

SÍNDROME DEL DOLOR INGUINAL, UNA REVISIÓN NARRATIVA DEL CONCEPTO PATOLÓGICO BASADO EN LA ENTIDAD CLÍNICA

Cuello, Andrés¹ , Polanco, Francisco² 

1. Corporación Universitaria Rafael Núñez (CURN)
2. Coordinador de Especialidades de Medicina Interna de la Corporación Universitaria Rafael Núñez (CURN). Colombia

EMAIL: francisco.polanco@campusuninunez.edu.co

CORRESPONDENCIA: Francisco Manuel Polanco Stand. Coordinador de Especialidades de Medicina Interna CURN. Colombia

RESUMEN

Introducción: La "pubalgia" ha sido históricamente un término genérico e inespecífico utilizado para describir el dolor inguinal crónico, considerado un enigma diagnóstico debido a su etiología multifactorial que abarca desde hernias deportivas hasta tendinopatías. Objetivo: Esta revisión tiene como propósito revisar la evolución taxonómica de la patología, contrastando los criterios de los consensos internacionales de Manchester (2014), Doha (2014) y los acuerdos italianos (2016, 2023), para proponer una clasificación basada en el sitio

de inserción anatómica. Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica narrativa integrando literatura especializada y bases de datos como PubMed y SportDiscus, seleccionando estudios que redefinen la patología según estructuras afectadas: aductores, iliopsoas, canal inguinal y sínfisis púbica. Resultados: La evidencia actual rechaza términos ambiguos como "ingle del deportista" en favor de entidades clínicas precisas. Se destaca la importancia de diferenciar causas extraarticulares (como el atrapamiento nervioso) y la utilidad de la resonancia magnética complementada con la evaluación clínica. Conclusión: El abordaje del dolor inguinal exige abandonar la nomenclatura tradicional por un diagnóstico anatómico-funcional. Esta estandarización es crucial para dirigir terapias específicas y evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias, optimizando el retorno deportivo.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de dolor inguinal; Pubalgia atlética; Anatomía funcional; Consenso de Doha; Rehabilitación deportiva.

GROIN PAIN SYNDROME: A NARRATIVE REVIEW OF THE PATHOLOGICAL CONCEPT BASED ON THE CLINICAL ENTITY

ABSTRACT

Introduction: "Pubalgia" has historically been a generic and nonspecific term used to describe chronic groin pain, considered a diagnostic enigma due to its multifactorial etiology, ranging from sports hernias to tendinopathies. Objective: This review aims to examine the evolution of the nomenclature of the pathology, contrasting the criteria of the international consensus statements from Manchester (2014), Doha (2014), and the Italian consensus (2016, 2023), in order to propose a classification based on the anatomical insertion site. Methodology: A narrative literature review was conducted, integrating specialized literature and databases such as PubMed and SportDiscus, selecting studies that redefine the pathology according to the affected structures: adductors, iliopsoas, inguinal canal, and pubic symphysis. Results: Current evidence rejects ambiguous terms such as "athlete's groin" in favor of precise clinical entities. The importance of differentiating extra-articular causes (such as nerve entrapment) and the usefulness of magnetic resonance imaging complemented by clinical evaluation are highlighted. Conclusion: The management of groin pain requires abandoning traditional nomenclature in favor of an anatomical-functional diagnosis. This standardization is crucial for guiding specific therapies and avoiding unnecessary surgical interventions, thus optimizing return to sport.

KEYWORDS: Groin pain syndrome; Athletic pubalgia; Functional anatomy; Doha Consensus; Sports rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

La pubalgia, aunque clínicamente se conoce con este nombre, este término está en desuso a favor de definiciones más precisas ya que es un término implementado para la descripción de dolor insidioso y progresivo a lo largo de semanas incluso meses en la zona inguinal y parte baja del abdomen a nivel de la sínfisis del pubis. Quienes padecen este problema de salud suelen describirlo también como un dolor crónico y debilitante en la región del pubis y la ingle, que puede irradiar hacia el abdomen, los aductores y la parte interna del muslo(1). Sin embargo, estos síntomas han tenido múltiples nominaciones como; ingle del deportista, hernia deportiva,

insuficiencia del anillo inguinal, hernia inguinal, lesión del músculo central, entre otros. Por lo que es considerado como un enigma debido a la multifactorialidad que abarca cada uno (2).

Estos términos han sido reemplazados progresivamente por un nuevo concepto denominado dolor inguinal, el cual es conocido como un problema en el mundo del deporte, debido a su efecto negativo en el rendimiento de los deportistas(3).

Su causa incluye un abanico de esfuerzo físico lo que recomienda una enfermedad de etiología multifactorial, involucrando

factores biomecánicos, musculares y articulares; como la sobrecarga muscular, alteraciones posturales, traumatismos directos o indirectos, entrenamiento en terrenos de juego irregulares y falta de entrenamiento del CORE en comparación al entrenamiento del miembro inferior. (4) El dolor inguinal está relacionado principalmente con deportes como el fútbol, fútbol australiano, tenis, rugby y el hockey sobre hielo; caracterizados por la realización de movimientos que implican cambios rápidos de dirección y velocidad, y movimientos laterales. Es de origen micro traumático, dada por sobreesfuerzos de repetición. Suele caracterizarse por una sintomatología creciente. Afecta en una primera etapa a la función de los grupos

musculares implicados, dificultando la práctica deportiva o actividad física diaria.

Su consistencia hace que aparezca ante simples actos como la defecación o la tos. Constituye un síndrome doloroso casi exclusivo del deportista que incluso puede obligar a abandonar la actividad deportiva(5). En los deportistas de élite, representa aproximadamente entre el 5 y el 18% de todas las lesiones deportivas. Especialmente en el fútbol, siendo el deporte que ha sido más investigado el dolor en la ingle, las lesiones en la ingle representan del 4 al 19 % en los jugadores masculinos y del 2 al 14 % en las mujeres y representan aproximadamente el 14 % de todas las lesiones con pérdida de tiempo. La prevalencia semanal media de todos los problemas inguinales es del 11,7%, y la

causa más común, como demuestran numerosos estudios en el fútbol, está relacionada con los aductores(2)

Actualmente se han realizado 3 consensos en los que se discute el uso de los términos de acuerdo a lo que abarca cada uno de estos. En los que se tienen en cuenta este discutible fenómeno patológico. Por lo tanto, el objetivo de esta revisión es relacionar los consensos actuales y clasificar la pubalgia según el sitio de inserción muscular.

Materiales y métodos.

Los Materiales empleados obedecen a la necesidad planteada por cada Método, siendo estos:

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Diseño del estudio: Se realizó una revisión bibliográfica narrativa. Este enfoque permitió la integración, análisis e interpretación de información teórica y clínica para cumplir con los objetivos de actualizar y esclarecer la clasificación de la pubalgia se usarán Términos Mesh como: *"Groin pain", "Athletic Pubalgia", "Sports Hernia", "Adductor Tendinopathy"*.

2.2. Fuentes de información y recursos:

Para garantizar la calidad de la revisión, se consultaron diversas fuentes de información divididas en tres categorías:

- **Bases de datos y bibliografía**

general: La búsqueda principal se alojó en bases de datos especializadas como PubMed y SportDiscus. Se seleccionaron libros

y artículos académicos

fundamentales sobre medicina,

anatomía y fisiología humana.

- **Literatura especializada:** Se priorizaron artículos publicados en revistas científicas de alto impacto en el área, tales como el *Journal of Anatomy* y el *Journal of Orthopaedic Research*, entre otros, asegurando la vigencia y relevancia de los hallazgos anatómicos.

- **Recursos en línea:** Se complementará la búsqueda con literatura gris y directrices emitidas por sitios web de instituciones médicas reconocidas, específicamente la Academia Americana de Médicos del Deporte

(AMSSM) y la Sociedad Internacional de Medicina del Deporte (FIMS).

2.3. Procedimiento y análisis Para el logro del objetivo planteado, se aplicaron los métodos de investigación en el siguiente orden lógico:

En primera instancia, se ejecutó una revisión narrativa exhaustiva de la literatura científica. Este proceso se centró en identificar los estudios relevantes sobre la pubalgia, rastreando históricamente las múltiples nominaciones y conceptos que se le han atribuido a esta patología a lo largo del tiempo. La síntesis de esta evolución terminológica y las denominaciones identificadas se presentan detalladamente en la **Tabla 1**.

Posteriormente, se realizó un análisis de contenido para clasificar dicha información según las estructuras anatómicas afectadas, correlacionando las definiciones halladas con los sitios de inserción muscular descritos en la literatura.

Finalmente, se llevó a cabo una triangulación teórica de la información. Este proceso consistió en contrastar los distintos consensos internacionales para identificar discrepancias y puntos de encuentro en la sintomatología.

TABLA 1. Nominaciones de pubalgia según el consenso 2014.

NOMINACIONES	CONCEPTO	BIBLIOGRAFÍA
Ingle del deportista o hernia del deportista	Debilidad de la pared posterior del canal inguinal conocido como disrupción inguinal	Sheen, A. J., Stephenson, B. M., Lloyd, D. M., Robinson, P., Fevre, D.,
Pubalgia atleta	Patologías relacionadas con el músculo recto abdominal- aductor largo.	Paajanen, H., de Beaux, A., Kingsnorth, A., Gilmore, O. J., Bennett, D.,
Lesión del músculo central	Se utilizó para la descripción de disrupción inguinal un 73% y patologías del recto abdominal- aductor largo un 27%	MacLennan, I., O'Dwyer, P., Sanders, D., & Kurzer, M. (2014). "Treatment of the sportsman's groin": British Hernia
Síndrome del psoas	Descrito como una lesión a nivel del músculo iliopsoas	Society's 2014 position statement based on the Manchester Consensus
Insuficiencia del anillo	Se refiere a la debilidad o disfunción del anillo	Conference. <i>British Journal of Sports</i>

inguinal	inguinal	<i>Medicine</i> , 48(14), 1079–1087. https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092872
Ruptura inguinal	Dolor inguinal predominantemente en la zona cercana al tubérculo púbico.	

Teniendo en cuenta las nominaciones que ha tenido esta discutida patología a lo largo de la historia; Ingle del deportista, pubalgia atleta entre otras, han sido rechazadas progresivamente por consensos teniendo como referencia al consenso de manchester en 2014 en el que se precisó que no existe una hernia, y de acuerdo al tratamiento inicial implementado con fisioterapia se planteó un nuevo término “ruptura inguinal”.

La pubalgia atlética o también conocida como osteopatía dinámica del pubis, es un síntoma doloroso que implica un desgarró a nivel muscular principalmente, en el recto abdominal, aductor largo y otros músculos centrales responsables de la fuerza y estabilidad del torso, dentro de los que se incluyen los músculos oblicuos, transversó abdominal y cuadrado lumbar. La pubalgia se caracteriza por ser un dolor crónico que afecta significativamente el rendimiento deportivo y calidad de vida del paciente,

aunque su etiología es multifactorial, la aparición de esta es el resultado de un desequilibrio entre las fuerzas que actúan sobre la sínfisis del pubis como:

- Sobrecarga funcional: tensión repetitiva en los músculos aductores, recto abdominal y oblicuos capaz de desarrollar inflamación crónica.
- Alteración biomecánica: Mala alineación postural, dismetría de miembros inferiores e incluso alteración de la marcha.
- Traumatismos frecuentes: principalmente microtraumatismos asociados a la práctica deportiva (7), (8).

A lo largo de la historia, esta condición se ha confundido con otros términos mencionados anteriormente, por lo que es importante aclarar, la poca exactitud que se ha encontrado con respecto al patrón anatómico de la lesión. Considerando que la multifactorialidad de esta patología ha contribuido al mal diagnóstico y a una denominación cambiante a medida que se descubren sus múltiples causantes, hemos clasificado las principales razones relacionadas con ella. Estas, a su vez, generan dolor inguinal, ya sea por irradiación o de manera local **Figura 1**.

Figura 1. Clasificación de los causantes de la pubalgia.

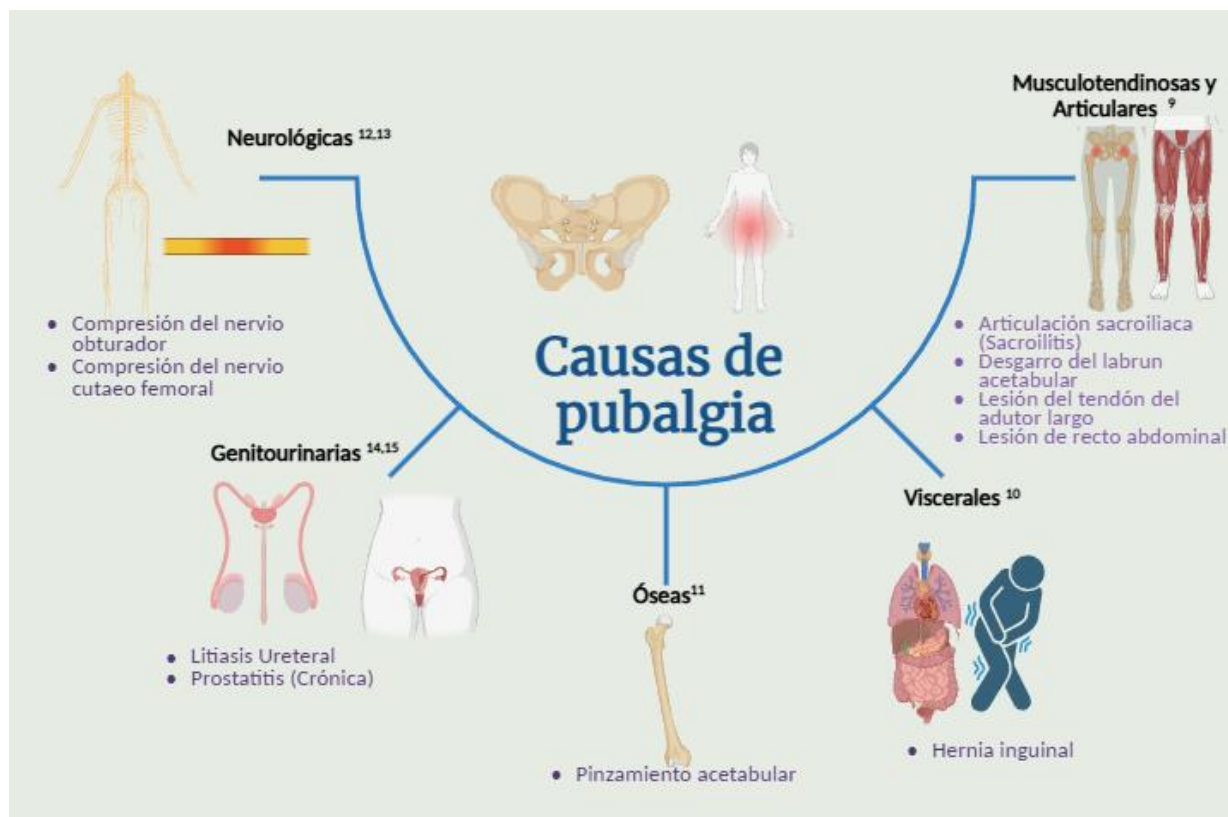


Figura 1. Etiología multifactorial del Síndrome de Dolor Inguinal. Se ilustra la clasificación de causas (óseas, neurológicas, viscerales y musculotendinosas) destacando la complejidad del diagnóstico diferencial más allá de la lesión muscular aislada.

Es de suma importancia destacar que para el año 2014 se sacaron unas series de conclusiones alcanzadas durante la 1.ª

Conferencia Mundial sobre Dolor Inguinal en Doha, Qatar, en noviembre de 2014, seguida de la Reunión de Acuerdo de Doha

sobre Terminología y Definiciones en Dolor Inguinal en Atletas.

Donde se discutió durante esta reunión de consenso, el dolor inguinal en atletas se clasificó en cuatro categorías principales:

Primera categoría: Dolor inguinal relacionado con el aductor en el que hay sensibilidad y dolor en el aductor en la prueba de abducción resistida.

Segunda categoría: Dolor inguinal relacionado con el iliopsoas. Esto es más probable si hay dolor en la flexión de cadera con resistencia y/o dolor al estirar los flexores de la cadera.

Tercera categoría: Dolor inguinal. Refiriéndose a un dolor que se localiza en la región del conducto inguinal. No será

palpable una hernia inguinal y se ponen en manifiesto síntomas de dolor que se agrava con la prueba de resistencia de los músculos abdominales o durante la maniobra de Valsalva.

Cuarta categoría: Dolor inguinal relacionado con el pubis. La sensibilidad se localiza a nivel de la sínfisis púbica y en el hueso inmediatamente adyacente.

Es importante destacar o mencionar que el término de dolor inguinal es un término muy general para la patología que según su causalidad la sintomatología e incapacidad es similar, por lo tanto una definición que se le dio la síndrome del dolor inguinal teniendo en cuenta la clínica con la que cursa la patología fue que: Cualquier síntoma clínico reportado por el paciente,

localizado en la zona inguinal-pública-aductora, que afecte la actividad deportiva y/o interfiera con las Actividades de la Vida Diaria (AVD), y que requiera atención médica(17).

Por otro lado, a raíz de la tan discutible problemática del concepto y las variantes que tiene esta patología se han realizado las conferencias en las que se discute, se analiza y se concluye tanto la etiopatogenia como el diagnóstico y tratamiento de la pubalgia, como Bisciotti GN, et al. En el consenso italiano sobre terminología, evaluación clínica y evaluación imagenológica 2016. Abordaron un énfasis en la construcción individual de tres secciones con objetivos diferentes, las cuales fueron debatidas y votadas, hasta

llegar a un acuerdo común, no obstante para la actualización de este mismo consenso publicado en el año 2023, se realizó de manera más objetiva, a partir de una encuesta Delphi en línea constituida en dos rondas donde se utilizaron 6 secciones diferentes, la primera trataba de la definición clínica y radiológica de la hernia deportiva y condiciones clínicas propias de las causantes del síndrome del dolor inguinal; las 5 secciones restantes estuvieron encaminadas a otras posibles causas de este mismo síndrome. Además, en este último consenso se escogieron más de 50 profesionales expertos en distintas áreas relacionadas con la patología y con 10 años o más de experiencias tales como: Ortopedistas, médicos deportivos, fisioterapeutas, cirujanos generales etc.

Quienes fueron seleccionados mediante el índice de Hirsch, dando un peso de confiabilidad para los lectores de la ciencia deportiva.

En la primera sección del consenso de 2016 se abordan las dificultades relacionadas con el diagnóstico impreciso enfatizando en la implementación de criterios diagnósticos verídicos e información taxonómica que mejoraría el abordaje no sólo diagnóstico sino también terapéutico de la patología. Los expertos incluyeron en cuanto a la etiología; 11 categorías para un total de 63 patologías las cuales se destacan en el escrito. Estas fueron actualizadas para el 2023, agregando una doceava categoría denominada “causas extraarticulares” relacionando 4 patologías a esta misma:

- Lesiones del complejo aponeurótico prepúbico
- Síndrome de pinzamiento isquiofemoral
- Pinzamiento de la espina ilíaca anteroinferior
- Síndrome del atrapamiento del nervio cutáneo anterior.

Culminando la primera sección del documento, los autores aprobaron una subdivisión del síndrome de dolor inguinal basada en la patogénesis:

1. Dolor inguinal de origen traumático: orientado por la historia clínica, examen físico e imágenes.
2. Dolor inguinal por sobrecarga funcional: caracterizada por un inicio

insidioso y progresivo sin necesidad de traumatismo previo.

3. Dolor inguinal crónico: Síntomas presidentes en un periodo de más de 12 meses.

Mientras que en la conferencia del consenso 2023, el panel de expertos acordó introducir una nueva categoría para la etiología del síndrome de dolor inguinal, denominada “causas extraarticulares”, y se documentó cuatro nuevas patologías como probables causas de este mismo: Complejo aponeurótico prepúbico (PPAC), pinzamiento de la espina ilíaca anteroinferior (AIIS), Síndrome de pinzamiento isquiofemoral (IFSI) y Síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior ACNES.

También describieron una nueva **lesión, HALTAR** (desgarro del labrum anterosuperior de la cadera con avulsión del recto femoral) (16), incluyendo una causa de síndrome de dolor inguinal por síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo, ya que la irritación de los nervios intercostales causa dolor abdominal intenso (17). En el ACNES las ramas terminales de los nervios intercostales torácicos inferiores (T6-T12) Se atrapan en los músculos abdominales, lo que causa un dolor neuropático localizado intenso que generalmente se experimenta en las porciones ventrales del abdomen. Por lo general, los pacientes refieren una sensación punzante o de ardor superficial (18). El dolor se localiza con frecuencia en un punto predecible y suele ser más intenso

después de la actividad física y es denominada una de las causas extraarticulares asociadas a neuropatías causantes de un síndrome de dolor inguinal.

En este consenso a manera de guía se mencionan varios estudios recomendados para el diagnóstico del **Síndrome de Dolor Inguinal (GPS)** en atletas. Entre ellos se incluyen:

- **Radiografía convencional:** Útil para descartar causas óseas como fracturas por estrés o displasia de cadera.
- **Ecografía:** Permite evaluar estructuras musculares, tendinosas y ligamentosas, además de detectar hernias ocultas.
- **Resonancia Magnética (RM):** Considerada el estándar de oro para

evaluar lesiones musculares, tendinosas y óseas, así como el atrapamiento nervioso.

- **Bloqueo diagnóstico:** Se utiliza para confirmar el atrapamiento nervioso en casos de **Síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior (ACNES)**.
- **Evaluación clínica especializada:** Incluye pruebas funcionales y palpación para identificar el origen del dolor.

Estos estudios ayudan a diferenciar entre las múltiples causas del síndrome de dolor inguinal y a establecer un tratamiento adecuado.

En ambas conferencias se llegaron a consensos, en el consenso de 2016 se dejó

en claro que la adopción de guías, clínicas y radiológicas, es un primer paso hacia la optimización del abordaje del síndrome de dolor inguinal. Resaltando que las guías no son limitantes para los profesionales del área, sino que orientan a un diagnóstico definitivo, basándose en pasos de diagnóstico clínico bien definidos. Además, se mencionó que el uso del cuestionario HAGOS permite cuantificar objetivamente la efectividad terapéutica. Se recomienda en gran importancia un enfoque multidisciplinario con experiencia en la evaluación clínica del síndrome de dolor inguinal. Por lo que se culminó haciendo referencia a la necesidad de otro consenso con estudios imagenológicos y clínicos más detallados. Mientras que en el consenso de 2023 se propusieron causas extraarticulares

mencionadas anteriormente y se concluyó y proporcionó que los estudios imagenológicos pueden ser usados para que profesionales clínicos tengan una visión más amplia y profunda del síndrome de dolor inguinal para una mejor toma de decisiones clínicas. También esclarecen que su consenso sea el definitivo para uso en el diagnóstico y tratamiento de esta patología tan controversial (19), (20).

3. Clasificar la pubalgia de acuerdo al sitio de inserción de músculos.

Dado que la pubalgia es un síndrome multifactorial y confuso en cuanto a su ubicación anatómica, la relación muscular existente, favorece a la comprensión de las diferentes terminologías.

-Anatomía de los músculos abdominales: inguinal o dolor inguinal **Tabla 2, Tabla 3.**

considerados en sospecha de disrupción

Tabla 2. Orígenes e inserciones de músculos abdominales involucrados en el síndrome del dolor inguinal.

Músculos del abdomen		
Músculo	Origen	Inserción
Oblicuo Interno	Cresta ilíaca, ligamento inguinal	10ª y 12ª costilla
Oblicuo Externo	5ª a 12ª costilla	Cresta ilíaca, espina ilíaca anterosuperior, tubérculo del pubis
Transverso del Abdomen	Fascia toracolumbar, cartílagos costales 7º-12º, cresta ilíaca, ligamento inguinal lateral	Apófisis xifoides, cresta púbica, línea alba
Recto Abdominal	Cresta y sínfisis del pubis	Cartílagos costales de 5ª, 6ª, 7ª costilla y apófisis xifoides
Piramidal	Cresta púbica	Línea alba

Tabla 3. Orígenes e inserciones de músculos aductores implicados en el síndrome de dolor inguinal.

Músculos aductores		
Músculo	Origen	Inserción
Aductor Largo	Cuerpo del pubis	Tercio medio de la línea áspera del fémur
Aductor Corto	Rama inferior del pubis	Mitad de la línea áspera del fémur
Aductor Mayor	Rama isquiopúbica del hueso coxal	Tubérculo del fémur (porción lateral) y línea áspera

Dolor en el Músculo Oblicuo Interno

- **Localización y Calidad:** El oblicuo interno, situado justo debajo del oblicuo externo y en dirección contraria, suele generar un dolor que se percibe en la parte media del abdomen. El dolor es intenso durante la contracción, especialmente en actividades que implican rotación o flexión lateral, y se describe como profundo y molesto.

- **Irradiación:** Gracias a su continuidad fascial con la fascia toracolumbar, el dolor puede irradiarse hacia la región inguinal y, en algunos casos, extenderse de forma medial. Esta irradiación ocurre al compartir rutas nerviosas locales con estructuras adyacentes (19,20).

Dolor en el Músculo Oblicuo Externo

- **Localización y Calidad:** El oblicuo externo se ubica en la parte lateral y superficial de la pared abdominal. La tendinopatía en este músculo causa un dolor localizado, de calidad sorda o de sensación opresiva, que se intensifica durante los movimientos de torsión y flexión lateral.

- **Irradiación:** Debido a la distribución inervacional (nervios intercostales y toracoabdominales), el dolor puede irradiarse hacia la región lateral del tórax y la parte superior de la cadera (19,21)

Transverso del abdomen:

- Localización y Calidad:

Este músculo es el más profundo de la pared abdominal y cumple una función

estabilizadora. La tendinopatía aquí genera un dolor profundo y difuso que a menudo se describe como una molestia interna, difícil de localizar con precisión y que incrementa con esfuerzos para estabilizar el abdomen.

- **Irradiación:** Debido a su función y anchura de inserción, el dolor puede irradiarse a lo largo de la línea media e incluso sentirse en la región inguinal, derivado de la conexión con la fascia transversalis (21).

Recto Abdominal

- **Tipo de dolor:** El recto abdominal – conocido popularmente como el “six-pack” – cuando sufre una tendinopatía, genera un dolor localizado en la región central inferior, especialmente en el área donde el músculo

se inserta en el pubis. Se describe como un dolor agudo o punzante al contraerse (por ejemplo, al hacer abdominales o en movimientos bruscos de flexión del tronco), acompañado de rigidez y, en ocasiones, inflamación local.

- **Irradiación:** La irritación del tendón del recto abdominal puede causar que el dolor se irradie hacia la región suprapúbica e incluso se extienda a la ingle, en función de la distribución nerviosa de la zona (22,23).

Dolor en el Músculo Piramidal

Localización y Calidad:

El músculo piramidal es un pequeño músculo situado en la parte inferior y anterior de la pared abdominal, cerca del área suprapúbica. En su tendinopatía se

presenta un dolor muy **localizado** en la región inferior del abdomen, con sensación opresiva y a veces punzante.

Irradiación: Debido a su proximidad a la ingle y a la red inervativa de la zona pélvica, el dolor en el músculo piramidal puede irradiarse hacia la ingle, afectando estructuras adyacentes y generando incomodidad en el área pélvica (19,23).

- Anatomía de los músculos aductores:

Aductor largo:

Tipo de Dolor:

El dolor se describe como sordo, localizado y agravado por la contracción de la musculatura aductora. Es frecuente que se presente una molestia en el borde superior

de la ingle, especialmente durante actividades deportivas o esfuerzos que impliquen aducción forzada.

- **Irradiación:** La irradiación puede extenderse desde el punto de inserción hacia la parte media de la cara interna del muslo, siguiendo la distribución de los nervios intercostales y el nervio obturador (24,19).

Aductor corto:

- **Tipo de Dolor:** La tendinopatía en este músculo se manifiesta con un dolor profundo y concentrado en la región central o superior de la ingle. Se experimenta dolor al intentar juntar las piernas o al realizar movimientos de rotación interna.

- **Irradiación:** El dolor puede irradiarse hacia la parte media del muslo, manteniéndose generalmente en el plano medial. Debido a su posición profunda, en algunos casos el dolor se puede percibir también de forma difusa a lo largo del compartimento medial (24).

Aductor mayor: Se origina en la rama isquiopúbica del hueso coxal y se inserta en la porción lateral del tubérculo del fémur y línea áspera. (3)

- **Tipo de Dolor:** La tendinopatía del abductor mayor produce un dolor crónico y profundo, que puede sentirse como una molestia intensa en la región media-inferior de la ingle o en la parte posterior del muslo. La presencia de dolor al intentar la aducción

o al realizar movimientos de extensión del muslo es característica.

- Irradiación: Debido a su gran extensión, el dolor puede irradiarse a lo largo de la parte posterior del muslo, llegando en ocasiones a la rodilla medial (debido a la extensión de su porción hamstring) y al área interna de la cadera. Esta irradiación sigue la distribución de las fibras nerviosas y facilita la presentación de síntomas en regiones adyacentes (25).

-Anatomía del complejo aponeurótico prepúbico: Formado por la interconexión de los tendones del músculo aductor largo, aductor corto, grácil, pectíneo, aponeurosis de los músculos rectos abdominales, músculo piramidal y oblicuo externo. Este

complejo aponeurótico está relacionado con la patología a partir de una separación o avulsión de este mismo con respecto al hueso púbico, causada por una sobrecarga crónica en deportistas y a su vez la rigidez de la estructura por fibras elásticas limitadas. (18)

El complejo aponeurótico prepúbico (CAP) es una estructura fibrosa que se sitúa en la región anterior de la pelvis, íntimamente relacionada con el área del pubis. Se constituye por la interconexión de varios tendones y aponeurosis de músculos que se insertan en el hueso pubis, entre los cuales se destacan:

- Tendones del músculo aductor largo
- Tendones del músculo aductor corto (o adductor brevis)

- Tendón del músculo grácil
- Tendón del músculo pectíneo
- Aponeurosis de los músculos rectos abdominales
- Músculo piramidal
- Tendón del músculo oblicuo externo

Esta red fibrosa forma una especie de "cápsula" o placa aponeurótica que recubre y refuerza la región anterior del pubis, sirviendo como punto de anclaje para las fuerzas musculares y facilitando la transmisión y distribución de cargas desde los músculos de la pared abdominal y medial de la cadera hacia la pelvis

- **Separación o avulsión del CAP:** La sobrecarga crónica puede inducir

microtraumas repetitivos que culminan en una separación (o avulsión) del complejo con respecto al hueso pubis. Esta alteración interrumpe la continuidad de la estructura y provoca dolor en la región inguinal y el área púbica. La patología frecuentemente se confunde con lesiones en el tendón del aductor largo o con "athletic pubalgia" (síndrome de pubalgia deportiva) (26).

Discusión

La pubalgia representa un reto diagnóstico y terapéutico por su presentación clínica inespecífica, su anatomía compleja y nomenclatura inconsistente. A pesar de los esfuerzos por estandarizar el abordaje a nivel internacional, aún existen controversias en los términos y divergencias

en los criterios diagnósticos, esto afecta la toma de decisiones, plan de manejo y la calidad de la evidencia publicada.

En este sentido, el Manchester Consensus (Sheen et al., 2014) estableció hito al proponer el término “disrupción inguinal” (ID) como denominación preferida en lugar de “hernia del deportista” o “pubalgia atlética” señalando que en la mayoría de los casos no se evidencia una hernia anatómica verdadera. Este consenso subraya la necesidad de una evaluación clínica rigurosa con un enfoque multidisciplinario, terapéutico, en la cual se individualiza el tratamiento inicial, reservando los procedimientos quirúrgicos para casos complejos.

De manera complementaria, Mitrousias et al. (2023) revisaron la terminología empleada en la literatura actual, evidenciando que términos como “pubalgia atlética” y “lesiones de los músculos del core” continúan usándose de manera ambigua, en ocasiones incluso sin correlación anatómica clara. Estos autores proponen un enfoque diagnóstico que se basa en la anatomía funcional, en línea con los consensos de Manchester, Doha y el italiano, buscando mejorar la clínica y la práctica basada en evidencia.

Así mismo, la relevancia deportiva y clínica de este diagnóstico ha sido destacada por Castle et al. (2021), quien analizó los efectos del tratamiento quirúrgico de la pubalgia en jugadores de la NBA. A pesar de que se observó una tasa de retorno al juego del

90,9 %, también se documentó una reducción significativa en la duración de la carrera y en los indicadores de rendimiento durante el primer año del postoperatorio. Estos hallazgos reafirman la necesidad de criterios diagnósticos precisos que permitan evitar procedimientos quirúrgicos tardíos o innecesarios.

En lo referente al diagnóstico por imagen, Zoga et al. (2008) demostraron que la resonancia magnética (RMN) es una herramienta específica y sensible para la identificación de lesiones en el complejo recto abdominal- aductor largo, el cual es un hallazgo frecuente en pacientes con pubalgia. Sin embargo, también se destaca que en múltiples ocasiones las imágenes no permiten distinguir entre las lesiones aisladas y patologías coexistentes, lo que

refuerza la importancia del examen físico experto y la correlación clínico- radiológica.

Estos estudios refuerzan la hipótesis de que la pubalgia no representa una entidad única, sino un síndrome multifactorial y dinámico, su abordaje requiere criterios anatómicos estandarizados, claridad conceptual y manejos terapéuticos individualizados. La adopción de un lenguaje común, avalado por guías consensuadas, permitirá mejorar la calidad de las investigaciones y los desenlaces en los deportistas afectados.

Conclusión

La pubalgia constituye un síndrome clínico de naturaleza multifactorial, cuyo diagnóstico y tratamiento continúan siendo

complejos debido a la falta de estandarización en su definición dentro de la práctica médica y deportiva. El término ha quedado obsoleto y clasificarlo según la estructura anatómica afectada facilitaría éxito clínico. Se destaca un consenso creciente hacia clasificaciones basadas en criterios anatómicos y etiológicos específicos. En este contexto, herramientas diagnósticas como la resonancia magnética han demostrado elevada sensibilidad y especificidad para identificar patrones lesionales en estructuras clave incluyendo el recto abdominal, los aductores y la sínfisis púbica, aunque su interpretación exige complementarse siempre con una evaluación física exhaustiva y holística ya que ayuda a realizar un diagnóstico diferencial e individualizar el tratamiento.

Esto permitiría reservar las intervenciones quirúrgicas únicamente para los casos refractarios. Esta estrategia favorece la reducción de procedimientos innecesarios y optimizar los desenlaces funcionales en atletas y pacientes físicamente activos.

En suma, la consolidación de criterios diagnósticos estandarizados y la profundización en la comprensión funcional de la anatomía implicada resultan esenciales para perfeccionar el abordaje clínico de la pubalgia. La integración de consensos internacionales en la práctica cotidiana se perfila como un elemento decisivo para avanzar hacia una medicina deportiva más precisa, segura y sólidamente fundamentada en la evidencia científica. La constancia actual sugiere abandonar el término genérico 'pubalgia' en

favor de la clasificación basada en la entidad anatómica afectada. Esto permite tratamientos más específicos y efectivos.

REFERENCIAS

1. Revistasanitariadeinvestigacion.com. [citado el 17 de abril de 2025]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-pubalgia-articulo-monografico/?form=MG0AV3>
2. International Society of Arthroscopy, Knee Surgery, Orthopaedic Sports Medicine. Anatomía y terminología del dolor inguinal: conceptos actuales. Traumato Site - Información, Actualización y Educación en Traumatología. Traumato Site; 2024 [citado el 17 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.traumato.site/es/anatomia-y-terminologia-del-dolor-inguinal-conceptos-actuales>
3. Mitrousias V, Chytas D, Banios K, Fyllos A, Raoulis V, Chalatsis G, et al. Anatomy and terminology of groin pain: Current concepts. J ISAKOS. 2023;8(5):381–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jisako.2023.05.006>
4. Pubalgia del deportista u osteopatía de pubis [Internet]. Fisioterapia Talavera Martín Vasco. [citado el 17 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.martinvasco.es/patologias/cadera/pubalgia-deportista-osteopatia-pubis/>
5. Castle JP, Kessler A, Abbas MJ, Wager S, Khalil LS, Okoroha KR, et al. High return to play rate and reduced career longevity following surgical management of athletic pubalgia in National Basketball Association players. Arthrosc Sports Med Rehabil [Internet]. 2021;3(5):e1359–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.asmr.2021.07.001>
6. Sheen AJ, Stephenson BM, Lloyd DM, Robinson P, Fevre D, Paaanen H, et al. “Treatment of the sportsman’s groin”: British Hernia Society’s 2014 position statement based on the Manchester Consensus Conference. Br J Sports Med. 2014;48(14):1079–87. Disponible

en: <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2013-092872>

7. Mitrousias V, Chytas D, Banios K, Fyllos A, Raoulis V, Chalatsis G, et al. Anatomy and terminology of groin pain: Current concepts. J ISAKOS [Internet]. 2023;8(5):381–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jisako.2023.05.006>

8. Revistasanitariadeinvestigacion.com. [citado el 17 de abril de 2025]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-pubalgia-articulo-monografico/?form=MG0AV3>

9. Zoga AC, Kavanagh EC, Omar IM, Morrison WB, Koulouris G, Lopez H, et al. Athletic pubalgia and the “sports hernia”: MR imaging findings. Radiology [Internet]. 2008;247(3):797–807. Available from: <http://dx.doi.org/10.1148/radiol.2473070049>

10. Expert Panel on Gastrointestinal Imaging, Garcia EM, Pietryga JA, Kim DH, Fowler KJ, Chang KJ, et al. ACR appropriateness criteria®

hernia. J Am Coll Radiol. 2022;19(11S):S329–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacr.2022.09.016>

11. Phillips E, Khoury V, Wilmot A, Kelly JD 4th. Correlation between cam-type femoroacetabular impingement and radiographic osteitis pubis. Orthopedics. 2016;39(3):e417-22. Available from: <http://dx.doi.org/10.3928/01477447-20160404-03>

12. Lee CH, Dellon LA. Surgical management of groin pain of neural origin1. J Am Coll Surg. 2000;191(2):137–42. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s1072-7515\(00\)00319-7](http://dx.doi.org/10.1016/s1072-7515(00)00319-7)

13. Bradshaw C, McCrory P, Bell S, Brukner P. Obturator nerve entrapment. A cause of groin pain in athletes: A cause of groin pain in athletes. Am J Sports Med [Internet]. 1997;25(3):402–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/03635465970250032>
2

14. Litiasis. Referencia: Prete FP, Pezzolla A, De Leo V, Di Palma G, Prete F. Inguino-scrotal herniation of the ureter containing stones. Hernia [Internet]. 2016;20(6):887–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-015-1400-7>
15. Hedelin H, Johannisson H, Welin L. Prevalence of the chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome among 40-69-year-old men residing in a temperate climate. Scand J Urol. 2013;47(5):390–2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/00365599.2012.756930>
16. Hosalkar HS, Pennock AT, Zaps D, Schmitz MR, Bomar JD, Bittersohl B. The Hip Antero-Superior Labral Tear with avulsion of rectus femoris (haltar) lesion: Does the slap equivalent in the hip exist? Hip Int [Internet]. 2012;22(4):391–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5301/hip.2012.9470>
17. Scheltinga MR, Roumen RM. Anterior cutaneous nerve entrapment syndrome (ACNES). Hernia [Internet]. 2018;22(3):507–16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-017-1710-z>
18. Siawash M, Ten WT, Scheltinga M. diagnostic characteristics of anterior cutaneous nerve entrapment syndrome in childhood. eur J pediatr. 2018;177:835–9.
19. G N Bisciotti P, Belli G, Bellistri P, Bonaiuti G, Carimati GL, Canata G, et al. Vuckovic - Groin Pain Syndrome Italian Consensus Conference on terminology. 2016;2.
20. Bisciotti GN, Zini R, Aluigi M, Aprato A, Auci A, Bellinzona E, et al. Groin Pain Syndrome Italian Consensus Conference update 2023. J Sports Med Phys Fitness [Internet]. 2024;64(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23736/s0022-4707.23.15517-4>

21. Felman A. Oblique muscle pain: Causes, treatment, and more. Medicalnewstoday.com. Medical News Today; 2024 [citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/oblique-muscle-pain>

22. Weerakkody Y, Knipe H. Tendinopathy. En: Radiopaedia.org. Radiopaedia.org; 2019.

23. Shian B, Larson ST. Abdominal wall pain: Clinical evaluation, differential diagnosis, and treatment. Am Fam Physician [Internet]. 2018 [citado el 18 de mayo de 2025];98(7):429–36. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/1001/p429.html>

24. Rectus abdominus tendinopathy. Physio.co.uk. [citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.physio.co.uk/what-we-treat/musculoskeletal/conditions/abdominals/rectus-abdominus-tendinopathy.php>

25. Valent A, Frizziero A, Bressan S, Zanella E, Giannotti E, Masiero S. Insertional tendinopathy of the adductors and rectus abdominis in athletes: a review. Muscles Ligaments Tendons J [Internet]. 2012 [citado el 18 de mayo de 2025];2(2):142–8. Disponible en: <https://www.mltj.online/wp-content/uploads/2019/01/Insertional-tendinopathy-of-the-adductors-and-rectus-abdominis-in-athletes-a-review.pdf>

26. Physio-pedia.com. [citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.physio-pedia.com/Adductor_Tendinopathy

27. Gasnick K. Adductor Tendinopathy: Overview and More [Internet]. Verywell Health. 2022 [citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.verywellhealth.com/adductor-tendinopathy-5224468>

28. Bisciotti A, Bisciotti GN, Eirale C, Bisciotti A, Auci A, Bona S, et al. Prepubic aponeurotic complex injuries: a structured narrative review. J Sports Med Phys Fitness. 2022;62(9):1219–27.

Disponible en:

<https://www.minervamedica.it/en/journals/sports-med-physical-fitness/article.php?cod=R40Y2022N09A1219>