



DESCRIPCIÓN

Con este término definimos un cuadro patológico que se caracteriza por dolor en la sínfisis púbica, que surge por el desequilibrio de fuerzas y tensiones que ejercen las estructuras musculares con origen o inserción en el anillo pélvico, y que provocan con el tiempo un cuadro de osteítis de la sínfisis púbica. La incidencia anual de dolor inguinal en los futbolistas jóvenes se sitúa en el 10-18 % según los autores (Ekstrand, 1983; Engström, 1990).

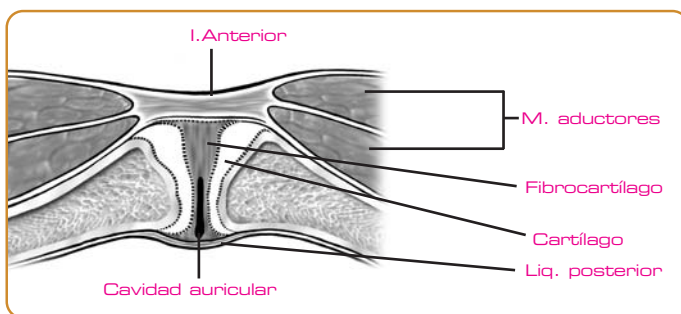


Figura 19.
Esquema
anatómico de la
sínfisis púbica

Este cuadro fue descrito por primera vez en jugadores de esgrima por Spinelli en 1932. Posteriormente otros autores han indicado su incidencia en otros deportes, como son el fútbol (Bankov 1960), hockey sobre hielo, marcha atlética, levantamiento de peso, taekwondo, rugby, tenis, equitación y baloncesto.

La articulación de las dos ramas púbicas se clasifica entre las anfiartrosis (figura 19). Está formada por un fibrocartilago interarticular denominado "ligamento interóseo", que para algunos autores

es un verdadero menisco. Las superficies articulares tienen forma elíptica y forman un ángulo abierto hacia atrás. Toda la articulación está reforzada por un conjunto de ligamentos:

a) ligamento superior

b) ligamento anterior, el más grueso, reforzado por expansiones aponeuróticas del oblicuo mayor, del recto anterior, del piramidal y de los aductores

c) ligamento inferior.

La cara posterior está tapizada por un rico plexo venoso formado por las anastomosis de las venas epigástricas, obturadoras y pudendas internas.

Este anillo pélvico es punto de encuentro de la musculatura abdominal y de las extremidades inferiores. En este equilibrio de fuerza se encuentran implicados dos grupos musculares:

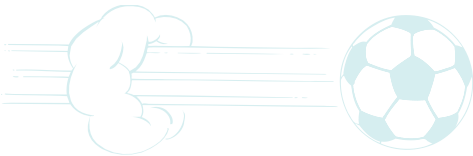
➡ por un lado, los de la cara interna del muslo: recto interno, aductores (formado por el aductor mayor, el más ancho y profundo, aductor corto y aductor largo), pectíneo, obturador externo.

➡ por otro, los músculos que componen la pared anterolateral del abdomen: recto anterior, piramidal, transversario, oblicuo mayor y menor.

Osteopatía del pubis

La inervación sensitiva de la cara anterior de la pelvis reside en el plexo lumbar, mientras que la región posterior —no está del todo claro para algunos autores

(Mascellani 1973)— se encuentra inervada por ramas colaterales del nervio pudendo interno.



ETIOPATOGENIA

La mayoría de autores coinciden en que el origen de la osteopatía de pubis se encuentra en un desequilibrio de la fuerza muscular de los músculos aductores con respecto a los músculos de la pared anterolateral del abdomen.

Este desequilibrio de fuerzas ocasiona estrés en la articulación de la sínfisis púbica, que será el responsable de los cambios degenerativos que se observan en las exploraciones complementarias.

TABLA 8.- FACTORES FAVORECEDORES DE ESTRÉS ARTICULAR

- Hipertonía de los músculos aductores por hiperutilización de este grupo muscular en determinadas actividades deportivas, en especial el fútbol, equitación, rugby y marcha atlética.
- Hipotonía de los músculos de la pared anterolateral del abdomen
- Diastasis de la sínfisis púbica ocasionada por un parto complicado
- Diastasis de los músculos rectos del abdomen
- Eventraciones posquirúrgicas
- Anteversión de la pelvis
- Isquiotibiales cortos
- Disimetría de extremidades
- Artropatía sacroilíaca
- Hiperlordosis lumbar.



Saludinámica

COMUNICADOS MENARINI EN SALUD Y DEPORTE

Esta dolencia afecta fundamentalmente al varón. El motivo parece residir en diferentes factores, como son: mejor adaptación de la pelvis femenina a las exigencias mecánicas, menor intensidad del programa de entrenamiento, menor número de deportistas del sexo femenino en las disciplinas con una mayor incidencia (fútbol,

esgrima, rugby], o diferente arquitectura del conducto inguinal.

Dentro de esta entidad patológica se distinguen tres formas de presentación, que pueden darse por separado o en conjunto: a) tendinitis insercional de los aductores, b) insuficiencia de la pared abdominal c) artropatía púbica propiamente dicha.



CLÍNICA

El síntoma principal es el dolor de localización inguino-pubiana al realizar actividad física en los casos iniciales, que con el avance de la patología se hace constante y limita la actividad diaria (subir o bajar escaleras, tener relaciones sexuales, caminar sobre terrenos irregulares o el apoyo unipodal). Suele ser de instauración progresiva y se desencadena con esfuerzos cada vez menores, incluso con el estornudo en fases avanzadas.

Este dolor tendrá unas características diferentes según nos encontremos ante una entidad u

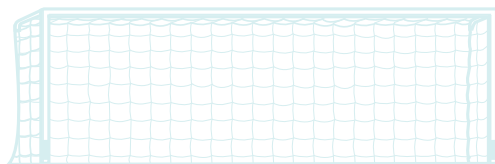
otra, o según el periodo evolutivo del proceso. Así, cuando existe un cuadro prominente de afectación de los músculos aductores, el dolor será inguinal con irradiación a la cara interna del muslo. Este dolor aparece en la cara interna del pie con el tiro a puerta o con los cambios de dirección durante la carrera. Su localización puede ser unilateral o bilateral (figura 20).



Si existe mayor afectación de los músculos rectos del abdomen, el dolor se sitúa en la región supra-púbica. Por lo general es unilateral y también

Figura 20. Tiro a puerta con la cara interna del pie. Se observa la acción de los aductores de la pierna contralateral

Osteopatía del pubis



puede irradiar a la cara interna del muslo o al canal inguinal; se intensifica con las maniobras de Valsava.

En fases más avanzadas, donde ya existe un osteitis micro-traumática de la sínfisis púbica, el dolor se localiza en dicha articulación con irradiación hacia el escroto y periné. El dolor no solo surge con la actividad deportiva, sino con los movimientos cotidianos.

La exploración clínica del paciente muestra un desequilibrio de fuerza entre los músculos del anillo pélvico, hipertonía de los músculos aductores y debilidad de la pared abdominal, que suele evidenciarse por el signo de Malgaigne (al indicar al paciente en bipedestación que realice una maniobra de Valsalva aparece, en la región inguinal, una prominencia por encima del arco crural que traduce la debilidad de la pared

abdominal), que puede ser unilateral o bilateral.

La palpación de la sínfisis púbica suele ser dolorosa, así como las maniobras de compresión del anillo pélvico. La aducción contra resistencia desencadena dolor. La inserción proximal de los músculos aductores es dolorosa, lo que denota el cuadro de entesitis. Además, como reflejo de este dolor se objetiva una contractura importante del vientre muscular.

La palpación del anillo inguinal profundo es dolorosa en los pilares, y si se indica al paciente que realice una maniobra de Valsalva o que tosa puede detectarse una hernia inguinal.

Deberá valorarse la existencia concomitante de isquios cortos, hiperlordosis, diastasis de rectos, artrosis precoz coxofemoral, artropatía de la charnela lumbodorsal o inestabilidad de la sínfisis.



EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Se solicitará inicialmente una radiología simple en proyección de frente, y la misma proyección con apoyo unipodal alternativo centrado en la sínfisis, para va-

lorar una inestabilidad de la sínfisis que se confirmará si se produce un desfase vertical de más de 3 mm entre la ramas púbicas (Gilmore 1998) (figura 21).

Figura 21. Inestabilidad de la sínfisis púbica



Luschnitz, en 1967, hizo una descripción precisa de los diferentes estadios radiológicos de la osteopatía de pubis. Posteriormente Brunet en 1983 propone en su tesis doctoral una clasificación, en mi opinión la más acorde con la evolución clínica (tabla 9).

TABLA 9 · ESTADIOS RADIOLÓGICOS DE LA OSTEOPATÍA DE PUBIS

- fase I:** (inicial): amputación de los bordes de las ramas púbicas con disminución de la densidad ósea subcondral y geodas ocasionales.
- fase II:** zonas densas que se mezclan con zonas claras, con contornos muy marcados y regulares.
- fase III:** aparición de las geodas con trabéculas óseas marcadas.
- fase IV:** clasificación de la interlínea (sinostosis).
- fase V:** (deportista profesional): destrucción interlínea, amputación de los bordes de las ramas y zonas anárquicas de esclerosis, reconstrucción y erosión.

La sensibilidad diagnóstica de la radiología simple se sitúa en el 40% (Fricket P.A, 1991).

La **gammagrafía ósea** con tecnecio 99 es la prueba que se positiviza más precozmente, al mostrar una acumulación del contraste en la región de la sínfisis (figura 22). También es la primera prueba que muestra la desaparición del estrés sobre la articulación, al negativizarse antes de que se hayan revertido los cambios radiológicos (Zeitoun F, 1995). Su sen-

sibilidad diagnóstica se sitúa en el 50% (Fricket P.A, 1991).

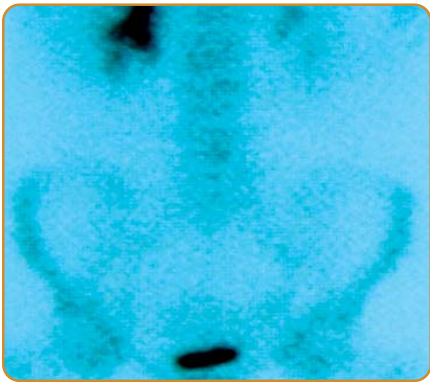


Figura 22. Hipercaptación a nivel de sínfisis púbica visualizada por gammagrafía ósea con Tc 99

Osteopatía del pubis

La **ecografía** sirve para el diagnóstico del cuadro de entesitis de los aductores, al objetivar la posible existencia de microrrupturas del tendón, quistes o nódulos intratendinosos. También puede revelar la existencia de calcificaciones.

La **TAC** no aporta más datos que la radiología convencional.

La **resonancia magnética nuclear** permitirá estudiar tanto el componente óseo y el del cartílago interarticular como las in-

serciones de los músculos del anillo pélvico. En las fases iniciales suele apreciarse, en la secuencias ponderadas en T2, una hiperseñal en los márgenes óseos de la sínfisis, mientras que en secuencias ponderadas en T1 se ve una hiposeñal realzada al añadir gadolinio. Esta prueba puede hacerse esencial en los próximos años, al permitir ver la mayoría de las repercusiones de esta entidad patológica en las diferentes estructuras implicadas (Ghebontni, 1996).





TRATAMIENTO

Inicialmente será conservador e intentará compensar el desequilibrio muscular y los factores que contribuyen a esta patología. Para ello se debería realizar un tratamiento preventivo que establezca programas de musculación de los músculos antagonistas, y estiramientos de las estructuras musculares que trabajan en contracción concéntrica o isométrica.

El protocolo de rehabilitación estará encaminado a tres objetivos:

- el dolor
- factores predisponentes
- restaurar el equilibrio muscular

Este tratamiento conservador será tanto más eficaz cuanto más precoz sea su instauración.

El tratamiento del dolor consistirá en el reposo deportivo inicial, que se prolongará el tiempo suficiente para conseguir el equilibrio muscular, tiempo que puede alargarse 6-8 semanas. Puede combinarse con AINE, pero solo en la fase más inicial.

Algunos autores recomiendan la utilización de infiltraciones de corticoides, tanto en la sínfisis pro-
piamente dicha (Holt, 1995) co-

mo en la inserción proximal de los músculos aductores. También puede añadirse el masaje trasverso tipo Ciriak en la zona de inserción de los músculos aductores, pectíneo o músculos rectos del abdomen.

El reequilibrio muscular se realizará en función de las deficiencias del paciente. Para ello se precisará un exploración inicial que descubra cuáles son los grupos débiles y los hipertónicos. Los grupos hipertónicos (generalmente aductores, psoas, recto interno, pectíneo, isquiotibiales y ocasionalmente los pelvitrocanteros) se someterán a un programa de estiramiento progresivo (Taylor, 1990).

También se establecerá un programa de potenciación de los músculos rectos del abdomen, oblicuos y transversos para obtener una estabilización del anillo pélvico.

En los casos de fracaso del tratamiento rehabilitador, se procederá a la intervención quirúrgica. Esta intentará cubrir dos objetivos:

- disminuir la potencia muscular de los aductores mediante la tenotomía de los músculos aductores (figura 23).

Osteopatía del pubis

• reforzar la musculatura de la pared lateral del abdomen según la técnica descrita por Nesovic (Nesovic, 1983), que es una modificación de la descrita por Bassini para el tratamiento de la hernia inguinal.

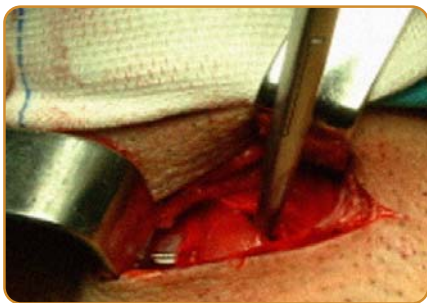


Figura 23. Tenotomía proximal de los músculos aductores

