

SÍNTESIS DE LAS PATOLOGÍAS EN GINECOLOGÍA

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
ALGIAS PÉLVICAS	• Endometriosis • Trastornos de la estática uterina • Síndrome de Master y Allen • Algias pélvicas vasculares • Adherencias • Malposiciones uterinas • Infección genital crónica • Varices endopélvicas • Vaginismo • Síndrome premenstrual	• Dolores pélvicos • Dispareunia	• Ecografía • IRM • Celioscopía	• Anti-espasmódicos • AINES • Progestativos • Análogos de la LH-RH • Cirugía • Tratamiento osteopático local

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: DISPAREUNIAS

En caso de dolor solamente en una posición durante el coito traduce fijaciones en malposición del útero y es necesario restaurar su movilidad.

DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS:

1. ENDOMETRIOSIS

Es necesario normalizar las posiciones anormales del útero y luchar contra las adherencias.

2. MALPOSICIONES UTERINAS

Los ligamentos uterosacros poseen numerosas fibras neurovegetativas y son responsables de dolores locales.

(Fujii y al, 2002; Butler-Manual y al, 2002)

Papel de las anteversiones, retroversiones, lateroversiones e importancia de normalizar toda tensión ligamentaria anormal.

3. ALGIAS DE ORIGEN VASCULAR

El tratamiento consiste en luchar contra el éstasis venoso y las varices endopélvicas (ingle, canal de Alcock, perineo superficial).

Las movilizaciones uterinas y la gran maniobra global hemodinámica del abdomen están indicadas.

4. ADHERENCIAS

Es necesario normalizar las posiciones anormales del útero y luchar contra las adherencias.

5. VARICES PELVICAS

El tratamiento consiste en luchar contra el éstasis venoso y las varices endopélvicas (Ingle, canal de Alcock, perineo superficial).
Las movilizaciones uterinas y la gran maniobra global hemodinámica del abdomen están indicadas.

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
AMENORREAS PRIMARIAS	• Imperforación himeneal, aplasia vaginal, atresia cervico-ístmica. • Disgenesias gonádicas. • Síndrome de TURNER • Hipotiroidismo • Tumores virilizantes de los ovarios • Hiperplasia o tumores suprarrenales	• Amenorrea	• Ecografía • RM • Celioscopía • Biología hormonal	Variable según la etiología

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: AMENORREAS PRIMARIAS

Estas patologías no son indicaciones del tratamiento de Medicina Osteopática.

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
AMENORREAS SECUNDARIAS	• Hipotiroidismo • Cushing • Addison • Síndrome de los ovarios poliquísticos	• Amenorrea • Sofocos • Galactorrea • Cefaleas • Irregularidad del ciclo menstrual • Hirsutismo	• Ecografía • RM • Celioscopía • Biología hormonal	Estro-progestativos, análogos, antagonistas GnRH, anti-progesteronas, progestativos.

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: AMENORREAS SECUNDARIAS

Estas patologías no son indicaciones del tratamiento de Medicina Osteopática.

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO	• Infecciones sexuales por algunos virus (Papilomavirus) • Carcinoma epidérmico, adenocarcinoma • Tumores no epiteliales.	• Sangrado vaginal anormal • Secreción vaginal pálida, ácuea, rosada, castaña o con sangre • Dolores pélvicos	• Frotis de Papanicolaou • Biopsia SCC (antígeno del carcinoma de células escamosas). • Espéculo: - Ulceración. - Vegetación • TV: - Induración. - Sangrado de contacto • Ecografía abdominal pelviana. • TDM/IRM abdomino-pélvica	• Histerectomía. Cirugía extrema o exoneración pelviana. • Radioterapia y quimioterapia.

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO

Esta patología no es una indicación del tratamiento de Medicina Osteopática.

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
CÁNCER DEL ENDOMETRIO	• Adeno-carcinoma endometrial	• Metrorragias, leucorreas.	• TV: aumento de talla del útero • Biopsia cuello y endometrio • Ecografía • Histero-sonografía Doppler • Histeroscopia • IRM	• Cirugía: Histerectomía total o extrafascial, anexectomía bilateral, linfadenectomía pélvica • Radioterapia si factores de mal pronóstico • Quimioterapia

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: CÁNCER DEL ENDOMETRIO

Esta patología no es una indicación del tratamiento de Medicina Osteopática

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
CÁNCER DE OVARIO	• Mutación del gene BRCA1. • Tumores endocrinos • Sarcomas. • Tumores metastáticos	• Sintomatología poco específica: – Abdominal – Gastro-intestinal – Dolor – Cansancio – Quejas urinarias – Quejas pélvicas • Tumefacción del abdomen • Metrorragias	• TV: masa laterouterina infiltración del Douglas, del recto. • TR: tumoración pélvica. • Ganglio de Troisier. • Ecografía abdomino-pélvica. • TDM/IRM • Marcadores tumorales: <u>Ca 125*</u>, Ca 19-9, ACE	Cirugía con linfadenectomía Quimioterapia. Radioterapia

* Un Ca 125 elevado, sugiere un cáncer ovárico. El CA 125 es una glicoproteína de la superficie celular descubierta en un 80% de los casos de cáncer ovárico epitelial.

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: CÁNCER DEL OVARIO

Esta patología no es una indicación del tratamiento de Medicina Osteopática.

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
CONDILOMAS ANO-GENITALES EXTERNOS (VERRUGAS GENITALES)	• Transmisión sexual. • Hiperplasia benigna sin displasia con quilocitosis intraepitelial	• Asintomáticos o prurito	• Colposcopia • Examen cuidadoso de toda la región vulvar, perineal, perianal, surco interglúteo. • Balance de infecciones sexualmente transmisible	Podofiloxina Imiquimod crema Crema antimitótica Ácido tricloroacético Crioterapia Escisión quirúrgica

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: CONDILOMAS VULVARES

Esta patología no es una indicación del tratamiento de Medicina Osteopática

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNOSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
DISMENORREA	• Aumento de la producción endometrial de prostaglandinas • Disminución del flujo sanguíneo • Niveles importantes de vasopresina • Anomalías de los receptores musculares del útero, en caso de anomalía de posición del útero (lateroversión, anteflexión, retroflexión, etc.) • hipocontractibilidad uterina	• <u>Menstruación dolorosa</u> • Hipersensibilidad suprapúbica • Transpiración • Taquicardia • Cefalea • Náusea • vómito • Diarrea.		Inhibidores de la síntesis de las prostaglandinas Contraceptivos orales Tratamiento quirúrgico Manipulaciones viscerales y SEB

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: DISMENORREA PRIMARIA

Los ligamentos uterinos son hormono-dependientes (efecto regulador) y sus tensiones influyen sobre las secreciones de hormonas útero-ováricas (Foster, 2003), y sobre la vascularización de los órganos genitales (congestión pélvica, éstasis venoso). Por esta razón deben tratarse.

El tratamiento de las malposiciones del útero (lateroversión, anteflexión, retroflexión, etc.), lucha contra los trastornos de la sensibilidad del útero y su hipocontractibilidad. Por ello es necesario liberar las fijaciones en malposición del útero y restaurar su movilidad.

DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS: DISMENORREA PRIMARIA

La equilibración osteopática de la SEB parece tener efectos sobre las secreciones hipofisarias (Vecino Rodríguez, 2008) y podría tener un efecto sobre las secreciones hormonales con destino útero-ováricas.

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNOSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
DISPAREUNIA	• <u>Superficiales:</u> - himen demasiado	• Dolor durante las relaciones	• Exploración ginecológica. • Histero-	Según la etiología

	grueso; inflamación - Vulvovaginitis - Origen psíquico (vaginismo) - Cándida Albicans (micosis vaginal) • <u>Profundas</u> : - Endometritis, salpingitis, anexitis - Endometriosis - Distrofia ovárica - Versiones y flexiones uterinas fijadas	sexuales. • Prurito vulvar. • Vulva roja, y edematizada, exudando. • Leucorrea.	salpingografía. • Biopsia.	
--	---	---	-------------------------------	--

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: DISPAREUNIA

La mayoría de estas patologías no son una indicación del tratamiento de Medicina Osteopática, excepto las malposiciones uterinas.

DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS: DISPAREUNIA FUNCIONAL

Es necesario normalizar las posiciones anormales del útero y luchar contra las adherencias.

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
ENDOMETRIOSIS	• Regurgitación con el reflujo menstrual. • Metaplasia de la serosa peritoneal y/o de los residuos Müllerianos ectópicos. • Factores genéticos • Alteración de la inmunidad celular y humoral.	• Dolor pélvico. • Dismenorrea. • Disquesia • Dispareunia • Sangrados anormales (spotting) • Infertilidad • Síntomas urológicos • Útero aumentado en volumen.	• TV positivo: - Dolor a la palpación de los ligamentos uterosacros y fondos de saco - Dolor a la movilización del útero - Útero en retroflexión, fijo, no móvil. - Induración retrocervical • Celioscopia • Ecografía pélvica. • Biología: - Anticuerpo monoclonal OC-125 - Antígeno CA-125 • IRM	Analgesia con antiinflamatorio Contraceptivos orales combinados. Progestativos. Danazole. Agonista GnRH. Laparoscopia con escisión, vaporización láser o fulguración de los injertos, escisión del endometrioma

DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS: ENDOMETRIOSIS

Es necesario normalizar las posiciones anormales del útero debidas a los ligamentos uterinos y luchar contra las adherencias a nivel ligamentoso uterino, de las trompas, de los ovarios y de los intestinos.

DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS: ENDOMETRIOSIS

Es necesario normalizar las trompas y luchar contra sus adherencias para favorecer la fertilidad.

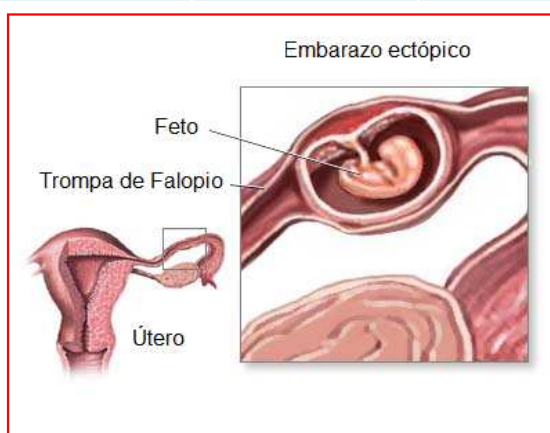
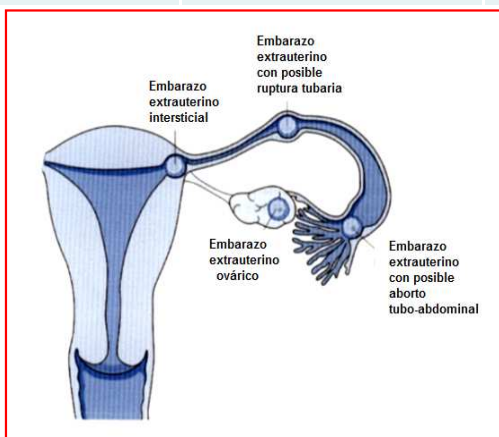
PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
FIBROMA UTERINO	• Tumor mesenquimatoso desarrollado, depende del músculo liso, benigno y hormono-dependiente • Hiperestrogenia (insuficiencia lútea)	• Leucorreas antes de las reglas. • Dolores de tipo de pesadez pélvica o rectal, dolores agudos de tipo de torsión o cólico. • Trastornos urinarios de	• TV: situación del cuerpo uterino, deformado, masa redonda móvil, solidaria y sobre todo no dolorosa. • Ecografía pélvica. • Histero-salpingografía • Histeroscopia.	Abstención terapéutica. Progestativos. Análogos LH-RH: castración médica reversible. Estrógenos en caso de grave hemorragia Miomectomía. Histerectomía

		evacuación de tipo retención, incontinencia de esfuerzo. • Esterilidad. • Aumento de volumen del abdomen.	• IRM.	
--	--	---	--------	--

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: FIBROMA

Esta patología no es una indicación del tratamiento de Medicina Osteopática

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNOSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
EMBARAZO ECTÓPICO O EXTRA-UTERINO	• Lesiones tubáricas. • Anomalía específica de puesta ovular. • Anomalía de la transferencia • Obstáculo tubárico físico. • Cicatrización de infección tubárica. • Endometriosis. • Cicatrización tubárica de una cirugía pélvica anterior.	• Dolor de la parte inferior del abdomen o de la pelvis. • Dolor cólico. • Amenorrea. • Hemorragia vaginal anormal. • Náuseas. • Dolor lumbar. • Dolor en la descompresión o defensa abdominal. • Malestar con pérdida de conocimiento. • Shock.	• Dolor en la movilización uterina. • Test de embarazo + • Espéculo: sangrado uterino. • Progesterona sérica: valor menor de 5 µg/ml • β-HCG plasmática. • Ecografía (Saco ovular típico extrauterino) • Celioscopía	Legrado evacuador (Tratamiento de referencia). Tratamiento médico: metotrexato IM. Abstención terapéutica (disminución de la tasa de hCG a 48h)



CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: EMBARAZO ECTÓPICO O EXTRAUTERINO

Esta patología no es una indicación del tratamiento de Medicina Osteopática.

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
INFECCIONES GENITALES ALTAS	• Endometritis • Salpingitis piosalpinx • absceso ovárico • Clamidias • Neisseria Gonorrheae • Estreptococos, estafilococos	• Recientes dolores hipogástricos, uni o bilaterales; irradiando hacia las lumbares, los muslos, los órganos genitales externos. • Fiebre inconstante a 39-40°C, + escalofríos • Leucorrea abundante, purulenta++ • A veces metrorragias	• TV: signos inflamatorios vulvovaginales, dolor en la movilización uterina, hinchazón del fondo de saco de Douglas. • Biología: NFS (búsqueda de hiperleucocitosis) CRP BhCG ECBU • Hemocultivos • Ecografía • Celioscopía (salpingitis)	Antibioterapia (Augmentin + Ofloxacin) en caso de salpingitis

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: INFECCIONES GENITALES ALTAS

Estas patologías no son indicaciones del tratamiento de Medicina Osteopática. Sin embargo, en un segundo tiempo puede estar justificado un tratamiento osteopático a nivel útero, trompas y ovarios por las secuelas adherenciales.

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
INFECCIONES GENITALES BAJAS	• Vulvitis (micótica, bacteriana) • Herpes, sífilis, condilomas, • Bartolinitis, • Vaginitis bacteriana, micótica, vaginosis, vaginitis por: Triconomas. Neisseria Gonorrheae	• Leucorrea modificada (cantidad y/o color u olor) • Prurito, • quemazón, • picor, • dispareunia, • vulvodinia. • Erupción, eritema, edema, tumefacción • Síntomas en la pareja	• Examen citobacteriológico cervicovaginal	Micosis: Local: derivados imidazoles (Lomexin, Ginecopevaril, Monazol en crema y ovulo). Vía oral: si vaginitis intensa Fluconazole Triconomas nitro-5-imidazolés (Flagil, Fasigine, Secno). Clamidia: Azitromicina (citromax). Herpes; zelitrex por vía oral

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: INFECCIONES GENITALES BAJAS

Esta patología no es una indicación del tratamiento de Medicina Osteopática

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
INFERTILIDAD	• MST: trompas, ovario, útero en la mujer, testículos y canales excretores en el hombre. • ANOMALÍAS MECÁNICAS: obstrucción o déficit funcional de las trompas, adherencias pélvicas - Malformaciones uterinas • ANOMALÍAS DE LA OVULACIÓN: síndrome de los ovarios poliquísticos, insuficiencia ovárica primitiva • ANOMALÍAS UTERINAS MOLESTANDO LA IMPLANTACIÓN (ENDOMETRIOSIS) - Azoospermias, oligo-astenoterato-espermia en el hombre	<u>Mujer:</u> • Exploración hormonal: estradiol, LH, FSH y prolactina plasmática, progesterona plasmática al 22º-24º día • Estudio del moco cervical. • Ecografía. • Histeroscopia • Celioscopia <u>Hombre:</u> - testosterona, LH, FSH e inhibina B plasmática • Espermograma • Test post coito (estudio de la movilidad de los espermatozoides en el moco cervical)	Anomalía de la ovulación: inducción de la ovulación. Anomalía mecánica: cirugía percelioscópica o microcirugía. Asistencia médica a la Procreación. Inseminación artificial Fecundación in vitro (FIV). Liberación osteopática de las trompas y, ovarios y útero

DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS:

Las fibras musculares lisas de las trompas son contráctiles (Takenaka y, al 1978) y desempeñan un papel en la captura del óvulo por la trompa en la ovulación (Morikawa y, al 1980).

La inervación autónoma de la trompa tiene un papel fisiológico en la captura de los ovocitos liberados en la ovulación (Morimoto y al. 1982)

DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS:

Es necesario normalizar la inervación de las trompas (D11, D12, L1) y la musculatura local para favorecer la captura del óvulo por parte de la trompa.

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
QUISTES OVARICOS	• Desarrollo excesivo de un folículo. • Quiste de endometriosis	• Dolores crónicos pélvicos o abdominales • Irregularidad menstrual • Adelanto o retraso pubertario • Masa palpable (raro) • Recientes trastornos urinarios (compresión)	• Ecografía • IRM	Quistectomía. Ovariectomía

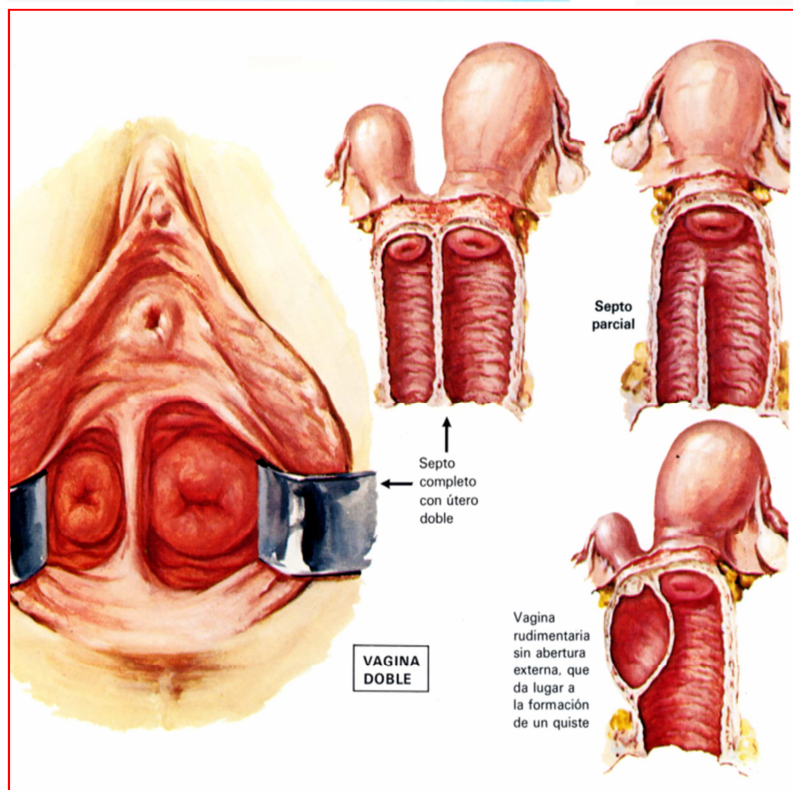
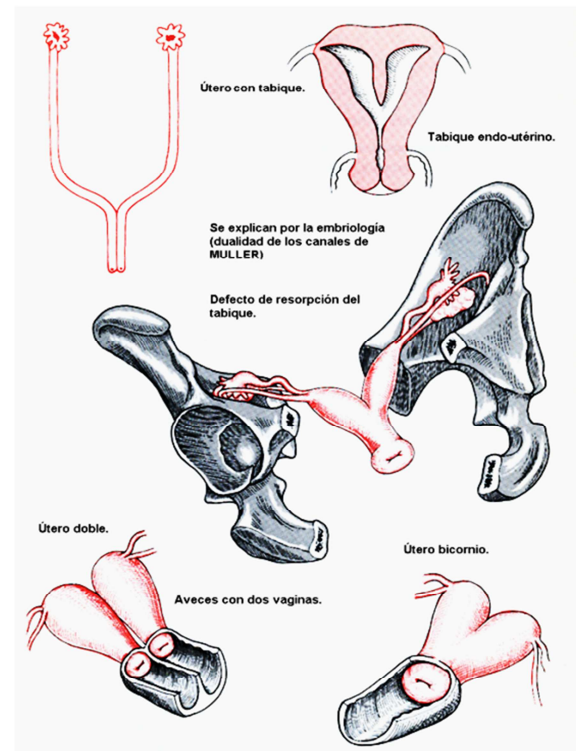
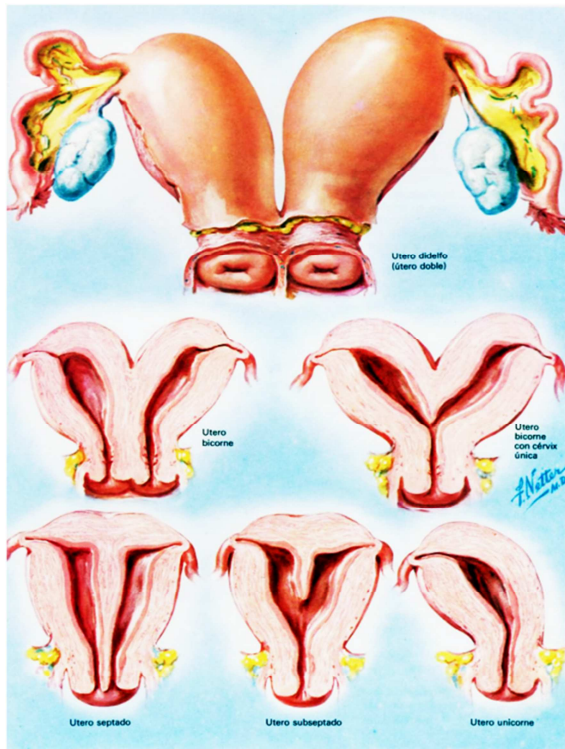
DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS: QUISTES OVARICOS

El tratamiento de los ligamentos uterinos influye sobre las secreciones útero-ováricas (efecto regulador) y sobre la vascularización de los órganos genitales (congestión pélvica, éstasis venoso).

La equilibración osteopática de la SEB parece tener efectos sobre las secreciones hipofisarias (Vecino Rodríguez, 2008) y podría tener un efecto sobre las secreciones hormonales con destino útero-ovárico.

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
MALFORMACIONES GENITALES	• Defecto embriológico: anomalía del cariotipo (T18, T13, Monosomía X). - Aplasias uterinas. - Útero bicorne, unicorno o tabicadas. - Aplasias vaginales. - Hemi-vagina tuerta. • Imperforación himeneal. • Hematocolpos	• Dismenorrea • Masa pélvica al examen. • Abortos. • Esterilidad.	• Cuello laterodesviado al espéculo o a la TV • Masa pélvica a la TV o al TR (cuerno rudimentario con hematometria) • Ecografía • IRM	Intervención solamente realizada en caso de malformación sintomática

MALFORMACIONES UTERINAS



CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: MALFORMACIONES GENITALES

Esta patología no son indicaciones del tratamiento de Medicina Osteopática.

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
PROLAPSOS GENITALES	• Alteraciones colágenas. • Estática ósea. • Hiperlaxitud ligamentosa patológica (Prolapso uterino) • Traumatismo obstétrico. • Histerectomía. • Envejecimiento. • Carencia estrogénica. • Atrofia, fibrosis muscular. • Menopausia. • Cifosis dorsal • Tos crónica • Estreñimiento	• Incontinencia urinaria • Urgencias miccionales. • Sensación de pesadez: exteriorización, molestia al andar, maniobras de reintegración	• Examen espéculo e Inspección: Cistocele: vejiga Histerocele; Rectocele: recto Eritrocele: fondo de saco de Douglas. Inspección vulva al esfuerzo. • Maniobra de las valvas. • Maniobra de Bonney. • Cistografía. • Cistoscopia. • IRM dinámica.	Prevención Rehabilitación perineal Dispositivos Intravaginales (Pesario) Tratamiento hormonal sustitutivo (Estrógenos) Cirugía de los trastornos de la estática pélvica

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: PROLAPSO

1º El tratamiento en Medicina Osteopática consiste en liberar toda adherencia entre útero y vejiga, así como los ligamentos pubo-vésico-uterinos.

2º Se debe equilibrar el perineo y sus fascias.

3º Se debe luchar contra la enteroptosis (intestinos, útero, vejiga) y el trastorno postural asociado.

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
SÍNDROME INTERMENSTRUAL	• Caída de los estrógenos en la ovulación. • Terreno neuro-vegetativo y psíquico particular.	• Pesadez pélvica irradiando hacia la región lumbar, hacia los muslos, hacia el perineo. • Aparición en	• Examen complementario inútil al diagnóstico. • A veces ecografía	Antálgicos y antiespasmódicos Bloqueo de la ovulación, por estroprogestativos

		medio del ciclo (hacia el 14º día). • Sangrado intermenstrual • Hinchazón abdomino-pélvica.		
--	--	---	--	--

DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS: SÍNDROME INTERMENSTRUAL

1º El tratamiento de los ligamentos uterinos influye sobre las secreciones útero-ováricas (efecto regulador) y la vascularización de los órganos genitales (congestión pélvica , éstasis venoso).

2º La equilibración osteopática de la SB parece tener efectos sobre las secreciones hipofisarias (Vecino Rodríguez, 2008) y podría tener un efecto sobre las secreciones hormonales con destino útero-ovárico.

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
SÍNDROME PREMENTRUAL	• Hormonas ováricas y LH son factores determinantes. • Modificaciones del mecanismo neuronal serotoninérgico. • Desequilibrio de las prostaglandinas. • Retención de líquidos (aldosterona, vasopresina, prolactina). • Actividad cortical alterada en la fase lútea (respuesta anormal del cerebro al aumento de progesterona)	• Repetición cíclica de signos físicos, psicológicos, y comportamentales que aparecen 5-10 días antes del principio de las reglas: Hinchazón, dolores de los pechos, calambres. Irritabilidad, ansiedad, depresión	• Examen ginecológico: útero un poco grueso, congestivo, que corresponde a lo normal después de las reglas	Reducción de los excitantes (café, tabaco, alcohol). Diuréticos (antialdosterona) Progestativos o Estro-progestativos Antidepresores serotoninérgicos Inhibidores selectivos de captura de la serotonina (ISRS). Psicoterapia

SINDROME PREMENSTRUAL:

Pesadez pélvica o sensación de tensión y lumbalgia, que comienza de 7 a 11 días antes de la menstruación y desaparece al principio de ésta.

El dolor es debido a la irritación del perineo que se produce después de la ruptura del folículo (por el fluido y/o la sangre vertido después de la ruptura del folículo).

DEDUCCIONES OSTEOPATICAS: SÍNDROME PREMENSTRUAL

La equilibración osteopática de la SEB parece tener efectos sobre las secreciones hipofisarias (Vecino Rodríguez, 2008) y podría tener un efecto sobre las secreciones hormonales con destino útero-ovárico.

La activación de la circulación cerebral arterial y venosa, así como las técnicas que actúan sobre el LCR permiten luchar contra el edema cerebral.

La equilibración de la SB y de la hipófisis tiene por meta actuar sobre el feed back LH- estrógenos (la equilibración de los ovarios pueden ser útil).

El tratamiento del síndrome premenstrual es esencialmente craneal.

La activación de la función renal y la normalización de la inervación de los riñones (T11-T12) tienen por meta luchar contra la retención hidrosódica.

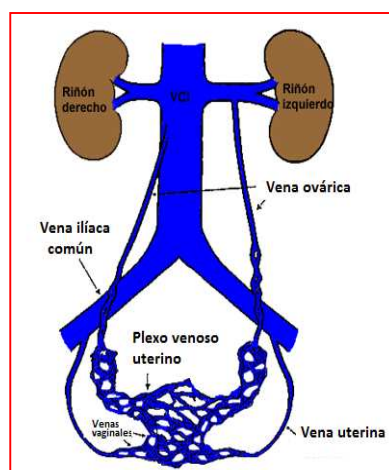
PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
SÍFILIS	• Espiroqueta • Treponema pallidum. • Transmisión sexual (vaginal, anal y bucogenital) • Trasmisión sanguínea (transfusión o material manchado)	• Período de incubación (3 semanas) • Sífilis primaria (Chancro, adenopatía) • Sífilis secundaria (Roséola, Sífiloides papulosa) • Sífilis latente (clínicamente muda) • Sífilis terciaria (lesiones cardiovasculares, afectaciones neurológicas) • Sífilis congénita (afectaciones neurológicas y tisulares)	• Pruebas de diagnóstico biológico de la sífilis	Benzatina-PNC-G Doxiciclina

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: SÍFILIS

Esta patología no es una indicación del tratamiento de Medicina Osteopática.

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
-----------	-----------	-----------------	----------------------	-------------

VARICES PÉLVICAS Y SÍNDROME DE CONGESTIÓN PÉLVICA	• Dilatación anormal y permanente de una vena con dilatación de sus paredes, por defecto de estanqueidad de las válvulas venosas. • Lesión de las venas ováricas o venas obturadoras, pudenda medial o glútea. • Compresión de la vena renal izquierda por la aorta (pinza aortico-mesentérica) que afecta la vena ovárica. • Malposición uterina (retroflexión): provoca un éstasis al origen de una de inversión del flujo sanguíneo. • Hiperestrógenia • Embarazo	• Dolor pélvico crónico empeorado en bipedestación y al final de la jornada, dismenorrea, dispareunia, varices vulvares, trastornos hormonales, hemorroides. Varices de la cara anterointerna del muslo.	• Flebografía • Ecografía transvaginal. • Doppler-color transvaginal. • AngioIRM	Sulfato de metroxiprogesterona Embolización
---	---	--	---	--



Esquema de los distintos orígenes de las ramas venosas que pueden ser el origen del síndrome de congestión pélvica dilatándose

PUNTOS DE FUGA PÉLVICOS

Reflujo de la sangre desde la red venosa profunda hacia las venas superficiales.

El “punto de fuga pélvico” es la manifestación, en situación de hiperpresión venosa pélvica, del paso retrógrado del flujo venoso de la pelvis hacia los miembros inferiores, por vías colaterales anatómicas que hacen comunicar los vasos pélvicos con los sistemas venosos superficiales y/o profundos de los miembros inferiores.

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: VARICES PÉLVICAS Y SÍNDROME DE CONGESTIÓN PÉLVICA

Es necesario liberar y mejorar la actividad del diafragma costal para favorecer la fuerza de aspiración intraabdominal que tiende a expulsar su contenido venoso hacia el tórax.

Liberar la pinza aórtico-mesentérica para la compresión de la vena renal izquierda que camina entre la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal.

Es necesario liberar la compresión de la vena renal izquierda por la aorta que afecta la arteria ilíaca primitiva y la vena ovárica.

Normalizar las malposiciones uterinas (retroflexión): el útero provoca un éstasis dando lugar a una inversión del flujo sanguíneo.

Tratar los ligamentos uterinos, hormono-dependientes, y las fijaciones en malposición del útero.

La equilibración osteopática de la SEB parece tener efectos sobre las secreciones hipofisarias (Vecino Rodríguez, 2008) y podría tener un efecto sobre las secreciones hormonales con destino útero-ovárico.

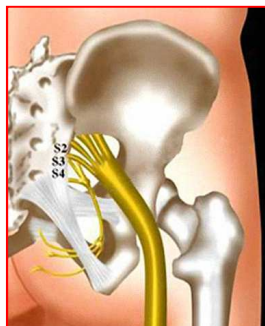
Liberar y drenar:

- El punto de fuga perineal (P) situado en el músculo transverso profundo del perineo y la vena del ligamento redondo del útero.
- El punto Inguinal (I) situado en el anillo superficial del canal inguinal (a 3 cm sobre la vena femoral y por dentro): venas pélvicas profundas y/u ováricas, y venas del miembro inferior.
- Los puntos de fuga del canal obturador (O) y reflujo de la vena obturatriz.
- Los puntos de fuga glúteo superior y glúteo inferior situados por una parte y otra del músculo piramidal.
- Liberación del canal de Alcock (vena pudenda interna).

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
-----------	-----------	-----------------	----------------------	-------------

NEURALGIA PUDENDA	• Compresión a nivel de la escotadura ciática menor y piramidal, pinza sacro-tuberal (Ligamentos sacro-ciáticos) • Canal pudendo de Alcock a nivel del desdoblamiento de la fascia del músculo obturador interno. • Prolapso y parto distócico. • Cicatrices y adherencias sobre episiotomía o desgarros perineales. • Colposuspensión para prolapso. • Caída sobre el perineo • Herida del perineo por episiotomía o desgarro del perineo	• Dolor en el territorio del nervio pudendo (del ano hasta el clítoris). • Empeorado en sedestación (aliviado sobre el inodoro del baño), • Dolor no insomniente. • Dispareunia y/o dolores después de las relaciones sexuales • Sin déficit sensitivo objetivo.	• Perineo con hipo o hiperestesia (pinchazo). • Nervio pudendo doloroso durante el examen rectal. • Test palpado-rodado de la piel perineal doloroso. • Bloque diagnóstico del nervio pudendo positivo. • Estimulaciones endocavitarias para el estudio de las latencias motoras distales	Antidepresores tricíclicos Inhibidores de captura de la serotonina Antiepilépticos Infiltración bajo control escáner Descompresión quirúrgica del nervio pudendo
-------------------	--	--	---	--

NERVIO PUDENDO: toma su origen en S3 principalmente y accesoriamente de las raíces S2 y S4 del plexo sacro, con contribución posible de S1.



CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: NEURALGIA PUDENDA

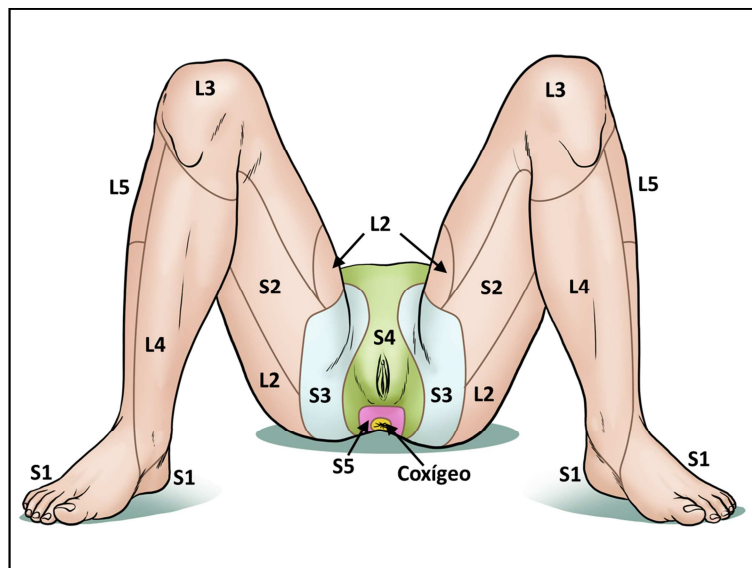
Es necesario liberar la compresión nerviosa en el piramidal.

Es necesario liberar la compresión nerviosa en la pinza sacro-espino-tuberal, es decir, entre ligamentos sacro-ciáticos mayor y menor.

Es necesario liberar la compresión nerviosa en el canal de Alcock, en la fascia del músculo obturador interno.

CANAL PUDENDO DE ALCOCK

- ✓ Después de haber pasado el ligamento sacro-ciático, el nervio pudendo penetra en la fosa isquiorrectal por la escotadura ciática menor.
- ✓ El nervio camina en un canal fibroso, de una longitud de 1.6 a 2.8 cm, situado contra la pared lateral en un desdoblamiento de la fascia del músculo obturador interno y reforzado por el proceso falciforme del ligamento sacrotuberal que cubre la tuberosidad isquiática.



Test de la sensibilidad al pinchazo (vulvar y perianal)

Estimulaciones endocavitarias para el estudio de las latencias motoras dístales:

- ✓ Estimulaciones en la espina ciática con ayuda de un dedil electrodo
- ✓ Recopilación en el cuadrante anterior del esfínter anal con ayuda de un electrodo-aguja
- ✓ Estas exploraciones electromiográficas diagnósticas permiten localizar el lugar de la disminución de las conducciones nerviosas del nervio pudendo.

El tratamiento en Medicina Osteopática consiste en investigarse y tratar:

- Disfunciones somáticas de la pelvis ósea y del raquis.
- Restricciones del tejido conjuntivo (zonas de paniculosis subcutáneas)
- Puntos triggers miofasciales (elevador del ano, piramidal)
- Tensión neural patológica del nervio pudendo (desfiladeros):
 - Piramidal.

- Pinza entre el ligamento sacroespinoso y el ligamento sacrotuberal.
 - Canal de Alcock: desdoblamiento de la aponeurosis del músculo obturador interno.
- Disfunción del suelo pélvico.