

Pubialgia*

Dr. RICARDO GUILLERMO DENARI**

RESUMEN

Se describen la etiopatogenia, sintomatología, formas clínicas, diagnóstico y tratamiento de la pubialgia.

Entre marzo de 1985 y agosto de 1993 se evaluaron 76 pacientes, todos ellos deportistas de nivel competitivo, de los cuales 29 se trataron quirúrgicamente.

Se realiza una reseña anatómica de la región pubiana; se analizaron los factores que participan en su etiopatogenia, dividiéndolos en *intrínsecos* y *extrínsecos*, concluyendo que se trata de una patología de inserción, es decir, una *entesitis* u *osteotendinitis*, que afecta principalmente a los músculos aductores y rectos-oblicuos del abdomen, en su inserción pubiana.

Se describen las distintas técnicas quirúrgicas utilizadas según el tipo de pubialgia, sus indicaciones, resultados y complicaciones, y se hace hincapié en la importancia de la prevención de esta lesión, tan incapacitante para la práctica activa de algunos deportes.

SUMMARY

This work includes considerations about the etiopathogenesis, symptomatology, clinical forms, diagnosis and treatment of pubalgia.

Seventy-six patients have been evaluated from march 1985, to august 1993; all of them were athletes at the competitive level, 29 of which were treated surgically.

An anatomical survey of the pubic area is performed; the factors contributing to its etiopathogenesis have been analyzed and divided into *intrinsic* and *extrinsic* and we have concluded that this is an insertion pathology, an *entesistis* or *osteotendinitis* which affects mainly the adductor and rectus oblique abdominal muscles in their pubian insertion.

The various surgical techniques employed according to the type of pubalgia are described together with their indications, results and complications.

We stress the importance of prevention of this injury which impedes athletes from actively practicing certain sports.

INTRODUCCION

Desde el año 1985 el incremento en la frecuencia de las consultas por deportistas que padecían pubialgia nos llevó a revisar la bibliografía existente sobre el tema y

a comenzar a estudiar, documentar y registrar los casos que acudían a nuestra consulta.

Nos llamó la atención lo incapacitante de esta lesión, ya que ninguno de los deportistas atendidos —muchos de ellos futbolistas profesionales— podía practicar actividades deportivas durante el transcurso de la misma.

Como la gran mayoría de los deportistas que padecían pubialgia eran futbolistas y en menor proporción jugadores de rugby, relacionamos esta patología con algún

* Para optar a Miembro Titular de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología.

** Montes de Oca 15, 4° piso "A", (1270) Capital Federal.

gesto deportivo en común a ambos, encontrando como factor desencadenante de la misma el impacto del pie con la pelota, es decir, el *shot* o disparo.

En la búsqueda bibliográfica nos encontramos con que esta patología ha sido denominada de distintas maneras, las que, a nuestro criterio, realmente representan distintas formas clínicas y evolutivas de la pubialgia:

- Síndrome de los rectos-aductores.
- Osteopatía de la sínfisis del pubis.
- Osteopatía dinámica del pubis.
- Inguinocruralgia traumática.
- Patología microtraumática del pubis.
- Osteítis pubiana traumática.

Reseña anatómica

En la pelvis, gran pieza ósea intermedia entre la columna lumbar y las caderas, se insertan y transcurren gran cantidad de músculos con potentes tendones, fundamentales para la movilidad del tronco, columna, pelvis, caderas y rodillas, y de importantísima acción en la bipedestación, la deambulación y la carrera.

Dentro de la pelvis, la sínfisis del pubis representa una pequeña superficie ósea donde se insertan y convergen varias inserciones musculares, actuando sobre la misma en dos direcciones diferentes^{5, 11}.

Tendremos así la musculatura abdominal, suprapúbica, representada por el recto anterior y el piramidal, que se insertan en el borde superior de la sínfisis, actuando en sentido vertical craneocaudal, y los oblicuos mayor, menor y transversos, que se insertan también en la sínfisis pero por fuera de los anteriores y siguiendo una dirección que, como su nombre lo indica, es oblicua de afuera hacia adentro. Por el otro lado, la musculatura aductora, infra-púbica, constituida por los aductores mayor, mediano y menor y el recto interno, insertándose en la región inferior del pubis y parte de la rama isquiopubiana, actuando oblicuamente hacia abajo y en sentido distal^{8, 10}.

Es importante resaltar, para poder comprender luego la etiopatogenia de la pubialgia, que estudios dinamométricos demostraron una mayor fuerza de tracción de los músculos aductores comparada con la musculatura abdominal, en una proporción de 3 a 1^{4, 11}.

Etiopatogenia

Se trata de una **entesitis**, es decir de una patología de inserción, también llamada osteotendinitis, que afecta primariamente los tendones de los músculos abdominales y aductores en su inserción en la sínfisis, considerada zona de estrés, debido a las tracciones violentas y reiteradas que sobre ella se producen, sobre todo en algunos deportes agresivos para esa región, como el fútbol, donde el *shot* (disparo) es el gesto más repetido que hace contraer a todos estos músculos.

Si como es frecuente la pubialgia cursa con una larga evolución, se afectará secundariamente el hueso subcondral; es decir, tendremos al principio una **fase tendinosa** y luego, una **fase osteocondral**, objetivada radiográficamente.

A todo esto debemos agregar el concepto de inestabilidad e hiper movilidad a nivel de la sínfisis dado por el desequilibrio o desbalance de las fuerzas tractoras de ambos grupos musculares. Coincidimos con otros autores en que para que se produzca la entesitis, precedida la mayor de las veces por una **tendinitis**, sobre todo del **aductor mediano**, deben existir factores intrínsecos o predisponentes y factores extrínsecos o desencadenantes^{3, 7}.

Entre los primeros, encontramos acortamiento de un miembro inferior (en numerosos casos); hiperlordosis con anteversión pelviana, pies planos, genu varo, pacientes con antecedentes de operaciones abdominales como apendicectomía, varicocele, hernioplastia, hidrocele, hipotonía de los rectos anteriores abdominales y varios con patología del trayecto inguinal como hernias, pilares dolorosos, anillos dilatados y debilidad de los músculos oblicuos con protrusión sobre el pliegue inguinal.

Entre los **factores extrínsecos** figuran los deportes agresivos para la región pubiana, como el fútbol, rugby, esgrima; el sobreentrenamiento, como sucede en las pretemporadas y jornadas de entrenamiento en doble turno; el mal entrenamiento, al realizar exceso de ejercicios abdominales en anteversión pelviana y, por último, el estado del terreno donde se practica el deporte, ya que los pisos duros o con barro predisponen a las tendinopatías³.

Algunos autores sostienen que el equilibrio pelviano está dado por dos fuerzas opuestas:

una retroversora, atribuida a los **músculos retroversores** como el glúteo mayor, isquiosurales y abdominales, y otra anteversora, atribuida a la gravedad y a los **músculos anteversores**, como el psoas ilíaco, sartorio, tensor de la fascia lata y recto anterior del cuádriceps.

Aseguran que en individuos de hábito asténico se altera este equilibrio, aumentando la ante versión pelviana, la hiperlordosis lumbar, acortándose el psoas, hipotrofiándose los abdominales, apareciendo la pubialgia alta. El aductor mediano también se acorta, se contractura y aparece al traccionar la pubialgia baja.

Por último, recordemos que durante las distintas fases que tiene el *shot*, no sólo traccionan de la pelvis los músculos que en él actúan, sino que sincrónicamente la extremidad contralateral aporta el punto de apoyo desde el cual se lanza el *shot*, estabilizando el cuerpo. Esto es sólo posible por la contracción activa y continuada de los músculos aductores y abdominales de este lado.

Cuadro clínico

En la pubialgia, como su nombre lo indica, el principal síntoma es el dolor, referido muchas veces con características punzantes, urentes, cortantes y hasta desgarrantes.

Comienza en forma insidiosa después de un intenso entrenamiento o de un partido disputado en terreno duro o barroso, localizado generalmente sobre el **tendón del aductor mediano**. Al principio duele durante el calentamiento precompetitivo, desaparece durante la práctica del deporte para reaparecer al finalizar el mismo. Toda esta secuencia de dolor está relacionada con fenómenos de vascularización e hiperemia del tendón.

En su faz inicial desaparece con el reposo, pero en su punto más álgido le impide al deportista subir escaleras, mantener relaciones sexuales, darse vuelta en la cama y obviamente cualquier actividad deportiva.

De acuerdo con la distribución topográfica del dolor, tendremos una **inguinocruralgia** cuando está localizado a nivel de la región inguinal, una **pubialgia** cuando está localizado en la región púbica y, por último, puede estar localizado en la inserción de los **aductores**⁶.

Se irradia frecuentemente por los bordes de los rectos anteriores, cara inferior del

muslo, periné y testículos.

Los tres lugares de elección para pesquisar el dolor son el borde superior de la sínfisis, en plena región pilosa, la inserción tendinosa del aductor mediano en el pubis y el orificio superficial del trayecto inguinal.

En la inspección buscaremos cicatrices de operaciones abdominales, predisponentes de esta patología, alteraciones en los pies, rodillas, columna, pelvis y acortamientos en los miembros inferiores.

El signo de Malgaigne consiste en la protrusión y abombamiento de los músculos oblicuos sobre el pliegue inguinal, atribuido a su debilidad¹¹.

Recordemos que el dolor puede exacerbarse realizando maniobras contra resistencia, ya sea elevando los miembros inferiores y la cabeza en decúbito dorsal (para la pubialgia propiamente dicha) u oponiéndose a la aducción de la cadera en posición de flexoabducción (para la tendinitis del aductor).

Según la sintomatología, podremos entonces hablar de un **síndrome bajo**, cuando el dolor esté localizado en la región de los aductores; un **síndrome alto** cuando está situado a nivel de la inserción caudal de los rectos-oblicuos y uno **mixto** cuando se combinan los anteriores.

Por otro lado, pueden ser **uni** o **bilaterales** y el dolor tiene la característica de ser migratriz, pasando frecuentemente de región aductora a la abdominal y viceversa.

Diagnóstico

Se hace fundamentalmente con el interrogatorio, ya que se trata de un síndrome eminentemente sensitivo. Nos aportará, además, datos importantes como tiempo de evolución, tratamientos anteriores y localización.

Realizamos la inspección, palpación y maniobras contra resistencia anteriormente descriptas.

Siempre realizamos interconsulta con un cirujano general, sobre todo en las pubialgias altas, para descartar patología del trayecto inguinal, su orificio y paredes.

De rutina pedimos radiografía de pelvis frente, para ubicarnos en qué fase de la pubialgia nos encontramos.

Generalmente, a partir del segundo mes de evolución ya aparecen imágenes radioló-

gicas con alteraciones a nivel de la sínfisis pubiana. Estas pueden ser: geodas, osteolisis, esclerosis, secuestros, borramientos de los ángulos superior e inferior, bordes dentellados y subluxaciones con desnivel de la sínfisis³.

También realizamos radiografías de columna lumbosacra, tratando de encontrar alguna patología a ese nivel, compresiva o degenerativa, que justifique el dolor irradiado en regiones del plexo lumbar, correspondientes a nervios como los abdominogenitales y femorocutáneo. Nunca la hemos encontrado.

Nos ha sido útil la tomografía lineal para focalizar lesiones geólicas y osteolíticas ubicadas en la parte posterior de la sínfisis.

La resonancia magnética y la tomografía computada no nos han aportando datos de interés e inclusive muchas veces fueron negativas ante radiografías simples positivas.

El centellograma lo realizamos en un solo caso, que se trataba de una osteocondritis de la sínfisis¹.

Por último, realizamos ecografías musculotendinosas, sobre todo en el aductor mediano cuando existe antecedente de lesión a ese nivel, forma de comienzo muy frecuente en las pubialgias bajas.

Tratamiento

Podrá ser médico, kinésico o quirúrgico.

El tratamiento **médico** consistirá en el reposo deportivo absoluto en la fase aguda. Se administrarán analgésicos y antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos, en forma alternada. Los combinamos con antineuróticos y derivados de los gangliosidos. Si la sintomatología no desaparece, realizamos infiltraciones corticoanestésicas en la zona del dolor, una por semana hasta un total de tres, como último recurso previo a la cirugía. Realce en el calzado cuando existe acortamiento de un miembro inferior.

El tratamiento **kinésico** acompaña al tratamiento médico. Este incluye: ultrasonido, microondas, laserterapia, magnetoterapia, masaje transversal profundo, tracción lumbar y electroanalgesia.

Son muy importantes los ejercicios de elongación del músculo psoas-ilíaco y fortalecimiento de los rectos oblicuos y aductores.

Si al cabo de por lo menos dos meses de tratamiento médico kinésico y reposo deportivo, persisten los síntomas, entrando en la fase osteocondral, se decidirá por el tratamiento **quirúrgico**, el cual dependerá del tipo de pubialgia a tratar.

Básicamente se realizan dos tipos de operaciones: de **descarga** como las tenotomías y de **refuerzo**, como son las plásticas de la pared abdominal.

Si se trata de una **pubialgia baja**, se hará tenotomía del aductor mediano, acompañada muchas veces con la del recto interno. Si el dolor se irradia por la cara interna del muslo, también realizamos la neurotomía de la rama sensitiva del nervio obturador externo. La tenotomía del aductor se puede hacer por una incisión sobre el mismo tendón, en forma percutánea, o a través de la incisión inguinal de la hernioplastia cuando es una patología mixta.

Si se trata de una **pubialgia alta**, se hará una tenotomía de los rectos anteriores sobre la sínfisis.

Si es realmente una **inguinocruralgia** o se detecta alguna patología sobre el trayecto inguinal con debilidad de los oblicuos o un orificio superficial complaciente o doloroso, aunque no se encuentre patología herniaria, se procederá a reforzar la pared descendiendo el tendón conjunto a la arcada crural. En algunos casos completamos esta técnica con la neurotomía de las ramas abdominales de los nervios abdominogenitales. No tenemos experiencia en las perforaciones óseas sobre la sínfisis, cuando hay imágenes de geodas.

Se deberá hacer siempre tratamiento quirúrgico bilateral, aunque la sintomatología del otro lado sea más leve.

El postoperatorio será con caderas en abducción durante 48 horas, si se trata de una tenotomía de aductores, autorizando rápidamente la deambulacion. En las hernioplastias, el postoperatorio será el común a estas operaciones, teniendo la precaución de que no se reintegre a la práctica deportiva antes del mes de operado.

En general, alrededor del segundo mes se reintegran a la práctica activa del deporte que realizaban previamente, con la misma aptitud física y técnica.

Entre las complicaciones postoperatorias figuran los hematomas y la persistencia de la sintomatología cuando la tenotomía es incompleta.

Diagnóstico diferencial

Debemos realizarlo con toda la patología abdominal baja, vecina a la región pubiana, con sintomatología dolorosa a veces irradiada o referida de otras zonas, semejante a la de la pubialgia, como ser: hernias inguinales o crurales, varicocele, hidrocele, ectopía testicular, epididimitis, adenopatías inguinales e inclusive con lumbocruralgias.

MATERIAL Y METODO

Entre marzo de 1985 y agosto de 1993 se evaluaron 76 pacientes, todos ellos deportistas de nivel competitivo, de los cuales sólo dos eran mujeres, asistidos en el Departamento de Medicina Deportiva de la Asociación del Fútbol Argentino, en la División Ortopedia y Traumatología del Hospital Carlos G. Durand, en el Departamento Médico del Club Atlético Boca Juniors y en la práctica privada.

De los 76 pacientes, 70 practicaban fútbol, 3 rugby, uno tenis y las dos mujeres atletismo.

Las edades oscilaban entre los 17 y 35 años, con un promedio de 23,7.

Correspondían a 20 pubialgias bajas unilaterales, 6 bajas bilaterales, 8 altas unilaterales, 9 altas bilaterales, 22 mixtas unilaterales y 11 mixtas bilaterales.

El tiempo de evolución varió de 1 mes a 24 meses, con un promedio de 4 meses.

De todas ellas, 36 comenzaron con un desgarro localizado en el músculo aductor mediano; 15 con una tendinitis del mismo músculo; 10 con una inguinocruralgia; 10 con dolor localizado sobre los rectos anteriores; 3 con lumbalgia; 1 con sacroilialgia y 1 con dolor en periné.

Treinta y siete deportistas concurren a la consulta en la fase osteocondral de esta patología, es decir, con lesiones óseas en el pubis.

Previo a la cirugía fueron infiltrados 34 de ellos.

En 20 casos encontramos acortamiento de un miembro, en 13 hiperlordosis con anteversión pelviana, 10 casos con pie plano, 8 con genu varo, 11 con antecedentes de operaciones abdominales como apendicectomía, varicocele, hernioplastia e hidrocele, 8 con hipotonía de los rectos anteriores abdominales y 10 con patología del trayecto inguinal, como hernias, pilares dolorosos, anillo superficial dilatado, y por último, 27 con el signo de Malgaigne, es decir, debilidad de los músculos oblicuos con protrusión sobre el pliegue inguinal.

En cuanto al puesto que ocupaban en la cancha, 24 eran defensores, 30 eran volantes y 20 delanteros.

En 15 casos el dolor se irradiaba al periné y testículos, en 10 por la cara interna del músculo y en 5 por los bordes de los rectos anteriores del abdomen.

De los 76 deportistas evaluados, 29 fueron operados. Se realizaron 5 tenotomías unilaterales del aductor mediano, agregándosele en 3 casos la neurtomía de la rama sensitiva del nervio obturador externo. En 8 casos se realizó la tenotomía bilateral de los aductores con neurtomía en 2 casos. En 4 casos se realizó la tenotomía bilateral de rectos anteriores del abdomen y aductores. En 3 casos, hernioplastia unilateral, y en 6 bilateral. En 3 casos se realizó la tenotomía bilateral de los rectos anteriores.

Entre las complicaciones postoperatorias, tuvimos 5 hematomas en la región de los aductores, 2 adherencias de los mismos, una dehiscencia de la herida sobre el pliegue inguinal y 4 dolores residuales.

Todos se reintegraron a la práctica activa del deporte en un promedio de 50 días de postoperatorio.

El tiempo de seguimiento fue mayor de 3 años en 20 casos y de 1 a 2 años en 9 casos.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Se trata de una patología relativamente frecuente en algunos deportistas a los cuales incapacita totalmente para realizar a pleno su actividad.

Su etiopatogenia es poco clara, pero la comprendimos mejor a partir de un minucioso examen físico de los deportistas afectados, encontrando alteraciones anatómicas que, agregadas a un hábito asténico, a un deporte agresivo para la sínfisis (fútbol), agravado por intensos y prolongados entrenamientos, muchas veces en terrenos inadecuados, con músculos no adecuados ni preparados para ello, y casi siempre a punto de partida de una lesión aguda muscular peripubiana, que en conjunto producirían la pubialgia.

Se trata de una patología de evolución innecesariamente penosa y prolongada, muchas veces por culpa del paciente y otras del médico, ya que a la luz de los conocimientos que adquirimos en la práctica diaria sobre ella, actualmente no dudamos

en su tratamiento quirúrgico precoz, sencillo, prácticamente exento de complicaciones y con excelentes resultados finales.

Por último, y haciendo honor al fundamento de la traumatología deportiva que es la prevención, diremos que muchos de los deportistas profesionales que tratamos llegan a este nivel de competencia con músculos abdominales y aductores no desarrollados en potencia, fuerza y trefismo durante su inicio en la práctica deportiva en su niñez.

El intercambio didáctico e informativo con los preparadores físicos y entrenadores deportivos sobre el perjuicio ocasionado por el exceso de ejercicios abdominales en anteversión pelviana ha colaborado sensiblemente para que disminuyeran las consultas por esta patología.

BIBLIOGRAFIA

1. Adams RJ, Fremont A: Osteitis pubis of traumatic etiology. *JBJS* 35-A: 685-695, 1953.
2. Avanzi RJ et al: Pubialgias en deportistas. Resúmenes XXVIII CAOT, 1991, p 10.
3. Brunet B, Brunct E, Genety J: Demembrement de la pubalgie. *Encycl Med Chir, App Loe* 14323 A¹⁰, 1985.
4. Cabot J, Marín N: Pubialgia del deportista. *Rev. Ortop. Traum.* 29 (3)-. 255-258, 1985.
5. Cabot JR: Osteopatía dinámica del pubis. XVI World Congress of Sport Medicine, pp 359-364, 1966.
6. Carnevale V: La denominada inguinocruralgia traumática de los jugadores de fútbol. *La Prensa Méd. Arg.* 41: 355-357, 1954.
7. Martens M: Adductor tendinitis on musculus rectus abdominis tendopathy. *Am J Sports Med* 15 (4); 353-356, 1987.
8. Rold J: Pubic stress symplisitis in a female distance runner. *The Phys. Sport Med* 14 (6): 61-65, 1986.
9. Rovillon O, Herman S: La publagie. *Sport Med II*: 6-22, 1989.
10. Taylor D, Garrett W: Abdominal musculature abnormalities as a cause of groin pain in athletes. *Am J Sports Med* 19 (3): 239-242, 1991.
11. Vilarrubias JM, Jimeno S: Conceptos actuales sobre la pubialgia en los deportistas. *Arch Med Dep* 1 (2): 7-12, 1984.