



A entorse do tornozelo é uma das queixas mais comuns da prática clínica e uma das afecções que mais leva o paciente ao pronto atendimento ortopédico. Representa em média cerca de 7% a 10% das consultas de pronto atendimento. Entorse do tornozelo é mais definido como um mecanismo de trauma do que propriamente o diagnóstico final, podendo ter diferentes lesões anatômicas. A lesão ligamentar lateral é a mais comum, em decorrência do maior número de traumas em inversão [1,2,3]

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

- O médico deve caracterizar o mecanismo do trauma (inversão, eversão, flexão, extensão), o momento da lesão e a região da dor relatada, para suspeitar das principais estruturas envolvidas no trauma [1,2] [a]
- Na avaliação clínica, deverá ser realizada a palpação das estruturas anatômicas do tornozelo em busca de pontos dolorosos. A presença de edema na região dos ligamentos representa 87% de possibilidade de lesão ligamentar [1,2] [a]
- Após esse exame inicial, devemos dar sequência a investigação com radiografias do tornozelo AP com carga, perfil e Mortalha. [1][b]
- O estudo com ressonância magnética não tem valor na investigação aguda do entorse no pronto-atendimento

2. EXAMES ADICIONAIS

A ressonância poderá ser solicitada **ambulatorialmente**, conforme necessidade, após a avaliação do médico que acompanhará o(a) paciente

3. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO

O tratamento cirúrgico se dá, se houver fratura do tornozelo e/ou pé, de indicação cirúrgica, caso contrário, a maioria dos casos são tratados conservadoramente [1,4] [d]

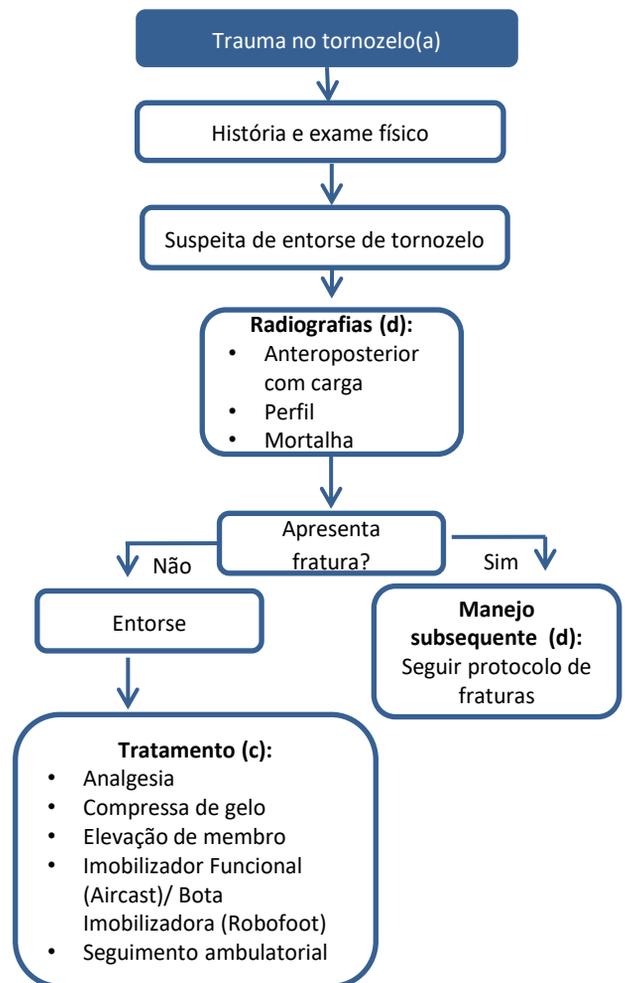
4. TRATAMENTO INICIAL

- Nas entorses grau 1 e 2, devemos iniciar o tratamento com analgésicos, imobilização funcional (ex: tornoeleira rígida), orientação de compressas de gelo e elevação do membro afetado [1,3] [c]
- Nas entorses grau 3, podemos optar por botas imobilizadoras com velcro, mas a literatura também respalda o uso de imobilizador funcional [5,6, 7] [d]

6. MANEJO SUBSEQUENTE

- O paciente deve ser orientado a permanecer imobilizado até reavaliação com seu médico em 5 a 7 dias.
- Em caso de suspeita de lesões associadas não-diagnosticadas, pode-se solicitar exames complementares como a tomografia e a ressonância, sendo esta última importante para detalhamento das lesões ligamentares e diagnosticar outras lesões como as condrais.

CID 10	Definição
S93.4	Entorse e distensão do tornozelo



III- HISTÓRICO DE REVISÃO

Atualizado no novo template

IV- REFERÊNCIAS

- [1] Bachman LM, Kolb E, Koller MT. Accuracy of Ottawa Ankle Rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot, systematic review. BMJ 2003; 326, 417;
- [2] Polzer, H, Kanz K, et al. Diagnosis and treatment of acute ankle injuries. Orthop Review 2012
- [3] Kaikonnen A, Kannus P, et al. A performance test protocol and scale for evaluation of ankle injuries;
- [4] Am J Sports Med 2004;32:1415-1420;
- [5] Clin Sports Med 1993;12:637-670;
- [6] Petersen W, Rembitzki IV, Koppenburg AV. Treatment of acute ankle injuries ligaments. Acta Orthop Trauma Surg, 2013: 133- 715 [7] Chorley JN, Hergonnerg HC, Management of Ankle sprains, Pediatr Ann 1997, 26-56.

Código Documento: CPTW119.3	Elaborador: Mario Lenza Alexandre L G dos Santos Adilson S de O. Jr Giovani Pacífico Jr	Revisor: Hélio Samano	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 15/04/2021 Data da revisão: 06/06/2023	Data de Aprovação: 06/06/2023
---------------------------------------	--	---------------------------------	--	---	---