


**ABORDAGEM CINÉTICO-FUNCIONAL DA DOR PÚBICA, ASPECTOS SEMIOLÓGICOS E TERAPÊUTICOS: REVISÃO NARRATIVA**

**KINETIC-FUNCTIONAL APPROACH TO PUBIC PAIN: SEMIOLOGICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS: A NARRATIVE REVIEW**

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.049-056>

**Doglas de Jesus Florencio**

Fisioterapeuta. Pós-graduado em Fisioterapia Traumato-Ortopédica/UNESC

**Letícia da Silva Ferro**

Fisioterapeuta. Graduada pela UNESC

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3844-5916>

**Willians Cassiano Longen**

Doutor em Ciências da Saúde. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-PPGSCoI/UNESC

E-mail: [wcl@unesc.net](mailto:wcl@unesc.net)

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8336-2311>

**RESUMO**

A pubalgia é uma condição inflamatória e dolorosa da sínfise púbica, que é ponto de origem-inserção de diversos músculos como adutores do quadril e abdominais. Esse quadro piora com o esforço físico e melhora com repouso e fisioterapia. Essa síndrome tem se tornado constante no meio desportivo, principalmente entre jogadores de futebol, maratonistas e tenistas. O objetivo desta pesquisa foi descrever os principais procedimentos semiológicos e terapêuticos dentro do escopo fisioterapêutico envolvendo a pubalgia. Esta pesquisa envolveu uma revisão narrativa. As bases de dados acessadas foram Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e PEDro, com intervalo de busca nos últimos 15 anos, entre 2011 e 2026, usando Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) com as seguintes palavras: Dor pélvica, púbis, tratamento conservador, exercício terapêutico. Como resultados foi possível descrever os principais testes na perspectiva cinético funcional, bem como, as opções de tratamento fisioterapêutico com mescla de estratégias, portanto multimodal, que tem como principal elemento o exercício terapêutico bem prescrito e executado.

**Palavras-chave:** Dor pélvica; Púbis; Tratamento conservador; Exercício terapêutico.

## ABSTRACT

Pubalgia is an inflammatory and painful condition of the pubic symphysis, which is the point of origin-insertion of several muscles such as hip and abdominal adductors. This condition worsens with physical effort and improves with rest and physiotherapy. This syndrome has become constant in sports, especially among soccer players, marathon runners and tennis players. The aim of this research was to describe the main semiological and therapeutic procedures within the physiotherapeutic scope involving pubalgia. This research involved a narrative review. The databases accessed were Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), PubMed and PEDro, with search interval in the last 15 years, between 2011 and 2026, using Descriptors in Health Sciences (DeCS) with the following words: Pelvic pain, pubis, conservative treatment, therapeutic exercise. As a result, it was possible to describe the main tests from a functional kinetic perspective, as well as the physiotherapeutic treatment options with a mix of strategies, therefore multimodal, whose main element is the well-prescribed and executed therapeutic exercise.

**Keywords:** Pelvic pain; Pubic pain; Conservative treatment; Therapeutic exercise.

## 1 INTRODUÇÃO

A pubalgia se caracteriza como uma condição inflamatória e dolorosa da sínfise púbica. Com uma fisiopatologia controversa, porém caracteriza-se por um quadro clínico bem definido. Há um significativo número de lesões relacionadas com a pubalgia afetando tanto praticantes amadores e profissionais de diferentes modalidades esportivas, como trabalhadores e mesmo pessoas classificadas como pouco ativas. A pubalgia também pode ser vista como uma síndrome que se manifesta com dor na região púbica e nas origens e inserções musculares, na maioria dos casos ocorre por *overuse*, devido a esforços físicos realizados por atletas e associados a movimentos compensatórios que causam desequilíbrio musculares<sup>1</sup>.

Essa patologia tem se tornado muito frequente no meio esportivo, sendo muito comum esses atletas apresentarem encurtamento da cadeia posterior da coxa e abdominais fracos ou fortes, ocasionando o desequilíbrio muscular na região da sínfise púbica. Por não realizarem o alongamento correto da musculatura adutora da coxa, a pelve encontra-se em anteroversão e ocorre o tracionamento para cima, causando o estiramento na origem dos adutores, com isso o aparecimento da dor e inflamação da região púbica chamada pubalgia<sup>1</sup>.

O quadro clínico pode começar de forma aguda e evoluir para ou crônica, com dor na região púbica, normalmente unilateral, irradiando-se para parte medial da coxa até o joelho e testículos a palpação da sínfise púbica e tendões desta região é dolorosa e, podem apresentar diferenças de tensão entre os lados. A dor é aumentada pela contração resistida e estiramento dos músculos adutores e abdominais<sup>1</sup>.

A pubalgia é caracterizada por uma coletividade de disfunções que causam dor crônica próximo ao tubérculo púbico, e que aumenta com esforços e diminui com o repouso<sup>2</sup>.

Quando a dor for presente na flexão e abdução parcial de ambos os membros seguida por contrações dos músculos abdominais é diagnosticada a pubalgia. O segredo de um diagnóstico correto está na relação entre a história e o exame físico<sup>1</sup>. Entre os sintomas estão presentes dor na palpação do tubérculo púbico associada a dor na flexão resistida do quadril, rotação interna e contração dos músculos abdominais. Sempre observando o aumento de volume local ou hérnia inguinal associada<sup>1</sup>.

Os sintomas da pubalgia somem gradualmente após semanas ou meses. O diagnóstico é clínico, devido aos achados sintomáticos, tardiamente poderá ou não aparecer sinais radiológicos característicos. É importante conhecer o histórico do paciente caso tenha antecedentes de quedas ou traumas<sup>11</sup>. O diagnóstico diferencial da pubalgia são diversos, incluem hérnia inguinal e femoral, prostatites, uretrites, procedimentos pélvicos, separação da sínfise púbica causada pelo parto<sup>3</sup>.

O objetivo desta pesquisa é descrever os principais procedimentos semiológicos e terapêuticos dentro do escopo fisioterapêutico envolvendo a pubalgia.

## **2 METODOLOGIA**

O estudo envolve uma revisão de literatura, realizada em bases de dados disponíveis na internet. As bases de dados acessadas foram: SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PubMed. A busca pelos artigos se deu por meio dos seguintes descritores: dor pélvica, púbis, tratamento conservador, exercício terapêutico.

A pesquisa envolveu artigos de revistas e periódicos, dissertações e teses, em português e inglês, com base de dados científicos e com anos de publicação entre 2011 a 2026, e os mesmos, que apresentaram publicação fora desta data foram automaticamente excluídos. Desse modo, os artigos encontrados foram revisados a fim de identificar os principais procedimentos semiológicos e terapêuticos dentro do escopo fisioterapêutico envolvendo a pubalgia.

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A lesão do músculo central ocorre quando as camadas profundas da parede abdominal enfraquecem ou se rompem. Não há defeito da parede abdominal ou protrusão do conteúdo abdominal para fora da cavidade normal, como na hérnia. Em vez disso, a lesão ocorre onde os músculos abdominais se fixam na pelve e pode causar rupturas nos tendões e músculos da região. Irritação nervosa também pode ocorrer e contribuir para sintomas desconfortáveis de dormência ou formigamento<sup>4,1</sup>.

Movimentos repetitivos do quadril e pélvicos típicos nos esportes podem causar lesões na região abdominal inferior. Os desequilíbrios entre os músculos do quadril e abdominais podem, com o tempo,

causar uso excessivo e lesões. Fraqueza nos abdominais e falta de condicionamento também podem contribuir para a lesão. Programas de exercícios abdominais agressivos e inseguros podem causar ou agravar uma lesão no músculo central<sup>4,1</sup>.

Suas principais causas são o encurtamento dos músculos posteriores da coxa, sobrecarga da musculatura adutora devido ao esforço repetitivo (overuse) e a fraqueza dos abdominais. O diagnóstico é essencialmente clínico com análise dos sintomas, histórico e o exame físico, levando em consideração os fatores intrínsecos do próprio indivíduo e extrínsecos relacionados a sua atividade física<sup>5</sup>.

A dor crônica na virilha é um dos sintomas característicos de lesão do músculo central. Ocorre em 5% a 18% dos atletas. Dor aguda na virilha com o esforço também é um sintoma típico<sup>4</sup>.

A dor geralmente ocorre com corridas, chutes, torções ou cortes intensos e diminui rapidamente com o repouso. No entanto, tarefas básicas, como sentar-se na cama, podem ser dolorosas. No caso de atletas podem perder uma quantidade significativa de tempo de treinamento e competição devido à dor no músculo central ou dor na virilha relacionada, suas principais causas são o encurtamento dos músculos posteriores da coxa, sobrecarga da musculatura adutora devido ao esforço repetitivo (overuse) e a fraqueza dos abdominais. O diagnóstico é essencialmente clínico com análise dos sintomas, histórico e o exame físico, levando em consideração os fatores intrínsecos do próprio indivíduo e extrínsecos relacionados a sua atividade física<sup>4</sup>.

Quanto à realização de um diagnóstico, como ponto de partida deve-se efetuar um diagnóstico de exclusão, eliminando hipóteses de fraturas de stress, doenças gênito-urinárias, doenças inflamatórias e/ou infecciosas, como também lesões tumorais. Seguidamente, descartadas todas as possíveis alternativas à pubalgia atlética, deve-se efetuar o exame físico, onde a palpação, amplitudes de movimentos, força e diversos testes específicos para a pubalgia devem ser efetuados<sup>6</sup>.

Um teste para a pubalgia é a Manobra de Grava. O exame é feito com o paciente em decúbito dorsal, com um dos membros em extensão e outro em abdução e rotação externa do quadril e com o joelho flexionado em torno de 70°. O examinador, com uma das mãos, força a abdução e solicita ao paciente flexões repetidas do abdômen. A manobra é considerada positiva quando o paciente não consegue completar o movimento, devido à dor tanto no adutor quanto na região púbica<sup>2</sup>.

O Squeeze Test ou teste de adução forçada, também é realizado para confirmar o diagnóstico. É realizado uma adução contra-resistência com quadril em neutro e joelho estendido. O resultado positivo é quando o paciente sente dor na sínfise púbica provocada pela adução bilateral contra a resistência<sup>7</sup>.

Para chegar a um diagnóstico específico, o fisioterapeuta pode passar informações relevantes, trabalhando em conjunto inclusive com um médico de ou outro profissional de saúde. No caso do médico ele pode solicitar outros exames (ressonância magnética, ultrassom ou raios-X) para descartar outras lesões no quadril, na região lombar ou na pelve e confirmar o diagnóstico de lesão no músculo central<sup>8</sup>.

O profissional conduzirá testes de força padrão dos músculos do quadril e realizará outros testes para medir a flexibilidade dos músculos e da coxa. Ele avaliara o quão bem o paciente pode isolar ou contrair músculos específicos. Ele também fara um exame completo dos movimentos do quadril e da região lombar<sup>4</sup>.

Esse teste avalia se há instabilidade na região púbica devido ao desequilíbrio da musculatura adutora e do abdômen. O paciente fica deitado, com uma perna em abdução e flexão de 70°, o terapeuta força a abertura e pede ao paciente que faça abdominais. A manobra é positiva quando o paciente não consegue realizar o movimento, devido à dor no adutor e região púbica<sup>8</sup>.

Com o paciente em pé orienta-lo para ficar de pé sobre uma perna de cada vez. Depois orientar o paciente para saltar, o que aumenta o esforço na articulação. Esse teste aumenta a pressão na articulação do quadril, sacroiliaca e da sínfise púbica<sup>9</sup>.

O terapeuta se posiciona atrás do paciente que é instruído a se inclinar para frente, como se fosse tocar os pés. O teste é negativo se o paciente tocar os pés sem que se altere a estática do joelho ou do arco plantar. E será positivo se o paciente não conseguir chegar à ponta dos pés ou se a estática do joelho ou do arco plantar se modificarem<sup>10</sup>.

Os exames laboratoriais como: espermocultura, a prostatite e o exame de urina-I para verificar infecção urinaria, e os exames complementares que são ultras-sonografia da região inguinal para verificação de rarefação óssea , raio-x para verificar degeneração óssea, cisto ósseo e fraturas de estresse, ressonância magnética para observar alterações ósseas e dos tecidos moles com aparecimento de inflamação na origem dos adutores da coxa , a cintilografipara verificar a presença de osteonecrose, são de grande importância para descartar possíveis patologias. Porém o raio-X, a cintilografia e a ressonância podem ser negativas<sup>4</sup>.

O tratamento adequado para esta patologia envolve o repouso das atividades físicas, uso de medicamentos anti-inflamatórios e alongamentos<sup>11</sup>.

Essa condição é originada pelos encurtamentos musculares das fibras do tronco e membros inferiores, e dificulta a movimentação do púbis, então, tratar o local (o púbis) não solucionaria o problema, porque assim se tratariam os sintomas e não as causas<sup>12</sup>.

Os procedimentos seguidos dependem dos achados na avaliação estática e dinâmica das estruturas envolvidas, sejam causas ou resultados dessa patologia<sup>13</sup>.

O tratamento conservador no primeiro instante é o mais indicado, que consiste no repouso uso de antiinflamatórios, e se houver infecção a utilização de antibiótico pode auxiliar no tratamento, junto com a fisioterapia, que irá trabalhar no fortalecimento e o alongamento das musculaturas abdominais e adutora do quadril. No tratamento conservador é benéfico a utilização do gelo, ultra-som e infiltrações de corticóides perilocais e algumas situações<sup>13</sup>.

A cirurgia é indicada nos casos de falha do tratamento conservador, o qual é preconizado por tempo médio de três meses. Observou-se uma taxa de 95,2% de sucesso do tratamento conservador. Os dois pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico (uma tenotomia dos adutores e uma tenotomia dos adutores associada a ressecção trapezoidal da sínfise púbica) evoluíram com recidiva do quadro doloroso, porém perderam seguimento, não foi possível determinar as causas exatas de recidiva<sup>7</sup>.

Na pubalgia, a amplitude de movimento indicada é a passiva, pois existe inflamação dos tecidos e o movimento passivo é favorável. A inflamação, após lesão, dura em torno de 2 a 6 dias. Nesse caso, a amplitude de movimento passiva tem como meta manter a elasticidade mecânica do músculo, manter a mobilidade articular, auxiliar o processo de cicatrização e ajudar a manter no paciente a percepção dos movimentos<sup>14</sup>.

Após o período de inflamação, inicia-se o processo de ganho de força muscular. O exercício com resistência mecânica é melhor aproveitado na pubalgia por ser aplicado com equipamentos ou aparelhos mecânicos. É importante usar a resistência mecânica quando a resistência necessária for maior do que a fisioterapeuta possa aplicar. Essa força pode ser medida em quantidade e ser aumentada ao longo da recuperação do atleta<sup>14</sup>.

Uma revisão sistemática analisou 19 artigos sobre sete tipos de intervenções terapêuticas no tratamento da Pubalgia. Terapia de compressão de roupas, terapia manual associada a exercícios de fortalecimento e proloterapia foram as intervenções terapêuticas que apresentaram maior nível de força de evidência e grau de recomendação. Enquanto isso, os quatro tipos restantes de intervenções terapêuticas, ou seja: injeção de corticóide, plasma rico em plaquetas, eletrólise percutânea intra-tecidual e radiofrequência pulsada, apresentaram níveis mais baixos de força de evidência e grau de recomendação<sup>15</sup>.

Outro estudo investigou de que forma diversos protocolos fisioterapêuticos atuam a nível da prevenção e/ou do tratamento da pubalgia atlética. Após a realização deste estudo, observou-se que o exercício terapêutico proporciona melhores resultados em comparação com o tratamento passivo (TENS, LASER, Massagem Transversal Profunda e alongamentos). Porém, a implementação da técnica multimodal apresenta resultados mais favoráveis relativamente ao exercício terapêutico<sup>16</sup>.

O programa clínico se baseia no repouso e na diminuição do quadro álgico com a redução das atividades físicas. A utilização de eletrotermo-fototerapia, hidroterapia, métodos como RPG, terapia manual, massagens são benéficos para a reeducação do equilíbrio muscular<sup>13</sup>.

O tratamento consiste em alongamento indolor dos músculos adutores e com a diminuição da dor na amplitude total do movimento e nas atividades físicas pode acrescentar-se um treino com bicicleta estacionária. O tratamento tem como prioridade melhorar e recuperar a qualidade do alongamento dos músculos encurtados, fortalecer os tendões e pontos de inserção<sup>3</sup>.

A postura prolongada é o segredo do tratamento, já que os músculos em tensão depois de alguns minutos ficam fadigados e perdem sua tensão excessiva, com isso a bainha do músculo pode ser alongada para a recuperação do comprimento muscular. O programa de postura é indispensável, começando com o relaxamento dos isquiostibiais e lordose lombar antes de movimentar as pessoas, adutores e abdominais<sup>3</sup>.

Tratamento especificado - Postura de adutores. Com o paciente sentado, pede-se que estique as pernas a frente, apoiado o braço sobre uma mesa e realize abdução da perna oposta. O paciente deve se manter na postura ereta e controlar a tensão dos adutores movimentando o joelho para fora ou para dentro. Essa posição deverá ser sustentada por 3 a 4 minutos de ambos os lados. -Postura de cadeia posterior<sup>3</sup>.

O paciente é orientado a ficar em decúbito dorsal, com pernas a 90°, com a coluna lombar e o quadril são estabilizados, joelhos em extensão e o arco plantar acertado com a flexão dos dedos. Esta posição deverá ser sustentada por 5 minutos, aumentando para 10 minutos diariamente a noite. O paciente é orientado a se deitar sobre uma bola ou mesa, com pernas esticadas com calcanhares atingindo o chão, braços estirados ou apoiados na cabeça, deve-se manter a postura de 3 a 5 minutos<sup>3</sup>.

O melhor período para realização dos exercícios é a noite ou depois da atividade física, a realização desses exercícios pela manhã e antes da atividade física poderá resultar na fadiga do indivíduo. Relata ainda que enquanto houver contrações fortes os exercícios devem ser feitos diariamente, logo depois 3 vezes por semana, e em seguida 2 vezes durante a fase reabilitadora<sup>10</sup>.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os principais procedimentos semiológicos cinético-funcionais para pubalgia são: Manobra de Grava e Squeeze Test ou teste de adução forçada. Já em relação ao tratamento fisioterapêutico, é preconizado as abordagens que envolvem ganho de amplitude de movimento, terapia manual e exercícios de fortalecimento.

#### **REFERÊNCIAS**

- 1- Azevedo DC, Pires FO, Carneiro RL. A pubalgia no jogador de futebol. Revista Brasileira de Medicina dos Esportes, Niterói, v. 5, n.6, dez. 2019.
- 2- Pereira BB. Aspectos fisiológicos, possíveis mecanismos fisiopatológicos, tratamento e prevenção da pubalgia em jogadores de futebol – artigo de revisão. Cadernos de graduação. Aracaju. v. 4, n. 3, p. 59-70. Abril, 2018.
- 3- Canavan PK. Reabilitação em medicina esportiva: um guia abrangente. Estrese pélvica e lesões: procedimento e prevenção. 2013.
- 4- Lasmar NP et al. Medicina do Esporte. Rio de Janeiro: Revinter, 2012.

- 5- Falchetti IS, Zaboti AF. Pubalgia crônica: uma abordagem fisioterapêutica. 2011.
- 6- Darren SA et al. Athletic groin pain: a systematic review of surgical diagnoses, investigations and treatment. *British journal of sports medicine*, 1-8.
- 7- Oliveira AL et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de pubalgia do atleta. *rev bras ortop* . 2016;51(6):692–696.
- 8- Grecco LH. Avaliação das formas de prevenção da pubalgia em atletas de alto nível. *ConScientiae Saúde*. São Paulo. 2009.
- 9- Cipriano JJ, Jahn WT. Manual fotográfico de testes ortopédicos e neurológicos. 3. ed. São Paulo: Manole, 2019.
- 10- Busquet L. A pubalgia. Lisboa: Europress, 2015.
- 11- Holt MA et al. Tratamento da osteíte púbica em atletas: resultados das injeções de corticosteroides. 2015.
- 12- Willians PR et al. Osteíte púbica e instabilidade da sínfise púbica: quando as medidas não operatórias falham. *The American Journal of Sports* 28, n. 3, pág. 350-355, 2020.
- 13- Caromano FA. Pubalgia: causas e possibilidades terapêutica. *Revista Fisioterapia Brasil, Atlântica*, v. 3, n. 6, p. 403-414, nov./dez. 2012.
- 14- Kisner C, Colby LA. Exercícios terapêuticos, fundamentos e técnicas. Editora Manole. 6º ed. Barueri. 2016.
- 15- Bisciotti GN et al. “O tratamento conservador da síndrome de dor na virilha relacionada ao adutor de longa data: uma revisão crítica e sistemática” *Biologia do esporte* vol. 38,1 (2021): 45-63. doi: 10.5114 / biolsport.2020.97669.
- 16- Oliveira CG; Amaral L. Importância da fisioterapia na prevenção e tratamento da pubalgia atlética. Universidade Fernando Pessoa Fcs/Ess. 2017.