

REABILITAÇÃO DE FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA – RELATO DE CASO

Núbia Santiago Freitas

Alison Oliveira dos Santos

Jaqueline Apolônio de Oliveira

As fraturas e luxações de tornozelo são as lesões mais comuns do sistema musculoesquelético, e dentre as articulações de carga, o tornozelo é a que apresenta maior incidência de fraturas (VIEIRA, BARROS 2005). Esta alta incidência ocorre devido ao complexo do tornozelo ser responsável pelas funções de controle e estabilização da perna sobre o pé planado (CARVALHO et al. 2007). Segundo Vieira e Barros (2005), as fraturas de tornozelo têm grande repercussão sobre a sua função, pois pode causar desarranjos articulares como instabilidade, limitações de movimento, incongruência articular e artrose secundária (pós-traumática). Em alguns casos são necessários artrodese de tornozelo devido as complicações causadas pelas fraturas. Com isto a fisioterapia tem um importante papel na recuperação da função dos pacientes pós trauma, com o objetivo de melhora da amplitude de movimento, recuperação de força muscular, melhora da coordenação e independência e desempenho durante a marcha (GABRIEL et al. 2001). Objetivo: O presente estudo teve como objetivo relatar um caso atendido na Clínica Escola UNIVERSO – BH no período de agosto a outubro de 2016. O plano terapêutico consistiu em redução do edema através de drenagem linfática manual, movimentação ativo-livre de tornozelo e elevação do membro afetado; redução da aderência cicatricial por meio de mobilização tecidual; melhora da amplitude de movimento e força muscular de dorsiflexão, flexão plantar, inversão e eversão utilizando-se de mobilizações articulares, descarga de peso progressiva, exercícios resistido em cadeia cinética aberta e fechada. Dados do paciente antes e após tratamento: edema avaliado pela perimetria, no qual – 2,5cm acima do maléolo medial – MID: 29cm (inicial) 27cm (final) e MIE: 24,5cm (inicial) 23cm (final); 30cm acima de maléolo medial – MID: 46,5cm (inicial) 38cm (final) e MIE: 39,5cm (inicial) 38

(final). Força muscular para MID: dorsiflexores MID grau 3 (inicial) e grau 5 (final), flexores plantares grau 3 (inicial) e grau 5 (final), inversores e eversores grau 3 (inicial) e grau 5 (final). Paciente apresentou melhora do quadro álgico de 2/10 (inicial) para 1/10 (final) segundo a escala analógica visual – EVA; Aumento de amplitude de movimento medidos através de Goniometria para dorsiflexão MID -10° (inicial) e 2° (final), flexão plantar MID 20° (inicial) e 27° (final), inversão MID 10° (inicial) e 14° (final), eversão MID 12° (inicial) e 16° (final).

Vieira GC, Barros ARSB. Tratamento fisioterapêutico das fraturas do tipo B e C de Weber. *Fisioter Bras* 2005 Nov/Dez; 6(6): 405-11.

Carvalho STRF, Filho FAP, Delgado MO. Fisiologia articular aplicada na terapia manual para recuperação funcional pós-fratura do tornozelo. *Fisioter* 2007; 2(3): 210-4.

Gabriel MRS, Petit JD, Carril MLS. *Fisioterapia em traumatologia, ortopedia e reumatologia*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.