

## La Pubalgia

La pubalgia è una condizione patologica che si sta presentando con una frequenza sempre maggiore nello studio del medico agopuntore. Questo dato può essere riferito, almeno parzialmente, alla tendenza, soprattutto da parte dei giovani, ad intraprendere programmi di attività ginnico-motorie in palestra o a domicilio. L'attività fisica condotta secondo schemi non adeguati o da persone non correttamente allenate determina, in generale, la comparsa di fenomeni di sovraccarico funzionale di interi settori articolari, muscolari e tendinei. Anche l'utilizzo di calzature non idonee o l'impiego di plantari correttivi non perfetti possono, in soggetti predisposti, determinare la comparsa di dolore inguinale per cui è buona norma ricercare sempre questi dati nei pazienti che riferiscono pubalgia.

Un discorso a parte merita, ovviamente, la pubalgia dello sportivo, dove la preparazione atletica è certamente adeguata, ma sono l'intensità e la frequenza delle prestazioni a giocare un ruolo di primo piano.

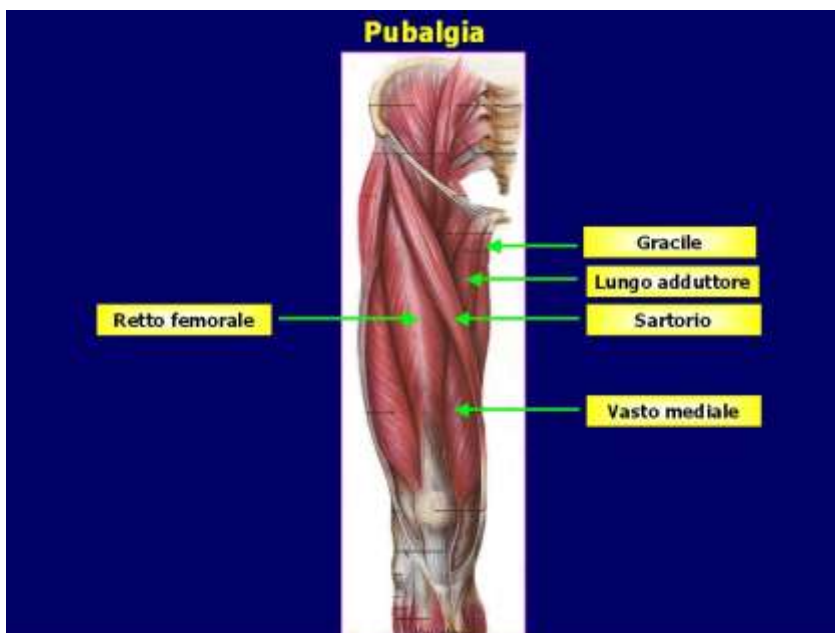
L'agopuntura trova certamente indicazione nel trattamento di questa problematica, con un'alta percentuale di risultati positivi.

In letteratura, purtroppo, le fonti sono piuttosto scarse. Con questa pubblicazione si vogliono dare indicazioni semplici e pratiche al medico agopuntore che voglia cimentarsi nel trattamento di questi pazienti.

Prima dell'inquadramento secondo i criteri della Medicina Tradizionale Cinese, è opportuno un breve richiamo di alcune nozioni di osteo-artro-miologia e di medicina dello sport.

### Pubalgia o sindrome retto-pubo-adduttoria<sup>1</sup>

È una sindrome caratterizzata da dolore in ambito pelvico associato a limitazione funzionale, dovuta a fenomeni flogistici e degenerativi a livello addomino-pubo-adduttorio associata a lesioni muscolo-aponeurotiche e osteoarticolari della sinfisi e teno-periostee di varia entità dei diversi muscoli che si inseriscono sulla sinfisi. È un quadro piuttosto frequente, soprattutto negli sportivi. (fig.1)



Vari fattori sono da considerare predisponenti:

1. la dismetria degli arti inferiori
2. l'anteversione del pube e lo spostamento frontale del bacino
3. alterazioni morfologiche e strutturali del rachide lombo-sacrale
4. fattori estrinseci come eccessivo esercizio fisico incongruo o, per la pratica sportiva, errori di allenamento e i terreni di gioco molto duri o bagnati.

Sono stati identificati quattro quadri sintomatologici.

- Il primo è quello **addomino-adduttore**, caratterizzato da un dolore evocabile all'arto inferiore in sede del muscolo adduttore lungo, a volte associato a dolore in sede dell'adduttore breve, mentre per il quadrante addominale il dolore è evidente a carico del muscolo retto-addominale ed a volte dell'obliquo esterno e del paravertebrale-lombare.

- Il secondo è l'**addomino-pubico**, con dolore in sede della sinfisi pubica associato a dolore addominale sul quadrante addominale inferiore per focolaio algogeno del muscolo ileopsoas e del retto addominale; anche l'obliquo esterno è talvolta interessato nel settore inferiore.

- Il terzo è il **pubo-adduttore**, con area dolorosa sulla sinfisi pubica e dolore costante sul muscolo adduttore lungo; talvolta vi è dolore sul muscolo pettineo.

- Il quarto è l'**addomino-pubo-adduttore** che è il più frequente ed è caratterizzato da dolore in sede pubica associato a dolore sul muscolo adduttore lungo e retto addominale; non è dimostrabile dolore a carico del muscolo ileopsoas in quanto, al test manuale, il muscolo retto addominale dà dolore immediatamente alla minima pressione.

Il dolore insorge di solito subdolamente.

Nella forma acuta il dolore è acuto a partenza inguinale con irradiazione alla regione adduttoria, al testicolo, al perineo o in sede addominale; nelle forme subdole il dolore è di tipo contusivo, sordo e diventa continuo in occasione di movimenti o esercizio.

La flessibilità appare ridotta in particolare a carico dei muscoli ischio-crurali, adduttori e ileopsoas del lato affetto ove è presente nel 80% dei casi una riduzione di rotazione dell'anca.

Un'analisi per immagini permette di chiarire lo stato di interessamento lesionale sia dell'osso sia delle strutture muscolo-tendinee. Si rende evidente a carico delle strutture muscolo-aponevrotiche dell'emilato dolente la presenza di una contrattura miostatica antalgica o di compenso del retto addominale, degli obliqui e del trasverso, mentre lo stato della contrattura degli adduttori non è ancora del tutto chiaro, in relazione alla presenza di uno scarso tasso di tessuto adiposo intermuscolare, fenomeno questo evidente di norma negli atleti. Le alterazioni pubiche, inoltre, non appaiono di solito isolate ma costituiscono l'evoluzione di una forma che ha già esordito a livello degli addominali o degli adduttori; si tratta di aree di rarefazione in corrispondenza delle inserzioni muscolo-tendinee o di aree di sclerosi nei quadri cronici.

Lo studio biomeccanico della reazione vincolare suolo-piede negli atleti ha evidenziato in questi soggetti una forza verticale d'impatto significativamente aumentata, valori elevati per la forza medio-laterale nella prima metà della fase di appoggio cui si associavano valori di forza in frenata eccessivi per la forza sul piano antero-posteriore, e una disomogeneità degli andamenti della

media dei punti di applicazione sul piano trasverso tra l'arto destro e quello sinistro.

E' evidente che vi sono caratteristiche abnormi di ordine biomeccanico e fisico nei pubalgici che condizionano l'atto di movimento predisponendo all'evidenza del fenomeno patologico.

Il trattamento classico proposto nella fase acuta prevede:

1. riposo con applicazione di laser su focolai algogeni e ipertermia ove vi è sede di contrattura o evidenza di esiti di lesione muscolo-tendinea;
2. stretching per i muscoli lombari, ileopsoas, ischio-peroneo-tibiali e adduttori in associazione a crioterapia;
3. distensioni in allungamento in acqua a 37 gradi e nuoto a stile dorso.

Una volta passato lo stato di acuzie il soggetto dovrebbe essere inserito in un protocollo di recupero con un programma di riabilitazione selettiva muscolare tendente ad incrementare dapprima la flessibilità dei muscoli evidenziatisi ridotti e contratti nella diagnostica per immagini: di solito si trattano i muscoli ischio-peronei-tibiali, ileopsoas, adduttori ed in minor misura lombari, dorsali e rettofemorale; quindi sono incrementati nella forza i muscoli del retto dell'addome e gli adduttori.

Il trattamento prevede contestualmente il riequilibrio degli altri sottosistemi a configurazione spaziale non specificamente trattati nel protocollo sopradescritto: in questo contesto si inseriscono il riequilibrio e la normalizzazione sia dei parametri di forza relativa alla reazione suolo-piede con suole viscoelastiche anatomiche specifiche sia della funzione oclusale mediante byte specifico.

E' raro il ricorso a terapia chirurgica tesa alla rimozione del momento causale la pubalgia, ad esempio ernia inguinale profonda.<sup>1</sup>

### **Inquadramento secondo la Medicina Tradizionale Cinese**

La pubalgia, in quanto sindrome dolorosa, rientra a tutti gli effetti nell'ambito delle sindromi ostruttivo-dolorose o sindromi Bi.

E' opportuno fare un breve richiamo di questo capitolo della Medicina Cinese

#### **Le Sindromi Bi <sup>2</sup>**

Il termine Bi (carattere 3941 del dizionario Ricci) designa una sindrome causata da ostruzione di Energia-Qi e Sangue-Xue in meridiani e collaterali dovuta a penetrazione di fattori perversi esogeni quali il Vento, il Freddo e l'Umidità con sintomatologia caratterizzata da dolore, flogosi, intorpidimento e pesantezza a carico degli arti, limitazione funzionale delle articolazioni e dei movimenti. Tali disturbi spesso si accentuano o ricompaiono in relazione a mutamenti climatici; nei casi più severi sono costanti e caratterizzati non solo da riacutizzazioni quanto mai frequenti ma anche da una importante componente algica articolare associata a tumefazioni, limitazione funzionale di rilievo, deformità.

Le sindromi BI si identificano in gran parte con le artralgie ed i reumatismi della medicina occidentale: si preferisce comunque mantenere il termine tradizionale BI, più ampio e specifico.

Nella definizione delle sindromi BI si è sottolineato il ruolo patogeno delle energie perverse esterne Vento, Freddo ed Umidità: tali **fattori patogeni invadono meridiani e collaterali ostruendone la circolazione di Qi e Sangue.**

A lungo andare il Vento, il Freddo e l'Umidità possono trasformarsi, permanendo nell'organismo, in Calore. Lo stesso tipo di trasformazione si verifica allorché tali fattori patogeni interessano soggetti caratterizzati da un eccesso di Yang Qi e Calore; in tali casi il Calore, già in eccesso, subisce un ulteriore incremento. Gli esempi classici sono l'attacco acuto gottoso nel paziente iperuricemico o la riacutizzazione artralgica con le caratteristiche tipiche dell'infiammazione (dolore, rossore, calore, gonfiore, limitazione funzionale), nei pazienti affetti da artrite reumatoide.

In relazione a quanto ora affermato ed in base alle caratteristiche cliniche con le quali i BI si manifestano, si usa tradizionalmente distinguere le sindromi BI in quattro tipi:

**Bi errante:** caratterizzato da dolori migranti e causato generalmente da Vento perverso.

**Bi doloroso:** caratterizzato da dolore severo e correlato per lo più ad aggressioni da Freddo.

**Bi fisso o stagnante:** caratterizzato da dolore, pesantezza ed intorpidimento localizzato e solitamente correlato ad interessamento da Umidità.

**Bi calore:** caratterizzato da attacchi improvvisi e manifestazioni di calore.

La comparsa di una sindrome Bi dipende innanzitutto dalla penetrazione nell'organismo di un'energia perversa: il superamento delle difese sarà legata sia ad una particolare intensità dei fattori patogeni che alla eventuale flessione energetica dell'organismo (deficit di Yang Qi, di Energia difensiva Wei Qi o di Energia corretta Zheng Qi). <sup>2</sup>

Riassumendo, si può affermare che **la comparsa di una sindrome Bi dipende anzitutto dalla penetrazione nell'organismo di una energia perversa: il superamento delle difese sarà legata a ad una particolare intensità dei fattori patogeni o alla relativa debolezza energetica dell'organismo.**

I fattori climatici, o cosmopatogeni, rivestono un ruolo predominante nella comparsa delle sindromi ostruttivo-dolorose. Non vanno dimenticati, però, altri fattori eziopatogenetici presenti in tali patologie.

Nella genesi delle sindromi Bi e del sintomo dolore si riconoscono, oltre ai fattori atmosferici, anche le **attività sportive e professionali, i traumi e le tensioni emotive**. In questa sede si analizzerà solamente il ruolo della componente motoria.

Sollecitare in modo estremo o ripetitivo un complesso articolare induce, secondo la visione della Medicina Cinese, inizialmente la stasi del Qi e del Sangue nella zona interessata, seguita, a distanza di tempo variabile, da un deficit di Qi e Sangue.

Il settore coinvolto, trovando alterato il suo equilibrio energetico, manifesta una accresciuta sensibilità ai fattori patogeni esterni. La conseguenza è un dolore legato inizialmente alla attività motoria in sé, seguito poi da frequenti riacutizzazioni, in quanto la zona indebolita diviene sede di facile aggressione da parte delle energie cosmopatogene.

Questo meccanismo patogenetico sta assumendo sempre maggior rilevanza nel mondo moderno. Il modello di produzione a catena costringe le maestranze a svolgere funzioni sempre più ripetitive che sovraccaricano per molte ore al

giorno selettivamente alcuni distretti muscolari, tendinei ed articolari. Si realizza così il fenomeno definito come "overstress" o sovraccarico, che giustifica molte patologie professionali come la tenosinovite sclerosante di De Quervain da manifestazione flogistica della guaina sinoviale comune dei muscoli abduuttore lungo ed estensore breve del pollice, la sindrome del tunnel carpale, l'epicondilite, le sindromi dolorose della spalla come la periartrite scapolo-omerale e le tendiniti dei muscoli sovraspinato e sottospinato e del capo lungo del bicipite brachiale. Lo stesso fenomeno si può correlare all'attività sportiva incongrua e può determinare le più varie patologie "infiammatorie".<sup>3, 4</sup>

### **Terapia in agopuntura <sup>5</sup>**

Anche per la pubalgia i sintomi sono interpretabili come un'**ostacolata circolazione di Qi-Energia e Xue-Sangue**. I meridiani più coinvolti in questo processo patologico, in considerazione del loro decorso, sono i meridiani Principali di **Milza (Zu Tai Yin) e Fegato (Zu Jue Yin)** e il meridiano curioso **Chong Mai**

Il principio terapeutico è di disostruire i meridiani e favorire la circolazione di Qi e di Sangue, armonizzare la salita e la discesa del Qi e del Sangue, rilassare i muscoli ed i tendini, ridurre il dolore.

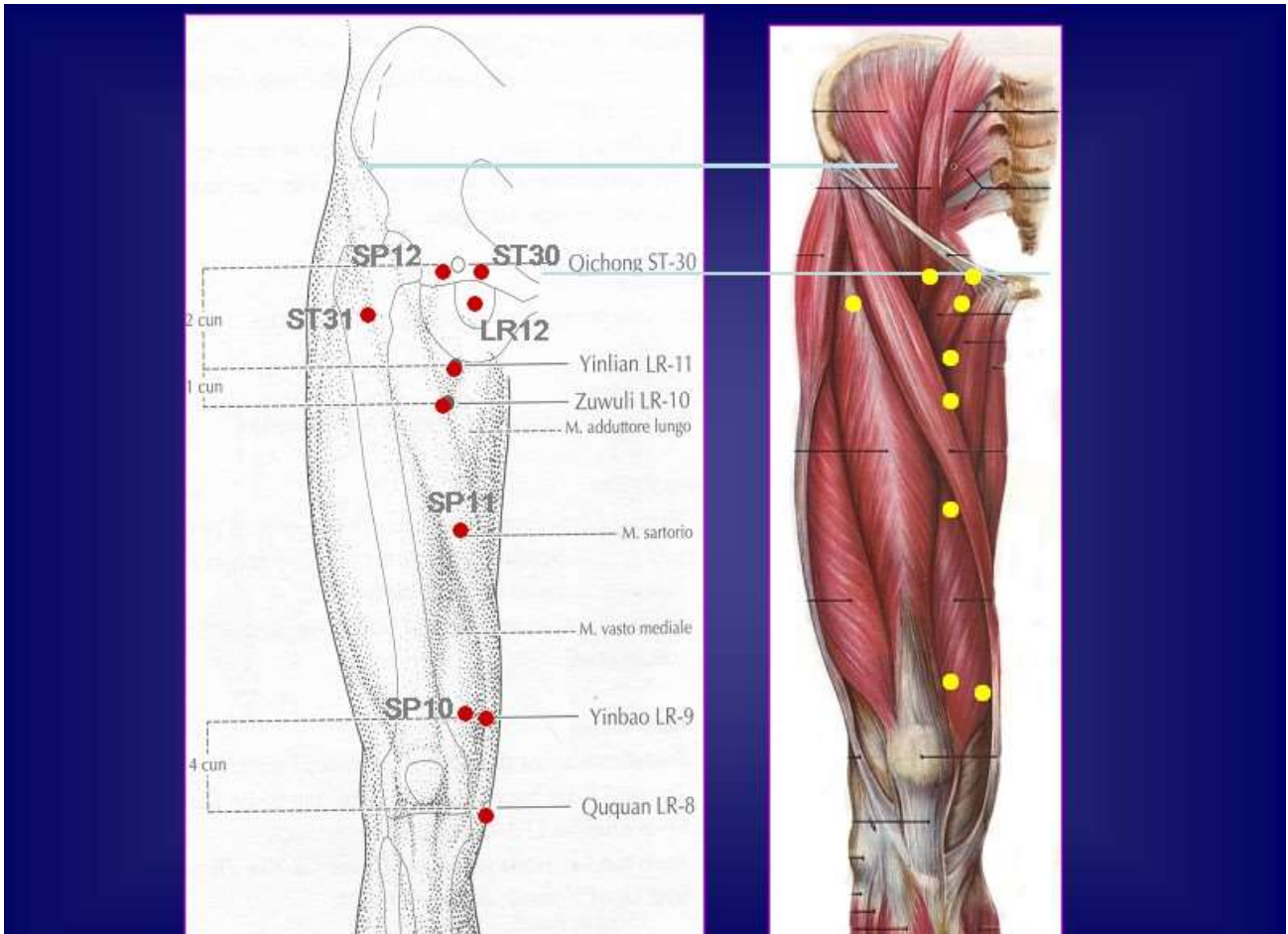
Nel trattamento delle sindromi Bi la scelta degli agopunti prevede la loro combinazione secondo la suddivisione in tre gruppi: i punti locali, i punti regionali e i punti a distanza.

**1. Punti locali:** bisogna, innanzi tutto, ricercare e utilizzare i punti dolenti (punti Ashi), secondo quanto raccomandato anche dal famoso medico Sun Si Miao (581-682 d.C.): "*Ovunque si avverte un dolore alla pressione, c'è un punto.*". Spesso i punti Ashi coincidono con gli agopunti codificati.

Ii punti locali "classici" più importanti per il trattamento della pubalgia e delle inguino-cruralgie in genere sono:

ST30-Qichong, ST31-Biguan, SP12-Chongmen, LR10-Zuwuli, LR11-Yinlian, LR12-Jimai. Su questi punti è consigliata l'elettrostimolazione, utilizzando per 20 minuti una stimolazione a frequenza medio-bassa (40-60 Hz). L'impiego della moxa è limitato a quei pazienti in cui la componente di Vento-Freddo è predominante e che riferiscono miglioramento soggettivo con l'applicazione di calore locale.

**2. Punti regionali:** GB30-Huantiao, SP10-Xuehai, SP11-Jimen (fig. 2)



**3. Punti a distanza:** è consigliabile selezionare ed abbinare questi punti secondo la logica della combinazione dei "cinque punti Shu Antichi, Wu Shu Xue" e dei "punti Chiave" di apertura dei meridiani Curiosi o Straordinari abbinati.

**3.a:** SP9-Yinlingquan, LR8-Ququan, KI10-Yingu, tutti **punti He** dei rispettivi meridiani, 5° punto degli Shu antichi; secondo la tradizione, i punti He trattano le sindromi Bi quando l'energia patogena si è approfondita in ossa, muscoli e articolazioni.

**3.b:** SP3-Taibai, LR3-Taichong, KI3-Taixi, **punti Shu** dei rispettivi meridiani, 3° punto degli Shu antichi. Secondo la tradizione in questi punti il flusso del Qi si approfondisce, è ampio e robusto, può trasportare agevolmente Energia nutritiva, Energia difensiva, Sangue, ed anche i fattori patogeni. La stimolazione di questo punto permette il blocco del tragitto delle energie cosmopatogene ed il richiamo dell'Energia difensiva Wei Qi. Queste caratteristiche spiegano perchè i punti Shu risultino molto efficaci nel trattamento delle sindromi ostruttivo-dolorose e, quindi, vengano citati costantemente nelle indicazioni terapeutiche classiche.

I punti Shu possono essere utilizzati da soli, oppure in associazione con i **punti Jing prossimali**. Questi ultimi sono raccomandati dalla tradizione, come ricordato dal cosiddetto 3° Enunciato di Qi Bo, il quale afferma: "Quando la malattia è nei tessuti profondi bisogna utilizzare i punti Jing prossimali dei meridiani Yin ed i punti He dei meridiani Yang". Nel caso della pubalgia, i punti Jing prossimali da utilizzare sono: SP5-Shanqiu (indicato per gonalgia mediale,

cruralgia e pubalgia), LR4-Zhongfeng (indicato per gonalgia mediale, cruralgia, pubalgia, lombalgia e dorsalgia), KI7-Fuliu (indicato per gonalgia mediale, cruralgia, pubalgia, lombalgia e dorsalgia). La combinazione tra i punti Shu e i punti Jing prossimali è raccomandata soprattutto nelle patologie sub-acute o croniche.

Nelle patologie acute o sub-acute i punti Shu possono essere abbinati ai **punti Luo**, in accordo con il 2° Enunciato di Qi Bo: *"Quando la malattia è nel sottocutaneo bisogna utilizzare i punti Shu ed i punti Luo del meridiano coinvolto"*. Nel caso della pubalgia, questo suggerimento vale specialmente per il meridiano del Fegato. Si utilizzano LR3-Taichong e LR5-Ligou, in considerazione del tragitto del meridiano Luo Longitudinale del Fegato. Questa combinazione è particolarmente efficace quando il dolore è irradiato ai genitali esterni. (fig. 3)



Tratto da: Di Concetto G., Sotte L., Pippa L., Muccioli M., "Trattato di Agopuntura e Medicina Cinese Vol. I". Torino: UTET 1992, pag 395 (mod.)

**3.c:** SP4-Gongsun e PC6-Neiguan, **punti Chiave**, di apertura, della coppia di meridiani Curiosi Chong mai e Yin wei mai. Il punto SP4-Gongsun è anche il punto Luo del meridiano di Milza.

Un altro importante punto di comando a distanza è il SP6-Sanyinjiao, in quanto nutre e tonifica il Sangue, mobilita il Sangue e ne tratta le stasi, armonizza Qi

e Sangue, promuove la discesa del Sangue, disperde il Vento e disostruisce i meridiani svolgendo un ruolo antalgico.  
Per muovere il Qi e il Sangue in generale, si può utilizzare, in alto, il punto LI4-Hegu.

Inizialmente il trattamento richiede due, tre o più sedute di agopuntura la settimana, in considerazione dell'intensità e dell'epoca di comparsa della sintomatologia. In genere, più il dolore è intenso e recente, più le sedute devono essere ravvicinate. Generalmente un ciclo di dieci sedute determina un soddisfacente miglioramento del quadro clinico. Il primo ciclo può essere ripetuto, dopo una o due settimane di riposo, e la frequenza delle sedute può attestarsi in due la settimana. Solitamente due cicli di sedute sono in grado di guarire il paziente che, nel frattempo, deve essere invitato al riposo funzionale.

### **Bibliografia**

- 1. Vecchiet L. et al.** "Manuale di traumatologia del calcio e pronto soccorso sul campo di gara." Saronno (VA): Pharma Project Group Edizioni Scientifiche, 1999. pag. 52-54 (mod.).
- 2. Muccioli M.,** "Le sindromi Bi e il loro trattamento". Lezioni del IV anno del Gruppo di studio "Società e salute", 1989
- 3. Belotti L, Favalli R, Ferrari P, Losio A, Marino A, Nasta P, Perini S.** "Agopuntura e tecniche complementari in medicina dello sport". Milano: CEA-Casa Editrice Ambrosiana, 2001, pag. 186-187, 200-201 (mod.)
- 4. Favalli R.,** "Importanza dei livelli energetici Yang nel trattamento delle sindromi Bi o sindromi ostruttivo-dolorose". Dispensa del corso di perfezionamento in Agopuntura e tecniche correlate presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Brescia: stampato in proprio, 2008, pag. 13-14, (mod.)
- 5. Favalli R.,** "La meralgia parestesica e la pubalgia in Medicina Tradizionale Cinese. Inquadramento diagnostico-terapeutico". Dispensa del corso di perfezionamento in Agopuntura e tecniche correlate presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Brescia: stampato in proprio, 2008, pag. 7, (mod.)

Dott. Roberto Favalli