

SINTESIS DE LAS PATOLOGIAS DE LA PROSTATA:

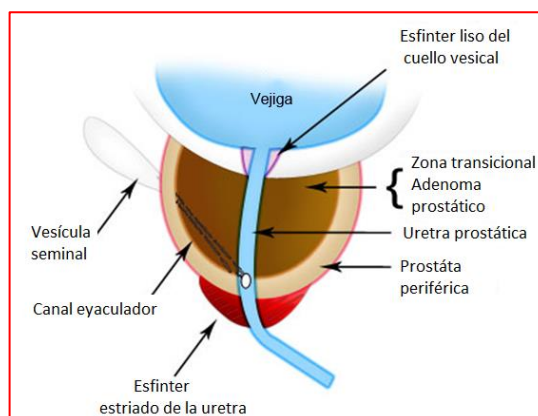
PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
CÁNCER de PRÓSTATA (Adenocarcinoma)	Factor genético familiar.	A menudo NINGÚN, asintomático Trastornos miccionales Alteración del estado general Dolores óseos: si metástasis óseas	Examen +++: Próstata dura, irregular, nódulo no doloroso. PSA elevada (> 4 ng/ml). Ecografía. Ecodoppler color. IRM, TDM Biopsia	Quirúrgico: prostatectomía total, legrado ganglionico. Roentgenoterapia externa. Hormonoterapia (Bloqueo androgénico). Quimioterapia

* El HBP no es un factor de riesgo

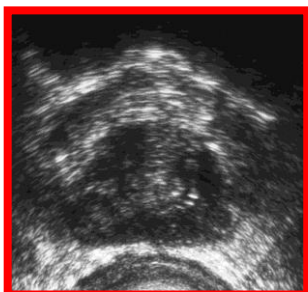
Anatomía “zonal” de la próstata:

2 zonas individualizadas

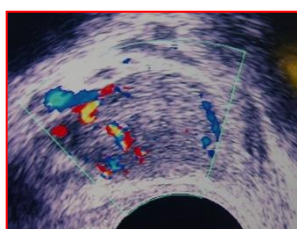
- ✓ Zona de transición:
 - Rodea la uretra
 - ADENOMA
- ✓ Zona periférica:
 - + a distancia de la uretra
 - CÁNCER
- ✓ PSA: Antígeno Específico de Próstata
 - < 4 ng/ml: normal
 - De 4 a 15 ng/ml: dudoso



- 15 ng/ml: cáncer



Gama hipoecogénica de la parte media izquierda muy sospechosa, deformando los contornos.



Eco Doppler color: Tumor periférico (hipervascularización del tumor)

Nódulo en el lóbulo
izquierdo de la próstata



IRM prostático: Tumor

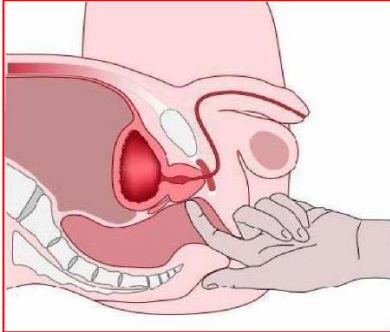
CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA

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

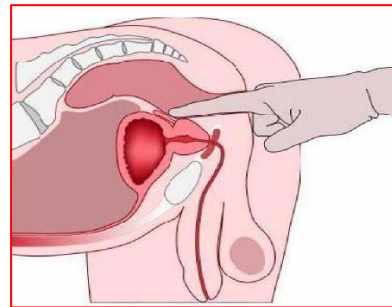
PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA (ADENOMA)	Presencia de andrógenos (testosterona). Desequilibrio de los factores de crecimiento (dihidrotestosterona): de adenofibromioma prostático. Proliferación celular. Inflamación responsable de un edema. Hipertonía de las células musculares.	<u>Signos irritativos:</u> Micciones imperiosas. Disminución del calibre y de la fuerza del chorro urinario Retraso del chorro Gotas post miccionales Sensación de vaciamiento vesical incompleto <u>Signo obstructivo</u> Disuria. micciones	Examen ++: ↑ volumen prostático, consistencia elástica, flexible, liso, homogéneo, regular Cuestionario. PSA normal Flujometría: flujo <15ml/s Residuos post miccional ecográfico 100ml. Ecografía endorrectal. IRM	<u>Poca molestia, no repercusión:</u> vigilancia regular. <u>Trastornos moderados (flujo 15 a 20ml/s)</u> Descongestionante prostático: Tadenan, Permixon Alfa-bloqueante: Xatral, Dysalpa Inhibidor de la 5 alfa- reductasa: Chibiproscar, Avodart. Fitoterapia: Permixon y Tadenan.
			I	<u>Trastornos importantes (flujo <15ml/s)</u> Cirugía abierta: adenomectomía Cirugía endo-uretral : resección endo-uretral de próstata

EXAMEN FÍSICO:

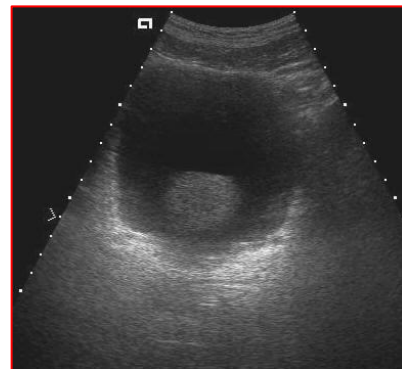
- ✓ El examen rectal es el elemento fundamental del diagnóstico de HBP.
- ✓ Practicado después de vaciamiento vesical y rectal, admite varias técnicas.



El paciente está en decúbito supino, en posición ginecológica sobre un plano duro.



El paciente está de pie inclinado hacia adelante, mientras el terapeuta está detrás de él.



Hipertrofia prostática, lóbulo medio

Resultado internacional de los síntomas de prostatismo (IPS: internacional próstata symptom resultado) [8].							
Síntomas	Nunca	Más o menos 1 vez sobre 5	Más o menos 1 vez sobre 3	Más o menos 1 vez sobre 2	Más o menos 2 veces sobre 3	Casi siempre	
1 ¿Durante los últimos meses transcurridos, con qué frecuencia tuvo la sensación que su vejiga no se vaciaba completamente después tener orinado?	0	1	2	3	4	5	
2 ¿Durante los últimos meses transcurridos, con qué frecuencia tuvo necesidad de orinar menos de nuevo de 2 horas después haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5	
3 ¿Durante los últimos meses transcurridos, con qué frecuencia tuvo un interrupción del chorro de orina, es decir, comienzo del chorro, luego paro, luego comienzo?	0	1	2	3	4	5	
4 ¿Durante los últimos meses transcurridos, después haber experimentado la necesidad, con qué frecuencia tuvo de las dificultades para retener su deseo de orinar?	0	1	2	3	4	5	
5 ¿Durante los últimos meses transcurridos, con qué frecuencia tuvo un disminución de la talla o de la fuerza del chorro de orina?	0	1	2	3	4	5	
6 ¿Durante los últimos meses transcurridos, con qué frecuencia debió forzar o empujar para comienzen a orinar?	0	1	2	3	4	5	
7 Durante los últimos meses transcurridos, cuánto veces por noche, por término medio, ustedes se aumentan para orinen (entre el momento su de dormir el soiret su de aumentar definitivo de la mañana)	Nunca 0	1 vez 1	2 veces 2	3 veces 3	4 veces 4	5 veces 5	
Resultado IPS total =							
Calidad de vida							
Acaba de explicar cómo orina. Si debía vivir el resto de su vida de esta manera, diría que serían:	Muy satisfecho 0	Satisfai t 1	Más bien satisfecho 2	Compartido (ni satisfecho ni aburrido 3	Más bien aburrido 4	Aburrido 5	Muy aburrido 6
Resultado Calidad de vida =							

DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS:

ADENOMA PROSTÁTICO, HIPERTROFIA BENIGNA (1).

1º es necesario luchar contra las adherencias de la próstata y del compartimiento prostático.

2º el masaje prostático permite estrechar la glándula, permitiendo reducir los síntomas, al menos por un tiempo (Equilibrio de las presiones intra y extra-prostáticas).

DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS:

ADENOMA PROSTÁTICO, HIPERTROFIA BENIGNA (2).

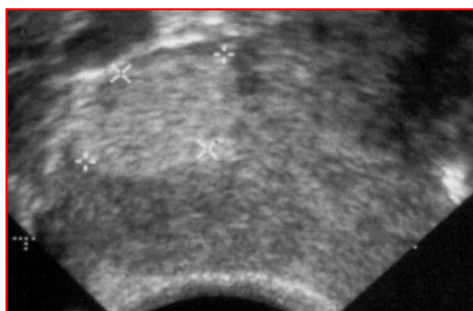
El masaje de la próstata mejora su vascularización venosa y arterial, así como la circulación linfática de la glándula.

3º Liberar los niveles T10-L4 (inervación ortosimpática).

4º Liberar las adherencias de la vejiga y su sistema ligamentario.

Tipo	Nombre	Descripción
I	Prostatitis aguda bacteriana	Infección aguda de la glándula prostática
II	Prostatitis crónica bacteriana	Infección que repite de la glándula prostática
III	Prostatitis crónica no bacteriana (o síndrome dolorosos pelviano crónico)	De Paso de infección objetivado
IIIA	Síndrome dolorosos pelviano crónico inflamatorio	Leucocitos en las orinas, los secretaban prostáticos o el espermato
IIIB	Síndrome dolorosos pelviano crónico no inflamatorio	De Paso de leucocitos en las orinas, los secretaban prostáticos o el espermato
IV	Prostatitis asintomática	De Paso de sintomatología. Aspecto histológico de prostatitis de descubrimiento fortuito o descubierta fortuita de leucocitos en las orinas y secretaban prostáticos o el espermato en caso de un exploración pedida para otras indicaciones que la sospecha de infección.

PATOLOGIA	ETIOLOGIA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNOSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
PROSTATITIS AGUDA BACTERIANA	<u>Vía urinaria</u> Infección urinaria Anomalia uretral vésico : colibacilos (Escherichia Coli 80%, protéus, Klebsiella) <u>Vía genital:</u> micoplasmas, clamidia, gonococos <u>Vía hematógica</u> Foco infeccioso a distancia <u>Vía iatrogénica</u> Gesto precipitantes: estafilococos, piocianicos	<u>Síndrome Pseudo-gripal:</u> fiebre elevada a 39,5°-40°, escalofríos, cefalea y agujetas. <u>Signos urinarios:</u> quemaduras miccionales, imperiosidad, polaquiuria, disuria + retención vesical. <u>Dolores pelvianos supra-sinfisarios, perineales o lumbosacra, uretrales.</u>	Afectar rectal+++ próstata $\nearrow$ de volumen, tensa, Dolorosos +++. Cintilla urinaria y E.C.B.U., Hemocultivos. N.F.S, ionograma sanguíneo, V.S., C.R.P. Ecografía transrectal o TDM si sospecha de absceso de la próstata	Hospitalización y reposo. Instalación un de vía venosa periférica. Antibioterapia intravenosa. Medicaciones asociadas: Reposo Antipiréticos (paracetamol: doliprane, prodafalgan) Antalgicos Antiinflamatorios (profénid, nifluril). Alfa-bloqueantes (xatrala) Baños de asiento Abstención sexual o relaciones protegidas



Ecografía, absceso prostático

IRM, absceso prostático:



CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS:

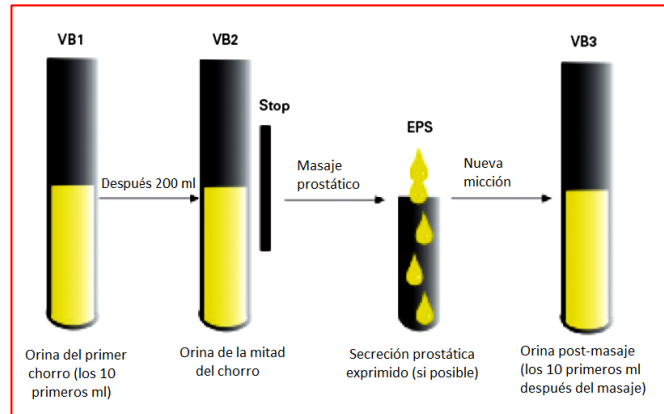
PROSTATITIS AGUDA BACTERIANA

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

El masaje prostático está contraindicado en la prostatitis aguda, ya que por una parte es extremadamente doloroso por otra y puede causar una urosepticemia

PATOLOGIA	ETIOLOGIA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNOSTIC O POSITIVO	TRATAMIENTO
PROSTATITIS CRÓNICA BACTERIANA O RECIDIVANTE	O por vía ascendente (maniobras endoscópicas, de sondajes urinarios o infecciones sexualmente transmisibles) O por vía descendente (reflujo uretro-prostático) durante el adenoma de próstata, de la estenosis uretral o de la disinergia vésico-esfinteriana)	Trastornos miccionales irritativos u obstructivos Dolores pelvipereineales sin signos generales, A veces hematuria, hemospermia, derrame uretral o signos rectales	ECBU. Prueba microbiológica de los cuatro vidrios (MEARES Y STAMEY)	Fluoroquinolonas: ciprofloxacino, 2x 250 Mg AINS, compresas calientes, baños de asiento o masajes prostáticos de repetición pueden también ser útiles.

Prueba de los cuatro vasos según Meares/Stamey.
Abreviaturas: VB (“voided bladder”) 2 = orina de la mitad del chorro; EPS = secreción prostática expresada; VB3 = orina post masaje



Categoría	Designación	Síntomas de cistitis	Dolores prostáticos perineales	Cultivo de VB2	Leucocitos en EPS VB3, eyaculado	Cultivo de EPS, VB3, eyaculado	Etiología bacteriana frecuente
I	Prostatitis bacteriana aguda	+	+	+1	+	+	Enterobacteriaceae
II	Prostatitis bacteriana crónica	±	±	+2	+	+	Enterobacteriaceae
IIIA	Síndrome álgica pelviana crónica inflamatoria	-	±	-	+3	-3	¿?
IIIB	Síndrome álgica pelviana crónica no inflamatoria	-	±	-	-3	-3	-
IV	Prostatitis inflamatoria asintomática	-	-	-	±4	±	-

DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS:

PROSTATITIS CRÓNICA BACTERIANA (1).

1º el drenaje tiene por efecto de eliminar el pus y las células muertas acumuladas en la glándula, así como reducirla de talla, lo que alivia el conjunto de los síntomas de la prostatitis.

DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS:

PROSTATITIS CRÓNICA BACTERIANA (2)

2º El masaje prostático mejora su vascularización y el estancamiento siendo uno de los factores importantes en el desarrollo de la prostatitis.

3º El masaje también contribuye eficazmente a la recuperación de una inflamación aguda.

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
PROSTATITIS CRÓNICA NO BACTERIANA	Cascada de factores etiológicos y patogenéticos Desequilibrio del ecosistema bacteriano urétero-prostático Hipersensibilización responsable de una alodinia. procitoquinas y antiinflamatorias, procesos autoinmunes. Síndrome miofascial doloroso con espasmo muscular pelviano.	Dolor, evolución desde al menos tres meses), intensidad (a veces severa), asiento (a menudo perineal o genital pero también hipogástrico, anorrectal o lumbar). trastornos miccionales (polaquiuria y urgencia). Disfunciones sexuales (dolores en la eyaculación, eyaculación prematura, disfunción eréctil)	TR: próstata es normal, pero los puntos dolorosos en la próstata. Todos los exámenes complementarios normales	Antibióticos (quinolonas, el azitromicina, el triméthoprim y las tetraciclinas) asociado con el masaje prostático. Alfa-bloqueantes para la descoordinación detrusor-esfínter. AINS (diclofenaco-ibuprofeno) Fitoterapia: quercetina (bioflavonoide), Cernilton, extraído del polen de las gramíneas

Duración de los síntomas	Al menos tres meses
Dolores	Periné (46%), eventualmente escroto y testículos (39%), región suprapúbica/vejiga (6%), pene (6%), región lumbar o lumbosacra (2%)
Sexualidad	Dolores durante o después de la eyaculación Posible disfunción eréctil (ED)
Función vesical (LUTS, lower urinary tract symptoms)	Síntomas irritativos y obstructivos con polaquiuria, micción imperiosa, debilidad del chorro urinario, plazo miccional, micción en varios tiempos.

Diagnóstico diferencial de la prostatitis crónica/síndrome doloroso pelviano crónico:

- ✓ Patologías prostáticas
 - Prostatitis granulomatosa
- Quistes prostáticos
- Adenoma de próstata
- Cáncer de próstata
- ✓ Patologías de la uretra
 - Estenosis de la uretra
 - Divertículo de la uretra
- Patologías vesicales
 - Litiasis vesical
 - Hiperactividad vesical
- Cistitis radica
- Cáncer de vejiga
- Cistitis intersticial/síndrome de vejiga dolorosa
- ✓ Otros diagnósticos urogenitales
 - Infección del aparato urinario
 - Fístulas urinarias
 - Varicocele
 - Obstrucción seminal
 - Litiasis uretral
- ✓ Diabetes
- ✓ Compresión del nervio pudendo

En la Anamnesis se utiliza una puntuación de los síntomas:

Cuestionario de síntomas de prostatitis crónica

Molestias o dolor

1- En la última semana ha tenido alguna molestia o dolor en estas zonas:		No	Sí
Entre el y los testículos (periné)	☐	☐	
Testículos	☐	☐	
Punta del pene (sin relación con orinar)	☐	☐	
Zona del pubis o bajo vientre	☐	☐	
2- En la última semana ha notado:		No	Sí
Dolor o escozor con la micción	☐	☐	
Dolor o molestias durante la eyaculación	☐	☐	
3- En la última semana, con qué frecuencia ha tenido molestias o dolor en las localizaciones mencionadas:			
Nunca	☐		
Pocas veces	☐		
Alguna vez	☐		
A menudo	☐		
Frecuentemente	☐		
Siempre	☐		
4- Que número describe mejor la intensidad de sus molestias o dolor durante la última semana:			
0= nada ; 10=muy intenso			
0	1	2	3
4	5	6	7
8	9	10	

Síntomas urinarios

5- En la última semana, cuántas veces ha notado un vaciado incompleto de su vejiga:		
Nunca	☐	
Menos de una vez de cada cinco	☐	
Menos de la mitad de las veces	☐	
La mitad de las veces	☐	
Más de la mitad de las veces	☐	
Casi siempre	☐	
6- En cuántas ocasiones ha tenido que volver a orinar antes de dos horas:		
Nunca	☐	
Menos de una vez de cada cinco	☐	
Menos de la mitad de las veces	☐	
La mitad de las veces	☐	

DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS:

PROSTATITIS CRÓNICA NO BACTERIANA

- ✓ El masaje prostático es realizado una o dos veces por semana, está típicamente asociado a los antibióticos sobre todo en los pacientes que presentaron una mejoría después del primer masaje en el momento del diagnóstico.
- ✓ El masaje prostático puede actuar desbloqueando los acinos glandulares tapados por las células inflamatorias que permiten así el drenaje del material infectado y que facilitan la penetración de los antibióticos.

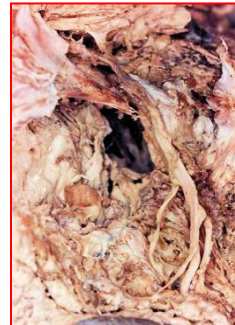
PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
SÍNDROME DOLOROSO PELVICO CRÓNICO	Síndrome miofascial.	zonas musculares precisas dolorosas o síndrome miofascial. Dolores mal definidos, región perineal, glútea o abdomino-pélvica.	Puntos triggers musculares. Todos los exámenes complementarios negativos	Relajación miofascial. Trigger terapia. TENS. Acupuntura. AINS, antálgicos

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
NEUROPATÍA DEL NERVO PUDENDO	Compresión mecánica a nivel piramidal, canal de Alcock y aponeurosis del obturador interno, ligamentos sacro-ciáticos.	Dolor en sedestación, aliviado por la bipedestación y el andar, y por supuesto en el váter. El dolor desaparece en decúbito (salvo proctalgia fugaz nocturna) y reaparece por la mañana a partir de la bipedestación	Dolor en el territorio del nervio pudendo (del ano al pene), - Empeorado en sedestación (aliviado sobre un asiento de WC), - Sin despertar nocturno por el dolor, - Sin déficit sensitivo objetivo, - Teniendo un bloque diagnóstico del nervio pudendo positivo. Latencia distal sensitiva del nervio pudendo modificada.	Cojín con forma de U. Contracción con los ejercicios de kegel Intercambio de información biológica Electro-estimulación Intercambio de información biológica Electro-estimulación.

NERVIO PUDENDO:

Recuerdo anatómico sobre nervio pudendo:

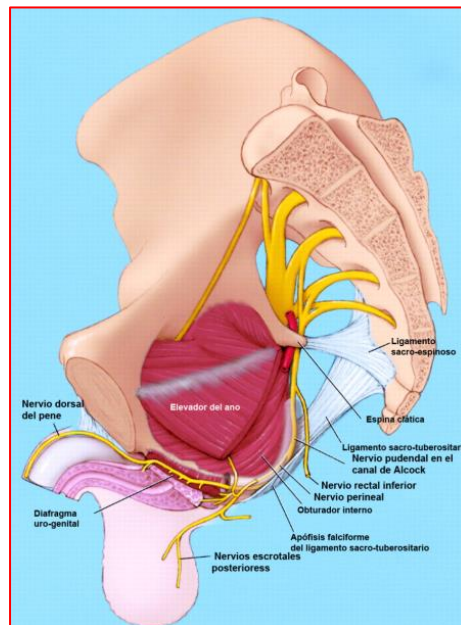
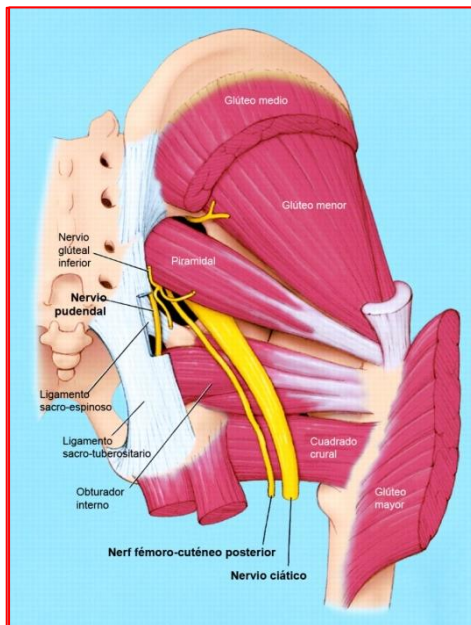
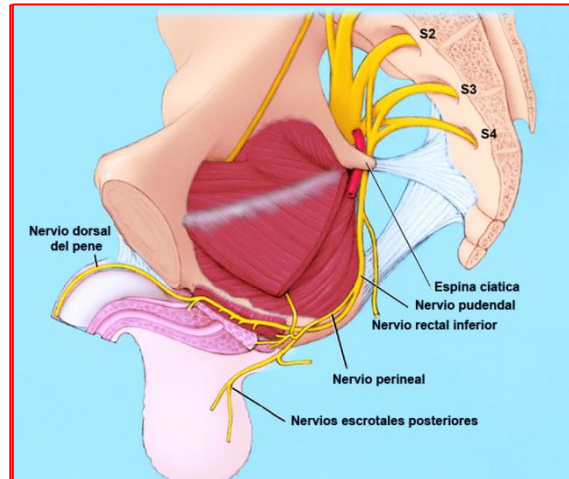
- ✓ Toma su origen en S3 principal y circunstancialmente de las raíces S2 y S4 del plexo sacro, con contribución posible de S1:
- Las raíces S3 y S4 dan la cuerda caudal.
- La raíz S2 la cuerda craneal.
- ✓ Estas dos cuerdas fusionan para constituir el nervio pudendo, un poco cranealmente con relación al ligamento sacro-espinoso.



RELACIÓN CON EL MÚSCULO PIRAMIDAL:

- ✓ El nacimiento del nervio pudendo está localizado ventralmente con relación al músculo piramidal cuya situación puede ser responsable de riesgos de conflicto canalar.

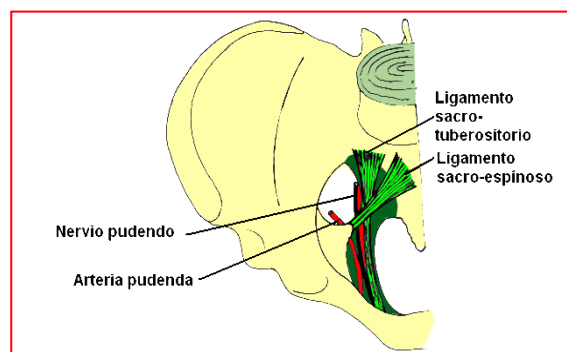




CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: NEURALGIA PUDENDA

- ✓ Es necesario liberar la compresión nerviosa en el piramidal.

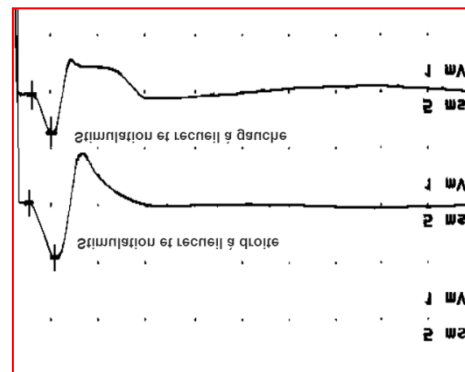
Pinza sacro-espino-tuberal:



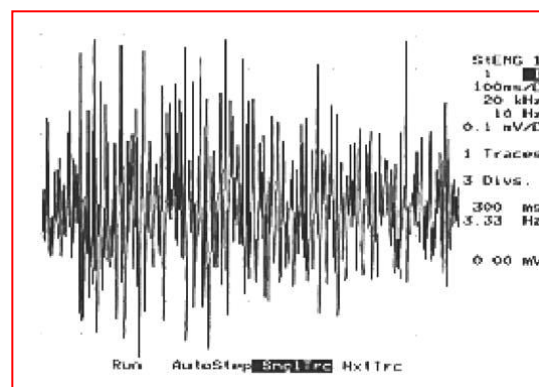
CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: NEURALGIA PUDENDA

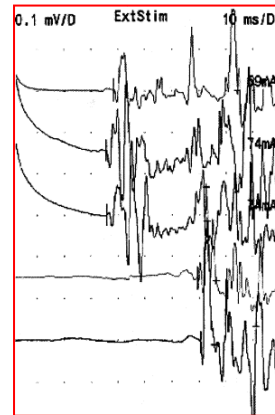
- ✓ Es necesario liberar la compresión nerviosa en la pinza sacro-espino-tuberal, es decir, entre los ligamentos sacro-ciáticos mayor y menor.
- ✓ Registro de la respuesta del esfínter externo del ano a la estimulación del nervio Pudendo:
 - La estimulación está efectuada con un electrodo sobre un dedo introducido contra la pared. El dedo se orienta hacia la pared derecha de la pelvis, luego hacia la izda.
 - La respuesta es recogida por agujas subcutáneas ubicadas respecto al esfínter a la derecha, luego a la izquierda, el electrodo de referencia está ubicado bajo la piel respecto al cóccix.
 - Ejemplo de respuestas normales. Nótese la importancia del artefacto de estimulación. Una discrepancia D/I en la amplitud y la forma de las respuestas, como sobre este registro no es inusual y depende mucho de la colocación de los electrodos de recepción.

Latencia motora normal: 3.2 ± 0.5 ms

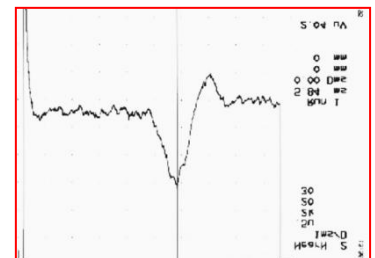
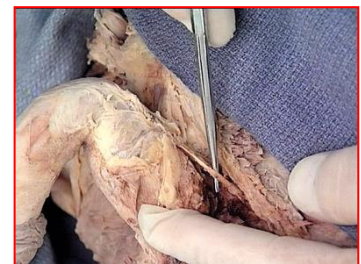


Latencia distal sensitiva del nervio pudendo después de estimulación endorrectal. Nótese la medición, no al principio de la deflexión negativa, sino al pico debido a la no estabilidad frecuente de la línea básica.





LATENCIA SENSITIVA DEL NERVIO DORSAL DEL PENE:



amplitud de la respuesta 2.7 +I- 1.6 microV. 2.3 +I- 1.4 microV.

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO PARA NEURALGIA PUDENDA:

El examen osteopático investigará:

- Restricciones del tejido conjuntivo.
- Puntos triggers miofasciales.
- Tensión neural patológica del nervio pudendo (desfiladeros).
- Disfunción del suelo pelviano.
- Disfunciones somáticas de la pelvis ósea y del raquis.

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: NEURALGIA PUDENDA (1)

El tratamiento en Medicina Osteopática consiste en investigar y en tratar:

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

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: NEURALGIA PUDENDA (2)

- Piramidal.
- Pinza entre los ligamentos sacro-espinoso y sacrotuberal.
- Canal de Alcock: desdoblamiento de la aponeurosis del músculo obturador interno
- Disfunción del suelo pelviano.

REFERENCIAS:

François Ricard. Tratado de osteopatía visceral y medicina interna osteopática : tomo 3: sistema genitourinario. Panamericana 2009.

Apuntes non presenciales

ARTÍCULOS DE INTERES:

Marchuk C, Legal L. Repercusión de la maniobra lift de vejiga sobre el punto gatillo miofascial del músculo tibial anterior y de la apófisis espinosa de lumbar 5. Osteopat Científica. 2010;5(2):56–63.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1886929710700102>