

Plastrón intestinal en canino de 7 años. *Reporte de un caso.*

PALABRAS CLAVE: Plastrón intestinal > Inflamación > Fibrosis > Neuropatía

Augusto Donayre Casas.

Médico Veterinario Zootecnista.

Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica Perú

Introducción

Un plastrón es una masa formada por intestino y omento inflamado y adherido, con poca o ninguna acumulación de pus; la inflamación transmural se extiende a través de la subserosa, serosa y el peritoneo, para comprometer en el proceso inflamatorio a los órganos adyacentes ⁽¹⁾.



Reporte de caso.

Se presenta al hospital un paciente llamado “Donald”, el cual es un cruce de Poodle de aproximadamente unos 7 años de edad, el cual sus propietarios lo traen por qué lo habían notado raro hace unos tres días aproximadamente, notaban que caminaba como si estuviera mareado, vomitaba constantemente, y mucho dolor abdominal cuando intentaban cargarlo.

Examen físico.

Al examen físico Donald tenía muchísimo dolor abdominal (abdomen agudo), las mucosas se tornaban sumamente pálidas, el paciente era pobremente responsivo al medio externo, presentaba también taquicardia e hipotensión (PAM 60mmHg) y una severa hipotermia (T° 33°C), todo indicaba que el paciente se encontraba en shock, por lo que procedimos a tomar analíticas sanguíneas, y estabilizarlo.

Hallazgo en las analíticas sanguíneas.

Procedimos a tomar analíticas, como hemograma y bioquímica sanguínea, la cual en el hemograma obtuvimos un hematocrito de 16.8% y 5.4 g/dl de hemoglobina, la serie blanca y plaquetas se hallaban en rangos normales. En los resultados de bioquímica sanguínea encontramos aumento del AST (152 U/L), ALP (295 U/L), y UREA en 114.29 mg/dl.

En base a lo observado en el hemograma planteamos la necesidad realizar una transfusión sanguínea de urgencia, con respecto a la bioquímica sanguínea, observamos que existe azotemia pre-renal, con moderada lesión hepática y/o muscular.

Hallazgo ecográfico.

Debido al marcado dolor abdominal que manifestaba el paciente realizamos un A-FAST (Focussed Assessment with sonography for trauma) el cual es la prueba de elección en la detección de líquido libre, tanto en medicina humana como en veterinaria, en los pacientes inestables para el manejo y diagnóstico de lesiones intraabdominales ⁽²⁾.

El paciente presentaba líquido libre denso y de apariencia celular en 2 cuadrantes abdominales (espleno-renal y hepatorenal), también observamos una estructura inespecífica que desplazaba el riñón derecho con características hiperecogénicas. Circundante a la estructura se observó también moderada reacción peritoneal (peritonitis).

Decidimos punzar el líquido observado en la ecografía, y obtuvimos colecta purulenta y sanguinolenta, por lo que nuestras sospechas de que nos enfrentábamos a un plastrón eran bastante altas.



Imagen-1 Jeringa con la muestra purulenta y sanguinolenta del foco espleno-renal.

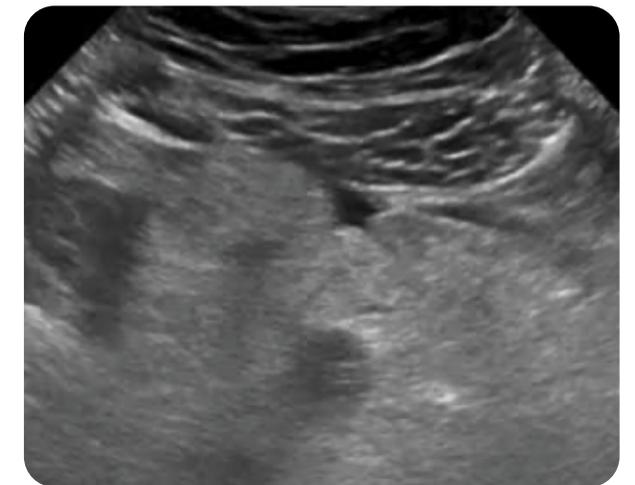


Imagen-2 Imagen ecográfica en la que se observa líquido libre denso y celular, además de reacción peritoneal moderada.

Manejo médico.

Identificando los signos de shock, procedimos a administrar oxigenoterapia, y fluidoterapia de shock (perros 15 a 20ml/kg en base a metas) con lactato de ringer. así como manejo del dolor con fentanilo a 2ug/kg/hora y lidocaina 30ug/kg/hora, y calentamiento pasivo (1grado por hora). En base a la colecta obtenida, solicitamos un cultivo y antibiograma el cual fue rechazado por los propietarios. Administramos triple terapia antibiótica: enrofloxacin 10mg/kg, ceftriaxona 20mg/kg y metronidazol 10mg/kg. ▶



Debido a que el paciente necesitaba una transfusión de sangre, solicitamos a los propietarios encontrar un donador en buen estado de salud. Afortunadamente el congénere que vivía con Donald era un canino hembra de 30kg y de excelente estado de salud (comprobado con analíticas e imágenes). Por lo cual decidimos colectar su sangre en una bolsa de transfusión.



Colectada la sangre en la bolsa de transfusión, procedimos a transfundir a Donald, el cual luego de hora y media, se encontraba mucho más estable, la presión arterial se había restituido, así como la temperatura corporal.



En base a lo observado en la ecografía, nuestro diagnóstico presuntivo era un plastrón intestinal, por lo que planificamos realizar una celiotomía exploratoria.



Manejo quirúrgico.



Luego de una larga lucha por estabilizar al paciente, ingresamos con Donald a quirófano. El mantenimiento anestésico fue complejo, debido a que la hipotensión era refractaria a fluidos, por lo que utilizamos vasopresores como norepinefrina (0.7 ug/kg/min). Fue imprescindible la necesidad de utilizar ventilación a presión positiva (ventilador mecánico).



Una vez incidida la cavidad abdominal, obtuvimos colecta purulenta, luego de realizar la respectiva succión del contenido, localizamos el problema. Existía un plastrón el cual tomaba el 80% del yeyuno, y es posible que se haya generado por una ruptura intestinal. El siguiente paso a realizar, cuando nos encontramos con estas entidades es realizar una enteroanastomosis, en este caso fue DUODENO-ILEAL (el íleo se identificó por el característico vaso sanguíneo antimesentérico). Debido a que el bazo se encontraba adherido al plastrón, realizamos también una esplenectomía total. Las suturas se realizaron con Polidioxanona de calibre 3-0. Finalmente realizamos la respectiva omentalización en las porciones intervenidas, luego hicimos la síntesis de la cavidad abdominal.



Cambios fisiológicos propios de la adaptación intestinal.

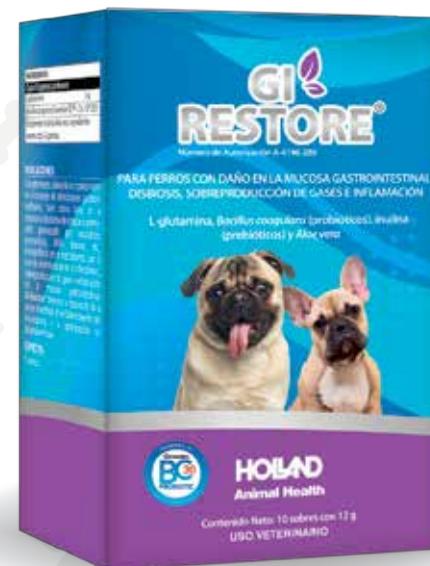
Cuando la resección intestinal afecta al duodeno y/o yeyuno, el íleon se puede adaptar para realizar las funciones absorptivas, por lo que la resección es mejor tolerada que si afecta al íleon. Existe una reducción temporal en la absorción de la mayor parte de nutrientes, que es compensada por la adaptación ileal. Mientras que la adaptación yeyunal es solo funcional, la ileal lo es en estructura y función. A pesar de la adaptación ileal, la digestión enzimática se ve afectada por la pérdida irremplazable de hormonas entericas producidas en el yeyuno (colecistokinina, secretina, GIP y VIP). ▶

GI RESTORE®



PARA MAYOR INFORMACIÓN ESCANEA EL QR

LA COMBINACIÓN PERFECTA para un aparato digestivo sano



Complemento alimenticio coadyuvante en el manejo de alteraciones gastrointestinales:

- Daño en la mucosa o síndrome de intestino permeable (provocado por coccidiosis, parvovirus, AINEs, toxinas, etc)
- Desequilibrio en el microbioma (por el uso de antimicrobianos, alergias alimentarias o infecciones)
- Sobreproducción de gases e inflamación de la mucosa gastrointestinal
- **No requiere refrigeración.**



INGREDIENTES



L-glutamina

La L-Glutamina es un aminoácido básico para la formación de proteínas en el cuerpo.



Bacillus coagulans (Ganeden BC30)

La administración de probióticos mejora la salud del tracto gastrointestinal al proporcionar lo que el cuerpo requiere para restablecer el balance del microbioma, previniendo así: diarreas, disbiosis y enteropatías.



Inulina

Mejora el tránsito y estimula la integridad intestinal. Provoca un engrosamiento en la capa de moco que protege el intestino, aumentando la resistencia a infecciones intestinales, además de reducir los gases.



Aloe vera:

Contiene vitaminas y minerales que ayudan a reforzar el sistema inmunológico,



Suscríbete a nuestro Boletín Holland para recibir información importante

PARA USO DEL MÉDICO VETERINARIO
www.holland.mx





Imagen- Luego de incidir la cavidad abdominal, obtendremos moderada colectapurulenta, por lo cual procedemos a realizar succión.



Imagen- Observamos el plastron, con la pseudocápsula abierta, también se puede observar una porción del bazo adherida al plastron.



Imagen- Enteroanastomosis duodeno ileal finalizada.



Donald en su último control médico, ha subido 1 kg de peso, afortunadamente las heces que presenta son consistentes y el apetito excelente.

Las secreciones biliares y pancreáticas disminuyen por la falta de colecistocinina y secretina, mientras que se elevan los niveles de gastrina por aumento del GIP y VIP, produciendo hipersecreción ácida gástrica ⁽³⁾.

Manejo hospitalario.

Donald estuvo hospitalizado 13 días, los cuales los cambios propios de la adaptación intestinal, generaron trastornos complejos en el paciente, como el íleo paralítico persistente, gastritis hipersecretoria, manejo del dolor y la prevención de la sepsis. Para ello Donald requería fluidoterapia constante, antibióticos, se administraron probióticos (digermin), y requirió de una sonda nasogástrica para retirar el material acumulado en el estómago propio del trastorno de adaptación intestinal. Fue necesario también la administración de metoclopramida en infusión (1mg/kg/24horas) para favorecer el tránsito intestinal.

Con el pasar de los días Donald fue mejorando su condición médica, ya toleraba mejor los alimentos medicados, se obtenía menos colecta de líquido gástrico, ecográficamente la motilidad gastrointestinal era más óptima, y la peritonitis que existió alguna vez, fue mejorando. Luego de 13 días de hospitalización Donald se fue de alta.

Donald continúa viniendo con nosotros a sus controles y se encuentra en buen estado de salud ■

Revisión bibliográfica

1. Andrés, B; et al. Controversias al manejo de PLASTRON apendicular. Rdo Colombia. Vol 19. Nro 3. Bogotá 2014
2. A. García; N, Aguilar. A fast y T-fast ecografía abdominal y torácica de urgencias. Resumen 42. Nro 1. Mayo 2022.
3. Ballesteros, p; Vidal, C. Síndrome de intestino corto y adaptación intestinal. HOSP. Vol 22. Suple 2. Madrid. Mayo. 2017.