

Placenta previa en la vaca

Por el Profesor J. A. REVEREND P.

Por varias veces he tenido la oportunidad de atender casos de vacas, cuyos propietarios me han solicitado el servicio de que les extraiga las placas. De aquellos animales se me ha informado que «han parido pero que el ternero no ha aparecido por parte alguna». Casi siempre los dueños han creído que le «hurtaron el animalito» o que la recién parida «se lo ha comido».

Por los anamnésicos de gestación, los animales están a término. No me han podido informar con exactitud si en las gestantes ha habido o no hemorragias genitales. En todas las parturientas he encontrado que de sus vulvas cuelgan gran parte de las membranas fetales, las cuales unas veces se muestran sin alteración alguna; otras en cambio están en franco estado de descomposición. Algunas vacas no dan signos clínicos de alteración o mengua en su estado general; pero hay casos en que existe hiper o hipotermia; en que la frecuencia minuto del pulso llega a 120 o a más; y en que las respiraciones están casi triplicadas. He tenido parturientas que hacen esfuerzos de expulsión uterina y se quejan. Pero también he asistido animales que aunque el alantocorion en descomposición les bambolea en los labios vulvares, permanecen tranquilas y hasta comiendo.

Con sorpresa, el tacto vagino-uterino no me ha puesto en evidencia de que a pesar de que gran parte de la placenta está en el exterior, el feto aún no ha salido de la madre.

Es claro que desde que el feto, llegado el momento del parto, no pueda ser expulsado por su madre, hay dis-tocia. En efecto, en los casos que vengo relatando, en que primero ha salido la placenta que el feto, siempre he constatado que éste está muerto, que es víctima de posiciones y actitudes anómalas y que en veces hasta su presentación no es la fisiológica o anterior.

Con frecuencia, las criaturas alcanzan a encajarse en el canal pelviano de las parturientas. Entonces el diag-

nóstico de que la placenta ha sido partida primero que el feto, es fácil, pues que el tacto vaginal lo revela. Pero también existen casos en que el hijo ni siquiera logra franquear el óseo estrecho anterior del bocinete materno. En estos casos puede haber dificultad en comprobar la anomalía de que me ocupo, sobre todo si el brazo del operador es muy corto, o si el cuello del útero de la parturienta empieza a cerrarse, como me sucedió en una ocasión. Cuando la placenta sale primero que el feto y éste se encuentre muy por delante del estrecho anterior de la pelvis maternal, siempre he hallado un signo constante: que aunque ya las

envolturas fetales hayan entrado en descomposición, están tan adheridas al útero que casi es nada lo que se consigue al tratar de desprenderlas, mediante tracciones o de las manipulaciones que hay que verificar a nivel de los cotiledones uterinos. Este hecho debe de hacer entrar en sospecha al obstetra de que el feto no ha sido parido; y para comprobarlo, será menester que se haga uso de una cuidadosa exploración rectal en las pacientes, ojalá verificando previamente en éstas una anestesia epidural de corta duración que permita las manipulaciones sin esfuerzo para el operador y sin dolor para aquéllas.

Como cuando se llama al tocólogo, ya la placenta se encuentra por fuera de la vulva de la parturienta, no podría asegurar sin temor a equivocarme, si el caso de la vaca de que me he venido ocupando en este artículo, guarda similitud exacta con lo que en obstetricia humana corresponde a la entidad clínica conocida con el nombre de «**placenta previa**». En la mujer el control mensual periódico de la gestación, los exámenes y tactos vaginales durante el parto, y las hemorragias que preceden a éste, ponen al obstetra humano en la evidencia de que la placenta, de no intervenir urgentemente, saldría primero que las criaturas, con lo que ellas peligrarían, si se tiene en cuenta que por aquélla es por donde éstas reciben sus materiales indispensables para la vida.

El doctor Florentino De la Cruz, insigne tocólogo humano a quien he consultado, me informa que: en la mujer no es menester que el feto tenga posiciones o actitudes viciosas; que cuán puede la criatura venir bien; que cuando la placenta previa es «margi-

nal» y el feto está bien colocado, el parto se resuelve rompiendo apresuradamente la bolsa de las aguas. Pero que cuando la placenta previa es «total» lo que se hace, para resolver el parto, es la cesárea. En veterinaria, si se lleva control de gestación, si al obstetra siquiera se llamara para atender el parto, es posible que también se pudiera llegar, mediante exámenes y tactos vaginales concienzudos de la parturienta, a un diagnóstico exacto y precoz de «**Placenta Previa**». Es posible que en la vaca se encuentren también los signos que presenta la mujer; pero es difícil comprobarlo porque en la obstetricia animal al partero sólo se le llama para que resuelva las distocias.

El hecho de que los casos que he visto de **placenta previa** en la vaca siempre hayan coexistido con posiciones y actitudes anómalas serísimas de los fetos, en que las embriotomías no dan garantías, me permite sugerir que el tratamiento de esta entidad de nuestra clínica obstétrica debe de ser la cesárea. En efecto, con las intervenciones acertadas de los cirujanos colegas doctores Carlos A. Rojas Maldonado y Rafael Mora G., hemos salvado en la Facultad de Medicina Veterinaria y de Zootecnia de Bogotá dos (2) vacas que hicieron placenta previa, y cuyos fetos adoptaron una posición y actitud gravemente irregulares, y en las cuales las embriotomías, por la dificultad para realizarlas, hacían presumir un fracaso.

En estos casos, la cesárea deberá verificarse estando la vaca bajo los efectos de una leve narcosis general con hidrato de cloral por vía oral; combinada con anestesia epidural (novo-caína al 2%) fuerte.

El profesional médico veterinario, siempre deberá recordar, y así lo debe hacer saber al ganadero, que para que la operación cesárea tenga éxito, es condición indispensable el que la paciente no haya sido objeto de previos manipuleos de extracción del feto, por ínfimos que ellos sean. Pues tales intervenciones, además de que no resuelven el parto, sino que lo agravan más, sólo consiguen agotar las fuerzas y, por lo mismo, bajar el tenor de defensas orgánicas de las parturientas, y por lo general, producir en estas lesiones genitales de alguna consideración, así como graves alteraciones postmortem de los cadá-

veres fetales que ponen en peligro la estricta asepsia necesaria en toda histerectomía.

El post-operatorio de la cesárea, requiere intenso tratamiento bacteriostático y antibiótico a base de sulfas inyectables, penicilina y estreptomicina; dieta por unos dos (2) días; desinfección esmerada de la herida; ejercicio moderado; y cuando se suspenda la dieta, raciones no voluminosas, ojalá de concentrados en forma de harinas mojadas. Se deben aplicar tónicos generales y controlar mañana y tarde la temperatura de las operadas, ojalá durante una semana.