

# CURETAJE, EXTIRPACIÓN, O AMPUTACION

## DE LA TERCERA FALANGE EN BOVINOS

Luis Necchi <sup>1</sup>

Jornadas de Buiatría. V Uruguayas  
15 al 18 de junio de 1977 - Paysandú, Uruguay

La atención de los clínicos y cirujanos veterinarios se ha dirigido, en estos últimos años, a la consideración del pie bovino con mayor interés de lo que podíamos constatar tiempo atrás, cuando la podología se centraba con casi total preferencia sobre el equino.

Finalmente tenida en cuenta, como creemos deba hacerse especialmente en nuestros países de explotación intensiva, la podología bovina ha entrado a combatir más eficazmente un conjunto de noxas que inciden considerablemente en la economía de nuestros rodeos, ya sea de cría como así lecheros.

Parece inútil tal vez recordarlo, pero entendemos -'repetita juvant'- que la p<sup>u</sup>z<sup>u</sup>ña es una entre las partes del animal más expuestas a los traumas ambientales, por simple consideración posicional y cuenta de posibilidades.

Sin duda alguna afirmamos que las afecciones podales en conjunto -de origen infeccioso, funcional, o traumático- representan uno de los índices más elevados de pérdida en reproductores, superado tal vez en los vientres por las consecuencias de trastornos relacionados con la esfera genital.

Las lesiones del pie bovino, en su mayoría de origen traumático ya sea con heridas, que abren el acceso a la contaminación por gérmenes patógenos ubicuitarios o bien a casco íntegro, pueden ser reversibles cuando factores de tempestividad, acierto en el

---

<sup>1</sup>Médico Veterinario. Rosario (Argentina)

diagnóstico y esmero en el tratamiento, se conjugan encauzando la afección hacia una resolución favorable.

Más en cuanto las mismas sigan su curso sin poder frenar la evolución, la resultante es por lo general una complicación ósea, articular o tendinosa y en última instancia la pérdida del animal por claudicación irreversible. Débese tener en cuenta que el casco del vacuno, al igual que el del equino, representa un compartimiento estanco en el cual los procesos inflamatorios pueden frecuentemente tornarse infecciosos, con escasa probabilidad de tratamiento eficaz, por cuanto:

1. El drenaje de los exudados o recolecciones internas, no se puede producir por la propia conformación de la parte, o bien si se produce espontáneamente es circunscripto normalmente a la salida por corona. Si es provocado, el orificio de salida, en distal, se obstruye con facilidad por la rápida regeneración del tejido podoviloso y debido a la compresión provocada por el apoyo del miembro mismo, la que acontece ni bien el sujeto se encuentre algo aliviado en su dolencia, con riesgo de incompleta eliminación de la causal séptica y recidiva del proceso.
2. La característica estructura ósea de la tercera falange, cuyo hueso piramidal no es recubierto por periostio y está compuesto por tejido esponjoso, la expone a ser atacada en sus trabéculas por los agentes patógenos o los productos tóxicos, que llegan a producir una osteitis necrótica, con desintegración de su contextura y/o lesiones a cargo de otros elementos anatómicos colindantes.
3. La irrigación sanguínea de la parte distal del dedo, disminuye debido a la compresión derivante del fenómeno inflamatorio, restringiendo la afluencia de la tasa medicamentosa-circulante en el torrente hemático y limitándola a niveles terapéuticos insuficientes; del mismo modo la inflamación limita las posibilidades de infiltración local. En tercera instancia, también es restringido el drenaje de toxinas y elementos de deshecho por el mismo motivo.

Es así que, en un gran porcentaje de casos, aún con tratamiento energético, no se logra la recuperación y el desenlace más frecuente es la osteitis de la tercera falange; no se justifica seguir con el cuidado clínico entonces, imponiéndose la intervención quirúrgica.

El curetaje del hueso triangular, en su superficie de apoyo; o bien la extirpación de la falange cuando la afección compromete mayor área o elementos anatómicos colaterales; y en última instancia la amputación completa del dedo -en su parte distal segunda- han sido efectuadas en estos últimos años en numerosos sujetos, machos y hembras y en miembros anteriores o posteriores, con resultados totalmente satisfactorios.

Evidentemente la extirpación de la tercera falange es la inter-

vención más compleja entre las tres antes citadas; pero en cuanto nos sea posible salvar la integridad de la pezuña en su envoltura córnea, el resultado es total en cuanto a la funcionalidad posterior del animal. La prolongación durante meses del período postoperatorio limita por cierto esta intervención a individuos de valor, que puedan a la vez recibir una adecuada atención a galpón o corral durante ese lapso.

## T E C N I C A

### Preparación:

Antibiótico de amplio espectro 12 horas antes, durante la intervención, 24 y 48 horas después.

### Contención:

Si no se dispone de potro, con volteo, dosificamos Rompún: 1-1,5 cc./100 kgs. según la intervención y respuesta del sujeto. Trabajando con potro se disminuye la dosis a cc. 0,5-1/100 kgs.

### Anestesia de conducción:

Novocaína, preferentemente con adrenalina, 5-10 cc. por cada punto de elección, según técnica de Wright, así modificada:

1. MIEMBROS ANTERIORES: en tercio medio, y línea media del metacarpo y en ambas caras, dorsal y volar, para las terminaciones digitales del n.radial cutáneo, y del n.mediano, al III y IV dedos. Algo externamente, en tercio medio dorsal y tercio distal volar, para la anastomosis de los nn.mediano y cubital al IV dedo.
2. MIEMBROS POSTERIORES: en tercio proximal y línea media del metatarso y en ambas caras, dorsal y plantar, para las terminaciones digitales de los nn.peroné superficial y profundo, y de los nn.tibial medial y peroné profundo, al II y IV dedos. Algo externamente en tercio distal dorsal, para el n.tibial en su rama lateral al IV dedo.

### Instrumental:

Según la intervención: bisturíes, tijeras recta y curva, peanes y kocher; legra curva para curetaje; hoja de salvia, desvasador en punta y Ranier para extirpación; sierra de arco para amputación. Para abrir la suela, desvasadores comunes y maza de madera. Cauterios.

Para hemostasia: ligadura con tiras de goma y, eventualmente, coagulante.

### Curetaje:

Siguiendo la línea blanca se recorta la suela en 'U', extirpándola en su totalidad. Eliminamos el tejido propio, pinzando o cauterizando, hasta dejar descubierta la base del hueso piramidal -

que se curetea, limpiándola de todo el tejido interesado, y eventuales secuestros, hasta encontrar la normal contextura y resistencia ósea. Para mayor seguridad, cauterizamos el área de curetaje.

#### Extirpación:

Se aplica la técnica antes citada para poner a descubierto la base de la tercera falange. Con desvasador en punta y hoja de salvia, siguiendo hacia la corona, se separa el tejido propio, seccionando asimismo los ligamentos distales, medial y lateral, hasta llegar a las inserciones de los tendones del extensor común y flexor profundo, que se seccionan.

Con pinza larga se sujeta a la falange, liberando su articulación con la segunda, y se extrae. La visualización del hueso y los tejidos eliminados, nos dará noción si queda algo por eliminar, o cauterizar para seguridad.

#### Amputación:

Previa incisión de la piel, en corona, con delimitación antero-lateral-posterior dejando intacta la medial, se disecciona hacia arriba en toda la circunsferencia del dedo. Se procede a seccionar en tercio medio la segunda falange, con sierra de arco. Deben pinzarse las arterias común dorsal y propia del dedo interesado. Suturamos los colgajos de piel, con puntos de resistencia en 'U' o simples separados.

Es en resumen la técnica corriente, salvo que empleamos sierra de arco por encontrarla más práctica que el alambre acerado, y no desarticulamos entre primera y segunda falange para no traumatizar innecesariamente.

#### Medicación:

Si es factible la curación del sujeto con frecuencia, rellenamos el hueco producido en las dos primeras intervenciones citadas, con Tintura de Iodo 10% e hisopo de gasa que se renueva dos o tres veces cada tres días, sustituido luego por una pomada con base vaselina sólida, compuesta por iodo, sulfato de cobre, naptalina y carbón, que compacta y favorece la granulación de tejidos. Compuestos fosfo-cálcico-vitaminados aceleran la reparación ósea y de la suela. El vendaje convencional se renueva según lo requieran las circunstancias y observación del sujeto.

En caso de amputación, el postoperatorio es el de práctica.

### R E S U M E N

Por la peculiar estructura anatómica del casco bovino, y su parte ósea, las inflamaciones consiguientes a traumatismos, o procesos infecciosos de variada índole, no encuentran drenaje espontáneo o artificial satisfactorio para las colecciones que puedan

producirse. Su medicación es también de relativa eficacia.

La resultante es frecuentemente una osteitis de la tercera falange.

Se expone, con mención a la técnica empleada, la conveniencia de practicar el curetaje, extirpación, o amputación de la misma -según los casos- en animales zootécnicamente destacados.

\*\*\*