



A Tríade no Contexto da Síndrome Pubálgica.

Parte 1: Etiologia e avaliação clínica

Dr. Diogo Rodrigues-Gomes¹, Dr. Sérgio Rodrigues-Gomes², Dr. Renato Andrade¹, Prof. Doutor João Espregueira-Mendes¹

¹Clínica do Dragão, Espregueira-Mendes Sports Centre – FIFA Medical Centre of Excellence; ²Grupo Unilabs – Radiologia Músculo-Esquelética e Medicina Desportiva. Porto.

RESUMO / ABSTRACT

A síndrome pubálgica é uma entidade clínica frequente em atletas, com uma incidência no futebol de elite que ronda os 10 a 15%. A terminologia desta entidade clínica é obtida na classificação em subgrupos baseada em achados clínicos. É necessário um conhecimento claro sobre a anatomia e biomecânica da região pélvica e inguinopúbica, bem como saber executar e interpretar o diagnóstico clínico e imagiológico, para permitir realizar o tratamento mais indicado para cada paciente. Numa série de artigos, iremos apresentar: definição e etiologia, exame clínico (subjetivo e objetivo), exame imagiológico, análise biomecânica, tratamento e prevenção da síndrome pubálgica. Nesta primeira parte (parte 1), abordamos o conceito e definição da síndrome pubálgica, bem como a avaliação clínica subjetiva e objetiva.

The groin pain is a clinical entity that is frequent in athletes, with a 10 to 15% incidence in elite football. The terminology this clinical entity is obtained through the classification into subgroups based on clinical findings. It is paramount to have a clear knowledge about the anatomy and biomechanics of the pelvic, pubic and inguinal regions, as well as to know how to perform and interpret the clinical and imaging diagnosis, in order to apply the most appropriate treatment for each patient. In a series of articles, we will present: definition and etiology, clinical examination (subjective and objective), imaging examination, biomechanical analysis, treatment and prevention of groin pain. In this first part (part 1), we approach the concept and definition of groin pain, as well as its clinical and objective evaluation.

PALAVRAS-CHAVE / KEYWORDS

Síndrome pubálgica, etiologia, exame físico, exame subjetivo
Groin pain, etiology, physical exam, subjective exam

Introdução

A síndrome pubálgica é uma entidade clínica frequente em atletas e que preocupa os clínicos de Medicina Desportiva desde há vários anos, principalmente nos desportos que envolvem movimentos de mudança de direção e de remate, como o futebol.¹ Neste, a UEFA reporta uma incidência de lesões localizadas na anca e região inguinopúbica (*hip/groin*) de 11-14%.^{2,3} Estes valores são apresentados pela definição de lesão baseada em tempo⁴, o que para lesões de sobrecarga e instalação insidiosa, como o caso da síndrome pubálgica, pode implicar subdiagnóstico. De facto, se adotarmos a definição de lesão baseada em qualquer queixa física⁴, nos jogadores profissionais de futebol podemos chegar a uma incidência de 70% de queixas na região inguinopúbica relacionadas com a síndrome pubálgica.⁵

A anatomia e a biomecânica da pelve e região inguinopúbica são

complexas⁶, com várias inserções musculares e forças de tração em diferentes direções, onde encontramos os grupos musculares que atuam no movimento da anca e também os músculos posturais da coluna vertebral e da parede abdominal, importantes na função de suporte para a maioria dos movimentos do tronco e do membro inferior.

Historicamente, esta entidade clínica apresentou várias terminologias, com mais de 30 referências para um mesmo diagnóstico, como as clássicas hérnia do desportista, pubalgia do atleta ou osteíte púbica, que tornavam a comunicação entre clínicos confusa e complexa e dificultavam a investigação nesta área. Um consenso recente simplificou a terminologia em relação a esta entidade clínica, com a classificação nos seguintes subgrupos:

- síndrome pubálgica, incluindo a relacionada com os adutores, com o músculo iliopsoas, com o canal inguinal e com a sínfise púbica;
- síndrome pubálgica relacionada

com patologia intra-articular da anca;

- outras causas de síndrome pubálgica.⁷

Esta é atualmente a terminologia mais aceite para descrever esta complexa entidade clínica e é também a terminologia que usamos neste artigo.



<https://institutofuchs.com.br/pubalgia-cronica-nunca-melhora/>

Clínica e exame objetivo

A síndrome pubálgica é um diagnóstico clínico, relacionada com alterações de sobrecarga, e por isso deve ser dada especial importância à história clínica e ao exame físico. De facto, a história clínica é um dos passos mais importantes, com especial atenção à forma de apresentação dos sintomas, às características e localização da dor, aos fatores de agravamento e à implicação na *performance* desportiva. É, também, importante a investigação dos parâmetros da atividade desportiva praticada, especialmente o tipo e a variação do volume e intensidade.

A síndrome pubálgica tem apresentação típica, com instalação insidiosa e agravamento progressivo até implicar diminuição da *performance* desportiva e do volume de treino, culminando na ausência de competição e limitação nas atividades de vida diária. Um período de repouso resulta na diminuição dos sintomas que, no entanto, recidivam com a retoma da atividade desportiva, até que seja aplicado um plano de tratamento eficaz.

Exame físico

O exame físico é uma ferramenta importante para a classificação

diagnóstica nas entidades descritas anteriormente.⁷ Os testes de palpação, alongamento e contração resistida, assim como a avaliação do arco de movimento da anca, os testes de conflito femoroacetabular e outros testes especiais vão permitir despertar e identificar a localização da dor, de modo a orientar o caminho na árvore diagnóstica. É importante objetivar as amplitudes articulares da anca, assim como a força muscular nos movimentos dos quatro quadrantes da anca – flexão, extensão, adução e abdução, com comparação contralateral.

De acordo a história clínica e o exame físico, podemos determinar melhor a origem dos sintomas e sub-agrupar a síndrome pubálgica de acordo os subgrupos acima descritos.

1. Síndrome pubálgica, a relacionada com os músculos adutores e iliopsoas, com o canal inguinal e com a sínfise púbica:

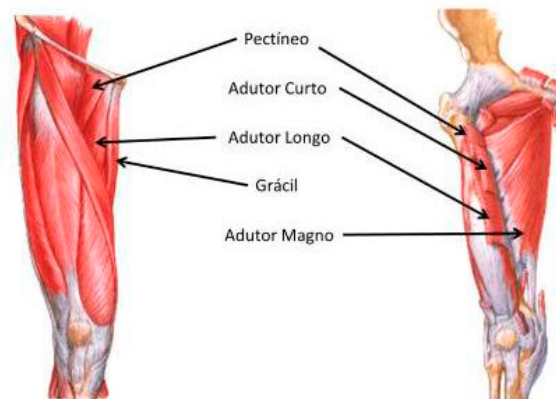
- Síndrome pubálgica relacionada com os músculos adutores: desconforto ou dor sentida na palpação e na contração resistida dos músculos adutores. Teste especial – *squeeze test* dos adutores.
- Síndrome pubálgica relacionada com o músculo iliopsoas: desconforto ou dor sentida na contração resistida ou alongamento dos músculos flexores da anca. Teste especial – *Thomas test*.
- Síndrome pubálgica relacionada com o canal inguinal: desconforto ou dor sentida na palpação do canal inguinal, com agravamento na contração resistida dos músculos abdominais ou na manobra de Valsalva. Não existe hérnia palpável.
- Síndrome pubálgica relacionada com a sínfise púbica: desconforto ou dor sentida na palpação da sínfise púbica ou do osso púbico imediatamente adjacente. Sem dor de relevo nos testes de contração resistida.

2 - Síndrome pubálgica relacionada com patologia intra-articular da anca

A patologia intra-articular da anca pode ser uma causa de dor na região inguinopúbica. O conflito femoroacetabular é uma síndrome clínica que resulta do contacto prematuro entre a extremidade proximal do fémur e o acetábulo e o

seu diagnóstico é feito pela presença de sintomas e sinais clínicos e achados imagiológicos.⁸ Deve ser ponderado como diagnóstico inicial de patologia intra-articular da anca, na população jovem e atlética. Outros diagnósticos podem ser equacionados, nomeadamente patologia osteocondral e condrolabral.⁷ Na avaliação clínica da síndrome pubálgica, o exame físico da anca é imprescindível. Devem ser avaliadas as amplitudes articulares passivas da anca, com especial atenção à rotação interna e externa; testes de conflito, como o de flexão/adução/rotação interna (FADIR) e o de flexão/abdução/rotação externa (FABER).⁹ A maioria dos testes clínicos da anca têm boa sensibilidade, mas baixa especificidade⁸, pelo que são importantes para excluir patologia intra-articular da anca. Para o diagnóstico definitivo, quando há suspeita de patologia intra-articular da anca, é necessário recorrer a exames complementares diagnóstico, como a imagiologia. Pode ainda ser necessário fazer uma prova de diagnóstico e terapêutica com um bloqueio intra-articular da anca.

3 - Outras causas de síndrome pubálgica



<http://www.skatesaude.com.br/2018/03/a-importancia-dos-adutores-no-skate.html>



<https://holycrossleonecenter.com/can-femoroacetabular-impingement-fai-lead-to-early-onset-osteoarthritis/>

Outras causas de dor na região inguinopúbica, mais graves e mais raras, devem estar no pensamento clínico. É importante saber que patologia dos órgãos abdominais e pélvicos pode mimetizar a patologia musculoesquelética. Devem ser investigados os antecedentes clínicos, nomeadamente neoplasia da próstata no homem e da mama na mulher ou neoplasia dos órgãos reprodutores, uma vez que podem estar associados a metástases na região da anca e pelve. Outros sinais de alarme devem ser tidos em conta, incluindo a perda de peso inexplicada, febre, dor noturna, traumatismo recente ou uso prolongado de corticosteroides. Deve ser também considerada outra patologia musculoesquelética, como as reações/fraturas de stress da pelve, sacro e fémur, necrose avascular da cabeça femoral ou mesmo fraturas traumáticas da anca e pelve.¹⁰

A patologia da coluna lombar e das articulações sacroilíacas deve também ser investigada e excluída. Deve ser investigada a presença de discopatia e radiculopatia através da história clínica e do exame físico, incluindo o teste de *straight leg raise* e o *slump test*. A patologia facetária pode ser excluída através do teste de extensão-rotação lombar e a patologia da articulação sacroilíaca deve ser investigada através dos testes específicos, como os testes de distração, compressão, *tight thrust*, *sacral thrust* e de Gaenslen.¹⁰

Avaliação subjetiva

Na avaliação subjetiva da síndrome pubálgica temos ao dispor algumas ferramentas que podem ser úteis, tanto na prática clínica, como na investigação. A aplicação de questionários de avaliação permite o registo objetivo dos sintomas referidos pelos atletas, importante para a comparação e monitorização ao longo do plano de tratamento:

- O *Copenhagen Hip and Groin Outcome Score*¹¹ foi desenvolvido como um questionário de preenchimento pelo atleta/doente, dirigido à população de adultos jovens e de meia-idade, fisicamente ativos com síndrome pubálgica de longa duração. Está dividido em seis subescalas para avaliação da dor, sintomas, aptidão física nas atividades de vida diária, aptidão física nas atividades desportivas e recreativas, participação nas atividades físicas e qualidade de vida. Pode ser encontrado na tradução oficial em português.
- Outro questionário que pode ser utilizado para monitorização de sintomas e implicação funcional na atividade desportiva, de aplicação mais simples é o *Oslo Sports Trauma Research Centre Overuse Injury Questionnaire*.¹² É também um questionário de preenchimento pelo atleta/doente, composto por quatro questões relacionadas com a função, volume, *performance* e dor. Tem por base a definição de lesão de qualquer queixa física e permite uma monitorização mais eficaz de lesões de sobrecarga com instalação insidiosa e que muitas vezes não implicam ausência de competição, como no caso da síndrome pubálgica.

Nesta primeira parte do artigo abordamos o conceito e definição da síndrome pubálgica, bem como a avaliação clínica subjetiva e objetiva. Em próximas edições, e em continuação deste artigo, iremos abordar o exame imagiológico, avaliação biomecânica, tratamento e prevenção da síndrome pubálgica.

Correspondência
randrade@espregueira.com

Os autores declaram ausência de conflito de interesses, assim como a originalidade do texto e a sua não publicação prévia.

Bibliografia

1. Falvey EC, Franklyn-Miller A, McCrory PR. *The groin triangle: a patho-anatomical approach to the diagnosis of chronic groin pain in athletes.* Br J Sports Med 2009; 43(3):213-20.
2. Werner J, Häggglund M, Waldén M, et al. *UEFA injury study: a prospective study of hip and groin injuries in professional football over seven consecutive seasons.* Br J Sports Med 2009; 43(13):1036-40.
3. Ekstrand J. *UEFA Elite Club Injury Study: 2018/19 season report, 2020.*
4. Fuller CW, Ekstrand J, Junge A, et al. *Consensus statement on injury definitions and data collection procedures in studies of football (soccer) injuries.* Br J Sports Med 2006; 40(3):193.
5. Thorborg K, Branci S, Stensbirk F, et al. *Copenhagen hip and groin outcome score (HAGOS) in male soccer: reference values for hip and groin injury-free players.* Br J Sports Med 2014; 48(7):557-9.
6. Schilders E, Bharam S, Golan E, et al. *The pyramidalis-anterior pubic ligament-adductor longus complex (PLAC) and its role with adductor injuries: a new anatomical concept.* Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2017; 25(12):3969-77.
7. Weir A, Brukner P, Delahunt E, et al. *Doha agreement meeting on terminology and definitions in groin pain in athletes.* Br J Sports Med 2015; 49(12):768-74.
8. Griffin DR, Dickenson EJ, O'Donnell J, et al. *The Warwick Agreement on femoroacetabular impingement syndrome (FAI syndrome): an international consensus statement.* Br J Sports Med 2016; 50(19):1169-76.
9. Pålsson A, Kostogiannis I, Ageberg E. *Combining results from hip impingement and range of motion tests can increase diagnostic accuracy in patients with FAI syndrome.* Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2020. doi: 10.1007/s00167-020-06005-5
10. Thorborg K, Reiman MP, Weir A, et al. *Clinical Examination, Diagnostic Imaging, and Testing of Athletes With Groin Pain: An Evidence-Based Approach to Effective Management.* J Orthop Sports Phys Ther 2018; 48(4):239-49.
11. Thorborg K, Hölmich P, Christensen R, et al. *The Copenhagen Hip and Groin Outcome Score (HAGOS): development and validation according to the COSMIN checklist.* Br J Sports Med 2011; 45(6):478-91.
12. Clarsen B, Myklebust G, Bahr R. *Development and validation of a new method for the registration of overuse injuries in sports injury epidemiology: the Oslo Sports Trauma Research Centre (OSTRC) overuse injury questionnaire.* Br J Sports Med 2013; 47(8):495-502.