

DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO GINECOLÓGICO

EL TRATAMIENTO LOCAL ES SÓLO IMPERATIVO EN CASO DE FIJACIÓN. Si no hay pérdida de movilidad, aunque el posicionamiento sea de anteversión, lateroflexión, etc, no es necesaria la movilización uterina.

SIGNOS DE ALARMA:

- ☐ Si dolores asociados a una fiebre superior a 37,5°, hay que sospechar una salpingitis +++.
- ☐ Las metrorragias deben hacer pensar en un desarreglo hormonal o un cáncer de útero; pedir sistemáticamente una ecografía.
- ☐ En caso de leucorrea, hacer un cultivo vaginal y estudiar la flora para detectar una infección o ausencia de flora por abuso de detergente.
- ☐ Pedir un frotis (cáncer de cuello de útero).

SIGNOS CLÍNICOS DIRECTOS DE LAS ALTERACIONES FUNCIONALES EN GINECOLOGÍA:

I - AMENORREA SECUNDARIA (ausencia de reglas) con etiología diversa:

- Cirrosis
- Insuficiencia tiroidea
- Quiste ovárico
- Disfunción hipotálamo-hipofisaria ++

II - SÍNDROME PREMENSTRUAL:

Hay un desequilibrio entre la foliculina y la progesterona.

Signos clínicos:

- Sensación de congestión de la pelvis menor y de los senos en la semana que precede a la regla.
- Aumento de peso
- Cefaleas matinales
- Lumbalgias o cervicalgias
- Alteraciones del carácter (agresividad)
- Astenia ++
- Alteraciones digestivas (estreñimiento)

La regla hace desaparecer todos los desequilibrios

III - DISMENORREA

Etiología posible:

- Lesiones uterinas osteopáticas (retroversión, anteflexión, lateroflexión...)
- Espasmos uterinos (desequilibrio ortosimpático secundario a una disfunción vertebral)
- Causas infecciosas
- Causas psicógenas ++
- Desequilibrio entre estrógenos y progesterona

Signos clínicos:

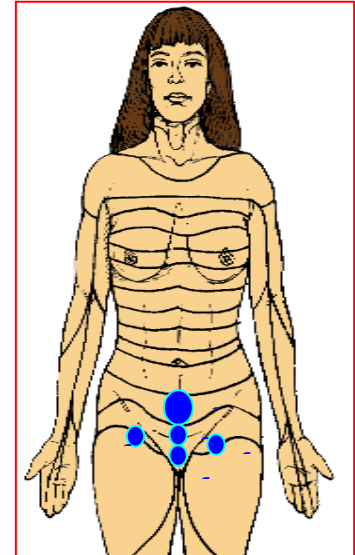
- Dolores en el hipogastrio y/o reglas irregulares.

- Signos asociados: cefaleas, náuseas e incluso vómitos, estreñimiento/diarrea, lumbalgias

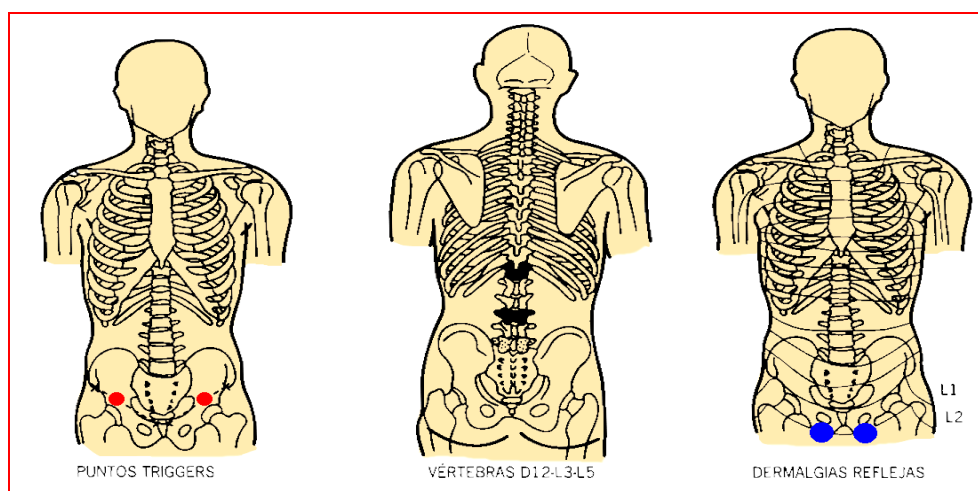
SIGNOS CLÍNICOS INDIRECTOS DE LAS ALTERACIONES FUNCIONALES EN GINECOLOGÍA:

- Lumbalgias ++, ciatalgias
- Migrañas, estreñimiento, insomnio
- Dolores en los senos y los pezones
- Dolores proyectados
- Dolores en la cara interna de las rodillas
- Dermalgias reflejas abdominales

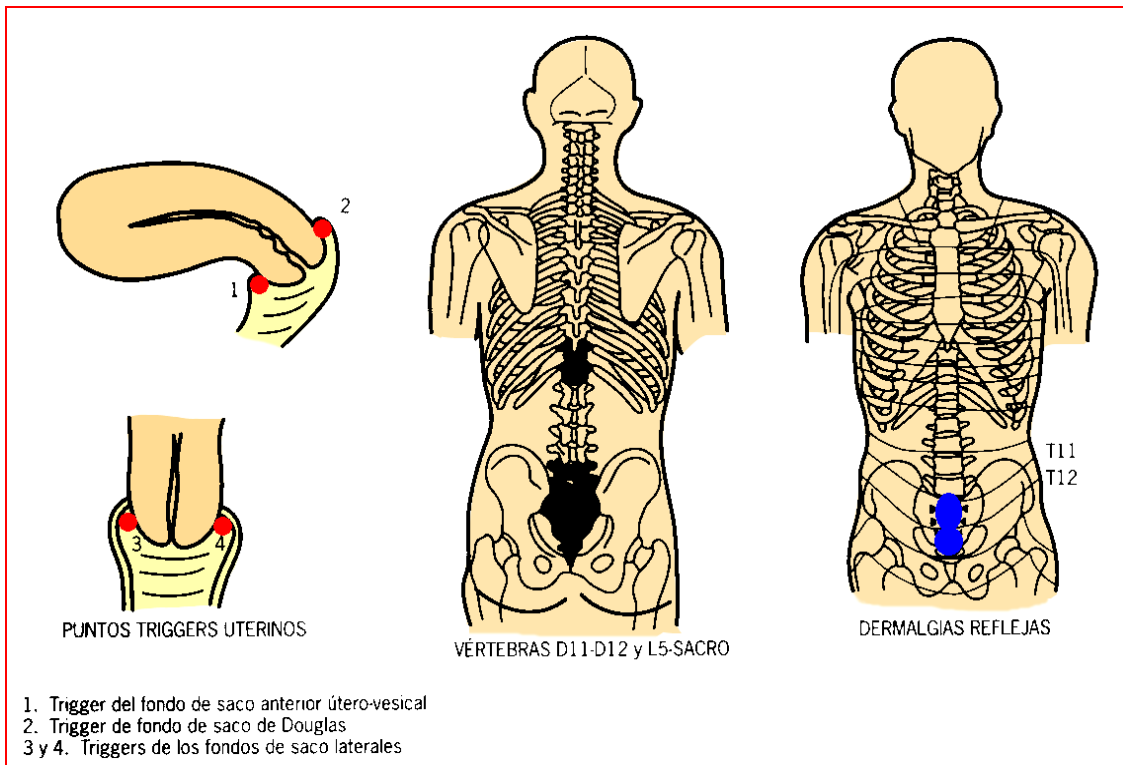
Plexo hipogástrico
Útero
Vejiga
Ovario



- Disfunciones vertebrales: útero-ovarios en T5-L4, cervix en S2-S4, fascias en L5 y sacro
- Puntos triggers viscerales:
 - ☐ del fondo de saco anterior: en caso de anteversión, anteflexión, problema vesical
 - ☐ del fondo de saco posterior (de Douglas): en caso de retroversión, secuelas infecciosas
 - ☐ del fondo de saco lateral: en las lateroversiones



OVARIOS



ÚTERO

TEST DE ESCUCHA DEL ÚTERO

- ☐ En inspiración va hacia abajo (anteversión y descenso) y en espiración hacia el ombligo (retroversión y ascenso). Estos movimientos dependen del movimiento respiratorio del sacro.
- ☐ En el trabajo ginecológico se comienza con la escucha y se acaba con el tratamiento; al final de éste la escucha debe ser normal.
- ☐ Si durante la escucha se observa que la mano va hacia la facilidad hacia un parámetro (ejemplo fosa ilíaca externa) se debe hacer un diagnóstico diferencial (por ejemplo entre ovario y sigmoides).

ESCUCHA DEL OVARIO

- ☐ La pérdida de movilidad ovárica se puede producir por diversas causas: post-inflamatorias, post-quirúrgicas, post-traumáticas tanto del sistema genito-urinario como del digestivo. También por alteraciones músculo-esqueléticas lumbopelvianas.

TEST DE COMPRESION DEL SACRO

- ☐ Sirve para testar la tensión de los ligamentos útero-sacros.
- ☐ Se realiza la compresión a nivel de S3. Inicialmente se testan los ligamentos posteriores sacroilíacos, aumentando la compresión se testan los anteriores y empujando más se observan los útero-sacros.
- ☐ Si no hay rebote o si no vuelve a subir es que hay alguna estructura que lo fija y lo tracciona hacia delante.

TEST DE LA MEMBRANA OBTURADORA

- ☐ Para poner en evidencia una falta de elasticidad del sistema suspensor del útero.
- ☐ Se coloca el pulgar por debajo del aductor y se penetra hacia dentro hasta encontrar la membrana; se pide una inspiración y espiración para notar la ida y vuelta de la membrana.

TACTO VAGINAL

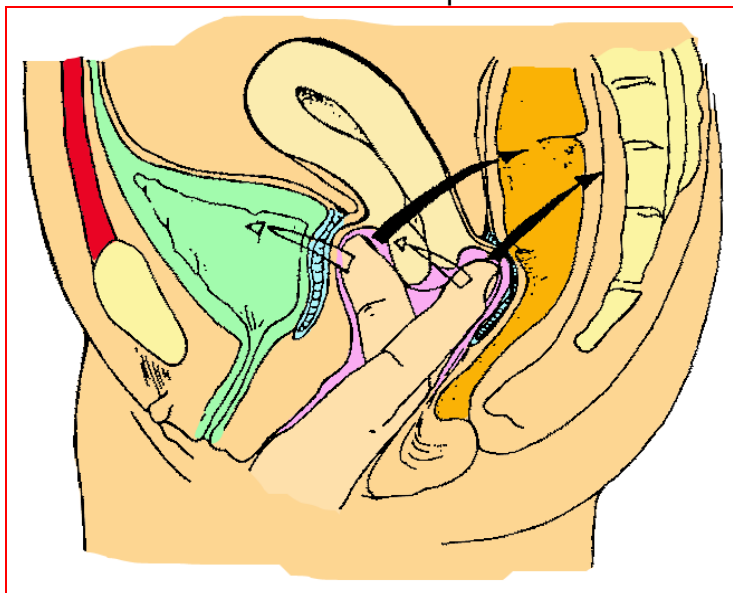
- ☐ La mano abdominal lleva el útero en dirección de los dedos vaginales.
- ☐ Para testar ante-retroversión, el índice apoya sobre el cuello mientras que el dedo medio pasa por debajo del cuello uterino.
- ☐ Para la lateroversión los dedos se unen en la parte lateral del cuello uterino.

TEST DEL SISTEMA SUSPENSOR

- ☐ Para poner en evidencia un dolor del sistema suspensor del útero:
 - Lateroversión: restricción del desplazamiento lateral del cuello (espasmo del ligamento ancho homolateral).
 - Anteversión: restricción al desplazamiento superior de cuello (espasmo de láminas útero - sacras).
 - Retroversión: restricción al desplazamiento inferior de cuello (espasmo de ligamentos circundantes).

TEST DEL CUELLO UTERINO

- ☐ Se testan las tensiones antero-posteriores del cuello.



- Fondo de saco anterior: se empuja el cuello hacia atrás (hacia el sacro). Si hay retroversión no presenta espacio anterior (no hay fondo de saco anterior), existe alteración del ligamento vésico-uterino
- Fondo de saco posterior (Douglas): se empuja hacia delante. Si hay anteversión no presenta espacio posterior.

TEST DE LOS LIGAMENTOS ANCHOS

- ❑ Se testan los fondos de saco laterales :
 - Paciente en supino, miembros inferiores en flexión y leve abducción.
 - Un dedo intravaginal contra la parte lateral del útero, la otra mano externa con un pliegue de piel contacta con la parte externa contralateral del fondo uterino.
 - Los dedos internos empujan lateralmente y se observa la vuelta elástica. Siempre existe una pequeña diferencia en un lado con respecto al otro.

TEST DE LOS LIGAMENTOS UTEROSACROS

- ❑ Los ligamentos útero-sacros se testan mejor por vía rectal. Si se empuja de adelante hacia atrás y se siente restricción, determina que existe una fijación anterior.
Uno de los síntomas de la fijación útero-sacra es la aparición de dolor al final de la introducción del pene.

EXAMEN DE LOS PECHOS

El examen de los pechos se debe realizar en varias posiciones.

Movilización del tumor debajo de la glándula mamaria.

Búsqueda de los ganglios supraclaviculares, subclaviculares y humerales.

Búsqueda de una conexión cutánea por tracción sobre el pezón.

La palpación debe realizarse con la mano plana, cuadrante por cuadrante.

DIAGNÓSTICO VISCERAL PARA EL OVARIO

ANAMNESIS	
Signos y síntomas Característicos	Dolor abdominal bajo crónico, dolor lumbar, sangramiento, dismenorrea.
Dolores referidos	Irradiación: zona lumbosacra, sacroilíaca, cara interna de la rodillas.

Signos de alarma	Dolores asociados a una fiebre superior a 37,5°, hay que sospechar una salpingitis +++. Las metrorragias deben hacer pensar en un desarreglo hormonal o un cáncer de útero, también en estos casos se debe pedir sistemáticamente una ecografía.
Diagnóstico diferencial	Síndrome premenstrual, cáncer de ovario, patología de la tiroides y de la hipófisis, quistes funcionales u orgánicos, amenorrea, distrofia ovárica, varicosidades del ovario.
Antecedentes familiares	Cáncer de ovario o de útero.
Intervenciones quirúrgicas	Viscerales o no.
INSPECCIÓN	
Asimetrías	Fosa iliaca,
Cicatrices	Por accidentes, cirugías, etc.
Zonas de cierre	Observar dónde el paciente tiene más tensiones, en bipedestación. Dónde su cuerpo se “arruga”, dónde están los puntos desde donde se tensa la estructura.
PALPACIÓN	
Delimitación topográfica	Fosa iliaca: línea bi-ilíaca, sobre el borde inferointerno del psoas en la mujer joven, con los años descienden, dificultando la palpación externa.
Escucha global	En inspiración el ovario se aleja del útero y gira posteriormente.
Escucha local	Fascial: zonas de tensiones anormales. De la movilidad: En inspiración el ovario se acerca del útero y gira posteriormente. De la motilidad: Rotación horaria y antihoraria.
Inervación ortosimpática	Zona T5-L4.
Inervación parasimpática	X- neumogástrico y parasimpático pélvico S2-S4.
Dermalgia refleja	Existen dos zonas, simétricas a la derecha y a la izquierda: estas dos zonas han sido descritas por varios autores: Jarricot, Hanneman, Knap. Están situadas a nivel del 30E.
Sensibilidad local	Fosa iliaca.
Puntos gatillo viscerales	No existen.

Puntos reflejos	Fibras de Dejarnette: Fibra 5 líneas 2 o 3. Puntos neurolinfáticos de Chapman: punto anterior sobre la rama púbica del iliaco, punto anterior sobre la rama púbica del iliaco, punto posterior entre transversas de T9-T10 y T10-T11. Zonas reflejas de tejido conjuntivo: retracción entre las sacroilíacas de una banda de 5- de ancho, a nivel del tercio inferior del sacro.
Vértebras testigo	D5-L4.
Músculos testigo	Piramidal
Palpación superficial/profunda	Abordaje de los distintos planos de vísceras.
PRUEBAS DE MOVILIDAD	
Movilización	Restricciones en movilización intravaginal.
Escucha de la Movilidad	En inspiración el ovario se aleja del útero y gira posteriormente.
Escucha de la Motilidad	Rotación horaria y antihoraria.
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	
Analítica sanguínea	17 β-estradiol (E): Primera mitad del ciclo menstrual: 30-300 ng/l (110-1.100 pmol/l*), Segunda mitad del ciclo menstrual: 100-600 ng/l (360-2.200 pmol/l*), Menopausia: menos de 10 ng/l (menos de 37 pmol/l*) en suero de mujeres adultas. Progesterona: Primera mitad del ciclo menstrual: < 1 μg/l (< 3,2 nmol/l*), segunda mitad del ciclo menstrual: $\geq$ 8 μg/l (22 nmol/l*), menopausia: < 1 μg/l (< 3,2 nmol/l*) en suero de mujeres adultas. Dehidro-epiandrosterona-sulfato (DHEAS): 1.000-3.000 μg/l (2,5-7,5 μmol/l*) en el suero de personas adultas. FSH y LH: Primera mitad del ciclo menstrual: 2-10 y 3-15 UI/l, a mitad del ciclo menstrual: 8-20 y 20-200 UI/l, segunda mitad del ciclo menstrual: 2-8 y 5-10 UI/l, menopausia: >20 y >20 UI/l en suero de mujeres adultas. Marcadores cancerígenos: CA 125 (antígeno canceroso).
Pruebas de imagen	Histerografía, ecografía vaginal, IRM
OTRAS PRUEBAS	
Diagnóstico térmico manual	Fosa ilíaca
ANAMNESIS	
Signos y síntomas Característicos	Dolor abdominal bajo crónico, dolor lumbar, sangramiento, dismenorrea.
Dolores referidos	Irradiación: zona lumbosacra.

Signos de alarma	Dolores asociados a una fiebre superior a 37,5°, hay que sospechar una salpingitis +++. Las metrorragias deben hacer pensar en un desarreglo hormonal o un cáncer de útero, también en estos casos se debe pedir sistemáticamente una ecografía. En caso de leucorrea hay que hacer un cultivo vaginal y estudiar la flora para detectar una infección, o bien una ausencia de flora por abuso de detergente.
Diagnóstico diferencial	Endometriosis ,tumores uterinos incluyendo fibroides , salpingitis crónica , tumores ováricos ,a adherencias peritoneales ,dismenorrea , infección pélvica ,endometriosis , tumores pélvicos , embarazo ectópico, endometritis, mioma, cáncer , disfunción de la tiroides o de la hipófisis.
Antecedentes familiares	Cáncer de útero o de ovario.
Intervenciones quirúrgicas	Viscerales o no.
PALPACIÓN	
Delimitación topográfica	Hipocondrio.
Escucha global	En la Inspiración por el empuje intestinal, el útero bascula en anteversión.
Inervación ortosimpática	Zona T5-L4
Inervación parasimpática	Parasimpático pélvico S2- S4
Dermalgia refleja	Línea media por debajo de la zona del plexo hipogástrico, a la altura del sacro. Esta zona descrita por JARRICOT y por SERGENT corresponde al 5JM (heraldo del triple calentador).
Sensibilidad local	Hipogastrio.
Puntos gatillo viscerales	Punto trigger del fondo de saco anterior: se encuentra en caso de anteversión, de anteflexión y problema vesical. Punto trigger del fondo de posterior de Douglas: se encuentra en caso de retroversión, secuelas infecciosas. Punto trigger del fondo de lateral: se encuentra en las lateroverciones.

Puntos reflejos	<i>Fibras de Dejarnette: Fibra 7 líneas 2 o 3.</i> <i>Puntos neurolinfáticos de Chapman:</i> punto anterior sobre la rama púbica del iliaco, punto posterior a mita camino entre la EIPS y la espinosa de L5. <i>Zonas reflejas de tejido conjuntivo:</i> retracción entre las sacroilíacas de una banda de 5- de ancho, a nivel del tercio inferior del sacro.
Vértebras testigo	Zona T5-L4
Músculos testigo	Piramidal
Palpación superficial/profunda	Abordaje de los distintos planos de vísceras.
INSPECCIÓN	
Cicatrices	Por accidentes, cirugías, etc.
Zonas de cierre	Observar dónde el paciente tiene más tensiones, en bipedestación. Dónde su cuerpo se “arruga”, dónde están los puntos desde donde se tensa la estructura.
PRUEBAS DE MOVILIDAD	
Movilización	Anteversión uterina, retroversión uterina, lateroversión uterina, flexiones uterinas, prolapso uterino.
Escucha de la Movilidad	En la inspiración por el empuje intestinal, el útero bascula en anteversión.
Escucha de la Motilidad	En la inspiración por el empuje intestinal, el útero bascula en anteversión
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	
Analítica sanguínea	17 β-estradiol (E): Primera mitad del ciclo menstrual: 30-300 ng/l(110-1.100 pmol/l*), Segunda mitad del ciclo menstrual: 100-600 ng/l (360-2.200 pmol/l*), Menopausia: menos de 10 ng/l (menos de 37 pmol/l*) en suero de mujeres adultas. Progesterona: Primera mitad del ciclo menstrual: < 1 μg/l (< 3,2 nmol/l*), segunda mitad del ciclo menstrual: $\geq$ 8 μg/l (22 nmol/l*), menopausia: < 1 μg/l (< 3,2 nmol/l*) en suero de mujeres adultas. Dehidro-epiandrosterona-sulfato (DHEAS): 1.000-3.000 μg/l (2,5-7,5 μmol/l*) en el suero de personas adultas. FSH y LH: Primera mitad del ciclo menstrual: 2-10 y 3-15 UI/l, a mitad del ciclo menstrual: 8-20 y 20-200 UI/l, segunda mitad del ciclo menstrual: 2-8 y 5-10 UI/l, menopausia: >20 y >20 UI/l en suero de mujeres adultas. Marcadores cancerígenos: SCC (antígeno de carcinoma de células escamosas), CEA.
Pruebas de imagen	Histerografía, ecografía, IRM

Exámenes específicos	Frotis de Papanicolau estudiados mediante métodos especiales (ThinPrep, AutoPap, PapNet). Colposcopia o examen del cérvix. Biopsia.
OTRAS PRUEBAS	
Diagnóstico térmico manual	Hipocondrio
Maniobras de exploración médica	Tacto vaginal