



# Hernias Deportivas: experiencia con atletas

Dr. Miguel A. Khoury, Dr. Ezequiel Santa Coloma,  
Dr. Alejandro Rolón, Dr. Osvaldo Santilli

**RESUMEN:** El dolor inguinal es poco frecuente en el deporte con una mayor incidencia en hockey sobre hielo y fútbol con cerca del 20% de las lesiones. Presentamos nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de lesiones como hernias deportivas, pubalgias y otras patologías relacionadas. Presentamos 316 pacientes con dolor inguinal de los cuales el 26% tuvieron una hernia deportiva. Revisamos el tratamiento conservador, los resultados, estudios complementarios, el manejo y la técnica quirúrgica con un cirujano general.

**Palabras claves:** dolor inguinal – hernia deportiva – cirugía

**ABSTRACT:** Inguinal pain has a low frequency in sports with higher incidence in ice hockey and football with near to 20% of the injuries. In this paper we present our experience in the diagnostic and treatment of injuries like sports hernias, pubalgias and other pathologies related. We present a number of 316 patients with inguinal pain, 26% of the cases had sports hernias. We revised the conservative treatment, results, complementary studies, management and surgical technique with a general surgeon.

**Key Words:** inguinal pain – sports hernia – surgery

## ■ INTRODUCCION

El dolor inguinal afecta entre el 0,5 al 6,2 % de los atletas profesionales; pero en deportes como el fútbol o el hockey sobre hielo, la incidencia puede alcanzar hasta un 20% de los deportistas.

Dentro de las etiologías causantes de dolor inguinal se incluyen patologías intra y extraarticulares de cadera, fracturas por estrés, lesiones musculares (psoas, aductor medio, pectíneo, gracilis, etc.), patologías clínico-quirúrgicas intrapelvicas y las pubalgias.

A su vez un grupo de entidades son las que originan las comúnmente llamadas pubalgias, dentro de las cuales se encuentran: la disfunción de los aductores, la osteítis del pubis o las fracturas por estrés de éste, la ruptura del tendón conjunto, el desgarramiento del oblicuo externo, ruptura del recto anterior del abdomen y las hernias deportivas.

Una hernia deportiva está originada por una debilidad abdominal que origina dolor sin hernia verdadera, es decir que no existe contenido intestinal dentro del conducto inguinal (1, 2). Esta entidad ha sido poco difundida dentro de la literatura cien-

tífica; Caudille y Col. publican en 2008 una revisión en la literatura científica desde 1950 donde citan sólo 104 artículos (3). Sin embargo en fuentes no científicas como Wikipedia, Google, etc. esta patología se encuentra ampliamente difundida. La falta de estudio serio sobre las hernias deportivas ha hecho que esta patología permanezca poco comprendida e incluso mal definida, encontrándose numerosos términos equivalentes como ser Gilmore's Groin, estado preherniario, etc.

En el presente trabajo nos proponemos relatar nuestra experiencia con deportistas y aclarar algunos aspectos sobre las hernias deportivas, las pubalgias y sus diagnósticos diferenciales.

## ■ MATERIAL Y METODO

Se incluyeron los pacientes deportistas que consultaban por dolor inguinal. Todos ellos fueron revisados por uno de los autores (M.K.). A aquellos que presentaban dolor en relación al orificio herniario se les solicitó radiografías de cadera y pelvis, resonancia magnética con foco en los orificios herniarios y en la sínfisis pubiana y ecografía de partes blandas



dos los casos mallas de prolene. En 55 de los pacientes el procedimiento fue considerado exitoso, tomando como parámetro el retorno a la actividad dentro de las 6 a 8 semanas sin dolor.

En 2 casos los síntomas relacionados con la hernia deportiva mejoraron pero continuó el dolor relacionado con la entesitis del aductor mayor, por lo que se realizó la tenotomía bilateral de los mismos en un tiempo posterior.

En 1 caso luego de la laparoscopia el paciente comenzó a manifestar síntomas de hernia deportiva contralateral y en 2 casos la hernioplastia falló, el paciente continuó con la sintomatología por lo que se decidió la revisión de la hernioplastia de forma convencional.

De los 316 pacientes deportistas que consultaron por dolor inguinal, el 26 % presentaba hernia deportiva. El 8% de estos respondió al tratamiento kinésico y el 19 % restante debió ser intervenido mediante laparoscopia, con más de 90 % de buenos resultados.

## ■ DISCUSION

Diagnosticar las causas de un dolor inguinal o una pubalgia representa un gran desafío para aquellos que están en contacto con deportistas; debido a la gran complejidad anatómica y biomecánica de la región, donde confluyen gran cantidad de estructuras. Ante un dolor inguinal en primer lugar debemos descartar lesiones de la articulación de la cadera, principalmente lesiones de impingement, lesiones labrales, osteocondritis, cuerpos extraños etc. Luego se deben evaluar posibles lesiones musculares principalmente disfunción del aductor mayor (desgarros, entesitis), menos frecuente podemos encontrar desgarros del pectíneo, desgarros del aductor menor, desgarros del oblicuo externo, desgarros del recto anterior. También debemos considerar lesiones del pubis y de la sínfisis pubiana como ser la osteítis, la ruptura de la inserción del tendón conjunto del recto anterior del abdomen y el aductor mayor o fracturas por estrés. Por último debemos explorar los orificios herniarios. Muchas veces estas lesiones coexisten pero no está claro como se relacionan estas entidades. Por lo que durante el examen físico debemos tratar de reproducir el dolor que presenta el paciente durante la actividad deportiva. (1, 2, 4, 5, 6)

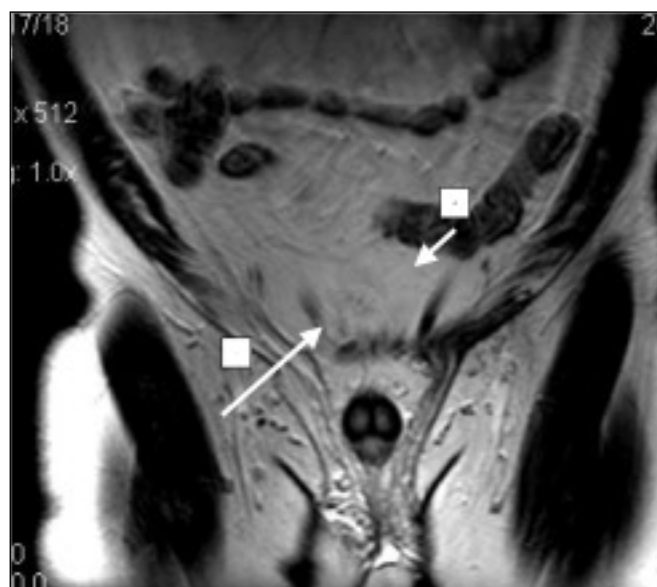
Las hernias deportivas son consideradas lesiones por sobreuso que afectan mayormente a los hombres que practican deportes donde intervienen fuerzas de cizallamiento entre las hemipelvis y donde existe un desbalance muscular a expensas de aductores desarrollados y abdominales relativamente débiles. Los gestos deportivos que dan origen a las her-

nias deportivas son los arranques, el pivotar, patear y los cambios de dirección; los deportistas mayormente afectados son futbolistas, tenistas, rugbiers, corredores, jinetes y jugadores de hockey.

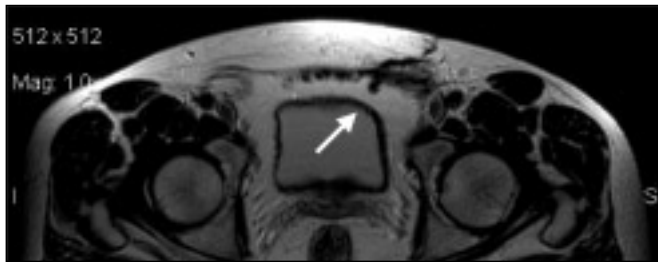
Las hernias deportivas se manifiestan con un dolor inguinal difuso unilateral, que se irradia al periné, son de comienzo insidioso que empeora hasta ser invalidante. Al realizar el examen físico debemos explorar los orificios inguinales, el profundo es el comúnmente afectado, la misma debe realizarse tanto acostado como de pie y realizando maniobra de valsalva, buscando reproducir el dolor que siente el deportista durante su actividad. (6)

Si bien la anamnesis y el examen físico son el gold estándar para el diagnóstico de la hernia deportiva, se deben realizar estudios complementarios que confirmen la debilidad de la pared y posibles lesiones asociadas. Se debe realizar ecografía dinámica comparativa de los orificios inguinales profundos, donde se puede observar la debilidad de la pared dada por la protrusión del contenido abdominal, que pueden ser asa intestinales o grasa preperitoneal, también conocido como lipoma preperitoneal. Los estudios deben completarse con radiografías de pelvis y resonancia magnética, ésta debe incluir cortes finos de la sínfisis pubiana en los tres planos. (7)

La resonancia magnética revela en un 85% de los casos de hernia deportiva la debilidad de la pared, así mismo se puede observar el lipoma preperitoneal, la atenuación del oblicuo mayor, la ruptura de la placa conjunta del recto anterior abdominal y el aductor mayor, en la que observamos el signo de la hendidura secundaria. También podemos ver la entesitis del aductor mayor y la osteítis pubis. (7) (Figs. 3, 4, 5, 6, 7)



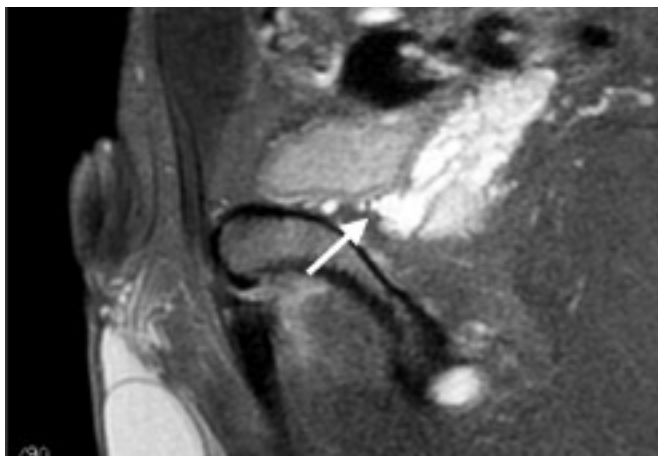
**Figura 3:** R.M. se observa la atenuación del oblicuo externo (1) y el lipoma preperitoneal protruyendo en el orificio profundo del conducto inguinal.



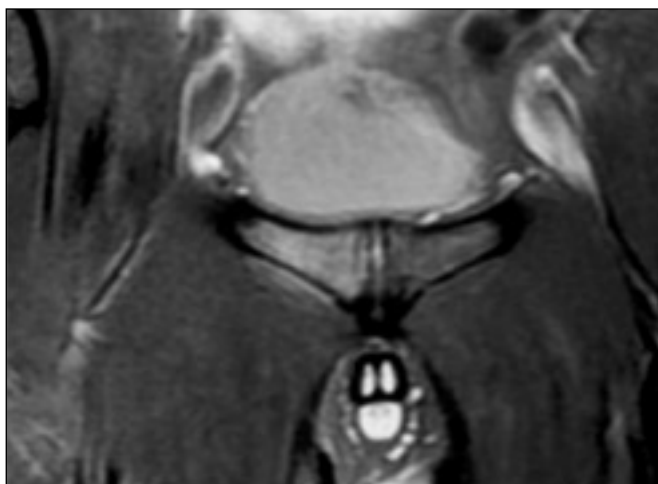
**Figura 4:** R.M. se observa el lipoma preperitoneal protruyendo en el orificio profundo del conducto inguinal.



**Figura 5:** Signo de la hendidura secundaria. Ruptura del tendón conjunto del recto anterior abdominal y aductor mayor.



**Figura 6:** Ruptura del tendón conjunto del recto anterior abdominal y aductor mayor.



**Figura 7:** Entesitis del aductor y osteítis del pubis.

Una vez diagnosticada la hernia deportiva se inicia un programa de 6 semanas ejercicios fortaleciendo recto anterior abdominal, oblicuos, transversos, elongación y fortalecimiento de aductores. Si luego de ese periodo persisten los síntomas se decide la colocación laparoscópica de una malla de prolene por un cirujano general evaluando la necesidad de la tenotomía de aductores. (6)

Las hernias deportivas no son una patología nueva, si bien tienen alta incidencia en los deportes modernos. Antiguamente muchos deportistas, principalmente futbolistas, con hernias deportivas eran considerados simuladores y muchos abandonaban la actividad. Creemos que ésta es una patología vieja que recién estamos empezando a comprender. Así es que en la escasa literatura las opiniones son diversas. Kluin y col. en 2004 realizó 14 laparoscopias diagnosticas en atletas con dolor inguinal hallando hernias deportivas (4). Fredberg en 1996 revisó 308 cirugías no hallando relación entre las hernias y el dolor inguinal. (8)

## CONCLUSION

Las hernias deportivas podrían estar originadas al tratar de compensar desbalances musculares a nivel de la sínfisis pubiana. Es posible que la disfunción de los aductores, la osteítis pubiana y la hernia deportiva sean un mismo problema.

Ante un paciente con hernia deportiva debemos pensar como piensa un traumatólogo en una rodilla y no como un cirujano en el abdomen ya que es un problema biomecánico y de desbalance.

La hernioplastia es un procedimiento adecuado en caso de debilidad de la pared, que mejora el balance muscular y la estabilidad de la sínfisis. Mejorando el dolor inguinal, la disfunción del aductor y la osteítis pubiana.

Debemos seguir investigando la problemática del dolor inguinal, la patología coxofemoral, las pubalgias, las hernias deportivas y la relación entre las diferentes entidades. Muchas de las cuales aún permanecen poco claras.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Med. William C. Meyers, David P. Foley, William E. Garrett, John H. Lohnes, Bert R. Mandlebaum and PAIN. "Management of Severe Lower Abdominal or Inguinal Pain in High-Performance Athletes". *AJSM* 2000; 28; 2.
2. Adam J. Farber, MD, John H. Wilckens, MD. "Sports Hernia: Diagnosis and Therapeutic Approach". *JAAOS* Volume 15, Number 8, August 2007
3. Caudill P., Nyland J. Smith C. Et al. "Sports Hernias A systematic literature review". *Br. J. Sports Med.* 2008.

4. Jolanda Kluin, Pieter T. den Hoed, Robbart van Linschoten, John C. IJzerman and Cornelis J. van Steensel. "Endoscopic Evaluation and Treatment of Groin Pain in the Athlete". *AJSM* 2004; 32; 944.
5. Geoffrey M. Verrall, John P. Slavotinek, Gerald T. Fon and Peter G. Barnes. "Outcome of Conservative Management of Athletic Chronic Groin Injury Diagnosed as Pubic Bone Stress Injury". *AJSM* 2007; 35; 467.
6. William C. Meyers, MD, Alex McKechnie, PT,† Marc J. Philippon, MD,‡ Marcia A. Horner, Adam C. Zoga, MD,§ and Octavia N. Devon, MD. "Experience With "Sports Hernia" Spanning Two Decades". *Annals of Surgery* • Volume 248, Number 4, October 2008.
7. Patricia M. Cunningham, Darren Brennan, Martin O'Connell, Peter MacMahon, Pat O'Neill, Stephen Eustace. "Patterns of Bone and Soft-Tissue Injury at the Symphysis Pubis in Soccer Players: Observations at MRI". *AJR*: 188, March 2007.
8. U. Fredberg, P. Kissmeyer-Nielsen. "The sportsman's hernia - fact or fiction?". *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 2007 Volume 6 Issue 4, Pages 201 - 204.