

Pubalgia do atleta - diagnóstico e tratamento

Athlete's pubalgia - diagnosis and treatment

DOI:10.34119/bjhrv5n3-032

Recebimento dos originais: 14/02/2022

Aceitação para publicação: 28/03/2022

Arthur Cardoso Paroneto

Residente em ortopedia e traumatologia

Instituição: Escola Paulista de Medicina

Endereço: Rua Botucatu, 740, 1 andar. Vila Clementino. São Paulo/SP

E-mail: arthurcardp@hotmail.com

Iara Sayuri Franco Kazuyoshi

Residente em ortopedia e traumatologia

Instituição: Escola Paulista de Medicina

Endereço: Rua Botucatu, 740, 1 andar. Vila Clementino. São Paulo/SP

E-mail: is.kazuyoshi@uol.com.br

Amabile Oficiati de Carnevale Galetti

Residente em ortopedia e traumatologia

Instituição: Escola Paulista de Medicina

Endereço: Rua Botucatu, 740, 1 andar. Vila Clementino. São Paulo/SP

E-mail: amabile.carnevale@gmail.com

Évelyn de Medeiros Costa

Pós graduada em Cirurgia do Quadril Adulto

Instituição: Escola Paulista de Medicina

Endereço: Rua Botucatu, 740, 1 andar. Vila Clementino. São Paulo/SP

Rodrigo Santos Carvalho

Pós graduado em Cirurgia do Quadril Adulto

Instituição: Escola Paulista de Medicina

Endereço: Rua Botucatu, 740, 1 andar. Vila Clementino. São Paulo/SP

E-mail: rscrodrigo92@outlook.com

Guilherme Guadagnini Falotico

Mestre em ciências

Instituição: Escola Paulista de Medicina

Endereço: Rua Botucatu, 740, 1 andar. Vila Clementino. São Paulo/SP

E-mail: ggfalotico@yahoo.br

RESUMO

Dores na virilha e no púbis são comuns em atletas. O correto diagnóstico e o tratamento destas patologias continuam sendo um desafio por conta da complexidade da anatomia da região e dos vários diagnósticos diferenciais intra e extra articulares, que podem se sobrepor num mesmo paciente. A pubalgia do atleta (PA) caracteriza-se por dor crônica na região púbica ou inguinal, associada a esforço físico, em esportes que exijam mudanças bruscas na direção do movimento

ou chutes repetitivos. O objetivo deste trabalho é descrever a rotina de diagnóstico e de tratamento da pubalgia do atleta num centro de referência no atendimento de lesões relacionadas ao esporte. Para tal, serão utilizadas as melhores evidências científicas disponíveis sobre o tema, bem como dados retrospectivos de prontuários de pacientes atendidos com diagnóstico de Pubalgia do Atleta.

Palavras-chave: pubalgia, quadril, atletas.

ABSTRACT

Groin and pubic pain are common in athletes. Accurate clinical diagnosis and proper management remain a challenge due to the complexity of the region's anatomy and the diverse intra and extra articular differential diagnosis that may overlap in the same patient. Athlete's pubalgia (PA) is characterized by chronic pain in the pubic or inguinal region, associated with physical effort, in sports that require sudden changes in direction of movement or repetitive kicks. The goal of this article is to describe the routine of diagnosis and treatment of athlete's pubalgia in a Brazilian reference center for attending sports-related injuries.

We used the best available scientific evidence on the subject as well as retrospective data from patients' records of patients with a diagnosis of Athlete's Pubalgia.

Keywords: pubalgia, hip, athletic.

1 INTRODUÇÃO

Dores na virilha e no púbis são prevalentes em atletas, sendo causa comum de afastamento do esporte. (1) A prevalência é heterogênea e depende da modalidade esportiva, idade, nível de competição em que está inserido, dentre outros fatores (2). Estudos demonstram que, entre os principais fatores de risco, os que apresentam maior nível de evidência são: níveis maiores de competitividade, preparação física menos efetiva e redução da força da musculatura adutora do quadril. (3) Sua prevalência varia de 3 a 11% em atletas olímpicos (4) e pode chegar a 10 a 18% dos atletas de futebol de primeira divisão. (5)

Contudo, embora altamente prevalente, o correto diagnóstico e tratamento destas patologias continuam sendo um desafio (6). Isto porque trata-se de uma região não só com complexidade da anatomia, mas também com vários diagnósticos diferenciais intra e extra articulares, os quais podem se sobrepor num mesmo paciente, além da possível associação com diagnósticos viscerais não ortopédicos.

Visando padronizar a investigação e, portanto, os diagnósticos, podemos dividir as dores na virilha em atletas em 03 grandes grupos: entidades clínicas bem definidas para dor na virilha (dor na virilha relacionada ao adutor, iliopsoas, inguinal e púbica), dores clínicas relacionados ao quadril e outras causas de dores na virilha, sendo que todos estes devem ser pensados como diagnóstico diferencial no momento da avaliação clínica. (3)

Os achados clínicos podem se dividir em: dor na virilha relacionada ao adutor (sensibilidade do adutor e dor no teste de adução resistida); dor na virilha relacionada ao iliopsoas (dor na flexão resistida do quadril e/ou dor no alongamento dos flexores do quadril) e dor na virilha relacionada à região inguinal (dor na região do canal inguinal e sensibilidade do canal inguinal, com ou sem hérnia inguinal palpável e a dor se agravará com resistência abdominal ou valsalva/tosse/espirro).

Enquanto que a dor na virilha relacionada ao púbis (sensibilidade local da sínfise púbica e do osso imediatamente adjacente à palpação) não possui nenhum teste de resistência específico para correlacionar diretamente com dor na virilha relacionada ao púbis, ainda que tenha sido citado como definidor do diagnóstico. (3)

A pubalgia do atleta (PA) comumente caracteriza-se por dor crônica na região púbica ou inguinal, associada a esforço físico, em esportes que exijam mudanças bruscas na direção do movimento ou chutes repetitivos (7, 8, 9). Em um atleta com dor crônica na região púbica e/ou inguinal devem-se considerar, entre os diagnósticos diferenciais, a pubalgia do atleta, as lesões intra-articulares do quadril (como lesão labral e impacto femoroacetabular), roturas miotendíneas traumáticas agudas (adutores do quadril e reto abdominal), além de doenças da parede abdominal como as hérnias inguinais (7).

As etiologias propostas para a ocorrência da PA são: desequilíbrio/sobrecarga muscular (adutor longo - reto abdominal; compartimento adutor - compartimento abdutor do quadril), estresse mecânico na sínfise púbica decorrente de impacto femoroacetabular no(s) quadril(is) e neuropatias pélvicas compressivas por enfraquecimento global da musculatura abdominal profunda.

O objetivo deste trabalho é parametrizar uma estratégia diagnóstica e propor uma orientação terapêutica baseada em evidência (revisão da literatura aliada à experiência clínica do serviço).

2 DESCRIÇÃO DO MÉTODO

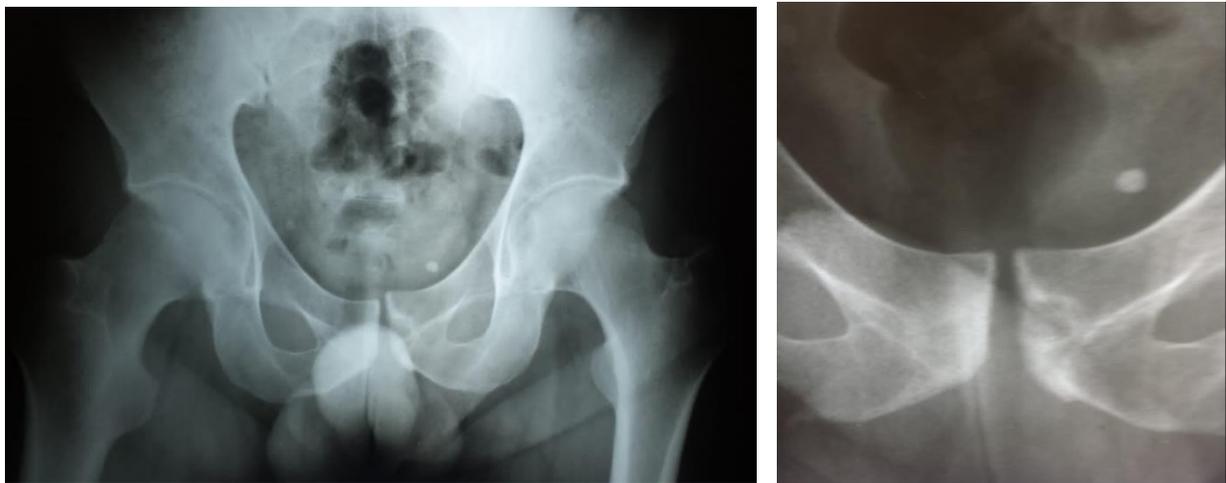
Todos os atletas com queixa dolorosa na região inguinal/púbica realizam avaliação ortopédica e fisioterápica. São então registrados dados como: peso, altura, IMC, membro dominante, esporte praticado, tempo de prática, lesões ortopédicas prévias, queixas atuais, tratamentos prévios, intensidade da dor medida pela Escala Visual Analógica (EVA) - anexo 1.

A avaliação ortopédica busca definir com precisão a localização da dor e os fatores desencadeantes, bem como executar o exame físico detalhado (padrão de marcha, palpação, avaliação do arco de movimento dos quadris, testes clínicos para avaliação dos quadris e da

sínfise púbica). Todos os pacientes com hipótese diagnóstica de PA realizam radiografia da bacia em anteroposterior (AP), na posição do flamingo (apoio monopodal direito e esquerdo), bem como de radiografias dos quadris na posição de Dunn e Lequèsne (avaliação de possível associação com Impacto Femoroacetabular - IFA). Além disso, também realizam ultrassonografia da sínfise púbica e do canal inguinal bilateral.

Em atletas com dor de longa data dos adutores ou na sínfise púbica, foram relatados quatro achados nas imagens: alterações degenerativas da articulação da sínfise púbica, patologia de inserção do músculo adutor, edema da medula óssea púbica e sinais de fissura secundária. Porém, sua relevância clínica exata para o tratamento ou prognóstico permanece incerta. (3)

Figura 2 - Radiografias evidenciando sinais degenerativos da sínfise púbica, caracterizado por esclerose subcondral (2a) e cisto subcondral (2b) por esclerose subcondral e cisto subcondral a esquerda.



Os critérios utilizados para diagnóstico da Pubalgia do Atleta são: presença de dor na região púbica e/ou território adutor de caráter insidioso e progressivo; testes clínicos positivos; radiografia da bacia com hiperdensidade na sínfise púbica, associada ou não à presença de osteofitose e cistos subcondrais ou incidência de flamingo positiva (desalinhamento na sínfise púbica acima de 2 mm em homens e 4 mm em mulheres). As alterações radiográficas devem ser complementadas por ultrassonografia com evidência de alteração de ecogenicidade do tendão do adutor longo e/ou do reto abdominal, de aspecto crônico, e com ausência de herniações de parede abdominal.

Nos casos de dúvida diagnóstica após exame clínico, radiografias e ultrassonografia, indica-se a ressonância magnética da pelve, com diagnóstico sendo definido classicamente por alteração de sinal na aponeurose do tendão do adutor longo e/ou reto abdominal, bem como hipersinal na sínfise púbica nas sequências sensíveis a líquido.

Para o diagnóstico do IFA associado, utilizam-se os seguintes critérios: bloqueio doloroso da rotação medial do quadril; radiografia da bacia e do quadril com abaulamento ósseo na transição cabeça-colo femoral; sinais de retroversão acetabular na radiografia de bacia (sinal da espinha isquiática, sinal da parede posterior e sinal do cruzamento) e ressonância nuclear magnética do quadril com lesão do lábio acetabular.

Figura 3: Ressonância magnética evidenciando o sinal da fenda, isto é, a desinserção da placa aponeurótica do tendão adutor longo



Caso a ultrassonografia evidencie a presença de hérnia inguinal, o paciente é encaminhado à equipe da gastrocirurgia para tratamento cirúrgico. Excluídas hérnias de parede abdominal e confirmado o diagnóstico de Pubalgia do Atleta, todos os pacientes são inicialmente encaminhados para tratamento fisioterápico por 12 semanas conforme protocolo - anexo 2.

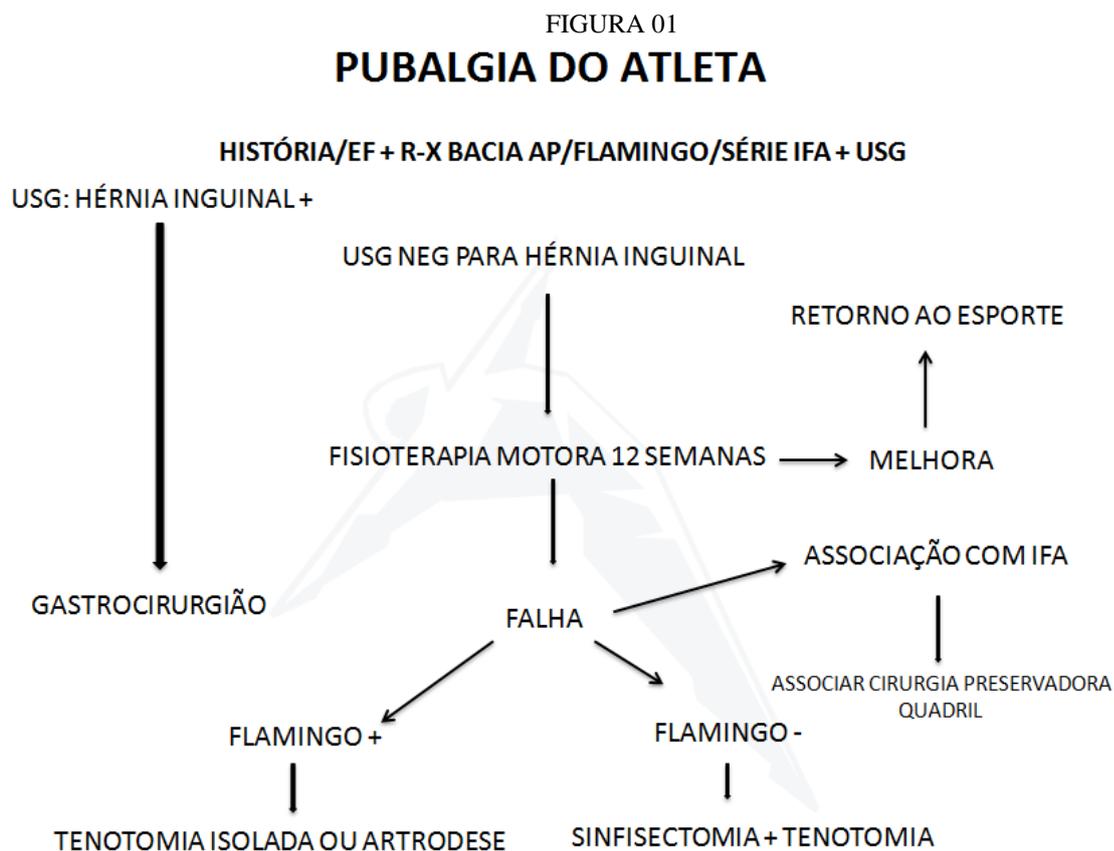
Pacientes com evolução favorável após tratamento conservador são liberados para retorno ao esporte, inicialmente de forma supervisionada e são orientados a realizar trabalho preventivo.

No caso de falha do tratamento conservador, indica-se o tratamento cirúrgico. A técnica utilizada depende de alguns fatores: presença ou não de instabilidade púbica evidenciada pela radiografia em flâmingo e associação da pubalgia com IFA.

Em casos com instabilidade púbica, é indicada a tenotomia isolada do adutor longo bilateral (atletas jovens ou com pretensão de prática esportiva acima de 2 anos) ou a artrose da sínfise púbica (atletas em final de carreira - risco de dor sacroilíaca e lombar secundária à fusão da sínfise púbica). Enquanto que, em casos sem instabilidade púbica, indica-se a sinfisectomia parcial associada à tenotomia do adutor longo bilateral.

Nos casos em que a Pubalgia está associada ao IFA, indica-se a cirurgia da pubalgia associada à cirurgia preservadora do(s) quadril(is) acometido(s). O protocolo de reabilitação pós-operatória é apresentado no anexo 3.

Um fluxograma resumido da rotina de avaliação é apresentado na figura 01



3 COMENTÁRIOS FINAIS

Esta estratégia de atendimento vem sendo desenvolvida ao longo dos últimos dez anos no grupo. Através dela foi possível acelerar o processo diagnóstico dos pacientes e adiantar o início do tratamento que apresenta resultados bastante satisfatórios de melhora da dor e retorno à atividade esportiva.

REFERÊNCIAS

- 1 - Meyers WC, Szalai LJ, Potter ND, Naik A, Ryan J. Extraarticular sources of hip pain. In: Byrd JW, editor. Operative hip arthroscopy. 2nd ed. New York: Springer; 2005. p. 86–99.2.
- 2 - de SA D, Hölmich P, Phillips M, et al. Athletic groin pain: a systematic review of surgical diagnoses, investigations and treatment. *Br J Sports Med* 2016;50:1181–1186.
- 3 - Weir A, Brukner P, Delahunt E, Ekstrand J, Griffin D, Khan KM, Lovell G, Meyers WC, Muschaweck U, Orchard J, Paajanen H, Philippon M, Rebol G, Robinson P, Schache AG, Schilders E, Serner A, Silvers H, Thorborg K, Tyler T, Verrall G, de Vos RJ, Vuckovic Z, Hölmich P. Doha agreement meeting on terminology and definitions in groin pain in athletes. *Br J Sports Med*. 2015 Jun;49(12):768-74.
- 4 - Fricker PA. Management of groin pain in athletes. *Br J Sports Med* 1997;31:97–101.
- 5 - Nicholas SJ, Tyler TF. Adductor muscle strains in sport. *Sports Med* 2002;32:339–44.
- 6 - Hölmich P. Long-standing groin pain in sportspeople falls into three primary patterns, a “clinical entity” approach: a prospective study of 207 patients. *Br J Sports Med* 2007;41:247–52.
- 7 - Oliveira AL, Andreoli CV, Ejnisman B, Queiroz RD, Pires OGN, Falótico GG. Perfil epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de pubalgia do atleta. *Rev. bras. ortop.* 2016; 51(6):692-696.
- 8 - Holmich P, Bradshaw C. In: Brukner P, Bahr R, Blair S, et al. (eds). Brukner and Khan’s Clinical Sports Medicine. Quarta edição, capítulo 29. Sydney: McGraw-Hill, 2012:545–78.
- 9 - Paajanen H, Ristolainen L, Turunen H, et al. Prevalence and etiological factors of sport-related groin injuries in top-level soccer compared to non-contact sports. *Arch Orthop Trauma Surg* 2011;131:261–6.

Anexo 1 - Protocolo: Pubalgia do Atleta

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Esporte: _____ Categoria: _____

Posição: _____ Dominância: Destro Canhoto

Frequência treinamento resistido/semana: _____

Tempo entre início do esporte e dos sintomas: _____

Escala visual analógica de dor: _____

Tempo entre início dos sintomas e diagnóstico definitivo: _____

Diagnósticos prévios ao diagnóstico definitivo: SIM NÃO

Quais: _____

Outras lesões ortopédicas: SIM NÃO

Quais: _____

Comorbidades: SIM NÃO

Quais: _____

Tratamento:

Conservador Duração fisioterapia: _____

Nº infiltrações: _____

Cirúrgico qual: _____

Exigiu afastamento: SIM NÃO quanto tempo: _____

Retorno ao esporte: SIM NÃO mesmo nível pré-lesão: SIM NÃO

Anexo 2

REABILITAÇÃO - TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO

FASE I (1-3 semanas)

DOR: Pode ser utilizado a crioterapia e eletrofototerapia (TENS e/ou corrente interferencial).

ATIVIDADE: Nas primeiras semanas o paciente deve realizar um repouso relativo e não realizar nenhuma atividade que provoque dor.

REPARAÇÃO TECIDUAL: Inicia-se nesta fase o processo de reparação do tecido lesado, pode utilizar como recursos: ultrassom pulsado, Laser AsGa.

FORTALECIMENTO: Iniciamos os exercícios de CORE, com contração de transversos de abdômen e de com contração isométrica de adutores, caso não provoque dor.

FLEXIBILIDADE: Inicia-se exercícios de alongamento de adutores e de reto abdominal, sem que provoque dor. realização de massagem profunda em região posterior, superior e lateral da pelve.

MÍNIMO CRITÉRIO PARA AVANÇAR: Paciente conseguir realizar contração concêntrica de adutores sem dor.

FASE II (3-6 semanas)

DOR: Crioterapia após atividades.

ATIVIDADES: Início de treinamento na bicicleta ergométrica e no elíptico, caso livre de dor.

FORTALECIMENTO: Evolução dos exercícios de CORE: exercício de ponte, pranchas laterais e frontal. Agachamentos (estilo sumô), fortalecimento unilateral de adutor com resistência elástica, início de exercícios de fortalecimento para reto abdominal e oblíquos. Exercícios excêntricos de adutores - resistência manual - (CCA) ou no *Slider* (CCF).

FLEXIBILIDADE: Evolução dos exercícios de alongamento de abdominais e adutores.

MOBILIZAÇÃO ARTICULAR: Terapia manual para ganho de ADM de articulação sacroilíaca (volantes - Maitland, Mulligan) e quadril (tração, Mulligan).

MÍNIMO CRITÉRIO PARA AVANÇAR: Boa ADM passiva e relação entre adutores/abdutores de 0,75

FASE III (6-10 semanas)

DOR: Nesta fase, espera-se que paciente não tenha mais dor.

ATIVIDADES: Iniciar trotes, deslocamentos laterais, corridas "cariocas" e movimentos rotacionais de acordo com o esporte.

FORTALECIMENTO: Continuar evoluindo exercícios de CORE, aumentando a dificuldade (ponte com 1 membro elevado, prancha com 3 apoios). Evoluir treino de músculos abdominais (introduzir a *medicine ball*), aumentar a intensidade de exercícios excêntricos de adutores.

FLEXIBILIDADE: Continuar evoluindo os exercícios de alongamento de adutores e abdominais.

MÍNIMO CRITÉRIO PARA AVANÇAR: ausência de dor, força muscular e flexibilidade igual entre os membro e relação de força entre adutores/abdutores entre 0,9 e 1.

FASE IV (10 - 12 semanas)

ATIVIDADES: Treino de gesto esportivo

FORTALECIMENTO: Manutenção dos exercícios da fase anterior

RETORNO GRADUAL AO ESPORTE: Paciente inicia o trabalho com o preparador físico e alta da fisioterapia.

CRITÉRIO PARA ALTA: Gesto esportivo sem dor.

Anexo 3

TRATAMENTO CIRÚRGICO – REABILITAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

FASE I (1-3 semanas)

DOR E EDEMA: Pode ser utilizado a crioterapia e eletrofototerapia (TENS e/ou corrente interferencial).

MARCHA: Não há restrição de carga, porém o paciente pode fazer uso de muletas para conforto.

ATIVIDADES: Repouso relativo, bicicleta estacionária sem carga (caso tolerado).

FLEXIBILIDADE: Início de exercícios de alongamento sem dor de adutores e abdominais; no caso de cirurgia preservadora do quadril associada é realizado trabalho de ganho e manutenção de ADM do quadril.

HIDROTERAPIA: Treino de marcha na piscina e deslocamento lateral.

MÍNIMO CRITÉRIO PARA AVANÇAR: Paciente sem dor e com boa flexibilidade

FASE II (3 - 6 semanas)

ATIVIDADES: Hidroterapia, início de treino com carga na bicicleta ergométrica e elíptico.

FORTALECIMENTO: Foco no treinamento do CORE, similar ao tratamento não-cirúrgico, porém sem exercícios intensos para músculos abdominais.

FLEXIBILIDADE: Intensificam os exercícios de alongamento

MÍNIMO CRITÉRIO PARA AVANÇAR: Realizar contração de adutores e abdominais sem dor.

FASE III (6-8 semanas)

ATIVIDADES: Intensificam-se exercícios na bicicleta ergométrica e início de trote em linha reta.

FORTALECIMENTO: intensificam-se exercícios de CORE e início de treino de reto abdominal

FLEXIBILIDADE: Intensificam-se exercícios de alongamento de adutores e abdominais.

MÍNIMO CRITÉRIO PARA AVANÇAR: Realizar trote sem dor e força muscular igual entre adutores.

FASE IV (8-12 semanas)

ATIVIDADES: Intensificam-se as corridas, deslocamentos laterais, corridas "cariocas", corridas com mudança de direção e treino de gesto esportivo.

FORTALECIMENTO E FLEXIBILIDADE: Manutenção dos exercícios da fase anterior com aumento de carga.

CRITÉRIO PARA ALTA: Gesto esportivo sem dor.