

Contribución al estudio, en las yeguas, del hábito de tragar aire, de la fístula recto vaginal y de la cloaca recto vaginal

POR EL
PROFESOR DR. ANTONIO PIRES (*)

La vulva, la vagina y el recto de la yeguas madres pueden ser lesionados por los partos continuos o distócicos, en tal forma que queda disminuída o perdida la capacidad de madre de esas yeguas. Este tema ha sido motivo, últimamente de trabajos interesantes, como los de Forsell, Bemis, Dimock y Caslick, Dimock y Edwards, Caslick, Farquharson, Franck y otros que buscan la solución de un problema de singular importancia económica en los haras.

Pueden ser señaladas cuatro etapas en esa cadena de lesiones:

- 1°. — *La flaccidez de los labios de la vulva.*
- 2°. — *El desgarramiento de la comisura superior de la vulva respetando el esfínter anal* (laceración incompleta o vulvo perineal).
- 3°. — *La fístula interna recto vaginal.*
- 4°. — *La cloaca recto vaginal con orificio común.* La laceración es completa; afecta las paredes de la vagina y del recto, la comisura vulvar superior y el esfínter anal, en una cloaca común.

HÁBITO DE «TRAGAR AIRE»

En los dos primeros casos la pérdida de tonicidad del músculo constrictor de la vulva (m. constrictor cunnae), o la laceración del mismo y las cicatrices consecutivas *predisponen al hábito de «tragar aire»*. Este hábito que determina o mantiene una vagina y, a veces, un útero infectado, disminuye el porcentaje de preñez de las yeguas.

(*) Profesor titular de Patología Quirúrgica y Podología y de Clínica Médica y Quirúrgica de Equinos, Rumiantes y Cerdos, y Director del Hospital.

Caslick, en su trabajo titulado «La vulva y el orificio vulvo vaginal y su relación con la salud genital de la yegua de carrera», se ocupa extensamente de este asunto. Fija las relaciones anatómicas de las vías genitales de la yegua, haciendo notar que «cada parte es una continuación de otra de modo que la continuidad de la vía no se interrumpe, lo que representa un factor de interés patogénico en el caso de establecerse una infección genital». El autor destaca «la importancia que tienen las contracciones musculares de las diversas cavidades y de la vulva, no sólo en lo que atañe a la función reproductora, sino también en la protección de la vía genital de la contaminación externa».

Dimock, y Caslick y Dimock, aislan diversos gérmenes en los casos de infecciones genitales estudiados por ellos. Figuran, en su lista, el estreptococo, bacilos encapsulados, bacilo coli, estafilococo, pseudomonas pyocianeous, etc., siendo el estreptococo, el microorganismo que desempeña el papel principal en la etiología de las infecciones de los órganos genitales femeninos, dejando, por supuesto, de lado toda infección específica tal como el Aborto Infeccioso que, como sabemos, en el país, es causado, casi siempre, por el Bacterium o Salmonella Abortus Equi.

En nuestras investigaciones confirmamos las observaciones citadas y en todos los casos hemos aislado un estreptococo; ese germen que, al decir de Peter, «todo lo hace y todo lo puede».

Surge una pregunta: ¿cómo llegan los elementos microbianos a las vías genitales? Si bien la infección de los órganos génitourinarios femeninos de la yegua puede seguir la vía descendente, desde adentro hacia afuera, debido a la propagación del proceso siguiendo la continuidad anatómica de los tejidos (metritis — vaginitis — vulvitis; cistitis — vaginitis — vulvitis, etc.), es más frecuente la infección por la vía genital posterior. En este caso, los gérmenes llegarían con las manos del operador, con los instrumentos que se introducen en la vagina, con el pene del macho cuando se realiza la copulación, etc.

Pero, según Caslick, *«los microbios que llegan así no son tan numerosos como los que se introducen por el hábito adquirido, por las yeguas, de aspirar o tragar aire. Esta entrada continua de aire por la vagina de las yeguas tragadoras de aire, constituye el factor principal de la infección genital»*.

Destaca, dicho autor, la importancia que tiene la contracción vulvo-vaginal en la protección de las vías genitales porque se opone a la invasión demasiado frecuente de elementos extraños de posible acción patógena. «Una yegua con una vulva mal conformada o en malas condiciones puede significar una «tragadora de aire» y esto, una mala reproductora; pero,

también, una yegua aparentemente normal, puede ser una tragadora de aire».

Cuando hay flaccidez de los labios de la vulva o desgarramiento de la comisura superior de la vulva el aire penetra en la vagina (neumo vagina) y determina una colpitis crónica con las modificaciones anatómicas correspondientes, cambio del pH, infección persistente, etc., dando lugar a un ambiente inadecuado para la vida y actividad de los espermatozoides. A veces, esa flaccidez o desgarramiento son suficientes para determinar una endometritis por continuidad de proceso, pero esta consecuencia es más factible cuando hay cloaca recto-vaginal.

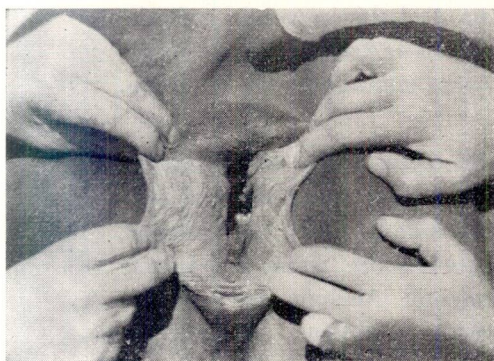
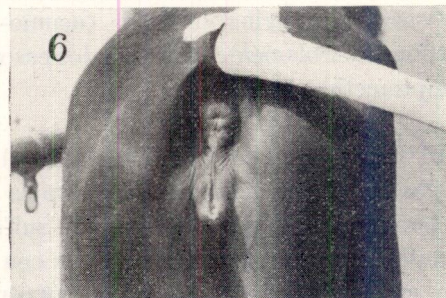
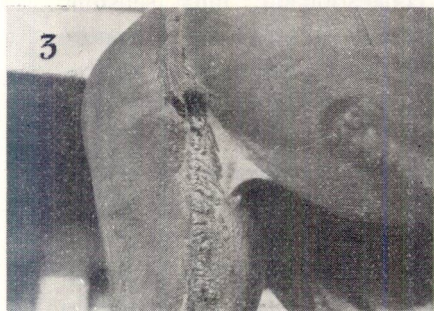
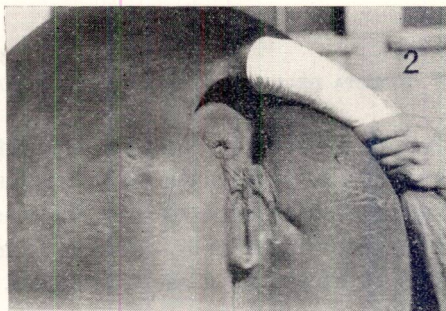
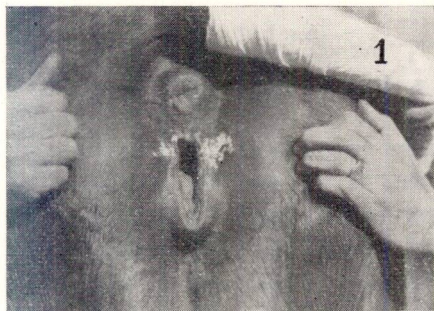
El hábito de «tragar aire» puede empezar en cualquier momento, tanto en la yegua estéril con largos periodos de deseos sexuales, como en la yegua que pare frecuentemente; pero, generalmente, *obedece a las lesiones que afectan la parte superior de la vulva o al músculo constrictor de la vulva, a desgarramientos de la o las comisuras vulvares; y, en estos casos, el aborto, la distocia, el nacimiento de potrillos muertos, la retención de las membranas fetales, son las causas más comunes de estas lesiones; de ahí, su mayor frecuencia en las yeguas que han parido.*

Ahora, así como el hábito de «tragar aire» determina la infección genital, también esta puede ocasionar el hábito antedicho, el cual influirá en forma muy marcada sobre la persistencia de la infección. *Si la yegua aspira constantemente aire, tendremos una vagina y, quizás un útero, permanentemente infectados.*

El hábito de «tragar aire» se denuncia por los siguientes *signos físicos*:

1°. — *El gorgoleo*, ruido o sonido producido por la entrada o salida del aire de la vagina, es característico. Se aprecia a la distancia y, se provoca frecuentemente desplazando lateralmente al animal, o al soltarlo, arrearlo, o cuando brinca, etc. A veces, la yegua traga aire ocasionalmente y el síntoma gorgoteo se aprecia con dificultad; es necesario prestar atención, vigilar el enfermo sospechoso para escuchar el «glu... glu...» característico.

2°. — *La disposición anormal de los labios de la vulva*: labio o labios arrollados en alguna parte, o retraídos, o con zonas hundidas, o un labio o los dos relajados, o vulvas agrandadas por desgarramientos ocasionados durante el parto y que no se cuidaron posteriormente, vulvas con retracciones cicatriciales y labios separados en una determinada zona; o un recto «hundido» que arrastra consigo el ángulo superior de la vulva, o labios aparentemente sanos, pero flácidos, son las distintas disposiciones que pueden observarse. (Fotografías N°s 1 y 2).



Fot. N° 1. *Comisura superior de la vulva desgarrada*. Los labios de la vulva se presentan separados debido al desgarro y retracción cicatricial.

Fot. N° 2. *Recto «hundido»*.

Fot. N° 3. *Flujo que ensucia, aglutina los pelos y eczematiza diversas regiones*.

Fot. N° 4. *Vagina «inflada»*. (Neumo vagina).

Fot. N° 5. *La operación terminada*.

Fot. N° 6. *Después de sacar los puntos de sutura*.

Fot. N° 7. *Cloaca recto vaginal*.

Fot. N° 8. *Cloaca recto vaginal*.

A estos signos físicos, propios del hábito de «tragar aire», y como consecuencia de la inflamación de la vagina, cuando no también del útero, se agregan otros signos físicos y los trastornos funcionales relacionados con las modificaciones de volumen, forma, sensibilidad, color y secreciones que corresponde a estas entidades. Podremos observar una vagina «inflada» (neumovagina) fuertemente congestionada, muy sensible, con *abundante flujo, generalmente flúido, lechoso, que ensucia y eczematiza la región perineal, la base de la cola, las nalgas y los garrones* y que se acumula en el piso de la vagina, a veces, en grandes cantidades. (Fotografía N° 3).

Los síntomas generales, cuando los hay, están relacionados con el conjunto de trastornos generales que acompañan a las infecciones de los órganos genitales internos pero, en forma especial, a las metritis.

Dominan el cuadro clínico objetivo estos síntomas: el flujo, el gorgoteo (traga aire), la desituación recto vulvar, la relajación o cicatrices vulvares y la vagina «inflada» (neumo-vagina. Fotografía N° 4) y congestionada. Solamente en dos de los casos observados por nosotros estaba comprometida la matriz.

El tratamiento se orientaba hacia el cuidado antiséptico y repetido de las cavidades genitales. Los lavajes templados a base de soluciones de permanganato de potasio, lugol, sulfato de cinc, ácido pícrico, bicarbonato de sodio, las vaporizaciones con formol, éter iodoformado, entozón, etc., utilizando sondas diversas u otro instrumental, han sido empleados, con frecuencia, en estos casos en los cuales se atribuía la mayor importancia etiológica a la infección y no se había reparado todavía, en el papel capital que desempeñaba el hábito de tragar aire, como determinante o no de la infección pero sí como mantenedor de la misma.

Para eliminar este inconveniente se hace, según esté o no desgarrado el periné, la vulvo-rafia o la vulvo periné-rafia. Esta operación, que consiste en «sellar» la parte superior de los labios de la vulva, o en suturar, además, el periné desgarrado, es sumamente sencilla; puede practicarse en cualquier terreno y con escaso instrumental. Además, los animales operados, no exigen cuidados; la cicatrización se obtiene, siempre, por primera y el hábito de tragar aire desaparece; se vence la infección de los órganos genitales que adquieren su aspecto normal y un buen porcentaje de las yeguas operadas vuelven a fecundarse y gestar nuevamente *siempre que no existan otras causas que se opongan.*

TÉCNICA

Instrumental necesario: 1 bisturí, 1 pinza de dientes de ratón, 3 pinzas eriñas de Schroeder, o de Doyen, o similares, 1 tijera curva, grapas metálicas y pinza para colocarlas, o aguja y catgut para sutura.

Preparación del enfermo: No se requiere preparación previa alguna. En el momento que se desee se lleva a un potro o palenque, para operar con el animal en pie.

Preparación del campo operatorio: La región perineal y base de la cola se lavan y desinfectan.

Anestesia: Es preferible la anestesia epidural alta. Permite trabajar con toda comodidad. Caslick, en su trabajo, aconseja la anestesia por infiltración; pero es más molesta, lleva más tiempo realizarla y no insensibiliza como la anestesia epidural. Esta, es de técnica fácil y de resultado extraordinario. Desde hace años recurrimos, de preferencia, a la anestesia epidural para todas las operaciones que se realizan dentro del campo que la misma domina. El año 1931, publicamos un trabajo titulado: *Un caso de pólipo fibromatoso en una vaca operado con anestesia epidural*; después, hemos operado tumores implantados en la cola, pene, vulva y clítoris, repuesto tabiques recto-vaginales, reparado vulvas desgarradas, etc., empleando la anestesia epidural que se ha comportado en forma singularmente satisfactoria.

Hemos empleado de 7 a 9 c. c. del siguiente preparado.

Novocaína	5 grs.
Cloruro de Sodio	0,35 grs.
Bicarbonato de Sodio	0,50 grs.
Adrenalina	L gotas
Agua destilada C. S. P.	100 c. c.

(Para dividir en X ampollas)

Esta preparación es la que se emplea en la cátedra de Obstetricia de la Facultad de Agronomía y Veterinaria de Buenos Aires (Prof. O. Newton) desde hace varios años. Con una ligera variante en las cantidades, corresponde a la que aconsejan Guilli y Cheller, en su trabajo titulado *Anestesia Epidural en los animales domésticos*, cuando deben realizarse operaciones de larga duración. A los pocos minutos de efectuada la inyección puede iniciarse la operación en condiciones óptimas.

1er. tiempo. — Se toman las tres pinzas eriñas y se colocan: una, en el ángulo de la comisura superior; y las otras, una en cada labio de

la vulva, en el punto hasta donde llegarán las incisiones que se practicarán a continuación.

Puestas en tensión estas pinzas, se podrán hacer dichas incisiones con toda facilidad. Luego, con un bisturí, incidimos la mucosa de uno de los labios de la vulva, de arriba abajo, siguiendo la línea límite de la zona de pigmentación y desde la comisura hasta donde se estime necesario; después, hacemos otra incisión paralela a la anterior y, más o menos, a 1 cm. o $1\frac{1}{2}$ cm. adentro, y exportamos la mucosa comprendida entre ambas incisiones.

La hemorragia es insignificante y no molesta ni exige hacer hemostasia. Caslick, practica en los labios, escarificaciones que tienen 1 cm. de profundidad. Consideramos superior la técnica empleada por nosotros.

2º tiempo. — Se hace lo mismo en el otro labio vulvar.

3er. tiempo. — Se acercan y se suturan los labios en las zonas preparadas. Las grapas metálicas, colocadas a un centímetro, una de otra, se prestan muy bien para este tipo de sutura. Nosotros agregamos dos o tres puntos de sutura en U, con catgut, implantados por delante de las grapas metálicas.

Si la yegua presenta la cicatriz consecutiva al desgarramiento de la comisura superior de la vulva (laceración vulvo-perineal) es necesario reavivar los labios de la misma y hacer una sutura con seda o catgut para seguir después con la sutura de los labios de la vulva. (Fotografías N^{os} 5 y 6).

Cuidados posteriores

Terminada la operación, cubrimos la herida quirúrgica con colodium y administramos una dosis preventiva de suero antitetánico. En los días siguientes no es necesario ocuparse del enfermo. Transcurridos de seis a ocho días, pueden sacarse los puntos de sutura. Siempre se obtiene una cicatrización por primera intención.

FÍSTULA RECTO VAGINAL Y CLOACA RECTO VAGINAL

La extracción forzada del feto, sin las debidas precauciones, puede determinar la fístula recto vaginal o la cloaca recto vaginal. Por supuesto que en estos casos, el pasaje de la materia fecal del recto a la vagina inhabilita a la yegua como madre y mantiene una infección vaginal que, por vía ascendente, puede llegar al útero determinando una endometritis. (Fotografías N^{os} 7 y 8).

Los enfermos tratados por nosotros tenían su fístula o cloaca recto

vaginal desde hacía varios meses y, algunos de ellos, habían sido operados, sin resultado alguno.

Nuestras intervenciones fueron realizadas con el enfermo de pie, previa preparación del mismo, utilizando la anestesia epidural y ajustándonos a los principios sustentados por Forsell, Benis y Farquharson que resumimos brevemente:

1°. — Es conveniente la intervención inmediata al desgarró accidental de los tejidos. Si han pasado algunos días es prudente retardar la operación hasta la reparación de los tejidos.

2°. — *Las suturas deben tener la menor tensión posible.*

3°. — *La superficie de contacto de los tejidos reavivados debe ser amplia.*

4°. — *El material empleado para la sutura debe ser resistente.*

5°. — *El recto debe distenderse lo menos posible para disminuir la tensión sobre los puntos de sutura.*

6°. — *Deben controlarse las infecciones y las hemorragias.*

Preparación del enfermo. — Se lo purga tres días antes de la operación y, desde entonces, se le quita toda alimentación menos el agua; se venda la cola y limpia la región perineal. Con el animal en pié se hace la anestesia epidural alta. La dosis de 7 a 9 c. c. del anestésico antes citado nos permitió, en todos los casos, terminar la operación de la cloaca recto vaginal que exige, más o menos, una hora de tiempo. La dosis de 7 c. c. a 8 c. c. en las yeguas madres P. S. C. se mostró, frecuentemente, como la más apta; con la dosis de 10 a 12 c. c. o más nos ha sucedido que después de iniciada una operación, el animal se cayó. Por esto, es bueno el consejo que se repite constantemente de dosificar el anestésico paulatinamente para evitar ese inconveniente. Teniendo en cuenta nuestras observaciones en el Hospital, desde que utilizamos la anestesia epidural para todas las operaciones realizadas dentro del campo que la misma domina, damos a las yeguas madres P. S. C., una primera inyección de 7 c. c. con la cual, la mayor parte de las veces, hemos podido terminar las operaciones sin aumentar la dosis y sin que los animales se cayeran.

Obtenida la anestesia se vacía y desinfecta el recto y la vagina.

OPERACIÓN DE LA FISTULA RECTO VAGINAL

La fistula recto vaginal puede ser abordada por la luz rectal (sutura rectal) y por la luz vaginal (sutura vaginal). Forsell y los otros autores citados que lo siguen, abordan la fístula introduciéndose entre el recto y la vagina.

ciones: en la primera reconstruíamos el recto y la vagina; y en la segunda, el ano y el periné.

1º.— La reconstrucción del piso del recto y techo de la vagina (sutura interrumpida de la mucosa rectal, sutura tipo Lembert del resto de la pared rectal), y sutura interrumpida del techo vaginal) la realizamos con catgut cromado N° 5 y seda. Otros autores han usado hilos metálicos de plata o cobre y seda. En la parte anterior de cada plano hacemos un punto de sutura dejando los terminales largos para facilitar la colocación de los puntos siguientes, algunos de los cuales, también, quedan con los terminales largos con el mismo fin. Ligeras tracciones sobre estos terminales acercan los planos a suturarse facilitando la tarea. A medida que se consideran innecesarios estos terminales se cortan dejando, por supuesto, el nudo. Nosotros hacemos uno o dos puntos seguidos por plano hasta acercarnos al esfínter anal. Completados los pisos, *seccionamos el esfínter anal en dorsal y no suturamos el desgarramiento del ano ni del periné*. En esta forma disminuimos, en todo lo posible, la tensión del recto facilitando el acto de la defecación.

2º. — Obtenida la cicatrización de los tejidos suturados (más o menos 10 días), se reconstruye el ano, el periné y, si fuera necesario se sutura también la parte superior de los labios de la vulva siguiendo la técnica anteriormente citada.

En otros casos hemos seguido la técnica de Farquharson.

RESULTADOS

Para juzgar los resultados que se obtienen con estas operaciones es necesario tener en cuenta los dos fines que se persiguen:

1º. — La reconstrucción anatómica de los tejidos operados.

2º. — La reintegración funcional de la yegua operada a su condición de madre.

En los casos de las yeguas que han adquirido el hábito de «tragar aire» debido a la flaccidez de los labios de la vulva, o al desgarramiento de la comisura superior de la vulva (laceración vulvo perineal) el resultado que se obtiene con la operación (vulvo-rafia o vulvo periné-rafia) es bueno. Se reponen los tejidos dilacerados, se disminuye la luz vulvar y desaparece el hábito de «tragar aire» y las consecuencias inmediatas del mismo.

No sucede lo mismo cuando es necesario reconstruir el piso del recto y el techo de la vagina en los casos de la cloaca recto vaginal. Farquharson

ha tenido más suerte que nosotros. Hasta ahora, a pesar de haber realizado algunas intervenciones muy prolijas no estamos satisfechos con los resultados.

Consideramos que la reposición del piso rectal es difícil debido a la tensión del recto por los movimientos expulsivos o por la acumulación de las heces, pese a todas las precauciones que hemos tomado para disminuir dicha tensión (disección amplia de las paredes del recto, dirección apropiada de los puntos de sutura, poca comida o alimentación especial, papilla de afrecho, agua o cocimiento de lino, etc., o nada, sección dorsal del esfínter anal y en otros casos, además de esa sección no hemos repuesto el desgarramiento del periné y parte ventral del esfínter anal). En cualquier forma continuamos nuestras observaciones.

En lo que respecta a la reintegración de las yeguas operadas a su condición de madres, fin primordial de la operación, es necesario tener en cuenta que el éxito anatómico no significa necesariamente el éxito funcional. La operación resuelve únicamente un problema, anula una sola causa de esterilidad: la infección persistente que se mantiene en los órganos genitales debido al hábito de «tragarse aire», o a la fístula o a la cloaca recto vaginal. Pero las causas de esterilidad de las yeguas son muchas (anomalía del aparato genital o lesiones que impiden el progreso de los espermatozoides, trastornos de la función ovígena, de la impregnación ovular, de la emisión del óvulo, y obstáculos de la nidación).

Si tantas son las causas de la esterilidad de la yegua y más aun los factores que determinan esas causas (lesiones inflamatorias, infecciosas, cicatriciales de los órganos genitales, impermeabilidad del cuello del útero o de las trompas, pH inapropiado, hipofunción del ovario, quistes y tumores ováricos, cuerpos lúteos persistentes, defectos en la alimentación, falta de algunas sustancias minerales, de vitaminas, influencias nerviosas, etc.), es necesario que el profesional eleve su criterio clínico para fijar el alcance, la eficacia de la operación, examinando minuciosamente a la yegua. Una buena historia clínica, la exploración de los órganos genitales y urinarios, el control del pH y la reacción de Frank pueden despejar la incógnita.

RESUMEN

En este trabajo el autor se ocupa de las yeguas que tienen el hábito de «tragarse aire» por vía vaginal, de las fístulas recto vaginales y de la cloaca recto vaginal. Hace conocer sus observaciones personales, la técnica operatoria que ha empleado y los resultados obtenidos que son buenos cuan-

do se trata de corregir el hábito de «tragar aire» y muy poco satisfactorios en los casos de fístulas recto vaginales y cloaca recto vaginal.

También hace notar que el fin de las operaciones que se realizan no es solamente el de remediar una lesión sino también el de aprovechar la yegua como madre. En este sentido el autor hace algunas consideraciones.

SUMMARY

The A. deals with mares which have the habit of «air swallowing» through vaginal route by vaginal fistulae or recto-vaginal-drainage ones. Describes his personal experience, the surgical procedures used and the results attained. Satisfactory results were possible in correcting air swallowing habit but unsatisfactory in the case of fistulae. States that the object is not only to remedy a lesion but also to take advantage of the mare as a potential mother. In this connection the A. makes some considerations.

BIBLIOGRAFIA

- BENIS: *Un nuevo método operatorio de las fístulas recto vaginales*. North American Veterinarian. Febrero, 1930.
- CASLICK, E. A.: *La vulva y el orificio vulvo vaginal y su relación con la salud genital de la yegua de carrera*. Cornell Veterinarian, 1937, pág. 178.
- FARQUHARSON, JAMES: *Surgical treatment of third degree perineal lacerations*. Veterinary Journal, 1945, pág. 113.
- FRANK: *Veterinary Surgery Notes*, 1944.
- PERO, O.: *Tratamiento Quirúrgico de la fístula recto vaginal*. Tesis. Facultad de Agronomía y Veterinaria de Buenos Aires. 1909.