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 a**valiação 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 mandatória, 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. Kopscik 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/