



CIRUGIA EN EL PARTO

Gustavo Rivas¹, Oscar Garnero² y Oscar Perusia²

¹DMV, Ejercicio liberal, Florida - Uruguay

²DMV, Facultad de Veterinaria, Esperanza - Santa Fé - Argentina

Una buena parte de la actividad clínica y quirúrgica del Veterinario Buiatra está en relación al parto de la vaca. Por esto es que debemos tener los elementos y conocimientos disponibles para solucionar las patologías del parto.

* Un auxiliar fundamental es la anestesia epidural posterior o baja, realizada en la unión sacro-coxígea o en 1ª y 2ª coxígea, con lidocaína 2%, la dosis varía según el caso de 4 a 8 c.c.

Esta anestesia la usamos en la asistencia de partos distócicos, para realizar episiotomías, sinfisiotomías, reducción de prolapso vaginal y uterino, y en la cesárea para disminuir las contracciones y así facilitar la operación.

* La episiotomía es una cirugía de utilidad en el parto asistido, cuando la apertura vulvar es insuficiente, sobretudo en vaquillonas. Con la episiotomía evitamos los desgarros vulvares, que pueden ocasionar trastornos de la fertilidad futura.

Se realiza incidiendo la vulva en todo su espesor o sea de piel a mucosa, en la posición horaria de 10y10, puede ser uni o bilateral; luego de la extracción del ternero, suturamos.

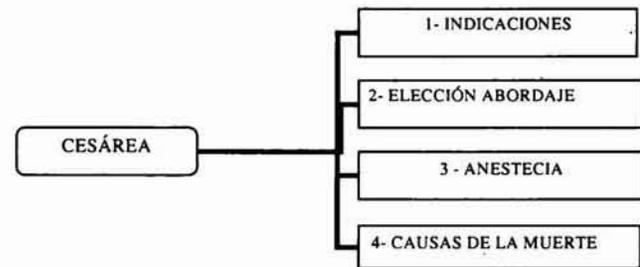
* La sinfisiotomía es la apertura longitudinal de la pelvis a nivel de la sinfisis pubiana, para permitir la extracción del ternero, en caso de distocia por excesivo tamaño fetal.

La apertura de la sinfisis nos permite aumentar el diámetro de la pelvis en 10 cm. Esta operación sólo puede realizarse en vaquillonas de 24 a 26 meses de edad como máximo.

Se prepara la zona perineal y por debajo de la vulva, sobre la línea media, se hace una incisión de 6 cm., se profundiza seccionando los tejidos subcutáneos hasta llegar a la sinfisis; se «marca» con el bisturí, se coloca el sinfisiotomo (instrumento filoso con extremo triangular de 3cm y un mango de 65cm de largo), un ayudante golpea el sinfisiotomo con una maceta o martillo; se guía el instrumento con mano izquierda y se controla con la derecha dentro de la vagina (es necesario llevar el ternero hacia adentro del útero para tener espacio). Al ir golpeando el sinfisiotomo, va avanzando hacia adentro y abriendo la sinfisis, al llegar a los últimos 5cm, esta se abre realizando movimientos laterales sin golpear. Luego de abierta la sinfisis, extraemos el sinfisiotomo y traccionamos el ternero en la manera habitual. La vaquillona debe permanecer «maneada» por 30 días.

* Cesárea: Es la operación más practicada por el veterinario

nario buiatra:



1) INDICACIONES:

- Deformidades fetales
- Feto grande
- Vaca estrecha
- Luxación sacro-ilíaca
- Distocia difícil de corregir
- Cuello uterino estrecho
- Torsión uterina
- Feto enfisematoso

2) ELECCIÓN ABORDAJE:

Flanco izquierdo o derecho

Paramedianas: Vandesplasche
Götze

3) ANESTESIA:

- Infiltración local.
- «L» Invertida
- Paravertebral: 1-2 y 4
- Epidural Lumbar
- Epidural Lombo-sacra

4) CAUSAS DE LA MUERTE:

- Partos laboriosos mucha tracción
- Feto muerto muchas horas
- Desgarros uterinos
- Hemorragias
- Enfermedades concomitantes

Cesárea Flanco Izquierdo

Se prepara el flanco izquierdo en la forma habitual. La podemos realizar con el animal en pie o en decubito esterno-abdominal con el miembro posterior-izquierdo llevado hacia atrás.

Realizamos la anestesia que puede ser una infiltración local, o anestesia paravertebral de mano por debajo de las transversas lumbares y la continuamos hacia abajo unos 35 a 40 cm. de largo. Profundizamos la incisión, incidiendo todos los músculos en la misma dirección; al llegar a la fascia del transverso y peritoneo, tomamos una pinza y cortamos con tijera para entrar a la cavidad,



terminamos el corte en todo el largo con tijera acodada. Al ingresar a la cavidad abdominal, apartamos el rumen hacia delante y buscamos el cuerno uterino (es conveniente el uso de relajantes uterinos como el Clembuterol, para facilitar la tracción); asimos la pared uterina junto con un miembro del ternero y lo acercamos a la incisión de la pared; incidimos el útero en su curvatura mayor y sobre un miembro del ternero, evitando el ingreso de líquidos a la cavidad abdominal. Procedemos ahora a la extracción fetal. Tomamos el útero ed ambas comisuras con pinzas ruminales o de campo y lo exponemos así para su sutura. La sutura más conveniente para el útero, es la sutura de Utrecht.

Esta sutura fue ideada como resultado de investigaciones de la Universidad de Utrecht, Holanda, en busca de mejorar la fertilidad de las vacas a las cuales se realizaba operación cesárea.

Observaron que se producían adherencias a nivel de la sutura del útero con los órganos vecinos, sobre todo en los nudos. Idearon esta sutura para que quede escondida en la línea de incisión uterina.

Es una sutura no perforante. Se comienza a 2cm de la comisura superior, entrando del lado izquierdo de adentro afuera, vamos a la derecha y entramos de afuera adentro y anudamos; de esta forma el nudo nos queda escondido; seguimos la sutura similar a la de Cushing, pero inclinada de afuera adentro y de arriba hacia abajo. Seguimos de esta forma hasta cubrir toda la incisión 2 cm. más.

El nudo final lo hacemos como al inicio, previo dejar un trozo de hilo para anudar, o sea con dos puntos, uno de cada lado de la línea de incisión. Al anudar, el nudo debe quedar escondido. Esta sutura conviene realizarla con ácido poliglocólico No. 1 o 2.

Terminada la sutura, ubicamos el útero en la cavidad abdominal y ponemos antibiótico. El cierre de la pared muscular lo hacemos con una sutura tipo colchonero, tomando todos los planos musculares y el peritoneo, es conveniente hacer una segunda sutura por encima tipo surgete. La piel la suturamos con puntos simples en «U» o con agrafes.

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. 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. Esta maniobra facilitará la síntesis de la pared abdominal.

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.

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.

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.

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 deciducción 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 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 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 que incluye la fascia y el peritoneo de ambos bordes, pero excluye al músculo recto abdominal. 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, 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, 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 conveniente realizarla con puntos en «U» separados.

Finaliza con antibioterapia general, prostaglandinas y oxitócicos.

BIBLIOGRAFIA

- Roberts S.S. - (1979) - Obstetricia Veterinaria
- Gamero O. y Perusia O. - (2002) - Manual de Anestias y Cirugías del Bovino
- Vernher P - (1982) - La sinfisiotomía en la especie bovina.
- Walker y Vaughan - (1980) - Cirugía Urogenital del Equino y Bovino
- Turner Simón - Large Animal Surgery