

"hérnia do desportista": *Um novo tipo de hérnia inguinal ?*

Hugo Pinto Marques

Hérnia do desportista: Conceito

- ***A hérnia inguinal do desportista resulta de uma fraqueza da parede posterior do canal inguinal. Não existe hérnia detectável no exame físico.***
- **Inicialmente descrita em 1980**
- **Popularizada por Gilmore no início dos anos 90**

Gilmore OJ. Gilmore's groin. Sports Medicine and soft tissue trauma 1992(3):12-14.

Hérnia inguinal do desportista
=
Dor crónica na região inguinal
=
Pubalgia
=
Rotura inguinal

Dor inguinal no atleta:

- **Incidência global – 0.5 a 6.2%**
- **58% dos futebolistas profissionais**
- **6% de los futebolistas ou jogadores de hoquei no gelo tem, pelo menos, um episódio por temporada**

Características da dor inguinal:

- **Tubérculo púbico / anel inguinal superficial**
- **Bilateral 12%**
- **Irradiação: Adutores 40%**
Períneo 6%
(Região inferior dos rectos do abdómen)
- **↑ ↑ ↑ :** **Tosse, esforço de pontapear**
Agravamento progressivo durante os jogos

Causa da dor inguinal:

- Distensão do peritoneu
- Retracção do recto por rotura da inserção púbica do tendão conjunto

Zimmerman G. Groin pain in athletes. Aust Fam Physician 1988; 17(12):1046-52.

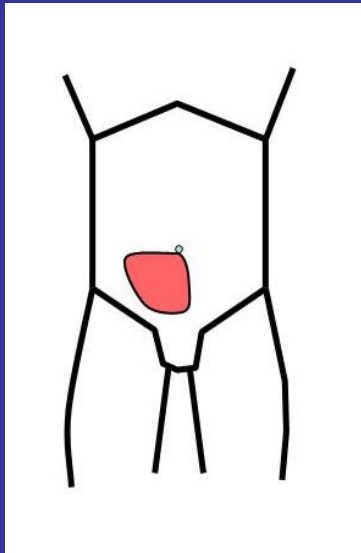
- Encarceramento / compressão:

Ramo genital do nervo genito-crural Ilio-inguinal

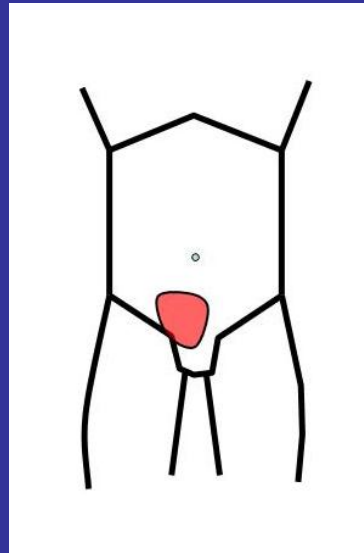
Kopell HPT, W.A.L.; Postel, A.H. Entrapment neuropathy of the ilioinguinal nerve. N Eng J Med 1962; 266:16-19.

Muschaweck U, Driesnack U, Didebulidze M. [Recurrent hernias after previous Shouldice operation]. Zentralbl Chir 2002; 127(7):570-2.

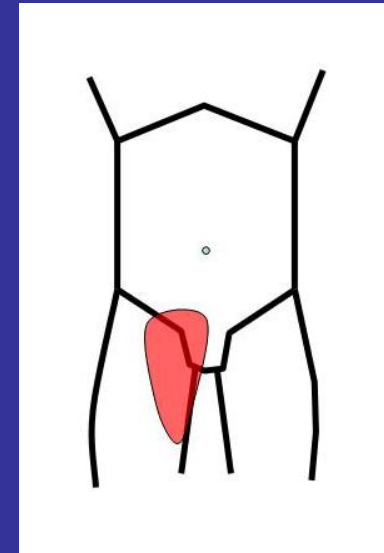
Localização da dor segundo os nervos da região inguinal



Ilio-hipogástrico



Ilio-inguinal



**Ramo genital
do nervo
Genito-crural**

Exame objectivo:

Contractura muscular da região inguinal

Dilatação do anel inguinal superficial

Pequeno “impulso de tosse”

Muitos casos: Sem sinais clínicos apesar dos sintomas

Importância do diagnóstico diferencial:

- **Causas múltiplas: Até 25% dos casos**
- **Equipa multidisciplinar :**
 - **Especialista em Medicina Desportiva**
 - **traumatologista**
 - **Reabilitador**
 - **Cirurgião Geral**
 - **fisioterapeuta**

Importância do diagnóstico diferencial:

- **Lesão tendinosa (aductores)**
- **Osteíte do púbis**
- **Fractura de «stress»**
- **Causas urológicas**
- **Doenças auto-imunes**
- **Alterações osteo-articulares da CV e bacia**
- **lesões nervosas**

- **Ecografia de partes moles: Até 97% de sensibilidade**

Deitch EA, Soncrant MC. Ultrasonic diagnosis of surgical disease of the inguinal-femoral region. Surg Gynecol Obstet 1981; 152(3):319-22.

- **TAC, RMN: Interesse no despiste de outras patologias**

Custo: Utilização em casos seleccionados

- **Herniografia: 5 a 6% de complicações**

Smedberg SG, Broome AE, Gullmo A, Roos H. Herniography in athletes with groin pain. Am J Surg 1985; 149(3):378-82.

- **Cintigrafia óssea: Despiste de outras patologias**

- **Laparoscopia: Em avaliação**

- Dor inguinal crónica / recorrente no atleta
- Ausência de hérnia clinicamente palpável
- Exclusão dos restantes diagnósticos diferenciais por equipa multidisciplinar



"Hérnia inguinal do desportista"

Lesão musculotendinosa da região inguinal,
que pode ser tratada pela reposição cirúrgica
da anatomia normal da região

*Gilmore J. Groin pain in the soccer athlete: fact, fiction, and treatment.
'Clin Sports Med 1998; 17(4):787-93*

Tratamento:

Para um Cirurgião Geral habituado a tratar cirurgicamente a hérnia inguinal, é quase um absurdo operar uma região inguinal praticamente normal.

Tratamento:

Conservador

Repouso
Anti-inflamatórios
Fortalecimento muscular

Alívio da dor
em 4 a 6 semanas

(até 6 meses para os não-profissionais)

Cirúrgico



Hérnia do desportista

Tratamento

A indicação cirúrgica da hérnia inguinal do desportista não é, de facto, a existência de hérnia – São a dor e a impotência funcional.

QUE FAZER?

Não há consenso para recomendar um procedimento cirúrgico concreto.

Exploração da região inguinal: O que se encontra?

- **Uma deficiência da parede posterior do canal inguinal (85%).**
- **Rotura da aponevrose do grande oblíquo.**
- **Rotura do tendão conjunto**
- **Desinserção púbica do tendão conjunto**
- **Pequeno saco indirecto.**
- **Edema do cordão (cremaster).**

Tratamento: O que se recomenda

- **Uma verdadeira reconstrução plástica da parede posterior por plicatura com polipropileno**
- **calibração do orifício inguinal profundo**
- **sutura das desinserções caso existam**
- **libertação do pequeno saco indirecto**
- **excisão do cremaster**

Gilmore J. Groin pain in the soccer athlete: fact, fiction, and treatment. Clin Sports Med 1998; 17(4):787-93

Polglase AL, Frydman GM, Farmer KC. Inguinal surgery for debilitating chronic groin pain in athletes. Med J Aust 1991; 155(10):674-7

Williams P, Foster ME. 'Gilmore's groin'--or is it? Br J Sports Med 1995; 29(3):206-8.

Hackney R. The sportsman's h ernia. A cause of chronic groin pain. Br J Sports Med 1993; 27:58-62.

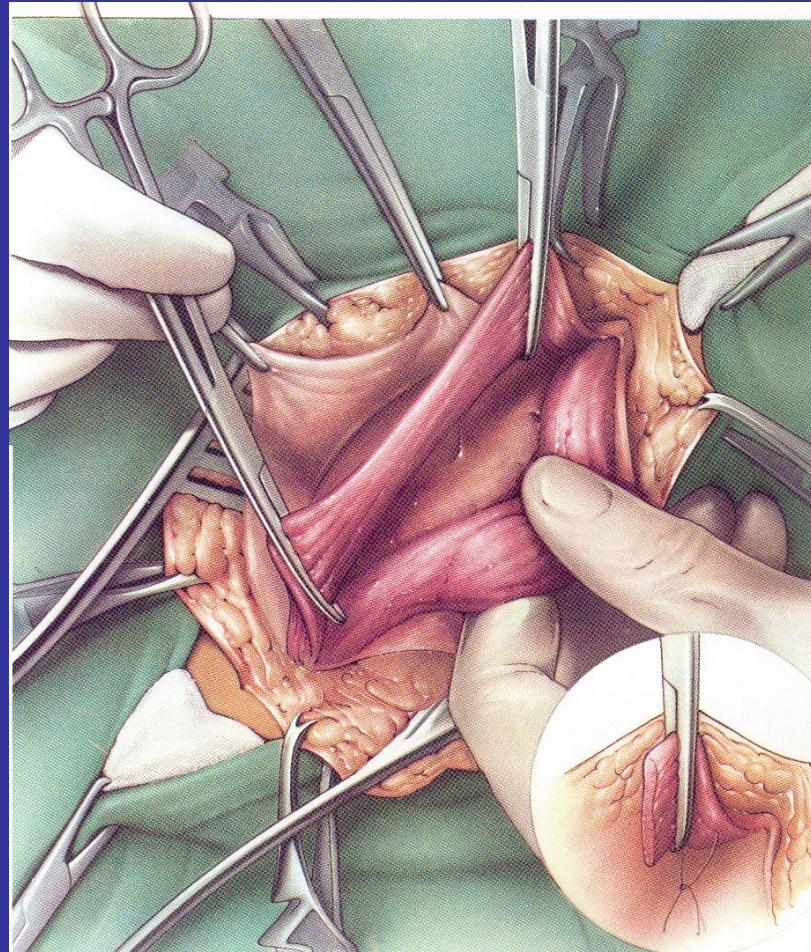
+

- **Secção do ramo genital do nervo genito-crural.**

Tratamento: O que se recomenda

Ramo genital do nervo genito-crural

- **Uma das principais causas de dor**
- **Ressecção do ramo genital resulta num desaparecimento imediato da dor sem perda de sensibilidade**
- **Tolerância ao exercício possível após 2 a 3 dias**



Fotografia da pesquisa de hérnia
Fotografia da secção do ramo genital
Fotografia da reparação

Princípios do tratamento

- Anestesia local ou geral
- **NÃO DANIFICAR ESTRUTURAS ÍNTEGRAS!**
 - Rápida tolerância ao exercício
- **PRÓTESE: NÃO!**
 - Ótima fascia
 - Perda de elasticidade dos planos musculares



O que se pretende

- **Acabar com a dor e impotência funcional.**
- **Voltar à actividade desportiva no menor espaço de tempo possível**
- **(profissionais).**

Resultados do tratamento cirúrgico

	Nº	Regresso à competição sem restrições	Melhoria clínica	% total
Gilmore OJ, 1995	-	-	-	97%
Smedberg SG, 1985	78	69,8%	20,6%	91,4%
Hackney RG, 1993	15	87%	13%	100%
Malycha P, 1992	44	75%	23%	98%
Brannigan AE, 2000	100	95%	-	95%
Kumar A, 2000	35	82%	18%	100%
Polglase AL, 1991	64	62,5%	31,3%	93,8%

- **5% queixas persistentes**
- **Retorno à actividade desportiva: 6 semanas**

Outras técnicas:

- ***Ingoldby CJ. Laparoscopic and conventional repair of groin disruption in sportsmen. Br J Surg 1997; 84(2):213-5.***

14 reparação laparoscópica: 13/14 Regresso: 3 semanas média

14 reparação convencional: 13/14 Regresso: 5 semanas média

Grupo laparoscopia: Nevralgia persistente em 2 casos

- ***Srinivasan A . Long-term follow-up of laparoscopic preperitoneal hernia repair in professional athletes. J Laparoendosc Adv Surg Tech A - 01-Apr-2002; 12(2): 101-6***

15 atletas

Regresso à actividade profissional: 87% em 4 semanas

46 meses de follow-up médio

Resultados

- **Janeiro 2001 → Dezembro 2002**
- **39 atletas**
- **50 reparações**

Resultados

- **14 atletas de alta competição**

Jogadores de futebol:	9
Vela olímpica:	1
Decatlo:	1
Maratona	1
Lançador de dardo (jabalina?)	1
Judo	1

Afastamento da competição (pré-op): 2 semanas – 6 meses

Regresso à competição: 100%

Alta competição em menos de 2 semanas 2

É ao Cirurgião Geral, que tem um melhor conhecimento anatómico da região inguinal, que compete o tratamento da patologia desta região – Incluindo a “hérnia que não é hérnia”

