

PUBALGIA CRÔNICA: UMA ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA

Isabela de Souza Falchetti ¹
Alexandre Figueiredo Zaboti ²

RESUMO

A pubalgia, também chamada de osteíte púbica, pubeíte ou doença pubiana, nada mais é do que uma condição dolorosa da sínfise púbica ou na origem da musculatura adutora que piora progressivamente com o esforço físico e melhora com o repouso e fisioterapia. A pubalgia tem se tornado cada vez mais comum no meio desportivo, principalmente entre os jogadores de futebol e tenistas como resultado de movimentos corporais compensatórios causados por gestos repetitivos durante a atividade física. A pubalgia crônica tem como principais causas o encurtamento dos músculos posteriores da coxa, a sobrecarga à musculatura adutora da coxa e a fraqueza dos abdominais. O diagnóstico é feito através de uma análise sintomática associada a uma minuciosa avaliação biomecânica de fatores intrínsecos, relacionados com o próprio atleta e de fatores extrínsecos, relacionados diretamente com a prática desportiva. Por apresentar sintomas pubianos e peripubianos, algumas patologias dessa região podem ser confundidas com a pubalgia, daí a importância do diagnóstico diferencial. Os sintomas variam de um atleta para o outro, mas manifestam-se por uma dor na sínfise púbica relacionada à atividade física. A pubalgia crônica é tratada primeiramente de maneira conservadora com repouso do esporte, medicamentos anti-inflamatórios e fisioterapia diariamente. Em casos mais graves, opta-se pelo tratamento cirúrgico e após 2-3 meses o atleta retorna ao esporte progressivamente.

Palavras- chaves: pubalgia crônica, sínfise púbica, cinesioterapia, fisioterapia

ABSTRACT

Pubalgia, also called pubic osteitis, pubeitis or pubic disease, is nothing but a painful condition of the pubic symphysis, or in the origins of the adducent musculature that worsens progressively with physical effort and gets better with rest and physiotherapy. Pubalgia has become even more common among the sports medium, especially among soccer players and tennis players as a result of compensatory body moves caused by repetitive gestures during physical activity. Chronic pubalgia main causes are the shortening of thigh posterior muscles, overload to thigh adducent musculature and the abdominal weakening. The diagnoses is made by a symptomatic analyses together with a thorough biomechanics evaluation of the intrinsic factors, related to the athlete himself and of extrinsic factors, directly related to the sports practicing. Some pathologies of this region may be confused with pubalgia once they show pubic and peripubic symptoms, that is why a differential diagnosis is important. The symptoms vary from one athlete to another, but they are made manifest in a pain at the pubic symphysis related to physical activity. Chronic pubalgia is primarily treated in a conservative way with rest from sports, anti-inflammatory medicines and daily physiotherapy. At more severe cases, surgical intervention is advised and after 2-3 months the athlete will be able to go back into sports progressively.

Key Words: chronic pubalgia, pubic symphysis, kinesiotherapy, physiotherapy.

¹ Acadêmica do curso de fisioterapia da UNISUL, Tubarão, SC. Trabalho apresentado como requisito à obtenção do título Bacharel em Fisioterapia.

² Professor orientador da pesquisa

INTRODUÇÃO

A pubalgia crônica é uma lesão de esforço repetitivo causada pelo excesso de uso no esporte, sendo observada em várias modalidades desportivas, mas ocorrendo com maior frequência em jogadores de futebol. Os atletas são submetidos a um grande número de jogos e treinos, não havendo muitas vezes um tempo necessário para o repouso ou para um programa adequado de alongamentos, o que predispõe o seu aparecimento.

A falta ou a inadequada execução de alongamento da musculatura adutora da coxa somado ao excesso de exercícios abdominais que esses atletas realizam, podem causar desequilíbrio muscular na sínfise púbica e conseqüentemente o surgimento da pubalgia. Será a falta de alongamentos e o excesso de exercícios abdominais as principais causas da pubalgia crônica ?

A pubalgia crônica manifesta-se por uma dor na sínfise púbica geralmente associada à prática desportiva e pode irradiar-se para a face medial da coxa. Pode ocorrer ainda dor na inserção dos retos abdominais.

O seu diagnóstico pode ser demorado devido ao grande número de patologias que acometem a região do quadril, podendo mascarar os sintomas da pubalgia e retardar o diagnóstico preciso.

Confirmado o diagnóstico, o tratamento fisioterapêutico inicia-se após uma completa avaliação do paciente para que sejam detectados os desequilíbrios musculoesqueléticos e a partir daí se elaborar um programa adequado de tratamento.

O objetivo deste trabalho é realizar uma pesquisa bibliográfica a respeito do tratamento cinesioterapêutico e da patologia, sem a intenção de criar um protocolo de tratamento, e sim uma abordagem ampla que possibilite as tomadas de decisões por parte do fisioterapeuta durante a fase de reabilitação.

FISIOPATOLOGIA

Conforme Moore, Stover e Matta (1998) a pubalgia foi inicialmente descrita na literatura Inglesa em 1924 por Beer, em um paciente pós-operatório de cirurgia supra-púbica. Sendo que primeiramente era considerada como uma complicação pós-operatória de procedimentos urológicos; depois foi descrita após trauma, atividades atléticas, gravidez e também foi associada à desordens reumatológicas.

Segundo Andrews e Carek (1998) a pubalgia é considerada uma desordem inflamatória comum na sínfise púbica, é uma inflamação auto-limitante secundária a um trauma, cirurgia pélvica, parto ou uso excessivo, e pode ser encontrada em qualquer pessoa.

A sínfise púbica, embora revestida, em grande parte, pelos músculos da virilha e abdômen, é constituída apenas pelo periósteo e fáschia parietal. Essa área da sínfise é particularmente suscetível às forças de cisalhamento durante determinadas atividades atléticas, como a corrida, o salto e o chute. Nesse momento, a sínfise movimenta-se para cima e para baixo, chegando a rotar levemente, o que facilita o microtrauma. Como é pequeno o suprimento sanguíneo nessa área, ela não está muito bem preparada para suportar esse estresse, podendo desenvolver uma inflamação aguda chamada de osteíte púbica.(MELLION, 1997).

Segundo Castropil (1998) a origem do problema é a solicitação excessiva da musculatura abdominal, necessária para estabilizar o tronco no momento do chute ou do drible. Esse fato somado à uma retração da musculatura da coxa, comumente encontrada em atletas, origina um processo inflamatório de difícil resolução que leva à um cronicidade.

QUADRO CLÍNICO

Álvarez (2000) relata que os sintomas da pubalgia diferem de um atleta para outro, mas caracteriza-se por dor em vários níveis distintos da cintura pélvica relacionado com a prática desportiva; dor ao nível da região inguinal e até na coluna lombar. Classicamente se descrevem quatro estágios evolutivos: 1º-) a dor aparece depois de um jogo; 2º-) a dor aparece durante o jogo; 3º -) a dor aparece ao se começar a atividade física e; 4º -) a dor se desencadeia em repouso e os mínimos movimentos.

De acordo com Holt et al (1995) os sintomas da pubalgia são auto – limitantes e desaparecem gradualmente após várias semanas ou meses.

Canavan (2001) relata que os atletas queixam-se de dor na área pélvica, que pode estender-se para a virilha ou para o abdômen, e que os exercícios de alongamento exacerbam a dor. O exame físico revela, dor à palpação ao longo da borda subcutânea da sínfise púbica. Outros sinais característicos são a dor na flexão completa de qualquer uma das pernas, durante a abdução passiva e a adução resistida dos quadris. Em casos graves, o atleta pode apresentar-se com marcha antálgica ou bamboleante, em virtude de espasmos dos adutores.

DIAGNÓSTICO

Para Ide e Caromano (2002) o diagnóstico é fundamentalmente clínico, através da detecção de sinais e sintomas. Tardiamente pode aparecer sinais radiológicos característicos. É importante delinear as atividades desenvolvidas pelo atleta, bem como a história de quedas ou traumas.

Segundo Holt et al (1995) o diagnóstico geralmente é demorado devido a presença de queixas não específicas e pela falta de conhecimento do examinador a respeito desta patologia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Segundo Willians, Thomas e Downes (2000) o diagnóstico diferencial da pubalgia são muitos e variados, incluindo hérnia inguinal e femoral, doenças do tecido conectivo, prostatite, uretrites, causas iatrogênicas secundárias a procedimentos pélvicos, separação da sínfise púbica causada pelo parto, doenças neurológicas e infecções.

Segundo Cohen e Abdalla; Prentice; apud Oliveira (2002) deve-se indicar um médico clínico e cirurgião para afastar os diagnósticos diferenciais associados às doenças sexualmente transmissíveis; doenças do trato genitourinário; doenças reumáticas; infecciosas; hérnias; patologias da parede abdominal e tendinite do músculo adutor da coxa para se diagnosticar exatamente se existe ou não a pubalgia.

TESTES E SINAIS DIAGNÓSTICOS

Teste do Flamingo

Segundo Cipriano (1999) com o paciente em pé, instruí-lo para ficar de pé sobre uma perna de cada vez . Depois, instruir o paciente para saltar , o que aumenta o esforço sobre a articulação. Este teste aumenta a pressão na articulação do quadril, sacroilíaca e da sínfise púbica. Dor aumentada pode indicar processo inflamatório no lado da perna de apoio.

Manobra de Grava

Segundo Cohen e Abdalla apud Oliveira (2002) a manobra é realizada com o paciente em decúbito dorsal, onde realiza-se a flexão, abdução e rotação lateral do quadril apoiando o tornozelo ao nível do joelho contralateral, sendo que uma mão do examinador posiciona-se na asa do íliaco oposto e a outra no joelho que está sendo examinado, forçando a abdução. A manobra é positiva quando o paciente refere dor intensa nos adutores.

Teste de flexão de pé dos isquiotibiais

Segundo Busquet (1985) o terapeuta posiciona-se atrás do paciente e pede-lhe para que se incline para frente como se quisesse tocar os pés com as mãos. O teste é negativo se o paciente tocar os pés sem que se altere a estática dos joelhos ou do arco plantar. O teste será positivo se o paciente não conseguir chegar à ponta dos pés ou se a estática do joelho ou do arco plantar se alterarem.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

De acordo com Lasmar, Lasmar e Camanho (2002) os exames subsidiários são de suma importância para afastar qualquer dúvida a respeito do diagnóstico da pubalgia. Os exames laboratoriais realizados são a espermocultura, a prostatite e o exame de urina – I para verificar infecção urinária. Os exames complementares realizados são a ultrassonografia da região inguinal para verificar rarefação óssea; os raios – X para se verificar degeneração óssea, cisto ósseo, arrancamento ósseo e fraturas de estresse; ressonância magnética para verificar alterações ósseas e alterações das partes moles com presença de inflamação na origem dos adutores da coxa; e a cintilografia para verificar a presença de osteonecrose. Os raios- X, cintilografia e a ressonância podem ser negativos.

TRATAMENTO

A pubalgia crônica é caracterizada por sinais e sintomas ao nível do púbis. Esse quadro é resultante dos efeitos provocados pelos encurtamentos musculares das cadeias miotensivas do tronco e dos membros inferiores, que diminuem ou bloqueiam os movimentos do púbis, logo, tratar localmente (o púbis), não resolveria o problema, pois não se trataria as causas e sim os sintomas. As condutas adotadas dependem dos desvios encontrados na avaliação estática e dinâmica das partes envolvidas, sejam elas causas ou conseqüências da patologia. (IDE; CAROMANO, 2002).

De acordo com Holt et al (1995) o tratamento recomendado para esta condição inclui o repouso da atividade física, uso de medicamentos anti-inflamatórios e alongamentos.

O tratamento adequado é multidisciplinar, onde o médico diagnostica e prescreve os medicamentos; o fisioterapeuta elabora um programa adequado de reabilitação e o preparador físico atua na perpetuação dos resultados obtidos, sendo que o tratamento preventivo é a melhor opção, daí a importância de um programa adequado de exercícios de alongamentos antes e depois dos jogos e/ou treinos. A fase de reabilitação pode ser dividida em aguda; fase de reabilitação, onde inicia-se o treinamento aeróbio, fortalecimento dos grupos musculares e os alongamentos; e por último, a fase de retorno ao esporte, onde se trabalha a propriocepção específica, e dependendo da evolução, o retorno total ao esporte. O tratamento clínico inicialmente, está baseado no repouso e nas medidas para a redução do quadro algico, sendo que `as vezes, diminuindo a quantidade de treinamentos, os sintomas já aliviam. Além da eletrotermofototerapia e hidroterapia, o tratamento vai de encontro à reeducação do equilíbrio proprioceptivo muscular através de métodos como RPG, Terapia manual, Isostreching de Busquet, massagens, e outros. (LASMAR; LASMAR; CAMANHO, 2002).

Canavan (2001) recomenda inicialmente o alongamento indolor da musculatura adutora, e medida que a dor diminua durante a amplitude total do movimento e atividades diárias, pode-se adicionar um programa com bicicleta estacionária.

O objetivo do tratamento é conseguir recuperar a qualidade de alongamento dos músculos encurtados e reforçar seus tendões e pontos de inserção; e o sucesso do tratamento está na postura prolongada, pois os músculos em tensão durante alguns minutos de forma constante, entram em fadiga e abandonam sua tensão excessiva, aí a bainha do músculo, a partir deste momento, pode ser alongada e o músculo recupera seu comprimento. É fundamental seguir o programa das posturas, sendo que primeiro é necessário relaxar os isquiotibiais e a lordose lombar antes de trabalhar o psoas, adutores e abdominais. (BUSQUET, 1985).

- Postura de cadeia posterior

Coloca-se o paciente em decúbito dorsal com as pernas a 90° , pés a 90° em relação aos tornozelos e queixo para dentro. A coluna lombar e quadril devem estar bem assentados e alinhados, joelhos bem esticados e o arco plantar deve ser corrigido pela flexão dos dedos. Esta postura deve ser mantida inicialmente durante 5 minutos, progredindo para 10 minutos diariamente durante a noite.

- Postura de adutores

O paciente deve estar sentado, pernas esticadas para a frente, braço repousando sobre um banco ou mesa e faz a abdução da perna oposta. O paciente deve manter a sua postura, bem reto, e regular a tensão dos adutores movendo o joelho para dentro ou para fora. A postura deve ser mantida por 3 a 4 minutos de cada lado.

- Postura dos abdominais

O paciente deita-se em decúbito dorsal sobre uma mesa ou uma bola, sendo que suas pernas devem estar esticadas com os calcanhares tocando o chão. Os braços podem ficar esticados ou com as mãos atrás da cabeça. O paciente mantém a postura de 3 a 5 minutos.

Busquet (1985) relata que os exercícios devem ser realizados preferencialmente no período da noite ou após os treinos, pois quando realizados de manhã ou antes dos treinos, o atleta se cansa. Enquanto persistirem as fortes retrações, os exercícios devem ser realizados diariamente. Em seguida 3 vezes por semana e depois 2 vezes durante a fase de manutenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pubalgia crônica é uma patologia que se manifesta com dor na região da sínfise púbica e inserções tendinosas vizinhas, na maioria dos casos em decorrência dos esforços físicos que são realizados pelos atletas e associados à movimentos compensatórios durante as atividades físicas.

Essa patologia tem se tornado clássica e quase que exclusiva no meio desportivo, sendo que as principais causas para o seu surgimento são os excessos de jogos e/ou treinos; gestos repetitivos do chute e principalmente o excesso de exercícios abdominais e a inflexibilidade muscular, fatores esses, que geram desequilíbrios musculares.

É comum encontrarmos nos atletas um encurtamento da cadeia posterior da coxa e abdominais extremamente fortes ou fracos. Tanto o excesso quanto a inadequada execução dos exercícios abdominais predispõe ao surgimento da pubalgia, pois os atletas realizam demais esses exercícios e não realizam o alongamento da musculatura adutora da coxa, em decorrência disso, a pelve acaba sofrendo uma anteroversão e um tracionamento para cima, causando pequenos estiramentos na origem dos adutores, levando à um desequilíbrio muscular da cintura pélvica, o qual provoca dor e inflamação da sínfise púbica, caracterizando a pubalgia.

Pelo que foi exposto, fica claro que a pubalgia não ocorre apenas por fraqueza de algum músculo da região da sínfise púbica, mas por um conjunto de desequilíbrios de forças musculares que encontramos em nossos atletas após detalhada avaliação das cadeias musculares. Sendo essa patologia tão incapacitante, devemos preveni-la orientando os atletas a realizarem um programa de alongamentos específicos da musculatura da região pélvica, principalmente dos adutores da coxa, isquiotibiais e flexores do quadril, não esquecendo da correta realização dos exercícios abdominais, assim o atleta mantém um adequado equilíbrio dinâmico do quadril.

REFERÊNCIAS

ÁLVAREZ, Juan José Ramos. **Pubialgia**: un enfoque multidisciplinar. Disponível em: www.periodismodeportivo.com.ar/periodismo/2002/catri1ro/26abril/lesiones.htm. Acesso em: 19 maio 2003.

ANDREWS, S. K.; CAREK, P. J. Osteitis pubis: a diagnosis for the the family physician. **American Broad of Family Practice**, v. 11, n. 4, p. 291-295, jul./ago. 1998.

BUSQUET, Leopold. **A pubalgia**. Lisboa : Europress, 1985.

- CANAVAN, Paul K. **Reabilitação em medicina esportiva: um guia abrangente**. São Paulo: Manole, 2001.
- CASTROPIL, w. **Pubialgia**. Disponível em: <http://www.judobrasil.com.br/med1-htm>. Acesso em: 19 maio 2003.
- CIPRIANO, Joseph J.; JAHN, Warren T. **Manual fotográfico de testes ortopédicos e neurológicos**. 3. ed. São Paulo: Manole, 1999.
- HOLT, Mark A , et al. Treatment of osteitis pubis in athletes: results of corticosteroid injections. **The American Journal of Sports Medicine**, v. 32, n. 5, p. 601-606, 1995.
- IDE, Maiza Ritomy; CAROMANO, Fátima Aparecida. Pubalgia: causas e possibilidades terapêutica. **Revista Fisioterapia Brasil**, Atlântica, v. 3, n. 6, p. 403-414, nov./dez. 2002.
- LASMAR, Neylor P.; LASMAR, Rodrigo C. P.; CAMANHO, Gilberto L.. **Medicina do esporte**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- MELLION, Morris B. **Segredos em medicina desportiva**. Porto Alegre : Artes médicas, 1997.
- MOORE, Richard S.; STOVER, Michael D.; MATTA, Joel M. Late posterior instability of the pelvis after resection of the symphysis pubis for the treatment of osteitis pubis: a report of two cases. **The journal of Bone and Surgery**, v. 80-A, n. 7, p. 1043-1048, jul. 1998.
- OLIVEIRA, Marcos de Vila. **As causas da osteíte púbica em jogadores de futebol**. 2002. Monografia (Graduação em Fisioterapia), Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma.
- WILLIAMS, Paul R., THOMAS, Daniel P.; DOWNES, Edward M. Osteitis pubis and instability of the pubic symphysis: whwn nonoperative measures fail. **The American Journal of Sports Medicine**, v. 28, n. 3, p. 350-355, 2000.