

## *El dolor inguinal en los futbolistas \**

Branislav Nesovic

El malestar doloroso en la ingle, el así llamado dolor inguinal en los futbolistas, hoy en día representa un fenómeno casi cotidiano, impidiendo la actividad regular del jugador del juego más popular. Los futbolistas que sufren de dolor inguinal no son capaces de entrenar normalmente y de demostrar su talento y todas sus posibilidades.

El dolor inguinal de los deportistas y especialmente de los futbolistas, nos es conocido desde hace mucho tiempo y representa un grave problema que posa ante los jugadores la cuestión si seguir jugando al fútbol que es su medio de ganarse la vida, o de cambiar la profesión y dejar de jugar para siempre. No han existido ningunos medios para parar ese dolor. El tratamiento conservador no ha demostrado éxito, ya que a pesar de todos los métodos aplicados, las recidivas han seguido creando problemas, tanto a los deportistas mismos, tanto a los médicos que han debido admitir su derrota.

La definición de la enfermedad ha exigido un gran conocimiento de la etiología y de la patogenia, lo que es de gran importancia ya que se sabe que han surgido muchas dificultades en la terapia. Con la aplicación de los métodos conservadores, como lo son el reposo obligatorio, conjuntamente con la administración de analgésicos y de la conocida infiltración de la

novocaina de cortisona en los puntos dolorosos; con la inmovilización con la pantaleta de yeso, la aplicación de la electroterapia o los rayos X, no hemos logrado resultados satisfactorios. Se ha errado mucho en el diagnóstico del proceso patológico en la ingle del jugador de fútbol. Ese proceso ha recibido los nombres de Entesitis, Miotendinitis, Pubialgia, Síndrome Symphisae, Síndrome Gracilis, etc., pero con la insuficiente explicación de la proveniencia del dolor en la ingle.

En la patología deportiva hemos sido testigos de los dolorosos procesos en la zona inguinal de los futbolistas. Ellos han sido siempre más frecuentes en el período de entrenamientos forzados y de los juegos frecuentes durante la temporada futbolística. Aumenta el número de los jugadores que piden la ayuda de los médicos y de sus entrenadores, y de los que después de haber agotado todas las posibilidades de terapia, desean abandonar el fútbol. A algunos de ellos los hemos tomado por simuladores y les hemos permitido jugar bajo efecto de inyecciones. No hemos sido capaces de constatar su verdadero estado y ofrecer una explicación completa.

En la larga observación de un gran número de jugadores, hemos podido constatar que el dolor inguinal aparece en los jugadores que en un

momento dado han sido sobrecargados con el entrenamiento y con un gran número de partidos, es decir expuestos a los máximos esfuerzos. El dolor inguinal también se puede observar en los jugadores que han salido a jugar sin la suficiente preparación física y que posteriormente no han podido librarse de ese dolor molesto a pesar de todos los métodos que se han utilizado.

Tal constatación ha inducido a muchos médicos a recomendar una operación quirúrgica. Pero tampoco esas han dado el resultado esperado. Las recidivas han sido frecuentes y el número de los que han ido abandonando el juego, ha ido aumentando.

Con el paso al profesionalismo, la situación en nuestro país ha empeorado. En el año 1957, tratando un caso del dolor inguinal nos vino la idea de aplicar un nuevo método. La operación ha dado un resultado inesperado. Después de un mes de la operación, el jugador ha proseguido su carrera y ha entrado ya a formar parte de la selección de Yugoslavia. Antes de la intervención, el había tenido dolor en ambas zonas inguinales, que había empezado con su transferencia de un equipo de segunda a las filas del equipo de primera (el campeón mismo), donde el trabajo ha sido mucho más intenso.

La sintomatología del dolor en la ingle es característica, pero no típica.

\* Ponencia presentada en el I Congreso Mundial de Ciencias Biológicas aplicadas al fútbol.

El futbolista comienza a quejarse del dolor en una o en ambas zonas inguinales y sobresale la sensibilidad dolorosa en el músculo aductor y en la parte superior de la sínfisis del pubis. Así comienza la llamada "ingle del futbolista". Con el tiempo, el dolor se intensifica, irradiando a la parte aductora del muslo, a la región púbica, al perineo y se extiende hacia las caderas y la parte delantera de la pared abdominal. Cuando el jugador se "enfria" después del partido o del entrenamiento, se mueve con dificultad; su sueño es interrumpido a menudo, se dobla cuando camina y se retuerce en la cama. Si en el medio tiempo del partido llega a sentarse, se levanta con gran dificultad y muchas veces no puede seguir jugando. Si sin embargo intenta hacerlo, ya a medias del segundo tiempo no puede seguir corriendo y pide salir de la cancha. En los primeros tres días que siguen al partido se mueve con dificultad y el eventual estornudo o tos, así como cualquier esfuerzo o la acción de echarse para atrás, producen grandes problemas. El malestar subjetivo no ha correspondido siempre al fallo clínico, así que a menudo no hemos podido explicar los dolores que obligaban al jugador a guardar cama. Objetivamente, encontramos la sensibilidad dolorosa en la parte de la sínfisis que se propaga hacia la región aductora, al isquión y a la parte anterior de la pared abdominal. La aducción y la abducción de las caderas son dolorosas, especialmente al pequeño esfuerzo. La elevación de la pierna por parte del enfermo en la rotación exterior, es prácticamente imposible a causa del dolor. Con palpación cautelosa podíamos constatar una gran debilidad y dolorosa sensibilidad de los músculos oblicuos del abdomen, con el punto más fuerte del dolor en la región del triángulo inguinal y de la parte delantera de la pelvis, sea de un lado o de ambos. También podemos observar que el canal inguinal permite que se inserte la punta del dedo, siendo al mismo tiempo muy sensible pero sin el prolapso de la hernia. Al mismo tiempo encontramos que el músculo

recto abdominal está muy desarrollado y fuerte. El así llamado "signo de Malgaigne" ha sido algo que nos ha ayudado mucho en la idea de la necesidad de la intervención quirúrgica en los casos de la ingle dolorosa. Al esforzarse la parte delantera de la pared abdominal, hemos podido observar protuberancias en forma de salchicha-huso de las partes laterales de la parte delantera de la pared abdominal, lo que nos ha demostrado la debilidad de los músculos oblicuos con relación al músculo recto del abdomen. Al síndrome descrito le hemos considerado, en aquellos tiempos, como Entesitis y lo hemos tratado de manera conservadora, pero lamentablemente sin los resultados eficientes.

Al mismo tiempo hemos observado que la relación entre la musculatura de la pared abdominal delantera y la musculatura fuerte y masiva de las extremidades inferiores se encuentra en gran desproporción y que esa podría ser la razón de que la parte inguinal como parte transitable, sea forzada con más intensidad, lo que lleva a la sensación del dolor. A causa de la debilidad de la pared delantera del abdomen y del desequilibrio de la musculatura de las dos regiones vecinas, en el momento del máximo esfuerzo ultrafisiológico, se llega a transformaciones reactivas y productivas en el sentido de inflamación no específica de carácter crónico, y a la infiltración en las inserciones de los músculos del anillo delantero de la pelvis, lo que representa la fuente del dolor.

En los años empleados en tratar los dolores en la ingle de un gran número de futbolistas y con el análisis de los métodos empleados en el tratamiento del así llamado Entesitis de la región inguinal y de sus resultados, hemos llegado a la conclusión que el problema de la "ingle futbolística" es mucho más complejo. El origen del malestar, las dificultades subjetivas y el fallo objetivo, así como los resultados negativos del tratamiento conservador, nos han llevado a la conclusión de que es necesaria la intervención qui-

rúrgica, con el fin de reconstruir las relaciones anatómicas normales de la región muslo-inguinal, de forzar la parte delantera de la pared abdominal, de estrechar el canal inguinal e igualar las fuerzas musculares del abdomen y de las extremidades inferiores. Esa igualación de las fuerzas debería, según cálculos, descargar la región inguinal y todas las inserciones de la musculatura vecina, así como eliminar los dolores provenientes de la inflamación crónica y de la infiltración.

Las radiografías de la sínfisis de la pelvis nos han aparecido un poco extrañas. Se han podido observar imágenes de osteonecrosis y de malacia, lo que hemos podido explicar solamente más tarde. Es decir que las transferencias han ocurrido debido a los "estiramientos" frecuentes de las inserciones, que han conducido a la afectación de la vascularización subhondral, llegando a la necrosis aséptica. En los casos operados hemos encontrado en el periodo del control que se ha logrado la condensación y la detención del proceso de necrosis, ya que hemos eliminado las causas liberando las inserciones. Esta ha sido la prueba que la intervención ha sido justificada.

La idea de intervenir quirúrgicamente para solucionar el problema de las hernias inguinales no ha sido aceptada por parte de los cirujanos generales, debido a que ellos no encontraban la hernia que les obligaría a operar.

Pero debido a nuestras insistencias, tal intervención se hizo y el fallo intraoperativo ha confirmado nuestra sospecha en la debilidad de la musculatura oblicua de la pared delantera del abdomen, su distensión y la debilidad de la fascia. El canal inguinal aparecía muy dilatado y el triángulo inguinal enormemente ancho, pero no se ha hallado la hernia. Se hizo la plástica del canal inguinal y el estrechamiento del triángulo de la ingle. Nuestro primer paciente ha sido operado de ambos lados. Después de un mes pasada la intervención, empezó a entrenar y 15 días más tarde a jugar. Se ha convertido

en miembro profesional del equipo campeón y de la selección nacional. Han pasado ocho años y nunca se ha quejado de los dolores que lo inducían a pensar a abandonar el fútbol y buscarse una profesión diferente.

En el hospital específico ortopédico-quirúrgico "Banjica" en Belgrado, contando con la plena comprensión por parte del colegio de especialistas, hemos desarrollado y modificado los métodos ya conocidos aplicados en el tratamiento de la hernioplastica y hemos llegado a la conclusión que la intervención quirúrgica es el único método justificado y con pleno efecto, cuando se trata del dolor inguinal.

Por la vía quirúrgica en estos casos logramos establecer el equilibrio entre las fuerzas de la musculatura de las extremidades inferiores y de la parte delantera de la pared abdominal. De esta manera disminuimos la sobrecarga de la región inguinal-femoral y de las inserciones de la musculatura vecina, implicada en el deporte.

Haciendo un resumen de todo lo expuesto, podemos decir que las indicaciones para la intervención quirúrgica son las siguientes:

1. Dolores en la región inguinal.
2. Sensibilidad dolorosa en las inserciones del aductor y en la inserción inferior del músculo recto del abdomen.
3. Dolores a lo largo de las zonas aductorales de las extremidades inferiores con mayor intensidad de dolor en la inserción superior.
4. La sensibilidad dolorosa del perineo y de las inserciones superiores m. biceps femoral.
5. El triángulo inguinal dilatado.
6. El canal inguinal dilatado y dolorosamente sensible a la palpación.
7. El signo de Malgaigne de la insuficiencia de la pared delantera de la pared abdominal.
8. Dolores en las regiones y en los puntos descritos después del esfuerzo, en el periodo cuando el jugador se "enfria".
9. Dolor en la ingle al estornudar o toser.

10. Las transformaciones osteonecróticas de la sínfisis del hueso púbico y del isquión.

La técnica de la operación consiste en la modificación de la operación conocida (según Bassini) con el refuerzo extremo inusitado de la parte inferior del triángulo inguinal donde se reúnen las inserciones de los músculos y conexiones más importantes, con lo cual se obtiene un fundamento fuerte para la contracción de la musculatura abdominal, descargando de tal manera las inserciones de los ligamentos y de la musculatura de la parte delantera de la pelvis y eliminando las transferencias y los dolores reactivos.

"La ingle dolorosa" del futbolista especialmente, así como de otros deportistas, podemos aceptar como una evidencia epidemiológico-traumatológica. El problema de la ingle dolorosa de los futbolistas data desde hace unos treinta años. Existían diferentes explicaciones y maneras de entender este estado patológico en los deportistas y por lo tanto diferentes aproximaciones al tratamiento. Varios métodos conservadores de tratamiento han sido siempre menos y menos eficaces con relación al porcentaje creciente de los deportistas y particularmente futbolistas que sufrían de dolor inguinal.

Muchos médicos han empezado, viéndose obligados por la necesidad, de luchar contra esa nueva, moderna y contemporánea patología en el traumatismo deportivo, la presencia del síndrome doloroso en las regiones de la sínfisis y del pubis, así como de signos del malestar en la región inguinal. Los métodos conservadores conocidos por la historia médica no han ofrecido efectos deseados, además de su larga duración y recidivas de las molestias, lo que ha obligado a los médicos a interesarse por las posibilidades del tratamiento quirúrgico de la ingle dolorosa. La presión del creciente número de los lesionados obligaba a los cirujanos a emprender ciertas intervenciones quirúrgicas que han despertado algunas esperanzas para la solución del problema, pero como los resultados

no han sido completos, se ha proseguido con la investigación y búsqueda de mejores soluciones terapéuticas con ayuda de la cirugía. Es ampliamente conocido que la tenotomía de aductores, fasciectomía del gracilis, neurectomía, obturatorius y artrodesis del sínfisis no han ofrecido resultados completos.

Las dificultades provienen de la poca claridad de la etiopatogenésis, signos subjetivos inexplicables de la enfermedad, del extraño cuadro clínico desconocido e inexplicable, de la ausencia del verdadero trauma y de la atípica y escasa clínica. El curso entero de la enfermedad, su comienzo, el desarrollo de las molestias y abstinencia de los entrenamientos y juegos, confundía a los médicos, entrenadores y provocaba confrontaciones entre el jugador, médico, directiva del club y el mismo público, llegando al extremo de llamar al jugador "saboteador", simulador, etc. Tales situaciones conflictivas han sido dañinas para los clubs, jugadores y la profesión en general.

En muchas discusiones y conferencias de expertos sobre la etiopatogenésis, diagnóstico y terapia de la ingle dolorosa del futbolista se ha constatado siempre mayor frecuencia de este estado patológico que impedía a los jugadores entrenar y jugar.

La aproximación terapéutica ha sido variada. Debemos admitir que se ha vagado mucho, en general por no conocerse la verdadera etiología del origen de los dolores en la ingle, de la escasez del cuadro clínico y de los malos resultados del tratamiento conservador emprendido, igual como posteriormente de los éxitos parciales de la aplicación de ciertos métodos quirúrgicos.

A través de la observación de jugadores lesionados durante varios años y de la experiencia, se ha llegado a conocer la etiología de la enfermedad, al perfeccionamiento del diagnóstico clínico y a la aplicación de ciertas intervenciones quirúrgicas con buenos resultados.

La variedad de aproximaciones a los procedimientos terapéuticos ha llevado a la conclusión que el tratamiento conservador es menos eficaz, que exige un periodo de tratamiento largo (de 3 a 12 meses), que las recidivas son posibles, al contrario del caso de la intervención quirúrgica, mucho más eficaz en el sentido de acortar la duración del tratamiento y acelerar la capacitación para los esfuerzos de la competición deportiva. Lo que ha inclinado la terapia hacia los métodos quirúrgicos es el hecho de que después de las operaciones no había recidivas (si se trata de operaciones específicas). Las recidivas han aparecido después de ciertas operaciones que no ofrecen garantía de curación y de un efecto completo.

Gracias a la interpretación etiopatogénica del origen del dolor inguinal de los deportistas y al estudio biomecánico, nosotros hemos llegado en el año 1967 a la idea de aplicar cierta técnica operatoria con el fin de fortalecer la musculatura de la pared abdominal delantera e igualar la fuerza de la musculatura abdominal con la de las extremidades inferiores, influyendo de tal manera sobre la disminución de la carga en las inserciones de músculos en la parte del púbis (la inserción de aductores, inserción del músculo recto abdominal e inserción Puparti). La idea ha sido realizada con éxito. Desarrollando la técnica operatoria, la clínica y la interpretación radiológica, hemos perfeccionado nuestro propio método de curación de la ingle dolorosa, el cual consiste en la modificación de la operación de Bassini, en los casos donde no fué constatada la hernia inguinal, siendo esta siempre buscada por los cirujanos generales en el momento de indicar la intervención Bassini. A pesar de las opiniones de los cirujanos especializados en operaciones abdominales sobre la no necesidad de operar a los deportistas con ingle dolorosa, no existiendo la hernia, nos hemos decidido a ejecutar una serie de operaciones de futbolistas con la ingle dolorosa, aplicando la técnica básica de la hernioplástica de Bassini. Hasta hemos aplicado esa

operación en trabajadores manuales los cuales no han tenido la suerte de obtener la indicación para la operación por los cirujanos generales, a los cuales se dirigían por causa de males-tares dolorosos en las ingles en el desarrollo de su trabajo físico manual y de esfuerzo que hacían.

Lo que es muy interesante es que hemos tenido casos de ingle dolorosa en las personas que se dirigían a nosotros por la imposibilidad de ejercer sus "deberes matrimoniales". Se quejaban de dolores en la ingle, especialmente en la fase intensiva de los actos sexuales, sea en el periodo de la demostración de su "machismo" o en los primeros meses del matrimonio. Mencionaremos aquí también que las anamnesis de los deportistas lesionados nos hemos podido enterar que muchos de ellos se tenían que abstener del coito por dolor en la ingle. Nuestras operaciones han solucionado este problema, lo que demuestra la necesidad de fortalecer la musculatura de la pared delantera abdominal, ya que ella juega un papel muy importante en la ejecución de determinados movimientos en el acto sexual.

No deseamos prejuzgar las cosas y devolver la potencia a alguien con esta operación, pero es seguro que con fortalecer el hipomohlium en la región del sínfisis disminuimos los cambios degenerativos en las inserciones de los músculos y facilitamos, eliminando el dolor, mejor libido y movimientos sin dolor durante el coito.

Deseamos recalcar que todos los que han tenido molestias antes de la operación, posteriormente se han visto librados de ellas no solamente en los entrenamientos y partidos, sino en el desarrollo del acto sexual, sobre lo cual poseemos pruebas irrefutables por intermedio de las entrevistas.

El problema de la ingle dolorosa nos preocupa ya desde varios decenios. Uno de los precursores ha sido el profesor La Cava quien ha señalado las entesopatias de la tendopatía y aplicado el tratamiento conservador.

En el periodo posterior, el profesor Dr. Steiner demuestra un interés particular, tratando de solucionar el problema del dolor de la ingle con la operación en los tendones del adductor. El profesor Cabot explica la etiopatogenesis del origen de la ingle dolorosa y trata de solucionarlo con la artrodesis sínfisis. Los médicos Andrive, Rodinau recomiendan el tratamiento conservador, probablemente por falta de conocimiento suficiente de la etiopatogenia y de las posibilidades de la curación operatoria de la ingle dolorosa. El Dr. Vojin Smodlaka también es partidario de los métodos fisioterapéutico y medicamentoso, ofreciendo una selección de los procedimientos terapéuticos. Dr. Hesse aplica la tenotomía y el tratamiento conservador. Los ortopedistas norteamericanos han comenzado a enfrentar este problema y aplican los métodos conservadores o buscan la salida demostrando interés por nuestra técnica de tratar la ingle dolorosa.

Los médicos españoles, Dr. López Quilez, Dr. Echevarren y el Dr. Navés se han declarado partidarios de nuestra técnica de tratamiento de la ingle dolorosa. En Marzo de 1981 se ha celebrado la mesa redonda sobre "el síndrome de la ingle dolorosa del futbolista" en el transcurso del II curso de la Escuela Catalana de Traumatología del Deporte, donde se han expresado muy positivamente sobre nuestra aproximación quirúrgica a la curación de la ingle dolorosa. Dr. López Quiles y Dr. Echevarren han expuesto sus resultados y experiencias, recomendando que nuestra modificación del método Bassini se aplique en la mayoría de los casos de la ingle dolorosa, especialmente en aquellos cuando prevalece el malestar doloroso en la región de la sínfisis con la propagación hacia la parte delantera de la pared abdominal.

Muchos eminentes ortopedistas y cirujanos han hecho comentarios en el sentido de que no todos los deportistas son "herniados" y que les parece extraño que hombres entrenados padezcan de la debilidad de la musculatura de la pared abdominal

delantera, lo que significaría que nuestra explicación etiopatológica y biomecánica no tendría justificación. Consta que los deportistas en ninguno de nuestros casos han sido "herniados", pero es cierto que también han tenido la así llamada "ingle muelle (mole)", músculos ablicuos abdominales débiles y atrofiados; una fascia distendida y defectuosa así como canales inguinales dilatados. Además, existían cambios (alteraciones) en las partes óseas de la sínfisis o del púbis que habían asombrado sin medida a muchos radiólogos, dando motivo para la indicación para la curación operatoria de la ingle dolorosa por nuestro método. Los resultados no han fallado y por eso nos sentimos inmensamente satisfechos.

Hasta 1982 hemos operado a 338 deportistas, principalmente a los fut-

bolistas, con un total de 548 operaciones, siendo 212 bilaterales y 126 unilaterales. La reintervención se ha hecho en ocho casos, en operados en otra institución, por el puro método Bassini; en siete casos se hizo nuestra operación en adductores previamente tenotomados, con excelente resultado. Fue operada una sola mujer deportista que juega al balón-mano, bilateralmente y con excelente resultado. Mencionamos que en todos los casos con las diferentes localizaciones de dolores hemos ejecutado nuestra operación sin una sola tenotomía de adductores.

El número de operados crece cada año. En los primeros años teníamos un promedio de cinco operaciones anuales y en los últimos ocho años el promedio ha subido a más de 50 casos en el año.

Hacemos hincapié en que la recuperación muy rápida de los futbolistas, lo que hace posible que la mayoría de los operados puede actuar después de dos meses (en promedio), lo que es mucho más rápido que en el método conservador. Lo que es muy significativo para el deportista y para el club es que no hay recidivas y que los deportistas al pasar unos meses se olvidan de que habían sido sometidos a una intervención quirúrgica.

El procedimiento post-operatorio de la recuperación y rehabilitación exige una atención especial. Sobre la prevención del origen de la ingle dolorosa existen reflexiones que son lógicas, pero difícilmente aplicable y se relacionan con el trabajo del entrenador con los niños-futuros deportistas en su período sub-juvenil y juvenil.

# Dolo-Tanderil el analgésico antiinflamatorio para la Medicina Deportiva

**Composición:** Por cápsula: oxifenbutazona, 75 mg; paracetamol, 300 mg. Por supositorios adultos: oxifenbutazona, 250 mg; paracetamol, 500 mg. Por supositorio niños: oxifenbutazona, 100 mg; paracetamol, 200 mg. **Indicaciones:** Dolor e inflamación traumático, quirúrgico, reumático, dentario. Coadyuvante en inflamaciones debidas a infecciones bacterianas o víricas. **Posología:** Adultos: Por día; 4-6 cápsulas ó 2-3 supositorios. Niños (mayores de 1 año): 1-3 supositorios niños al día, según edad. Las dosis de sostén son aproximadamente la mitad. **Contraindicaciones:** Absolutas: Ulcera gastroduodenal, diátesis hemorrágicas, leucopenia, hipersensibilidad. Relativas: Afecciones cardiacas, hepáticas y renales, graves. Alergia medicamentosa. **Incompatibilidades:** No presenta. **Precauciones:** En la administración simultánea de anti-coagulantes y anti-diabéticos orales, ajustar la dosis ya que DOLO-TANDERIL puede prolongar y acentuar su acción. En tratamientos prolongados, control del cuadro hemático. **Efectos secundarios:** En caso de reacción cutánea alérgica y de leucopenia y/o trombocitopenia, suspender la medicación. Dosificación cautelosa en casos de predisposición a enfermedades alérgicas y en la edad avanzada. **Intoxicación:** No se conocen casos. De producirse: provocar vómitos, lavado gástrico, diuresis forzada. **Presentación y P.V.P.:** 30 cápsulas. 217'— ptas. 10 supositorios adultos. 173'— ptas. 10 supositorios niños. 147'— ptas.