

---

---

# Videolaparoscopia para la pubalgia del deportista

Dr. Osvaldo Santilli, Dr. José. María Franci, Dr. Jorge Batista,  
Dr. Rodrigo Maestu, Dr. Hernán Santilli

**RESUMEN: Antecedentes:** La pubalgia en deportistas hace referencia a la patología dolorosa de una amplia topografía que abarca toda la región inguinogenitocrural. El dolor puede ser ocasionado por diversas alteraciones musculoesqueléticas. El diagnóstico de hernia oculta o hernia del deportista debe ser considerado en aquellos casos que no responden al tratamiento conservador dirigido hacia esas patologías.

**Material y Método:** Cuarenta y cinco deportistas fueron evaluados por pubalgia crónica con diagnóstico presuntivo de hernias ocultas desde enero de 2001 hasta diciembre de 2004. Se realizó videolaparoscopia y Hernioplastia transabdominopreperitoneal. **Resultados:** Se confirmó el diagnóstico de hernia en el 100% de los casos. Con una recuperación satisfactoria antes de los treinta días en el 95 % de los casos. El seguimiento a largo plazo no detectó secuelas adversas ni recurrencia de los síntomas

**Conclusión:** La videolaparoscopia con eventual hernioplastia debe ser considerada como una opción de diagnóstico y tratamiento en la pubalgia del deportista.

**Diseño:** Estudio descriptivo.

**Objetivo:** Analizar los resultados de la videolaparoscopia como método de diagnóstico y tratamiento de la pubalgia de origen desconocido en deportistas.

**ABSTRACT: Background:** "Athletic pubalgia" is a term often used to describe the insidious onset of groin pain in professional athletes. This pain may be caused by a range of musculoskeletal conditions. The diagnosis of occult or "sports" hernia must be considered in athletes who do not respond to conservative treatment modalities directed at these entities.

**Patients and methods:** Forty five athletes were evaluated with presuntive diagnosis for occult hernia between January 2001 and December 2004. Laparoscopic hernia repairs were performed using an transabdominopreperitoneal approach.

**Results:** In 100% of cases were found hernias. Nearly all (95%) of the athletes were able to return to full, unrestricted athletic activity in 4 weeks or less. Overall long-term satisfaction was high. Long-term follow-up revealed no adverse sequelae or recurrence of symptoms.

**Conclusions:** Laparoscopic transabdominopreperitoneal hernia repair should be considered as a diagnosis and treatment modality in athletes presenting with chronic groin pain.

---

---

## INTRODUCCION

---

La pubalgia en deportistas hace referencia a la patología dolorosa de una amplia topografía que abarca toda la región inguinogenitocrural. El dolor es provocado por la práctica deportiva y suele disminuir con el cese de la actividad y la administración de antiinflamatorios no esteroideos.

En la literatura esta patología ha sido denominada con distintas terminologías, como hernia del deportista, dolor inguinal crónico, síndrome de Gilmore, etc.

La incidencia ha sido estimada entre un 0.5% a 6.2% en deportistas profesionales (1,2,3), siendo uno de los motivos de consulta más desafiante para diagnóstico y tratamiento.

Debido a las diversas etiologías que pueden ocasionar dolor en esta región, los estudios iniciales tienen como objetivo descartar las patologías más frecuentes de origen traumatológico, herniario o visceral. El interrogatorio, examen físico y las imágenes a través de la radiología simple, resonancia nuclear magnética, centellografía y ecografía, aportan los datos suficientes para el diagnóstico inicial. El gran dilema surge cuando los mismos no confirman la causa del dolor.

Nuestro objetivo es analizar los resultados del abordaje laparoscópico para el diagnóstico y tratamiento de la pubalgia de origen desconocido en deportistas.

CETEA. Av. Pueyrredón n° 2446 4° piso.  
Buenos Aires Argentina.  
Correo Electrónico: olsantilli@yahoo.com.ar.  
Teléfono: 111544382231

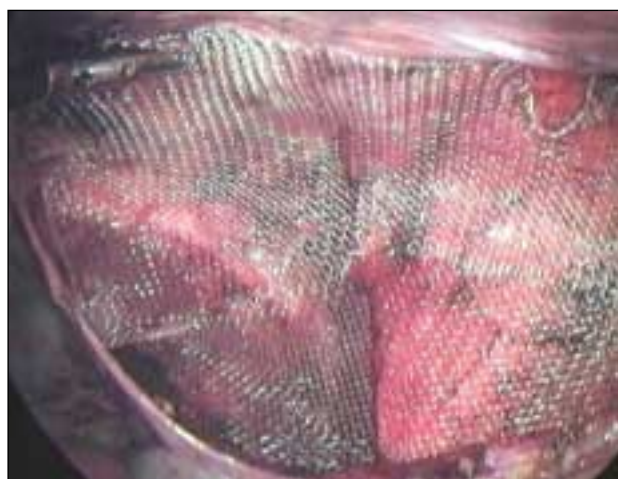
## MATERIAL Y METODO

Desde enero de 2001 a diciembre de 2006 han sido evaluados y tratados 45 pacientes. Una mujer y 44 hombres. Las edades oscilaron entre 16 y 45 años. Cuarenta pacientes referían dolor unilateral.

Durante el examen físico, la palpación de la región inguinal afectada reprodujo el mismo dolor que motivó la consulta en el total de los pacientes, pero en ninguno de los casos pudo ser palpado un saco herniario. Doce pacientes habían sido evaluados por otro cirujano, quien había descartado patología herniaria. La mayoría (n=36) llevaba más de 6 meses de tratamiento con analgésicos y kinesioterapia. Algunos (n=8) habían sido infiltrados con anestésicos locales y corticoides en la región inguinal afectada. Todos fueron estudiados con radiología simple de cadera y columna, resonancia nuclear magnética, ecografía y centellografía ósea, sin hallazgos etiológicos del dolor.

Se incluyó en el estudio a todo paciente que no respondió al tratamiento durante tres meses de tratamiento con kinesioterapia o que recidivó durante el transcurso de los últimos dos años.

Se exploró la región inguinal por videolaparoscopia a través de una incisión umbilical de 10 mm. Aguja de Veress y neumoperitoneo a 12 mmHg. Trocar umbilical de 10 mm y 1 trocar accesorio de 5 mm en cada flanco. Exploración de orificios herniarios. Apertura del peritoneo parietal de la región inguinal afectada y disección del saco. Plástica con malla de polipropileno de 15 x 12 cm. (Fig. 1) Fijación de la misma a la pared mediante agrafes o sutura. Cierre del peritoneo parietal con sutura continua de material reabsorbible. Evacuación del neumoperitoneo.



**Figura 1:** Hernioplastia con malla de polipropileno 15 X 12 cm.

Cierre de los orificios de trocares.

Se indicó tolerancia a líquidos a partir de las dos horas del procedimiento, progresando luego a una dieta general.

Como analgésico se administró ketorolac 30 mg endovenoso cada 8 horas, pasando a vía oral luego de la tolerancia a líquidos y de la remoción de la vía de hidratación parenteral.

Se realizó seguimiento de los pacientes por consultorios externos hasta diciembre de 2006.

## RESULTADOS

Se encontraron orificios herniarios en la totalidad de los pacientes intervenidos.

Del total se confirmaron 30 orificios directos, (Fig. 2) 8 indirectos (Fig. 3) y 7 mixtos.

Todos los pacientes que referían dolor bilateral (n = 5) presentaron orificios herniarios directos bilaterales

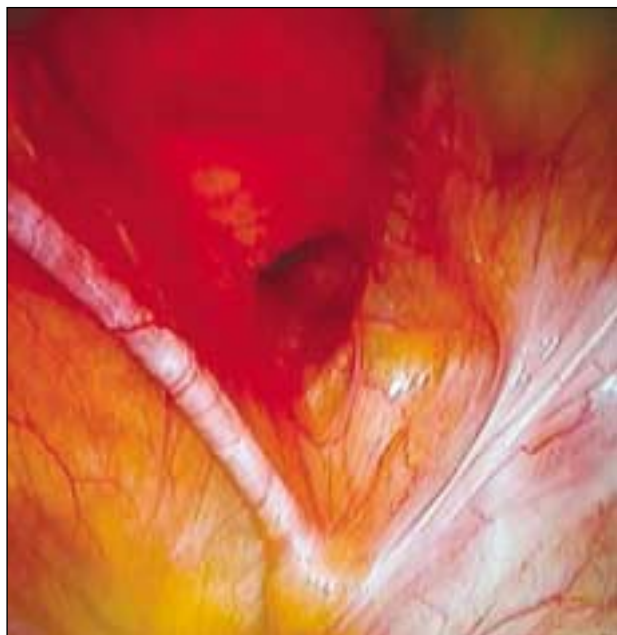


**Figura 2:** Hernia oculta directa en pubalgia crónica.



**Figura 3:** Visión videolaparoscópica de la región inguinal. Se identifica hernia oculta indirecta en pubalgia crónica.

(n=10). Se encontraron orificios herniarios ocultos del lado asintomático en 12 pacientes. (Fig. 4)



**Figura 4** Hernia oculta femoral asintomático.

La movilización se inició luego de la recuperación anestésica, promoviendo los movimientos según la tolerancia al dolor. Se sugirió evitar trabajos de fuerza contra resistencia durante una semana, progresando la actividad física con trabajos de movimientos isométricos y elongación. Se indicaron trabajos contra resistencia progresiva a partir de los 15 días del postoperatorio.

Cuarenta y tres pacientes estuvieron en condiciones de realizar sus actividades deportivas habituales a los 30 días del procedimiento, sin requerimiento de analgésicos. Los dos restantes se reincorporaron a los 40 días del procedimiento.

A cinco años de haber comenzado el estudio no hubo recidiva de la sintomatología.

La incidencia de hernia oculta en nuestra población representó el 40% de los pacientes evaluados por pubalgia crónica.

---

## DISCUSION

---

La pubalgia del deportista es un síndrome doloroso que puede ser originado por diversas causas. La detección precoz del origen de la pubalgia es la clave para el éxito del tratamiento. Para ello se han propuesto distintos protocolos de estudio que tienen como objetivo incluir todas las patologías que podrían provocar este síndrome.

La controversia surge cuando no se puede objetivar

la causa o no hay respuesta al tratamiento médico y la pubalgia se vuelve responsable de pérdidas de tiempo deportivo con las consecuencias lógicas de índole competitivo y económico.

Las causas más frecuentes, de origen traumatológico, son consecuencia de microtraumatismos o sobrecarga de los componentes muscular, articular o ligamentario provocando tendoperiostitis.

La probabilidad de una hernia oculta sintomática ha sido propuesta como una causa de pubalgia de origen incierto por varios autores con una incidencia de 36% a 90%. (4,5,6)

La patología herniaria provoca como síntoma de inicio dolor localizado en la región inguocrural ante maniobras de esfuerzo que suele mejorar con el reposo; es por ello que debe ser reconocida como posible causa de pubalgia a pesar de no palparse un saco herniario.

Con el objetivo de encontrar una explicación, Akita y colaboradores evaluaron los ramos cutáneos de los nervios de la región inguogenitocrural y concluyeron que el nervio abdominogenital y el genitocrural pueden ser comprimidos o estimulados por las paredes musculares alteradas de la región inguinal y originar dolor. (7,8)

Smedberg estudió con herniografías deportistas con dolor inguinal crónico de causa desconocida, con un hallazgo del 84% de detección de hernias ocultas del lado sintomático y 49,1% del lado asintomático. Otros autores informan una prevalencia de hernias inguinales directas en deportistas con la misma patología, estudiados con el mismo método. (9,10,11,12,13) Se han publicado en los últimos años varios trabajos que sugieren la videolaparoscopia como método de diagnóstico y tratamiento de la pubalgia de etiología desconocida en deportistas; esto se debe a que durante la videolaparoscopia se han identificado hernias ocultas que fueron tratadas utilizando la misma vía de abordaje con excelentes resultados. (14,15,16,17,18)

Los hallazgos de nuestra serie y los resultados del seguimiento postoperatorio sugieren que la videolaparoscopia exploradora con hernioplastia inguinal sin tensión constituyen una alternativa eficaz para el diagnóstico y tratamiento de la pubalgia en deportistas.

---

## BIBLIOGRAFIA

---

- 1) Cabot JR: osteopatia dinamica de pubis, in Hane-kopf G. Proceedings of the XVI World Congress of Sport Medicine. Hannover, Deutscher Aertze, 1966, 359-364.
- 2) Renström P: Groin injuries in athletes. Br J Sports

- Med 14: 30-36, 1980.
- 3) Muckle DS: Associated factors in recurrent groin and hamstrings injuries. *Br J Sports Med* 16: 37-39, 1982[Medline][Order article via infotrieve].
  - 4) Malycha P, Lovell G: Inguinal surgery in athletes with chronic groin pain: "Sportman' s" hernia. *Aust N Z J Surg* 62: 123-125, 1992[ISI] [Medline] [Order article via infotrieve]
  - 5) Kesek P. Herniographic findings in athletes with unclear groin pain. *Acta Radiol.* 2002 Nov; 43(6): 603-8.
  - 6) Srinivasan A. Long-term follow-up laparoscopic preperitoneal hernia repair in professional athletes. *J laparosc Adv surg Tech A.* 2002 Apr; 12(2): 101-6.
  - 7) Renström PA: Tendon and muscle injuries in the groin area. *Clini Sports Med* 11: 815- 831, 1992[ISI] [Medline] [Order article via infotrieve]
  - 8) Akita K: Anatomic basis of groin pain with special reference to sports hernia. *Surg. Radiol Anat.* 21(1):1-5, 1999
  - 9) Smedberg SG. Herniography in athletes with groin pain. *Am J Surg.* 1985 Mar; 149(3): 378-82.
  - 10) Taylor DC, Meyers WC, Moylan JA: Abdominal musculature abnormalities as a cause of groin pain in athletes. *Am J Sports Med* 3: 239-242, 1991
  - 11) Ekber O: Sports- related groin pain: Evaluation with MR imaging. *EUR Radiol* 6: 52-55, 1996.
  - 12) Orchard JW. Groin Pain associated with ultrasound finding of inguinal canal posterior wall deficiency in Australian Rules footballers. *Br J Sports med.* 1998 Jun; 32(2): 134-9.
  - 13) Heise CP. Peritoneography (herniography) for detecting occult inguinal hernia in patients with inguinodynia. *Ann Surg* 2002 Jan; 235(1) 140-4.
  - 14) Susmallian, S. Laparoscopic repair of sportmann´s hernia in soccer playeres treatment of chronic inguinal pain. *Med Sci Monit.* 2004 Feb; 10(2): CR 52-4.
  - 15) Genitsaris M. Laparoscopic repair of groin pain in athletes. *Am J sports med.* 2004 Jul- Aug; 32(5): 1238-42. Epub 2004 May 18.
  - 16) Kluin, Jolanda. Endoscopic Evaluation and Treatment of Groin Pain the athlete. *American Journal of Sport Medicine.* 32:944-949 (2004).
  - 17) Paajanen, H. Totally extraperitoneal endoscopic (TEP) treatment of sportmann´s hernia. *Surg laparosc Endosc percutanean Tech.* 2004 Aug; 14(4): 215-8.
  - 18) Steele, P. Surgery for posterior inguinal wall deficiency in athletes. 1: *Sci Med Sport.* 2004 Dec; 7(4): 415-21; discussion.