

# RELAÇÃO DA ENTORSE DE TORNOZELO POR INVERSÃO COM DOR LOMBAR: ESTUDO DE CASO

Tiago Santos de Oliveira<sup>1</sup>; Gunther Herman Lehner<sup>2</sup>

**Resumo:** *A entorse de tornozelo por inversão representa aproximadamente 95 % das lesões por entorse; em torno de 50 % da população terá um episódio semelhante. O tratamento manipulativo evita a ocorrência de lesão em cadeia ascendente que pode, por isso, gerar dor lombar. Os objetivos deste estudo foram verificar a relação da entorse de tornozelo por inversão com os sintomas álgicos lombar de uma paciente, além de comprovar a eficácia das técnicas de terapia manual e estabilização segmentar como tratamento. A paciente foi submetida, inicialmente, à anamnese e avaliação musculoesquelética detalhada e reavaliada, conforme o andamento do tratamento, a realização das técnicas, assim como a intensidade da dor por meio da Escala de Borg. Foram utilizadas técnicas de terapia manual e osteopatia, além do estabilizer como feedback para estabilização lombopélvica. Foi constatado lesão em cadeia ascendente, originada pela entorse de tornozelo. A associação de técnicas de terapia manual e estabilização segmentar foi eficaz na correção biomecânica, na redução do quadro álgico e na melhora clínica e funcional da paciente.*

**Palavras-chave:** *entorse de tornozelo; lombalgia; terapia manual; estabilização.*

---

<sup>1</sup>Graduado do Curso de Fisioterapia – UNIÇOSA, Viçosa, MG; e-mail: tiagosantos.fisio@gmail.com; <sup>2</sup>Professor do Curso de Fisioterapia – UNIÇOSA, Viçosa, MG; e-mail: guntherlehner@hotmail.com

## **Introdução**

A entorse de tornozelo por inversão representa 85% a 95% de todas as afecções do complexo do tornozelo. Em torno de 50 % da população em geral terá pelo menos uma entorse no longo da vida (FREIRE et al., 2009).

Eisenhart, Gaeta e Yens (2003) relatam que mudanças anatómicas após a primeira lesão são resultados de tratamentos inadequados no início do problema. Com o passar do tempo, o corpo tende a se adaptar em razão de a entorse não ser tratada com a fisioterapia manipulativa. Segundo Martins, Pessoa e Morano (2007), se o pé está lesado, a pelve deve adaptar-se, já que o joelho é incapaz de fazê-lo.

Andrade et al. (2005) afirmam que a dor lombar é uma das alterações musculoesqueléticas mais comuns nas sociedades, afetando 70 % a 80 % da população adulta em algum momento da vida. A estabilidade da cintura pélvica e da coluna lombar tem grande importância no equilíbrio corporal (GOUVEIA; GOUVEIA, 2008).

Em razão da grande prevalência de dor lombar e da relação dessa com a articulação sacroílica, podendo essa dor sofrer adaptação após uma entorse de tornozelo, este estudo teve como objetivo verificar a relação entre a entorse de tornozelo por inversão e dor lombar.

## **Relato de caso**

A paciente L.M.A.S., 25 anos, sexo feminino, queixa-se de dor lombar, nota 7 na escala de Borg, principalmente quando fica de pé por 15 minutos, há quatro meses. Pratica atividade física, caminhada, duas vezes por semana; não possui patologias associadas e não passou por nenhuma cirurgia e nem

possui cicatrizes. Essa paciente relatou que a dor lombar é centralizada, apontando para a região próxima a L4-L5, não agravando a espirro, tosse ou defecação; os Raios X estão sem alterações e está sem uso de medicamento.

Durante anamnese, a paciente relatou ter sofrido uma entorse de tornozelo direito, mecanismo: inversão, há aproximadamente seis meses, quando praticava voleibol. Essa chegou a utilizar gesso por 15 dias e fazer uso de anti-inflamatório. Não fez fisioterapia.

Na inspeção e palpação, observaram-se alterações na dinâmica da coluna lombar, com quebra de curvatura em lombar baixa e dor; tensão em algumas musculaturas específicas do lado direito, como psoas, glúteo médio e máximo e ísquios tibiais.

A paciente apresentou ilíaco direito com crista ilíaca um pouco mais alta em relação à esquerda, assim como EIAS superior no lado direito e rotação posterior do ilíaco direito, perna curta também. No teste de Gillet, observou-se bloqueio em braço menor no lado direito. Na palpação, constatou-se L5 rodado para a direita. No tornozelo e pé direito, observou-se hipomobilidade túbio társica, com lesão em anterioridade do tálus e da parte distal da fíbula e cabeça da fíbula posterior.

A avaliação da estabilidade lombopélvica foi feita utilizando estabilizer e a paciente não apresentou controle algum desse segmento.

## **Resultados e discussão**

Foi possível constatar uma típica lesão em cadeia ascendente, iniciada pela torção em inversão do tornozelo direito com uma anteriorização do tálus e da fíbula, com uma posterioridade da cabeça da fíbula tensionando os ísquios tibiais,

que, por sua vez, tracionaram o íliaco para posterior, rodando L5 homolateralmente, podendo, por intermédio disso, ter gerado a dor lombar que a paciente queixou.

A paciente foi submetida, na primeira sessão, à mobilização articular do tálus, a fim de quebrar aderências, posteriorizá-lo e restaurar a função articular dele; consequentemente, corrigir o posicionamento da fíbula e a posterioridade do íliaco direito (KAPANDJI, 2000). Foram realizadas técnicas miofasciais em paravertebrais. Na segunda sessão, a paciente relatou já se sentir melhor, sendo reavaliada e observada que a compressão túbio társica havia melhorado, mas não o suficiente; o psoas estava menos espasmado e L5 permanecia rodado à direita. Realizou-se técnica de mobilização articular no tálus e músculo energia para o psoas direito, visando a melhora do tônus muscular e o melhor posicionamento do íliaco. Na terceira sessão, após reavaliação biomecânica, constatou-se alcance dos objetivos; com isso, foi realizado trabalho de estabilização lombopélvica utilizando estabilizer, trabalho esse que durou mais quatro semanas, até a alta da paciente.

Os resultados foram significativos no quadro de dor, deslocando de 7 para 1, por meio da Escala de Borg e pelo próprio relato da paciente, em melhora nas suas AVD's.

### **Conclusão**

A paciente apresentou lesão em cadeia ascendente, tendo a origem na entorse de tornozelo por inversão, gerando então a dor lombar.

Concluiu-se que as técnicas de terapia manual associada à técnica de estabilização segmentar com estabilizer foram eficazes para a melhora clínica e funcional da paciente.

## Referencias

- ANDRADE S. C. et al. “Escola da Coluna”: revisão histórica e sua aplicação na lombalgia crônica. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 45, n. 4, p. 224- 228, jul./ago. 2005.
- EISENHART, A. W et al. Osteopathic manipulative treatment in the emergency department for patients whit acute ankle injuries. *The Journal of the American Osteopathic Association*. v. 103, n.9, p. 417-421, sep. 2003.
- FREIRE, R. P. et al. Alinhamento ósseo de retropé e instabilidade funcional do tornozelo. *Revista Terapia Manual*, São Paulo, v. 7, n. 33, p. 363-370, set./out. 2009.
- GOUVEIA, K. M. C; GOUVEIA, E. C. O músculo transverso abdominal e sua função de estabilização da coluna lombar. *Revista Fisioterapia em Movimento*, v. 21, n. 3, p. 45-50, jul./set. 2008.
- KAPANDJI, I. A. *Fisiologia articular*. 5. ed. São Paulo: Panamericana, 2000. v.2.
- MARTINS, F. A. et al. Análise da relação do entorse de tornozelo em inversão com o íliaco em posterioridade. *Revista Terapia Manual*, São Paulo, v. 5, p. 310-331, out./dez. 2007.