Elíptica; plataforma instável	Exercícios sem queixas ou máximo 3/10 EVN Medição de RPE (não exceder 5, sinais físicos de sensação de calor, sudorese, forte sensação de movimento Critério de progressão: não agravamento da dor ou melhoria
7	Treino de resistência. Recuperação funcional. Trabalho de ginásio.	Não houve treino. Trabalho de ginásio: Elíptica; plataforma instável; impulsão vertical com agachamento; hop test normal e cruzado; deslocamentos laterais com carga de ombro (trabalho a dois) passadeira; alongamentos/trabalho de rolo	Exercícios sem queixas ou máximo 3/10 EVN RPE < ou = 5 (critérios de progressão)
8	Reintegração no treino. Preparação para jogo. Treino de resistência. Recuperação funcional.	Treino condicionado com equipa. Trabalho de ginásio: Igual a dia anterior	Exercícios/treino sem queixas ou < 3 EVN RPE > 5
9	Reintegração treino Preparação para jogo	Treino com a equipa	Exercícios/treino sem queixas ou < 3 EVN RPE > 5

Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

