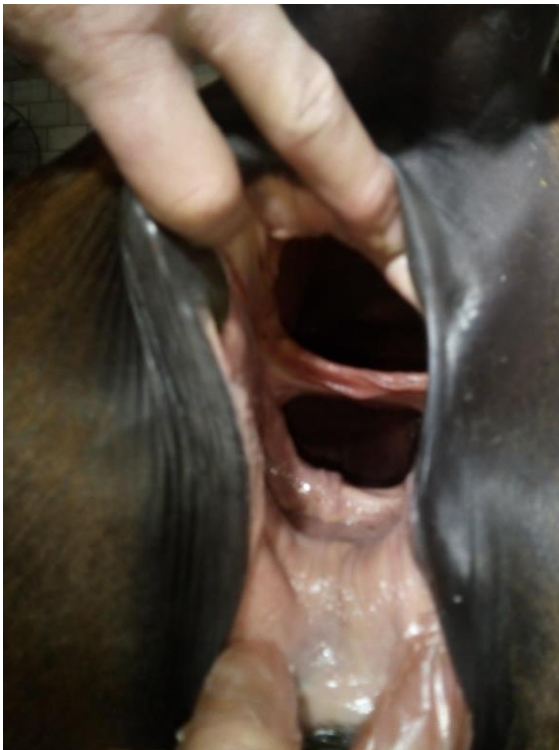


Autores:

Ferreri, M.A.; Sosa, A.; Schiaffi, I.D.;
Costantini, B.N.; Pécoro, D.L.; Holeywell,
L.G.; Portillo Olivera, B.S.; Schiaffi, A.L.;
Fiorentini, J.O.

Cátedra de Cirugía II



Cloaca y fístula recto-vaginal.



FACULTAD DE
CIENCIAS VETERINARIAS
UNR

Índice:

Introducción	3
Definición.....	3
Causas frecuentes.....	3
Indicaciones.....	3
Anatomía topográfica.....	4
Indicaciones prequirúrgicas	4
Instrumental quirúrgico necesario.....	4
Material quirúrgico necesario.....	4
Técnica operatoria.....	5
Posición del animal.....	5
Preparación del paciente	5
Anestesia	5
1er. Tiempo	5
2do. Tiempo.....	6
3er. Tiempo	7
Complicaciones esperables.....	8
Tratamiento posoperatorio.....	9
Pronóstico.....	9
Bibliografía.....	9

Cloaca recto-vaginal y fístula recto-vaginal

Introducción.

Tanto la *fístula recto-vaginal* como la *cloaca recto-vaginal* hacen referencia a 2 tipos de *laceraciones vaginales* que difieren entre sí, de acuerdo a la cantidad y tipo de tejidos involucrados. Para poder caracterizarlas, debemos tener en cuenta que, las laceraciones vaginales, se clasifican en 3 grados:

- 1º grado: involucra la mucosa del vestíbulo vaginal y la piel de la comisura dorsal de la vulva. En este caso, se utilizan ungüentos con antibióticos y se puede realizar la vulvoplastia de Caslick.
- 2º grado: involucra la mucosa y submucosa del vestíbulo vaginal, la piel de la comisura dorsal de la vulva y el músculo del cuerpo perineal incluyendo el músculo constrictor de la vulva. En este caso, se recomienda la sutura.
- 3º grado: involucra todo el espesor del techo del vestíbulo vaginal y del piso del recto, los músculos del cuerpo perineal, el tabique perineal y el esfínter anal. En este caso, se recomienda la síntesis que se describe más abajo en este texto.

Definición.

- *Fístula rectovaginal*: es una laceración vaginal de 2do grado, en la que se establece una comunicación entre el canal vaginal y la luz rectal, sin desgarrar del periné.
- *Cloaca rectovaginal*: es una laceración vaginal de 3er. grado, en la que se establece una comunicación entre el canal vaginal y la luz rectal con desgarrar completo del periné.

Causas más frecuentes.

En yeguas, generalmente ocurre durante el parto, cuando el potrillo adopta una posición dorso-púbica, de esta manera, los cascotes del potrillo, al momento de atravesar el canal de parto, se dirigen hacia el techo de la vagina, lo que puede ocasionar una laceración de tercer grado; también es frecuente que se produzca en yeguas primíparas, con el potrillo con una posición normal (dorso-sacra), en este caso, los miembros "se enganchan" en el pliegue transversal dorsal de la unión vestíbulo vaginal y la madre, al continuar con los pujos, provoca que los miembros atraviesen el dorso del vestíbulo y se dirijan hacia el recto. Otra de las causas en equinos puede ser iatrogénica, luego de la incorrecta realización de una episiotomía que favorece su ocurrencia.

En vacas, este tipo de lesión, también ocurre de forma natural por traumas obstétricos, como mala posición del ternero y/o tamaño anormal de éste en relación con la madre, pero muchas veces se produce de forma iatrogénica, por parte de operarios o veterinarios, que utilizan fuerzas excesivas para generar la salida de terneros con dificultades para atravesar el canal de parto y terminan produciendo la laceración vaginal.

Indicaciones.

Esta cirugía está indicada en el caso que ocurra una laceración rectovaginal de 3º grado. Para realizar la reparación perineal y rectovulvar deben transcurrir por lo menos 3 a 6 semanas, ya que el edema, la inflamación y la necrosis de los tejidos desvitalizados

predisponen a una falla en la reparación quirúrgica. En el único caso que está indicado hacer la reparación sin esperar el tiempo sugerido es si ésta se realiza inmediatamente después de producida la herida, ya que todavía no están presentes los signos de la inflamación que predisponen al fracaso quirúrgico. Esto último, generalmente no ocurre, ya que es común que se encuentre al animal con la herida cuando ya pasó algún tiempo de producida o no está presente el veterinario cuando ésta se produce.

Lo primero que se debe hacer ante una cloaca rectovaginal es administrar el toxoide de tétano, antibióticos y antiinflamatorios no esteroides e higienizar toda la zona. Luego se debe mantener la higiene diaria de la herida hasta su cicatrización natural, especialmente durante la primera semana, y controlarla periódicamente hasta la cirugía.

Anatomía topográfica.

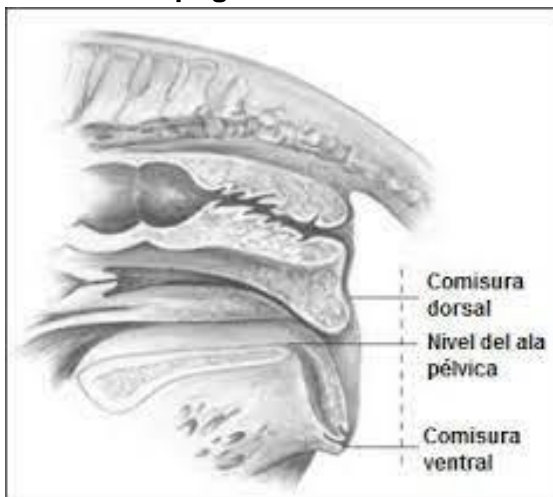


Imagen del sitio web www.ridaa.unicen.edu.ar

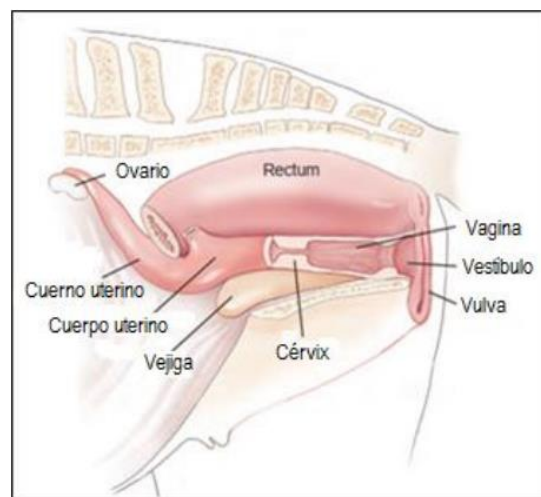


Imagen del sitio web www.ridaa.unicen.edu.ar

Indicaciones prequirúrgicas.

La paciente debe estar en ayuno de 24 hs. previo a la cirugía, para reducir el volumen de heces durante la cirugía y el postquirúrgico inmediato.

Deben realizarse cuidados e higiene periódicos la herida.

Administrar antibióticos dentro de las 24hs previas a la cirugía.

Instrumental quirúrgico necesario.

Separadores de Balfour.

Pinza porta-agujas.

Pinza James Barret Brown.

Tijera de Metzembraum.

Bisturí.

Material quirúrgico necesario.

Como material de sutura se puede utilizar un material sintético, no absorbible y fuerte, montado en una aguja uterina de medio círculo de Martin (tener en cuenta que, al ser un material no absorbible, hay que retirarlo a los 15 días); o se puede utilizar un material de sutura absorbible, monofilamento, N°1 o N°2, que mantenga resistencia por, al menos, 10-14 días.

Para la síntesis del periné se puede utilizar catgut (en vaca), ácido poliglicólico o polipropileno 0 o 00. El ácido poliglicólico es el más recomendado actualmente en ambas especies.

Técnica operatoria:

Posición del animal: El animal debe permanecer en estación, quieto y tranquilo, con la cola levantada, sujeta y vendada para evitar que los pelos de la misma molesten al cirujano y/o contaminen el campo quirúrgico.

Preparación del paciente: Se extrae la mayor cantidad de materia fecal posible del recto. Luego se lava el periné, el vestíbulo y el recto con una solución antiséptica y se colocan torundas en el recto para evitar que el animal defeca durante el procedimiento quirúrgico. Posteriormente, se procede a la colocación de separadores de Balfour para lograr una buena retracción de los labios vulvares (superficiales) como de los tejidos rectales y vestibulares (profundos); como alternativa se pueden realizar puntos de tracción con material grueso no absorbible en los labios y tejido perineal.

Anestesia: Como se mencionó anteriormente, el animal debe permanecer en estación, por lo que se va a realizar una analgesia epidural caudal, la cual se realiza en la articulación sacrococcígea o primera articulación intercoccígea, teniendo la precaución de realizar el bloqueo posterior únicamente, ya que ésta técnica no afecta la estabilidad del tren posterior. Luego, en cada colgajo se realiza analgesia infiltrativa con lidocaína al 2% sobre los bordes de la herida. Esta droga además de producir la anestesia local, es irritante, por lo que engrosa los bordes y facilita la maniobra quirúrgica.

1er. tiempo: *Avivamiento de bordes y formación de colgajos.*

Con la cloaca limpia, libre de detritus, y luego de efectuada la antisepsia de la zona, se comienza a disecar las mucosas del recto y vestíbulo, profundizando unos 2,5 - 5 cm., combinando la disección roma y aguda, creando 2 colgajos en dicho tabique (uno dorsal y uno ventral), comenzando desde la porción del tabique que se encuentra en craneal y continuando caudalmente, a lo largo del remanente de tabique que se encuentra en los laterales, a ambos lados, hasta la piel del periné. Al llegar a este punto, la incisión se continúa hacia dorsal y ventral por la unión entre las mucosas del ano y vagina con la piel, por 1 y 2 cm. respectivamente. Esto último, se realiza con el objetivo de darle cierta movilidad a los colgajos, favoreciendo el manejo de los mismos al momento de su síntesis.

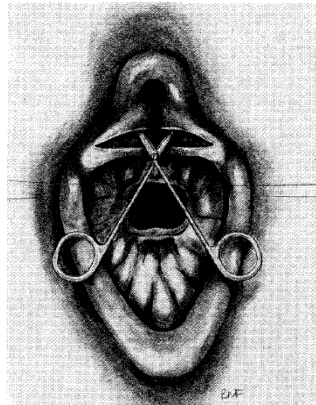
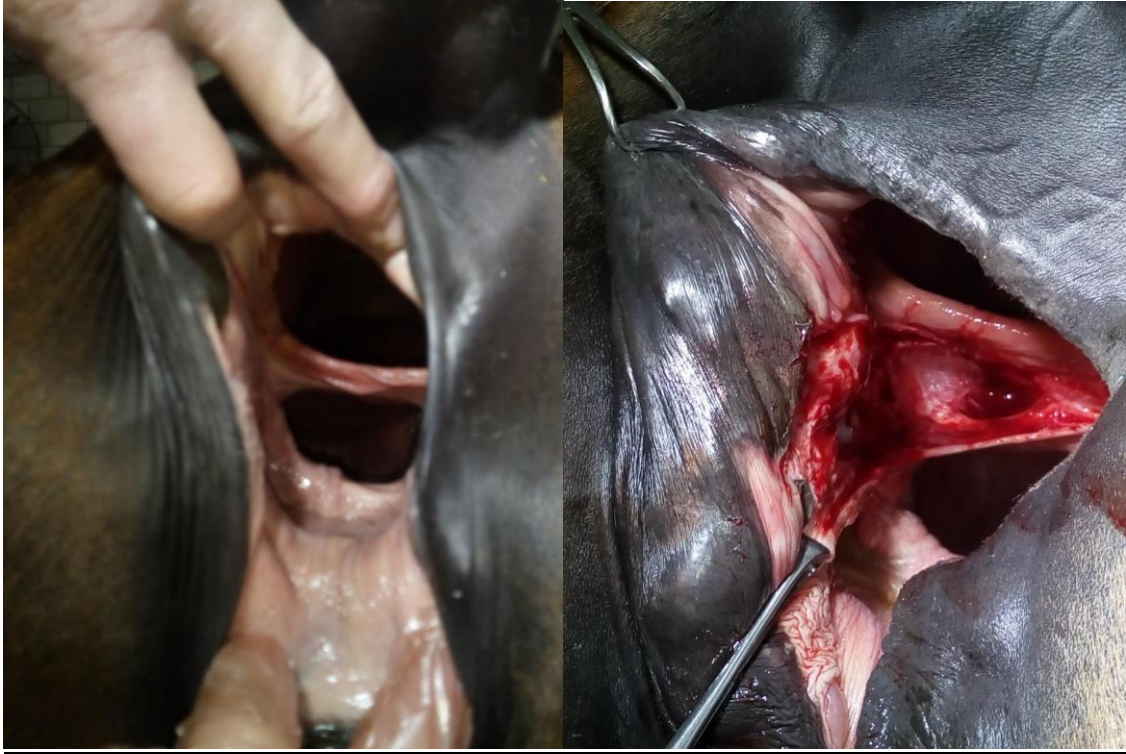


Figura 79. Disección para crear los colgajos que se van a utilizar para re-construir el tabique entre el vestíbulo y el recto.

Imagen del libro "Medicina y cirugía equina". Volumen II. Patrick Colahan.



Imágenes de cirugía realizada por el M.V. Damián Duclós.

2do tiempo: *Síntesis de la herida mediante la técnica de las 6 pasadas.*

1. Se comienza realizando la primera puntada en el colgajo vaginal izquierdo, a 3 cm. del borde de la herida, desde la mucosa vaginal y hacia dorsal, hasta llegar al espacio entre el colgajo vestibular y el colgajo rectal.
2. Luego, se realiza la segunda puntada en el colgajo rectal izquierdo, ingresando de ventral hacia dorsal a 3 cm. del borde, teniendo la precaución de involucrar la submucosa, pero sin penetrar la mucosa rectal y saliendo del mismo lado que se ingresó, pero a 2 cm. de la herida.
3. En la tercer puntada, se ingresa a 2 cm. del borde en el colgajo rectal derecho y saliendo del mismo lado que se ingresó, pero a 3 cm. del borde. En esta puntada, al igual que en la segunda, debemos tener la precaución de involucrar la submucosa, pero sin penetrar la mucosa rectal.
4. La cuarta puntada se realiza a través del colgajo vaginal derecho, de dorsal a ventral, a 3 cm. del borde saliendo hacia el vestíbulo vaginal.
5. En la quinta puntada se vuelve a ingresar desde vestíbulo vaginal derecho, esta vez a 2 cm. del borde, atravesando el colgajo vaginal completamente, de ventral a dorsal.
6. La sexta puntada se realiza penetrando el colgajo vaginal izquierdo en dirección dorso-ventral a 2 cm. del borde y saliendo en el vestíbulo vaginal.

Cada punto se deja diferido y luego de realizar 3 puntos, se ciñe y se anuda el primero, quedando el nudo en lateral de la herida en el vestíbulo vaginal. Se realiza esta maniobra con los demás puntos. Tener en cuenta que estos puntos no se deberían palpar en la mucosa rectal.

Los puntos se realizan de craneal a caudal a 1-1,5 cm. de distancia entre sí, y una vez culminada la síntesis, la mucosa rectal queda ligeramente evaginada y la mucosa vaginal invaginada.

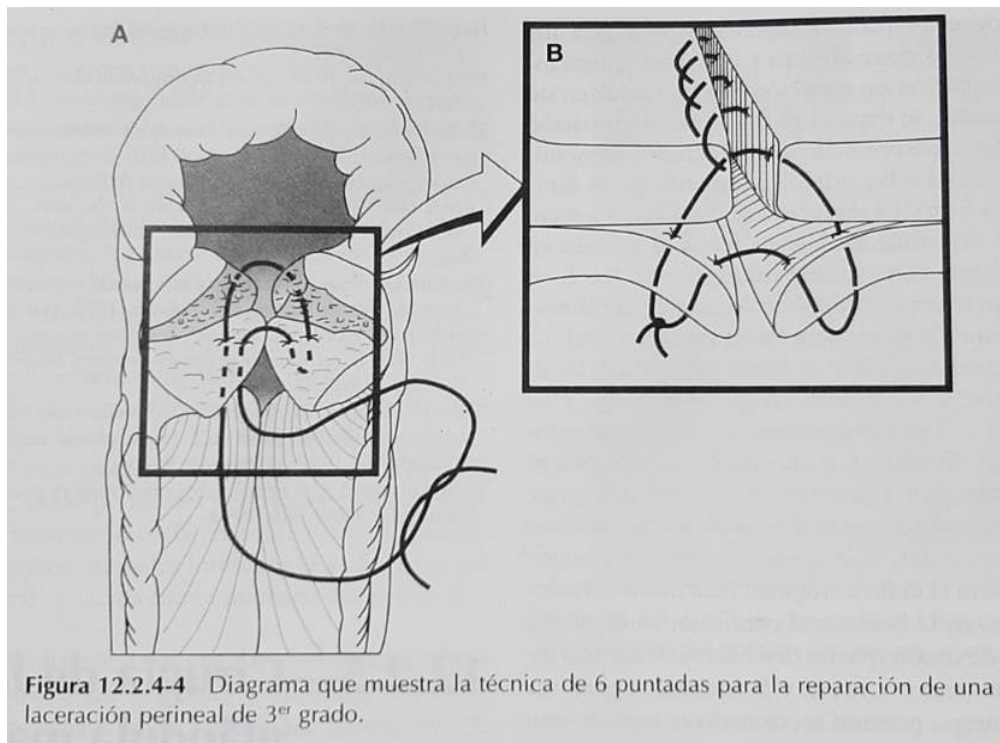


Imagen del libro "Cirugía en animales de granja". Susan L. Fubini y Norm G. Ducharme.

3er. tiempo: Síntesis del periné.

Una vez realizada la síntesis del tabique recto vaginal, se procede a resolver el desgarro perineal. Este procedimiento se puede realizar en la misma cirugía o en una segunda etapa, luego de 14/30 días. Las ventajas de realizarla en el mismo momento son que se realiza una sola cirugía, con una sola anestesia y que el animal requiere menos tiempo de hospitalización y menos tiempo de cuidados pre y post operatorios. En cambio, si se realiza en dos momentos diferentes, la ventaja es que, al no estar cerrado el periné, el orificio anal posee una apertura mayor, por lo que hay menos posibilidad de que haya impactación fecal, lo que conduce a que la yegua realice menor esfuerzo para defecar y ayuda a disminuir la probabilidad de dehiscencia de la herida.

Cualquiera sea la opción que se adopte, la síntesis del periné se realiza con puntos discontinuos, en U vertical (o de Donati), tantos como sean necesarios para afrontar los bordes perineales desde la base del ano hasta la comisura dorsal de la vulva. Previamente, deben reavivarse los bordes de la herida, esto se realiza resecaando un triángulo de mucosa y submucosa de ambos lados del defecto seccionando de forma aguda y divulsionando cuidadosamente con tijera de Metzembraum; la base del triángulo debe localizarse en la zona dorsal de la herida, en la unión mucocutánea del cuerpo perineal con el ano, y su vértice en la comisura dorsal de la vagina. Si el desgarro es asimétrico, requerirá de la creatividad del cirujano para diseñar los colgajos y determinar cómo afrontar los tejidos.

De ser necesario, puede realizarse también una sutura de Caslick en la porción dorsal de la vulva.

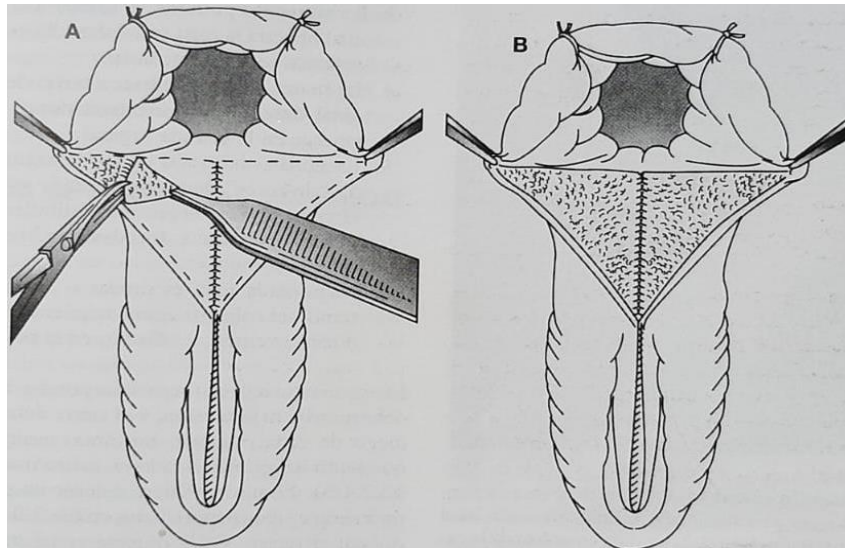
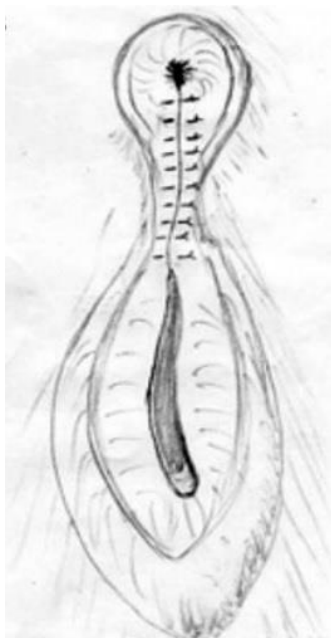


Figura 12.2.4-2 Diagrama sobre la reparación de una laceración perineal de 2º grado. Los colgajos triangulares de mucosa y submucosa son resecados para reconstruir el cuerpo perineal.

Imagen del libro "Cirugía en animales de granja" de Susan L. Fubini y Norm G. Ducharme.



Mosbah, 2012.



Cirugía realizada por el M.V. Damián Duclós.

Complicaciones esperables.

Contaminación e infección de la herida.

Dehiscencia de la herida.

Dificultad y/o dolor al defecar que pueden conducir al estreñimiento.

Neumovagina (se previene realizando cirugía de Caslick).

Tratamiento postoperatorio.

La materia fecal tiene que reducirse en cuanto al volumen y mantenerse con una consistencia blanda para facilitar el pasaje a través de la zona quirúrgica. Si esto no se respeta, la presión de la defecación y el consecuente dolor, conducirán al desarrollo de impactación fecal y dehiscencia de la línea de sutura. Esto se logra a través de una alimentación con pastos verdes, pellets, tantron, laxantes (como vaselina), sulfato de Mg en el alimento o administrado con sonda nasogástrica y salvado humedecido.

Controlar la defecación (dificultad y consistencia), la presencia de sangrado y la aparición de neumovagina o cualquier otra complicación.

Mantener los cuidados e higiene de la herida hasta su cicatrización.

Utilizar Aines para aliviar el dolor y antibióticos para evitar la infección.

Pronóstico.

Bueno. Una vez corregido el defecto la mayoría de las yeguas se libran, espontáneamente, de la contaminación fecal del útero.

Bibliografía

- Fubini, Susan L.; Dcuharme, Norm G. (2005). *Cirugía en animales de granja/Susan L.* 1ra. edición. Editorial Intermédica.
- Colaham, Patrick T. (1998). *Medicina y cirugía equina.* 4ta. edición. Editorial Intermédica.
- Souladier, María Angelet; Alonso, Raúl; Moscuzza, Carlos Hernán (2018). *“Laceraciones perineales en yeguas madres vinculadas al parto”*. Tesina de la Orientación en Producción Animal. Universidad Nacional del centro de la Provincia de Buenos Aires, Tandil, Buenos Aires, Argentina.
- Menéndez, Juan Alfredo; Schang, Santiago; Moscuzza, Hernán (2019). *“Resolución de prolapso uterino en hembra bovina adulta”*. Disertación doctoral no publicada. Universidad Nacional del centro de la Provincia de Buenos Aires, Tandil, Buenos Aires, Argentina.