

HIPOTESIS: CAUSA DE LA PUBALGIA DEL FUTBOLISTA.

Juan José Gascó Esparza

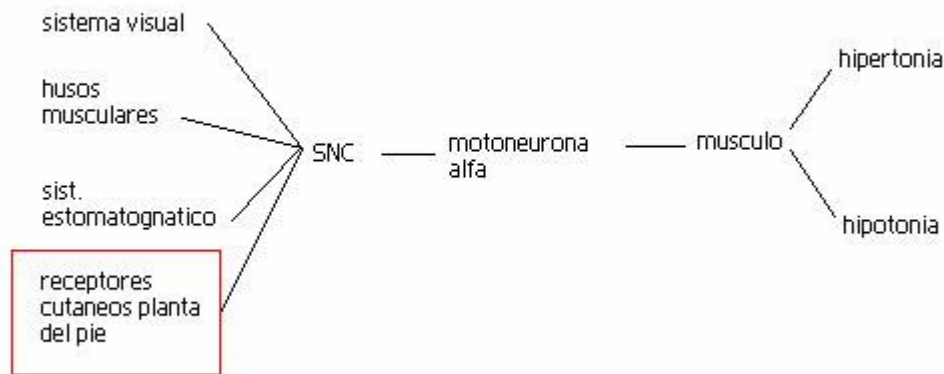
Diplomado en Fisioterapia en E.U. de Fisioterapia de Valencia

La pubalgia del futbolista tiene múltiples denominaciones (1) tales como pubalgia, entesitis pubis, osteopatía dinámica de pubis, o entesitis osteoperiostica de los adductores entre otras, aunque estas son las mas comunes y utilizadas. Actualmente no existe mucha concordancia en cuanto a la causa de producción de la pubalgia. Se barajan diversos factores, que se pueden clasificar en internos o intrínsecos y externos o extrínsecos. Son los siguientes:

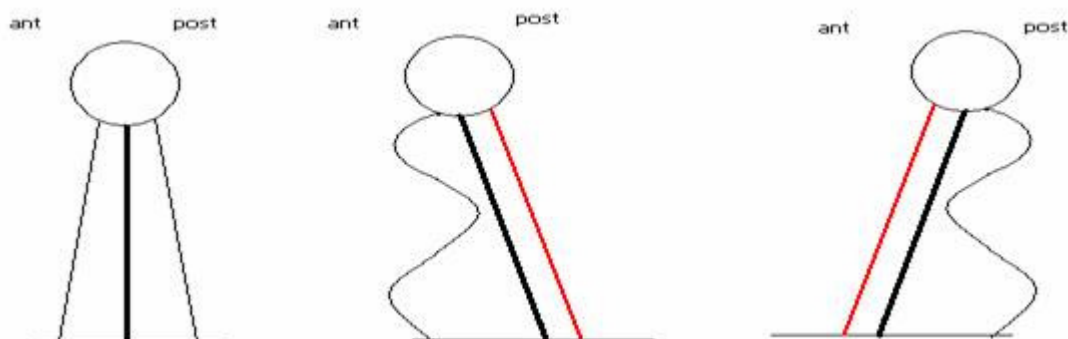
1. intrínsecos:
 1. alteraciones estáticas posturales
 1. anteversion pélvica exagerada con hiperlordosis lumbar
 2. anomalía articular sacroiliaca
 3. anomalías columna lumbo-sacra
 4. desigualdad de longitud de miembros inferiores
 5. déficit posturales y de apoyo de miembros inferiores
 6. operaciones abdominales
 2. alteraciones dinámicas musculares
 1. hipertrofia , acortamiento y déficit de adductores
 2. deficiencia de abdominales
 3. acortamiento de lumbares
 4. debilidad de isquiotibiales
 5. déficit relativo de glúteos
 6. asimetría de fuerza bilateral
 3. déficit cualitativo
 1. déficit de aptitud física
 2. deficiencia técnica de movimientos
 4. factor neurogenico
 1. cizallamiento muscular sobre el nervio crural
 2. irritación nerviosa por déficit posturales
 3. irritación nerviosa por inflamación local
2. extrínsecos:
 1. microtraumatismos repetidos
 2. errores de periodización
 1. exceso de cargas (volumen-intensidad)
 2. déficit de recuperación
 3. exceso de competencia y/o competiciones
 4. incorrecta utilización de implementos
 3. otras causas
 1. superficies inadecuadas
 2. uso de anabólicos
 3. infiltraciones locales
 4. ausencia de calentamiento previo

Como se puede apreciar, la verdad es que no hay mucha concordancia en cuanto a la/s causa/s por la cuales se produce esta patología. Para entender esta patología hay que partir de la base de los signos objetivables y comunes al 100% de los casos los cuales son una inflamación del tendón-inserción de los adductores a nivel del pubis , y una inflamación del periostio también a este nivel (*). Estos 2 signos se deben a que hay una excesiva sollicitación de tensión por parte de los adductores, traccionando hacia abajo. Cuando esta tensión excesiva es constante, es cuando se producen los signos anteriormente citados. Pero la pregunta lógica, una vez llegado a este punto seria: y cual es el factor que determina un exceso de tensión continua (llámesele hipertonia muscular) por parte de los adductores? Pues bien, a priori tiene fácil respuesta, aunque antes de todo se debe hacer un buen planteamiento.

El tono muscular viene dado por la frecuencia y duración de impulsos de la motoneurona alfa , y esta a su vez esta regulada por el "sentido del equilibrio" (SNC) y por la voluntad de acción voluntaria (2). Una persona en posición estática en bipedestación mantiene dicha postura por el tono muscular , el cual es regulado según los estímulos que envíen los diferentes receptores de posición. Los receptores más importantes en esta posición son los receptores cutáneos de presión de la planta del pie (3). Estos receptores envían señales al SNC, el cual las interpreta y modifica la acción de la motoneurona alfa, provocando un cambio en el tono muscular (3).



Por tanto, si en posición estática existe un desequilibrio permanente del cuerpo (y por tanto de centro de gravedad) en cualquiera de los 3 planos, habrá un desequilibrio en el tono de la musculatura agonista-antagonista para compensarlo (3, *).



Por este principio, si el cuerpo está "desplazado" hacia atrás (el C de G lógicamente también lo está), habrá una sobretensión o hipertonia de los músculos de la parte anterior para compensar este desequilibrio, mientras que la parte posterior estará hipotónica (4). Los músculos antigravitatorios (que así es como se llaman los músculos que compensan este desequilibrio) de la parte anterior son: tibial anterior, recto anterior del cuádriceps, aductores (medio ++), recto del abdomen, pectoral y esternocleidomastoideo (2). Si se observan detenidamente los músculos de la lista anterior se aprecia que los únicos músculos con origen e inserción común son los aductores y el recto del abdomen. Por tanto cabe pensar (*) que en caso de centro de gravedad posterior, existirá en esta zona de inserción común (pubis) un cruce de fuerzas importante. Este cruce de fuerzas es el causante de la inflamación de las inserciones de los aductores. Además, en el deporte del fútbol este cruce de fuerzas se ve aumentado por el par de fuerzas creado en el momento del chute, que agrava un poco más si cabe este cuadro.

CONCLUSION (*)

A modo de resumen de todo lo anterior se puede decir que la pubalgia del futbolista está provocada por un centro de gravedad posterior, el cual está compensado por una hipertonia muscular (o tensión excesiva continua) de aductores y recto del abdomen (entre otros músculos), creando a nivel del pubis (inserción común) un cruce de fuerzas de sentido opuesto, que ocasionan una sobresolicitación de la inserción de los aductores, provocando a medio/largo plazo una inflamación del tendón insercional y/o del periostio del pubis. Este cruce de fuerzas puede verse aumentado en el deporte del fútbol por el cruce de fuerzas que ocurre en el momento del chute, aunque también se ven casos de pubalgia en otros deportes.

1. Benítez Franco C. PowerPoint sacado de www.deporteymedicina.com.ar
1. Guyton AC y Hall JE: Tratado de fisiología médica. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 9º edición. 1996.
1. Snell RS. Neuroanatomía clínica. Editorial medica Panamericana. 4º edición. 1989.
1. Ricard F y Sallé : Tratado de osteopatía. Teorico y práctico. Editorial Mandala. 2º edición. 1995.

©www.efisioterapia.net - portal de fisioterapia y rehabilitacion