

18

Octubre - Diciembre 2024

MEJORA TU CIRUGÍA

DE PEQUEÑOS ANIMALES

ANESTESIA Y ANALGESIA - Caso Quirúrgico

Manejo anestésico para cirugía de shunt portosistémico con biopsia hepática en un Caniche Miniatura; 9 imágenes, 1 algoritmo - Verónica Re

TEJIDOS BLANDOS - Técnica Quirúrgica

Resolución quirúrgica de neumotórax espontáneo causado por cuerpo extraño vegetal mediante lobectomía pulmonar, 25 imágenes - Gerardo García Alonso; José Luis Puchol de Celis; Stella Santa Arbeláez

TEJIDOS BLANDOS - Caso Quirúrgico

Obstrucción y dilatación biliar iatrogénica posterior a colecistectomía; 5 imágenes - Gabriel Carbonell Rosselló; Cristina Sotuela Pérez

ONCOLOGÍA - Caso Quirúrgico

Lateralización unilateral del aritenoides en un caso de parálisis laríngea en un Galgo Español; 19 imágenes - Natalia Miño Fariña; Antonio González Cantalapiedra

NEUROLOGÍA - Caso Quirúrgico

Presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de un caso de polirradiculoneuritis aguda; 5 imágenes, 3 vídeos, 1 tabla - Alfredo Recio Caride

MEDICINA REGENERATIVA - Póster de investigación

Plasma Rico en Plaquetas Felino: comparación entre gatos sanos, leucemia (FeLV) e inmunodeficiencia positivo (FIV); 3 imágenes, 1 tabla - Laura Miguel-Pastor; Mónica Rubio Zaragoza; Belén Cuervo Serrato

TRAUMATOLOGÍA - Póster de investigación

Plasma Rico en Factores de Crecimiento en el manejo de la osteoartritis: aplicación intraarticular vs. aplicación intraósea; 2 imágenes, 1 tabla - Marta Torres - Torrillas; Joaquín J. Sopena Juncosa; Elena Damiá Giménez; Emma Martins

ODONTOLOGÍA - Apunte Práctico

Radiografía en maxilar de gato para detectar restos radiculares. ¿Cómo lo hago?; 5 imágenes - Javier Cucurella Abril

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

14 preguntas

HEART
VETERINARIA

PARTNERS DE REFERENCIA 2024

AniCura
VETSIA
HOSPITAL VETERINARIO

Puchol
Hospital Veterinario

AniCura
GLÒRIES
HOSPITAL VETERINARI

aúna
ESPECIALIDADES VETERINARIAS

Hospital Veterinari
CANIS
MALLORCA

Hospital
VETERINARIO
UCV



Universidad
Católica de
Valencia
San Vicente Mártir

ULPGC
Universidad de
Las Palmas de
Gran Canaria

TEJIDOS BLANDOS

CASO QUIRÚRGICO

Obstrucción y dilatación biliar iatrogénica posterior a colecistectomía; 5 imágenes

Gabriel Carbonell Rosselló, LV, Acred. GECIRA y GEVO, Dipl. ECVS; EBVS® European Specialist in Small Animal Surgery; Diplomado en Cirugía por el European College of Veterinary Surgeons (ECVS) Acreditado AVEPA- Traumatología Y Ortopedia GEVO y Tejidos Blandos GECIR; Cristina Sotuela Pérez, Gda. Vet, Veterinaria del Servicio de Cirugía; CMV Delicias-Madrid.



Nota de voz del autor.

Breve historial

Chihuahua hembra castrada de 8 años que acude a consulta por episodios de dolor abdominal intenso crónico, aunque muy esporádico, en los que llega a postrarse. Como historia anterior relevante, presentaba antecedentes de epilepsia idiopática desde los cinco meses de edad y había sido intervenida de una colecistectomía hacía tres años, habiéndose descartado previamente un posible shunt portosistémico que explicara los signos neurológicos. Tras la cirugía biliar siguió presentando transaminasas hepáticas elevadas y se observó en una ecografía posterior la presencia de cálculos en conducto biliar común. Desde ese momento, se habían realizado controles analíticos y ecográficos sin mejoría evidente, en los que empezaron a verse dilataciones de conductos biliares extrahepáticos. En consulta la exploración física general era normal.

Pruebas diagnósticas

Durante su estudio preoperatorio y evaluación clínica, se realizaron las siguientes pruebas: hemograma, bioquímica y ecografía abdominal.

El hemograma no presentaba alteraciones reseñables. En cambio, la bioquímica presentaba valores de transaminasas hepáticas elevados, ALT 1100 U/L, ALP 305 U/L, siendo el resto de los valores normales.

La ecografía abdominal reveló la presencia de un conducto biliar común dilatado de hasta 1,5 cm en forma de saculación en la región craneal, con presencia de dos cálculos de 6 y 8 mm caudales, además de litiasis de pequeño tamaño en vías biliares intrahepáticas. También presentaba mineralizaciones/ litiasis renal no obstructiva.

En estudios anteriores se había realizado TC y resonancia magnética para descartar patologías que pudieran ser el origen de las convulsiones y descartar anomalías vasculares hepáticas. Siendo todas las pruebas normales.

Tratamiento quirúrgico

Se realizó una laparotomía por línea media desde el ombligo hasta el xifoides en la que se observó gran cantidad de adherencias entre el conducto biliar común, duodeno y mesenterio debidas probablemente a la cirugía regional previa. Las adherencias fueron retiradas con pinzas bipolares para poder evidenciar una dilatación caudal y saculación proximal del conducto biliar común sin, obviamente, la presencia de la vesícula biliar. Se procedió a realizar una enterotomía en duodeno proximal para poder exponer y sondar la papila duodenal mayor y acceder al conducto biliar común. A su vez, se realizó una incisión en la parte más craneal del conducto, a la altura donde se debería situar la vesícula biliar, para poder extraer los colelitos, realizar un sondaje bidireccional y extirpar la saculación anómala postoperatoria. Se extrajeron dos cálculos y se procedió al lavado biliar y regional. Posteriormente, se colocó un stent regional en el conducto biliar común comunicando este conducto con el duodeno, para así disminuir el riesgo de estenosis y obstrucción postoperatoria. Se suturó la escisión de la saculación del conducto biliar con una sutura continua simple con monosyn 4/0, aguja atraumática y punta trocar. El cierre de la enterotomía y de la laparotomía se realizó de forma rutinaria (Figuras 1,2,3,4 y 5).

Postoperatorio y posibles complicaciones

Las complicaciones más probables de este tipo de pacientes e intervenciones son derivadas de la cirugía de vías biliares, tales como estenosis del conducto, deshicencia y extravasación biliar, peritonitis focal, pancreatitis, enteritis, vómitos y diarreas.¹ La coledocotomía está descrita en casos en los que el conducto está dilatado y no es posible sondarlo desde la papila duodenal.^{1,2} Cuando se realiza la coledocotomía se debe cerrar de forma precisa, evitar tensión y utilizar sutura de pequeño tamaño para evitar la estenosis.¹ En nuestro paciente, se realizó además, una escisión local de una dilatación/saculación del colédoco proximal, posiblemente secundaria a la cirugía previa y obstrucción biliar posterior causando aumento de presiones y disminución en el vaciado biliar fisiológico.

Durante el postoperatorio, la paciente, evolucionó de forma adecuada comenzando a comer al día siguiente del procedimiento y presentando un buen control analgésico. Se realizó un control analítico a las 48 horas tras la cirugía habiendo descendido las transaminasas. Debido a la buena recuperación se decidió el alta hospitalaria.

Seguimiento

Tras el alta hospitalaria se realizó una visita de control rutinaria a los quince días para retirar los puntos y control clínico/analítico. Las transaminasas habían normalizado. Por lo que se decidió el alta definitiva.

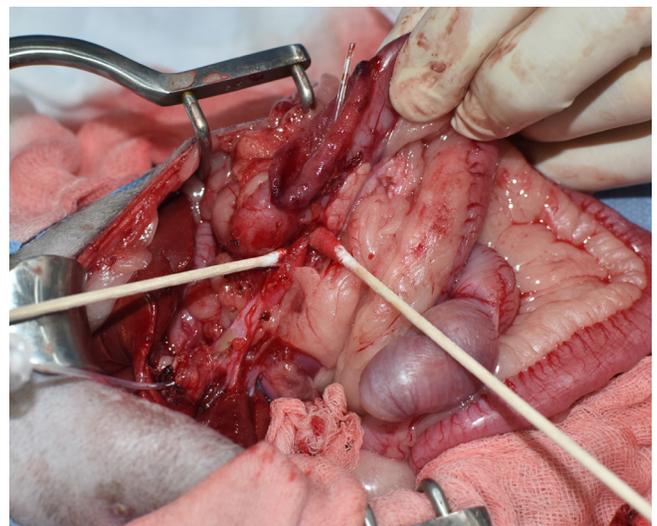
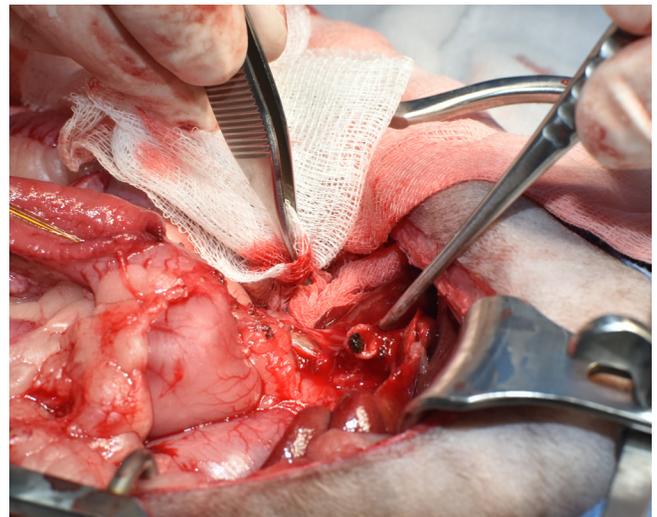
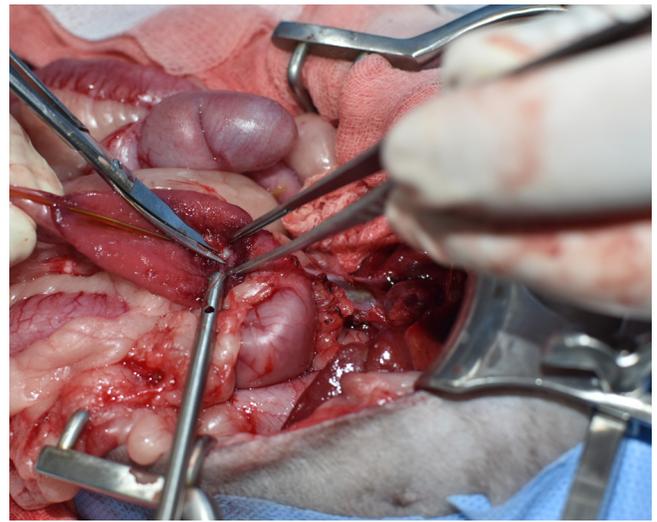
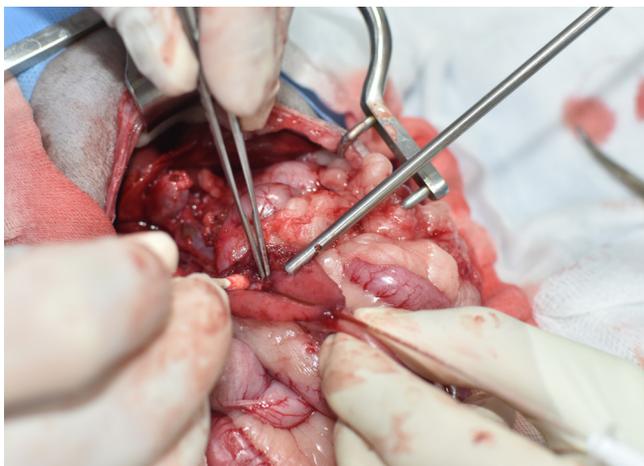
Discusión

Los cálculos presentes en la vesícula biliar o en el conducto biliar común conocidos como colelitos/coledocolitos, son asintomáticos en la mayor parte de las ocasiones, sin embargo, cuando generan obstrucción de las vías biliares pueden provocar vómitos, fiebre, ictericia y dolor abdominal.^{1,2,3} Los cálculos están asociados al desarrollo de colecistitis, por lo que el tratamiento quirúrgico está indicado y la toma de muestra de bilis

para cultivo se debe realizar de forma rutinaria.¹ Si los cálculos están presentes en el conducto colédoco se debe cateterizar desde la papila duodenal y realizar lavados hacia la vesícula biliar.¹ Solo si la cateterización a través de la papila duodenal no es posible y el conducto colédoco está muy dilatado se debe realizar una coledocotomía o cistotomía biliar teniendo en cuenta el riesgo de estenosis secundaria.^{1,2} Debido a la particularidad del caso por la ausencia de la vesícula biliar fue necesario realizar el sondaje por la región sacular que posteriormente fue extirpada, coincidiendo con la antigua unión al conducto cístico, para poder extraer por ahí los cálculos. Cabe destacar artículos recientes en los que denotan un aumento de riesgo de pancreatitis postoperatorias en aquellos casos que se realiza el sondaje desde la papila hacia la vejiga, así como una mortalidad perioperatoria de este tipo de cirugías y patologías cercana al 20 %.

Claves importantes

- Reconocer y diferenciar los signos neurológicos de los signos asociados a dolor abdominal descritos por el paciente. Así como seguir un protocolo diagnóstico para identificar el objeto del problema.
- Retirada minuciosa de las adherencias para visualizar y exponer de forma correcta la anatomía normal, ya compleja por la colecistectomía previa.
- Canalización mediante sondaje y asegurar el conducto biliar común que permite el correcto drenaje y permeabilidad al duodeno.
- Realizar la incisión en la zona más dilatada del conducto para su posterior escisión y cierre sin afectar al transcurso biliar.
- Cierre del conducto colédoco de forma asertiva y sin tensión, así como sondaje y colocación del stent temporal intraluminal para evitar obstrucciones postoperatorias.



Figuras 1, 2, 3, 4 y 5. Secuencia quirúrgica en la que podemos observar la exposición y localización del problema, dilatación proximal y saculación del colédoco, extracción de los cálculos biliares, sondaje normógrado y retrogrado de la papila duodenal y conducto biliar común.

Bibliografía

1. Fossum T, and all. Small Animal Surgery. Elsevier. 2018: 562 – 572.
2. Monnet, E. Small Animals Soft Tissue Surgery. John Wiley & Sons. 2012: 462 – 477.
3. Griffon D, Hamaide A. Complications in Small Animal Surgery. Wiley-Blackwell. 2016: 441 – 445.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

Anestesia y analgesia - Caso Quirúrgico
Manejo anestésico para cirugía de shunt portosistémico con biopsia hepática en un Caniche Miniatura; 9 imágenes, 1 algoritmo
Verónica Re

Pregunta 1

¿Qué tratamiento de hipotensión debemos administrar si nuestro paciente tiene las mucosas congestivas, el tiempo de relleno capilar disminuido, no se encuentra bradicárdico y no sospechamos de baja precarga?

- Bolo de fluidos.
- Vasoconstricción.
- Anticolinérgico (p. ej. Atropina).
- Inotropos positivos (p. ej. Dobutamina).

Pregunta 2

¿Qué tratamiento de hipotensión debemos administrar si nuestro paciente presenta a la vez bradicardia, y no sospechamos de baja precarga?

- Bolo de fluidos.
- Vasoconstricción.
- Anticolinérgico (p. ej. Atropina).
- Inotropos positivos (p. ej. Dobutamina).

Tejidos blandos - Técnica Quirúrgica
Resolución quirúrgica de neumotórax espontáneo causado por cuerpo extraño vegetal mediante lobectomía pulmonar, 25 imágenes
Gerardo García Alonso; José Luís Puchol de Celis; Stella Santa Arbeláez

Pregunta 3

La preservación e integridad del músculo dorsal ancho:

- Es una recomendación durante la realización de la toracotomía lateral.
- Disminuye el dolor postoperatorio y es de ayuda para el cierre eficaz de la toracotomía.
- Disminuye la incidencia de cojera en el periodo postoperatorio.
- Todas las anteriores son correctas.

Pregunta 4

Durante la realización de la lobectomía pulmonar mediante abordaje por toracotomía intercostal, señale la respuesta incorrecta:

- Se pueden aislar, independientemente la arteria, bronquio y vena de manera individual.
- La sutura monofilamento absorbible es la sutura de elección.
- Existe potencial peligro de fracaso de la vía aérea.
- Puede explorarse el tórax contralateral.

Tejidos blandos - Caso Quirúrgico
Obstrucción y dilatación biliar iatrogénica posterior a colecistectomía; 5 imágenes
Gabriel Carbonell Rosselló; Cristina Sotuela Pérez

Pregunta 5

Cual de los siguientes sucesos es una indicación para la colecistectomía.

- Obstrucción irreversible de la papila duodenal mayor.
- Presencia de colecistitis con colelitiasis y dilatación del conducto biliar.
- Todas son correctas.

Pregunta 6

Durante el sondaje del conducto biliar común, ¿qué patología podemos causar mediante el sondaje y flushing repetido retrógrado?

- Enteritis.
- Pancreatitis.
- Hepatitis.

Oncología - Caso Quirúrgico
Lateralización unilateral del aritenoides en un caso de parálisis laríngea en un Galgo Español; 19 imágenes
Natalia Miño Fariña; Antonio González Cantalapiedra

Pregunta 7

Respecto al abordaje quirúrgico:

- El cuello se sitúa en posición fisiológica.
- Los cirujanos diestros trabajan sobre el aritenoides izquierdo.
- Los cirujanos diestros trabajan sobre el aritenoides derecho.
- Se debe realizar la incisión en la piel por encima de la bifurcación de las venas linguofacial y maxilar.

Pregunta 8

Respecto a la técnica quirúrgica:

- Para realizar la sutura de fijación del aritenoides se utiliza un material reabsorbible.
- Es recomendable usar separadores Gelpi.
- La disección debe ser rápida para evitar una infección de la zona, aunque no sea muy cuidadosa.
- El aritenoides debe anclarse siempre al cricoides.

Neurología - Caso Quirúrgico
Presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de un caso de polirradiculoneuritis aguda; 5 imágenes, 3 vídeos, 1 tabla
Alfredo Recio Caride

Pregunta 9

¿Cuál de estas afirmaciones es falsa sobre la polirradiculoneuritis?

- Es la enfermedad neuromuscular más frecuente en perros.
- Afecta exclusivamente a raíces nerviosas espinales.
- Es frecuente que el enfermo pierda el ladrido.
- Produce una tetraparesia o -plejía flácida.

RESPUESTAS

Anestesia y analgesia - Caso Quirúrgico

Manejo anestésico para cirugía de shunt portosistémico con biopsia hepática en un Caniche Miniatura; 9 imágenes, 1 algoritmo

Verónica Re

Pregunta 1

Respuesta: b. Estos signos corresponden a vasodilatación, si no hay una causa de baja frecuencia cardíaca o sospecha de baja precarga (por ejemplo: deshidratación, sangrado) está indicado el tratamiento con vasoconstrictores, como efedrina en bolos o infusión, o noradrenalina en infusión.

Pregunta 2

Respuesta: c. La bradicardia puede causar hipotensión, y en ese caso debemos atajar la causa con anticolinérgicos.

Tejidos blandos - Técnica Quirúrgica

Resolución quirúrgica de neumotórax espontáneo causado por cuerpo extraño vegetal mediante lobectomía pulmonar, 25 imágenes

Gerardo García Alonso; José Luís Puchol de Celis; Stella Santa Arbeláez

Pregunta 3

Respuesta: d.

Pregunta 4

Respuesta: d.

Tejidos blandos - Caso Quirúrgico

Obstrucción y dilatación biliar iatrogénica posterior a colecistectomía; 5 imágenes

Gabriel Carbonell Rosselló; Cristina Sotuela Pérez

Pregunta 5

Respuesta: c.

Pregunta 6

Respuesta: b.

Oncología - Caso Quirúrgico

Lateralización unilateral del aritenoides en un caso de parálisis laríngea en un Galgo Español; 19 imágenes

Natalia Miño Fariña; Antonio González Cantalapiedra

Pregunta 7

Respuesta: b. Los cirujanos diestros trabajan sobre el aritenoides izquierdo para facilitar la dirección del movimiento de la mano dominante.

Pregunta 8

Respuesta: b. El uso de estos separadores ayuda a mejorar la exposición de las estructuras laríngeas dorsales.

Neurología - Caso Quirúrgico

Presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de un caso de polirradiculoneuritis aguda; 5 imágenes, 3 vídeos, 1 tabla

Alfredo Recio Caride

Pregunta 9

Respuesta: b.

Pregunta 10

Respuesta: c.

Medicina Regenerativa - Póster de investigación

Plasma Rico en Plaquetas Felino: comparación entre gatos sanos, leucemia (FeLV) e inmunodeficiencia positivo (FIV); 3 imágenes, 1 tabla

Laura Miguel-Pastor; Mónica Rubio Zaragoza; Belén Cuervo Serrato

Pregunta 11

Respuesta: b.

Pregunta 12

Respuesta: d.

Odontología - Apunte Práctico

Radiografía en maxilar de gato para detectar restos radiculares. ¿Cómo lo hago?; 5 imágenes

Javier Cucurella Abril

Pregunta 13

Respuesta: b.

Pregunta 14

Respuesta: d.