

INTRODUÇÃO E QUADRO CLÍNICO

A periostite ou síndrome do estresse tibial medial (SETM), popularmente conhecida como canelite, é um distúrbio complexo, de causas e tratamentos controversos que acomete principalmente atletas corredores que costumam correr médias e longas distâncias.

Além da corrida, esta síndrome pode estar presente em vários outros esportes principalmente àqueles que envolvam saltos e aterrissagens repetitivamente.

No início a dor é incaracterística e difusa ao redor da região interna da perna próximo ao tornozelo. Além da dor, o edema pode estar presente em alguns casos. Inicialmente a dor é aliviada com o repouso e piora com a atividade física, mas com a evolução do quadro pode se tornar constante, mesmo em repouso. Pode haver ainda uma dor com a elevação dos dedos do pé ou pela movimentação contra resistência do tornozelo.

Nitidamente há uma queda do rendimento e posterior limitação até para as atividades diárias.

CAUSAS

Na presença de uma pisada pronada excessiva (para dentro) ou de uma maior velocidade de pronação, a biomecânica da marcha ou corrida é alterada gerando um estiramento do músculo sóleo medial. Essa hiperpronação combinada com o impacto repetitivo gera a canelite na borda interna e posterior da perna, induzida por tração muscular. Esta tensão excessiva na borda medial da perna é a origem desta patologia que apresenta múltiplos fatores:

- Fraqueza dos músculos dos MMII, como também a falta de alongamento do complexo sóleo-gastrocnêmio(musculatura da panturrilha)
- Aumentos súbitos na intensidade e no volume de treinamento ou erros de treinamento
- Alterações no calçado e na superfície de treinamento (pisos mais duros)
- Lesões de partes moles (musculatura)
- Ausência do tempo de recuperação (descanso)

EXAMES COMPLEMENTARES

O primeiro exame a ser solicitado é a radiografia, que na maioria das vezes apresenta-se normal na fase inicial. Pode ocorrer calcificação na região da dor de forma longitudinal e irregular ou hipertrofia da cortical óssea da tíbia, nos casos crônicos.

A ressonância magnética pode revelar um edema ósseo indicando a periostite de tração, que se não tratada á tempo pode evoluir para uma fratura por estresse. A cintilografia óssea pode demonstrar lesões longas longitudinais chegando a um terço do comprimento do osso.

TRATAMENTO

O tratamento conservador através da fisioterapia é indispensável.

Inicialmente deve haver uma modificação da atividade, evitando-se as corridas e os saltos por aproximadamente 10 dias. Durante esse período o condicionamento cardiorrespiratório deverá ser mantido através de exercícios na piscina com flutuador, como também na bicicleta ergométrica.

A crioterapia (gelo) e o TENS (estimulação elétrica trans cutânea) podem ser usados objetivando a analgesia do local acompanhado de exercícios de alongamento para musculatura posterior da perna (gastrocnêmio-sóleo).

Com a regressão dos sintomas, os exercícios de fortalecimento para toda musculatura que envolve a articulação do tornozelo (tibiais, fibulares e tríceps sural) deve ser iniciada de maneira progressiva.

Assim que o atleta estiver assintomático, pode-se iniciar o trote/corrída sobre a grama, por aproximadamente 20 minutos, com uma progressão de 10 a 15% semanalmente. É importante ressaltar que o mesmo já deverá estar adaptado ao tênis, caso seja portador de algum problema estrutural além da correção de quaisquer fatores biomecânicos presentes.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

O tratamento cirúrgico fica indicado nos casos não responsivos a um intenso tratamento fisioterápico.