

PUBALGIA Y DOLOR INGUINAL EN EL CORREDOR

DR. DAVID LÓPEZ CAPAPÉ
ESPECIALISTA EN TRAUMATOLOGÍA DEPORTIVA

Aunque el dolor inguinal no es muy habitual en corredores, los que lo padecen pasan casi siempre por una peregrinación infructuosa de médicos, fisioterapeutas y curanderos en busca de la solución a una lesión que les impide hacer lo que más les gusta durante mucho, mucho tiempo. La traumatología deportiva ha avanzado mucho en los últimos años, aclarando mucho la complejidad de las dolencias de esta encrucijada entre el tronco y la extremidad inferior de nuestro aparato locomotor.

A nivel inguinal existen diferentes estructuras óseas, musculotendinosas e incluso viscerales que pueden ser origen de nuestro problema.

La cintura pélvica es la parte del esqueleto que conecta los miembros inferiores al tronco. Lo hace a través de la articulación de la cadera o coxofemoral. Pero el anillo de la pelvis no es rígido. El sacro se articula a la misma a través de las articulaciones sacroilíacas en la parte posterior de la pelvis. Por delante los huesos coxales o ilíacos se juntan en la sínfisis del pubis.

En este artículo nos vamos a centrar en las lesiones producidas en los tendones aductores, en la articulación del pubis y en las lesiones de la pared abdominal. Es habitual que se presenten en combinación sobre todo si se ha dejado evolucionar el problema.

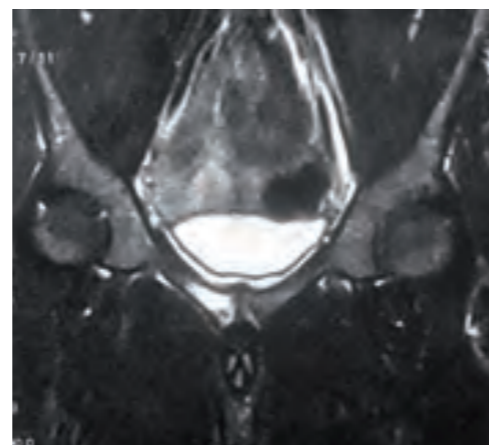
No vamos a comentar lesiones producidas en la articulación de la cadera (coxofemoral) y sus tendones (psoas, glúteo medio, piramidal) y bursas (del psoas y trocánterea), que podría ser el tema de otro artículo.

La pubalgia es una de las muchas formas que tenemos de llamar a la lesión caracterizada por dolor en la región inguinal, a nivel de la inserción de los aductores y el recto abdominal en el pubis. Pubalgia quiere decir dolor en el pubis, de modo que es un término muy amplio y general. El médico deberá profundizar en cuál de las estructuras de la zona del pubis es la causante de la incapacidad del deportista.

El origen más común de los dolores del corredor en la ingle es la inserción del aductor largo en el tubérculo del pubis. Es un dolor "incómodo" que nos dificulta la carrera, aunque al principio mejora al calentar, como ocurre en otras tendinopatías. Si no ponemos nombre y tratamiento a la lesión en sus fases iniciales con frecuencia progresará hacia lo que se ha venido a denominar osteopatía dinámica del pubis. Este síndrome fue descrito en tiradores de esgrima, y es una de las lesiones más comunes en el fútbol. Es muchísimo más frecuente en varones, posible- >>>



Radiografía de la pelvis con arrancamiento en rama pública derecha de paciente con osteopatía dinámica de larga evolución.



Resonancia magnética en la que es muy evidente el edema óseo (imagen brillante, hiperintensa) en la rama pública derecha de otro corredor con dolor inguinal derecho.



La pubalgia es una de las muchas formas que tenemos de llamar a la lesión caracterizada por dolor en la región inguinal, a nivel de la inserción de los aductores y el recto abdominal en el pubis. Pubalgia quiere decir dolor en el pubis, de modo que es un término muy amplio y general

mente debido a las diferencias anatómicas de la pared abdominal en el hombre por el paso del cordón espermático. Existe una descompensación muscular, que se va agravando con el tiempo, entre los músculos aductores y los músculos abdominales. En la carrera las fuerzas se transmiten en el apoyo monopodal cruzando el pubis. Todos los músculos de la cintura pélvica deben contribuir a la estabilización del anillo pélvico en dicho momento.

Debemos consultar desde un primer momento, esa es la mejor medida preventiva para evi-



FOTO: Mark Shearman

tar agravar la lesión. Cogida a tiempo, un buen programa de rehabilitación y fisioterapia podrán restaurar el equilibrio entre unos grupos musculares y otros. La vuelta progresiva a la carrera y continuar con un programa personalizado de ejercicios evitarán las recaídas.

Normalmente el médico que conozca la lesión conocerá con la historia y la exploración física cuál es el origen de los síntomas. Sin embargo es habitual la realización de pruebas complementarias que descarten otras lesiones. Debe realizarse una radiografía de pelvis siempre.

Si el dolor es fundamentalmente en la inserción de los aductores puede ser útil una infiltración local. En ocasiones la tendinopatía de aductores no responde al tratamiento conservador y es necesaria la intervención quirúrgica, muy



Es un dolor “incómodo” que nos dificulta la carrera, aunque al principio mejora al calentar, como ocurre en otras tendinopatías. Si no ponemos nombre y tratamiento a la lesión en sus fases iniciales con frecuencia progresará hacia lo que se ha venido a denominar Osteopatía Dinámica del Pubis

sencilla, que consiste en la tenotomía o corte del aductor largo.

Si el dolor en el hueso es muy marcado, deben descartarse fracturas de estrés de la rama púbica, así como reacciones inflamatorias en la articulación del pubis.

Si éstas aparecen (en gammagrafía o resonancia magnética) es imprescindible el reposo y evitar la carrera durante un tiempo, pudiendo hacerse, a criterio del médico, actividad modificada como correr en el agua, nadar o montar en bicicleta o en elíptica, según la fase y gravedad de cada uno.

Los **CONSEJOS** que podemos dar para prevenir esta condición son similares a los de otras lesiones. Intentando hacer más específica la recomendación podríamos decir los siguientes:

- 1. Es bueno realizar ejercicios de movilidad de la cadera antes de correr.** Pueden consistir en mover la pierna de un lado a otro y de delante atrás en una barandilla alta.
- 2. Es fundamental realizar estiramientos suaves de los aductores después de correr.** No debemos hacer estiramientos si ha habido un tirón agudo en la zona.

3. Es totalmente necesario para prevenir lesiones realizar al menos dos veces por semana ejercicios de fortalecimiento que incluyan todos los grupos musculares del miembro inferior. Son insuficientes los programas que sólo incluyen trabajo de cuádriceps y gemelos en máquinas, puesto que olvidan grupos abductores, aductores e isquiotibiales. Además es totalmente necesario para prevenir esta patología realizar trabajo abdominal, no sólo del recto, sino también de los oblicuos.

4. El corredor que note sobrecargas en aductores debe soltarlos con masaje periódico. La sauna es una buena opción para relajar la musculatura tensa.

5. Si la molestia se hace “presente” y “recurrente” es necesario consultar a un especialista, y no es habitual que se pase sola.

No debemos acabar este artículo sin mencionar que algunos corredores no presentan dolor en aductores, sino sólo en la región inguinal, por encima del pubis. Para ellos es todavía más difícil encontrar un diagnóstico y un tratamiento.

Debe descartarse una hernia inguinal. Lo que ocurre es que en muchas ocasiones el paciente que acude al cirujano no tiene una auténtica hernia, no hay bulto palpable ni visible en la ecografía. Muchos de estos pacientes tienen lo que en medicina deportiva se ha bautizado como Hernia del Deportista. Es una debilidad de la pared abdominal, en ocasiones como consecuencia de microrroturas en la fascia que envuelve los músculos abdominales y que se inserta en el ligamento inguinal y en el pubis. Si el tratamiento conservador de reposo y fisioterapia fracasa, el tratamiento es quirúrgico y similar al de una auténtica hernia.

En resumen concluir que son lesiones poco frecuentes, muy incapacitantes, poco conocidas por los profesionales de la salud, y muy desesperantes para quien las padece. Pero no son incurables, aunque es necesario tener paciencia, un protocolo largo de rehabilitación, y con frecuencia una intervención quirúrgica si todo lo anterior ha fallado. □