



Revista Portuguesa  
de

# irurgia

II Série • N.º 10 • Setembro 2009

# Hérnia do desportista

EXPERIÊNCIA PESSOAL

*J. Vieira Amândio<sup>1</sup>; Jorge Maciel<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Chefe de Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho  
Professor Associado Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

<sup>2</sup> Director do Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho  
Professor Titular de Cirurgia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

## INTRODUÇÃO

Em 1980 Gilmore<sup>(1)</sup> apresentava os 3 primeiros casos de jogadores profissionais de futebol com dor mal definida a nível da região inguinal, sem melhoria com tratamento conservador. Foram submetidos a reparação cirúrgica da parede posterior do canal inguinal e retomaram a sua actividade profissional sem restrição.

A dor inguinal nos atletas de quase todas as modalidades (excluindo a natação pela posição horizontal em que a praticam) foi durante muitos anos denominada como pubalgia, já que os sintomas se localizavam na região púbica. Com a evolução dos meios complementares de diagnóstico, veio a verificar-se a existência de outras patologias, que ocasionavam sintomas na mesma área anatómica, tais como tendinites, fracturas de stress, artrites, bursites, rupturas musculares, patologias da coluna, nevrites, problemas urológicos, doenças do tecido conjuntivo e outros mais.

O exame físico não permite detectar a clássica hérnia inguinal nestas situações e nenhum exame complementar de diagnóstico é conclusivo, incluindo a ecografia com manobra de Valsalva. Trata-se, portanto, de um diagnóstico de exclusão, mas que justifica uma abordagem cirúrgica, que na nossa experiência, tem obtido resultados excelentes, sobretudo em atletas de alta competição, com rápida recuperação e início precoce da actividade desportiva.

## EPIDEMIOLOGIA

Não é conhecida a verdadeira incidência da hérnia do desportista, mas tal como outros<sup>(2,3)</sup>, pensamos que se trata da causa mais comum, de dor crónica da virilha nos atletas. Alguns autores europeus<sup>(4)</sup> referem na área do futebol uma incidência até 60%. Conforme os países e o predomínio de determinadas modalidades, assim é mais frequente este tipo de patologia, embora se evidenciem o futebol, hóquei (em patins em Portugal, no gelo noutros países), rugby, atletismo, basquetebol, voleibol e andebol, ou seja actividades em que a violência dos movimentos na ocasião do remate, ou os movimentos súbitos de rotação, implicam um grande esforço a nível da parede inferior do abdómen<sup>(1)</sup>.

Atendendo às características anatómicas da região inguinal, a hérnia do desportista é mais frequente no homem. Na mulher, no diagnóstico diferencial, há também que associar alguns problemas ginecológicos, tais como endometriose através do ligamento redondo<sup>(5)</sup> situação com a qual já nos deparamos.

## PATOFISIOLOGIA

A grande maioria dos autores, considera que os factores mais importantes na dor inguinal dos atletas, não serão propriamente relacionados com a existência de uma hérnia inguinal, dificilmente demonstrada por qualquer meio de diagnóstico, mas sim com uma debi-



lidade da parede posterior do canal inguinal, associada a um alargamento dos anéis inguinais, interno e externo. Tais factores, resultariam de situações congénitas ou adquiridas, mas sempre relacionadas com a separação entre os tendões dos músculos regionais, sobretudo o denominado “tendão conjunto” (bordo inferior comum dos músculos oblíquo interno e transverso do abdómen) e o músculo recto abdominal, que funcionam em contra-esforço com alguns músculos da coxa, nomeadamente do grupo dos adutores. Por tal razão, em algumas situações, torna-se necessário associar o reforço cirúrgico da parede posterior do canal inguinal à tenotomia do adutor médio, que pela sua inserção púbica mais tendinosa, é o mais responsabilizado pelas queixas dos atletas a esse nível. A debilidade da parede posterior do canal inguinal, foi demonstrada em 80% dos atletas submetidos a cirurgia por dor inguinal <sup>(1,6)</sup> e em 40% foi também demonstrada lesão a nível dos adutores <sup>(1)</sup>

O excessivo desenvolvimento dos adutores, por treino intensivo e mal orientado, também tem sido referenciado por alguns <sup>(1)</sup>.

Mas é necessário não esquecer, que para existir dor, terá que haver compromisso de estruturas nervosas. Nesta situação, os nervos em causa são o ilioinguinal e o genitofemoral, que acompanham o trajecto das fibras musculares do cremaster, músculo originado do oblíquo interno. Devido à fragilidade da parede posterior do cordão e à dilatação dos anéis inguinais, durante o esforço do atleta, sobretudo se associado a adução forçada, a gordura preperitoneal tenta penetrar o anel inguinal profundo e comprime os nervos em causa, provocando a dor que irradia normalmente para a sínfise púbica e face medial da coxa, áreas de distribuição desses nervos.

Tratando-se de nervos essencialmente sensitivos, a sua secção, conjuntamente com o cremaster (técnica já descrita por Bassini, o pai da cirurgia herniária inguinal), faz parte da técnica que utilizamos no tratamento destas situações, o que desde logo vai beneficiar o atleta em termos de queixas.

## CLÍNICA

Os sintomas iniciais do atleta são vagos, o que torna difícil o diagnóstico. Referem uma dor no abdómen

inferior, por vezes irradiada para a sínfise púbica e face medial da coxa, que pode ser bilateral e é mais acentuada no fim do treino ou do jogo, normalmente com vários meses de evolução e com várias tentativas de tratamento conservador. Habitualmente não há referência a traumatismo local prévio, embora os atletas se recordem da data do início das queixas e a relacionem com esforço violento, ou movimentos súbitos de rotação e hiperextensão.

No exame físico não se detecta hérnia, mas o anel inguinal superficial está dilatado, permitindo a passagem do dedo indicador, o que provoca dor, se for pedido ao atleta que efectue a flexão ou adução da coxa e a manobra de Valsalva. Foi descrito que até 88% dos atletas, apresentava dor durante a adução contra resistência <sup>(8)</sup>.

O diagnóstico de hérnia do desportista em não atletas profissionais, deve ser sempre bem avaliado, já que apenas cerca de um terço beneficiará com a cirurgia <sup>(5)</sup>.

## DIAGNÓSTICO

Pelo que já foi referido, o diagnóstico de hérnia do desportista é essencialmente clínico, com a história de um atleta de alta competição, com dor crónica na região inguinal, irradiada para a sínfise púbica e área dos adutores e exame físico que confirma dilatação dos anéis inguinais. O Rx convencional, a ecografia e a TAC, ajudam a excluir outras patologias que podem confundir os sintomas <sup>(9,10,11,12)</sup>. Em situações de grande dúvida de diagnóstico, sobretudo em atletas de alta competição que necessitam de rápido regresso à sua actividade, justifica-se o recurso à ressonância magnética, pela sua maior capacidade de resolução em tecidos moles. Assim, a espessura da fascia transversalis, micro roturas musculares, assimetrias musculares, processos inflamatórios, pequenos traços de fracturas e pequenas desinserções musculares, entre outras, podem ser diagnosticadas. Mas acentuamos que a ressonância magnética não diagnostica a hérnia do desportista <sup>(5,13,14)</sup>.

## TRATAMENTO

Se o diagnóstico clínico não deixar dúvida e forem



dispensados exames complementares por desnecessários, o tratamento cirúrgico pode ser rápido, assim como o início da actividade do atleta. Lamentavelmente, a observação inicial, os tratamentos aconselhados, os exames entretanto efectuados e o recurso tardio à cirurgia, com paragens longas dos atletas, atrasam inevitavelmente o início da recuperação, sendo em muitas situações efectuadas por pessoas não diferenciadas.

Obviamente que o factor económico, afecta muitas entidades desportivas.

Se o diagnóstico for efectuado correctamente, a atitude cirúrgica for a que preconizamos e a recuperação for bem orientada, a possibilidade do atleta reiniciar precocemente a sua actividade é muito alta.

De entre as inúmeras técnicas cirúrgicas que têm sido propostas para a resolução desta situação inclui-se o uso de próteses com ou sem abordagem laparoscópica.

A clínica e a patofisiologia, mas sobretudo o tipo de pacientes envolvidos, não justificam uma cirurgia sem tensão nem uma abordagem posterior, já que não há espaço para essa tensão e o problema reside não só na fascia transversalis, mas também no cordão espermático, estruturas mais facilmente abordadas por via anterior.

A distância entre o tendão conjunto (com a consistência deste) e o ligamento inguinal, não justificam a utilização de material protésico para reforço da parede posterior do canal inguinal, em atletas de alta competição, para lá dos riscos de reacções locais cuja incidência não é desprezível.

A abordagem laparoscópica, não permite a resolução de uma das principais causas de dor na hérnia do atleta. O músculo cremaster, com os seus nervos de vizinhança, ílioinguinal e ramo genital do genitofemoral, deverá ser completamente seccionado como o preconizava Bassini, já que eliminamos o permanente movimento de tensão sobre o anel inguinal profundo (o cremaster está em continuidade entre o músculo oblíquo interno e o escroto, razão pela qual o grande número de hérnias do desportista surge no sexo masculino).

A técnica por nós utilizada não é complexa, sendo de execução rápida, podendo ser realizada em ambulatório preferencialmente com pernoita e permite rápida recuperação da actividade física. É evidente que é extraordinariamente importante a cooperação e

conhecimento das equipas de anestesia, cirurgia e enfermagem, para melhor avaliação dos resultados. No nosso caso, o cirurgião foi sempre o mesmo, sem alteração da sua atitude cirúrgica em relação à hérnia do desportista. Algumas intervenções associadas, tiveram a colaboração de colegas de outras especialidades.

A anestesia geral foi utilizada na grande maioria das situações, sobretudo por opção do atleta que continua a mostrar receio das anestesia loco regionais, por provável má informação prévia à cirurgia.

A enfermagem cirúrgica conhecedora da técnica utilizada, é extremamente importante sobretudo no tempo da cirurgia (entre 20 a 30 minutos por hérnia).

Após incisão cutânea, paralela à linha que une os anéis inguinais e a abertura da aponevrose do músculo oblíquo externo, é isolado o cordão espermático, primeira estrutura a ser tratada. O músculo cremaster é completamente seccionado, conjuntamente com os nervos que o acompanham, como descrito por Bassini, até libertar completamente este músculo da parede do escroto. Como tal, desaparece a tracção escrotal sobre o anel inguinal interno durante o esforço. Consideramos este, o principal tempo cirúrgico para resolução da dor do atleta.

Em seguida visualizamos o anel inguinal interno e habitualmente constatamos que ultrapassa o diâmetro do nosso indicador e apresenta, após estiramento do cordão espermático, um pequeno saco herniário, por vezes com lipoma pré-herniário.

Após o seu isolamento, invertemos a sua extremidade distal com fixação na musculatura do “dito” tendão conjunto (a abandonada manobra de Barker).

Embora menos importante do que a primeira atitude, consideramos que esta evita, que um novo saco herniário se possa formar.

Por fim e embora constatemos que o espaço entre o bordo inferior do tendão conjunto e o ligamento inguinal é de reduzidas dimensões, sobretudo nos atletas de alta competição, efectuamos uma “plicatura” em sutura contínua, da fascia transversalis, modificando a técnica de Bassini, já que não a abrimos e não efectuamos sutura em pontos separados.

## RESULTADOS

Quando decidimos avaliar os nossos resultados e



porque iniciamos esta atitude cirúrgica em 1991, tivemos dificuldade em recolher registos de atletas operados em vários Hospitais, talvez por não termos de início, admitido a importância do problema e as publicações serem escassas.

Dos nossos registos, constam os últimos 178 atletas, dos quais 46, com hérnias bilaterais.

No total, operamos 224 hérnias, sempre com a mesma técnica. Apenas 2 atletas eram do sexo feminino e a idade de maior incidência situou-se entre os 20 e os 29 anos (121 atletas). Referimos que 19 dos casos se reportavam a jovens com menos de 20 anos. A actividade desportiva mais frequentemente envolvida nesta patologia foi o futebol (136 atletas) seguida pelo hóquei em patins (9 atletas), o futsal (9 atletas) o basquetebol (6 atletas) e o atletismo (5 atletas) de 68 clubes diferentes. Destes, 105 eram atletas profissionais.

Como cirurgias associadas foram efectuadas tenotomia dos adutores (27 casos), correcção de varicocele (9 casos) correcção de hidrocele (1 caso), circuncisão (1 caso) rinoseptoplastia (1 caso), meniscectomia (1

caso), cirurgia do ligamento cruzado (1 caso), biopsia ganglionar inguinal (1 caso) e exérese de quisto sebáceo da coxa (1 caso).

Nas situações em que foi associada tenotomia dos adutores e cirurgia de hidrocele, foi sempre deixado dreno na região inguinal.

Como complicações, há a registar uma rejeição do fio de sutura que atrasou o início da actividade desportiva e alguns hematomas da raiz do pénis e escroto, que regrediram antes do início da mesma actividade, a qual ocorreu entre as 4 e as 6 semanas após a cirurgia.

## CONCLUSÕES

A “dita” hérnia do desportista não é idêntica á hérnia inguinal clássica, o seu diagnóstico nem sempre é bem estabelecido, confundindo-se com outras causas de dor na região e o tratamento cirúrgico com a técnica que preconizamos tem mostrado elevada taxa de resolução da dor, sendo também precoce a recuperação e o reinício do desporto de alta competição.

## BIBLIOGRAFIA

1. GILMORE J.- Groin pain in the soccer athlete: fact, fiction and treatment. Clin. Sports Med 1998;17(4):787-93
2. MORELLI V., WERNERV.- Groin injuries and groin pain in athletes: part 1. Prim Care 2005;32(1):163-83
3. RENSTROEM V.- Groin injuries: a true challenge in orthopaedic sports Medicine. Sports Med. Arthrosc. 1997;5:247-51
4. KEMP S. BATT M.- The sports hernia: a common cause of groin pain. Phys Sports Med 1998; 26:36-44
5. MEYERS WC, LANFRANCO A, CASTELLANOS A. Surgical management of chronic lower abdominal and groin pain in high-performance athletes. Curr Sports Med Rep 2002; 1(5): 301-5.
6. POLGLASE AL, FRYDMAN GM, FARMER K C. - Inguinal surgery for debilitating chronic groin pain in athletes. Med J Aust 1991;155 (10): 674-7
7. GILMORE O. Gilmor 's groin: ten years experience of groin disruption-a previously unsolved problem in sportsmen. Sports Med Soft Tissue Trauma 1991; 3: 12-4
8. MEYERS WC, FOLEY DP, GARRETT WE et al. Management of severe lower abdominal or inguinal pain in high performance athletes. Am J Sports Med 2000; 28 (1): 2-8
9. ORCHARD JW, READ JW, NEOPHYCON J, et al. Groin pain associated with ultrasound finding of inguinal canal posterior wall deficiency in Australian rules footballers. Br. J. Sports Med 1998; 32 (2): 134-9
10. FON U, SPENCE RA. Sportsmen's hernia. Br J Surg 2000; 87 (5): 545-52
11. ORCHARD JW, REAND JW, VERRALL GM, et al. Pathophysiology of chronic groin pain in the athlete. Internacjonal Sportsmed. Journal 2000; 1 (1).
12. LA, KEESLING CA, MARTIN EL, et al. Abdominal wall hernias: review of herniography and correlation with cross-sectional imaging. Radiographics 1995; 15 (2): 315-32
13. VAN DEN BER JC, DE VALOIS JC, GO PM, et al. Dynamic magnetic resonance imaging in the diagnosis of groin hernia. Invest Radiol 1997; 32 (10): 644-7.
14. MACLEOD DA, GIBBON WW. The sportsman's groin. Br J Surg 1999; 86 (7): 849-50.

### Endereços para correspondência:

jvamandio@gmail.com

jmacielsbarbosa@netcabo.pt

