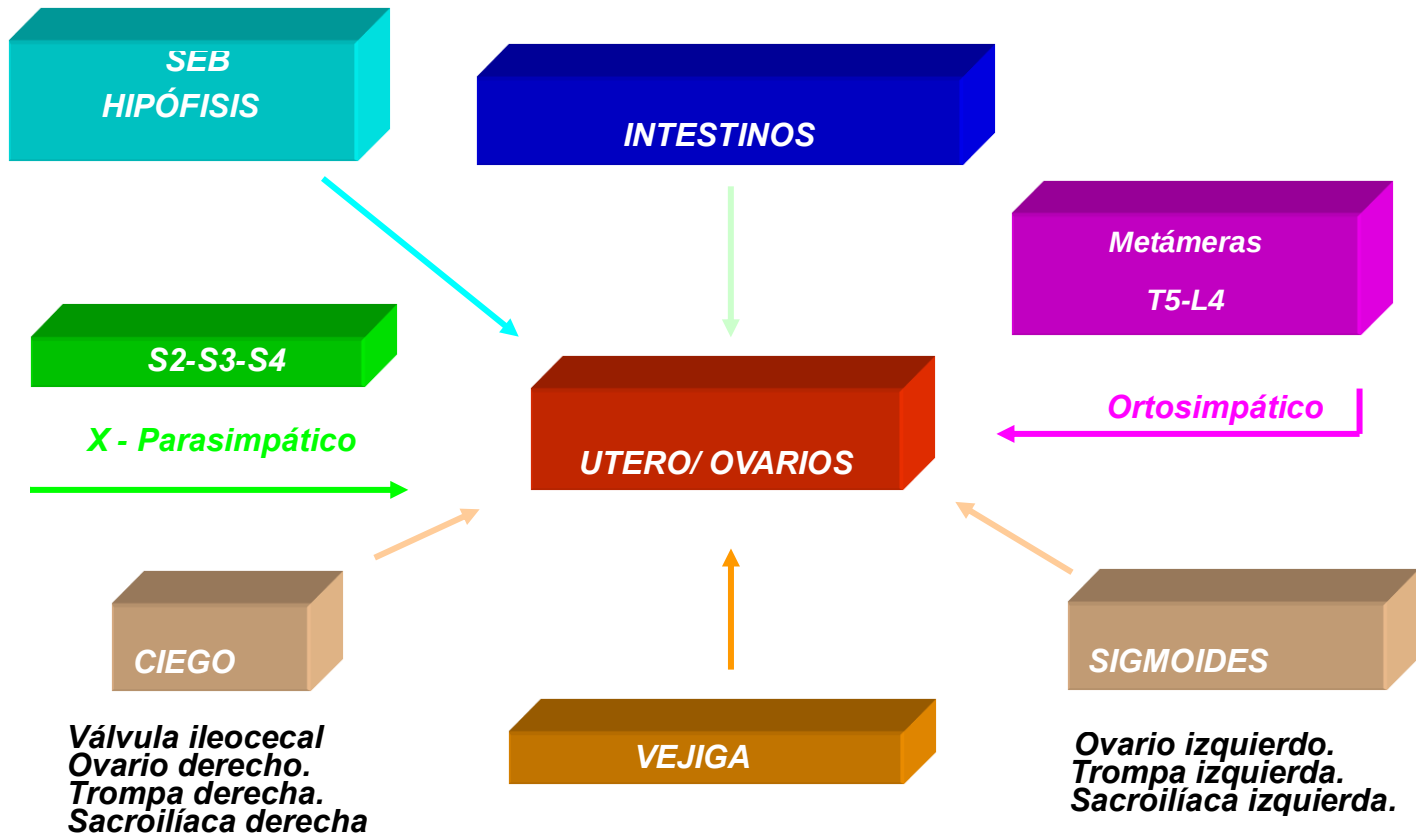
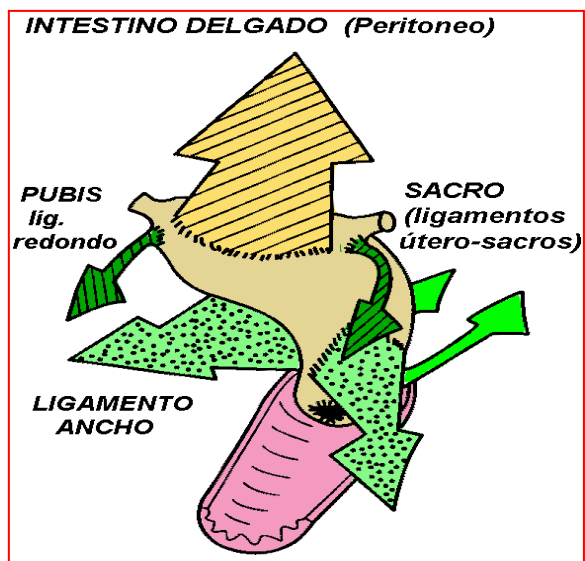


LAS DISFUNCIONES DEL ÚTERO



TENSIONES FASCIALES A PARTIR DEL ÚTERO



A este esquema se debe añadir las influencias a partir de la cadena de los ligamentos pubo-vesical y vesico-uterino.

LIGAMENTOS UTEROSACROS

Nacen de la parte posterior del cuello uterino, contornean el recto y van hasta la cara anterior del sacro (S1, S2, S3), medialmente a la articulación sacroilíaca.

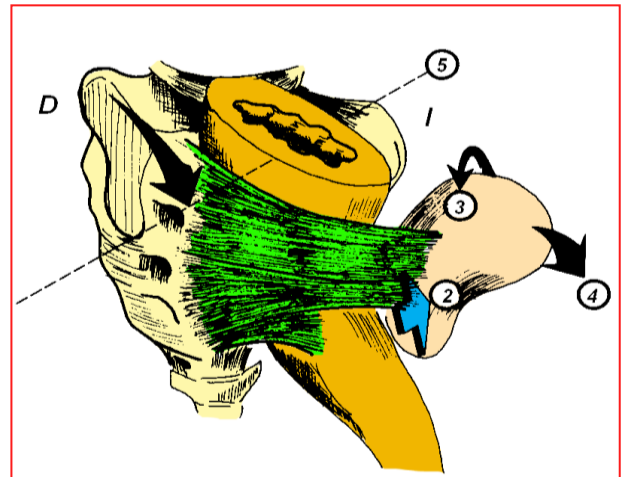
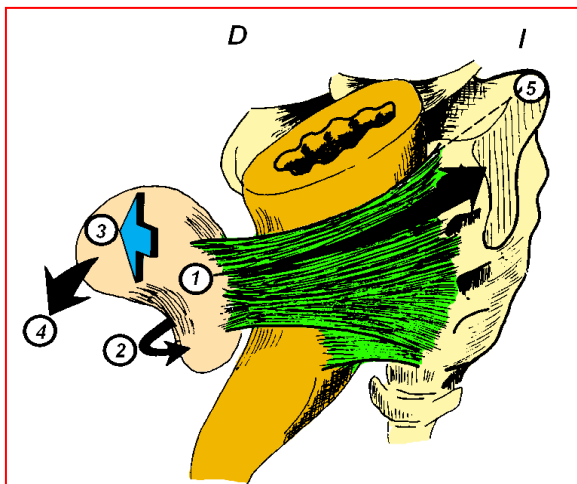
A veces suben hasta L5 y toman el nombre de ligamentos útero-lumbares.

La cara superior está en continuación con el ligamento ancho.

La parte inferior del ligamento úterosacro forma el fondo de saco posterior de Douglas.

Están formados por hojas de peritoneo y de fibras musculares lisas.

TORSIÓN IZQUIERDA IZQUIERDA



1. Tracción sobre el ligamento útero-sacro izquierdo y relajación del ligamento útero-sacro derecho.
2. El útero está en anteversión y lateroversión derecha, el cuello uterino está desplazado hacia atrás, hacia arriba, y se encuentra desviado a la izquierda y un poco rotado a la izquierda.
3. El cuerpo uterino
4. El cuerpo uterino está en anteversión y lateroversión derecha.
5. Eje oblicuo izquierdo.

En Torsión izquierda izquierda aumenta la tensión en:

- Ligamento útero sacro y útero lumbar izquierdo.
- Fascículo superior izquierdo de ligamento ancho izquierdo.
- Fascículo inferior de ligamento ancho derecho

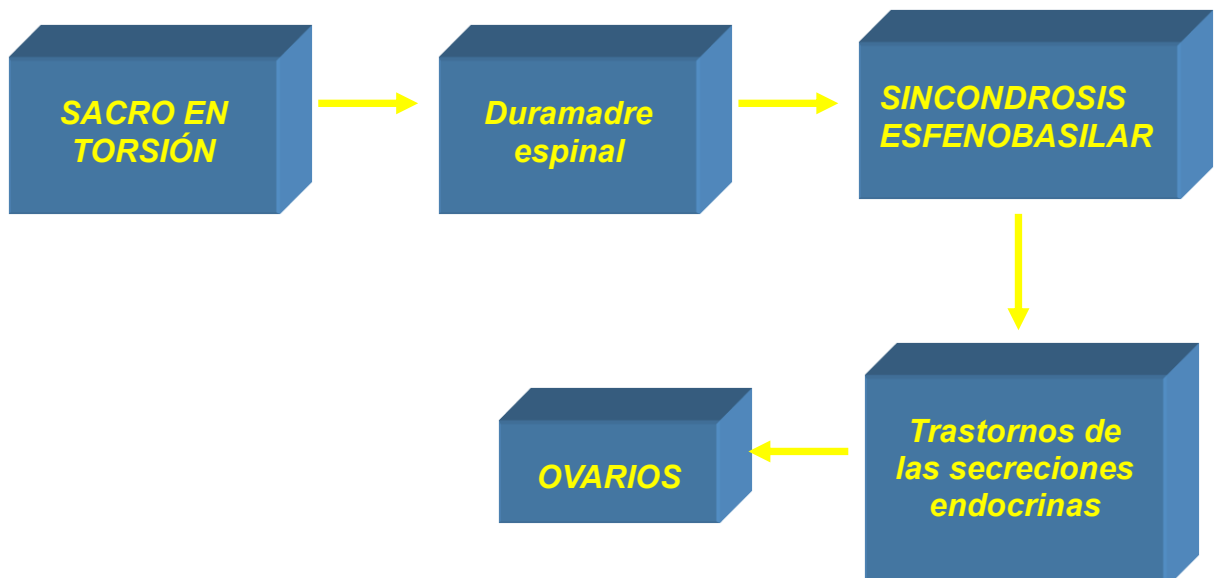
Richard R. Lésions ostéopathiques du Sacrum. Maloine : Paris.1978.

Richard R. Ostéopathie gynécologique fonctionnelle. SIMEP: Paris.1992.

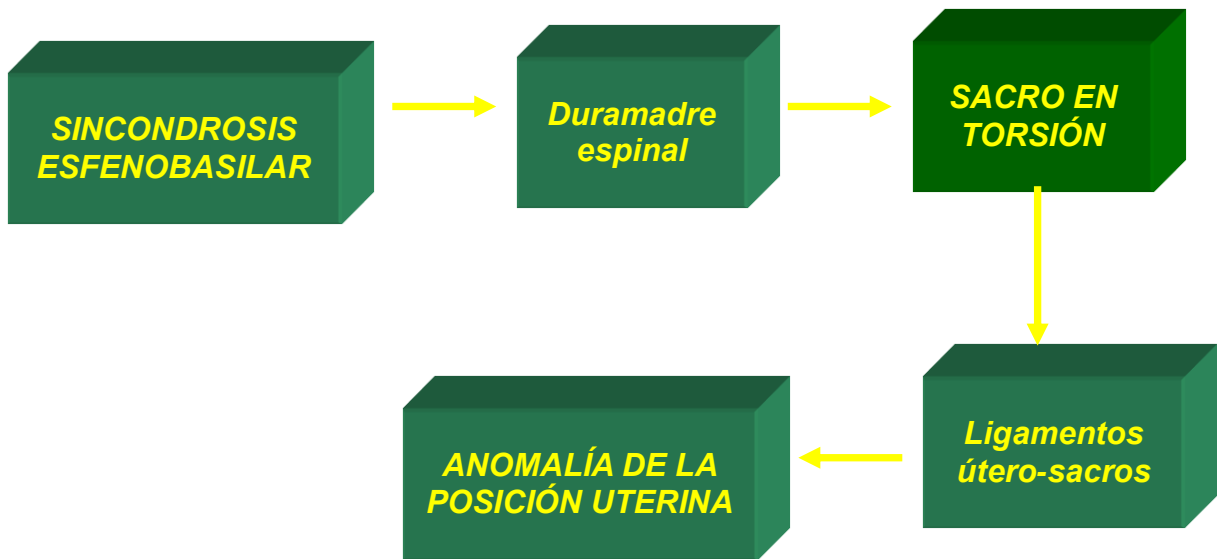
FÉNOMENO LESIONAL Nº 1



FÉNOMENO LESIONAL Nº 2



FÉNOMENO LESIONAL N° 3



FÉNOMENO LESIONAL N° 4

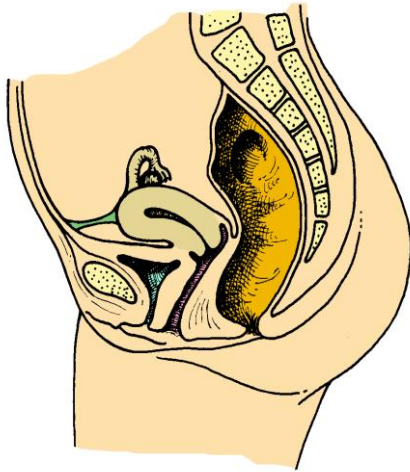


MALPOSICIONES DEL UTERO

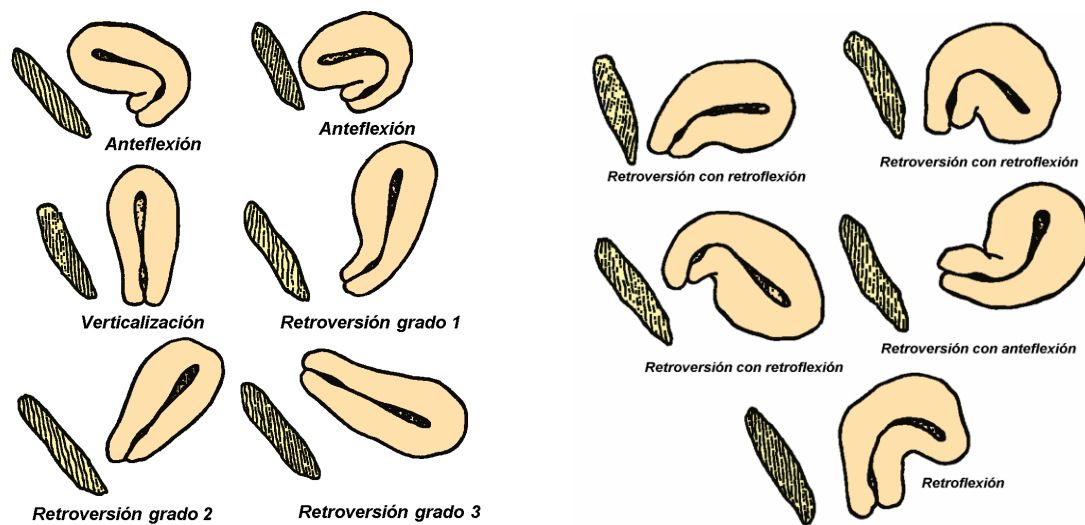
Tienen como síntomas comunes:

- Dolores lumbares, lumbosacros, sacrocoxígeos, abdominales o hipogástricos en la última parte del ciclo.
- Dispareunia.
- Esterilidad.
- Dismenorrea.
- Congestión vascular pélvica en un 90% de los casos.

POSICIÓN NORMAL DEL ÚTERO



MALPOSICIONES UTERINAS



LA ANTEVERSIÓN

El cuerpo del útero bascula adelante llevado por los ligamentos redondos, el cuello bascula atrás por los ligamentos útero-sacros.

I - ETIOLOGÍA:

Está a menudo asociada con la anteflexión:

- Parto traumático.

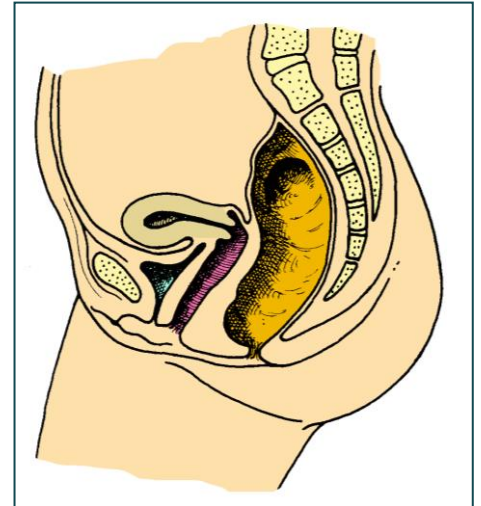
- Aborto.
- Atrofia menopáusica.
- Endometriosis.
- Tumor del fondo uterino o del recto.
- Ptosis intestinal.
- Lesiones de extensión sacra por puesta en tensión de los ligamentos útero-sacros.

SIGNOS CLÍNICOS:

- Irritabilidad de la vejiga: la paciente tiene continuamente deseo de orinar.
- Cistitis.

III - EXAMEN:

- Al tacto vaginal el cuello de útero está posterior, cerca del fondo de saco de Douglas.
- El cuerpo del útero es más fácilmente palpable por vía abdominal; existe una restricción de movilidad posterior.



LA RETROVERSÓN

En todas las versiones el útero bascula en un eje horizontal: el cuello y el cuerpo del útero se desplazan en sentido inverso.

El útero bascula hacia atrás.

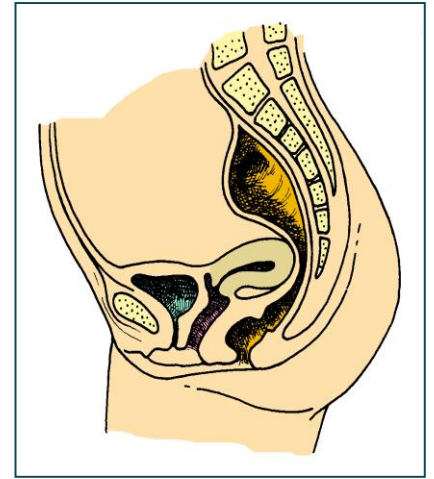
I - ETIOLOGÍA:

Está a menudo asociada con la retroflexión:

- Relaciones sexuales violentas y repetidas.
- Estado congestivo pélvico, embarazo (sufrimiento ligamentoso).
- Parto demasiado lento o traumático.
- Secuelas de infección fijando el útero posteriormente sobre el recto.
- Endometriosis.
- Compresiones extrínsecas: fibromas, quistes ováricos...
- Ptosis intestinal.
- Lesiones sacras en flexión bilateral por disminución de tensiones sobre los ligamentos útero-sacros.

II - SÍNTOMAS:

- Estreñimiento crónico: la paciente tienen la impresión de necesitar ir al servicio pero después de la defecación la presión persiste.
- Hemorroides.
- Prolapso grado 1.



III - EXAMEN:

- Al tacto vaginal el cuello de útero está anterior y elevado.
- El cuerpo es difícil de palpar por vía abdominal porque está más profundo en el abdomen, pero se palpa fácilmente por vía rectal.
- La movilidad anterior está restringida por adherencias posteriores.

LA LATEROVERSIÓN

Está a menudo asociada con una lateroflexión.

El útero bascula lateralmente.

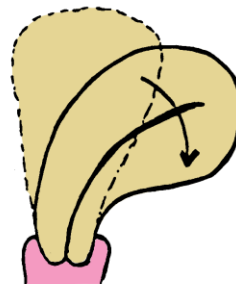
I - ETIOLOGÍA:

- Tumor lateral (quiste ovárico, fibroma...)
- Apendicectomía.
- Endometriosis de los ligamentos anchos.
- Espasmos o retracción de los ligamentos anchos.
- Síndrome de Allan-Masters.
- Torsiones sacras anteriores.

LATEROVERSIÓN



LATEROFLEXIÓN



CAUSAS : Tracción ligamentaria.
Tumor.
Fibroma.

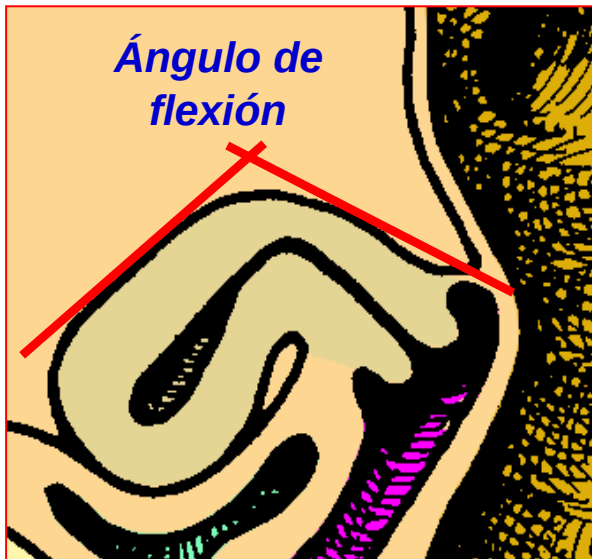
Muy a menudo asociado a una retroversión
o a una retroflexión del 1º o 2º grado (No del 3º
grado).

II - EXAMEN:

- Al tacto vaginal el cuello está lateral, desplazado hacia el fondo de saco lateral.
- El cuerpo está lateralizado a la palpación abdominal, existe una restricción de movilidad lateral.

LAS FLEXIONES

En las flexiones el cuerpo del útero se desplaza en relación al cuello y se forma una angulación, un ángulo de flexión.



LA ANTEFLEXIÓN

I- ETIOLOGIA:

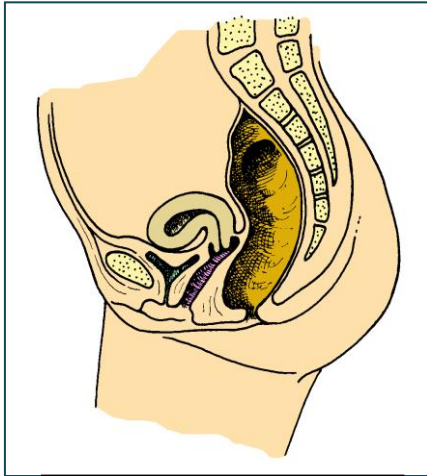
En las ante flexiones el cuerpo del útero forma un ángulo de flexión hacia delante como consecuencia de:

- Un espasmo de los ligamentos redondos.
- Una congestión y una hiperplasia del útero, que aumenta su peso por un problema vascular (de origen vertebral por ejemplo).
- Adherencias (endometritis, endometriosis).
- Hiperlordosis y cifosis se acompañan de ptosis visceral.

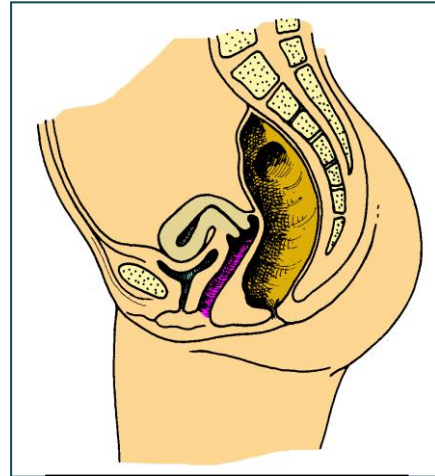
II - SÍNTOMAS:

- Dismenorrea.

- Esterilidad.
- Irritación de la vejiga.



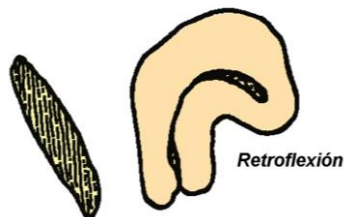
*Anteflexión
cervico-corpórea*



*Anteflexión
del fondo uterino*

LA RETROFLEXIÓN

Es el resultado del mismo tipo de procesos, pero es más rara y patógena.



TORSIONES

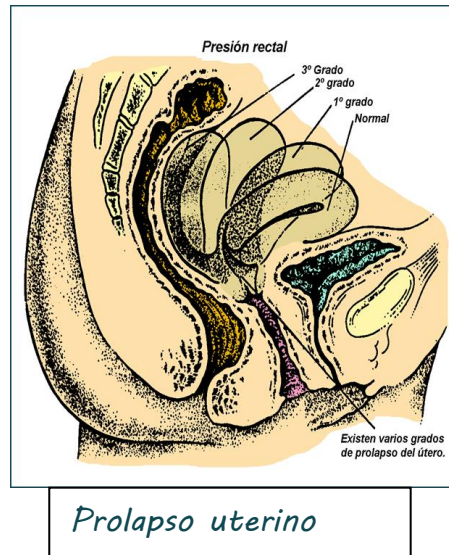
El útero gira sobre él mismo, alrededor de un eje vertical.

SÍNTOMAS:

- Dolores en las relaciones sexuales.
- Dismenorrea.

PROLAPSO UTERINO

Ante un esfuerzo, el cuello vesical no debe sobrepasar la línea horizontal que pasa por la parte inferior de la sínfisis púbica y el cuello del útero vesical no debe sobrepasar la línea horizontal del coxis.



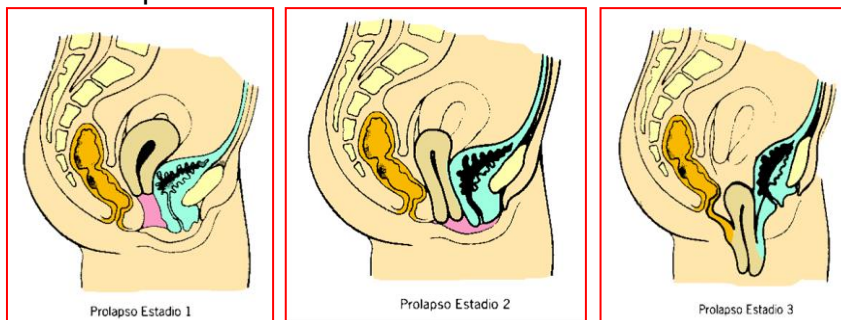
Está fijado por dos sistemas de anclaje:

- Anterior, elástico y activo, el elevador del ano y la aponeurosis pélvica.
- Posterior, más rígido y pasivo, las láminas sacro-recto-genito-vésico-púbicas.

Es el descenso del útero; la mujer tiene sensación de pesadez entre las piernas, tiene la impresión de que va a dar a luz.

Se distinguen tres grados:

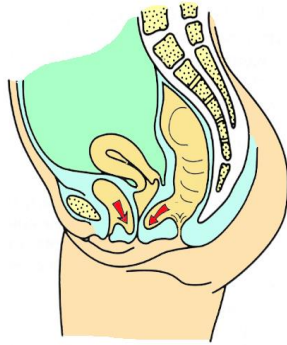
- Grado uno: se percibe el cuello del útero antes de haber introducido completamente el dedo en la vagina.
- Grado dos: se percibe el cuello del útero en cuanto se introduce el dedo en la vagina.
- Grado tres: puede verse el cuello del útero.



I - CAUSAS DEL PROLAPSO:

- Nutricional, responsable de una hipotonía de los tejidos de sostén.

- Traumática: relajación del periné y desgarró del sistema ligamentoso suspensor del útero después de un parto (episiotomías+++), malposición de la pelvis...
- Ptosis de las vísceras abdominales (intestinos), el cistocele o el rectocele asociados a un aumento de peso del útero.



Cistocele y rectocele

- Tumoral.
- Involución posmenopáusica.
- Factores predisponentes como el estreñimiento y la distensión de los intestinos, el uso de corsés, fajas demasiado apretadas, el transporte de cargas pesadas...

II - SÍNTOMAS:

- Dolor: hay protrusión del útero en la vagina y puede producirse una inflamación debido a la fricción.
- Cistitis e incontinencia de orina.
- Sensación de pesadez con tracción en la pelvis hacia abajo, molestia al andar.
- Lumbalgia.

III - SIGNOS CLÍNICOS:

A - INTERROGATORIO:

- Molestias más o menos importantes.
- Dificultades para orinar o al contrario incontinencia de orina.
- Molestia para defecar: la paciente debe reducir su rectocele con un dedo vaginal para emitir heces.
- Trastornos múltiples asociados (dolores, dificultades sexuales...).

B - EXAMEN CLÍNICO:

El examen vaginal se practica con la vejiga vacía (se busca de manera sistemática un tumor).

El examen con espéculo se practica con la vejiga llena.

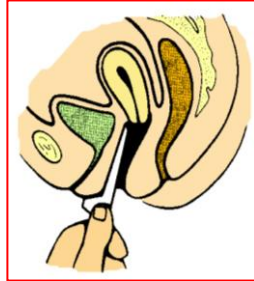
1) INSPECCIÓN VULVOPERINEAL AL ESFUERZO:

- Se analiza el abombamiento progresivo de la pared anterior de la vagina:
 - Estriada transversalmente (colpocèle del segmento uretral)
 - Lisa (colpocèle del segmento vesical)
- Se analiza el abombamiento progresivo de la pared posterior de la vagina (rectocèle).
- El cuello del útero puede aparecer a nivel de la vulva. Se busca también la pérdida de orina a nivel del meato, al esfuerzo de empuje abdominal o de tos estando la paciente sentada.

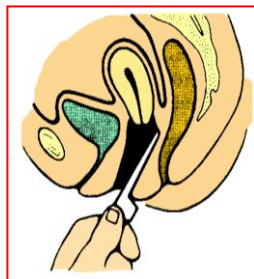
2) EXAMEN CON ESPÉCULO:

- Maniobra de la válvula anterior (cistocèle):

Se aplica la válvula del espéculo contra la pared vaginal anterior, lo que reduce el cistocèle y pone en evidencia un escape de orina.



- Maniobra de la válvula posterior (rectocèle):
Se aplica la válvula contra la pared posterior de la vagina para reducir el rectocèle y estudiar el abombamiento del saco de Douglas o del recto.



3) TACTO VAGINAL:

Se practica combinado con la palpación abdominal, y permite:

- poner en evidencia el cuello del útero, su talla y su posición
- apreciar el volumen y la movilidad del útero
- palpar los músculos elevadores del ano:
 - Los haces elevadores se palpan anteriormente pidiendo una aducción contrariada (se interpone el antebrazo del terapeuta entre las rodillas de la paciente), es la maniobra de Belbet.
 - Los haces esfinterianos se palpan lateralmente pidiendo a la paciente contener el deseo de micción.
- Test de Bonney: positivo si el escape de orina se detiene cuando se introduce dos dedos intra-vaginales para comprimir a cada lado el útero en dirección del pubis.

