

Além da “Hérnia do Esporte”: Abordagem da Ruptura Inguinal no Atleta

A dor crônica na virilha em atletas de alto rendimento representa um dos maiores desafios diagnósticos na cirurgia da parede abdominal e na medicina esportiva. A complexidade anatômica da pelve e a frequente sobreposição de sintomas exigem do cirurgião uma abordagem sistemática e baseada em evidências.

Fundamentos da ruptura inguinal no atleta

O termo “hérnia do esporte”, embora amplamente utilizado, constitui um equívoco conceitual e anatômico. Na maioria dos casos, não há saco herniário verdadeiro nem protrusão de conteúdo visceral através de um defeito fascial. Para padronização da comunicação, o **Acordo de Doha** recomenda a nomenclatura “dor na virilha relacionada à região inguinal” (*inguinal-related groin pain*), enquanto o **Consenso de Manchester** consolidou o termo **Ruptura Inguinal** (*inguinal disruption*).

Do ponto de vista da cirurgia da parede abdominal, **trata-se de um desequilíbrio biomecânico** no fulcro da sínfise púbica. A musculatura adutora da coxa exerce tração inferior sobre a pelve, superando a capacidade de contenção da musculatura abdominal inferior (reto abdominal e oblíquos). Esse mecanismo leva a microlesões e frouxidão das estruturas de contenção, especialmente da fáscia transversalis e do tendão conjunto. O resultado é uma **instabilidade mecânica que compromete a dinâmica do core e da sínfise púbica, e não uma hérnia clássica.**

A Ruptura Inguinal raramente ocorre de forma isolada. Alterações intra-articulares, como o impacto femoroacetabular (IFA), reduzem a rotação do quadril e transferem carga excessiva para a sínfise púbica e para a parede posterior, tornando essencial a exclusão de IFA, osteíte púbica e lesões do adutor longo no planejamento terapêutico.

Essa interação biomecânica reforça que, sob a perspectiva ortopédica, a **dor inguinal crônica integra um espectro de sobrecarga do complexo púbico**, incluindo osteíte da sínfise púbica, edema ósseo subcondral, lesão da placa aponeurótica reto abdominal–adutor longo e tendinopatia ou ruptura parcial do adutor longo. A sínfise púbica atua como centro de transmissão de forças entre tronco e membros inferiores; seu desequilíbrio leva a microinstabilidade e sobrecarga repetitiva. Fatores perpetuadores, como limitação da rotação do quadril, impacto femoroacetabular, rigidez lombo-pélvica e alterações no controle neuromuscular do core, devem ser investigados, uma vez que o tratamento isolado de um único componente raramente resolve o quadro.

Avaliação clínica: o papel central do exame físico

O **diagnóstico é eminentemente clínico** e baseia-se na reprodução da dor e na avaliação da integridade do canal inguinal. O exame físico deve ser sistemático, incluindo palpação dirigida da região inguinal e invaginação escrotal associada à manobra de Valsalva, permitindo a identificação de alterações dinâmicas da parede posterior.

Conforme o **Consenso de Manchester**, o diagnóstico é estabelecido pela presença de **pelo menos três dos cinco sinais cardinais**:

1. Dor pontual à palpação do tubérculo púbico

2. Dor à palpação profunda do anel inguinal profundo
3. Dor e/ou dilatação do anel inguinal superficial na ausência de massa herniária evidente
4. Dor na origem do tendão do músculo adutor longo
5. Dor inguinal difusa, irradiada para o períneo ou face medial da coxa

A avaliação deve contemplar a aponeurose púbica, a musculatura adutora e a parede abdominal, com ênfase em testes provocativos capazes de reproduzir a dor e localizar a estrutura acometida.

Os testes dos adutores são fundamentais, especialmente o **teste de adução resistida do quadril** (*Resisted Adduction Test*), frequentemente realizado na forma de *squeeze test* em suas variações. Quando disponível, o uso de dinamômetro permite quantificação objetiva da força.

A **avaliação da parede abdominal** inclui o teste excêntrico do reto abdominal, o *sit-up test* e o teste excêntrico dos músculos oblíquos. A positividade desses testes sugere envolvimento da parede abdominal ântero-inferior e da unidade funcional reto abdominal–adutor longo.

A sensibilidade à palpação do anel inguinal superficial e a exacerbação da dor à manobra de Valsalva são achados sugestivos de deficiência da parede posterior. A invaginação escrotal pode evidenciar abaulamentos dinâmicos ou áreas de fraqueza, fornecendo um correlato clínico direto da instabilidade mecânica.

Exames de imagem: papel complementar na confirmação diagnóstica

Embora a avaliação clínica seja mandatária, os exames de

imagem desempenham papel complementar na confirmação diagnóstica e no direcionamento da conduta. Seu **objetivo principal é avaliar a integridade do complexo aponeurótico pré-púbico e a competência mecânica da parede posterior.**

A ultrassonografia (USG), especialmente em sua forma dinâmica, permite a avaliação em tempo real da parede posterior. A visualização do abaulamento exagerado (*ballooning*) da fáscia transversalis durante a manobra de Valsalva constitui um marcador de deficiência inguinal. Além disso, auxilia na avaliação dos adutores e na exclusão de hérnias ocultas.

A **Ressonância Magnética (RM)** atua como o padrão-ouro para o mapeamento anatômico, sendo essencial para identificar sinais que o exame físico e a ultrassonografia podem não captar de forma isolada. O olhar do especialista deve se concentrar na **detecção do edema ósseo púbico**, um marcador precoce de sobrecarga mecânica na sínfise, e na busca pelo “*Secondary Cleft Sign*” (Sinal da Fenda Secundária), que evidencia **microlesões na placa aponeurótica estendendo-se para a origem dos adutores**. A utilização de protocolos com sequências sensíveis a líquido e cortes oblíquos de alta resolução é mandatória, pois permite graduar lesões tendíneas e identificar deiscências na inserção comum do reto abdominal e adutor longo. Mais do que um exame de exclusão, a **RM oferece ao cirurgião a confirmação da “zona de conflito” biomecânica**, permitindo um planejamento cirúrgico preciso e a diferenciação entre processos inflamatórios agudos e falhas estruturais crônicas.

A tomografia computadorizada (TC) possui papel complementar, sendo útil na avaliação de alterações ósseas estruturais e na exclusão de diagnósticos diferenciais.

Os achados de imagem devem sempre ser interpretados em conjunto com o exame clínico, funcionando como confirmação da falha mecânica e auxiliando no planejamento terapêutico.

Tratamento conservador

O manejo conservador constitui a primeira linha de tratamento e deve ser mantido por 8 a 12 semanas antes de se considerar falha terapêutica. Essa fase atua também como teste terapêutico, uma vez que a ausência de resposta reforça a hipótese de comprometimento estrutural.

A abordagem baseia-se em programas de **fisioterapia ativa**, não sendo recomendado o repouso isolado. O foco é a correção dos desequilíbrios biomecânicos, com ênfase na estabilização do core, no equilíbrio pélvico e no treinamento excêntrico, destacando-se o Protocolo de Adução de Copenhagen.

As **infiltrações têm papel adjuvante**, podendo auxiliar no alívio da dor e no raciocínio diagnóstico, sem modificar a mecânica subjacente da lesão.

Tratamento cirúrgico

A intervenção cirúrgica está **indicada nos casos de dor refratária** após reabilitação conservadora adequada.

O objetivo é reduzir a sobrecarga no complexo sínfise–adutor e restaurar a integridade da parede posterior do canal inguinal.

Tanto as abordagens abertas quanto as laparoscópicas (TEP e TAPP) apresentam bons resultados. No entanto, as técnicas minimamente invasivas com uso de tela leve (lightweight mesh) no espaço pré-peritoneal oferecem reforço fascial mais consistente, associado a melhor controle da dor no pós-operatório precoce.

Em casos selecionados, pode-se associar tenotomia do músculo adutor longo.

Reabilitação pós-operatória

A reabilitação deve seguir progressão estruturada, respeitando as fases de cicatrização e a transição entre estabilidade mecânica e demanda funcional.

Inicialmente, prioriza-se a proteção tecidual, com ativação do core sem Valsalva. Em seguida, introduzem-se exercícios isométricos e progressão gradual para atividades com maior carga, incluindo corrida e mudanças de direção.

A progressão deve ser guiada pela resposta clínica. Instrumentos como o escore HAGOS auxiliam na tomada de decisão objetiva.

O retorno ao esporte deve basear-se em critérios funcionais. Após reparo laparoscópico isolado, ocorre geralmente entre 4 e 6 semanas, podendo estender-se para 10 a 12 semanas quando associada tenotomia dos adutores.

Considerações finais

A Ruptura Inguinal é uma condição de diagnóstico predominantemente clínico, baseada nos critérios de Manchester, que reflete um desequilíbrio biomecânico da pelve.

A ressonância magnética desempenha papel central na exclusão de diagnósticos diferenciais, enquanto o exame físico permanece fundamental para a definição diagnóstica.

O tratamento deve ser inicialmente conservador, com reabilitação estruturada. Nos casos refratários, a abordagem cirúrgica, preferencialmente laparoscópica, permite restauração da estabilidade mecânica e retorno seguro ao esporte.

O sucesso terapêutico depende da correta identificação da falha biomecânica e da integração entre diagnóstico clínico,

imagem e estratégia terapêutica.

Referências

1. Weir A, Brukner P, Delahunt E, et al. Doha agreement meeting on terminology and definitions in groin pain in athletes. *Br J Sports Med.* 2015;49(12):768-774.
2. Sheen AJ, Stephenson BM, Lloyd DM, 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):1079-1087.
3. Serafim TT, Oliveira ES, Migliorini F, Maffulli N, Okubo R. Return to sport after conservative versus surgical treatment for pubalgia in athletes: a systematic review. *J Orthop Surg Res.* 2022;17(1):484.
4. Quintana-Cepedal M, de la Calle O, Diez-Solorzano P, et al. The Copenhagen Adduction Exercise Effect on Sport Performance and Injury Prevention: A Systematic Review With Meta-Analysis. *Scand J Med Sci Sports.* 2025;35.
5. Bisciotti GN, Volpi P, Zini R, 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(1):e000142.
6. Sheen AJ, Montgomery A, Simon T, Ilves I, Paajanen H. Randomized clinical trial of open suture repair versus totally extraperitoneal repair for treatment of sportsman's hernia. *Br J Surg.* 2019;106(7):837-844.
7. Kopschik M, Crisman JL, Lomasney L, Smith S, Jadidi S. Sports Hernias: A Comprehensive Review for Clinicians. *Cureus.* 2023;15(8):e43283.
8. Mitrousias V, Chytas D, Banios K, et al. Anatomy and terminology of groin pain: Current concepts. *J ISAKOS.* 2023;8(6):381-386.
9. Bou Antoun M, Reboul G, Ronot M, et al. Imaging of inguinal-related groin pain in athletes. *Br J Radiol.* 2018;91(1090):20170856.

10. Forlizzi JM, Ward MB, Whalen J, Wuerz TH, Gill TJ. Core Muscle Injury: Evaluation and Treatment in the Athlete. Am J Sports Med. 2022;50(2):552-561.
11. Heijboer WMP, Vuckovic Z, Weir A, et al. Clinical examination for athletes with inguinal-related groin pain: interexaminer reliability and prevalence of positive tests. BMJ Open Sport Exerc Med. 2023;9(1):e001498.
12. Heijboer WMP, Weir A, Vuckovic Z, et al. Clinical examination tests for adductor- and pubic-related groin pain in athletes with longstanding groin pain: Inter-examiner reliability and prevalence of positive tests. Phys Ther Sport. 2024;66:9-16.
13. Candela V, De Carli A, Longo UG, et al. Hip and Groin Pain in Soccer Players. Joints. 2019;7(4):182-187.

Como citar este artigo

Pereira NP, Barros PHF, Mendes CLN. Além da “Hérnia do Esporte”: Abordagem da Ruptura Inguinal no Atleta. Gastropedia 2026, Vol II.
Disponível: <https://gastropedia.pub/pt/cirurgia/alem-da-hernia-do-esporte-abordagem-da-ruptura-inguinal-no-atleta/>