

PUBIALGIAS EN EL DEPORTE

DR. ALBERTO ALBERO

INTRODUCCION:

Las pubialgias son actualmente en el mundo, una de las patologías más controvertidas.

Esta enfermedad entra dentro del grupo de las denominadas por sobreuso y sobrecarga sobre el aparato locomotor.

Es en general un problema diagnóstico pero lo es mucho más en lo terapéutico.

Renstron y Petersen reportaron que el 5% de todas las lesiones del futbolista están localizadas en la pelvis y según otros autores, más del 28% de los futbolistas padecerán en su historia una pubialgia.

MODALIDADES DE COMIENZO:

Generalmente aparece al final de una pretemporada en la arena o la montaña, por el trabajo de sobrecarga o sobreesfuerzo. Al final de un partido en el barro, o una serie de partidos trascendentes, con períodos breves de descanso. Otra de las causas más importantes en la ejecución repetitiva y con intensidad del gesto deportivo más específico del fútbol como lo es el patear.

Como el dolor en un principio es tolerable, ningún deportista se para y, continúa jugando, hasta que en un período de tres o cuatro meses, se torna intolerable. Es allí donde comienza el peregrinaje por diferentes facultativos para que con una "inyección mágica", se solucione el problema y poder seguir sin inhibiciones. Obviamente que ello no se consigue y continúan con tratamiento sintomático hasta que la cirugía se convierte en su única alternativa.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO:

A l principio esas patologías eran exclusivas del hombre. Actualmente este ocupa un 90% y la mujer un 10%.

Es sin duda el Fútbol en nuestro país el mayor proveedor de esta patología aunque existen otros como el Hipismo, Atletismo (fondo, semifondo y maratón), esgrima, yudo, esquí y patín.

Es importante destacar que no es el tipo de deporte sino la intensidad del entrenamiento y competencia lo que incrementa la casuística.

El síntoma principal es el **Dolor**.

Puede localizarse sobre los Adductores (A) y es el más frecuente; sobre la Sínfisis (S) o sobre los Rectos de abdomen (R).

Si la patología dolorosa se da en las tres partes se define el complejo ARS descrito por Bankov.

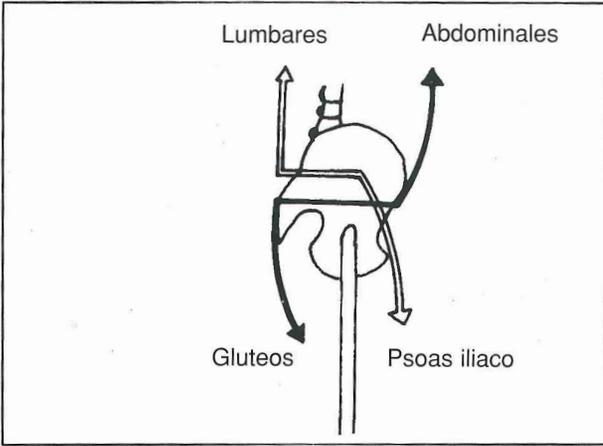
El dolor sobre los adductores aumenta con el esfuerzo y al hacer ciertos movimientos contra resistencia (cruzar las piernas abrocharse los zapatos e incluso al incorporarse en la cama), puede irradiarse hacia la sínfisis pubiana, hacia la arcada crural o hacia abajo.

EXÁMEN CLÍNICO:

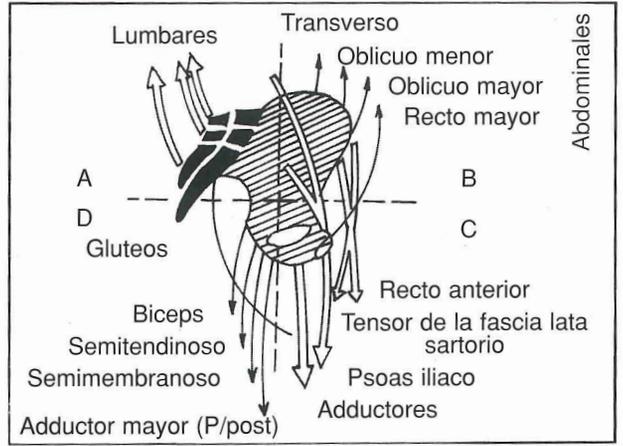
V emos en general que tenemos una pelvis en anteversión acompañada generalmente de lordosis lumbar.

Ante tal evento solicitamos Rx de pelvis frente de pie para visualizar la sínfisis púbica, la bisagra lumbosacra y las articulaciones coxofemorales (mono y bipodal). Rx de columna lumbo sacra: Frente y Perfil de pie y Fergusson para diagnóstico diferenciales.

El estudio radiológico es de fundamental importancia pues nos vamos a encontrar con un gran porcentaje de discrepancia de longitud de miembros inferiores como así también una asociación importante de patologías Lumbosacra. Es frecuente encontrar disminución del quinto espacio, e incluso una importante incidencia de Espondilolisis con y sin listesis, e incluso espina bífida, lo que sumado en su conjunto favorecería el desbalance pelviano.



Representación esquemática de la "pareja deformante" y de la "pareja correctora"



Equilibración de la pelvis (según De Sambucy)

PERÍODOS RADIOLÓGICOS:

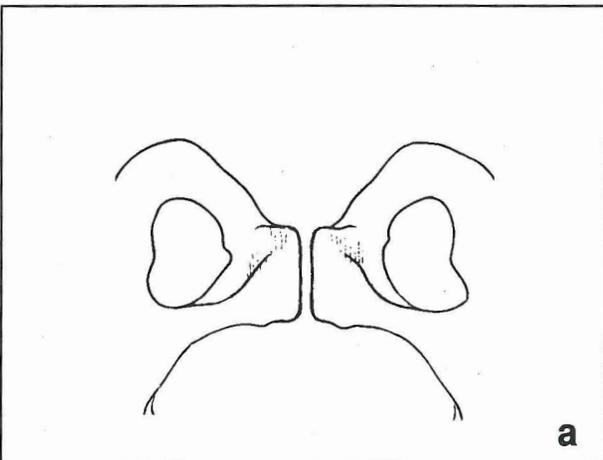
Primer período: Denominado Artropatía del Síndrome de los Adductores con perisinfisitis pubiana.

Este período se caracteriza por no presentar alteraciones radiológicas, siendo su diagnóstico sólo clínico.

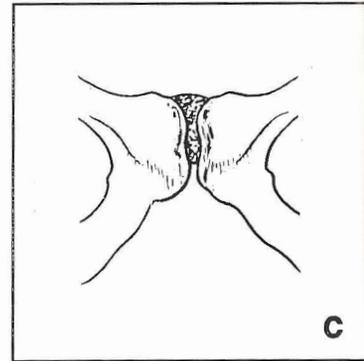
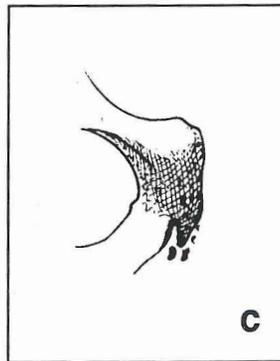
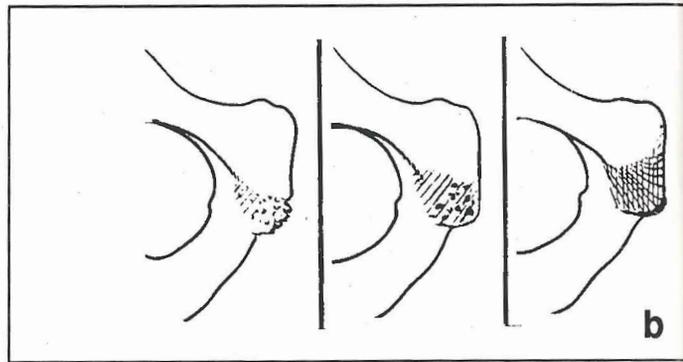
Segundo período: Entesitis Osteoperrióstica
En la radiografía comenzamos a hallar las lesiones que le dan nombre a esta etapa.

Tercer período: Denominado como Osteopatía Dinámica o Degenerativa

Encontramos aquí las alteraciones degenerativas de un proceso terminal, con fenómenos artrósicos lisis pubiana, esclerosis subcondral e incluso fenómenos de osteofitosis.



Eventualmente solicitamos una Xerorradiografía, actualmente en desuso por el uso de la Resonancia Nuclear Magnética (R. N. M.).



El Centellograma Oseo con Tecnecio cumple una función diagnóstica de suma importancia ya que nos define la patología ósea-insercional del proceso.

Luego, con el resto del estudio clínico Rx y Laboratorio será lo que nos permita descartar también la patología de origen infeccioso.

Efectuados todos estos pasos, es que nos dedicaremos a ir descartando todos los diagnósticos diferenciales con la patología descrita:

- (1) Desgarros musculares.
- (2) Hernia inguinal.

Parrilla Costal:
Escápulas:
Serrato Mayor:



TORAX

Musc. Insp.:
Musc. Esp.:
Respiración:

HOMBROS:

Perímetro Torácico:
Inspirac.:

Espirac.:
Frecuencia respiratoria:
Frecuencia cardíaca:

ALTURA:

PESO:

APARATO LOCOMOTOR

Der.:
ARCOS
Int.: Int.:

PIES

Izq:



Ext.: Ext.:
Tra.: Tra.:
Calcáneo: Calcáneo:
Dedos: Dedos:
Planta: Planta:
Observaciones:

RODILLAS

Der.: Izq.:
Observaciones:

CADERAS

Der.: Izq.:
Observaciones:

PELVIS

Observaciones:

COLUMNA

Frente: Perfil:

Lumbar:

Dorsal:

Cervical:

Maniobra de Adams:

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

La que nosotros preconizamos es la siguiente:

Enfermo en posición decubito dorsal, con rodillas flexionadas, talones juntos y abducción de ambas caderas (posición de rana).

Anestesia local (Xylocaína al 1% con o sin epinefrina según el cirujano) en las cuatro regiones a intervenir.

Incisión longitudinal interna sobre adductor mediano cerca de su inserción en el pubis. Diéresis de piel y T. C. S. Prolija hemostasia, se procede al corte del músculo con electro bisturí.

Se coloca lámina, la que es retirada a las 24-48 Hs. Cierre de piel con puntos Donati.

Procedemos siempre en forma bilateral pues en nuestra experiencia en la mayoría de los casos en que hicimos la tenotomía de un solo lado, al poco tiempo comenzó con síntomas del lado opuesto.

Cuando los síntomas conforman el complejo A. R. S. realizamos también la aponeurotomía del oblicuo mayor y vaina anterior del recto anterior del abdomen en forma bilateral.

POSTQUIRÚRGICO:

El paciente deberá mantener las piernas abiertas el mayor tiempo posible.

Deambular en forma inmediata y comienza a trotar a los 21 días aproximadamente.

Se reintegra a la práctica deportiva entre 30 y 40 días.

RESULTADOS:

Buenos 94% Retoman a la actividad deportiva sin límites ni incapacidades.

Regulares 6% Con alguna dificultad.

Malos 0% No pudieron retomar a la competición entre los 8 y los 12 meses.

Con respecto a la velocidad de retorno a la actividad deportiva tenemos los siguientes resultados:

83% Retorno a la actividad antes de los 35 días.

17% Retorno a la actividad entre los 35 y 45 días.

COMPLICACIONES:

Si bien las hemos tenido, ellas son de baja magnitud y las detallaremos a continuación.

Hematoma: de forma habitual antes de usar el

electrobisturí y las láminas de goma.

Herida Quirúrgica: maceración de la misma sobre todo en el hombre y en la incisión sobre los adductores. Se solucionó con secador de pelo y los puntos Donati.

Debilidad: Es sólo al principio y es modificado con el trabajo de gimnasio.

Pérdida de velocidad: Está relacionada con el punto anterior y la reacomodación del engrama motor.

Por último: debemos advertir al futbolista que esté atento a un tirón y consecuente hematoma en algún momento durante el gesto deportivo por desprendimiento de adherencias, episodio al que minimizamos y no impedirá su evolución.

BIBLIOGRAFIA

1. Adams, R.J.; Fremont, A.: Osteitis pubis of traumatic etiology, JBJB, 35 A: 685-695, 1953.
2. Brunet, B.; Brunete., Genety, J.: Demembrement de la publgie Encycl. Med. Chir. App Loc. 14343 A10, 1985.
3. Cabot, J.; Marin, N.: Pubialgia del deportista Rev. Ortop. Traum. 19 (3) 255-258, 1985.
4. Cabot J.R.: Osteopatía Dinámica del Pubis. XVI

World Congres of Sport Medicine. 359-364, 1966.

5. Carnevale, V: La denominada inguinocruralgia traumática de los jugadores de fútbol.

La Prensa Médica Argentina, 41, 3255-357, 1954.

6. Martens, M.: Adductor tendinitis on musculus rectus abdominis tendopathy. Am. J. Sport Med. 15 (4): 353-356, 1987.

7. Rold, J.: Public Stress symplisyitis in a female distance runner. The Phys. Sport Med. 14(6) 61-65, 1986.

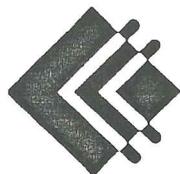
8. Rovillon, O., Hermans, S.: La pubalgie, Sport Med 11: 6-22, 1989.

9. Taylor, D.; Garret, W.: Abdominal musculature abnormalities as a cause of groin pain in athletes. Am. J. Sport Med. 19 (3) 239-242, 1991.

10. Vilarrubias, J.M.; Jimeno, S: Conceptos actuales sobre la pubalgia en los deportistas.

11. Giornio Pedro, Kgo.: Pubialgia en el deporte V Congreso de Traumatología del Deporte - 1994.

12. Avanzi, R.; Albero, A., Locaso, E.: Pubialgias en deportistas XXVIII Congreso Argentino de Ortopedia y Traumatología - Octubre 1991.



Linivatec EQUIPOS E INSTRUMENTAL PARA
Concept Arthroscopy ARTROSCOPIA Y LAPAROSCOPIA

RUBEN GAMBOA representante exclusivo de:

Linivatec
Imaging Systems

CONCEPT
INCORPORATED

WECK

Intra Vision



KIRSCHNER
MEDICAL CORPORATION

Hipólito Yrigoyen 4092 • Capital Federal (1208) Buenos Aires • Argentina •
Tel.: 982-8742 / 478-1151 - Fax: (541) 763-1343