

Elementos básicos de diagnóstico e de terapêutica da:

Pubalgia

INTRODUÇÃO

A sínfise púbica é uma articulação do tipo anfiartrose, com fina camada de cartilagem hialina, separada por um disco de fibrocartilagem. O movimento nesta articulação é muito limitado, sendo estabilizado superiormente pelo ligamento suprapúbico, inferiormente pela porção arcada do ligamento púbico e anteriormente pelo ligamento interpúbico (Figura 1).

Além desses ligamentos estabilizadores da sínfise, encontramos superiormente as inserções musculares do reto do abdome em todo o corpo do púbis, auxiliando na estabilidade dessa articulação. Entre as várias patologias que comprometem essa articulação, encontramos a pubalgia, que se caracteriza por uma síndrome inflamatória dolorosa da sínfise púbica de etiologia variada. Sua principal sinonímia é osteíte púbica⁽¹⁾.

A pubalgia é descrita, do ponto de vista fisiopatológico, como um processo inflamatório que acomete a sínfise púbica, produzindo alterações condrais e ósseas nesta articulação.

Encontrada freqüentemente em atletas de diversas modalidades. Estes se queixam de dor na região inguinal que pode ser de início agudo ou insidioso, tornando-se crônica muitas vezes. Após tornar-se sintomática, o diagnóstico nem sempre é fácil e os pacientes podem ser avaliados por vários médicos e sujeitos às avaliações diagnósticas incontáveis, às vezes por longo período de tempo⁽²⁾.

ETIOLOGIA

Entre as principais causas da pubalgia encontramos as seqüelas de cirurgia urológica, as infecções e a atividade física intensa, principalmente relacionada a esportes como o atletismo, o rúgbi e o futebol.

Os principais achados de exames sugerem que a pubalgia em atletas teria origem principalmente na inserção do músculo reto abdominal junto a tubérculo púbico^(2,3).

A grande maioria dos pacientes é do sexo masculino e se queixam de dor inguinal unilateral na extensão. Em

William Soltau Dani

Médico ortopedista e cirurgião de quadril da Clinitrauma - Lages - SC. Estagiário do Ambulatório de Doenças Osteometabólicas do Serviço de Reumatologia do HSPE-"FMO".

Elaine de Azevedo

Médica assistente e responsável pelo Ambulatório de Doenças Osteometabólicas do Serviço de Reumatologia do HSPE-"FMO".

virtude disso, o diagnóstico diferencial deve sempre ser feito com as alterações prostáticas, uretrites, hidrocele no paciente masculino, dor de origem ginecológica nas mulheres e hérnia inguinal, bursite, osteoartrose do quadril e principalmente quadros infecciosos locais nos dois sexos^(2,4).

Os pacientes podem recordar o evento específico que iniciou a dor, mas freqüentemente o início é insidioso. Se associado com um início repentino, os sintomas se exacerbam pela atividade e estão aliviados temporariamente com descanso.

DIAGNÓSTICO

A chave de um diagnóstico correto está na correlação entre a história e o exame físico.

Os sintomas incluem dor na palpação do tubérculo púbico, associada com dor na flexão resistida do quadril, rotação interna e contratura da musculatura abdominal. Sempre examinando a presença de aumento de volume local ou hérnia inguinal associada. Em alguns pacientes pode também haver uma dor na adução resistida do quadril, com sintomatologia ao longo do tendão adutor longo da coxa. Quando necessário, devemos realizar outros testes para descartamos patologias que apresentem sintomas parecidos aos da pubalgia^(2,3,5).

Nas pubalgias de origem infecciosa podem estar presentes: febre, leucocitose e aumento dos níveis de hemossedimentação.

Na maioria dos pacientes os sintomas são autolimitados e desaparecem gradualmente em semanas ou

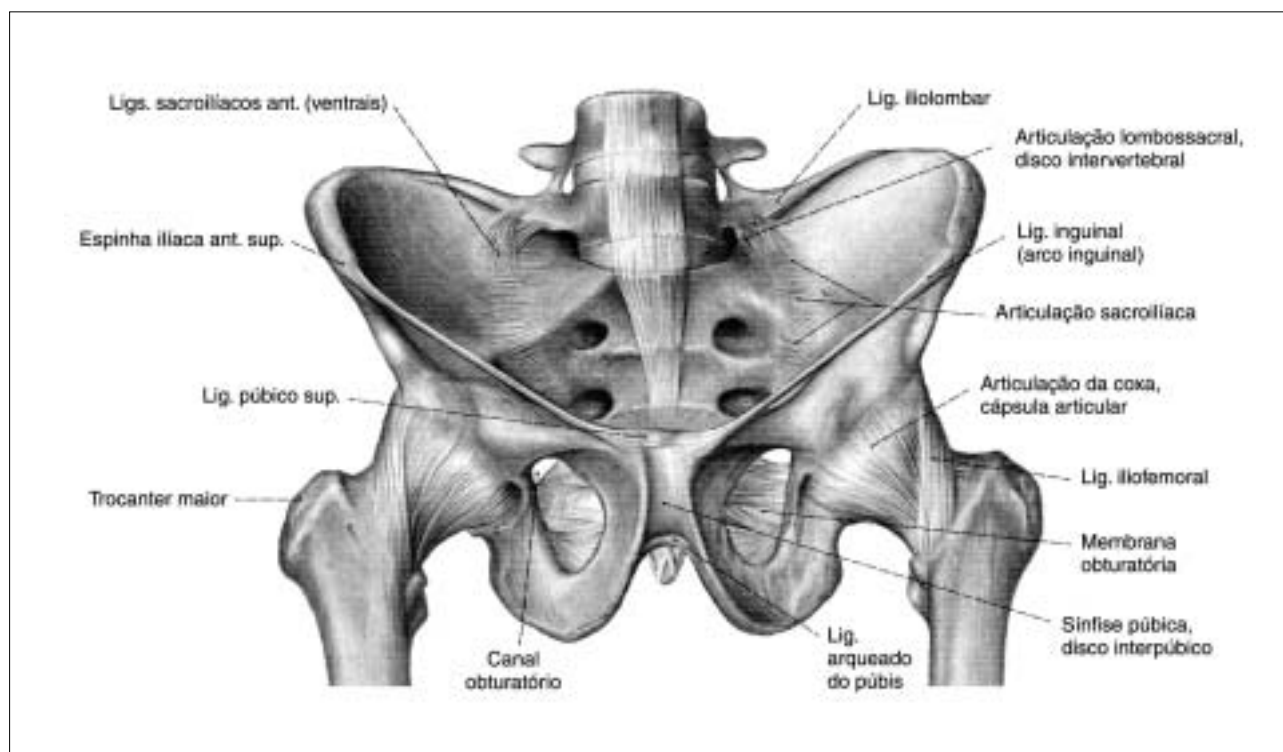


Figura 1 - Anatomia da região púbica.

meses; porém, nos pacientes submetidos aos esforços físicos, essa dor pode tornar-se progressiva e intensa, incapacitando-os para as atividades esportivas⁽¹⁾.

No exame radiográfico, a maioria dos pacientes apresenta alterações artrósicas leves, caracterizadas por pequenos cistos e adensamento em nível da sínfise púbica, principalmente nos casos crônicos da doença.

A minoria dos pacientes atletas apresentam na ressonância nuclear magnética sinais de lesão no músculo reto abdominal e, quando presente este achado, correlaciona-se com a localização da dor^(3,6), embora outros autores sugiram presença de edema ósseo local, na maioria dos casos, junto ao osso do púbis⁽⁷⁾ (Figura 2).

A cintilografia óssea poderá apresentar uma imagem de hipercaptação local.

A tomografia pode ajudar no diagnóstico diferencial, mas nunca supera os achados de exame físico e história⁽⁸⁾.

TRATAMENTO

O tratamento é variado e contraditório, mas o conservador é sempre indicado em um primeiro momento. Repouso e o uso de antiinflamatórios esteróides e não esteróides são recomendados; nos casos de infecção antibióticos também estão indicados.

A realização de fisioterapia analgésica, seguido de fortalecimento e alongamento da musculatura abdomi-

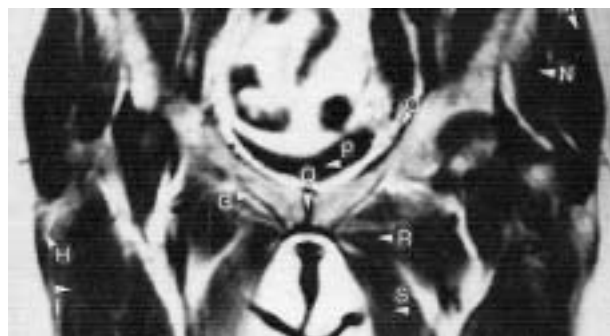


Figura 2 - Ressonância magnética da região púbica.

nal e adutora também estão indicados durante a fase de tratamento conservador⁽²⁾.

Nos casos resistentes ao tratamento conservador está indicado o tratamento cirúrgico^(1,2,3,5).

Existem várias técnicas cirúrgicas preconizadas: neurectomia do nervo obturador, debridamento da sínfise púbica, sincondrectomia e pubectomia parcial. A neurectomia e pubectomia são paliativas, pois não atuam na causa. Também são citadas artrodese da articulação, ressecção da sínfise púbica, embora com resultados não muito animadores. Sousa descreve uma técnica de liberação da fáscia do reto abdominal, curetagem da sínfise púbica e tenotomia parcial dos adutores que se mostrou eficaz no tratamento cirúrgico da pubalgia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sousa, JPG; Fallopa, F; Siqueira Jr, D; Cruz, ARSS: Tratamento cirúrgico da pubalgia em jogadores de futebol profissional. *Rev Bras Ortop.* 40(10): 601-607, 2005.
2. Ahumada, LA; Ashruf, S; Espinosa-de-los-Monteros, A; Long, JN; De la Torre, JI; Garth, WP; Vasconez, LO: Athletic Pubalgia Definition and Surgical Treatment. *Annals of Plastic Surgery* 55 (4), 393-396, 2005.
3. DeAngelis, NA; Busconi, BD: Assessment and Differential Diagnosis of the Painful Hip. *Clin Orthop* 406: 11-18, 2003.
4. Ruane, JJ; Rossi, TA: When groin pain is more than "just strain". *Physician Sports Med.* 26:78-103, 1998.
5. Biedert, RM; Warnke, K; Meyer, S: Symphysis Syndrome in Athletes Surgical Treatment for Chronic Lower Abdominal, Groin, and Adductor Pain in Athletes. *Clin J Sport Med* 13:278-284, 2003.
6. Albers, SL; Spritzer, CE; Garrett, WE: MR findings in athletes with pubalgia. *Skeletal Radiol.* 30:270-277, 2001.
7. Lovell, G; Galloway, H; Hopinks, W; Harvey, A: Osteitis Pubis and Assessment of Bone Marrow Edema at the Pubic Symphysis With MRI in an Elite Junior Male Soccer Squad. *Clin J Sport Med* 16:117-122, 2006.
8. Kesek, P; Ekberg, O; Westlin, N: Herniographic findings in athletes with unclear groin pain. *Acta Radiol.* 43:603-608, 2002.