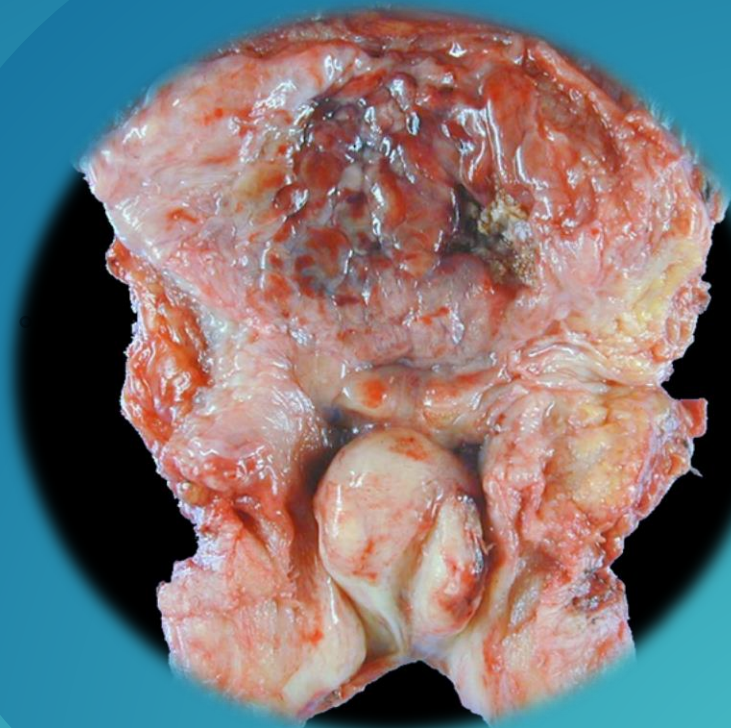


SÍNTESIS DE LAS PATOLOGÍAS DE LA VEJIGA

AUTOR: FRANÇOIS RICARD, D.O PhD.



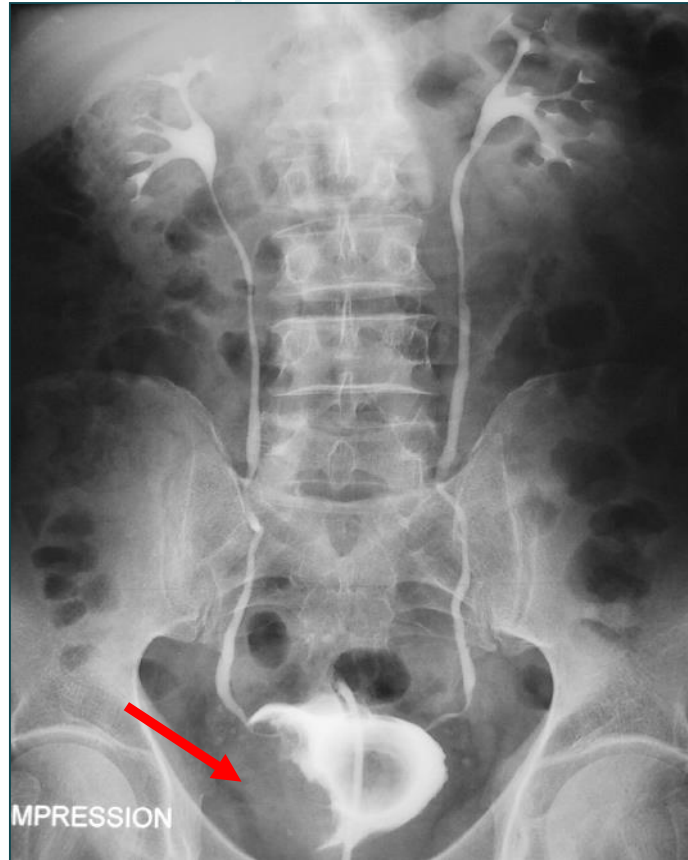
Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional

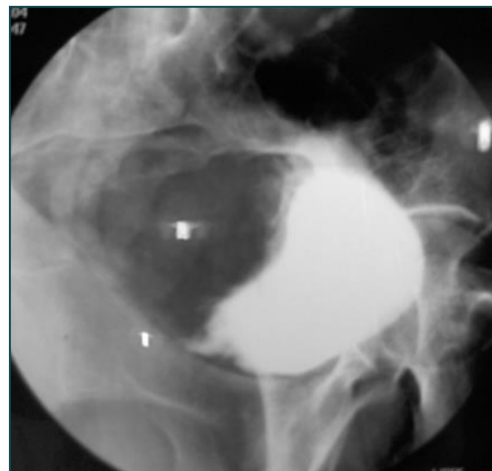


PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
CÁNCER VEJIGA	Carcinoma urotelial, carcinoma epidérmico, adenocarcinoma <u>Factores favorecedores:</u> Tabaco. Divertículo vesical, biliarciosis, cistitis crónica, litiasis vesical. Factores químicos: colorantes, laminados aromáticos; fármacos (fenacetina, endoxan, radiaciones ionizantes).	Hematuria. Disuria, Urgencia miccional, Polaquiuria Infecciones urinarias de repetición Revelación de metástasis Dolor óseo, Dolor lumbar de masa retro-peritoneal Compresión extrínseca de uréter, intestino	<u>Examen clínico</u> Palpación masa vesical fijada en las etapas avanzadas Tactos pelvianos en la búsqueda de una invasión Hepatomegalia, ADP supraclavicular, linfoedema, <u>Exámenes complementarios:</u> creatininemia citología urinaria, ECBU Ecografía UIV, biopsia Cistoscopia TDM torácico-abdomino-pélvico Escintigrafía	Paro del TABACO <u>Tumor no infiltrante:</u> tratamiento conservador: resección endoscópica <u>Tumor infiltrante:</u> tratamiento quirúrgico radical = CISTECTOMÍA + derivación urinaria si paciente no operable o etapa avanzada: de radio - quimioterapia



U.I.V





CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: CÁNCER DE VEJIGA

**Esta patología NO se trata en Medicina
Osteopática.**



PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
CISTITIS	Contaminación por vía ascendente a partir de la flora colique+++ E Coli (la bacteria más frecuente (80%) Proteo (10%) Enterococo, Klebsiella, Estafilococo, BK (10%). Contaminación descendente (septicemia, absceso renal) Reflujo urinario masivo, éstasis, obstrucciones (tumor, litiasis), embarazo, prostatitis. Sondeos.Actividad sexual	<u>Síndrome urinario:</u> Quemadura en la micción, polaquiuria, disuria, urgencia miccional, orinas turbias, hematuria (raro) ± pesadez pelviana Dolores suprapúbicos <u>Signos negativos:</u> Ausencia de dolor lumbar Ausencia de fiebre Ausencia de signo ginecológico	Cintilla urinaria. ECBU. Citología. Bacteriología antibiograma	Antibioterapia Monodosis 3 días: Fosfomycine Trométamol, Fluoroquinolone



DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS: CISTITIS (1).

- 1º Es necesario normalizar las posiciones anormales del útero (anteversión y anteflexión) y de luchar contra las adherencias que puedan repercutir sobre la vejiga.
- 2º Liberar los ligamentos útero-vesicales y pubo-vesicales.
- 3º Liberar toda adherencia entre vejiga e intestinos.
- 4º Liberar los uréteres y la uretra en la mujer.



DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS: CISTITIS (2).

5º Liberar las fascias de la pelvis. Una lesión mecánica en torsión de la pelvis, va a repercutir sobre las aponeurosis de la pelvis.

- Aponeurosis perineal media: lesión de sacroilíaca o de la sínfisis púbica.

- Aponeurosis perineal profunda: Una lesión fascial puede producir un neuropatía de compresión en las ramas nerviosas que van a la vejiga.



DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS: **CISTITIS (3).**

6º Liberar la articulación sacrocoxígea que puede repercutir sobre el ganglio impar y la vejiga.

7º Liberar las disfunciones somáticas de L1-L2.

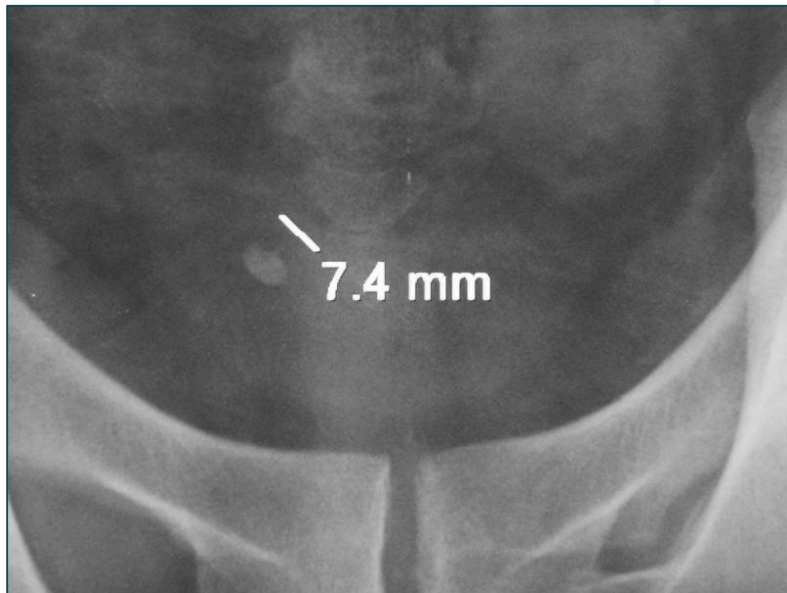


PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
Litiasis vesicales	Causas alimenticias. Éstasis urinaria: Adenoma de la próstata, Estenosis de la uretra. Infección urinaria. Desórdenes metabólicos (gota)	Dificultad para orinar (disuria), Polaquiuria, deseos imperiosos, quemaduras, Hematuria. Retención de orina. Incontinencia · Eliminación espontánea de arena o cálculo, Dolores pelvianos Cistitis que repite. Pus en las orinas (piuria).	ASP. Urografía intravenosa Cistoscopia	Corrección del factor de éstasis vesical. Antibióticos. Agua rica en bicarbonato para alcalizar las orinas (cálculos de ácido úrico). Zyloric Litotricia Ablación quirúrgica

Litiasis vesical



Litiasis vesical





DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS: CÁLCULOS

Si el tratamiento no va dirigido a eliminar el cálculo, se tiene por meta tratar los factores responsables de su formación:

1º Es necesario luchar contra las adherencias entre vejiga e intestinos, el útero en la mujer.

2º Liberar los ligamentos útero-vesicales y pubo-vesicales.

3º Liberar la próstata en el hombre.

4º Liberar los uréteres y la uretra en la mujer.



PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
REFLUJO VESICO-URETERAL	Anomalía anatómica de la unión vesicoureteral. Brevedad del trayecto bajo mucosas. Laxitud del trígono. Deficiencia de las fibras inter uretrales y de la vaina de Waldeyer. Deficiencia del sostenimiento muscular del uréter terminal. Inmadurez esfinteriana o inestabilidad vesical. Vejiga perezosa	Nefropatía pielonefritis Cistitis Proteinuria Enuresis persistente	Citografía retrógrado y miccional. ECBU-NFS-CRP ASP ECOGRAFÍA (de todo el aparato urinario)	Educación y Rehabilitación Antibióticos Tratamiento quirúrgico (Cohen, tratamiento endoscópico)



DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS: **REFLUJO VÉSICO-URETERAL (1)**

1º Liberar las disfunciones somáticas de L1-L2 para luchar contra la pereza vesical.

2º Liberar los uréteres y la uretra en la mujer para luchar contra la disfunción vésico-esfinteriana.

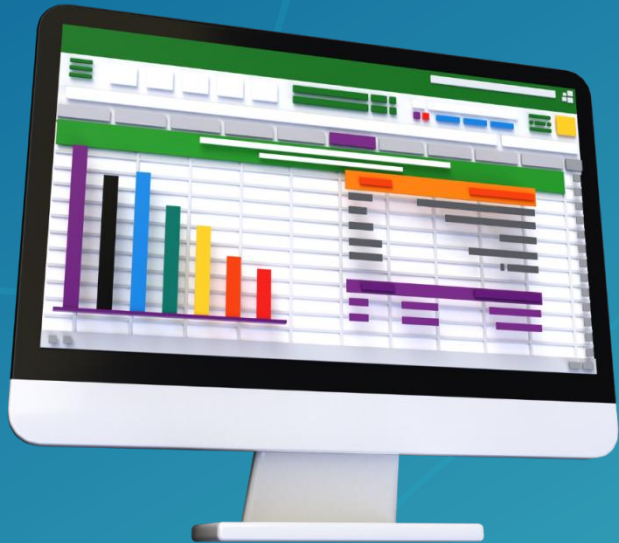
3º Es necesario luchar contra las adherencias que pueden repercutir sobre la vejiga.



DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS: **REFLUJO VÉSICO-URETERAL (2)**

- 4º Liberar los ligamentos útero-vesicales y pubo-vesicales para mejorar (soportes o apoyos de la vejiga).
- 5º Liberar los uréteres que pueden realizar un codo por delante del lugar donde desembocan en la vejiga.
- 6º Liberar la uretra y el trígono.





Visita Nuestro Departamento Científico

scientific-european-federation-osteopaths.org