

# Pubalgias pseudotendinitis de aductores y charnela dorsolumbar

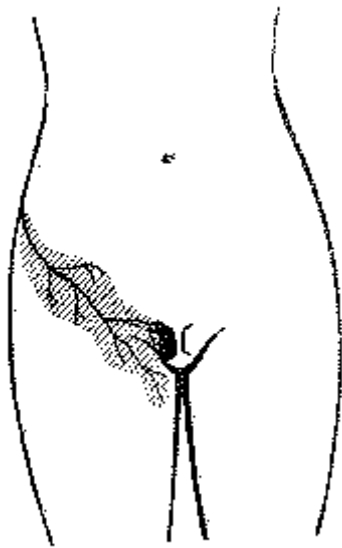
R Maigne

Traducción: F. Colell (GBMOIM)

Hemos descrito una forma particular de lumbalgia baja: la lumbalgia de origen dorsolumbar (1). Se trata de una lumbalgia baja pero de origen D11-D12 o D12-L1. Debida al sufrimiento de las articulares posteriores y de las ramas posteriores de los nervios raquídeos correspondientes. Estos últimos inervan los planos cutáneos de la fosa lumbar, la región glútea superior y la región sacroilíaca. Simula a la perfección la lumbalgia discal. No volveremos a hablar de los signos de esta lumbalgia ya que se ha hablado de ellos recientemente en otros artículos.

También hemos explicado que esta lumbalgia se asocia con frecuencia a dolores que simulan los dolores ginecológicos, intestinales o urogenitales. Estos asientan en el mismo lado de la lumbalgia. Son consecuencia de la irritación de la rama anterior de los mismos 11<sup>avo</sup>, 12<sup>avo</sup> nervios dorsales o del 1<sup>er</sup> lumbar, es decir, que ocupan el territorio cutáneo del nervio abdomino-genital. El signo clínico esencial es el dolor de los planos cutáneos del dermatoma con la maniobra del «pinzado rodado»: están espesados y sobretodo muy sensibles al amasado que provoca esta maniobra. El resultado del examen se ha de comparar con el otro lado. Que exista afectación bilateral, es raro, pero existe. A estos dos elementos: dolores lumbares y dolores pseudoviscerales, hay que añadir otro elemento a este síndrome de irritación de los nervios de la charnela dorsolumbar; es la frecuente sensibilidad del hemipubis del mismo lado. Con el paciente en decúbito supino, se palpa frotando ligeramente el hemipubis con el pulpejo de los dedos, y se compara con el otro lado. Éste se muestra sensible, a veces muy sensible. Se debe al hecho de que el hemipubis recibe la inervación del ramo púbico del nervio abdomino-genital (Fig. 1). Esta sensibilidad disminuye o desaparece muy rápido, a veces de forma inmediata tras el tratamiento vertebral (manipulación o infiltración) en el segmento dorsolumbar responsable. En ocasiones, los tendones que traccionan de este periostio sensible, provocan un dolor que simula una tendinitis de aductores.

---



**Fig. 1:** Trayecto esquemático de la inervación cutánea del nervio abdomino-genital (D12-L1) y del ramo púbico.

---

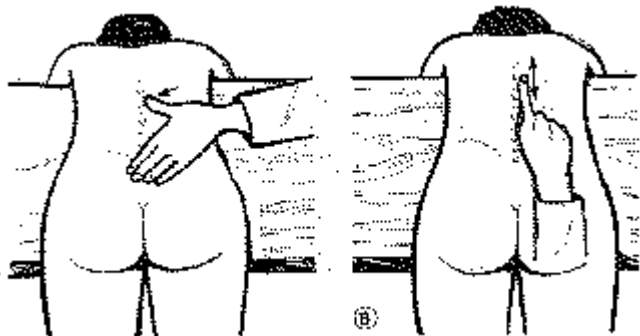
## I) Examen lumbar

Consistirá en la búsqueda de la particular sensibilidad de un segmento dorsolumbar según nuestra técnica habitual. Paciente acostado en prono a través de la camilla (Fig. 2).

1° Búsqueda de la sensibilidad a la presión lateral de la espinosa. La presión se ejerce transversal a la piel, con el pulpejo del pulgar, de derecha a izquierda, luego de izquierda a derecha, en las espinosas de D10 a L2. Generalmente se encontrará una sensibilidad muy viva en un solo sentido en D12 o L1;

2° Búsqueda del macizo articular posterior correspondiente: se ejerce una presión-fricción longitudinal con pequeños movimientos de vaivén con apoyo intenso a 1 cm de la línea media. Se descubrirá un dolor vivo en un punto preciso que corresponde al macizo articular posterior en disfunción (es fácil controlarlo con supervisión de ampliador de imágenes).

---



**Fig. 2:** Examen de la región dorsolumbar. Atención a la posición del paciente (posición de examen del autor): a la izquierda maniobra de presión lateral en las espinosas; a la derecha maniobra de presión-fricción en la interapofisarias.

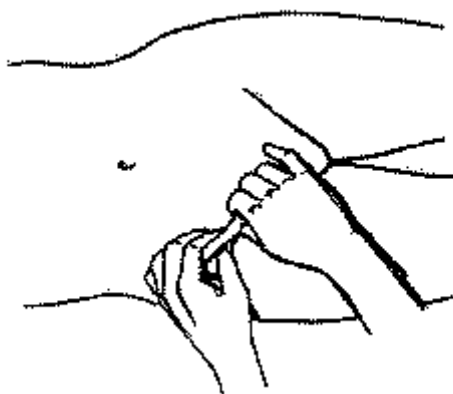
---

## II) Examen abdominal

Se encontrará con el «pinzado-rodado» una zona de sensibilidad más o menos extendida en la región anal, y de manera constante en la parte superior de la cara interna del muslo (este territorio no siempre se atribuye a D12 y a L1 en los tratados clásicos) (Fig. 3 et 4).



**Fig. 3:** Examen con «pinzado-rodado» de la parte superointerna del muslo. Esta maniobra prácticamente siempre es dolorosa en el lado de la irritación crónica de la rama anterior de los nervios raquídeos D12 o L1, incluso si no hay dolor espontáneo.



**Fig. 4:** El «pinzado-rodado» de la piel abdominal inferior, del ano, y de la piel pre-púbica es muy doloroso. Esta “celulalgia” puede ser responsable de dolores erróneos pseudoviscerales.

---

Este examen va seguido de la palpación del pubis. Se examina frotando con el pulpejo de los dedos. En el lado afecto, esta maniobra es desagradable e incluso dolorosa, mientras que no lo es en el lado contrario. Esta sensibilidad del hemipubis se encuentra con frecuencia entre los sujetos que presentan una lumbalgia aislada del mismo lado, y es un descubrimiento del examen sistemático. Pero a veces el sujeto se queja de un dolor púbico aislado o incluso de un dolor que él localiza en los aductores. Ciertos algunos casos típicos:

**Obs. nº 1: A. C., 25 años:** Practica el judo, y desde hace 4 meses sufre una hemipubalgia y dolores en los tendones aductores derechos. Ha tenido episodios de lumbalgia derecha. Al examen: cuadro de lumbalgia de origen dorsal, viva sensibilidad en hemipubis y al « pinzado-rodado » de la parte superointerna del muslo. En la región dorsal el examen revela la sensibilidad de D12-L1; las radiografías son normales. Tras la primera manipulación de la charnela dorsolumbar: desaparición de la sensibilidad espontánea del pubis. Persiste aunque disminuida al examen. Tras tres tratamientos, regreso a la normalidad.

**Obs. nº 2: J. P., 28 años:** Futbolista profesional con dolor desde hace un año en la inserción de los aductores derechos, que ha aumentado los últimos 6 meses. Ha debido cesar la actividad en los últimos 4 meses. El reposo alivia pero no soluciona la situación. Múltiples infiltraciones y tratamientos fisioterápicos sin éxito. El examen revela una hemipubalgia y « pinzado-rodado del ano y la parte superointerna del muslo doloroso. Esta maniobra revela también la sensibilidad de la piel de la parte superior glútea. También ha tenido algunas lumbalgias, pero sufridas en « segundo plano ». El examen segmentario vertebral revela sufrimiento D12-L1, con radiografías normales. Tres manipulaciones alivian este sufrimiento menor del raquis y al mismo tiempo hacen desaparecer el dolor supuestamente atribuido a los aductores. Se le autoriza a jugar a los 15 días tras el tratamiento, actividad que realiza sin ningún problema posterior.

**Obs. nº 3: H. C., 23 años:** Bailarina profesional, padece de los aductores izquierdos desde hace meses, debiendo interrumpir entreno y espectáculos desde hace 2 meses. Se encuentran los mismos signos que en el caso anterior. Se obtiene el mismo buen resultado con cuatro manipulaciones asociadas a una infiltración articular posterior izquierda D12-L1 que era muy sensible al examen. Señalar que el alivio era muy importante desde la primera sesión.

### **Dolores de inserción de los Rectos Abdominales**

Junto con los dolores de los aductores (verdaderos o falsos) los futbolistas presentan dolores de inserción de los rectos abdominales en el pubis. Algunos pueden ser dolores de inserción clásicos, pero también pueden ser consecuencia de una hipersensibilidad crónica del periostio púbico debida a la irritación de D12 o L1.

## **III) Discusión patogénica**

Como lo hemos constatado numerosas veces en otros casos (epicondilalgias, dolores de trocánter); el periostio (como sucede con la piel), puede estar muy sensible a la maniobra del « pinzado-rodado » cuando la raíz nerviosa que lo inerva sufre una irritación en el raquis, por sufrimiento mecánico, clínicamente demostrable, del segmento vertebral correspondiente (“Desarreglo Intervertebral Menor”).

En deportes como el baile, judo, fútbol; hay una muy importante sollicitación de la charnela dorsolumbar por los movimientos de torsión del tronco, que además se efectúan muy a menudo en lordosis. La columna lumbar, lo sabemos, tiene posibilidad de rotación muy débil en posición neutra, pero es inexistente en lordosis. Ello es debido a la orientación sagital de las articulaciones interapofisarias. Las dorsales, al contrario, son muy móviles en rotación. La parrilla costal limita el movimiento pero no en los dos últimos segmentos dorsales en los que se insertan las costillas flotantes. Esta zona de la charnela dorsolumbar está sometida a estrés considerable en los movimientos de rotación forzada del tronco, particularmente en lordosis. Ello explica la frecuencia con la que el examen sistemático del raquis de estos pacientes revela una sensibilidad de uno de los últimos segmentos dorsales. Lo corriente

es que estas sensibilidades segmentarias sean pasajeras y sin consecuencias. Pero a veces se vuelven crónicas constituyendo lo que nosotros llamamos «desarreglo intervertebral menor»; este puede provocar una cierta irritación del nervio raquídeo correspondiente que excepcionalmente se traducirá en un dolor neurálgico; pero en general; como hemos señalado, por manifestaciones neurotróficas «celulo-teno-miágicas» en su territorio de inervación. A estas manifestaciones, que no describiremos en detalle, ya que han sido objeto de otras publicaciones, hay que añadirles la frecuente sensibilización del periostio inervado por el mismo nervio.

Es el caso que nos ocupa, en el que el pubis está inervado por una rama nacida del nervio abdomino-genital (D12, L1). El periostio sensible a la palpación (en comparación con el lado opuesto) se volverá francamente doloroso durante las tracciones considerables que ejercerán los adductores solicitados al máximo durante el chut, los movimientos de segado del judo, o en la danza. El dolor se percibe entonces como una tendinitis de los adductores. Con el tiempo se vuelven también ellos mismos igualmente dolorosos. En otros casos el dolor se percibe como una pubalgia aislada y a veces como un dolor de inserción de los rectos abdominales.

## IV) Tratamiento

- El tratamiento es vertebral. La manipulación, si es posible según las reglas que hemos establecido, es la que proporciona los efectos más rápidos y constantes.
- La infiltración de la interapofisaria dorsolumbar sensible al examen (generalmente del mismo lado que la pubalgia) puede reemplazar (a veces) y a menudo completar la acción de la manipulación.
- La infiltración de la rama anterior de D12 o L1 ha sido útil en los casos en los que la manipulación no se podía usar.
- El tratamiento local (fisioterapia, infiltraciones) puede ser interesante para eliminar completamente un dolor residual muy atenuado tras el tratamiento vertebral.

---

Institut National de Réadaptation (St-Maurice 94).

Centre de Rééducation de l'Hôtel-Dieu (Paris).

---