

Manejo de la yegua gestante. Problemas

Resumen de la conferencia dictada por la Dr. Angel Carlos Trioni, en el ámbito de las XXXII Jornadas de Actualización en Ciencias Veterinarias (Octubre 2013).

SEPARACIÓN PREMATURA DE LA CORIOALANTOIDES "RED BAG"

Normalmente al final de la primera etapa del parto, la corioalantoídes hace bulto y entra al cérvix y luego se rompe en el área cercana al cérvix (estrella cervical), liberando el líquido alantoídeo ("primera agua"). Esto lubrica el canal de parto y facilita el pasaje del potrillo. Normalmente porque la placenta está fija al endometrio y funcionando, el intercambio de oxígeno continúa. De cualquier forma, si la corioalantoídes no se rompe y el potrillo está naciendo dentro de esta membrana, el contacto de la placenta y el endometrio está interrumpido y la anoxia fetal puede presentarse. Una forma empírica de reconocer esta situación antes que la placenta aparezca por la vulva es cuando la yegua estando parada, eleva varias veces la cola, sin eliminar las aguas. Si está acostada, permanece con la cola parada por más de tres a cuatro minutos, sin que elimine las aguas y con el recto protruido. La yegua mira sus costados como mirando que algo debería suceder y esto no ocurre.

La etiología de la separación placentaria prematura no está siempre clara. La placentitis crónica ascendente o edema placentario pueden provocar la separación prematura y engrosamiento de la placenta en la región cervical. La intoxicación con festuca es una causa de edema placentario. También se tienen en cuenta otros factores tales como estrés por transporte, antihelmínticos, severidad climática, exceso nutricional e inducción del parto.

Signos Clínicos:

Puede existir una historia de sangrado desde el útero en los últimos días previos al parto. Si la corioalantoídes falla de romperse y el segundo estado de labor de parto comienza, una "bolsa roja" (separación prematura de la corioalantoídes) puede aparecer entre los labios vulvares. Podemos diferenciar esta situación de un prolapso de vejiga o de útero, debido a que en la superficie placentaria que se asoma, se puede visualizar la estrella cervical. No es posible predecir qué grado de intercambio de oxígeno está comprometido, pero el potrillo puede volverse anóxico y morir o nacer severamente hipóxico. Cuando se produce "red bag" no hay rotura de bolsa y por lo tanto no hay pérdida de líquido.

Tratamiento:

ESTO ES UNA EMERGENCIA. NO PIERDA TIEMPO.....

La corioalantoídes debería ser rota inmediatamente con las manos o con cualquier objeto cortante y el potrillo ayudado a nacer manualmente. El potrillo debe ser evaluado cuidadosamente y debería ser manejado como hipóxico aun cuando no manifieste signos clínicos de este estado. Esta situación debe ser iniciada con seriedad, *pero no con pánico*, la vida del potrillo depende de la calma con la que se procede.

Concentraciones elevadas de creatinina en el plasma del potrillo al nacimiento pueden indicar la necesidad de terapia y tratamiento de complicaciones subsecuentes a un estado de hipoxia.

PLACENTITIS:

La placentitis es reportada como responsable de la pérdida infecciosa de la preñez en un 20 a 30%. Las placentitis pueden ser clasificadas en ascendentes, difusas y focales.

La placentitis puede dar como resultado un potrillo séptico si la yegua alcanza a parirlo vivo. La placentitis en la yegua es causada a menudo por una infección ascendente que entra al útero vía cérvix. *Streptococcus zooepidemicus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas sp* y *Aspergillus sp* son los microorganismos más comunes aislados de yeguas con placentitis. Yeguas que poseen una pobre conformación perineal contribuyen a la aparición de esta manifestación de placentitis. A esto se le suele sumar una pobre condición física a mitad de la gestación que provoca un cambio en la posición vulvo – vaginal (inclinación hacia delante) que facilita la entrada de aire y materia fecal en el aparato genital femenino.

La placentitis difusa se desarrolla a través de la vía hematogena y compromete la totalidad de la corioalantoídes y puede llegar a invadir el amnios. Las mismas bacterias que producen la placentitis ascendente, pueden producir la difusa.

La placentitis focal es asociada con la presencia de *Nocardia sp.*, localizada en la base del cuerno uterino o sobre la cara dorsal del cuerpo uterino.

Entre los signos clínicos las yeguas con placentitis presentan desarrollo de las mamas, lactación prematura, ablandamiento del cérvix y descarga vaginal, los abortos pueden ocurrir sin signos premonitorios. El examen con espejito a menudo revela un cérvix húmedo, hiperémico y ablandado. Una descarga purulenta puede estar presente. El área caudal del corion adyacente a la estrella cervical muestra cambios patológicos en yeguas que han abortado. Esta área de la alantocórion se halla más gruesa que lo normal y la superficie del corion está descolorida y cubierta con exudado fibronectínico. Yeguas con placentitis por *NOCARDIA* a menudo muestran desarrollo prematuro de las mamas sin descarga vaginal. En contraste a muchos casos de placentitis ascendentes, un área específica en la base del cuerno uterino (la parte más baja del útero) está afectada en estas yeguas. El signo clínico se manifiesta con un exudado grueso marronado en la base del cuerno uterino y la superficie dorsal del cuerpo uterino y cubren la superficie de la membrana coriónica. El dilema es el diagnóstico precoz del problema, ya que al momento de manifestarse los signos clínicos de descarga vaginal o del desarrollo mamario, el proceso infeccioso está en un estado muy avanzado

El mecanismo de aborto en yeguas con placentitis no es totalmente comprendido. Entre las posibles causas se incluyen muerte fetal debido a insuficiencia útero-placentaria, una sepsis desastrosa o hipermotilidad miometrial debido a la inflamación. Un disturbio endocrino en asociación con separación del alantocorion del endometrio ha sido también propuesto.

El diagnóstico definitivo es a menudo hecho por cultivos y examen histopatológico del alantocórion y del feto abortado. El examen ultrasonográfico de las yeguas que son consideradas riesgosas de presentar aborto en la última etapa de la gestación deben ser evaluadas transabdominal. Una bolsa de fluido hiperecótico puede ser vista en la base del área más baja del útero, en yeguas con *NOCARDIA*. Mediante ultrasonografía transrectal se puede observar la parte caudal de la alantocórion en yeguas de gestación avanzada. Un anormal engrosamiento a nivel de la estrella cervical o una separación parcial de la alantocórion del endometrio se presenta en las yeguas con signos de placentitis. En estados avanzados el espacio entre el útero y la placenta es llenado con fluido hiperecogénico. Las membranas fetales normales pesan alrededor del 11% del peso del cuerpo del potrillo. En caballos livianos, el peso de la corioalantoídes es de 2.5 a 6.0 kgs y el amnios de 0.5 a 4.0 kgs.

Tratamiento:

Lavajes uterinos con solución salina.

Oxitocina: 10 – 20 UI (EV).

Antibióticos de amplio espectro: Trimetropin sulfá

Penicilina procaínica

Gentamicina

Antiinflamatorios: Flunixin de Meglumine

Fenilbutazona

Progesterona: Altrenogest.

Isoxsuprine.

INERCIA UTERINA

Se presenta en la segunda etapa del parto, la yegua no puja o puja muy débilmente. Esta situación se suele presentar en yeguas que tienen antecedentes de no haber dado crías vivas, yeguas viejas, yeguas físicamente debilitadas o yeguas con sobrepeso, o con deficiencia de calcio. El potrillo no nacerá si no se lo ayuda. En virtud de la falta de respuesta por parte de la madre, no queda otra alternativa que tirar el potrillo hacia afuera. No se debe usar cadenas o sogas.

Normalmente el parto comienza naturalmente, pero los esfuerzos expulsivos ceden rápidamente. La rotura uterina puede estar presente con signos similares. Como tratamiento debería administrarse fluidos parenterales que contenga gluconato de calcio y oxitocina. Sin embargo esta última no debería ser administrada en yeguas con sospecha de rotura de útero.

RETARDO DE LA INVOLUCIÓN UTERINA

La involución uterina es rápida y se considera que la misma ha retornado a su tamaño normal dentro de los 15 días postparto. La falta de involución del útero hace que el mismo se sienta pesado al tacto rectal y puede haber secreción a través de la vulva. Suele acompañar a esta situación signos clínicos como eventualmente fiebre, depresión, anorexia, etc. También se asocia con urovagina o neumovagina, presencia de materia fecal en vagina por el desplazamiento hacia delante que sufren las vísceras por el peso del útero, que modifica el perfil normal de la vulva. Se debe realizar citología y biopsia endometrial para evaluar el estado del útero y sus posibilidades de apareamiento.

Tratamiento:

1 litro de solución fisiológica con 60 UI de oxitocina hasta lograr efecto.

Antibióticos por vía parenteral y/o lavajes intrauterinos asociados con antibióticos según la sensibilidad manifestada en el antibiograma.

INVOLUCIÓN RÁPIDA DEL ÚTERO

Las yeguas luego del parto continúan con pequeñas contracciones del útero, se los denomina “dolores de entuerto”. El propósito de estas contracciones es la de eliminar la placenta y comenzar el proceso de involución uterina. Algunas yeguas muestran molestias por estas contracciones. Durante las primeras 12 horas estas manifestaciones se presentan como si fuera un cólico. Si en realidad el proceso se presenta después de las 12 horas y habiendo sido eliminada la placenta, se puede sospechar de la existencia de un cuadro de cólico o de otra patología.

TRATAMIENTO:

Analgésicos.

Antiespasmódicos.

PROLAPSO UTERINO

Entre las causas que pueden dar origen a esta patología se pueden mencionar entre otras:

Extracción fetal previa a la completa relajación del tracto reproductivo.

Exceso de fuerzas en la extracción.

Extracción muy rápida en especial si el feto es muy grande.

Distocia o parto prolongado o madre exhausta después del parto.

Retención placentaria.

Laceraciones vulvares o vaginales.

Laceraciones uterinas o rotura de útero.

Yeguas viejas con pobre condiciones corporales.

Abortos en mitad o al final de la gestación.

Las adherencias craneales del ligamento ancho hacen que el útero de la yegua se encuentre menos predispuesto a padecer de prolapso, en comparación al útero de la vaca. El prolapso uterino puede producirse luego de un parto normal, aunque es más frecuente luego de un parto distócico o con retención de placenta.

Las yeguas con prolapso uterino a menudo pueden desarrollar rápidamente signos de shock como resultado de la isquemia y necrosis con endotoxemia. El útero prolapsado ha disminuido el aporte sanguíneo y se vuelve friable muy rápidamente, es fácilmente traumatizable, especialmente si la yegua se halla en decúbito. La punta del cuerno uterino puede invaginarse sin el consecuente prolapso. Este estado puede ser notado durante el examen rutinario post parto o al principio del examen previo al nuevo servicio. Cuando en el post parto los cólicos no responden a los analgésicos y sedantes, se consideran signos premonitorios de una invaginación intracornual.

En el prolapso parcial o total del útero la víscera se halla exteriorizada y pendiendo a través de la vulva, pudiendo incorporar en dicha situación algún órgano más (vejiga). El endometrio se deteriora fácilmente y tiende a deshidratarse por su exposición al medio externo. El cuadro de isquemia agrava el cuadro. La posición pendular fuera de la vulva tiende a aumentar de tamaño debido a la falta de retorno venoso y al edema inflamatorio. Esto contribuye a provocar una mayor tracción del útero y la posibilidad que se produzcan desgarros del útero.

Tratamiento.

Los principios básicos en el tratamiento son:

- 1) Controlar las contracciones.
- 2) Limpiar y reponer el útero.
- 3) Prevenir la recurrencia.

Los pujos se controlan con sedantes utilizados en dosis moderadas (Xylazina) seguida por una anestesia epidural con 10 ml de lidocaína al 2%. Se debe colocar el útero dentro de una bolsa plástica y por encima del nivel de la vulva a fin de facilitar la reposición del mismo y disminuir el edema inflamatorio. Un útero edematoso es más friable y se incrementa el riesgo de rotura al presionar con los dedos el inicio de las tareas de reposición. Debe evitarse la ruptura de los grandes vasos uterinos a fin que el animal no se desangre. Es

importante mantener el animal parado. Es conveniente antes de realizar las tareas de recolocación del útero realizar un estudio ultrasonográfico para descartar la posibilidad que otros órganos abdominales se hallen también prolapsados.

El útero debe ser prolijamente lavado con una solución antiséptica suave (iodopovidona al 5%); los desinfectantes severos deben ser evitados. Si la placenta está todavía adherida es conveniente removerla antes que se reponga el útero. Se debe inspeccionar el útero a fin de corroborar la presencia o no de laceraciones. Si las hubiera se las corrige mediante sutura. El útero debe colocarse en el interior como si estuviéramos amasando pan. Deberá evitarse el uso de las yemas de los dedos para evitar una perforación del tejido uterino. Una vez repuesto el útero en su lugar se coloca antibiótico en el lumen y se sutura la vulva a fin de impedir un nuevo prolapso.

Deberá constatarse la correcta posición del útero y de sus cuernos, mediante un tacto rectal. Se completa el tratamiento con antibioterapia parenteral. Se pueden asociar medicamentos analgésicos a fin de evitar el dolor y favorecer la relajación del animal. Es importante que mientras se reduce el útero prolapsado evitar que la yegua se eche y cubrir el útero con una sábana o toalla humedecida a fin de facilitar la reducción del órgano inflamado. La hidroterapia (con agua fría) es un medio de terapia que no solo sirve para mantener humedecido el tejido, sino que además ayuda a la reducción del tamaño del órgano.

Ocasionalmente uno de los cuernos puede invaginarse y causar dolor persistente después del parto. La tracción en la retención de la placenta puede ser una de las causas. Por medio del tacto rectal se comprueba esta situación. Se trata de solucionarlo con la administración de varios litros de solución fisiológica intrauterina para ayudar al cuerno a volver a su posición original. Una vez corregido se debe eliminar la totalidad del líquido perfundido por sifonaje y ayudar a la contracción del útero con la administración de oxitocina vía endovenosa a bajas dosis y en forma repetida. Caminar o trotar suavemente, favorece la reposición del útero dentro del abdomen. Una vez que se complete la involución uterina, es necesario proceder a realizar un cultivo intrauterino para evaluar la posibilidad de una endometritis y verificar el status del endometrio. La sutura de los labios de la vulva tiene opiniones controversiales.

Tratamiento:

Anestesia epidural. Anestesia general. Xylazina

Planipart.

Oxitocina bajas dosis

Toxoide tetánico.

Corticoides. Antiinflamatorios no esteroideos o Flunixin de Meglumine.

Lavado con solución fisiológica estéril o agua fría.

Sutura de labios vulvares.

Fluidoterapia. Corregir déficit de Ca.

Se debe recordar que el uso de tranquilizantes puede provocar una brusca caída de la presión sanguínea.

Antibióticos intrauterinos y parenterales.

Pronóstico

Muerte si no se le trata.

Secuela posible endometritis.

PROLAPSO Y EVERSIÓN DE LA VEJIGA

El prolapso de la vejiga se produce durante el parto y se debe a una laceración en el piso de la vagina que permite que la vejiga se protruya a través del vestíbulo. La vejiga frecuentemente está agrandada debido a que la orina no fue expelida. Una vez diagnosticado la situación, la orina puede ser aspirada a efectos de facilitar las tareas de reposición. Se debe administrar un sedante y aplicar anestesia epidural, las paredes de la vejiga deben ser lavadas y limpiadas antes de ser posicionada nuevamente, luego proceder a suturar la laceración vaginal. Se debe administrar antibióticos de amplio espectro y antiinflamatorios no esteroides. Es útil dejar colocada una sonda folley a los efectos de realizar lavajes intravesical y facilitar el drenaje de la vejiga.

La eversión de la vejiga puede manifestarse a través de la uretra. La uretra en la yegua tiene un gran diámetro y la vejiga puede ser forzada durante el proceso de parto a ser expelida a través de la misma. La superficie de la vejiga se edematiza rápidamente. La orina en este caso puede visualizarse a través de los orificios papiliformes de los uréteres sobre la superficie dorsal del cuello de la vejiga. En estos casos es necesaria la limpieza y desinfección de la superficie interna de la vejiga y se debe tratar de reintroducir lo más rápido posible. Una vez que se ha logrado reponerla, se coloca una sonda folley y se procede al lavado con soluciones con antibióticos.

Ambas condiciones son comunes en yeguas viejas posiblemente debido al incremento del tamaño y disminución del tono del esfínter uretral. Esfuerzos post parto como resultado de daños vulvares o vaginales, distocia, retención placentaria o constipación fecal pueden predisponer a la yegua al prolapso o a la eversión.

Tratamiento

Limpieza de la vejiga.

Anestesia epidural en ambos casos.

Vaciado de la vejiga en la eversión.

Colocación dentro de la cavidad abdominal.

Sutura del rasgado de la vagina.

Colocación de sonda Foley para evitar suturar la uretra cuando cocemos la vagina.

Eversión.

Vejiga vacía.

Si hay edema hay que envolverla con un trapo suave humedecido y frío para eliminar el edema.

Colocarla suavemente a través del orificio uretral.

Colocar una sonda nasoesofágica por 24 horas para prevenir que la yegua cierre su glotis y haga esfuerzos.

RUPTURA DEL TENDÓN PREPÚBICO Y HERNIA VENTRAL ABDOMINAL

La ruptura del tendón prepúbico es observada con más frecuencia en yeguas viejas, bien comidas y de tipo de tiro cuando permanecen mucho tiempo inactivo. Es dificultoso distinguir entre la ruptura de tendón y la hernia abdominal y la evolución clínica de ambas es igual.

Etiología:

La ruptura del tendón suele ocurrir durante los dos últimos meses de gestación debido al excesivo peso del útero grávido (hidroalantoides, mellizos, severo edema ventral o traumas).

Signos Clínicos:

En casos extremos puede conducir a hemorragia, shock y muerte. Previo a la ruptura, la yegua puede notarse que permanece echada mucho tiempo. Un edema marcadamente espeso y doloroso se extiende debajo de la región xifoidea y a menudo precede a la ruptura del tendón prepúbico. Después que la ruptura ha ocurrido la yegua tendrá un caminar rígido y cauteloso y rehusará echarse. La yegua a menudo asumirá una posición de caballete con una elevación de la cola y la tuberosidad isquiática porque la pelvis está imposibilitada de mantener una relación normal con la espina vertebral. Las ubres y pezones están estirados hacia craneal. Signos de lordosis están presentes.

Si la ruptura ocurre súbitamente, se acompaña la inflamación por intenso dolor y cólico, respiración incrementada, pulso rápido y débil, sudoración, hemorragia y shock que a menudo progresa a la muerte de la madre y el feto.

El cuadro involucra ruptura del abdominal transverso y músculo oblicuo, músculo recto abdominal y tendón prepúbico. En general se cree que los defectos musculares son más comunes y generalmente unilaterales. Hay edema bilateral, pero la inflamación tiende a ser asimétrica. Aunque la inflamación unilateral es más indicativa de daño en la pared ventrolateral del cuerpo, puede ser asociado con la ruptura parcial del tendón prepúbico. El tendón prepúbico se fija al borde craneal del pubis y si se rompe, la pelvis se inclina hacia delante y se presentará un cuadro de lordosis. La glándula mamaria tiende a desplazarse a craneal y ventral debido a la pérdida de la fijación caudal de la pelvis. Aunque la temperatura corporal sea normal el dolor extremo causa taquicardia y taquipnea. Una placa ventral edematosa es común al final de la preñez. La palpación rectal del defecto es casi imposible debido al avanzado estado de gravidez. Las yeguas tienden a ser muy sensibles y se resisten a la palpación del área. Algunos autores manifiestan que la secreción de las glándulas mamarias es invariablemente sangrienta. El examen US de la parte posterior del abdomen ventral es a menudo útil y se ha confirmado la presencia de intestino en algunos casos. Mientras el edema y la hemorragia causan alguna separación de los planos musculares, un sitio definido de ruptura puede no ser fácilmente identificable. Mientras una ruptura no ha sido confirmada la yegua debe ser confinada a un box.

Manejo:

La reparación del proceso agudo no es posible. Se debe confinar a la yegua a un establo donde debe estar el mayor tiempo parada, evitando darle alimentos voluminosos. Se deben agregar elementos laxantes suaves, que ayudaran a reducir el grado de esfuerzo abdominal durante la defecación. La yegua debería ser ajustada con un ancho soporte al techo. La faja debe controlarse a fin de evitar un exceso de compresión y necrosis por presión. Debido a que las contracciones uterinas en el momento del parto no son efectivas, se debería proceder a inducir el mismo. Obviamente no corresponde someter a la yegua a otra preñez. Y si el proceso de gestación todavía llevará su tiempo, es aconsejable poner fin a la misma. Se pueden usar analgésicos no corticosteroídes. Si el animal tiene un potencial genético importante, una alternativa de su futuro reproductivo es su uso como dadora de embriones en transferencia embrionaria.