

ANIMALES DE COMPAÑÍA



**Cirugía en la clínica
de pequeños animales
La parte posterior**

Dirigido a veterinarios, estudiantes, profesores y profesionales del sector.

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

Autores: José Rodríguez Gómez,
María José Martínez
Sañudo y Jaime Graus
Morales.

Formato: 23 x 29,7 cm.

Número de páginas: 296.

Número de imágenes: 800.

Encuadernado: tapa dura.

ISBN: 84-932921-7-6.

Editorial: Servet.

En esta obra se explican paso a paso, a través de fotografías, esquemas y casos clínicos reales, los abordajes y resolución de las principales intervenciones en las zonas rectal, anal y perineal. Imprescindible tanto para profesionales en ejercicio como para estudiantes de cirugía.

Cirugía en la clínica de pequeños animales. La parte posterior

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Generalidades de la cirugía rectal, anal y perineal

Principios generales de la cirugía de la zona perineal

2. Recto

Prolapso de recto
Estenosis

3. Hernias

Hernia perineal

4. Ano

Saculitis anal
Neoplasias anales
Fístulas perianales
Pliegues cutáneos de la cola
Atresia de ano

5. Vulva-vagina

Neoplasias
Himen persistente

6. Uretra

Obstrucción uretral en el perro
Enfermedad del tracto urinario distal felino (FLUTD)

7. Testículos

Neoplasias testiculares
Testículos ectópicos
Lesiones escrotales

8. Prepucio-pene

Fimosis
Parafimosis
Heridas
Tumores
Prolapso de mucosa uretral
Hipospadia

9. Técnicas generales

Sondaje uretral en el gato
Sondaje uretral en el perro
Cistocentesis
Anestesia epidural lumbosacra
Posicionamiento del paciente
Sutura del ano en "bolsa de tabaco"
Episiotomía
Vasectomía
Orquidectomía en el perro y en el gato
Laparotomía infraumbilical
Cistotomía

Hernia perineal. Caso 5 / Deferentopexia

Dificultad técnica

La hipertrofia prostática, tan frecuente en perros de avanzada edad, dificulta la defecación de forma mecánica, al verse desplazada hacia la entrada de la pelvis durante la prensa abdominal. La consecuencia es el tenesmo y el estreñimiento crónicos. La próstata actúa como un ariete durante los esfuerzos de defecación sobre el diafragma pélvico, contribuyendo de este modo, junto con otras causas ya comentadas, al debilitamiento de la musculatura perineal y dando lugar a la hernia.

En estos casos la próstata se desplaza a la cavidad pélvica arrastrando consigo la vejiga, por lo que ambas pueden formar parte del contenido herniario (Fig. 1). La reducción de la hernia y reparación del anillo herniario no serán, entonces, suficiente garantía de que no se produzcan recidivas.

Se describe a continuación la técnica de la deferentopexia, cuyo objetivo es fijar la próstata y la vejiga en la cavidad abdominal, impidiendo así su desplazamiento hacia la pelvis y, por tanto la recidiva.

Está técnica es complementaria a las técnicas ya descritas de herniorrafia, colocación de malla o transposiciones musculares.

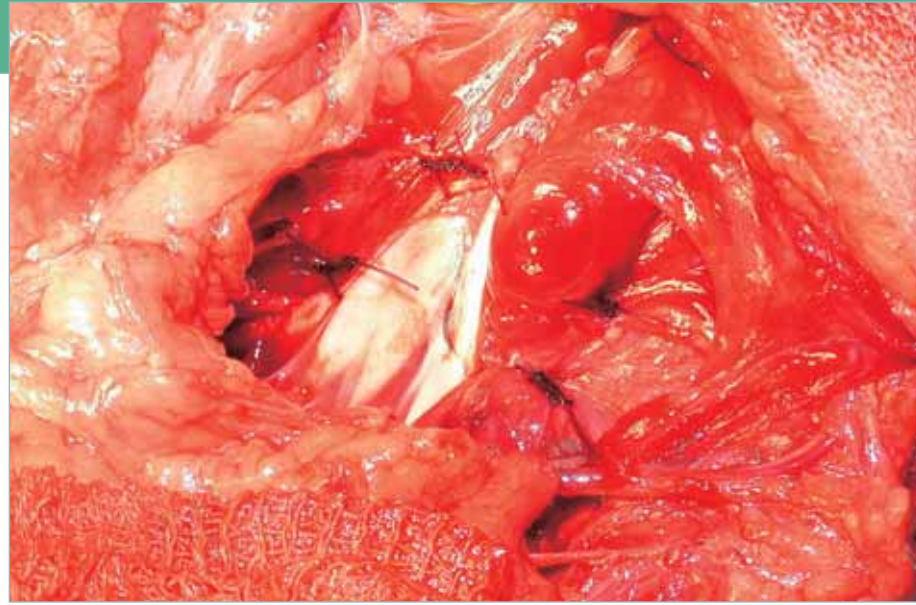


Fig. 11. Ambas partes del músculo obturador interno se suturan al esfínter anal y al músculo coccigeo.

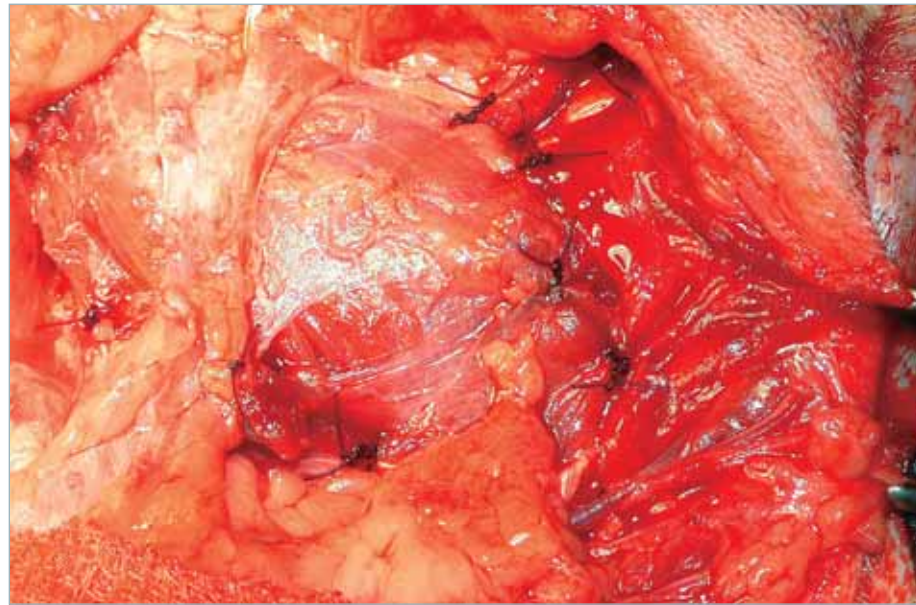


Fig. 12. A continuación el glúteo superficial se sutura a la parte más dorsal del esfínter anal externo y, ventralmente, al músculo obturador previamente transpuesto.

Para la transposición del obturador interno es preciso seccionar su tendón de inserción. Esto incrementa la dificultad técnica pero ofrece como contrapartida la posibilidad de cerrar grandes defectos herniarios.



Fig. 13. Aspecto de la herida quirúrgica ya suturada. Obsérvese la forma de T de la incisión que permite abordar la inserción del glúteo superficial en el trocánter mayor del fémur.



Fig. 1. Radiografía lateral del abdomen de nuestro paciente en la que observamos que la próstata forma parte del contenido herniario y ha arrastrado caudalmente la vejiga, que queda dentro de la cavidad pélvica. El estudio radiográfico se realiza administrando enema de bario y mediante una neumocistografía.



La deferentopexia es una técnica quirúrgica complementaria especialmente indicada en aquellas hernias perineales que involucran la vejiga y/o la próstata.

Ver orquidectomía. [→ pág. 264](#)

Fig. 2. Se realiza previamente una orquidectomía, dejando sujetos mediante pinzas ambos conductos deferentes y se dejan ambas incisiones sin suturar momentáneamente. A continuación se realizará una laparotomía parapeniana.

Antes de la cirugía

- Vacíe el contenido rectal de heces.
- No emplee laxantes en las 24 horas previas a la cirugía.
- Vacíe los sacos anales e irriéguelos con una solución antiséptica.
- Depile y aplique asepsia correctamente sobre la zona quirúrgica.

Ver posicionamiento del paciente. ➔ pág. 248



Fig. 6. El paso del gel al saco anal desplaza y hace que salga al exterior la solución antiséptica introducida anteriormente. En razas pequeñas se introduce la mitad de un cartucho en cada saco, mientras que en razas grandes se debe emplear uno entero para cada lado.

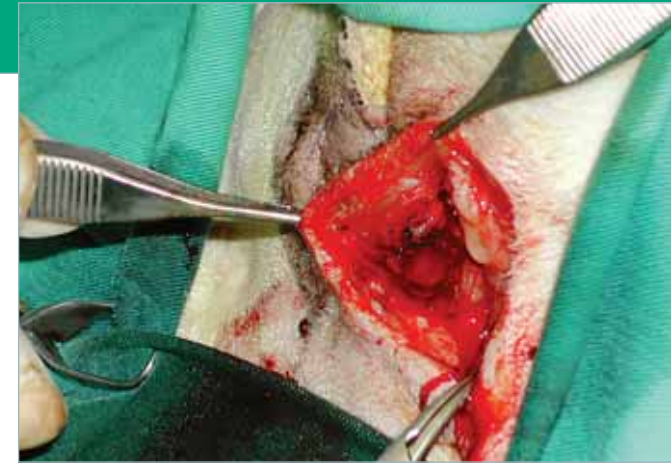


Fig. 11. La cavidad resultante se irriga con suero fisiológico atemperado para eliminar restos tisulares, coágulos y bacterias.



Fig. 12. Se debe cohibir la hemorragia de todos los vasos sangrantes con pinzas hemostáticas o con un coagulador bipolar. Le recomendamos esta última opción.



Fig. 7. Inyección del gel caliente en el saco anal derecho. Observe que la aguja no impide la salida del gel cuando ha rellenado el saco, así se evita la rotura del mismo por una excesiva distensión.



Fig. 8. Tras la preparación del campo operatorio y el taponamiento del ano, se realiza la incisión elíptica de la piel alrededor del trayecto fistuloso.



Fig. 13. Sutura con material absorbible monofilamento 4/0 de las fibras musculares y del tejido celular subcutáneo. Los mismos pasos se realizan en el lado izquierdo. En esta imagen se observa la ligadura del conducto y el inicio de la sección del mismo.



Fig. 14. La herida cutánea se sutura con puntos sueltos, recurrentes verticales, de material monofilamento no absorbible, tomando la precaución de que los nudos queden en la parte exterior con el fin de evitar su contacto con las heces al defecar.



Fig. 9. Gracias al empleo del gel, que ya se ha endurecido, el saco se identifica perfectamente entre las fibras musculares del esfínter anal. De esta forma la disección del saco es más sencilla, minimizando la posibilidad de una perforación accidental.



Fig. 10. Disección completa del saco anal. Sólo queda unido por su conducto. A continuación se realiza la ligadura del mismo con material absorbible fino lo más cerca posible de la pared anal. Para esta ligadura se emplea un hilo absorbible sintético 3/0.



Fig. 15. Los dos sacos anales se han extirpado íntegramente. Sección de los mismos, observándose el gel empleado para simplificar su disección.

* Si existe saculitis, el saco puede romperse durante la introducción del gel. Para evitarlo inyecte el gel lentamente y procure que la aguja no cierre completamente el orificio o el conducto para que el gel pueda salir con facilidad en caso de hiperpresión intraluminal.

Episiotomía

Dificultad técnica

Es la técnica para acceder quirúrgicamente al interior del vestíbulo y de la vagina con el fin de: extirpar pólipos, tumores, reparar desgarros, facilitar la fase de expulsión en el parto, etc.

La paciente debe posicionarse en decúbito prono y en posición de Trendelenburg. La cola debe sujetarse de modo seguro fuera del campo quirúrgico, realizándose una sutura en bolsa de tabaco del esfínter anal (Fig. 1).

Ver posicionamiento del paciente. ← pág. 248

Ver sutura del ano en bolsa de tabaco. ← pág. 252

Es muy útil, para evitar hemorragias, colocar unas pinzas intestinales de Doyen a cada lado de la línea media dorsal, por la que se va a incidir; una rama de la pinza por dentro y la otra por fuera de la vagina (Fig. 2).

La incisión se hace por la comisura dorsal de los labios de la vulva, siguiendo la línea media y hasta llegar un poco por debajo del esfínter anal (Figs. 3 y 4).

La incisión del músculo y de la pared de la vagina puede hacerse con tijera (Figs. 5 y 6). La hemorragia, que no suele ser muy intensa, se controla bien con bisturí eléctrico, pinzas hemostáticas o alguna ligadura si llega a ser necesario.

Cualquiera que sea el procedimiento quirúrgico a realizar en este momento, es muy importante sondar la uretra para tenerla en todo momento controlada y evitar lesionarla (Fig. 7).

El cierre de la episiotomía puede hacerse en tres capas (Figs. 8-12). La primera, de la mucosa vaginal, con una sutura continua con material absorbible 2/0 o 3/0; la segunda, del músculo y tejido subcutáneo, también continua y con el mismo material y, por último, la piel puede cerrarse mediante puntos simples o una sutura intradérmica. Es importante cuidar que los bordes de la herida a nivel de la comisura vulvar superior queden perfectamente coaptados, evitando la aparición de un escalón. Por último, un collar isabelino evitará el lamido de la herida, con su consecuente inflamación.



Fig. 2. El primer paso para la realización de una episiotomía es la colocación de dos pinzas de Doyen a ambos lados de la línea de incisión, al objeto de reducir el sangrado.



Fig. 3. Se realiza a continuación una incisión sobre la piel del rafe medio del periné. La incisión se extiende desde la comisura dorsal de la vulva hacia el ano, tanto como sea preciso para obtener un acceso cómodo al interior de la vagina. Es importante respetar el esfínter anal.



Fig. 4. La incisión se profundiza a través del tejido subcutáneo y la capa muscular de la pared de la vagina. El uso del bisturí eléctrico y el mantenerse sobre la línea media contribuyen a disminuir el sangrado.

Las complicaciones más frecuentes de las cirugías en las que se recurre a una episiotomía son el sangrado y la lesión accidental de la uretra. Las evitaremos realizando la incisión justo por el rafe del periné y localizando la uretra mediante sondaje.



Fig. 1. Se coloca al paciente en decúbito prono, con el tercio posterior en un extremo de la mesa y con la cola bien asegurada.