

# OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA BOVINA: IX. DEFINICIÓN Y CAUSAS DE DISTOCIAS

**Autor/es:** Bruno Rutter

Para la fácil comprensión de las distintas distocias o dificultades que puede encontrar el feto para salir del claustro materno, es imprescindible definir los conceptos presentación, posición y actitud.

Las causas de los partos distócicos son debidas, en parte, en el excesivo desarrollo del feto en relación con una pelvis materna normal (feto de tamaño absolutamente grande) o un anillo pelviano materno excesivamente estrecho (pelvis juvenil, reducción de la cavidad pelviana a causa de la formación de estructuras anormales dentro de la misma (callos tras fracturas).

Pero cuando se presenta una distocia con un tamaño del feto es normal y el canal del parto aceptable, muchas veces es imposible dilucidar su causa. Ocurre esto especialmente cuando se trata de aquellas causas que podríamos englobar bajo la denominación internas y cuyo origen no siempre puede determinarse. Tales son: rotura prematura de bolsas fetales, que puede atribuirse a contracciones demasiado violentas durante la dilatación del cuello uterino o a membranas fetales demasiado delgadas. Se observa una estrechez anormal en las vías blandas del parto, que radica con preferencia en la cervix (insuficiente dilatación de la misma); a menudo también en vaquillonas o terneras en vagina y vulva.

Un grupo especial, dentro de las causas internas, pero de muy baja frecuencia, lo constituyen las monstruosidades fetales y los cambios patológicos de forma, en la mayoría de los casos identificables por exploración interna como: la hidropesía fetal, la condro distrofia fetal, el esquistosomo reflejo, y las anquilosis articulares. Pero muchas veces no se descubren los indicios que revelan la existencia de una monstruosidad o una deformación hasta que se lleva mediada la intervención; como el caso de hidrocefalo en presentación posterior; en presentaciones trasversales de abdomen, asociadas a malformaciones congénitas de las extremidades, del raquis y de la cabeza.

Mucho más a menudo las distocias se deben a causas externas que tienen como consecuencia una dilatación insuficiente de las partes blandas del canal obstétrico o que determinan presentaciones posiciones o actitudes defectuosas del feto. Pueden enumerarse: ruptura prematura de las membranas involuntaria o voluntariamente por

personas no capacitadas; intentos prematuros de extracción hechos pero persona inexperta, antes de que el feto haya podido terminar la rotación y su extensión, y las tentativas de rectificación sin un método y sin instrumentos adecuados.

Se trata, pues en estos casos, de una insuficiente dilatación de las partes blandas de la vía del parto, producida por trastornos del proceso impulsor y dilatador.

La insuficiente dilatación del canal obstétrico también puede ser consecuencia de no atención de la madre, en partos retrasados, con pérdida de los líquidos que debido a la sequedad del conducto blando y de las partes fetales, impide el desplazamiento del feto a través del canal del parto.

## **DISTOCIAS FETALES MALFORMACIONES CONGÉNITAS:**

Son numerosas y variadas las anomalías congénitas, aún cuando tienen una relativa importancia dentro de las prácticas obstétricas; solo desde el punto de vista de la dimensión del feto y la desviación de la forma o de las actitudes que causan un obstáculo para el pasaje del mismo por el canal del parto. Son en general de muy baja frecuencia.

### ***Malformaciones de cuerpo***

Malformaciones como la polimelia, que puede hacer pensar durante la exploración en una gestación doble; pero que en general no es distócica; si hay otras que tienen importancia por ser causal de distocias.

Las más frecuentes son: hidrocefalia; anasarca; ascitis; schistosoma reflexus; y perosomus elumbus.

#### ***Hidrocéfalo:***

Se caracteriza por acumulación de una cantidad anormal y variable de líquido en los ventrículos cerebrales. Debido a la presión interna, los huesos del cráneo se separan entre ellos y su desarrollo es hipotrófico.

#### ***Diagnóstico:***

Su diagnóstico es fácil en presentación anterior, posición dorsal, actitud extendida. La mano del operador palpa un aumento de tamaño del cráneo, fluctuante, en correspondencia a regiones cutáneas con tejido óseo en su base.

Hay que hacer un diagnóstico diferencial con encefalocele, donde el volumen del cráneo es normal, así como su estructura ósea; solo presenta una extro-flexión de la piel más o menos grande en forma de vejiga, cuyo contenido puede eliminarse con una simple incisión.

El diagnóstico de hidrocéfalo es difícil, cuando por causa del exagerado tamaño de la cabeza, esta no puede ingresar dentro del canal blando y el feto adquiere una estática anormal, en general con flexión lateral de cabeza. Más complicado es el diagnóstico cuando el feto está en presentación posterior, allí solo se llega al diagnóstico luego de la extracción fetal.

#### ***Tratamiento:***

Solo en casos de hidrocéfalo de tamaños limitados se puede practicar la extracción fetal por vía vaginal. En situaciones más complicadas es necesario efectuar una fetotomía parcial o cesárea.

#### ***Hidropesía general, anasarca:***

La hidropesía general de los envoltorios, causa disturbios circulatorios y un aumento considerable del tamaño fetal. En la mayor parte de los casos, la piel y el tejido conjuntivo subcutáneo están totalmente infiltrados de serosidad, y esto hace que el feto se presente como una masa informe, pastosa, de la cuál las extremidades sobresalen asemejando

pequeños muñones, la cabeza relativamente pequeña, tumefacta, en modo que orejas y ojos aparecen como escondidos, dentro de esta masa deforme. Siempre el feto se lo encuentra muerto.

**Diagnóstico:**

Al examen obstétrico se palpa una superficie muy lisa de consistencia blanda pastosa; se puede identificar los miembros pequeños en relación con el cuerpo, también tumefactos y la cabeza pequeña.

**Tratamiento:**

Según la edad de gestación y el tamaño fetal, la extracción puede ser fácil o difícil; en cuyo caso se indica la fetotomía parcial o la cesárea.

**Ascitis:**

En esta afección se encuentra dentro de la cavidad abdominal y a veces también en la torácica, gran cantidad de líquido seroso, con una variación grande de volumen.

Contrariamente a lo que sucede con anasarca, los fetos con ascitis llegan vivos a término; pero debido a la prolongación del período de expulsión (sin atención profesional); mueren encajados con el tórax fuera de la rima vulvar.

**Diagnóstico:**

No hay indicios durante el parto que el ternero sufra esta patología, la madre presenta signos normales de parto, el feto se ubica como en un parto eutócico, pero no es posible ningún progreso del mismo. Al prolongarse el parto es necesario la intervención; y un examen minucioso de las vías del parto, se detecta que el desarrollo del feto es normal pero no progresa, no debería haber impedimento en presentación anterior, solo se piensa en problemas de cadera fetal desarrollada, recién con palpación cuidadosa del abdomen fetal se puede encontrar la causa de la distocia; fluctuación y aumento desproporcionado de volumen abdominal (forma de sapo) .

En la presentación posterior el diagnóstico es más fácil; se palpa un abdomen abultado con fluctuación.

**Tratamiento:**

Para su extracción es necesario incidir la pared abdominal, sale el líquido ascítico y disminuye el volumen abdominal. Siempre hay que sacrificar el ternero antes de esa maniobra.

**Schistosoma reflexus:**

Tiene cierta frecuencia en bovinos; se puede presentar como un feto con una fisura longitudinal en la cavidad torácica y abdominal, desde la entrada del pecho hasta la pelvis fetal; lordosis acentuada sobre todo en la zona lumbar, plegamiento de la pared lateral del tórax y abdomen; exteriorización de las serosas torácica y abdominal, en modo que las vísceras se encuentran libres; cabeza y miembros en varias direcciones, más o menos cubiertos por piel. (Fig. N° 27)

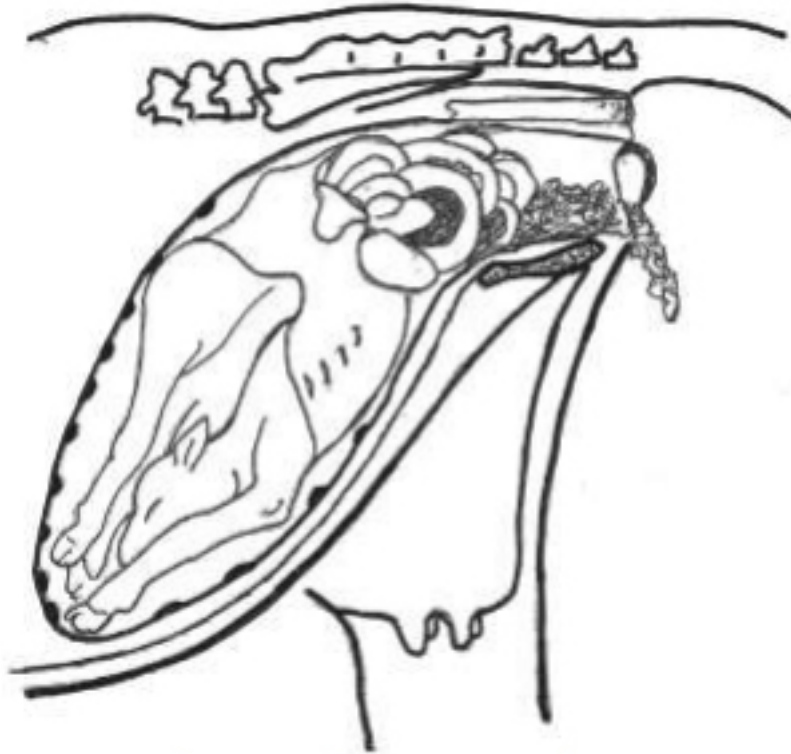


Fig. 27: *Schistosoma reflexus*.

**Diagnóstico:**

En una presentación ventral en las vías del parto se encuentra el intestino fetal (grosor de 1,0 a 1,5 cm) que puede sobresalir por la rima vulvar; en la presentación dorsal se palpan miembros encajados dentro del canal, pero los movimientos articulares de los mismos son limitados.

Tratamiento:

No intentar extracción por tracción forzada. Solo mediante fetotomía o cesárea.

***Perosomus elumbus*:**

Es una malformación caracterizada por la ausencia de vertebras lumbares, sacras y coxígeas; substituidas por un cordón conjuntival. La parte anterior del feto es hiperplásica y la posterior es hipoplásica; los miembros se encuentran encorvados y rígidos. Siempre es causa de distocia. Se conoce también como síndrome caudo-rectourogenital. (Fig.N°28)

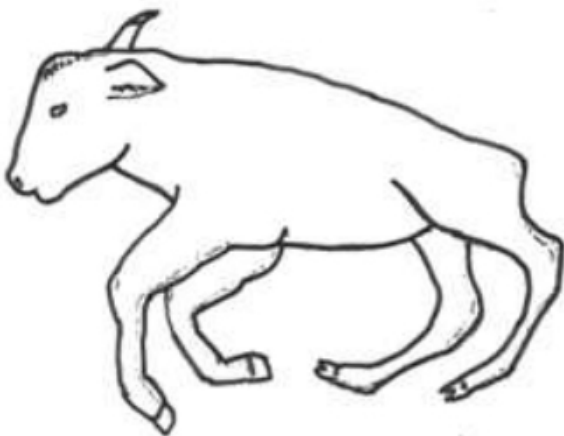


Fig. N°28: *Perosomus elumbus*

**Diagnóstico:**

En los casos de presentación anterior el diagnóstico se basa en la rigidez de las articulaciones de los miembros (anquilosis).

En la presentación posterior, además de constatar la anquilosis de los miembros y la hipoplasia de cadera. Se presenta una estática defectuosa (flexión bilateral de articulaciones coxofemorales, anquilosadas).

La presentación puede ser: dorsal, ventral o transversa.

**Tratamiento:**

No intentar extracción por tracción forzada. Solo mediante fetotomía o cesárea.

**FETOS MUERTOS****Feto muerto recientemente:**

El parto de un feto muerto de tamaño relativamente limitado, en general es fácil. En cambio la expulsión de un feto excesivamente grande y muerto con respecto a un vivo, es muy difícil para la madre.

El feto muerto se adapta menos durante la progresión del parto, a las condiciones de las vías blandas y con frecuencia se encaja en la pelvis con su presentación, posición y actitud que tenía, sin progresar. Es necesario considerar, que la muerte induce al feto con el tiempo rigidez cadavérica mayor o menor, lo cual rinde más difícil la corrección de su estática.

**Diagnóstico:**

Buscar los signos de vitalidad fetal; si no responde a estos estímulos, y presenta caída de pelo, inicio de putrefacción, retracción de los ojos dentro de la orbitas, disminución de la presión intraocular, se da el feto por muerto. Con frecuencia se encuentra falta de líquidos fetales que lubrican feto y canal del parto.

**Tratamiento:**

En caso de intentar la extracción por vías naturales, es necesario la reposición de líquidos sucedáneos a los fetales, y la mutación de las anomalías en la estática fetal. Fetotomía o cesárea. Feto enfisematoso: Si el feto muere dentro del antro materno y hubo ingreso de gérmenes de la putrefacción a través de la cervix abierta; la alta temperatura intrauterina, favorece la descomposición y el desarrollo de gas. En el subcutáneo del feto se desarrolla gas, que invade las masas musculares, tubo gastrointestinal, cavidades y órganos. Los gases que se producen son de ácido sulfhídrico, amoníaco y ácido butírico, todos de olor nauseabundo.

En climas cálidos, se produce un inicio de enfisema alrededor de las 6 horas de muerto el feto, ya a las 24 horas se tiene un grado de putrefacción elevado.

**Diagnóstico:**

El examen obstétrico se realiza con dificultad, la madre ha presentado sintomatología de parto, y el mismo no ha progresado. Mucosa vaginal seca (sin lubricación), la mano que explora no puede avanzar; la cervix se encuentra insuficientemente dilatada; se puede encontrar el feto encajado en el canal, o el feto todavía dentro del útero. Haciendo presión con los dedos sobre la piel del feto se nota crepitación; hay desprendimiento de pelos dentro de la cavidad; si se llegan a palpar las extremidades es probable que las pezuñas del feto se desprendan, se observa la salida de pequeña cantidad de líquido de color amaromado y olor nauseabundo.

**Tratamiento:**

En primer lugar luego del diagnóstico de feto enfisematoso, hay que evaluar el estado de salud de la madre. En casos de decúbito prologado, hipotermia; es conveniente el sacrificio del animal.

Si el estado de la vaca es satisfactorio, se debe intentar la extracción fetal, con la ayuda de gran cantidad de sucedáneos de líquidos fetales, para hacer espacio y al mismo tiempo separar y lubricar el feto y paredes del canal del parto. A partir de haber logrado esto se puede intentar la extracción del feto, o ejecutar una fetotomía parcial.

## **DISTOCIAS POR CAUSAS MATERNAS**

### ***Distocias por enfermedades de la madre***

#### *Enfermedades generales:*

Las enfermedades generales de la madre comprometen algunas veces el desarrollo del parto. La verificación que una enfermedad general es la verdadera causa de la distocia, es importante para determinar el pronóstico y el tratamiento de la misma.

Las enfermedades por errores en la alimentación o en la crianza pueden llevar a en diferentes formas en el desarrollo del parto: parto prematuro, preparación inadecuada para el desarrollo del parto, dilatación insuficiente de las partes blandas, debilidad en los pujos, disturbios en la excitabilidad neuromuscular a un decúbito permanente, aumento en el riesgo de fracturas por osteopatías, debilidad, astenia, estados septicémicos o intoxicaciones.

Para el tratamiento de las distocias, cuya causa es una enfermedad general de la madre, se debe evaluar cada caso en forma individual para tomar las medidas terapéuticas adecuadas y anticiparlas a la atención misma de la distocia.

#### *Enfermedades orgánicas:*

Afecciones de órganos individuales pueden afectar el desarrollo del parto, aunque esto sucede en forma menos frecuente que las enfermedades generales: se trata sobre todo de lesiones en órganos que toman un papel activo o pasivo en el proceso del parto, y ser base de dolores intensos durante el parto mismo. Por ejemplo una peritonitis, retículo peritonitis. Por regla general son de una incidencia muy esporádica.

Ruptura del útero por aplicación de oxitocina sin un control adecuado, se produce una laceración uterina y se compromete la actividad contráctil del miometrio y el desarrollo del parto. Al mismo tiempo ponen en peligro la vida de la madre por hemorragias internas; en estos casos si se llega a diagnóstico es necesaria una intervención inmediata para salvar a la madre.

### ***Disturbios de las contracciones uterinas***

Para el desarrollo normal de parto, las contracciones uterinas deben ser suficientemente fuertes y regulares. Se iniciarán en el periodo de dilatación y finalizarán con la terminación del período de secundinación, aún cuando la frecuencia y la intensidad varían en los distintos períodos.

#### *Inercia uterina:*

Se define como inercia uterina la debilidad o ausencia de contracciones uterinas cuando en el periodo de dilatación o de expulsión las contracciones no tienen intensidad y frecuencia adecuada, siendo muy débiles y con frecuencias alteradas.

#### *Inercia uterina primaria:*

Las contracciones uterinas y los pujos abdominales desde el principio son muy débiles o ausentes. Se presenta en casos de hidro amnios o hidro alantoides, en algunos casos de estados corporales muy engrasados.

Inercia uterina secundaria:

Al inicio del parto las contracciones y los pujos son normales y luego disminuyen o desaparecen como consecuencia de complicaciones o agotamiento de la madre. Esto se produce en casos de macrosomía absoluta o relativa del feto; presentación, posición o actitudes defectuosas del feto; malformaciones fetales, o torsiones uterinas.

**Síntomas:**

El principal síntoma es la prolongación del período de dilatación o el de expulsión, en el caso de la inercia secundaria el examen obstétrico permite determinar la causa de la interrupción del desarrollo de parto, en cambio en la inercia primaria es necesario hacer un diagnóstico particular del estado general de la madre.

**Pronóstico.**

Para la madre es bueno si se llega a diagnosticar la atonía rápidamente, pero esa lentitud conlleva un peligro para el feto, que fácilmente se asfixia o muere cuando el aporte placentario es insuficiente.

**Tratamiento:**

Unas de las causas primarias más frecuentes es la hipocalcemia, que deberá tratarse urgentemente para luego tratar de extraer el feto. En los casos de inercia secundaria se deberá diagnosticar la causa de distocia y corregir la misma a la brevedad.

**Distocias causadas por el canal óseo del parto**

*Pelvis juvenil*

La utilización de servicio de 15 meses en hembras que no han desarrollado su pelvis, o que no se han tomado las medidas necesarias en cuanto a la selección de las mismas, hace que este sea un impedimento muy grande durante el parto. También una selección inadecuada de toro que no tenga antecedentes de facilidad de parto.

**Síntomas y diagnóstico.**

Las distocias por pelvis juvenil se pueden presentar en distintos grados, no obstante la completa dilatación de las partes blandas, el parto se interrumpe. Al examen vaginal, la mano advierte amplitud escasa del canal duro; por esta causa pueden producirse complicaciones como actitudes defectuosas, muerte del feto, y parto lánguidos. Para un diagnóstico acertado es necesario hacer una tracción muy moderada del feto y determinar la relación entre él y la pelvis materna

**Pronóstico y auxilio obstétrico:**

El pronóstico para la madre es favorable siempre que se intervenga rápidamente y no se llegue a condiciones de agotamiento de la misma. El pronóstico para el feto dependerá del momento de intervención y cuáles son las condiciones de estática fetal; en los casos de fetos con actitudes de flexión de cabeza y cuello, siempre se encontrará muertos. El auxilio obstétrico más adecuado es la cesárea.

**Distocias causadas por el canal blando del parto**

***Estrechez de la vulva y vestíbulo vaginal***

*Estenosis juvenil:*

Se presenta generalmente cuando las hembras bovinas son cubiertas en forma prematura o servicios indeseados en vaquillonas (robo).

### Formación de cicatrices

Debido a partos anteriores en los cuales se ha producido laceraciones en vulva, o anillo himenal con cicatrización posterior se puede presentar una insuficiente dilatación de las partes blandas, complicando el proceso natural del parto.

### **Diagnóstico y tratamiento:**

Cuando se confirma que la vulva y el vestíbulo vaginal son la real causa de distocia, el tratamiento indicado es la episiotomía uni o bilateral.

### Estenosis del canal cervical

Debido a la estructura anatómica de la cervix en el bovino, este es uno de los puntos críticos del canal blando que debe relajarse durante la fase de dilatación pasiva para luego dilatarse durante la fase de dilatación activa, por acción en este caso de las membranas fetales y sus líquidos que actúan como cuña hídrica en este proceso de dilatación.

Una de las causas frecuentes de insuficiente dilatación cervical es la ruptura precoz de las membranas por parte del hombre y en esa forma se interrumpe la normal dilatación cervical.

La dilatación cervical se puede clasificar de acuerdo a los grados propuestos por Götze: (Fig. N° 29)

1er grado: el canal cervical está bien dilatado en cuanto a su longitud y amplitud, hasta un punto en el cual presenta un estrangulamiento anular en forma de manguito, los miembros y la cabeza pueden pasar a través de la parte dilatada, pero en la parte estrecha queda interrumpido el pasaje; esta parte de la cervix es tan estrecha que se adhiere firmemente a las partes fetales, en el caso de intentar una extracción se debe temer una ruptura cervical.

2do grado: el canal cervical está dilatado y solo permite el pasaje de los miembros, por ejemplo los miembros anteriores, o la cabeza.

3er. grado: en el canal cervical solo puede ingresar un dedo o las pezuñas de un miembro.

4to grado: es la clausura completa del canal cervical, se trata o de contracciones uterinas anticipadas o de una torsión uterina.

Para el diagnóstico es necesario hacer una palpación vaginal muy meticulosa y en casos de duda hacerla por vía rectal sobre todo en los casos de torsión uterina.

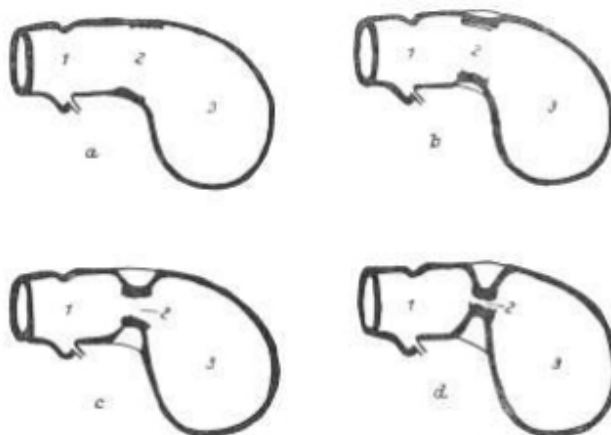


Fig. N° 29: Insuficiente apertura o amplitud de la cervix: 1: vagina; 2: cervix; 3: útero.  
a: normal; b: primer grado; c: segundo grado y d: tercer grado.



**Tratamiento:**

Mientras que los sacos fetales estén íntegros hay posibilidad que la fase de dilatación continúe y se complete. Esta espera debe ser tomada con paciencia sobre todo en las primíparas debido que el período de dilatación es mucho más largo que en las pluríparas; las condiciones en las cuales es oportuna la espera son cuando encontramos el feto en presentación, posición y actitud eutócicas, y además las contracciones uterinas son fuertes y frecuentes.

La utilización de estrógenos en una dosis de 25 – 50 mg junto con la aplicación endovenosa de calcio, permite que dilataciones insuficientes de grado 1 a 3 con bolsas fetales íntegras, se pueda reiniciar, puede tardar hasta 10 horas; si en cambio las bolsas fetales están rotas, no es aconsejable y es conviene ir directamente a una operación cesárea.

Dilatación insuficiente de grado 1, se debe decidir entre fetotomía o cesárea; esta última cuando es necesario salvar la vida del feto por ser este uno de valor genético importante (trasplante embrionario). En caso de fetos pequeños y con buena lubricación es posible con moderada tracción realizar un parto vaginal. Tener presente que esto puede ser riesgoso por ruptura de la cérvix, que conlleva a esterilidad de la madre.

Dilatación insuficiente de grado 2, solo es posible solucionar por vía vaginal si se ejecuta una fetotomía, teniendo la precaución que la parte seccionada pueda pasar con facilidad por la cervix. En caso de dudas es mejor hacer una cesárea.

Dilatación insuficiente de grado 3, la cual no responde a un tratamiento medicamentoso, el pronóstico es reservado, debido a que el parto en muchos casos es muy demorado.

En el caso de membranas fetales rotas y sin líquido con feto muerto no se debe esperar y como única ayuda obstétrica es la operación cesárea. En los casos de cierre completa del canal cervical (dilatación insuficiente del 4 grado) ante todo debemos constatar que no haya contracciones prematuras; en las situaciones que el moco cervical se haya fluidificado y persiste en el tiempo un cierre del canal cervical, se debe elegir la operación cesárea.

**Amplitud insuficiente en el parto prologado**

Se debe distinguir entre la dilatación insuficiente del canal cervical en la fase inicial del parto de la amplitud insuficiente en el parto prologado. Esta condición no hay duda puede ser consecuencia de una insuficiente dilatación, pero también puede ser una consecuencia de cualquiera de las causas que impiden un parto normal (estática anormal). Entre las 12 y 24 horas de iniciado el parto, 6 a 12 horas de la ruptura de las bolsas fetales, que en algunos casos puede no suceder, comienza a presentarse las condiciones de parto prologado, el cual con el paso de tiempo se acentúa cada vez más.

**Sintomatología:**

Las condiciones generales de la madre se ven comprometidas debido a que se instaura un estado de toxicosis o infección. La exploración vaginal encuentra que el canal blando de parto tiene la forma de un tubo más o menos rígido, con mucosa seca; esto se debe que ya se han puesto en marcha procesos involutivos, como la regresión de vasos sanguíneos, de los músculos lisos y de la cérvix; todos los elementos anatómicos pierden elasticidad.

La misma clasificación que se utiliza para la dilatación insuficiente del canal blando se utiliza en el caso de amplitud insuficiente en el parto prolongado.

### ***Pronóstico y auxilio obstétrico***

Una amplitud insuficiente en el parto prolongado representa un obstáculo mucho más grave para el parto que lo que sucede en la dilatación insuficiente de la cérvix; ante todo porque el canal blando y el útero han perdido su elasticidad y segundo porque el útero y sus contenidos ya están contaminados.

Los tentativos mecánicos de tratar de ampliar en canal blando, siempre son infructuosos y solo se obtiene una prolongación del sufrimiento de la madre.

Es necesario hacer una muy profunda inspección de las condiciones de la madre en cuanto a su sensorio, temperatura, y capacidad de ponerse de pie. Si las condiciones de este análisis son favorables, conviene hacer una cesárea y posteriormente una terapia de fluidos y antibióticos por varios días. En condiciones de temperatura menores a 37° C con sensorio deprimido y en decúbito sin reacción para levantarse, es conveniente el sacrificio de la madre.

### ***Dislocaciones del útero grávido***

El cambio de posiciones del útero grávido se puede presentar; una de las más frecuentes es la rotación sobre el eje longitudinal del útero (torsión uterina), también pueden presentarse angulaciones hacia ventral (ventro flexión uterina), hacia dorsal (dorso flexión uterina) y lateral hacia ambos lados (latero flexión uterina). Estas desviaciones se pueden producir sobre todo porque el útero está fijo por la cérvix en su parte caudal, mientras que los cuernos uterinos son libres y solo los ligamentos anchos permiten una cierta estabilidad, que con el avanzar de la gestación se va perdiendo.

Se pueden encontrar en hembras bovinas de edad y con varios partos, donde debido a un abdomen péndulo; o en casos muy poco frecuentes de ruptura de alguno de los músculos abdominales como en el caso de desprendimiento del tendón pre púbico. Y en casos de úteros muy pesados.

#### **Torsión uterina:**

Como se dijo anteriormente, se entiende por torsión uterina una rotación del útero grávido, comprendido el feto, alrededor de su propio eje longitudinal. Esta dislocación del útero sucede regularmente durante el curso del parto, en la fase de dilatación y constituye un obstáculo absoluto para el parto; debido a que en el punto que corresponde a la rotación el canal blando se encuentra achicado o absolutamente cerrado.

#### **Causas:**

Hasta ahora no se ha podido determinar la/s causa/s que llevan a una torsión uterina, solo se puede distinguir factores predisponentes y desencadenantes.

#### **Factores predisponentes:**

En la hembra bovina la torsión se ve favorecida por la forma y la fijación del útero grávido. La marcada asimetría cornual, la forma y convexidad dorsal de los cuernos y la fijación de los mismos en la parte caudal de la cérvix y vagina llevan a un equilibrio inestable.

Otro de los factores es la forma de echarse y levantarse de las vacas en estabulación; en el momento de descanso sobre las articulaciones del carpo, el tren posterior permanece más alto, el rumen es desplazado hacia delante y el útero queda más libre dentro de la cavidad abdominal.

**Factores desencadenantes:**

El hecho que la torsión uterina aparezca prevalentemente en la fase de dilatación del parto, está relacionada al inicio de las contracciones uterinas. En esta etapa las contracciones uterinas no solo sirven para provocar la dilatación del canal blando, sino también para rotar el feto antes del parto de una posición vertical o lateral a la posición dorsal; por lo tanto la rotación del útero es debida a una activa participación del mismo por las fuerzas resultantes de las contracciones de los músculos circulares y longitudinales del miometrio.

**Sintomatología y evolución**

En la mayor parte de los casos la sospecha de una torsión uterina se presenta durante el parto con su anamnesis característica: el animal presenta todos los síntomas del parto, pujos repetidos hacen pensar en el desenvolvimiento normal del parto, aún cuando no hay indicios de progreso, los líquidos fetales no han sido eliminados; en algunos casos se observa dolores del tipo cólico.

La torsión uterina es un obstáculo absoluto para el parto. Si no es diagnosticada y no es corregida a tiempo, aparecen poco a poco todos los síntomas de un parto demorado. Por regla las contracciones y los pujos sin efecto llevan prontamente a una inercia secundaria con intervalos cada vez más largos y las contracciones abdominales disminuyen de intensidad. Si el canal blando se había abierto, en la mayoría de los casos se establece una infección uterina. Los gérmenes ubicuítarios, no patógenos, se multiplican muy rápidamente y llevan a un progresivo desfacelamiento del feto y de las membranas (enfisema, maceración) y en la madre dan manifestaciones de intoxicación o sepsis.

En el útero se producen disturbios en la circulación sanguínea, de variada intensidad de acuerdo al grado y duración de la torsión. En todos los casos en la cavidad abdominal aumenta el trasudado, debido sobre todo a la estrangulación de las venas y progresivamente el útero presenta un cuadro de estasis y de cianosis. Los ligamentos anchos del útero se edematizan; el ovario y su meso aumentan, hasta llegar el primero al tamaño de un puño, de color rojo oscuro. Se reduce el aporte nutricional y de oxígeno al feto, la eliminación de CO<sub>2</sub> y de los productos del metabolismo se dificulta notablemente. El feto muere por acidez respiratoria y metabólica intrauterina.

Como consecuencia de la muerte del feto y de la estasis circulatoria se desarrolla una metritis y perimetritis, en casos graves una peritonitis fibrinosa con adherencia entre el útero y vísceras circundantes. Torsiones de grado muy elevado pueden producir laceraciones de los ligamentos anchos.

**Diagnóstico:**

Es necesario determinar el grado y dirección de la torsión. A la exploración vaginal notamos que con el ingreso de la mano esta es llevada hacia una rotación, y se impide el avance de la misma. Allí se diagnosticará hacia qué lado y en que ubicación se encuentra la torsión.

**Tratamiento:**

Para la corrección y extracción fetal se prefiere la cesárea, con laparotomía en la fosa para lumbar. Según la severidad y el tiempo en que se ha producido la torsión, se puede intentar la corrección antes de la histerotomía. A veces es más simple hacer la histerotomía y luego resolver la torsión; es muy importante la observación de la pared uterina, y el color de la misma, sobre todo en casos que llevan mucho tiempo con la torsión.

La sobre vida de la vaca en los casos de poder corregir es de un 78 %, la sobrevida del ternero en general es muy baja solo 25 %, se encuentra en un 14 % casos de fetos enfisematosos, y la retención de placenta se da en un 62 % de los casos.

Extracto del libro "Obstetricia y neonatología bovina" del Dr. Bruno Rutter.  
Para ver todos los capitulos ingrese al perfil del autor.

Fuente.

<https://www.engormix.com/ganaderia-leche/articulos/definicion-causas-distocias-t42360.htm>

---



**MÁS ARTÍCULOS**