

# Cesárea: Claves para el éxito

Oscar Garnero – Oscar Perusia

### Cesárea por el flanco izquierdo

Puede realizarse con el animal en pie o en decúbito esterno-abdominal con el miembro posterior izquierdo dirigido hacia atrás. En esta posición hay dos inconvenientes, que el animal tienda a caerse sobre el lado izquierdo y que la herida no pueda completarse lo suficiente hacia ventral, debido a la cercanía con el suelo.

No es recomendable trabajar con el animal en pie en casos de fetos enfisematosos o parturientas agotadas o en toxemia.

**Anestesia:** Se debe sedar el animal con Acepromacina, o su combinación con ketamina. Recientemente algunos colegas incorporaron un opiáceo, el Butorfanol combinado con Acepromacina e incluso con el agregado de Ketamina todos a muy baja dosis, Ej. 0.5 cm de cada uno por vía subcutánea, esto garantiza un efecto prolongado y moderada analgesia. En todos los casos se deberá recurrir también a las anestésicas locales o Tronculares.

Se puede realizar infiltración tipo “L” invertida en el flanco o utilizar las anestésicas de conducción ya descritas, técnicas de Magda, Farquarson o epidural lumbarsegmental.

Es importante destacar que es preferible no utilizar xilacina en las cesáreas por el efecto ocitócico de esta droga, lo cual dificultará la manipulación del útero.

La técnica consiste en realizar todos los pasos descriptos para la laparotomía exploratoria (Fig. 164-4 y 5), anestesia, preparación del campo, etc. En caso de decidir trabajar con el animal en decúbito, podemos optar por las anestésicas epidural alta o epidural lumbo-sacra.

Se realiza una incisión amplia, que comienza en la unión de los tercios dorsal y medio del abdomen. Esto es alrededor de dos traveses de mano por debajo de las apófisis transversas lumbares, dependiendo del tamaño del animal. La incisión se continúa verticalmente hasta la mitad del tercio ventral del abdomen por 35 cm de largo, esto es aproximadamente a un través de mano por debajo de la altura del pliegue del ijar (Fig. 164-4 y 165). Otra alternativa es realizar una incisión oblicua paracostal que se inicia en el mismo punto de la anterior y finaliza en el pliegue del ijar (Fig. 164-5).

Se continúa la profundización de la herida a tijera acodada en la misma dirección y atravesando todos los planos. Se sugiere realizar he-



Fig. 164



Fig. 165

mostasia por ligadura, sobre todo de la arteria circunfleja ilíaca, y por pinzamiento del resto de los vasos.

Al llegar al plano profundo, fascia interna del transverso y peritoneo, se tiene la precaución de realizar un ojal en el vértice superior de la herida por donde se producirá el ingreso de aire al abdomen. Desde allí se prolonga con tijera acodada hasta el vértice inferior.

Al ingresar al abdomen nos encontraremos con el borde posterior del gran omento abdominal, él que normalmente se encuentra edematizado y recubriendo parte del rumen y el útero. En este momento tomaremos con la mano derecha el borde posterior de gran omento y lo desplazaremos todo lo posible hacia adelante, dejándolo aprisionado entre el rumen y la pared costal. De esta manera no suele interferir en las maniobras siguientes.

Ahora iniciamos la búsqueda del útero, intentando tomar partes fetales como un metatarso o un metacarpo, según la presentación, y tratamos de presentarlo sobre la herida abdominal. En muchos casos este tiempo quirúrgico se verá dificultado por el tono uterino, especialmente en partos demorados o si hemos utilizado xilacina como sedante (recordar su efecto tónico sobre el útero).

También este paso se verá dificultado si el feto se encuentra gestado en el cuerno derecho. De todos modos una presentación mínima sobre el campo quirúrgico puede lograrse antes de la apertura del útero para evitar el volcado en la cavidad abdominal de los líquidos fetales.

Lograda la presentación, efectuamos la incisión uterina, preferentemente sobre la curvatura mayor del útero, lo más lejos posible del cuerpo del útero. Para iniciar la incisión debemos aprovechar las partes duras del feto (tarso, carpo, nudo, etc.).

De esta manera nos aseguramos estar en espacios intercotiledonarios y evitaremos he-

morragias innecesarias. La incisión se continúa a tijera acodada siguiendo la dirección de la curvatura mayor del útero y del largo necesario para permitir la extracción fetal. Esta dirección nos garantiza que la herida uterina se realice sobre espacios intercotiledonarios. En este momento evitaremos en lo posible el ingreso de los líquidos fetales a la cavidad abdominal y procederemos a la extracción del feto. En algunos casos la flaccidez del útero (sobre todo si se utilizó previamente un tocolítico) nos permite tomar con pinzas de órganos los vértices de la herida con la colaboración de un ayudante. De esta manera una vez extraído el feto, el útero quedará exteriorizado evitando el riesgo de volcar hacia la cavidad abdominal los restos de líquidos fetales. De no ser posible la maniobra anterior, luego de lograda la extracción fetal se tomará el útero por ambos vértices de la herida exteriorizándolo para iniciar la síntesis.

Si no se produjo la decíduación espontánea, se intentará extraer la placenta o por lo menos parte de ella para facilitar la sutura.

A partir del vértice más cercano al cuerpo del útero se inicia una sutura de Cushing (Fig. 109) con catgut N° 1-2 y aguja atraumática. Se higieniza la serosa uterina, se desprenden los posibles coágulos y se reintroduce en la cavidad abdominal. Se sugiere untar la herida del útero con un antibiótico base oleosa, lo que

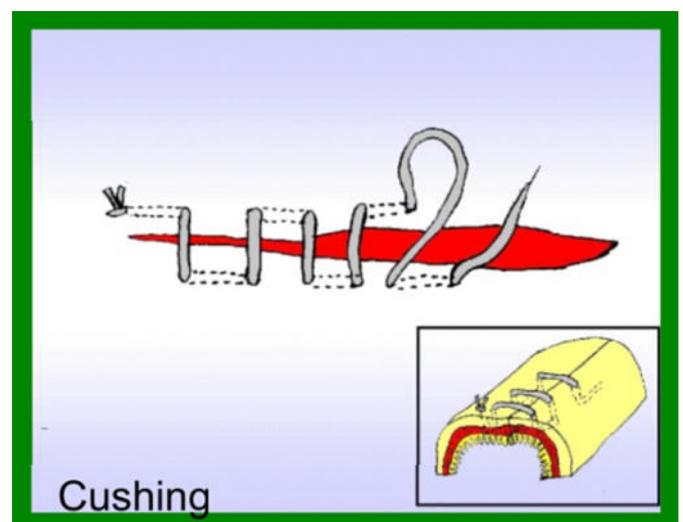


Fig. 109

evitará futuras adherencias.

Se procede al vaciamiento manual de los líquidos caídos en la cavidad abdominal, y se restablece el gran omento a su lugar si no se produjo espontáneamente.

La síntesis de la pared se realiza de acuerdo a lo ya descrito para laparatomías en general (ver ruminotomía).

Finaliza con antibioterapia general, oxitócicos y prostaglandinas.

### Cesárea paramediana izquierda

Existen varias alternativas, pero creemos que la más utilizada es la conocida como técnica paramediana según Göetze.

El animal es volteado sobre su lado derecho, con los miembros anteriores hacia adelante y el posterior izquierdo hacia atrás.

Las alternativas de lograr una buena anestesia son varias, en general preferimos la combinación ketamina con infiltración local. Puede usarse premedicación con acepromacina para facilitar el manejo previo, el volteo, la preparación del campo quirúrgico e incluso la infiltración local antes de inyectar por vía endovenosa la ketamina.

Es importante destacar que es preferible no utilizar xilacina en las cesáreas por el efecto ocitócico de esta droga, lo cual dificultará la manipulación del útero.

Se prepara el campo quirúrgico cuyos límites principales son: en caudal, la inserción del cuarto mamario anterior izquierdo; en ventral la vena mamaria y un límite craneal constituido por el borde posterior grueso del músculo cutáneo (Fig. 166). En general este límite craneal debe ser rebasado incidiendo parte del músculo debido a los edemas típicos de las vaquillonas de primer parto que reducen el campo quirúrgico.

La incisión se inicia por debajo del pliegue de la babilla y se prolonga hacia adelante todo lo necesario, aproximadamente a 4-5 cm de la vena mamaria y paralela a ella. Incidida la piel y por divulsión roma del conjuntivo subcutáneo visualizamos claramente la fascia abdominal de color amarillo fuerte.

La fascia es incidida a bisturí en uno de los vértices continuando con tijera acodada y evitando el músculo recto abdominal. En este tiempo quirúrgico será necesario realizar la separación de la fascia abdominal del músculo recto abdominal a 2 cm de su borde libre (Fig. 167). Esta maniobra facilitará la síntesis de la pared abdominal.



Fig. 166



Fig. 167

Ahora será necesario realizar un ojal a tijera sobre el músculo recto abdominal en el centro de la herida y por divulsión digital se separan sus fibras.

El plano siguiente constituido por la fascia interna del recto abdominal y el peritoneo, es incidido a bisturí, continuando con tijera acodada en la misma dirección. De esta manera ingresamos a la cavidad abdominal donde nos encontraremos con el gran omento el que será desplazado hacia delante tratando de aprisionarlo entre el rumen y la pared abdominal izquierda (Fig. 168).

Se inicia la búsqueda del útero, intentando tomar partes fetales como un metatarso o un metacarpo según la presentación. Tratamos de presentarlo sobre la herida abdominal, fijándolo en un ángulo con el carpo/tarso y en el otro con el borde libre de la pezuña (Fig. 169).

Lograda la presentación, efectuamos la incisión uterina, preferentemente sobre la curvatura mayor del útero, lo más lejos posible del cuerpo del útero. Para iniciar la incisión debemos aprovechar las partes duras del feto (tarso, carpo, nudo, etc.).

De esta manera nos aseguramos estar en espacios intercotiledonarios y evitaremos hemorragias innecesarias. La incisión se continúa a tijera acodada siguiendo la dirección de

la curvatura mayor del útero y del largo necesario para permitir la extracción fetal. Esta dirección nos garantiza que la herida uterina se realice sobre espacios intercotiledonarios.

En este momento evitaremos en lo posible el ingreso de los líquidos fetales a la cavidad abdominal y procederemos a la extracción del feto (Fig. 170).

En algunos casos la flaccidez del útero (especialmente si se utilizó previamente un tocolítico) nos permite tomar con pinzas de órganos los vértices de la herida con la colaboración de un ayudante.

De esta manera una vez extraído el feto, el útero no quedará suelto en la cavidad abdominal con el riesgo de volcar los restos de líquidos fetales. De no ser posible la maniobra anterior, luego de lograda la extracción fetal se tomará el útero por ambos vértices de la herida exteriorizándolo.

Si no se produjo la decídua espontánea, se intentará extraer la placenta o por lo menos parte de ella para facilitar la sutura.

A partir del vértice más cercano al cuerpo del útero se inicia una sutura de Cushing (Fig. 109) con catgut N° 1-2 y aguja atraumática. Se higieniza la serosa uterina, se desprenden los posibles coágulos y se reintroduce en la ca-



Fig. 168



Fig. 169

## Disertantes

vidad abdominal. Se sugiere untar la herida del útero con un antibiótico base oleosa, lo que evitará futuras adherencias.

Se procede al vaciamiento manual de los líquidos caídos en la cavidad abdominal y se restablece al gran omento a su lugar si no se produjo espontáneamente.

La síntesis de la pared abdominal comienza desde el vértice caudal por medio de una sutura en guarda griega (Fig. 171) que incluye la fascia y el peritoneo de ambos bordes, pero excluye al músculo recto abdominal (Fig. 172). Esta técnica provoca una sutura en eversión, muy fuerte y que una vez finalizada puede ser reforzada con una sutura tipo Surgette sobre los bordes (Fig. 111), lo que garantiza su fortaleza.

Otra opción consiste en iniciar la sutura desde el vértice anterior de la herida (dejando los cabos largos), también en guarda griega, que al llegar al vértice posterior, sin anudar, vuelve sobre la cresta en Surgette (Fig. 111), finalizando el anudado con los cabos iniciales.

Luego es aconsejable realizar una sutura continua, a puntos alejados, del tejido subcutáneo para acercar los bordes de piel y evitar los seromas tan frecuentes en estos casos.

La síntesis de piel es similar a la descrita para las laparatomías (ver ruminotomía). Finaliza con antibioterapia general, prostaglandinas y oxitócicos.



Fig. 170



Fig. 173

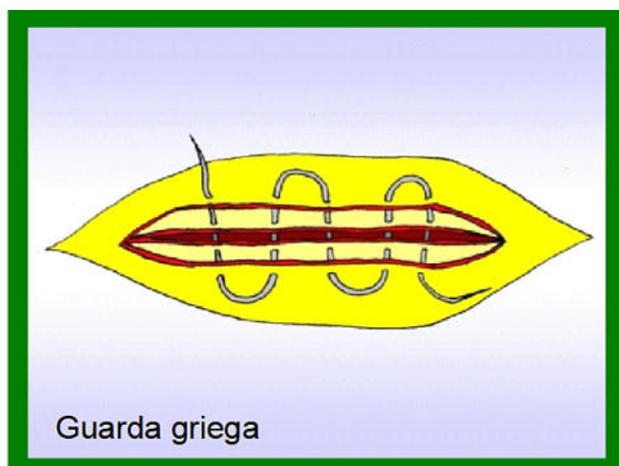


Fig. 171

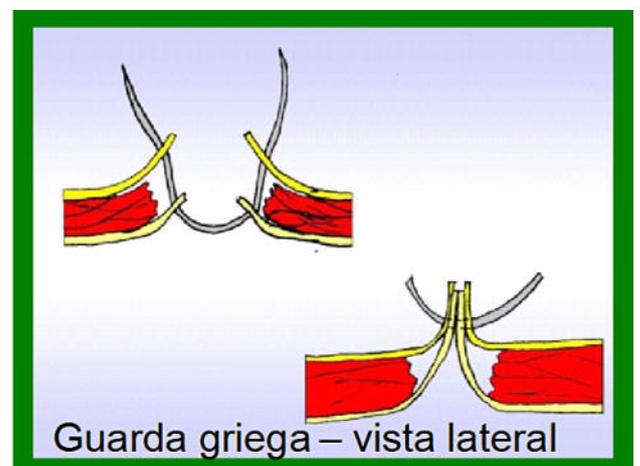


Fig. 172