

## Editorial

# La hernia del deportista: ¿hay alguna certeza en el enigma del dolor inguinal en los atletas?

*Sportsman hernia: is there any conviction in the enigma of the groin pain in athletes?*



El dolor inguinal en el atleta es de origen multifactorial, con patologías superpuestas y un rango de diagnósticos y de potenciales tratamientos que anuncian el comienzo de casi todos los trabajos o conferencias sobre el tema. ¡De hecho, la condición parece volverse más compleja cada año que pasa! Pero, tal vez en nuestro deseo de comprender el dolor inguinal en su totalidad, ¡hemos perdido el sitio del síndrome clínico original y específico que ha generado tanta discusión y confusión (1)!

El síndrome original de la ingle del deportista (también llamado ingle del futbolista) fue popularizado por el cirujano inglés, Jerry Gilmore, en la década de 1980 (2). Tras una cirugía exitosa en varios futbolistas internacionales, todos ellos sin haber podido jugar durante meses, Gilmore caracterizó el síndrome como aquel que ocurre en hombres jóvenes, físicamente activos, con dolor inguinal que se exagera por movimientos específicos durante y después del ejercicio. El sitio del dolor estaba sobre el anillo inguinal superficial que, clásicamente, se encontró dilatado en comparación con el lado normal. También notó una sensibilidad en el canal inguinal y una debilidad de la pared posterior. En la cirugía, los hallazgos característicos fueron una aponeurosis del músculo oblicuo externo rasgada, lo que provocó la dilatación del anillo inguinal superficial, y un tendón conjunto desgarrado con dehiscencia del ligamento inguinal, que también se desgarró. La cirugía involucró una reparación anatómica anterior de los músculos de la ingle (3).

A medida que la condición se volvió más ampliamente reconocida, se usaron diferentes términos para describirla. La «ingle de Gilmore» se usó ampliamente en el Reino Unido y en la hernia del deportista, aunque anatómicamente incorrecta (no hay hernia) se hizo popular entre los que la padecían. Otros términos incluyen la «pubalgia del atleta» y la «ingle del hockey». Con cada reiteración parecía aplicarse a una gama más amplia de síntomas y signos, todos con la característica común de dolor en la ingle o alrededores. De este modo, la ingle del deportista se convirtió pronto en un término genérico que cubría todas las causas del dolor inguinal en los atletas, perdiendo sitio el síndrome clínico original, bien

definido; lo que creaba falsas expectativas de que la cirugía podría ser la cura en todos los casos.

Los esfuerzos más recientes han intentado deshacer la ambigüedad creada por la confusa terminología. El Consenso de Doha examinó el problema desde una perspectiva anatómica y según el sitio del dolor, describiendo cuatro entidades: a) dolor relacionado con el abductor; b) dolor relacionado con el psoasiliaco; c) dolor relacionado con el canal inguinal; y d) dolor relacionado con el pubis (4). A esto se podría agregar el dolor relacionado con la cadera, visto en el síndrome de compresión femoroacetabular. La Conferencia de Consenso Italiana sobre el síndrome de dolor inguinal dio un paso más y consideró la importancia de la evaluación clínica y del diagnóstico por la imagen (5). El Consenso de Manchester, en el Reino Unido, se centró en el síndrome específico de la ingle de Gilmore y consideró diferentes abordajes quirúrgicos, así como la recomendación de la «interrupción inguinal» como el término más adecuado para denominarlo, ya que refleja no solo la sintomatología sino también la base anatómica de la lesión (6). Históricamente, el dilema diagnóstico nunca fue apoyado por la falta de una prueba de imagen definitiva, por lo que la alteración inguinal, erróneamente, se convirtió en un diagnóstico de exclusión por aquellos que no entendían el síndrome. En la actualidad, la mejora en el diagnóstico por imagen mediante una resonancia magnética (RM), analizando las secuencias adecuadas y, lo más importante, con una experiencia adecuada del radiólogo musculoesquelético, los cambios que respaldan el diagnóstico pueden encontrarse en el 80 % de los casos (7).

Si bien los síntomas específicos, los signos y los hallazgos radiológicos definen la condición como distinta de otras causas de dolor inguinal, queda a debate cuál debe ser la forma correcta de cirugía (8). Si aceptamos que la ruptura de la ingle es una lesión musculotendinosa compleja de las estructuras de la pared abdominal anterior (como se describió originalmente), entonces, la única forma lógica de repararla quirúrgicamente sería mediante un abordaje anterior, con cada elemento de la disrupción reparado con suturas, lo que resulta una reparación anatómica, funcional y

fisiológica (una reconstrucción de la ingle). Colocar únicamente una malla sobre los músculos rotos no tiene sentido y puede provocar dolor crónico junto con la incapacidad de volver a realizar deporte. Un abordaje laparoscópico es similarmente ilógico. Una malla intraabdominal o colocada posteriormente no contribuye al tratamiento de las láminas musculotendinosas de la pared abdominal anterior, además del problema recientemente destacado del dolor crónico causado por la propia malla.

Después de la cirugía, un programa de rehabilitación estructurado es fundamental, y también lo es la participación de un equipo multidisciplinario que involucre, no solo a cirujanos generales con experiencia en reconstrucción inguinal, sino también a médicos deportivos, fisioterapeutas, anestesiólogos especialistas y cirujanos ortopédicos, así como a especialistas en dolor.

Por tanto, mientras que el dolor inguinal del atleta puede ser complejo, no debemos confundirnos dentro de la generalidad, y dentro de este acertijo diagnóstico se encuentra un síndrome bien definido como «íngle de Gilmore» (disrupción inguinal), con síntomas, signos y hallazgos radiológicos demostrables. Aprender a reconocerlo y tratarlo adecuadamente permitirá a muchos atletas regresar a su deporte, sin ofrecer falsas esperanzas al resto de pacientes.

## Bibliografía

1. Dimitrakopoulou A, Schilders E. Sportaman's hernia? An ambiguous term. *J Hip Preserv Surg.* 2016;3(1):16-22.
2. Gilmore OJA. Gilmores' groin. *Sports Medicine and Soft Tissue Trauma.* 1992;3:12-4.
3. Gilmore J. Groin pain in the soccer athlete: fact, fiction, and treatment. *Clin Sports Med.* 1998;17:787-93.
4. Weir A, Brukner P, Delahunt A, Ekstrand J, Griffin D, Khan KM, et al. Doha agreement meeting on terminology and definitions in groin pain in athletes. *Br J Sports Med.* 2015;49:768-74.
5. Bisciotti GN, Volpi P, Zini R, Auci A, Aprato A, Bell AA, et al. Groin Pain Syndrome Italian Consensus Conference on terminology, clinical evaluation and imaging assessment in groin pain in athlete. *BMJ Open Sport Exerc Med.* 2016;2:e000142.
6. Sheen AJ, Stephenson BM, Lloyd DM, Robinson P, Fevre D, Paajanen 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;48:1079-87.
7. Cross SG, Rastogi A, Ahmad M, Carapeti E, Marsh S, Jalan R. Sportsman's groin: Importance of a multidisciplinary approach. *European Society for Musculoskeletal Radiol.* DOI: 10.1594/essr2013/P-0139.
8. Garvey JFW, Read JW, Turner A. Sportsman hernia: what can we do? *Hernia.* 2010;14:17-25.

S. K. Marsh

Consultant Surgeon and Surgical Director. Gilmore Groin and Hernia Clinic. Londres (Inglaterra)  
Correo electrónico: [simon.k.marsh@gmail.com](mailto:simon.k.marsh@gmail.com)

2255-2677/© 2018 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Arán ediciones, S.L. Todos los derechos reservados.  
<http://dx.doi.org/10.20960/rhh.133>