

Síndromes de sobrecarga espóndilo-ínguino-púbicos

Christian BENEZIS

CHU Montpellier

Traducción : Dr. Colell (GBMOIM)

Los síndromes de sobrecarga espóndilo-ínguino-púbicos o pubalgias provienen de una patología anterior de inserción de los aductores, de una afección de la sínfisis púbica, o de una patología del anillo inguinal; a menudo asociados a patología lumbosacra o sacroilíaca.

En el centro del problema encontramos los microtraumatismos repetidos, la sobrecarga, y el desequilibrio del tándem «aductores-abdominales» asociados a la hiperlordosis lumbar y a la basculación anterior de la pelvis.

«El deporte francés sufre pubalgia» se lee en nuestra prensa especializada. La patología ínguino-púbica de sobrecarga comprende, de hecho, tres patologías diferentes con la misma etiopatogenia que a menudo están asociadas o implicadas: patología de inserción (aductores, e isquiotibiales internos), patología articular (sínfisis púbica), patología parietal de orificio (anillo inguinal) y muscular (faja abdominal). En el aspecto mecánico existe un par de rotación-tracción en la sínfisis púbica efectuado por el conjunto músculo-tendinoso formado por los aductores, los isquiotibiales y la musculatura abdominal. En el 40% de nuestros casos, se asocia un síndrome doloroso sacroilíaco o lumbar al síndrome ínguino-púbico. Esta patología aparece en los deportistas jóvenes sometidos a entrenamiento intensivo diario (fútbol, tenis, danza, etc...), con gestos técnicos particulares (chut, contra-apoyo, tacle, apoyo lateral). Hemos diferenciado un morfotipo «lumbo-pélvico», brevilíneo, hipermusculado.

El diagnóstico positivo se basa en el análisis del síndrome en busca de una tendinitis (con contractura) de los aductores, una artropatía púbica, una insuficiencia abdominal, una insuficiencia del orificio inguinal. Además buscaremos con radiografía, escintigrafía ecografía, escáner o RMN, una discopatía, una espondilolisis o una afectación sacroilíaca. Ante cualquier síndrome espóndilo-ínguino-púbico hay que eliminar cualquier lesión articular u ósea de la pelvis, de la coxofemoral, una lesión raquídea dorso-lumbar, lumbosacra, una espondiloartritis anquilopoyética; y también patología visceral uro-vesical y lesiones musculares de la cara anterior del muslo.

El tratamiento curativo es inicialmente etiológico, basado en la corrección de los problemas biomecánicos, músculo-tendinosos y articulares. Se han propuesto muchos métodos: masaje, fisioterapia, «stretching» de los aductores y los isquiotibiales, tonificación abdominal en acortamiento. La cirugía se propondrá tras el fracaso de estos tratamientos conservadores: se practicará en el orificio inguinal y los aductores. El tratamiento preventivo está basado en el estiramiento de los músculos aductores, isquiotibiales,

psoasílico y en la tonificación abdominal en acortamiento. Se vigilará la higiene alimentaria (Ración hídrica suficiente, alimentación equilibrada). Dosificación y progresión en el entrenamiento; aprendizaje y perfeccionamiento de los gestos técnicos conformarán los éxitos en la prevención de esta afección.

Recuerdo anatómico y biomecánico

Desde la perspectiva anatómica tres elementos participan en la génesis del síndrome espándilo-ínguino-púbico:

1) El cuadro óseo de la cintura pélvica

La sínfisis púbica, anterior, anfiartrosis de reducida movilidad es el punto de absorción de las tensiones transmitidas del pubis a los miembros inferiores. La charnela lumbosacra y las articulaciones sacroilíacas, posteriores, son el punto de absorción de las tensiones que transmite el raquis a la cintura pélvica. La hiperlordosis lumbar, frecuente, aumenta las tensiones y la transmisión de fuerzas desde el arco vertebral posterior hacia las articulaciones sacroilíacas y la sínfisis púbica.

2) Los elementos musculares

Los músculos aductores, dispuestos en tres planos, actúan en el apoyo bipodal, el equilibrio transversal de la pelvis; y además en la adducción, la flexión-extensión, y la rotación axial.

Imprimen tensiones en la sínfisis púbica hacia abajo, hacia adelante, y hacia fuera.

Los isquiotibiales internos participan junto a los aductores.

La cincha abdominal, formada por los rectos y los oblicuos mayor y menor, imprime tensiones a la sínfisis púbica hacia arriba, hacia atrás y hacia fuera

3) El anillo inguinal

El canal inguinal está delimitado por delante por la aponeurosis del oblicuo mayor, por detrás por el oblicuo menor y el transverso, y por arriba por el tendón conjunto. Los pilares interno y externo del oblicuo mayor limitan el orificio superior.

Biomecánicamente, la tensión repetida uni o bilateral de los aductores sobre una cincha abdominal insuficiente e ineficaz comporta una sobrecarga de la sínfisis púbica y de la región del anillo inguinal, sobretodo cuando el deportista está en apoyo unimodal.

Los gestos técnicos más predisponentes son el chut, el tacle, la desviación lateral, el contrapié.

Hemos encontrado al candidato ideal para el síndrome: un morfotipo predisponente o "morfotipo lumbo-pélvico"; el deportista brevílino, con pelvis en anteversión (aductores e isquiotibiales cortos e hipermusculados) hiperlordosado, con desigualdad de longitud en miembros inferiores, anomalía raquídea dorsolumbar, lumbosacra o sacroilíaca, cincha abdominal insuficiente.

Análisis del síndrome

Al principio el síndrome espóndilo-púbico aparece de manera progresiva, al final del entreno o de la competición. Disminuye o cede con el reposo. Es unilateral, bilateral o alternante; episódico, dependiendo de un gesto específico. El dolor se volverá agudo, permanente, a veces irradiará hacia la raíz del muslo, hacia el pubis, la cincha abdominal, el testículo o el rafe escrotal. Siempre existe un tiempo de espera entre el dolor inicial y la consulta. El examen clínico permite precisar el síndrome: patología de inserción de los aductores, patología articular púbica, patología parietal abdominal o inguinal; que pueden ser aisladas, imbricadas, o asociadas. El examen de la región lumbosacra y sacroilíaca permitirá aislar el caso particular del síndrome espóndilo-púbico.

1) Patología de inserción de los aductores

La palpación revela un dolor exquisito en la inserción del adductor medio, lugar de contractura, emplastamiento o nódulo sobre un músculo corto. La cadera está libre en todos los movimientos, activos y pasivos; la abducción forzada y la adducción contrariada reproducen el dolor. El examen debe ser comparativo y simétrico; estudiando la sínfisis púbica, el orificio inguinal, la cincha abdominal y la región lumbosacra.

2) La artropatía púbica microtraumática

El dolor está localizado en el pubis, pero puede irradiar a la rama iliopúbica, a los genitales, a la inserción de los rectos abdominales. Se puede encontrar una inestabilidad de la sínfisis con un «rechinar» característico.

La radiografía de la pelvis en fase aguda puede mostrar objetivamente un aspecto vago e irregular de las superficies articulares con muescas, asimetría o amputación de los ángulos del pubis, ensanchamiento del espacio de la sínfisis, osteocondensación, geodas y lagunas. Varios años de evolución dejan un ribete articular condensado con osteofitos.

3) Patología del anillo inguinal

Un dolor en el pubis, irradiando a los aductores o a los abdominales, que se exacerba con el esfuerzo, la tos o el estornudo, con la defecación, a menudo irradiando al testículo; debe hacer sospechar una patología del orificio inguinal. La palpación de los pilares interno y externo del oblicuo mayor es hiperálgica. El orificio está distendido, a veces abierto, por insuficiencia de la musculatura oblicua abdominal. Existe pulsión dolorosa con la tos, que traduce un estadio pre-herniario. Esta patología se encuentra con frecuencia en los individuos de raza negra con hiperlordosis lumbar, anteversión pélvica, cincha abdominal insuficiente y músculos aductores cortos e hipertónicos. A veces se encuentra una verdadera hernia inguinal.

4) Casos particulares del síndrome espóndilo-púbico

Al síndrome ínguino-púbico a veces se le asocian, completando el cuadro, una lumbalgia baja, un dolor sacroilíaco, hiperlordosis y báscula anterior de la pelvis.

La radiografía, el TAC, o la RMN, confirman la hiperlordosis (70% de los casos), objetivan una discopatía, o una espondilolistesis (15% de los casos). En algunos, la gammagrafía objetiva una hipercaptación sacroilíaca, lumbosacra y púbica; confirmando, en ausencia de modificaciones biológicas de tipo inflamatorio, el sobre esfuerzo biomecánico y microtraumático en las zonas de absorción de tensiones anterior y posterior de la cintura pélvica.

En nuestra casuística, sobre 224 casos de pubalgia recogidas 1986 y 1989, 74 se asociaron con síndromes sacroilíacos o lumbares; 124 habían presentado antecedentes de lumbalgia en su carrera deportiva (tabla 1).

Tabla 1. Síndromes espóndilo-púbicos (casuística 1986-2000)

Síndrome ínguino-púbico	1224 casos
Síndrome espóndilo-púbico	394 casos 30%
Antecedentes de lumbalgia	542 casos 45%
Isquios cortos	154 casos 65%
Adductores cortos	612 casos 50%
Abdominales relajados	732 casos 60%
Hiperlordosis	760 casos 65%
Anteversión pélvica	758 casos 65%
Discopatías lumbosacras	248 casos 25%
Protrusiones discales	37 casos 3%
Espondilolisis	133 casos 15%
Sobrecarga sacroilíaca	44 casos 4%

Diagnóstico diferencial

Cuando aparece un síndrome doloroso espónilo-ínguino-púbico, incluso en un joven deportista en un contexto de sobrecarga, se debe eliminar:

- Una lesión osteoarticular de la cadera: coxartrosis-epifisiolisis, coxa plana.
- Una lesión osteoarticular del pubis: osteoartritis púbica, artritis tuberculosa.
- Una lesión músculo-tendinosa traumática de: rectos anteriores, aductores, abdominales.
- Una patología de inserción teno-perióstica del niño.
- Una lesión del raquis: desarreglo doloroso intervertebral menor (Maigne), teno-célulo-mialgias del nervio abdominal-genital, y también neuralgia crural, obturatriz o ciática.
- Una patología de vecindad: anexos, uro-ginecológica, ganglionar inguinal.
- Un reumatismo inflamatorio (espondiloartritis anquilosante).

Tratamiento

Esencialmente conservador, orientado a la etiología, basado en fármacos, fisioterapia y kinesiterapia. El fracaso del tratamiento conservador o la existencia de patología inguinal en estadio pre-herniario pueden imponer el recurso quirúrgico.

El tratamiento conservador inicialmente está basado en el reposo estricto y los antiinflamatorios no esteroideos; las terapias locales (crioterapia, fisioterapia, masaje) y los estiramientos de aductores e isquiotibiales, a veces las infiltraciones locales, se utilizan en las afecciones osteo-tendón-musculares de los aductores y los isquiotibiales. Hay que intentar corregir del todo o en parte la hiperlordosis. La tonificación abdominal selectiva sobre los rectos abdominales, en acortamiento respetando las reglas del no dolor, completa el esquema terapéutico en los casos parieto-abdominales. Este tratamiento es diario durante 20 sesiones con revisión clínica en la 10ª y la 20ª. La tonificación abdominal y el «stretching» se mantendrán a título preventivo.

La cirugía se reserva para los fracasos del tratamiento conservador y en patología del orificio inguinal. Permite el cierre del conducto inguinal repensando la musculatura oblicua. Además se efectúa una tenotomía de relajación del adductor medio. La reeducación postoperatoria se inicia a los 20 días de la intervención quirúrgica. Comprende el cuidado de la cicatriz, masajes de los aductores, fisioterapia púbica, abdominal y posturas de estiramiento de los aductores. Esta reeducación se programa durante 30-45 días. Diaria, respetando las reglas del no dolor. La vuelta al footing y la preparación física general (trabajo de velocidad, footing, musculación, stretching) es posible al 3º mes del postoperatorio. Hay que señalar algunos fracasos (secuelas dolorosas, recidivas) sobretodo si el síndrome no ha sido clínicamente analizado.

La prevención está basada en la estrecha colaboración que ha de existir entre el deportista, el entrenador, el médico, y el kinesiterapeuta; comprende tres aspectos:

- El técnico: el entrenamiento debe ser dosificado, progresivo, basado en un calentamiento largo y global. Los “tiempos” deben respetar siempre el «parámetro de recuperación». Musculación abdominal en acortamiento, y stretching de aductores e isquiotibiales se incluyen en todas las sesiones de entrenamiento. Los ejercicios de estiramiento se adaptan a los gestos técnicos.
- Reglas de higiene-dietética: hidratación abundante y alimentación sana y equilibrada. La higiene buco-dental se hace imprescindible.
- Aspecto médico: médicos del deporte y kinesiterapeutas efectúan un seguimiento del deportista adaptado, útil y permanente.

Conclusión

Los síndromes de sobrecarga espíndilo-ínguino-púbica provienen de una patología anterior de inserción de los aductores, o de una afectación de la sífilis púbica, o de una patología del anillo inguinal, a menudo asociados a patología lumbosacra o sacroilíaca.

El conocimiento de los «deportes de alto riesgo» y sus gestos específicos, permite conocer mejor el mecanismo de aparición de esta tecnopatía deportiva, benigna pero invalidante. En el “meollo” del problema encontramos los microtraumatismos repetidos, la sobrecarga, y el desequilibrio de los «aductores-abdominales» asociado a la hiperlordosis lumbar y a la báscula anterior de la pelvis. Se trate de tendinitis de aductores, artropatía púbica, o insuficiencia del orificio inguinal, el diagnóstico clínico se apoya en la existencia de dolor que irradia a la cara interna del muslo, que se exagera con la abducción forzada y la

adducción contrariada, como a la palpación del pubis y del anillo inguinal. La patología lumbar o sacroilíaca complica este síndrome ínguino-púbico en un 30% de los casos.

Bibliografía

- 1- BENEZIS C : Les accidents musculaires : problèmes pratiques. In : Muscles, tendons et sport. Masson, Paris, p 199-206, 1985.
 - 2- BENEZIS C, SIMON L et D'HOOGE M : L'ostéome musculaire. In : Muscles, tendons et sport. Masson, Paris p. 259-264, 1985.
 - 3- BENEZIS C : Arrachements ostéo-périostés du bassin. In : Muscles, tendons et sport. Masson, Paris, p 60-68, 1985.
 - 4- BOEDA A, COMMANDRE F et VERIT J : La symphyse pubienne et les adducteurs du footballeur. J Méd 12, 1747-1750, 1976.
 - 5- DUREY A : L'arthropathie pubienne du footballeur. Cinésiologie 57-62, 1976.
 - 6- IMBERT JC, BRUNET B, et BRUNET GUEJ E : Les pubalgies. In : Muscles tendons et sport. Masson, Paris, p 249-259, 1985.
 - 7 LE CRONIER M : Les lésions publiennes des sportifs. A propos de 4 Thèse méd, Paris 1978.
 - 8- MAIGNE R : Pubalgie, pseudo-tendinites des adducteurs et charnière dorso-lombaire. Ann Méd Phys 24, 313-319, 1981.
 - 9- VIALA C : Le syndrome des adducteurs de cuisse chez le sportif. Thés. Méd, Montpellier 1981.
-