

## ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS E ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA FASCITE PLANTAR

ANALYSIS OF THE CHARACTERISTICS AND THERAPEUTIC APPROACH OF PLANTAR FASCIITIS

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS Y ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA FASCITIS PLANTAR

Kátia Monteiro Pereira<sup>1</sup>  
Maria Eduarda Monteiro Pereira da Silva<sup>2</sup>  
Thayza Sandôra do Nascimento<sup>3</sup>  
Nabilla Araujo Evangelista<sup>4</sup>  
Emílio Conceição de Siqueira<sup>5</sup>

**RESUMO:** Esse artigo buscou analisar, através de uma revisão bibliográfica, os aspectos de saúde da fascite plantar (FP), como características e tratamentos. A FP é o resultado da irritação degenerativa da origem da fásia plantar na tuberosidade medial do calcâneo do calcanhar e nas estruturas circundantes. Os pacientes geralmente queixam-se de dor no calcanhar que acompanha os primeiros passos da manhã, após se levantarem. Outros relatam dor no calcanhar após levantarem-se de uma posição sentada prolongada. Em casos de longa data, a dor pode persistir durante os períodos de caminhada e descanso. A sensibilidade apresentada é geralmente provocada inferiormente sobre o tubérculo medial do calcâneo. A FP causa grave comprometimento da qualidade de vida devido à dor cotidiana. Dessa forma, seu tratamento adequado é essencial e perpassa, inicialmente, por terapêutica conservadora com exercícios físicos, fisioterapia, massagem com gelo e uso de drogas antiinflamatórias ou analgésicos. Quando não há resposta ao tratamento conservador indica-se injeções de corticosteróides e plasma rico em plaquetas para propiciar alívio da dor em curto prazo. Importante ressaltar que a condição costuma ser autolimitada com a maior parte dos casos tendo resolução espontânea em cerca de 12 meses.

881

**Palavras-chave:** Fascite plantar. Ortopedia. Pé.

**ABSTRACT:** This article sought to analyze, through a literature review, the health aspects of plantar fasciitis (PF), such as characteristics and treatments. PF is the result of degenerative irritation of the origin of the plantar fascia in the medial tuberosity of the heel calcaneus and surrounding structures. Patients often complain of heel pain that accompanies the first few steps in the morning after getting up. Others report heel pain after getting up from a prolonged sitting position. In long-standing cases, the pain may persist during walking and resting periods. The tenderness presented is usually caused inferiorly over the medial tubercle of the calcaneus. PF causes severe impairment of quality of life due to everyday pain. Thus, its appropriate treatment is essential and initially involves conservative therapy with physical exercises, physiotherapy, ice massage, and the use of anti-inflammatory or analgesic drugs. When there is no response to conservative treatment, corticosteroid injections and platelet-rich plasma are indicated to provide short-term pain relief. It is important to note that the condition is usually self-limiting, with most cases resolving spontaneously in about 12 months.

**Keywords:** Plantar fasciitis. Orthopedics. Foot.

<sup>1</sup>Estudante de medicina da Univassouras- Campus Vassouras.

<sup>2</sup>Estudante de medicina da Univassouras- Campus Miguel Pereira.

<sup>3</sup>Estudante de medicina da Univassouras- Campus Vassouras.

<sup>4</sup>Estudante de medicina da Univassouras- Campus Vassouras.

<sup>5</sup>Orientador e professor da Univassouras- Título de Mestrado.

**RESUMEN:** Este artículo buscó analizar, a través de una revisión de la literatura, los aspectos de salud de la fascitis plantar (PF), como características y tratamientos. La PF es el resultado de una irritación degenerativa del origen de la fascia plantar en la tuberosidad medial del calcáneo del talón y las estructuras circundantes. Los pacientes a menudo se quejan de dolor en el talón que acompaña a los primeros pasos de la mañana después de levantarse. Otros informan dolor en el talón después de levantarse de una posición sentada prolongada. En casos de larga duración, el dolor puede persistir durante los períodos de caminata y descanso. La sensibilidad que se presenta suele ser causada inferiormente sobre el tubérculo medial del calcáneo. La PF causa un deterioro grave de la calidad de vida debido al dolor cotidiano. Así, su tratamiento adecuado es fundamental e inicialmente pasa por una terapia conservadora con ejercicios físicos, fisioterapia, masaje con hielo y el uso de fármacos antiinflamatorios o analgésicos. Cuando no hay respuesta al tratamiento conservador, las inyecciones de corticosteroides y el plasma rico en plaquetas están indicados para proporcionar alivio del dolor a corto plazo. Es importante tener en cuenta que la afección suele ser autolimitada, y la mayoría de los casos se resuelven espontáneamente en unos 12 meses.

**Palabras clave:** Fascitis plantar. Ortopedia. Pie.

## INTRODUÇÃO

A dor no calcanhar plantar é um problema que comumente ocorre entre os adultos e, devido aos quadros de dor intensa, pode acarretar diversas complicações, como: incapacidade significativa e comprometimento das atividades da vida diária. Sendo, muitas das vezes descrito como tendo causas locais para sua ocorrência, entre elas, fascite plantar, causas referidas como radiculopatia S<sub>1</sub> ou doença sistêmica, como espondiloartropatias soronegativas (EpA). Com relação às causas mais comuns de dor plantar no calcanhar, temos: fascite plantar (FP), atrofia do coxim adiposo do calcanhar, fraturas por estresse do calcâneo ou compressão do nervo tibial, do nervo calcâneo medial ou do primeiro ramo do nervo plantar lateral, também conhecido por nervo de Baxter (YELVERTON C, et al., 2019).

Os pés desempenham um papel importante na postura e na deambulação, e foi relatado que a prevalência de patologias nos pés varia entre 61% e 79%, fato que contribui para um impacto negativo na qualidade de vida. Especificamente, a fascite plantar é uma lesão musculoesquelética comum que afeta indivíduos de todas as idades e em níveis de atividades distintos. Cerca de 2 milhões de pessoas em todo o mundo recebem tratamento todos os anos para esta condição. A incidência varia de 4,5% a 10,0% e a prevalência é de 5,2% a 17,5% em corredores. Estima-se que a condição seja responsável por mais de 1 milhão de consultas médicas anualmente nos Estados Unidos. Apesar do nome, a fascite plantar é considerada uma patologia degenerativa e não uma condição inflamatória primária (RHIM HC, et al., 2021; HAMSTRA-WRIGHT KL, et al., 2021; MONTEAGUDO M, et al., 2018).

A FP resulta de sobrecarga crônica da fásia plantar. Pode ser devido ao uso excessivo, como observado em corredores e militares, ou devido à carga excessiva, como observada em indivíduos obesos (índice de massa corporal elevado), sedentários e aqueles que ficam em pé por períodos prolongados. Muitas vezes, trata-se de uma lesão por uso excessivo que se deve principalmente a um esforço repetitivo que causa microrrupturas na fásia plantar, mas pode ocorrer como resultado de trauma ou outras causas multifatoriais. Alguns fatores predisponentes são pé plano, pé cavo, dorsiflexão limitada do tornozelo e pronação ou supinação excessiva. Pé plano pode causar aumento de tensão na origem da fásia plantar. O pé cavo pode causar tensão excessiva no calcanhar, porque o pé não reverte ou absorve o choque com eficácia. Gastrocnêmio, Sóleo e/ou outros músculos posteriores da perna tensos também têm sido comumente encontrados em pacientes com essa condição. Pensa-se que estes músculos tensos podem alterar a biomecânica normal da deambulação. Aproximadamente 50% dos pacientes com esta condição também terão quadros de esporão no calcanhar, mas os esporões em si não são a causa. É frequentemente associado a corredores e idosos, mas outros fatores de risco incluem obesidade, atrofia do calcanhar, envelhecimento, ocupações que exigem ficar em pé por muito tempo e suporte de peso. Descobriu-se que a fascite plantar está associada a várias espondiloartropatias soronegativas, mas em aproximadamente 85% dos casos não há fatores sistêmicos conhecidos (LATT LD, et al., 2020).

Os pacientes geralmente se queixam de dor no calcanhar que geralmente chega a acompanhar os primeiros passos da manhã, após se levantarem. Outros relatam dor no calcanhar após levantarem-se de uma posição sentada prolongada. Em casos de longa data, a dor pode persistir durante os períodos de caminhada e descanso. Em geral, o tubérculo medial do calcâneo é a região que mais prevalentemente ocorre sensibilidade (AL-SIYABI Z, et al., 2022).

A fascite plantar é um comum problema de saúde pública que afeta diretamente a qualidade de vida dos pacientes acometidos, devido, principalmente, ao intenso processo de dor. Nesse sentido, torna-se essencial o conhecimento acerca dessa condição a fim de propiciar adequada identificação e manejo eficaz. O objetivo do estudo foi analisar as características e a terapêutica da fascite plantar.

## DISCUSSÃO

### *Definição e epidemiologia*

A fascite plantar é o resultado da irritação degenerativa da origem da fásia plantar na tuberosidade medial do calcâneo, bem como nas estruturas perifasciais circundantes. A fásia plantar desempenha um papel importante na biomecânica normal do pé e é composta por três segmentos, todos originados do calcâneo. A própria fásia é importante para fornecer suporte ao arco e proporcionar absorção de choque. Apesar de o diagnóstico conter o segmento “ite”, esta condição é caracterizada principalmente pela ausência de células inflamatórias (BECKER BA e CHILDRESS MA, 2018).

A FP também é chamada de faciopatía plantar, sendo esse segundo nome o reflexo da ausência de inflamação que compõe a doença. Trata-se de um problema comum de saúde pública, responsável por aproximadamente 1 milhão de consultas de pacientes por ano, das quais 60% destas são realizadas por médicos de atenção primária, como nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). É considerada como a causa mais comum de dor no calcanhar em adultos, com uma incidência ao longo da vida de cerca de 10% e uma incidência aumentada em mulheres entre 40 e 60 anos de idade. Ocorre em cerca de 10% da população em geral, sendo 83% destes pacientes adultos ativos e trabalhadores com idades entre os 25 e os 65 anos. Tendo essa doença uma associação com uma variedade de esportes, ela é relatada principalmente em corredores recreativos e de elite. Essa condição é responsável por cerca de 10% das lesões relacionadas aos corredores e por 11% a 15% de todos os sintomas nos pés que requerem cuidados médicos profissionais. Pode apresentar-se bilateralmente em um terço dos casos. Algumas literaturas mostram que as taxas de prevalência entre uma população de corredores chegam a 22% (com uma incidência de 5% a 10%) (TROJIAN T e TUCKER AK, 2019).

### **Etiologia, fatores de risco, quadro clínico e diagnóstico**

A etiologia permanece obscura; entretanto, a FP foi categorizada como uma entesopatia, ou seja, uma disfunção de fixação do ligamento ou tendão ao osso, sendo a entese a interface entre o perióstio e a aponeurose plantar e/ou o tendão do flexor curto dos dedos. A fásia plantar é uma estrutura constituída por tecido conjuntivo fibroso e denso, que se localiza na tuberosidade medial do calcâneo e nas articulações metatarsofalângicas de cada dedo do pé. Pode ser dividida em três porções, denominadas faixa medial, lateral e central, sendo esta última

geralmente a maior, e cumpre funções importantes dentro da biomecânica do pé, pois é o suporte do arco plantar longitudinal do pé. Ao caminhar, 100% do peso corporal repousa sobre o calcanhar durante o primeiro balanço da marcha, causando tensão na fásia plantar. Esse simples fato, aliado a outras influências, está ligado ao aparecimento da fascite plantar (FP). Muitos autores estudaram as circunstâncias de risco predisponentes para fascite plantar (DUNNING J, et al., 2018; NORIEGA DC, et al., 2022).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de fascite plantar em não atletas incluem dorsiflexão limitada do tornozelo, índice de massa corporal superior a 27. Pacientes com sobrepeso ou obesos têm uma probabilidade 1,4 vezes maior de sofrer de FP crônica, além de passar a maior parte do dia de trabalho em pé. Existe uma vasta literatura sobre a associação da FP com o aumento da idade. Alterações degenerativas relacionadas à idade podem causar diminuição da elasticidade e da capacidade de absorção de choques, resultando em maior propensão à lesão da fásia plantar. Atletas mais velhos parecem sofrer de FP com mais frequência do que atletas mais jovens. Não há diferença aparente na prevalência entre mulheres e homens (BECKER BA e CHILDRESS MA, 2018; MONTEAGUDO M, et al., 2018).

Um estudo descobriu que a redução da dorsiflexão do tornozelo é o maior fator de risco em não atletas. A dorsiflexão limitada do tornozelo faz com que o pé fique excessivamente pronado, fazendo com que mais carga seja colocada na fásia plantar. A condição também ocorre em pessoas mais ativas, como corredores e militares, mas o aumento do índice de massa corporal está menos comumente associado à fascite plantar nessas populações. Corredores e aqueles que passam muito tempo em pé têm maior probabilidade de desenvolver a doença, porque a fásia plantar se estica e contrai (no que é chamado de ciclo típico de alongamento-encurtamento elástico), e o esforço repetitivo pode causar uma lesão por uso excessivo. Os fatores de risco associados à fascite plantar são índice de massa corporal elevado, sustentação prolongada de peso e amplitude de movimento limitada do tornozelo. Em 45% a 85% dos pacientes que sofrem de fascite plantar, o esporão do calcâneo também está presente (BECKER BA e CHILDRESS MA, 2018; SCHUITEMA D, et al., 2019).

Neurite ou compressão de nervo, especialmente o nervo de Baxter, pode ser outro fator de risco para o desenvolvimento de dor que simula FP. Embora seja uma condição diferente, a compressão nervosa pode coexistir com a FP. Distúrbio sensorial e irradiação da dor são indicativos dessa condição, que deve ser suspeitada quando a FP não remite após a cirurgia. A

espondiloartropatia deve ser descartada em pacientes com idade inferior à idade típica de apresentação da FP e que apresentam dor bilateral no calcânhar. A genética pode desempenhar um papel na contratura progressiva do tecido conjuntivo. A interação genética com outros fatores predisponentes pode explicar por que uma pessoa é mais propensa a contraturas musculares, causando problemas recorrentes nos tendões em um local (MONTEAGUDO M, et al., 2018).

A condição é definida como um quadro de dor aguda na face plantar medial do calcâneo e no arco longitudinal medial do pé. Geralmente, agravado com os primeiros passos pela manhã e, após longos períodos de não sustentação de peso, que diminui à medida que a caminhada avança, com alongamento fascial e dispersão de metabólitos. Indivíduos com FP frequentemente relatam um início gradual de dor no calcânhar que piora durante os primeiros passos pela manhã ou após um período de inatividade. Eles também relatam frequentemente uma área localizada de sensibilidade máxima sobre a face ântero-medial do calcânhar, particularmente no tubérculo medial do calcâneo, onde a fásia plantar se origina. A dor pode diminuir com o aquecimento, mas reaparecerá no final do treino (HAMSTRA-WRIGHT KL, et al., 2021; YELVERTON C, et al., 2019).

A inflamação pode causar entesopatia ou fasciose na inserção do calcâneo, responsável por grande parte da dor e desconforto. A localização da dor na região do calcânhar pode variar, sendo frequentemente relatada dor nas faces medial, lateral e posterior inferior do calcâneo e na região inferior do calcânhar (parte interna do calcânhar), mais tipicamente no processo plantar medial. Ocasionalmente, o paciente também pode queixar-se de dor na faixa central da fásia plantar na região do arco longitudinal medial. Normalmente, a dor é mais significativa durante atividades de levantamento de peso e, na maioria dos casos, houve uma mudança na quantidade ou intensidade da atividade física antes do início dos sintomas do paciente (YELVERTON C, et al., 2019).

A fásia plantar origina-se da tuberosidade pósterio medial do calcâneo e se insere em cada cabeça do metatarso para formar o arco longitudinal do pé. A fascíte plantar é uma condição de uso excessivo biomecânico que resulta em alterações degenerativas na sua fixação ao calcâneo. O exame histológico de amostras retiradas de pacientes submetidos à cirurgia de liberação da fásia plantar mostra degeneração mixóide com fragmentação e degeneração da fásia plantar e ectasia vascular da medula óssea. Estas descobertas apoiam que a condição é

uma fasciose degenerativa sem inflamação e, não uma fascíte. Portanto, fasciopatia plantar é um descritor mais preciso (TROJIAN T e TUCKER AK, 2019; AL-SIYABI Z, et al., 2022).

A FP pode ser diagnosticada clinicamente pelos achados da história do paciente e do exame físico. O paciente apresenta dor aguda na face ântero-medial do calcânhar, com relato de aparecimento da dor após deambulação e/ou após um período de inatividade, tendendo a melhorar ou desaparecer com a progressão da atividade. Todavia, a dor tende a retornar ao final do dia. De forma mais clássica e corriqueira, o paciente queixa-se de dor logo no primeiro passo da manhã. A parestesia é um achado incomum de ser referido. Em algumas situações, o paciente pode ter tido um aumento recente na atividade de sustentação de peso (CHOO YJ, et al., 2020; TROJIAN T e TUCKER AK, 2019).

No exame físico, o paciente, em geral, apresenta sensibilidade durante à palpação na região da inserção da fáschia plantar proximal no calcâneo ântero-medial. A dor geralmente pode ser reproduzida pela palpação do tubérculo plantar medial do calcâneo no local da inserção da fáschia plantar no osso do calcânhar, também pode ser reproduzida com dorsiflexão passiva do pé e dos dedos dos pés. O teste do molinete (ou de Jack) pode ser útil para verificação de pontos de dor. Um resultado positivo é o relato de dor no calcânhar, reproduzida pela dorsiflexão forçada dos dedos nas articulações metatarsofalângicas com o tornozelo estabilizado. O teste de Windlass, no qual os dedos dos pés são estendidos passivamente, pode provocar dor ao alongar a fáschia. Os achados secundários podem incluir cordão de Aquiles tenso, pé plano ou pé cavo. Pode ser benéfico avaliar a marcha de um paciente para verificar os fatores biomecânicos ou fatores predisponentes mencionados anteriormente. Ao considerar o diagnóstico de fascite plantar, deve-se pensar também em contusão ou atrofia do coxim adiposo, fraturas por estresse e aprisionamento de nervos, como a síndrome do túnel do tarso, no diferencial diagnóstico (TROJIAN T e TUCKER AK, 2019; KASHIF M, et al., 2021).

A radiografia simples pode avaliar lesões ósseas, como esporão de calcâneo que é visível nas radiografias laterais do calcânhar. Entretanto, isto não é patognomônico de fascite plantar, porque é um achado incidental comum em pacientes assintomáticos. Embora as pessoas com dor crônica no calcânhar sejam mais propensas a ter um esporão ósseo, o esporão permanecerá após a resolução dos sintomas. Embora o diagnóstico de fasciopatia plantar seja clínico, uma espessura da fáschia plantar superior a 4 mm na ultrassonografia ou na radiografia simples pode apoiar o diagnóstico. Dessa forma, a radiografia evidenciando espessamento da fáschia plantar e



afinamento ou perda do corpo adiposo abaixo da inserção fascial tem sensibilidade de 85% e especificidade de 95% para fasciopatía plantar. Os esporões ósseos do calcâneo geralmente não estão associados à fásia plantar e, portanto, não são úteis para o diagnóstico. A ultrassonografia pode mostrar ruptura da fásia plantar (ARNOLD MJ e MOODY AL, 2018; DRAKE C, et al., 2022).

### Tratamento e prognóstico

O tratamento inicial é tipicamente conservador, utilizando de artefatos, como: repouso, modificação de atividades, alongamentos, exercícios de fortalecimento, massagem com gelo e uso de medicamentos anti-inflamatórios ou analgésicos. Órteses personalizadas ou pré-fabricadas, bandagem em arco, imobilização noturna e fisioterapia são eficazes e podem ser combinadas com abordagens mais conservadoras. Injeções de corticosteróides e plasma rico em plaquetas, especialmente quando realizadas com orientação ultrassonográfica, podem proporcionar alívio da dor em curto prazo e são frequentemente usadas quando medidas conservadoras são ineficazes ou quando se deseja um controle mais imediato da dor. Apesar disso, as injeções de corticosteróides apresentam efeitos colaterais, como aumento do risco de ruptura da fásia plantar ou atrofia do corpo adiposo. A terapia extracorpórea por ondas de choque e a fasciotomia plantar podem ser usadas para tratar casos recalcitrantes (TU P, 2018).

O tratamento pode incluir redução de peso, modificação do calçado, alongamento e AINEs. Deve ser prescrito repouso relativo da atividade ofensiva, conforme orientado pelo nível de dor. Gelo após a atividade, bem como AINEs orais ou tópicos, podem ser usados para ajudar a aliviar a dor. Foi demonstrado, através de estudos, que a massagem de fricção profunda do arco e da inserção ajuda. Palmilhas ou órteses e talas noturnas podem ser prescritas em conjunto com as terapias mencionadas anteriormente. Os profissionais devem educar os pacientes sobre alongamento e reabilitação adequados da fásia plantar, tendão de Aquiles, gastrocnêmio e sóleo (MORRISSEY D, et al., 2021; LAI TW, et al., 2018).

Muitos tratamentos foram propostos para a fasciopatía plantar; com relação aos exercícios recomendados, temos o alongamento passivo da fásia plantar (por exemplo, puxar os dedos dos pés para trás com uma mão ou toalha e treinamento de força ativo (por exemplo, elevação do calcanhar). Um pequeno estudo mostrou que embora o treinamento de força tenha sido mais eficaz que o alongamento passivo aos três meses, ambos foram igualmente eficazes



aos seis e aos 12 meses. As recomendações gerais são alongamento regular dos músculos da panturrilha e da fásia plantar por meio de exercícios específicos, exercícios excêntricos ou treinamento da fásia do AJ e perda de peso. Do ponto de vista biomecânico, apesar da falta de ensaios clínicos randomizados, é benéfico reduzir a tensão contínua na inserção da fásia plantar (ARNOLD MJ e MOODY AL, 2018; GUTTECK N, et al., 2018; CHOO YJ, et al., 2020).

Para os casos de FP persistente, os médicos geralmente recomendam injeções de corticosteróides; no entanto, embora as injeções de corticosteróides possam ser úteis para controlar os sintomas de FP em curto prazo, parecem faltar resultados de estudos em longo prazo. Além disso, as injeções de esteróides têm sido associadas à atrofia do coxim adiposo plantar, osteomielite do calcâneo, enfraquecimento e ruptura da fásia plantar. O tratamento com plasma rico em plaquetas também foi considerado eficaz para FP; são considerados controversos, caros e normalmente não são cobertos por planos de seguro. Se a dor não responder a medidas conservadoras, considere técnicas mais avançadas ou invasivas, como terapia extracorpórea por ondas de choque, toxina botulínica A ou várias injeções que podem incluir plasma autólogo rico em plaquetas, de proloterapia ou esteróides. As técnicas mais avançadas e invasivas devem ser combinadas com terapias conservadoras. A cirurgia deve ser a última opção caso este processo cronifique-se, além da falha de outras terapias consideradas menos invasivas (DUNNING J, et al., 2018).

Quanto à colocação da injeção, principalmente dos corticosteróides acima ou abaixo da fásia plantar, estudos descobriram que a injeção de corticosteroide profundamente na fásia pode causar uma maior redução na espessura da fásia plantar, da dor e da incapacidade, além de conseguir melhorar a qualidade de vida relacionada ao pé. Entretanto, casos recalcitrantes precisarão de cirurgia. O tratamento cirúrgico entra em ação quando o tratamento conservador não consegue aliviar os sintomas. Em 90 a 95% dos pacientes, medidas combinadas de tratamento conservador alcançam alívio adequado da dor em 12 meses. A fasciotomia plantar completa ou parcial (chamada liberação) proporciona alívio direto da tensão na área de inserção. Esta intervenção pode ser realizada por cirurgia aberta ou endoscópica, com resultados igualmente bons (GUTTECK N, et al., 2018).

Cerca de 75% dos casos se resolvem espontaneamente em 12 meses. Cerca de 5% precisam de cirurgia, mas os resultados não são consistentemente bons. Mesmo com tratamento, a resolução dos sintomas pode levar semanas ou meses. A morbidade da fascite plantar é enorme,

levando ao afastamento do trabalho e dos esportes. Alguns indivíduos necessitam de um dispositivo ambulatorial para evitar a sustentação de peso. As complicações da fascite plantar incluem o seguinte: ruptura do tendão, especialmente se forem feitas injeções de corticosteróides; necrose da camada de gordura; achatamento do arco, o que aumenta a tensão (CHANG AH, et al., 2022).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A FP causa grave comprometimento da qualidade de vida devido à dor cotidiana. Dessa forma, seu tratamento adequado é essencial e perpassa, inicialmente, por terapêutica conservadora com exercícios físicos, fisioterapia, massagem com gelo e uso de drogas antiinflamatórias ou analgésicos. Quando não há resposta ao tratamento conservador indica-se injeções de corticosteróides e plasma rico em plaquetas para propiciar alívio da dor em curto prazo. Entretanto, ainda existe uma escassez de estudos referente aos efeitos benéficos e maléficos do uso de corticosteroides a longo prazo. É importante ressaltar que a condição costuma ser autolimitada com a maior parte dos casos tendo resolução espontânea em cerca de 12 meses, apesar disso, devido ao grande número de casos relatados em todo o mundo, pode ser considerada como um problema de saúde pública.

## REFERÊNCIAS

1. AL-SIYABI Z, et al. Extracorporeal Shockwave Therapy Versus Ultrasound Therapy for Plantar Fasciitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*, 2022; 14(1): e20871.
2. ARNOLD MJ, MOODY AL. Common Running Injuries: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*, 2018; 97(8): 510-516.
3. BECKER BA, CHILDRESS MA. Common Foot Problems: Over-the-Counter Treatments and Home Care. *Am Fam Physician*, 2018; 98(5): 298-303.
4. CHANG AH, et al. What do we actually know about a common cause of plantar heel pain? A scoping review of heel fat pad syndrome. *J Foot Ankle Res*, 2022; 15(1): 60.
5. CHOO YJ, et al. Rearfoot disorders and conservative treatment: a narrative review. *Ann Palliat Med*, 2020; 9(5): 3546-3552.
6. DRAKE C, et al. Medical imaging for plantar heel pain: a systematic review and meta-analysis. *J Foot Ankle Res*, 2022; 15(1): 4.

7. DUNNING J, et al. Electrical dry needling as an adjunct to exercise, manual therapy and ultrasound for plantar fasciitis: A multi-center randomized clinical trial. *PLoS One*, 2018; 13(10): e0205405.
8. GUTTECK N, et al. Pain on the Plantar Surface of the Foot. *Dtsch Arztebl Int*, 2019; 116(6): 83-88.
9. HAMSTRA-WRIGHT KL, et al. Risk Factors for Plantar Fasciitis in Physically Active Individuals: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sports Health*, 2021; 13(3): 296-303.
10. KASHIF M, et al. Comparison of subtalar mobilisation with conventional physiotherapy treatment for the management of plantar fasciitis. *J Pak Med Assoc*, 2021; 71(12): 2705-2709.
11. LAI TW, et al. Ultrasonography and clinical outcome comparison of extracorporeal shock wave therapy and corticosteroid injections for chronic plantar fasciitis: A randomized controlled trial. *J Musculoskelet Neuronal Interact*, 2018;18(1): 47-54.
12. LATT LD, et al. Evaluation and Treatment of Chronic Plantar Fasciitis. *Foot Ankle Orthop*, 2020; 5(1): 2473011419896763.
13. MONTEAGUDO M, et al. Plantar fasciopathy: A current concepts review. *EFORT Open Rev*, 2018; 3(8): 485-493.
14. MORRISSEY D, et al. Management of plantar heel pain: a best practice guide informed by a systematic review, expert clinical reasoning and patient values. *Br J Sports Med*, 2021; 55(19): 1106-1118.
15. NORIEGA DC, et al. Plantar Fasciitis in Soccer Players-A Systemic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 2022; 19(21): 14426.
16. RHIM HC, et al. A Systematic Review of Systematic Reviews on the Epidemiology, Evaluation, and Treatment of Plantar Fasciitis. *Life (Basel)*, 2021; 11(12):1287.
17. SCHUITEMA D, et al. Effectiveness of Mechanical Treatment for Plantar Fasciitis: A Systematic Review. *J Sport Rehabil*, 2019; 29(5): 657-674.
18. TROJIAN T, TUCKER AK. Plantar Fasciitis. *Am Fam Physician*, 2019; 99(12):744-750.
19. TU P. Heel Pain: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*, 2018; 97(2): 86-93.
20. YELVERTON C, et al. Manual therapy interventions in the treatment of plantar fasciitis: A comparison of three approaches. *Health SA*, 2019; 24:1244.