

# Lesão Muscular no Futebolista – A Propósito de Dois Casos Clínicos

Dr. Nuno Loureiro<sup>1,4,5</sup>, Dr. Diogo Gomes<sup>2,5</sup>, Dr. Carlos Sales<sup>3,4,5</sup>, Dr. Rui Dias<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup>Médico Especialista em Medicina Desportiva e Medicina Física e de Reabilitação; <sup>2</sup>Interno de Formação Específica de Medicina Física e de Reabilitação – Hospital de Braga; <sup>3</sup>Fisioterapeuta; <sup>4</sup>Clinica do Dragão Espregueira Mendes Sports Centre – FIFA Medical Centre of Excellence; <sup>5</sup>Departamento Médico F C Paços Ferreira.

## Introdução

A lesão muscular representa o tipo de lesão com maior incidência no futebol (cerca de 45% no total), ocorrendo geralmente por mecanismo indireto<sup>1</sup> e afetando maioritariamente

quatro músculos – bicipite femoral, reto femoral, adutor longo e gêmeo interno.<sup>1-4</sup> Destes, o mais frequentemente afetado é o bíceps femoral<sup>1,2,4-6</sup>, nomeadamente a sua cabeça longa, um músculo pertencente ao grupo muscular dos isquiotibiais e com características particulares: biarticulado, duas porções (cabeça longa e cabeça curta), dupla inervação, predomínio de fibras musculares tipo II e com função extremamente importante na desaceleração excêntrica da extensão do joelho durante a fase de balanço da marcha/corrida.<sup>5,6</sup>

As lesões musculares dos isquiotibiais terão pior prognóstico quando envolverem o bicipite femoral,<sup>4</sup> forem mais proximais e com mecanismo de lesão por estiramento, com determinado tipo de atingimento muscular<sup>2,7</sup> (intratendinoso > miotendinoso > intramuscular > miofascial) e tanto pior quanto maior o número de dias que o atleta apresente dor / desconforto na marcha com claudicação associada.<sup>5</sup> As lesões musculares que afetam outros músculos são raras e geralmente não causam limitação funcional relevante.<sup>1</sup>

Apesar de muito frequentes e bastante estudadas, alguns comportamentos da evolução desta patologia são ainda incompreendidos, onde em grande medida a individualidade de cada atleta deve ser considerada. Dos múltiplos fatores que contribuem para o seu aparecimento (fatores de risco) destaca-se a metodologia

inadequada de treino, a lesão muscular prévia, a idade e os desequilíbrios musculares relevantes.<sup>3,5,6,8</sup>

Relativamente à **classificação** deste tipo de lesões, de referir que o modelo convencional (Grau I, Grau II e Grau III) nos parece desatualizado.<sup>7,9</sup> A que nos parece ser mais completa (sem necessariamente o ser) e que nos consegue dar mais alguns parâmetros que ajudam no prognóstico é a classificação de Pollock et al (British Athletics Muscle Injury Classification), a qual classifica as lesões musculares baseado em achados de ressonância magnética e de acordo com o tamanho e localização da lesão dentro do músculo (intratendinoso, miotendinoso, intramuscular e miofascial).<sup>2,7</sup>

Quanto à sua **forma de tratamento**, deve seguir-se um padrão individualizado, respeitando o processo de cicatrização e as suas 3 fases (inflamatória, proliferativa e maturação), devendo a progressão e a integração do atleta em treino / jogo ser baseada em critérios objetivos (clínicos, imagiológicos, funcionais e com uma boa gestão das cargas físicas pré-treino/treino).<sup>4,5,8</sup>

Apresentamos de seguida dois casos clínicos sobre lesões musculares, com atingimento do mesmo músculo, ambas no seu terço distal, no membro não dominante e com comportamentos clínicos distintos.

## Caso clínico 1

- Atleta profissional de Futebol (Clube 1.<sup>a</sup> Liga Portuguesa)
- Idade: 26 anos

- Posição no campo: defesa lateral
- Membro dominante: esquerdo
- Antecedentes relevantes: lesão miotendinosa proximal no bicipite femoral (cabeça longa) direito quatro meses antes do aparecimento deste episódio.
- Anamnese: Dor de aparecimento súbito na face póstero-lateral da coxa direita durante *sprint*, no aquecimento de jogo oficial. Participou em 90 minutos desse jogo, apenas com ligeiro desconforto local nas acelerações máximas.
- Objetivamente (às 48h após lesão) com dor moderada (EVA: 5) na palpação e alongamento (EVA: 2) dos isquiotibiais.
- Ecografia músculo-esquelética (às 48h após lesão) (fig.1): Lesão muscular miofascial no 1/3 distal da cabeça longa do bicipite femoral, com hiato de rotura de cerca de 1,2cm, edema perilesional que se estendia longitudinalmente por cerca de 4cm e seroma associado de 2cm a dissecar a cabeça longa da curta do bicipite femoral.

Pausa desportiva: três dias.

**Nota:** Desde a paragem desportiva sempre disponível para treino / jogo e sem queixas álgicas musculares relevantes (EVA: 0).

## Caso clínico 2

- Atleta profissional de Futebol (Clube 1.<sup>a</sup> Liga Portuguesa)
- Idade: 27 anos
- Posição no campo: defesa central
- Membro dominante: direito
- Antecedentes relevantes: lesão miofascial proximal no bicipite femoral (cabeça longa) esquerdo quatro meses antes do aparecimento deste episódio.

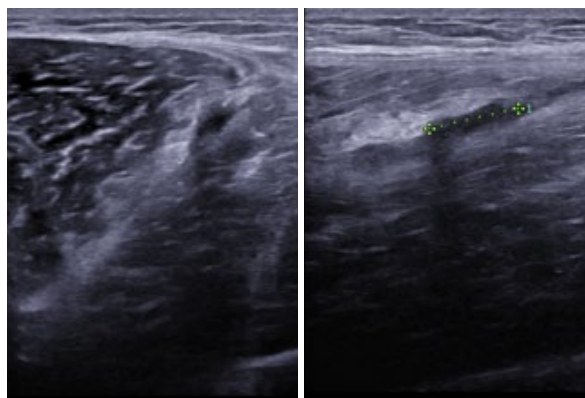


Figura 1

- Anamnese: Dor de aparecimento súbito na face pósterio-lateral da coxa esquerda durante *sprint*, aos 15 minutos de jogo oficial. Participou em 90 minutos desse jogo com desconforto local nas acelerações máximas e alongamento dos isquiotibiais à esquerda.
- Objetivamente (às 48h após lesão) com dor moderada (EVA:5) na palpação, alongamento (EVA: 4) e contração resistida (EVA:4) dos isquiotibiais.
- Ecografia músculo-esquelética (às 48h após lesão) (fig.2): Lesão muscular miotendinosa no 1/3 distal da cabeça longa do bicipite femoral, com hiato de rotura de cerca de 0,4cm e edema perilesional que se estende longitudinalmente por cerca de 3cm.

Objetivamente (ao 5.º dia pós-lesão) com dor ligeira na palpação e contração resistida (EVA: 2).  
Pausa desportiva: 10 dias.

**Nota:** Desde a paragem desportiva sempre disponível para treino/Jogo e sem queixas algícas musculares relevantes (EVA: 0).

## Discussão / Conclusão

De facto, estes dois casos clínicos revelam bem quanto o comportamento das lesões musculares é multifatorial. Se por um lado temos duas lesões no mesmo músculo, ambas no 1/3 distal, em coxas não dominantes, em atletas da mesma idade, com a lesão a ocorrer em contexto de jogo, com o mesmo médico e fisioterapia a fazerem o acompanhamento das lesões, também é verdade que o facto de os atletas terem personalidades diferentes, tipos de lesão

diferentes (miotendinosa vs miofascial) condiciona o prognóstico e a disponibilidade para o treino / jogo.

O caso clínico número 1, pelas dimensões da lesão (hiato com 1,5cm), com complicação associada (seroma), poderia levar a maior preocupação. No entanto, sabemos que este tipo de lesão tem bom prognóstico, em função das queixas algícas do atleta, necessitando somente de vigilância clínica e imagiológica.

Quanto ao caso clínico número 2, apesar de ser uma lesão *minor*, com um hiato de 0,4cm, mas tratando-se de uma lesão miotendinosa pode, de facto, dar maior sintomatologia e ser mais incapacitante do que a lesão do caso 1, mas também não é mentira e a nossa experiência assim o comprova que vários atletas com lesões deste tipo conseguem treinar/jogar ininterruptamente. O facto de ser uma lesão no 1/3 distal da cabeça longa do bicipite femoral confere um melhor prognóstico em comparação com uma lesão mais proximal. Nestes dois casos o que na realidade aconteceu (e tal como seria de esperar) foi a disponibilidade a curto prazo para o atleta com a lesão miofascial e o maior tempo de incapacidade para o atleta com a lesão miotendinosa, mesmo tratando-se de uma lesão muito mais pequena em termos de dimensão.

Em virtude deste comportamento várias questões se levantam:

Será que a sensibilidade à dor não afeta a disponibilidade para o treino e jogo?

Será que o facto de os atletas terem personalidades distintas, tal não terá afetado a disponibilidade para o treino e jogo, ou seja, será que se o atleta do caso 1 tivesse a mesma lesão do caso 2 não conseguiria jogar? E se o atleta do caso 2 tivesse a lesão do atleta do caso 1 estaria disponível para o treino?

Será que a influência do atleta no plantel/equipa não interfere com a disponibilidade para treino?

Será que a posição contratual do atleta não

interfere com a disponibilidade para treino?

Não haverá outros fatores para além do músculo lesionado, tipo de lesão, porção do músculo e tipo de atleta a ter em conta quando falamos em prognóstico de lesão muscular?

Decerto haverá ainda muito a descobrir acerca de lesões musculares, mas sem dúvida que o mesmo tipo de lesão, no mesmo músculo, com o mesmo tamanho, tem comportamentos diferentes em dois atletas diferentes e no mesmo atleta consoante a altura da época, posição contratual e se o atleta é a opção inicial do treinador ou não, ou seja, a componente psicológica torna-se fundamental também aqui no manejo desta patologia. Portanto, a avaliação e as tomadas de decisão devem ter em conta o atleta como um todo, devendo ser analisado o contexto biopsicossocial, caso a caso e a decisão partilhada entre o atleta, departamento médico e departamento técnico.

## Bibliografia

1. Ekstrand J, Bengtsson H, Hallén A. UEFA Elite Club Injury Study Report 2015/16. [Disponível em <http://pt.uefa.org/protecting-the-game/index.html>].
2. Crema MD, Guermazia A, Tol JL, et al. Acute hamstring injury in football players: Association between anatomical location and extent of injury – A large single-center MRI report. *J Sci Med Sport* 2015; 19(4):317–322.
3. Häggglund M, Waldén M, Ekstrand J. Risk factors for lower extremity muscle injury in professional soccer: the UEFA Injury Study. *Am J Sports Med*. 2013; 41(2):327–35.
4. Hallén A, Ekstrand J. Return to play following muscle injuries in professional footballers. *J Sports Sci*. 2014; 32(13):1229–36.
5. Brukner P, Khan K; *Clinical Sports Medicine*; McGraw-Hill Professional; 2012; 4<sup>th</sup> Edition. Chapter 31.
6. Opar DA, Williams MD, Shield AJ. Hamstring strain injuries: factors that lead to injury and re-injury. *Sports Med*. 2012; 42(3):209–26.
7. Pollock N, James S, Lee J, et al. British athletics muscle injury classification: a new grading system. *Br J Sports Med* 2014; 48:1347–1351.
8. Bengtsson H, Ekstrand J, Häggglund M. Muscle injury rates in professional football increase with fixture congestion: an 11-year follow-up of the UEFA Champions League injury study. *Br J Sports Med* 2013; 47:743–747.
9. Mueller-Wohlfahrt HW, Haensel L, Mithoefer K, et al. Terminology and classification of muscle injuries in sport: the Munich consensus statement. *Br J Sports Med*. 2013; 47(6):342–50.

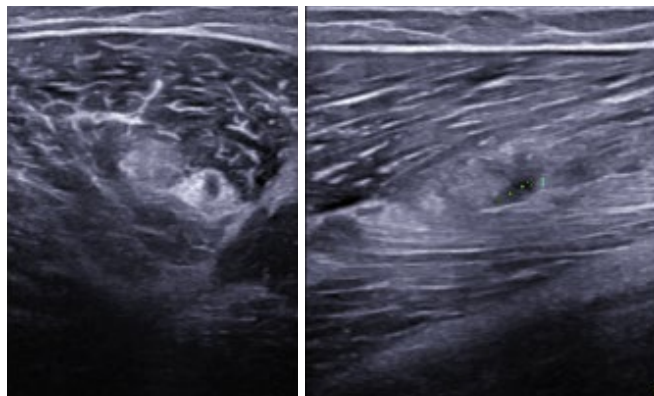


Figura 2