

La osteomiopatía dinámica del pubis veinte años después

Dres.: M. DE PRADO y P. L. RIPOLL*

La osteomiopatía dinámica del pubis es una afección de origen microtraumático por sobreesfuerzos de repetición que afecta en una primera etapa a la función de los grupos musculares insertos en el pubis y que, al persistir las causas que la producen, lesiona dichos músculos, provocando su degeneración fibrosa con dolor e impotencia funcional de los mismos y, en un estadio posterior, lesiones del hueso en que se insertan.

Esta enfermedad ha sido motivo de estudio desde hace muchos años. Ya en 1932 SPINELLI publicó un trabajo en el que se hablaba de la «pubialgia de los esgrimistas», y hasta nuestros días han aparecido muchas publicaciones sobre el tema que utilizan en cada caso una terminología distinta, generalmente como consecuencia de conceptos etiopatogénicos diferentes, lo que, como es lógico, ha impedido en ocasiones la necesaria unidad de criterios.

Parece como si nosotros continuáramos la tendencia de los diferentes autores y le diéramos, al tratar el tema, una denominación diferente una vez más, pero que consideramos totalmente apropiada después de haber realizado el estudio anatomopatológico de la inserción de los elementos musculares de la región pubiana en este síndrome, habiendo encontrado una clara afectación patológica.

* *Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Policlínico San Carlos. Murcia.*

ETIOPATOGENIA

Han sido establecidos, aunque no demostrados de un modo absoluto, los mecanismos etiopatogénicos de la enfermedad y se ha pensado que el proceso sucede como consecuencia de un desequilibrio de los dos importantes grupos musculares que tienen su inserción en el pubis, que son los músculos adductores y recto interno, por un lado, y los músculos oblicuos, transversos y recto anterior, por otro, de acción antagónica sobre el pubis y con un desarrollo disarmónico (gran potencia de los adductores y relativa insuficiencia de los músculos abdominales) en determinados deportes, que llevará a la presencia de tensiones no fisiológicas en los mismos músculos y en sus inserciones pubianas. Son éstos los fundamentos etiopatogénicos que llevaron a NESOVIC en 1957 a proponer una intervención quirúrgica original en estos enfermos, encaminados a reforzar la musculatura abdominal, redistribuyendo las fuerzas totales de los músculos que se insertan en el pubis.

Nosotros compartimos los criterios defendidos por este autor, pero nuestros hallazgos anatomopatológicos, a los que nos referiremos más adelante, nos llevaron a considerar un segundo estadio de verdadera entesitis—según el concepto de LA CAVA, enfermedad de las inserciones, como sucede en el «codo de tenis»—, que además justificaría la presencia, en un tercer estadio, de lesiones óseas claramente demostradas por otros autores y por nosotros.

Algunos atribuyen a una coxa valga un papel importante en la presentación del cuadro. Dicen que la elongación de los adductores, que supondría una mayor distancia entre sus inserciones superiores púbicas y las inferiores femorales, facilitarían la presentación del cuadro.

Nosotros no hemos observado en nuestros enfermos esta circunstancia y además pensamos que los individuos con coxa valga, lo cual es bastante frecuente, no presentan una osteomiopatía dinámica del pubis. Quizás un estudio atendiendo a las circunstancias de esta situación pudiera justificar esa teoría, pero creemos que una coxa valga suele tener unos adductores «a su medida», por así decirlo cervicodifisarios normales o en *valgus*, que no son capaces de producir una elongación de los músculos que justifique la presentación del cuadro, y, además, es evidente que la elongación del músculo en esa cuantía no nos da una razón biomecánica suficiente.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Hemos realizado estudios anatomopatológicos de especímenes obtenidos en nuestras intervenciones mediante la tinción con hematoxilina-eosina y PAS de las secciones efectuadas al microtomo de las muestras obtenidas en las inserciones musculares del pubis, previa incisión en parafina.

El estudio microscópico muestra una intensa destrucción de células musculares, que son sustituidas por tejido fibroso y un notable infiltrado inflamatorio. Todo el tejido muscular es asiento de infiltrado difuso de neutrófilos, eosinófilos, histiocitos y, especialmente, linfocitos.

Las fibras musculares se van fragmentando y desapareciendo, siendo sustituidas por abundante tejido fibroso, que también está infiltrado por las células inflamatorias antes indicadas.

Estos resultados han sido obtenidos mediante el estudio anatomopatológico realizado en nuestro servicio y son el motivo que nos lleva a denominar «osteomiopatía dinámica del pubis» a esta enfermedad.

CLÍNICA

La principal característica clínica de esta entidad es el dolor: su localización, su cronología y su consecuencia, así como la impotencia funcional específica que produce. Dolor que definiremos según los parámetros clásicos de la patología: espacio, calidad, cantidad, tiempo y causalidad.

El dolor aparece localizado en el tercio superior de las caras internas de los muslos, por lo general, y menos veces en la pared anterior del abdomen, en el bajo vientre. Éste es el cuadro doloroso que veremos la mayor parte de las veces, aunque en otras, poco frecuentes, puede tener distinta localización: la región perianal, por ejemplo. No es nunca de comienzo brusco y generalmente es bilateral, aparece de modo insidioso y va aumentando paulatinamente hasta llegar, con el paso del tiempo, a impedir el más mínimo ejercicio deportivo, determinando una impotencia funcional que obliga al deportista a no jugar, e incluso a no entrenar, por muy suavemente que lo intente. Se calmará con el reposo y reaparecerá con el ejercicio, especialmente con el ejercicio deportivo.

El dolor es muy distinto del de aparición brusca, en el mismo momento del esfuerzo, con cese inmediato de la actividad, por las roturas fibrilares de adductores o músculos abdominales, y en el momento de su apari-

ción hace abandonar la cancha al deportista. Éste suele ser, además, unilateral e ir acompañado de una equimosis a las pocas horas.

El enfermo de osteomiopatía dinámica del pubis llega a jugar unos minutos, de diez a veinte, y sólo entonces se ve obligado a abandonar; sin embargo, las roturas fibrilares, por otra parte poco frecuentes en esta región, exigen, como decimos, el abandono inmediato.

En la mayoría de los casos puede el afecto del síndrome que tratamos acabar del todo el partido y solamente por la noche o al día siguiente aparece el dolor, que viene acompañado de impotencia funcional.

EXPLORACIÓN

El aspecto diagnóstico de mayor valor en este cuadro, junto con la anamnesis, es la exploración. Si exploramos al paciente en esta fase, encontraremos una elevada sensibilidad dolorosa en la región pubiana que se extiende a los adductores y al bajo vientre, en las inserciones de los rectos y los oblicuos, sensibilidad que es provocada por la contracción de los músculos afectos.

Practicaremos entonces la maniobra exploratoria propuesta por nosotros, de gran utilidad en el diagnóstico, consistente en colocar al paciente sobre la mesa de exploración en decúbito supino y con las piernas fuera de ella; el que explora se coloca a los pies de la mesa y pide al paciente que realice una fuerte presión sobre sus regiones trocántreas con la cara interna de los tobillos a la vez que le invita a despegar el tronco del plano de la mesa sin apoyar las manos sobre ella. En este momento contrae todos los grupos musculares que se insertan en la región pubiana, con lo que se pone de manifiesto de un modo clarísimo la respuesta dolorosa de esta afección y su localización.

Realizamos, además, la prueba de los adductores, en la que, con las rodillas flexionadas y los pies sobre la mesa, pedimos al paciente que aproxime sus rodillas contra la resistencia que opone el explorador con las manos apoyadas en la cara interna de las mismas.

Algunos autores, NESOVIC especialmente, valoran en alto grado la exploración del dolor en el conducto inguinal que provoca el dedo del médico al introducirse en el mismo a través del escroto. En algunos casos aquél se encontrará ensanchado y doloroso, aunque sin la presencia de hernia, así como el conocido signo de Malgaigne de insuflación en forma de huso localizada en la porción inferior externa de la pared abdominal.

Nosotros no valoramos excesivamente estas dos últimas, ya que pensamos que frecuentemente tiene otras interpretaciones diagnósticas (acordémonos del varicocele, de la deferentitis, etc.), lo que nos dificultaría la precisión diagnóstica definitiva del cuadro clínico explorado.

El hecho de dominar la sintomatología clínica en la región inguinal o bien en la de los adductores ha llevado a algunos autores (NESOVIC) a diferenciar dos síndromes distintos dentro de esta afección e incluso se ha planteado un diferente tratamiento quirúrgico para cada uno de ellos. Nosotros mantenemos, por el contrario, que el cuadro es único y que, si bien es cierto que su sintomatología puede estar dominada por una u otra de las localizaciones a que nos hemos referido, el problema es global y precisa de un tratamiento conjunto para todos los casos, teniendo en cuenta sus fundamentos etiopatogénicos.

Consideramos patognomónico el cese inmediato del dolor, casi simultáneamente con el del esfuerzo provocado. Al enfermo le duele cuando contrae y deja de dolerle en cuanto se relaja.

RADIOLOGÍA

No presenta esta enfermedad alteraciones radiológicas hasta que no se encuentra en una fase muy evolucionada, siendo poco frecuente que existan cuando el paciente consulta, ya que suele encontrarse en estadios iniciales. Ahora bien, si el cuadro clínico está plenamente instaurado o bien si el paciente no aceptó el tratamiento en el periodo inicial y lo vemos posteriormente, aparecen unas alteraciones muy características que ROCOSA y cols, han sistematizado en cuatro estadios sucesivos:

- Primer estadio: aparición de una radiotransparencia difusa.
- Segundo estadio: aparición de pequeñas geodas que alternan con zonas de condensación ósea.
- Tercer estadio: modificación del perfil óseo de la sínfisis del pubis y aparición de imágenes de «mordida de ratón».
- Cuarto estadio: fase de reconstrucción ósea.

Es preciso aclarar que estas imágenes patológicas no evolucionan paralelamente con la clínica, yendo retrasadas en su evolución, por lo que suelen persistir después del tratamiento e incluso de la curación del proceso durante algún tiempo.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la osteomiopatía dinámica del pubis es siempre quirúrgico, cuando se ha alcanzado el periodo de lesiones óseas.

Decíamos antes que, para nosotros, no existe la osteomiopatía dinámica del pubis si no hay lesiones osteomusculares. Cualquier estadio anterior que no haya llegado al de las lesiones anatomopatológicas que hemos descrito no lo consideramos osteomiopatía dinámica del pubis.

Hacemos siempre refuerzo de la pared abdominal anterior, desinserción del adductor medio y perforaciones en el hueso, en el pubis. Y los tres tiempos de tratamiento quirúrgico tienen, según nosotros, su justificación:

1. Es necesario restablecer el equilibrio muscular.
2. Es necesario tratar la entesitis.
3. También es necesario reactivar la reconstrucción del pubis deteriorado.

De ahí que reforcemos las paredes del conducto inguinal, particularmente la posterior, haciendo observar que el último punto del anclaje distal del tendón conjunto lo hacemos ya sobre el pubis. Desinsertamos el adductor medio como tratamiento de la entesitis y perforamos repetidamente el pubis para reactivar la regeneración del hueso deteriorado.

El postoperatorio es muy simple: el enfermo, con las piernas separadas por medio de una almohada, empieza a contraer los cuádriceps a las 24 horas (contracciones isométricas) y a los tres días comienza con contracciones isotónicas con maniobras simultaneadas de separación y aproximación de sus caderas, asistidas por el fisioterapeuta. La deambulación del enfermo comienza a los tres días.

Suele ocurrir alguna vez que, al reemprender el enfermo su entrenamiento deportivo, sienta un brusco dolor en la cara interna del muslo o de los muslos, con aparición de equimosis, a veces muy aparatosa. Esto no debe preocuparnos porque hemos observado que se debe a la rotura de adherencias y, por lo general, son precisamente éstos los pacientes en los que mejores resultados se obtienen.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos revisado 286 casos de osteomiopatías dinámicas del pubis, intervenidas quirúrgicamente en nuestro servicio en el transcurso de los años 1974 a 1994.

El seguimiento es de 20 años para el caso más antiguo y de un año para el menor tiempo de evolución.

SEXO Y EDAD

Todos nuestros pacientes pertenecían al sexo masculino y presentaban una edad media de 25,2 años, siendo el más joven de 17 años y el mayor de 38 años. Podemos explicar esta distribución de la edad entre los 20 y los 40 años como consecuencia de que estos enfermos eran todos, excepto 12, deportistas profesionales o aficionados y es a estas edades cuando se practican con mayor frecuencia los deportes en que se presenta habitualmente esta enfermedad (fútbol, equitación, esgrima, bowling, etc.).

TRATAMIENTO

Podemos distinguir dos grandes grupos dentro de los enfermos tratados quirúrgicamente en nuestro servicio:

—Primer grupo: aquellos que han sido tratados mediante tenotomía del adductor medio unida a perforaciones en la estructura ósea del pubis. Dentro de este grupo tenemos 32 casos (12 por 100) de los que siete fueron intervenidos unilateralmente. Con el paso del tiempo, fue necesario intervenir del lado no operado a cuatro de los siete tratados unilateralmente. En un caso, el paciente, que había sido intervenido quirúrgicamente mediante la técnica de Nesovic en otro servicio, seguía sin poder practicar el fútbol al año de la intervención y hubimos de practicarle tenotomías de los adductores y perforaciones del pubis; en la actualidad se encuentra libre de síntomas y practica el fútbol profesional.

Este grupo está formado por los primeros pacientes intervenidos en nuestro servicio, pero, como consecuencia de los casos en que tuvimos que reintervenir, así como con la puesta al día de los conceptos de Nesovic, decidimos cambiar de táctica quirúrgica a pesar de los buenos resultados obtenidos en conjunto con la conducta que hasta entonces veníamos observando.

—Segundo grupo: en estos pacientes, 251 casos (87 por 100), además de realizar la tenotomía del adductor medio y las perforaciones,

Practicamos la técnica de Nesovic, que consiste en una modificación de la técnica de Bassini para el tratamiento de la hernia inguinal en dos puntos fundamentales:

1. Prolongación de la sutura del tendón conjunto al ligamento de Poupart desde la espina ilíaca anterosuperior hasta la sinfisis del pubis, dando un último punto al periostio del mismo, con lo que se consigue suturar toda la región inguinal.
2. Reconstrucción de la aponeurosis del oblicuo mayor por detrás del cordón espermático, dejando a éste subcutáneo.

NESOVIC defiende la realización de su técnica de modo único, sin realizar la tenotomía de los adductores, ya que pretende obtener con ella, primero, reforzar la musculatura abdominal y, segundo, descargar su acción sobre la sinfisis del pubis, siendo innecesario, según él, tratar los músculos adductores.

Nosotros hemos realizado esta técnica de modo único en tres casos (1 por 100), uno de ellos a los siete meses tuvo que ser reintervenido practicándosele la tenotomía de los adductores y perforaciones del pubis; el paciente se encuentra en la actualidad totalmente restablecido.

Creemos que ésta (técnica de Nesovic más tenotomía de adductores y perforaciones del pubis) es la técnica de elección, pues resuelve los factores etiopatogénicos que, según nuestro concepto, desencadenan la enfermedad, y, desde que la practicamos, no hemos tenido ningún resultado insuficiente.

COMPLICACIONES

Ésta es una cirugía en la que se han presentado pocas complicaciones.

Se presentó infección en tres casos (1 por 100) a nivel de la tenotomía de los adductores. Tras la evacuación del absceso con el que se presentaron los pacientes y la antibioterapia aplicada, evolucionaron de modo satisfactorio.

La complicación más frecuente, según nuestra experiencia, fue la presentación de hematomas en la tenotomía de los adductores, que nos vimos obligados a evacuar en los días sucesivos a la intervención y que aparecieron pese a la realización de una cuidada hemostasia y a la colocación de drenajes aspiratorios de John-Redon. Éstos han sido 40 casos, lo que su-

pone un 14 por 100 del total, de ellos cinco fueron bilaterales. La consecuencia de estos hematomas fue solamente retrasar unos días el alta hospitalaria, sin haber supuesto complicación grave en ningún caso.

De estos enfermos y como consecuencia del hematoma, cuatro han sufrido una moderada dehiscencia de la herida cutánea que evolucionó posteriormente y en breve espacio de tiempo hasta la curación.

RESULTADOS

La reincorporación al deporte profesional o aficionado de los enfermos tratados ha sido la norma, por lo que los resultados pueden calificarse de muy buenos. Sólo en los casos que analizábamos anteriormente, en que el tratamiento, según nuestros conceptos, había sido incompleto de entrada —cuatro con tenotomía de adductores unilateral y uno con la técnica de Nesovic aislada (2,5 del total)—, hubimos de reintervenir a los enfermos y, tras completar la técnica, el resultado ha sido bueno.

En un caso de los intervenidos con tenotomía de los adductores y perforaciones del pubis exclusivamente, el resultado obtenido puede calificarse de malo y el dolor no desapareció en el paciente. No era deportista profesional y, además de realizar una rehabilitación inadecuada, no aceptó que se le practicara una segunda intervención con la técnica de Nesovic, que pensamos le habría solucionado el problema.

CONCLUSIONES

1. La osteomiopatía dinámica del pubis es una enfermedad importante por su frecuencia en determinados deportes y por su gravedad, que puede obligar al cese en la vida deportiva del que la padece si no se trata adecuadamente.
2. Su etiopatogenia obedece, en nuestra opinión, a la aparición de un desequilibrio dinámico entre los músculos de la región abdominal y los adductores, con afectación patológica de estos últimos a nivel de su inserción en el pubis.
3. Su tratamiento debe realizarse de entrada de modo completo, incluyendo la tenotomía del adductor medio y perforaciones del pubis más la técnica de Nesovic, que solucionarán todos los factores etiopatogénicos que inciden en esta enfermedad.