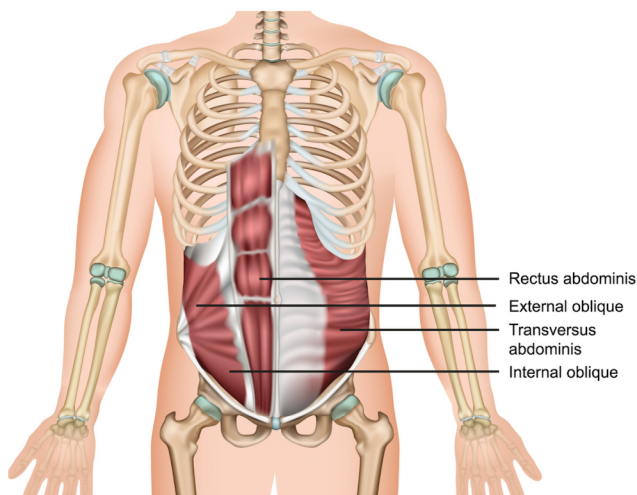


DOLOR EN LA SÍNFISIS PÚBICA - PUBALGIA

DEFINICIÓN

La pubalgia es una afección caracterizada por dolor crónico en la zona del pubis o de la ingle. Por lo general, se desencadena por actividades que requieren un esfuerzo físico significativo y es más común en deportes que requieren cambios repentinos de dirección o patadas repetitivas, como el fútbol o el hockey. Esta afección es prevalente en los deportistas, oscilando entre el 3 y el 11% en los deportistas olímpicos y entre el 10 y el 18% en los futbolistas profesionales.



FOLLETO INFORMATIVO PARA PACIENTES

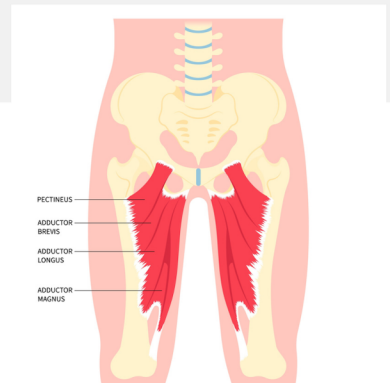
CAUSAS

Hay tres causas principales de pubalgia:

Desequilibrios musculares o sobrecarga entre los músculos aductores de la cadera y los músculos abdominales, o entre los grupos de músculos aductores y abductores de la cadera.

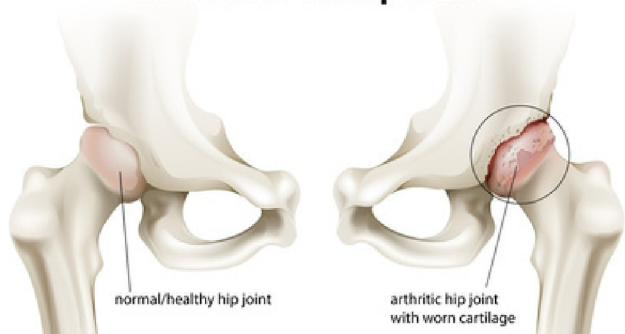
Estrés mecánico en la sínfisis púbrica debido al pinzamiento femoroacetabular (PFA) o rango de movimiento reducido en la articulación de la cadera, como se observa en la osteoartritis o en casos de anomalías de rotación del fémur.

Dolor relacionado con la región inguinal (ingle) debido a la debilidad de la pared abdominal posterior (también llamada "hernia deportiva"), que puede hacer que la pared muscular abdominal se abulte, comprimiendo los nervios cercanos. En algunos casos, la causa del dolor pueden ser verdaderas hernias directas o indirectas.



ANATOMY OF GROIN AND ADDUCTORS

Arthritis of the Hip Joint



SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor, que puede estar en un lado o en ambos y ubicado alrededor de la ingle, la parte inferior del abdomen, sobre el área de la sínfisis púbica, la región perineal, la región inguinal o el escroto.
- Sensibilidad extrema en la región de la sínfisis púbica.
- Dolor durante las contracciones de los músculos abdominales o aductores, agravado al patear, correr o cargar excéntricamente el recto abdominal.
- Rango de movimiento reducido en una o ambas caderas.
- Dolor que va desde una molestia leve hasta un dolor agudo y debilitante en la parte delantera o trasera de la pelvis, así como dolor en zonas como el abdomen, la espalda, la ingle, el perineo, el muslo y la pierna.
- El dolor empeoraba al caminar, inclinarse hacia adelante, subir o bajar escaleras, subir y bajar de sillas y automóviles y darse vuelta en la cama.

DIAGNÓSTICO

Diagnosticar y tratar correctamente estas afecciones puede resultar un desafío. Esto se debe a la complejidad de la anatomía alrededor de la cadera, la pelvis y la región abdominal, así como a otras afecciones que afectan la articulación de la cadera con síntomas similares. Además, deben excluirse las afecciones que no sean de naturaleza musculoesquelética pero que tengan una presentación similar.

Se obtendrá una historia detallada del paciente, seguida de un examen físico y pruebas de imágenes, que incluyen radiografías, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o ecografías. Las radiografías y las tomografías computarizadas son importantes para detectar degeneración e inestabilidad de la sínfisis púbica, así como signos de cambios estructurales o degeneración de la cadera. La resonancia magnética se utiliza para evaluar los tejidos blandos como cartilagos, tendones, ligamentos y músculos alrededor de la cadera y la sínfisis púbica, así como para detectar edema óseo o posibles fracturas por

QUÉ ESPERAR DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

La recuperación después de una cirugía artroscópica es generalmente más rápida que después de un procedimiento abierto, por lo tanto, el regreso a las actividades también suele ser posible antes. La vuelta a la práctica deportiva dependerá también del resultado operatorio, el asesoramiento estará a cargo del cirujano y fisioterapeuta encargados de preservar la cadera.

Puede haber limitaciones en la carga de peso y las actividades durante los primeros dos o tres meses, que varían según el cirujano y dependen de los hallazgos operatorios y las técnicas realizadas.

La fisioterapia puede comenzar inmediatamente después de la cirugía, aumentando gradualmente el rango de movimiento, la estabilidad, la fuerza, la movilidad y la función durante un período de hasta seis meses, según la cirugía realizada y los objetivos individuales.

estrés que normalmente no son visibles en las radiografías. La ecografía puede ayudar en los casos en los que es necesario un examen dinámico o existe una alta sospecha de hernia de la pared abdominal.



TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

El tratamiento generalmente no es quirúrgico, se centra en el alivio del dolor y puede incluir las siguientes opciones:

- Descansar de actividades agravantes.
- Uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroides
- Uso de hielo
- Fisioterapia que incluye el uso de aparatos ortopédicos si es necesario, cinturón de soporte lumbopélvico, terapia de ejercicios para tratar desequilibrios musculares, rango de movimiento y estabilidad central.
- Inyecciones de corticosteroides

Una vez que los síntomas mejoren, cualquier tratamiento irá seguido de un regreso gradual a las actividades. Tratar esta afección puede resultar extremadamente difícil en deportistas de élite debido al tiempo alejado del deporte y al riesgo de comprometer su carrera.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Cuando los métodos no quirúrgicos no pueden ayudar a resolver los síntomas, existen posibles procedimientos quirúrgicos, tanto abiertos como artroscópicos, que se pueden considerar, pero con resultados variables. Debido a que la pubalgia a menudo coexiste con la PFA, se puede realizar una cirugía para tratar ambas afecciones al mismo tiempo.

Ejemplos de procedimientos quirúrgicos utilizados para tratar la pubalgia incluyen:

- Sinfisectomía púbica endoscópica
- Legrado abierto de la sínfisis
- Resección en cuña
- Liberación del tendón aductor largo con o sin liberación parcial del recto abdominal
- Colocación de malla sintética retropúbica extraperitoneal.
- Neurectomía inguinal
- Artrodesis