

CIRUGÍA

GASTROPEXIA PROFILÁCTICA EN PERROS POR MEDIO DE ENDOCIRUGÍA

C. A. Rodríguez, R. Rivera, J. L. Juárez, D. M. Beristain, A. Valenzuela

UACJ

Comunicación

Objetivos

La dilatación y vólvulo gástrico (DVG) es una enfermedad mortal que afecta a perros de razas grandes y gigantes. La torsión gástrica pone en peligro la vida del paciente, lo que marca la diferencia entre que se presente una dilatación o una torsión gástrica solo puede ser prevenida por una gastropexia. Algunos autores recomiendan la gastropexia como una cirugía electiva para prevenir la torsión gástrica.

La gastropexia puede ser realizada de manera abierta o por medio de cirugía de mínima invasión, descrita desde 2001, teniendo beneficios como una realización y recuperación rápida, ser segura y mantener la fijación por un tiempo adecuado. De las cirugías de mínima invasión la gastropexia por laparoscopias asistida es recomendada pues requiere menos tiempo, habilidad y da una mejor fijación, además, al paciente solo se le realizaron dos pequeñas incisiones.

Este trabajo propone dos maneras de realizar gastropexias profilácticas en perros por endocirugía.

Materiales y Métodos

Se utilizaron 12 perros de más de 20 Kg, divididos en tres grupos de cuatro perros.

Grupo A.- Gastropexia asistida según técnica de Rawling. Se introduce una cámara por un trocar de 10 cm, 3 cm caudal a la cicatriz umbilical, y otro puerto localizado a la derecha del músculo recto abdominal, 3 cm caudal a la última costilla. Se introduce una pinza Babcock. Por este puerto es donde se realiza la pexia asistida.

Grupo B.- Gastropexia asistida por laparoscopia. La cámara se introdujo por un trocar 10 cm colocado lateral a la cicatriz umbilical, y otro a 4 cm del puerto para introducir la pinza Babcock, se toma el antro y se lleva a la pared, se retiran ambos trocares y se realiza una incisión para unir los dos orificios, donde se realiza la pexia del antro a la pared.

Grupo C.- Gastropexia percutánea guiada por endoscopia. Se introdujo un endoscopio hasta localizar el antro, este fue empujado hacia la pared abdominal, se localizó percutáneamente con la luz del endoscopio, se posicionó a la derecha del músculo recto abdominal, aproximadamente 3 cm caudal a la última costilla, después se abrió con bisturí la piel y las capas musculares y el peritoneo y se hizo un colgajo de serosa y muscular saturándose al músculo transversal, después se cubrió con el músculo oblicuo cerrando piel.

Parámetros evaluados: tiempo de cirugía, complicaciones y tamaño de la herida, medición del dolor una, ocho y 12 horas posquirúrgico.

Resultados

Tiempo promedio de cirugía:

Grupo A.- 18.25 minutos (15 a 25 minutos).

Grupo B.- 41.25 minutos (35 a 50 minutos).

Grupo C.- 19.5 minutos (16 a 22 minutos).

Tamaño de la herida:

Grupo A.- 4 cm la de la gastropexia mas una herida de 1 cm donde se introduce la cámara.

Grupo B.- 4 cm de la gastropexia.

Grupo C.- 4 cm de la gastropexia.

En ninguno de los tres grupos se presentaron complicaciones quirúrgicas.

El dolor que presentaron los tres grupos fue similar con un promedio de 7 puntos en la escala del dolor de la Universidad de Melbourne.

Conclusiones

La gastropexia profiláctica deberá de realizarse en el menor tiempo posible y con la menor cicatriz, pero que al mismo tiempo de una seguridad suficiente. Esta demostrado que la gastropexia asistida cumple con estos objetivos. Encontramos que los tiempos de realización de los grupos A y C fueron similares, pero los del grupo B fueron mas lentos.

En cuanto al tamaño de la herida en los tres grupos se obtuvo un parámetro similar de 4 cm, logrando con los perros de los grupos B y C una sola herida contra dos del grupo A. Aun así el grupo A tiene la ventaja de poder revisar la posición del estomago al final de la cirugía.

Concluimos que la gastropexia profiláctica realizada por dos puertos del lado derecho es mas complicada y lenta que la descrita por Rawlings. Pero la técnica de gastropexia profiláctica percutánea es similar en cuanto facilidad de realizarla y a tiempo de cirugía que esta ultima y nuestro paciente solo tendrá una herida de cuatro cm. al final de la cirugía.

Bibliografía en Libro de Ponencias y Comunicaciones 42 Congreso Nacional AVEPA