

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA VETERINARIA Y ZOOTECNIA

LACERACIONES DEL CANAL DEL PARTO

MVZ JORGE ÁVILA GARCÍA
PMVZ GEORGINA ELIZABETH CRUZ HERNÁNDEZ

CLÍNICA DE LOS BOVINOS I

MVZ JORGE ÁVILA GARCÍA
PMVZ GEORGINA ELIZABETH CRUZ HERNÁNDEZ

LACERACIONES DEL CANAL DEL PARTO

MVZ Jorge Ávila García

PMVZ Georgina Elizabeth Cruz Hernández

Las laceraciones del cérvix, de la vagina y del perineo ocurren conjuntamente con la ruptura uterina. A pesar de ello, debido a su localización que predomina retroperitonealmente, los problemas encontrados a través del daño del tracto genital posterior difieren de aquellos encontrados en el útero.

Las laceraciones, cervicales, vaginales y perineales se asocian con el 2.2% de las distocias (Sloss, 1974). Grunert y Géyer (1964) reportaron 5% de incidencia de celulitis resultante de trauma vaginal.

Las laceraciones cervical, vaginal y perineal ocurren durante el parto sin asistencia o cuando la tracción forzada es aplicada sobre el feto a pesar de que el tracto genital posterior está insuficientemente relajado y dilatado. Las laceraciones vaginal también pueden ser producidas cuando la tracción se aplica sobre un feto grande, y en especial en una vaca que tiene grasa en exceso, después que se han perdido los líquidos intrauterinos o antes que se haya corregido una posición defectuosa del becerro. Con frecuencia las laceraciones vaginales son producidas por el manejo inadecuado de los instrumentos obstétricos. Tales daños pueden ser particularmente peligrosos cuando el feto está en un estadio avanzado de descomposición o cuando las membranas fetales son retenidas subsecuentemente.

Las laceraciones del tracto genital posterior, y en especial aquellas que se ubican en la parte lateral o ventral de la vagina, con frecuencia no siguen el patrón usual de la curación de las heridas. Los loquios uterinos y las secreciones drenan a través de estas laceraciones al interior de los tejidos perivaginales (Grunert y Geyer, 1964). Esto permite que la infección sea seguida por celulitis y formación de abscesos, los que se convierten en fibrosis y adherencias del área perivaginal, estrechando así al tracto genital y, en ocasiones, producen peritonitis.

Las laceraciones frescas son casi siempre diagnosticadas en el examen vaginal de rutina inmediatamente después del parto asistido. Estas deben explorarse con mucho cuidado para determinar en qué medida son superficiales o profundas. En vaquillas con mucha grasa, productoras de carne, no es inusual encontrar prolapso de la grasa perivaginal dentro de la vagina a través de laceraciones

MVZ JORGE ÁVILA GARCÍA
PMVZ GEORGINA ELIZABETH CRUZ HERNÁNDEZ

perforadas. Si éstas no son tratadas al tiempo del parto, se desarrollan granulomas que pueden semejar a neoplasmas malignos.

En casos en que el examen vaginal posparto no se haya llevado a cabo, el primer signo clínico observado pueden ser esfuerzos intermitentes, elevación de la cola y edema de la vulva. Bajo estas circunstancias el examen de la vulva con frecuencia es difícil y aun imposible debido a que el órgano tiene constricción y la mucosa está hinchada o necrótica. La exploración puede facilitarse por medio de un bloqueo nervioso epidural.

En ocasiones, abscesos grandes en el área perivaginal puede obliterar al recto e impedir la defecación (Grunert y Geyer, 1964) o involucrar a la uretra e interferir con la micción.

Las laceraciones perineales son visibles en el examen externo, y se les encuentra con mayor frecuencia cerca de la comisura dorsal de la vulva. Muy ocasionalmente se encontrará una laceración vaginorrectal.

Las rupturas del cérvix y de la pared ventrolateral de la vagina pueden producir peritonitis. La herida más posterior y dorsal es la que se curará con mayor facilidad y la cruza subsecuente tendrá éxito. Las lesiones cercanas a la uretra pueden causar constricción y dificultad para el paso de la orina. El grado de descomposición del feto, el tiempo requerido para la expulsión de las membranas fetales y el retraso en el establecimiento del diagnóstico, así como el tratamiento, son factores importantes que considerar cuando se hace el pronóstico.

El tratamiento para las lesiones frescas si son accesibles deben ser suturadas, por lo cual es recomendable esperar un mes o mes y medio después del parto a que se quite el edema y la inflamación, el tratamiento es básicamente quirúrgico, el cual se realiza 30 a 60 días, se aplica anestesia epidural de 5 a 7 ml de xilocaína al 2 %, se realiza la debida antisepsia de la región perineal, posteriormente se realiza una sutura de colchonero invertida con catgut crómico del num. 3 o dexón del num. 2 para realizar el punto de sutura el cuál se observa mejor en la (*Imagen 70,71,71,73,74,75*)

La reparación quirúrgica es imposible después de la necrosis de la mucosa vaginal se haya desarrollado. En tales casos, la administración parenteral de antibióticos se recomienda conjuntamente con la aplicación tópica de un emoliente antiséptico o antibiótico en ungüento o pesarios antisépticos en una base de cera.

MVZ JORGE ÁVILA GARCÍA
PMVZ GEORGINA ELIZABETH CRUZ HERNÁNDEZ



Imagen 64. Laceración de primer grado.



Imagen 65. Laceración de segundo grado.



Imagen 66. Laceración de tercer grado, fístula recto vaginal



Imagen 67. Laceración de tercer grado, fístula recto vaginal

MVZ JORGE ÁVILA GARCÍA
PMVZ GEORGINA ELIZABETH CRUZ HERNÁNDEZ



Imagen 68. Laceración segundo grado, vaca con neumovagina



Imagen 69. Laceración segundo grado, vaca con urovagina.



Imagen 70. Sutura de Colchonero invertida como tratamiento para la fístula recto vaginal



Imagen 71. La solución de continuidad del recto se cierra con una serie de suturas que engloban la mucosa y una profundidad

MVZ JORGE ÁVILA GARCÍA
PMVZ GEORGINA ELIZABETH CRUZ HERNÁNDEZ

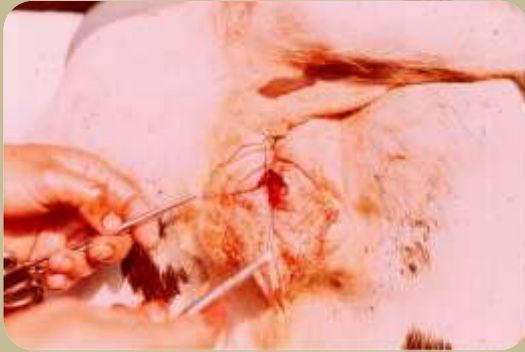


Imagen 72. Realización del primer



Imagen 73. Realización del segundo punto de colchonero invertido para fístula rectovaginal.



Imagen 75. La línea punteada marca las incisiones y los límites del tejido que deberán eliminarse.



Imagen 74. Vulva de un bovino al final de realizar el punto de colchonero invertido.

MVZ JORGE ÁVILA GARCÍA
PMVZ GEORGINA ELIZABETH CRUZ HERNÁNDEZ

LITERATURA CONSULTADA.

1. Saharrea MA, Distocia y maniobras obstétricas, Capítulo VII, Mejoramiento Animal Reproducción Bovinos,, SUA, 1999 57-67.
2. Hernández CJ, Puerperio fisiológico y patológico, Capítulo VIII, Mejoramiento Animal Reproducción Bovinos, SUA, 1999 71-79.
3. Benesch F, Obstetricia y Ginecología Veterinarias, Edit. Labor, Barcelona, Madrid, 1963.
4. Zemjanis R, Diagnostic and therapeutic techniques in animal reproduction, Baltimore, The Williams & Wilkins Company, 1962.
5. Benesch F, Obstetricia de la vaca y la yegua, 2ª. Edic, Edit. Labor S. A., Barcelona Madrid, 1950.
6. Sloss V, Dufty JH, Manual de obstetricia bovina, Compañía editorial Continental, S.A de C.V, México 1986.