

Cirugía en las pubalgias

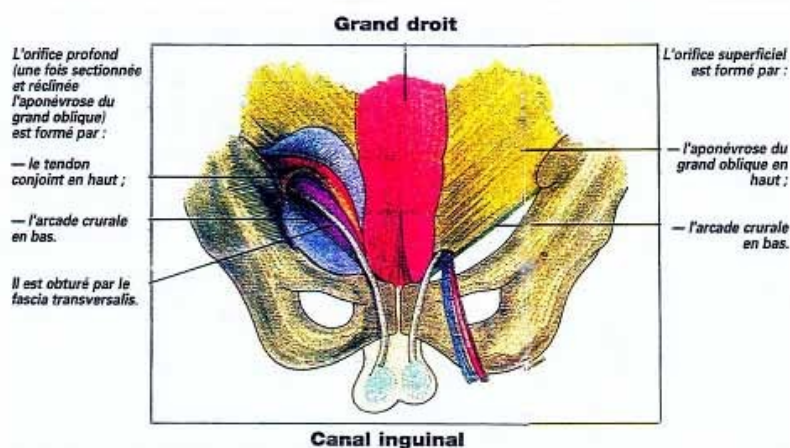
Bruno JANSSEN

Clinique Générale du Sport. Paris

Traducción : Dr. F. Colell (GBMOIM)

La pubalgia es un dolor de la región púbica que aparece en el deportista, más a menudo en el futbolista, pero que puede aparecer en todos los deportes en el hombre y en la mujer (danza y gimnasia).

Su enfoque quirúrgico no puede ser más que tardío, tras haber seguido un tratamiento médico bien conducido.



Hay dos tipos de dolores que pueden ser quirúrgicos:

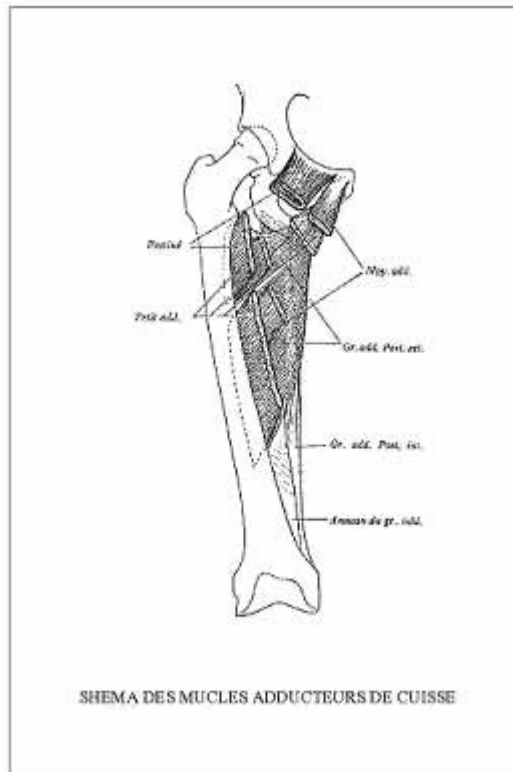
- Uno corresponde a las inserciones de los músculos de la parte interna del muslo bajo el pubis, la pubalgia de los aductores.
- El otro corresponde a las inserciones de los músculos abdominales en la pelvis, la pubalgia parieto-abdominal.

Antes de tratar estas dos lesiones, hay que eliminar:

- El dolor púbico óseo medio, con imágenes radiológicas de lesión, que es raro,
- El dolor de una tendinitis de inserción de los rectos abdominales en el pubis
- Los dolores de cadera
- Los dolores de los aductores distintos a los de la inserción.

Tendinitis de inserción del adductor

Asienta por dentro de la raíz del muslo. Su inicio es brutal, a menudo tras un movimiento de separación del muslo con el músculo en contracción, cuando el calentamiento no ha sido suficiente. Hecha la lesión, el dolor aparecerá al poner en tensión los músculos. El diagnóstico al examen clínico se confirmará con RMN o Gammagrafía. Se trata de las inserciones de los músculos grácil (recto interno) y adductor mediano. Si el dolor persiste a pesar del reposo, el tratamiento médico bien conducido y los estiramientos; habrá que realizar una infiltración de corticoides en la zona de inserción ósea púbica; como último recurso, realizar una tenotomía.



Pubalgia parieto-abdominal

El dolor se localiza en la zona de la ingle aparece tras el esfuerzo progresivamente para acabar siendo permanente e invalidante; o de manera brutal con sensación de desgarrar reapareciendo tras cada periodo de reposo. Aumenta con la tos, el esfuerzo y las sesiones de musculación abdominal. Se sitúa en el lugar en el que puede aparecer una hernia inguinal. El dolor irradia a veces a la cara anterior del muslo, el testículo y el periné. La palpación del orificio profundo del canal inguinal, siguiendo el cordón espermático, permite encontrar este dolor por fuera, por encima de la arcada crural.

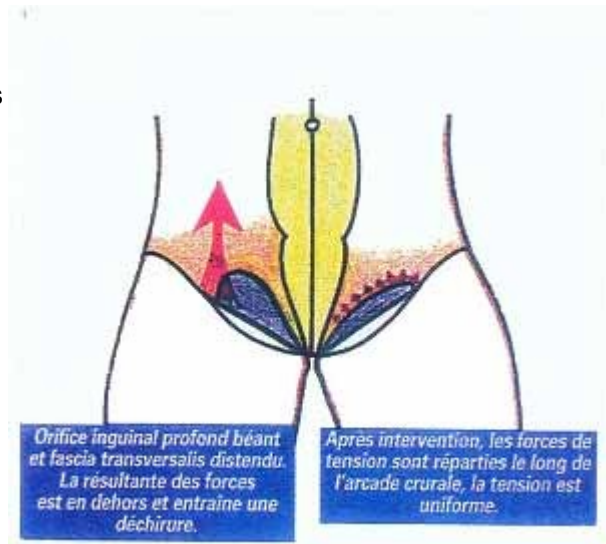
Mecanismo de la Pubalgia Parieto-Abdominal

la pubalgia de origen parieto-abdominal asienta fuera del orificio profundo del canal inguinal. Esta patología dolorosa inguinal es equivalente a un desgarro muscular. No es exclusiva del deportista de alto nivel.

Normalmente el orificio inguinal profundo está obturado y tenso por la fascia transversalis, que sirve de amortiguador entre los músculos largos del abdomen y los del muslo. Este orificio es ovoide, toda tensión sobre el tendón conjunto se reparte en la arcada crural por medio de la fascia transversalis. Si está distendido y el orificio se agranda, las fuerzas de tensión del conjunto no se reparten sobre la arcada crural, sino fuera, donde no existe verdadera adherencia anatómica. Es la zona de debilidad. Se crea entonces un punto de desgarro permanente que reaparece con cada esfuerzo.

Este tipo de dolor hace tiempo se llamó « punta de hernia », ya que existe un dolor pero el examen no encuentra la hernia. La cura quirúrgica consiste en cerrar el orificio inguinal profundo, permitiendo un buen reparto de las inserciones ilíacas de los músculos largos del abdomen.

Esta intervención quirúrgica necesita corta hospitalización y un protocolo de reeducación posterior de unas 8 semanas antes de reemprender la competición.



Conclusión

El desarrollo de los deportes de ocio, salas de musculación, y deporte de competición lastiman las inserciones musculares de los músculos abdominales elevándolas a la categoría de las tendinitis de los miembros. Las lesiones están permanentemente alimentadas por la presión intra-abdominal. Sus orígenes solo pueden reconocerse con un conocimiento anatómico de la región y un buen examen clínico. Los exámenes complementarios (ecografía, RMN) no siempre permiten un diagnóstico.

El tratamiento es, a veces, quirúrgico; dependiendo de la cronicidad de estas lesiones.