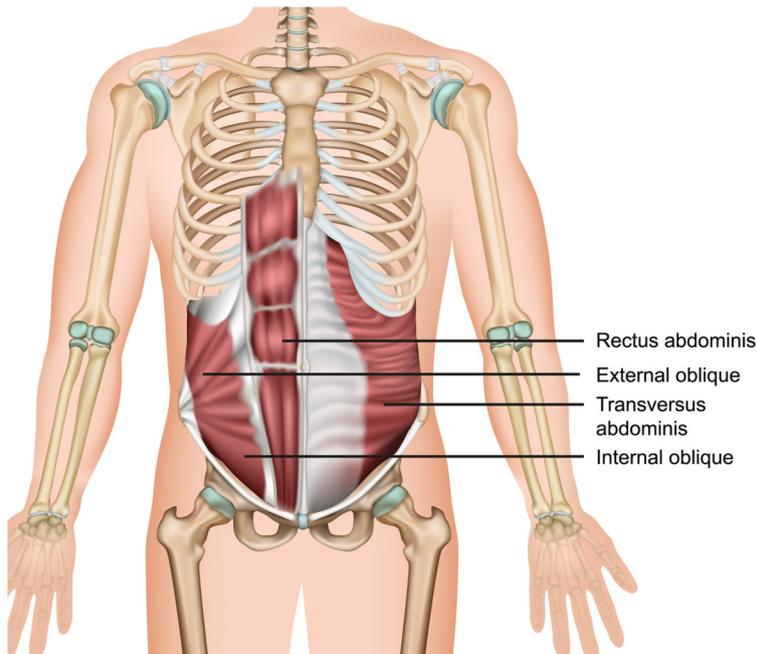




DOLOR EN LA SÍNFISIS PÚBICA - PUBALGIA

DEFINICIÓN

La pubalgia se describe como un dolor crónico en la zona púbica o inguinal. Suele desencadenarse por actividades que requieren un esfuerzo físico importante y es más frecuente en deportes que requieren cambios bruscos de dirección o patadas repetitivas, como el fútbol, el hockey o el atletismo.



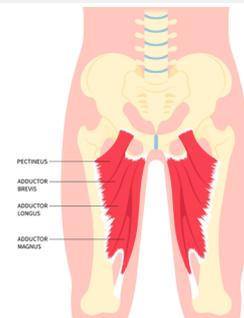
PATIENT INFORMATION FACT SHEET

CAUSAS

Existen tres causas principales de la pubalgia: **Desequilibrios o sobrecargas musculares** entre los músculos aductores de la cadera y los músculos abdominales, o entre los grupos musculares aductores y abductores de la cadera.

Tensión mecánica en la sínfisis púbica debida a un choque femoroacetabular (CFA) o a una reducción de la amplitud de movimiento en la articulación de la cadera, como ocurre con la artrosis o cuando existen anomalías rotacionales del fémur.

Dolor inguinal debido a la debilidad de la pared abdominal posterior (también denominada "hernia deportiva"), que puede provocar un abombamiento de la pared muscular abdominal y comprimir los nervios cercanos.



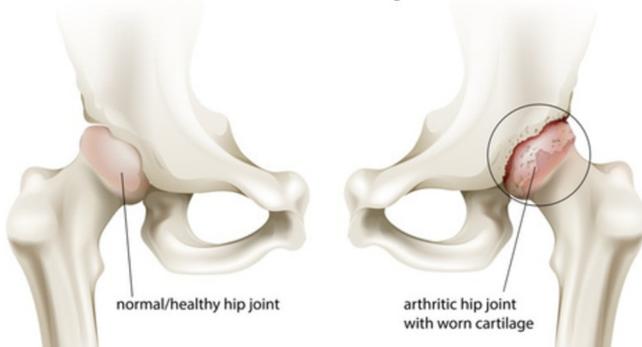
ANATOMY OF GROIN AND ADDUCTORS

For further information about ISHA - The Hip Preservation Society, how to find an experienced hip preservation surgeon or physiotherapist, or to make a donation, visit www.ishasoc.net. Charity registered in England and Wales, number 199165.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor, que puede ser en un lado o en ambos, y localizado alrededor de la ingle, parte inferior del abdomen, sobre la zona de la sínfisis púbica, región perineal, región inguinal o escroto.
- Sensibilidad extrema en la región de la sínfisis púbica.
- Dolor durante las contracciones de los músculos abdominales o aductores, agravado por patadas, carreras o cargas excéntricas sobre el recto abdominal.
- Reducción de la amplitud de movimiento en una o ambas caderas
- Dolor que va desde una leve molestia hasta dolores punzantes debilitantes y agudos en la parte anterior o posterior de la pelvis, así como dolores en zonas como el abdomen, la espalda, la ingle, el periné, el muslo y la pierna.
- Dolor que se agrava al caminar, inclinarse hacia delante, subir o bajar escaleras, subir y bajar de sillas y coches, y girar el tronco al hacer deporte o en la cama.

Arthritis of the Hip Joint



DIAGNÓSTICO

El diagnóstico y el tratamiento correctos de estas afecciones pueden resultar difíciles. Esto se debe a la complejidad de la anatomía de la cadera, la pelvis y la zona abdominal, así como a otras afecciones que afectan a la articulación de la cadera con síntomas similares. También deben excluirse enfermedades que no sean de naturaleza musculoesquelética pero que tengan una presentación clínica similar.

Se realiza un historial detallado del paciente, seguido de una exploración física y pruebas de imagen que incluyen radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada o ecografía. Las radiografías y el TAC son importantes para comprobar si hay degeneración e inestabilidad de la sínfisis púbica, así como signos de cualquier cambio estructural o degeneración de la cadera. La resonancia magnética o artrografía se utiliza para evaluar los tejidos blandos, como cartílagos, tendones, ligamentos y músculos alrededor de la cadera y la sínfisis púbica, así como para comprobar si hay algún edema óseo o posibles fracturas por estrés que no siempre son visibles en las radiografías. La ecografía puede ser útil en los casos en los que sea necesario un examen dinámico (en el que el paciente puede realizar los movimientos durante la exploración) para aclarar cuando exista una alta sospecha de hernia de la pared abdominal.

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

El tratamiento suele ser no quirúrgico, centrado en el alivio del dolor y que implica cualquier combinación de lo siguiente:

- Reposo de todas las actividades agravantes
- Uso de antiinflamatorios no esteroideos
- Uso de hielo
- Fisioterapia con el uso de ayudas para caminar si es necesario, cinturón de soporte lumbopélvico, terapia de ejercicios para abordar los desequilibrios musculares, la amplitud de movimiento y la estabilidad central
- Inyecciones de corticosteroides

Una vez que los síntomas mejoren, cualquier tratamiento irá seguido de un retorno gradual a las actividades. El tratamiento de esta afección puede ser extremadamente difícil en los deportistas de élite debido al tiempo que pasan alejados de su deporte y al riesgo de comprometer su carrera.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Cuando los métodos no quirúrgicos no ayudan a resolver los síntomas, puede considerarse la posibilidad de realizar procedimientos quirúrgicos, tanto abiertos como artroscópicos. Dado que la pubalgia suele coexistir con el CFA, puede realizarse una intervención quirúrgica para tratar ambas afecciones al mismo tiempo.

Algunos ejemplos de procedimientos quirúrgicos utilizados para tratar la pubalgia son:

- Sinfisectomía púbica endoscópica
- Curetaje abierto de la sínfisis
- Resección ósea en cuña
- Liberación del tendón del aductor largo con o sin liberación o reparación parcial del recto abdominal
- Colocación de malla sintética retropúbica extraperitoneal o reparación de hernia inguinal/pared abdominal
- Reparación abierta de la reparación abdominal posterior y músculos asociados
- Neurectomía inguinal
- Artrodesis de la sínfisis púbica

QUÉ ESPERAR DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

La recuperación tras una intervención artroscópica suele ser más rápida que tras una intervención abierta, por lo que la reincorporación a las actividades también suele ser posible antes. La reincorporación al deporte dependerá también de los resultados de la operación, y el cirujano encargado de la preservación de la cadera y el fisioterapeuta proporcionarán asesoramiento.

Durante los dos o tres primeros meses puede haber limitaciones en el apoyo del peso corporal y en las actividades, que variarán según los cirujanos y dependerán de los resultados de la operación y de las técnicas aplicadas.

La fisioterapia puede comenzar después de la intervención, aumentando gradualmente la amplitud de movimiento, la estabilidad, la fuerza, la movilidad y la función durante un periodo de hasta seis meses, dependiendo de la intervención quirúrgica realizada y de los objetivos individuales.