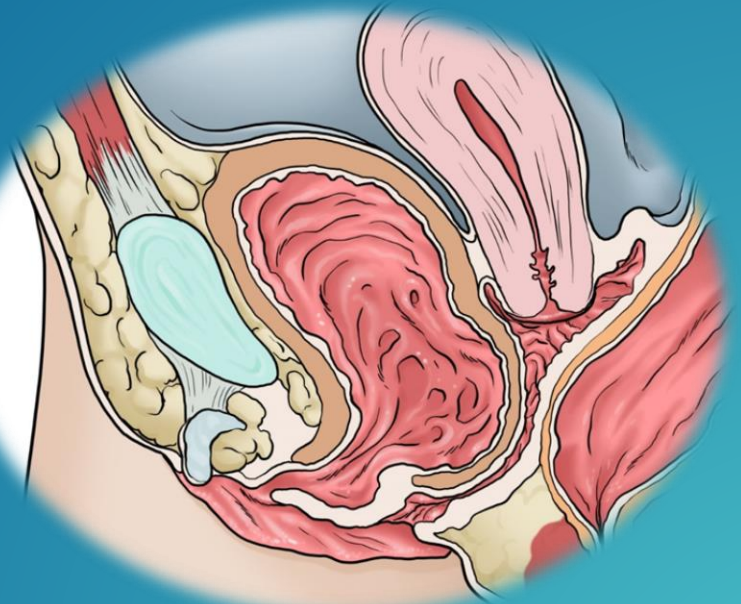


PATOLOGÍA DE LA VEJIGA

AUTOR: FRANÇOIS RICARD, D.O PhD



Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA LA VEJIGA

- Cistitis (síndrome uretral).
- Tumor de la vejiga .
- Incontinencias de orina de esfuerzo.



SÍNTOMAS DE CISTITIS/ URETRITIS

- Los síntomas de la uretritis son :
 - Sensación que la vejiga no se está vaciando correctamente.
 - Micciones frecuentes.
 - Disuria (dolor o quemazón al orinar).
 - Hematuria.
 - Bacteriuria (presencia de bacterias en la orina).
 - Dolor lumbar. , abdominal inferior o pélvico, dolor supra-púbico.
 - Dispareunia (dolores durante las relaciones sexuales).
 - Orina nublada .



➤ Los síntomas adicionales que pueden estar asociados con esta enfermedad son:

- Incontinencia urinaria
- Dolor o sensibilidad ósea
- Dolor abdominal
- Anemia



INCONTINENCIA DE ORINA

La incontinencia es la incapacidad para controlar la micción (excreción de orina).

La incontinencia urinaria puede variar desde una fuga ocasional hasta una incapacidad total para aguantar cualquier cantidad de orina.



INCONTINENCIA DE ORINA

- Los dos tipos principales de incontinencia urinaria son:
 - Incontinencia de esfuerzo: ocurre durante ciertas actividades como tos, estornudo, risa o ejercicio físico.
 - Incontinencia de urgencia: contracción instantánea y la pérdida involuntaria de orina, no da suficiente tiempo entre el momento que primero se siente la necesidad de orinar y el momento en que se da la descarga.



La incontinencia es un problema en el cual se reduce la fuerza del esfínter uretral que no es capaz de evitar el flujo de orina cuando aumenta la presión abdominal.

La incontinencia por estrés puede presentarse como resultado del debilitamiento de los músculos pélvicos que soportan la vejiga y la uretra o debido al mal funcionamiento del esfínter uretral.

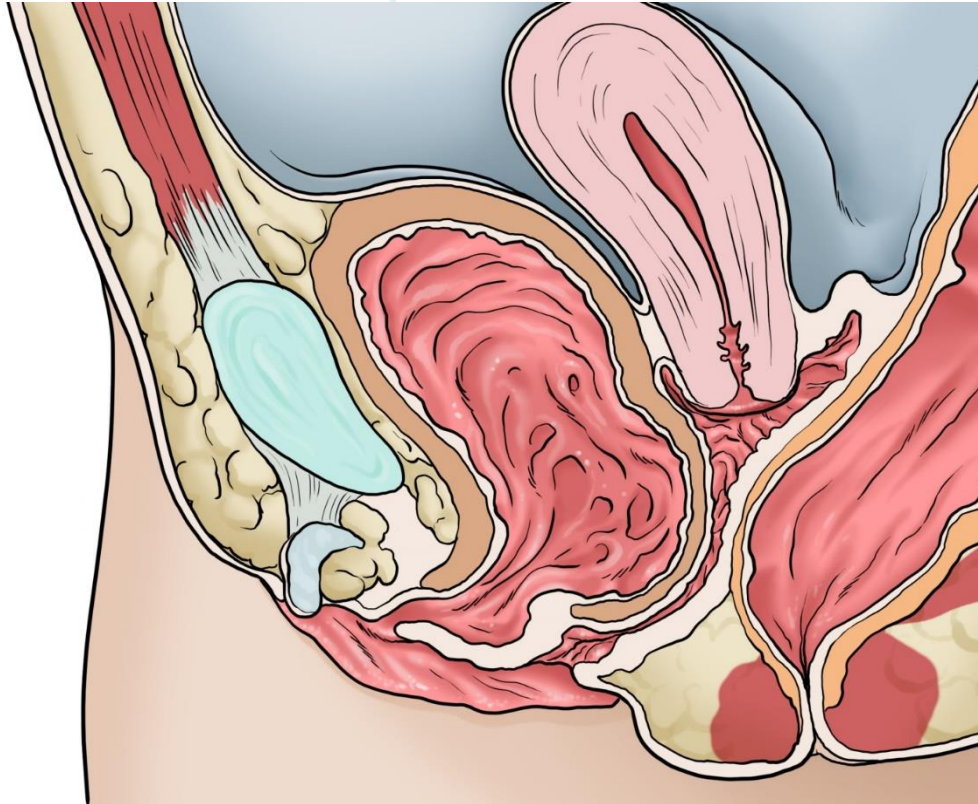


Un trauma previo de la zona uretral, una lesión neurológica y algunos medicamentos pueden debilitar la uretra.

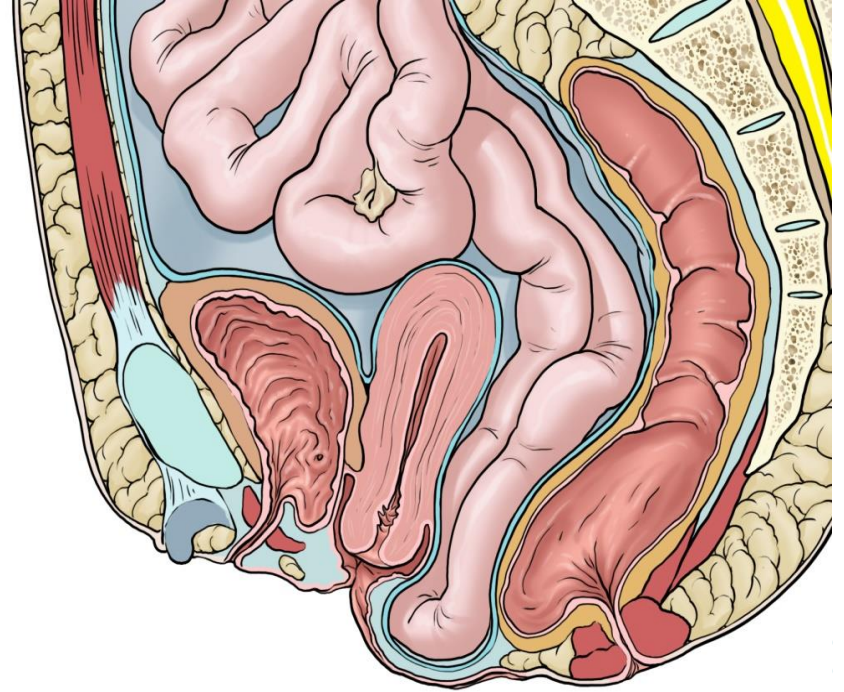
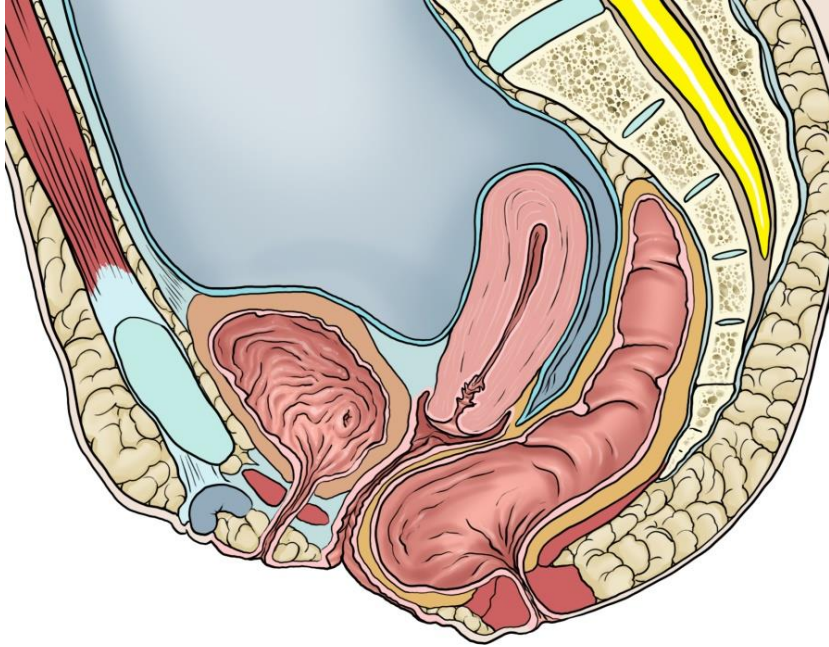
La incontinencia por estrés se ve a menudo en mujeres que han tenido múltiples embarazos y partos vaginales o que tienen prolapso pélvico (protrusión de la vejiga, uretra o pared rectal hacia el espacio vaginal), con cistocele, cistouretrocele o retócele.



CISTOCELE



RECTOCELE

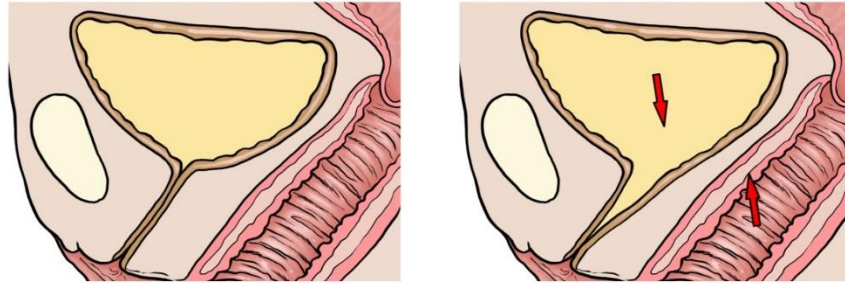


Los estudios han documentado que alrededor del 50% de todas las mujeres presentan incontinencia urinaria ocasional y el 10% presentan incontinencia regular.

Casi el 20% de las mujeres mayores de 75 años experimentan incontinencia urinaria diaria.



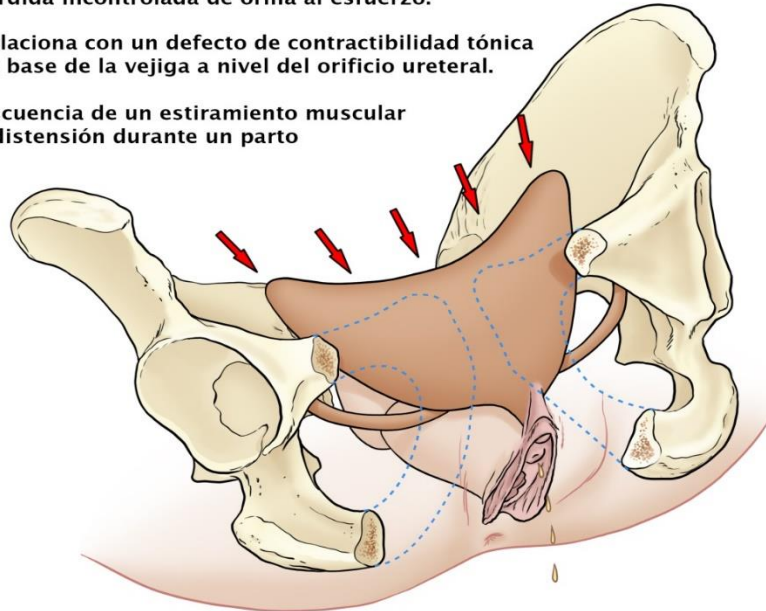
INCONTINENCIA DE ORINA



O pérdida incontrolada de orina al esfuerzo.

Se relaciona con un defecto de contractibilidad tónica de la base de la vejiga a nivel del orificio ureteral.

Consecuencia de un estiramiento muscular por distensión durante un parto



Se agrava con la caída hormonal de la menopausia
Tratamiento quirúrgico

➤ Las causas para la incontinencia a largo plazo incluyen:

- Lesión de la médula dorsal
- Anomalías anatómicas del tracto urinario
- Lesiones neurológicas como esclerosis múltiple o accidente cerebro vascular
- Debilidad postquirúrgica del esfínter (cirugía de próstata en los hombres o vaginal en las mujeres).
- Prolapso pélvico en las mujeres.
- Hipertrofia de la próstata en los hombres
- Cáncer en la vejiga



➤ SÍNTOMAS :

La pérdida de orina es un síntoma que se presenta:

- Al toser
- Al estornudar
- Al estar de pie
- Al realizar ejercicio
- Durante otra actividad física



➤ SIGNOS Y DIAGNOSTICO:

El examen físico incluirá un examen abdominal y rectal, además de un examen genital en los hombres y pélvico en las mujeres, el cual puede detectar un cistocele o uretrocele (protrusión de la vejiga o la uretra en el espacio vaginal).

Los exámenes pueden incluir:

- Residuos post-evacuación (RPE) para medir la cantidad de orina que queda después de la micción.
- Análisis de orina/cultivo de orina para descartar una infección de las vías urinarias.



- Examen de tensión urinario (al paciente se le pide que se ponga de pie con la vejiga llena y que tosa).
- Radiografías con medio de contraste de la vejiga con y sin esfuerzo de empuje abdominal.
- Cistoscopia (inspección de la parte interna de la vejiga).



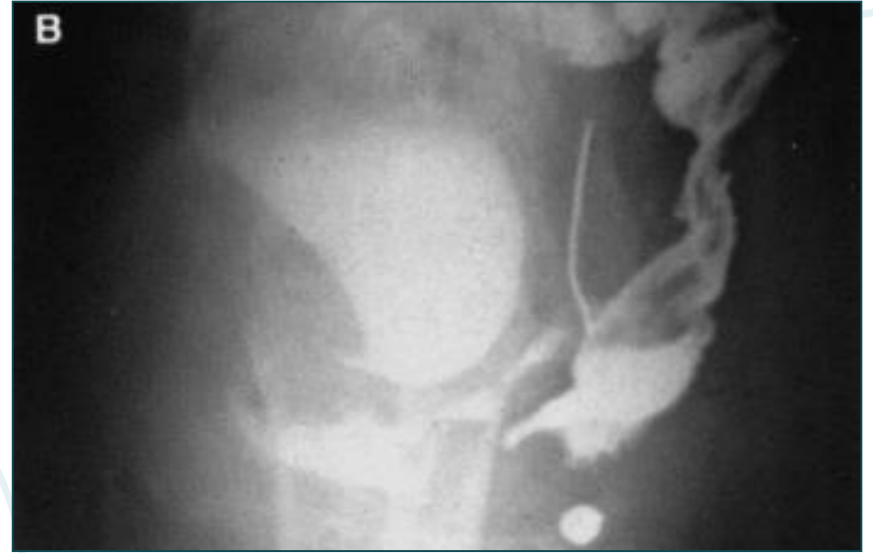
- Estudios de urodinámica (exámenes para medir la presión y flujo de orina).
- Medición del cambio en el ángulo de la uretra cuando la persona está en reposo o cuando realiza un esfuerzo (prueba del hisopo o Q-tip). Un cambio en el ángulo mayor a 30° tiende a indicar una debilidad significativa de los músculos y de los tejidos que soportan la vejiga.



CISTOCELE



Cistoptosis en esfuerzo de retención



Cistoptosis en empuje abdominal.

➤ TRATAMIENTO:

a) Terapia de los músculos del piso pélvico:

Ejercicios de entrenamiento de los músculos pélvicos de Kegel:

- El principio de los ejercicios es el fortalecimiento de los músculos del piso pélvico, mejorando la función del esfínter uretral.
- Algunas mujeres pueden usar conos vaginales ,la mujer debe tratar de contraer los músculos del piso pélvico esforzándose por conservar el dispositivo en el sitio.
- Se debe mantener la contracción hasta por 15 minutos.



- Se debe realizar dos veces al día.
- Al cabo de 4 a 6 semanas, cerca de un 70% de las mujeres han tenido alguna mejoría de sus síntomas.

La biorretroalimentación es un método de reforzamiento positivo, que coloca los electrodos en el abdomen de la persona y a lo largo del área anal.



- Se puede también colocar un sensor en la vagina para monitorear la contracción de los músculos del piso pélvico. Un monitor muestra cuáles son los músculos que se encuentran contraídos y cuáles en reposo.
- De las personas que han utilizado la biorretroalimentación, cerca de un 75% ha informado sobre mejoras en los síntomas y un 15% declaró haberse recuperado.



La terapia de estimulación eléctrica utiliza corriente de bajo voltaje para estimular y contraer el grupo apropiado de músculos.

- La corriente se envía a través de una sonda anal o vaginal.
- La terapia de estimulación eléctrica se puede realizar en el hogar o en una clínica.
- Las sesiones de tratamiento duran unos 20 minutos y se realizan día de por medio o cada 4 días.



b) Medicamentos:

Los medicamentos utilizados para el tratamiento de la incontinencia por estrés persiguen aumentar la contracción del músculo del esfínter uretral.

- Agonistas alfa-adrenérgicos, como fenilpropanolamina y pseudoefedrina aumentan el cierre del esfínter uretral y mejoran los síntomas en aproximadamente el 50% de los pacientes.



- Antidepresivo tricíclico imipramina tiene propiedades similares.
- Terapia con estrógeno (parche) puede aplicarse en mujeres posmenopáusicas para aumentar el tono y el suministro de sangre a los músculos del esfínter uretral.



c) Cirugía:

El objetivo de estos procedimientos quirúrgicos es curar la causa de la incontinencia urinaria, ya sea apoyando la vejiga y la uretra en su posición correcta para que puedan funcionar adecuadamente o ajustando el esfínter uretral.

Las posibles complicaciones incluyen infección de las vías urinarias, incapacidad para orinar, infección de la herida, fístula (rara vez) y el nuevo inicio de una incontinencia con urgencia.



➤ PRONÓSTICO:

Los cambios de comportamiento, la terapia de ejercicios del piso pélvico y el manejo médico de la incontinencia por estrés tiende a mejorar los síntomas más que a curar el trastorno.

La cirugía puede tener una tasa de recuperación que oscila entre el 75 y el 95%, siempre que los pacientes sean seleccionados con cuidado.



PATOLOGÍAS VESICALES EN LA MUJER

Desde un punto de vista osteopático se pueden distinguir dos causas esenciales de **incontinencia urinaria**:



PATOLOGÍAS VESICALES EN LA MUJER

- Irritaciones de la vejiga por :
 - Tensiones de las fascias pélvicas,
 - Versiones fijadas del útero,
 - Neuropatías de compresión,
 - Ptosis intestinales.

- Las incontinencias urinarias asociadas a un prolapso uterino.



I - LAS CAUSAS FASCIALES:

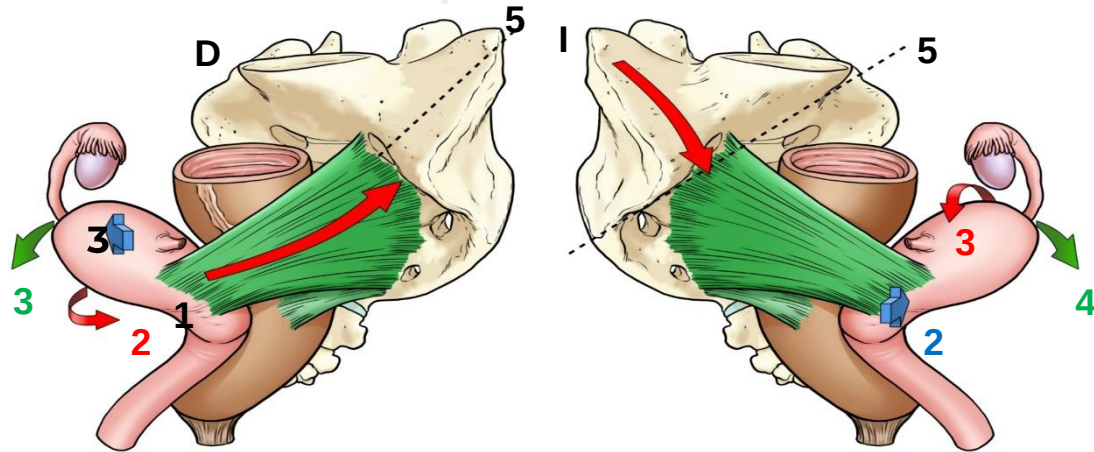
- Una lesión mecánica de torsión de la pelvis va a repercutir sobre las aponeurosis de la pelvis.
 - Aponeurosis perineal media: lesión de la sacroilíaca o de la sínfisis del pubis.
 - La aponeurosis perineal profunda :Una lesión fascial puede producir una neuropatía de compresión a nivel de los filetes nerviosos que van a la vejiga.

II - TORSIONES DEL ÚTERO :

- La movilidad y la presión intravesical están condicionadas por las vísceras vecinas (útero, intestinos).



TORSIÓN IZQUIERDA



Tracción sobre el ligamento útero-sacro izquierdo.

2 – El cuello uterino está desplazado hacia atrás, hacia arriba, y se encuentra desviado a la izquierda.

3 – El cuerpo uterino está en lateroversión derecha.

4 – El cuerpo uterino está en anteversión.

5 – Eje oblicuo izquierdo.



- Las lesiones del útero pueden repercutir directamente sobre la vejiga (anteversión) o bien, indirectamente sobre las láminas sacro-génito-púbicas.
- Toda adherencia de los fondos del saco uterino laterales, Douglas, anterior debe ser suprimida.
- Las lesiones de la base sacra favorecen las tensiones uterinas:
 - Lesión posterior de la base : latero-versión-retroversión del útero.
 - Lesión anterior de la base : lateroversión-anteversión del útero.



- Las lesiones más implicadas en la patología vesical son anteversión y anteflexión.
- Como el cuello del útero es más alto de lo normal, existe una irritabilidad de la vejiga (cistitis: la paciente constantemente ganas de orinar).



III - LAS NEUROPATÍAS DE COMPRESIÓN:

- Las fibras del nervio pudiendo pueden verse irritadas tras lesiones fasciales de la pelvis, o bien a nivel de los agujeros sacros anteriores (lesión de la base sacra): las informaciones neurovegetativas se verán perturbadas (perineo, esfínteres).
- Una lesión sacrocoxígea puede repercutir sobre el ganglio impar.



IV - PTOSIS INTESTINALES:

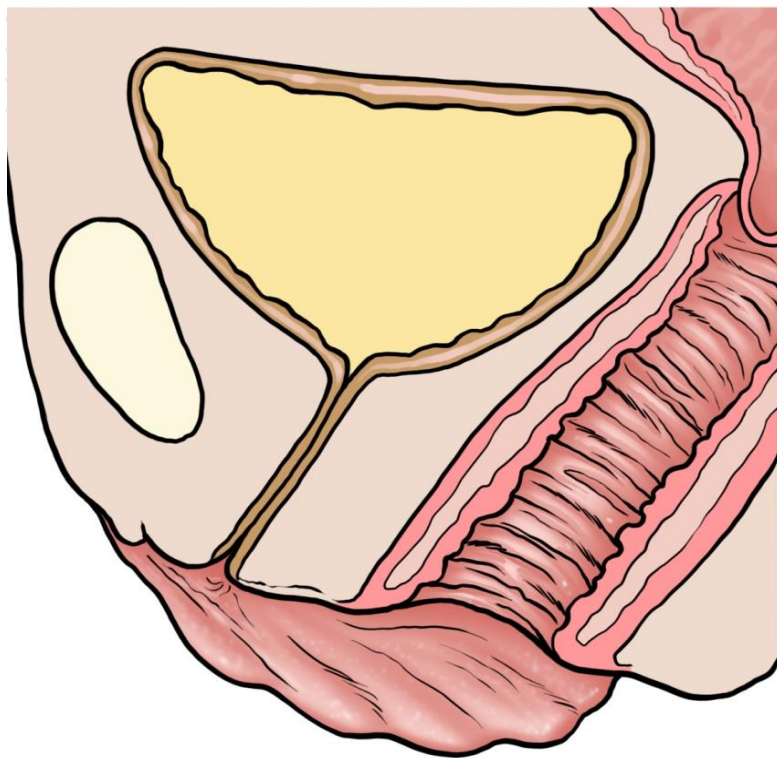
- Las ptosis del intestino delgado y del sigmoides influyen a la vejiga por la presión que ejercen o por las tensiones vesicales a través de las láminas púbico-vésico-útero-recto-sacras debidas al recto. La técnica del "sigmoides lift" influenciará al útero y por lo tanto, a la vejiga.



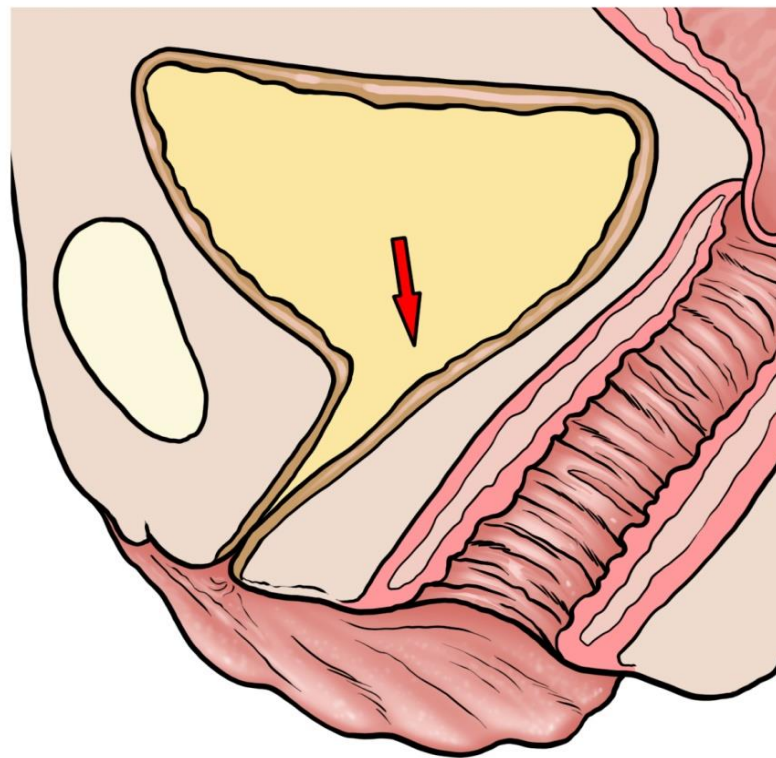
V - LAS INCONTINENCIAS URINARIAS Y PROLAPSO DEL ÚTERO:

- El prolapso es una ptosis del útero.
- Durante el empuje abdominal ,el útero pone en tensión sus ligamentos y debe poder apoyarse sobre los músculos elevadores. Si estos músculos son deficientes, el útero puede desplomarse y la vejiga desciende con él.





VEJIGA FISIOLÓGICA



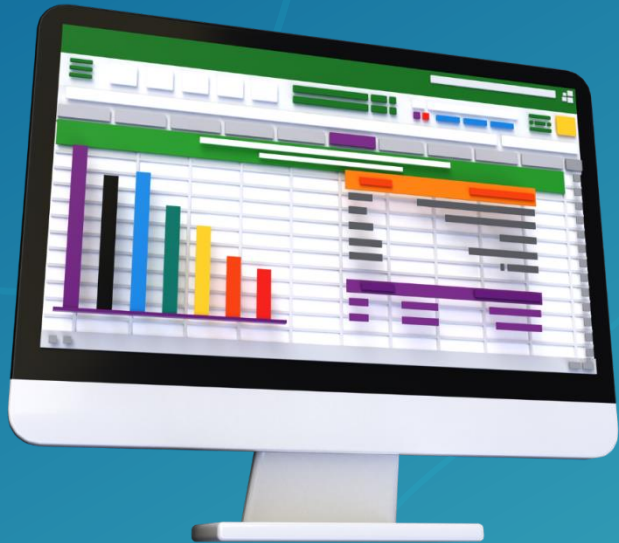
VEJIGA PATOLÓGICA

- Las ptosis intestinales van a acrecentar el descenso del útero, la distensión del abdomen va a descender el uraco, verdadero suspensor de la vejiga.
- La ptosis del útero sobreviene frecuentemente tras el parto, que puede desgarrar su sistema suspensor.
- La ptosis visceral se ve agravada por la caída hormonal de la menopausia.
- La incontinencia urinaria ortostática está ligada igualmente a un defecto de la contractilidad tónica de la base de la vejiga a nivel del orificio uretral.



- Existen otras causas:
 - Nutricionales, responsables de una hipotonía del tejido de sostén,
 - Traumáticas (parto, episiotomía malas posiciones de la pelvis),
 - Tumorales.
- En todos los casos el estreñimiento es un factor mayor de agravación.





Visita Nuestro Departamento Científico

scientific-european-federation-osteopaths.org