Rev. Méd. Paraná, Curitiba.
2011; 69(2):7-9.

Artigo de Revisão

TRATAMENTO ATUAL DA FASCEÍTE PLANTAR

CURRENT TREATMENT OF PLANTAR FASCIITIS

Gilberto **PASCOLAT**[1]

Rev.Méd.Paraná/1308

Pascolat G. Tratamento Atual da Fasceíte Plantar. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2011;69(2):7-9.

RESUMO - A fasceíte plantar é a causa mais comum de dor na região de calcâneo em adultos. Pode ocorrer em atletas ou mesmo na população em geral, mas predomina em mulheres entre 40 e 60 anos de idade. A apresentação clássica é de dor na planta do pé na região inferior do calcanhar, costuma ser mais intensa nos primeiros passos pela manhã ou após atividade de carregar peso, costuma melhorar com o correr do dia. O diagnóstico é feito pela história e exame físico. A fasceíte plantar é considerada uma condição auto-limitada e a resolução completa ocorre em 6 a 18 meses. A melhor e mais eficaz opção de tratamento é a que promove repouso e evita atividades que possam agravar a situação. Temos ainda como opções terapêuticas o uso de calçados adequados, órteses, exercícios de alongamento, infiltrações locais, cirurgias, ondas de choque extra-corpóreas e outras terapias menos convencionais.

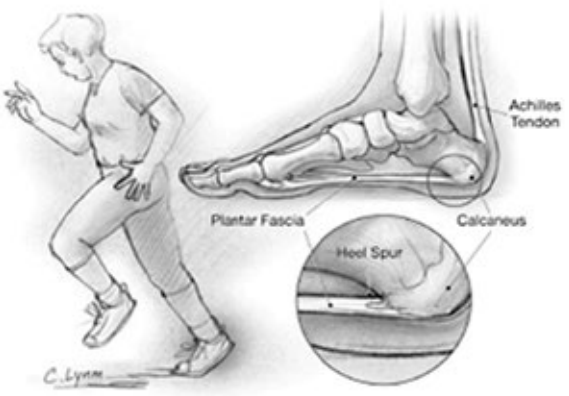
DESCRITORES - Fasceíte Plantar, Tratamento.

INTRODUÇÃO

A fasceíte plantar é uma síndrome degenerativa da fáscia plantar, resultante de traumatismos repetitivos da região do calcâneo.[1] É a causa mais comum de dor na região do calcâneo em adultos e corresponde de 11 a 15% das consultas por dor nos pés.[2] Estima-se que 10% da população experimentará dor na região de calcâneo ao menos uma vez na vida e afeta ambos os sexos e sem predileção por idade ou nível de atividade.[2] Ela tanto é vista em indivíduos corredores ou do serviço militar, como na população em geral, particularmente em mulheres entre 40 e 60 anos de idade.[1,2]

ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

A fáscia plantar é uma fina lâmina fibrosa de tecido conectivo que se origina do tubérculo medial do assoalho do calcâneo, ligando-se às articulações metatarsofalangeanas para formar o arco medial longitudinal do pé. Exerce função durante a corrida e andar, provendo suporte ao arco longitudinal e servindo como uma almofada para absorver o choque do pé e da perna.[1,3,4,5,6]



Na presença de fatores agravantes, os movimentos repetitivos de andar ou correr podem causar micro-rupturas da fáscia plantar, levando a degeneração, com ou sem proliferação fibroblástica e processo inflamatório crônico.[4] A etiologia da fasceíte plantar é pouco compreendida, podendo ocorrer em associação com artrites ou sem etiologia definida em cerca de 85% dos casos.[1] Em atletas parece estar relacionada com excesso de uso ou erros de

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba - HUEC
1 - Médico Pediatra, Coordenador da Câmara Técnica do Instituto Curitiba de Saúde.

Endereço para correspondência: Dr. Gilberto Pascolat - R: Al. Augusto Stellfeld, 1908 - CEP: 80730150. Bigorrilho – Curitiba, PR. Telefone: 41 – 32405000.
Email: gpascolat@ics.curitiba.pr.gov.br

treinamento ou uso de material impróprio.[1,7]

Recentemente descreveram-se como fatores de risco a obesidade ou ganho de peso súbito, dorsiflexão reduzida do tornozelo, pé plano e ocupações que requeiram transporte de muito peso.[1]

O esporão de calcâneo está comumente implicado como um fator de risco para a fasceíte plantar. Aproximadamente metade dos pacientes diagnosticados com fasceíte plantar apresentam esporão, apesar de não estar clara sua influência nesta situação. Estudos recentes mostram presença da calcificação em cerca de 50% dos pacientes com fasceíte plantar em cerca de 19% das pessoas sem fasceíte. A presença ou ausência do esporão de calcâneo não é útil no diagnóstico da fasceíte plantar.[1,8]

SINAIS E SINTOMAS

A apresentação clássica é de dor na planta do pé na região inferior do calcanhar. A dor costuma ser mais intensa nos primeiros passos pela manhã ou após atividade de carregar peso, costuma melhorar com o correr do dia. O diagnóstico é feito pela história e exame físico. A parestesia não costuma ocorrer e a presença de dor noturna leva à suspeição de outra causa de dor, como tumores, infecção e neuralgia. É usualmente unilateral, mas pode ocorrer bilateralmente em 30% dos casos. Doença bilateral em pacientes jovens leva à suspeita de Doença de Reiter. Os exames de imagem usualmente não são necessários para a confirmação diagnóstica.[1,4,6,8]

OPÇÕES DE TRATAMENTO

A fasceíte plantar é considerada uma condição auto-limitada e a resolução completa ocorre em 6 a 18 meses. A melhor e mais eficaz opção de tratamento é a que promove repouso e evita atividades que possam agravar a situação.[1,6]

Calçados Apropriados

Os calçados devem ter uma configuração adequada para suportar o arco do pé e acomodar o calcanhar. Pessoas com pé plano podem se beneficiar de calçados com suporte de arco longitudinal, especialmente se ficarem longos períodos em pé. O uso de palmilhas amortecedoras também tem boa indicação.[1,6,8,9]

Órteses

O uso de tratamentos mecânicos (faixas, bandagens) ou acomodativos (amortecedores) podem ser úteis, com efetividade superior do tratamento mecânico. Em geral o uso destes materiais produz poucos benefícios, de curta duração. O uso de talas noturnas que promovam uma posição neutra do tornozelo parece promover uma melhora em alguns estudos de até 80%.[1,5,6,9]

Exercícios de Alongamento

Podem corrigir fatores de risco, como encurtamento do tendão de Aquiles e fraqueza dos músculos intrínsecos do pé.[1,4,6,7,8,9] Estudo randomizado, cego, utilizando exercícios de alongamento em um grupo e ultrassom somente em outro, não demonstrou uma melhora na dor no grupo alongamento.[7]

Anti-Inflamatórios

Os agentes mais utilizados são a crioterapia (gelo), AINH e infiltração de corticosteróides. São medidas temporárias para a dor, mas não curativas. Os corticosteróides utilizados em múltiplas injeções estão associados com fragilidade e rutura da fáscia, bem como atrofia do coxim gorduroso. A melhora que alguns pacientes apresentam às injeções de corticosteróides não se sustenta após 6 meses da terapia. Atualmente a injeção de corticosteróide só está indicada nos casos intratáveis.[1,2,3,4,6,8,9,10]

Cirurgia

Só deve ser considerada quando todas as outras formas de tratamento falharam. O procedimento mais comum é uma fasciotomia plantar parcial, aberta ou fechada (endoscópica), com descompressão do nervo e ressecção do esporão (não realizada no tratamento endoscópico).[1,6,8,9,11]

Terapia com Ondas de Choque Extracorporeas

Utiliza pulsos de ondas sonoras de alta pressão para bombardear o tecido lesado e aliviar a dor. É uma alternativa ao procedimento cirúrgico para pacientes com dor recalcitrante de longa duração. É um método não invasivo, com período de recuperação curto e efetividade comparável ao tratamento cirúrgico. Recentes estudos randomizados entretanto não mostraram uma eficácia superior ao placebo. Mostrou-se efetiva em um estudo para corredores com dor plantar crônica, mas mostrou-se inefetiva nos outros tipos de pacientes.[1,8,9]

Opções Alternativas

O uso de solados magnéticos não se mostrou superior ao placebo. Poucos estudos não conclusivos citam o uso da acupuntura. Complementos nutricionais têm sido estudados, com resultados ainda inconclusivos. Citam-se o uso de vitamina C, zinco, glucosaminas, enzimas do abacaxi e óleo de peixe. A iontoforese com ácido acético é um sistema de absorção de droga que utiliza corrente elétrica baixa para distribuição de solução aquosa iônica através da pele. A longo prazo tem mostrado poucos benefícios.[1,9]

CONSIDERAÇÕES:

1) A fasceíte plantar é uma condição auto-limitada em que mais de 80% dos casos se resolve em 12 meses, independentemente da terapia.

2) A presença do esporão do calcâneo normal-

mente significa um processo adaptativo da fasceíte, em que a presença de dor não é comum.

3) Várias opções terapêuticas têm sido utilizadas e o mais prudente parece ser utilizar-se de tratamentos conservadores primeiramente.

4) O manejo conservador deve ser realizado com diminuição da atividade, evitar andar em superfícies duras, utilização de calçados adequados e exercícios de alongamento.

5) Utilização de aparelhos mecânicos (bandagens) e de talas noturnas deve ser uma opção para os pacientes que não apresentarem melhora com as medidas conservadoras.

6) Injeções de corticosteróides devem ser utilizadas somente em casos extremos e a cirurgia em casos com considerável disfunção após um período de 12 meses de tratamento conservador sem resultado.

7) O uso de complementos nutricionais pode ser uma opção válida, quando utilizada sistemicamente e em associação com as medidas conservadoras.

Pascolat G. Current treatment of Plantar Fasciitis . Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2011;69(2):7-9.

Abstract - The plantar fasciitis is the most common cause of pain in the calcaneus in adults. It can occur in athletes or even in the general population, but predominates in women between 40 and 60 years of age. The classic presentation is of pain in the sole of the heel on the lower, tends to be more intense in the first steps in the morning or after activity to load weight, usually improve with the passage of the day. Diagnosis is made by history and physical examination. The plantar fasciitis is considered a self-limiting condition and complete resolution occurs in 6 to 18 months. The best and most effective treatment option is to promote rest and avoid activities that might aggravate the situation. We still have treatment options as the use of appropriate footwear, bracing, exercises for stretching, local infiltration, surgery, extra-corporeal shock waves and other less conventional therapies.

Keywords - Plantar Fasciitis, Treatment.

Referências

1. ROXAS M. Plantar fasciitis: diagnosis and therapeutic considerations. Altern Med Rev 2005;10:83-93.

2. FRATER C, VU D, DER WALL HV, PERERA C, HALASZ P, EMMETT L, FOGELMAN I. Bone scintigraphy predicts outcome of steroid injection for plantar fasciitis. J Nucl Med 2006;47:1577-1580.

3. TALLIA AF, CARDONE DA. Diagnostic and therapeutic injection of the ankle and foot. Am Fam Physicians 2003;68:1356-1362.

4. COSTA IA, DYSON A. The integration of acetic acid iontophoresis, orthotic therapy and physical rehabilitation for chronic plantar fasciitis: a case study. J Can Chiropr Assoc 2007;51:166-174.

5. LANDORF KB, KEENAN AM, HERBERT RD. Effectiveness of foot orthoses to treat plantar fasciitis. A randomized trial. Arch Intern Med 2006;166:1305-1310.

6. YOUNG CC, RUTHERFORD DS, NIEDFELDT MW. Treatment of plantar fasciitis. Am Fam Physician 2001;63:467-474.

7. RADFORD JA, LANDORF KB, BUCHBINDER R, COOK C. Effectiveness of calf muscle stretching for the short-term treatment of plantar heel pain: a randomized trial. BMC Musculoskeletal Disorders. Disponível em www.biomedcentral.com, capturado em 05/06/2008.

8. COLE C, SETO C, GAZEWOOD J. Plantar fasciitis: evidence-based review of diagnosis and therapy. Am Fam Physician 2005;72:2237-2242.

9. ATKINS D, CRAWFORD F, EDWARDS J, LAMBERT M. A systematic review of treatments for the painful heel. Rheumatology 1999;968-973.

10. OSBORNE HR, ALLISON GT. Treatment of plantar fasciitis by LowDye taping and iontophoresis: short term results of a double blinded, randomised, placebo controlled clinical trial of dexamethasone and acetic acid. Br J Sports Med 2006;40:545-549.

11. CHUNDRU U, LIEBESKIND A, SEIDELMANN F, FOGEL J, FRANKLIN P, BELTRAN J. Plantar fasciitis and calcaneal spur formation are associated with abductor digiti minimi atrophy on MRI of the foot. Skeletal Radiol 2008;37:505-510.