



Universidad Nacional del Nordeste

Facultad de Ciencias Veterinarias

Corrientes - Argentina

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

-MÓDULO DE INTENSIFICACIÓN PRÁCTICA-

OPCIÓN: CLÍNICA DE PEQUEÑOS ANIMALES.

TEMA: “Tratamiento quirúrgico para absceso paraprostático” (Reporte de un caso).

TUTOR EXTERNO: M.V. Mayra Luz López Ramos.

TUTOR INTERNO: M.V. José Cao.

FIRMA

RESIDENTE: Juan Manuel Orianki.

E - MAIL: juanma12061986@gmail.com

-2020-

Dedicatoria:

Quiero dedicarle mi TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN a “Coco” y a Elena, mis padres; y a Verónica, mi pareja; por haberme apoyado siempre, sin condiciones, durante todo el transcurso de mi carrera.

Juan Manuel Orianki.

Agradecimientos:

Quiero agradecer a Dios y a la Santísima Virgen María por haberme dado fuerzas y haberme levantado en mis momentos de tropiezos y caídas.

Quiero darle las gracias a “Coco” y a Elena, mis padres; a Verónica, mi pareja; a mis hermanas; y a todos mis familiares, amigos, y conocidos por haber creído siempre en mí, que tarde o temprano iba a llegar a la meta.

Quiero agradecer a mi tutora externa, la Doctora Mayra López Ramos; a su papá, el Doctor José Eduardo López; a su esposo, el Doctor Eduardo Saravia; y a toda su familia por haberme permitido poder realizar mi residencia externa en su Clínica Veterinaria, por su hospitalidad, y por todas sus enseñanzas.

Y, por último, quiero brindarle mi agradecimiento al Doctor José Cao, mi tutor interno, por guiarme, con paciencia y humildad, en la realización del PROYECTO y de éste TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN.

Agradezco, infinitamente, a cada una de éstas personas por TODO.

Juan Manuel Orianki.

Índice:

Dedicatoria.....	1.
Agradecimientos.....	2.
Resumen.....	4.
Introducción.....	5.
Objetivos.....	8.
Materiales y Métodos.....	9.
Resultados y Discusión.....	17.
Conclusión.....	20.
Bibliografía.....	21.

Resumen:

Se expone el caso clínico de un paciente canino macho de raza indefinida de 5 años de edad que fue presentado a consulta en Clínica Veterinaria “Ta’yrusú” de la ciudad de Corrientes Capital (Argentina), el cual, el motivo de consulta fue que el paciente presentaba dificultad para orinar. La información obtenida a partir de la anamnesis, examen físico y estudios complementarios (radiografía y ecografía) permitieron diagnosticar “absceso prostático”. Se decidió llevar a cabo tratamiento quirúrgico utilizándose la técnica quirúrgica de “omentalización prostática” más “orquidectomía preescrotal abierta”. Se obtuvo un resultado exitoso y satisfactorio, en los días posteriores el paciente no demostró dolor ni dificultad para orinar, sumado a la evaluación clínica del paciente. Podemos concluir, en este presente trabajo, de acuerdo al resultado obtenido, que la técnica quirúrgica utilizada es recomendable por su practicidad, eficacia y mínimas complicaciones.

Introducción:

Los abscesos prostáticos son acumulaciones localizadas de material purulento dentro del parénquima prostático. (Fossum 1999).

Bajo condiciones normales la próstata está protegida de la colonización bacteriana por la producción local de IgA e IgB secretorias, la síntesis del factor antibacteriano prostático y la eliminación de microorganismos mediante la micción frecuente. (Nelson 2000).

Una infección bacteriana ascendente puede ser responsable de la formación de un absceso prostático. La infección aparece debido a cambios en los mecanismos normales de defensa que previenen el movimiento retrógrado de bacterias de la flora uretral o puede ser secundaria a otro trastorno (por ejemplo, hiperplasia quística). (Schaer 2006).

Los abscesos suelen producirse fundamentalmente en machos no castrados, mayores, con prostatitis, metaplasia escamosa o quistes. Aunque los abscesos prostáticos pueden suceder en perros jóvenes de 2 años de edad, la mayoría son mayores de 8 años. (Fossum 2009). A partir de los 5 años de edad comienza a aumentar el número de machos con enfermedad prostática o prostatitismo. (Sorribas 2007).

Los síntomas en los animales por lo usual son presentados debido al comienzo agudo de depresión/letargia, esfuerzo en la micción o defecación, hematuria, vómito, malestar o dolor y poliuria/polidipsia. La palpación rectal a menudo es dolorosa y también puede haber dolor abdominal caudal, dolor lumbar y rigidez de los miembros posteriores. Los patrones roetgenográficos incluyen prostatomegalia, bordes indefinidos y mineralización ocasional. La evaluación ultrasonográfica identifica espacios llenos de líquidos intraparenquimatosos, hiperecoicos. (Fossum 1999). En el hemograma, si bien puede encontrarse recuentos leucocitarios normales, lo usual es detectar leucocitosis neutrofílica con o sin desvío a la izquierda y la presencia de formas tóxicas. (Gómez 2012). El absceso protático se diagnostica sobre la base de hallazgos en el examen físico, cultivo de líquido prostático u orina y estudios citológicos del material obtenido mediante masaje o aspiración de la glándula. (Nelson 2000).

La enfermedad sistémica debería ser tratada con antibióticos de amplio espectro, fluidos, restitución electrolítica y antiinflamatorios. (Schaer 2006).

La próstata, por lo usual, es abordada mediante laparotomía caudal. También se la puede abordar desde el perineo, por lo regular, como parte de la reparación quirúrgica de la hernia perineal. Cuando el líquido se acumula dentro del parénquima por abscedación, se indica el drenaje. Se puede usar el drenaje mecánico (drenes de Penrose o aspiración), fisiológico (omentalización) o anatómico (marsupialización) con rapidez en pacientes sépticos que no toleran una resección prolongada o como procedimiento de emergencia. La omentalización es la técnica más efectiva y libre de complicaciones. El omento se puede utilizar como un dren fisiológico en el tratamiento de la abscedación prostática y después de la resección incompleta de quistes prostáticos y paraprostáticos. Tiene las ventajas de eficacia, facilidad quirúrgica y complicaciones mínimas. Cuando se emplea la omentalización para tratar la abscedación, se hacen dos incisiones laterales en la cápsula, se desgarran las loculaciones con el dedo, se recolectan muestras para cultivo e histopatología, y se realiza el lavado; el omento es introducido a través de una capsulotomía, alrededor de la uretra, y sale por la misma incisión, donde se lo sutura a sí mismo con puntos en U, empleando material absorbible. Para el tratamiento de los abscesos o quistes con resección incompleta, el omento, simplemente, es movilizado hasta el área y suturado dentro del absceso o cavidad quística remanente. El omento puede movilizarse con facilidad hasta la próstata, pero si es necesario, se lo puede alargar con incisiones que respeten la perfusión y movilización caudal. (Slatter 2006). La castración o el tratamiento androgénico son una terapia conjunta necesaria. (Schaer 2006).

Las complicaciones posquirúrgicas agudas incluyen vómito o retención de orina en el 7% de los perros. La muerte puede ocurrir en los perros con sepsis o peritonitis. La incontinencia urinaria transitoria se describe hasta en el 20% de los perros después de la omentalización prostática. La incontinencia puede ser secundaria a daño neurológico por disección o tracción excesiva durante la cirugía. Los perros afectados deberían evaluarse en busca de cistitis y obstrucción uretral causada por la continuidad del agrandamiento prostático. La incontinencia responde a la fenilpropanolamina y, por lo general, se resuelve en 8 semanas. (Tobias 2011).

Anatomía y Fisiología:

Anatomía:

La próstata es relativamente grande, de color amarillento y con una estructura densa. (Sisson 1982). La próstata madura normal pesa 0,64-0,96 g/kg en un perro del tamaño de un Beagle. La próstata del Scottish Terrier es, fisiológicamente, cuatro veces más grande que la de otros perros de igual talla. (Dupré y col. 1998). Se localiza a la altura del borde craneal del pubis o cerca de él. Es globular y rodea el cuello de la vejiga y la uretra durante su unión. Existe un surco medio que indica una división en dos lóbulos laterales. La cápsula y estroma contienen gran cantidad de músculo liso. Los conductos son numerosos. Los lóbulos de tejido prostático (*par disseminata*) se encuentran también en la pared de la uretra a corta distancia, en sentido más bien caudal. La glándula está sujeta a muchas variaciones en tamaño y a menudo está alargada, especialmente en los animales viejos. La posición de la próstata varía. Cuando la vejiga está vacía y contraída, la glándula está totalmente en la cavidad pélvica y puede tener 2,5 cm. o más, caudal al borde craneal del pubis. Cuando está llena, la próstata se halla en posición casi totalmente pre pélvica. (Sisson 1982). (**Figura N° 1**).

Fisiología:

La glándula prostática del perro, por ser la única glándula accesoria presente, está bien desarrollada, aporta un gran volumen de fluido a la eyaculación que es liberado en su mayor parte como una fracción postesperma del eyaculado. La próstata elabora una proteína conjugada llamada antíglutinina cefálica que previene la aglutinación de los espermatozoides. (García Sacristán 1995).

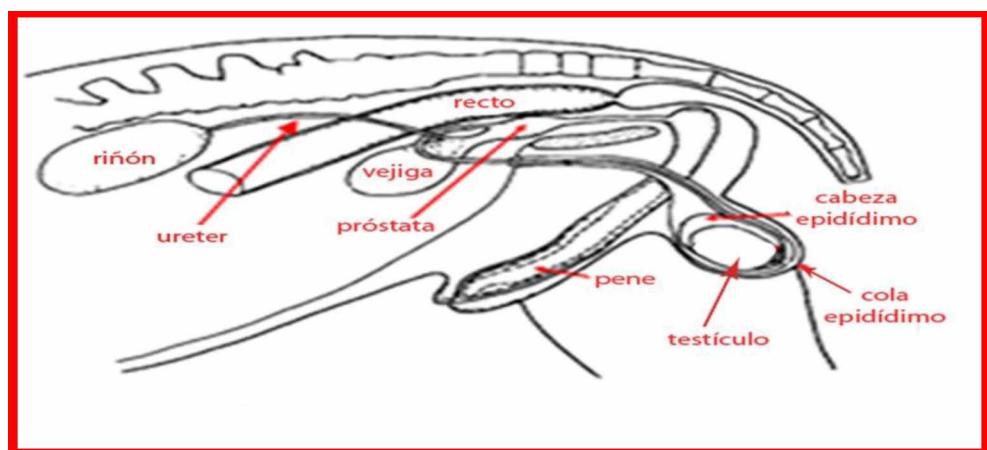


Figura N°1 (Aparato reproductor del perro).

Objetivos:

Evaluar la técnica quirúrgica de omentalización prostática llevada a cabo en el paciente.

Realizar el seguimiento postquirúrgico a corto plazo del paciente.

Materiales y Métodos:

El presente caso clínico se llevó a cabo en “Veterinaria Ta’yrusú”, ubicada en calle Lavalle N° 685 de la ciudad de Corrientes Capital (Argentina); donde se presentó a consulta un paciente de especie canina, raza indefinida, sexo macho, edad 5 años, acusó un peso de 13,500 kg., y respondía al nombre de “Escobar”. El motivo de la consulta fue que el paciente presentaba dificultad para orinar.

Durante la anamnesis el propietario comentó que el animal estaba decaído, no quería comer y le costaba orinar mostrando signos de dolor.

El examen clínico, a la inspección se encontraba deprimido, facie apagada, actitud, a la estación, anti álgica (xifosis, renuencia a movilizarse), temperatura rectal 39,3°C, frecuencia cardíaca 141/minuto, frecuencia respiratoria 28/minuto, mucosas (óculo-palpebral, bucal y prepucial) pálidas, grado de deshidratación 5%, y el estado de nutrición regular. A la palpación abdominal se detectó la vejiga cargada de orina, se realizó un sondaje vesical y se extrajo 300 ml., aproximadamente, de orina de aspecto purulento. Se decidió realizar tacto rectal donde el paciente manifestó dolor y se pudo detectar posible aumento de tamaño de la próstata. Para confirmar la alteración de la próstata se procedió a exámenes complementarios: radiografía abdominal (**Figuras N° 2, 3 y 4**) y ecografía también de tipo abdominal (**Figura N° 5**). Se realizó dos incidencias radiográficas, una ventro-dorsal y otra latero-lateral donde se constató el aumento de tamaño de la próstata con bordes definidos. Y la ecografía fue de tipo abdominal, el paciente en decúbito lateral derecho e izquierdo, abordaje en ventral donde se identificó espacios llenos de líquido hiperecoicos.



Figura N° 2 (Incidencia radiográfica abdominal latero-lateral).



Figura N° 3 (Incidencia radiográfica abdominal ventro-dorsal).



Figura N° 4 (Incidencia radiográfica abdominal ventro-dorsal [aumentada]).

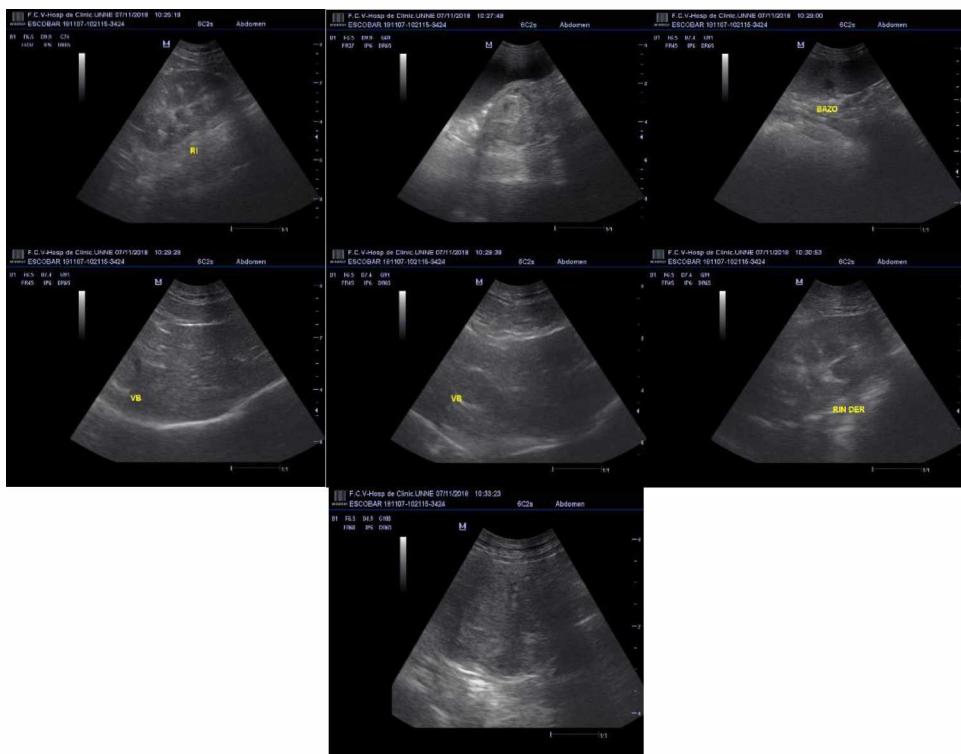


Figura N° 5 (Ecografía de tipo abdominal).

Durante el transcurso del diagnóstico el animal fue tratado con antibióticos (Enrofloxacina: 5 mg./kg. vía SC cada 12 hs. durante 6 días; Sulfametazina sódica [20 mg./kg.] + Trimetoprim [4 mg./kg.]: vía SC cada 24 hs. durante 6 días); analgésicos (Ketoprofeno: 1 mg./kg. vía SC cada 24 durante 2 días; Tramadol: 1 mg./kg. vía SC cada 24 hs. durante 2 días) hasta el día en el cual se realizó la cirugía. Una vez confirmado el diagnóstico por la mañana, se decidió programar y realizar la cirugía por la tarde.

Ya por la tarde, se estabilizó al paciente antes de la cirugía. Para las etapas anestésicas se utilizó como premedicación: Tramadol (2 mg./kg.) vía SC; inducción: Propofol (4 mg./kg.) vía EV; seguida intubación con tubo endotraqueal Murphy N° 6,5 mm. con balón para mantener una vía aérea permeable y asegurar una correcta oxigenación y ventilación, previa aplicación de lidocaína en gel al 2 % sobre el tubo endotraqueal. Luego, se continuó con la tricotomía de la zona lumbosacra para anestesia epidural: 1 ml. cada 4,5 kg. de Lidocaína (70 %) + Bupivacaína (30 %) entre L7-S1, y del abdomen ventral y cara medial de los muslos, también el lavado del prepucio con povidona yodada al 0,1 %.

Con respecto a la intervención quirúrgica, se procedió a hacer laparotomía abdominal ventral mediana prepública (parapeneana) y la técnica que se utilizó fue la “omentalización prostática” más “orquidectomía preescrotal abierta”.

Una vez que se estabilizó, premedicó, indujo y se realizó la tricotomía en el pre-quirófano; el paciente fue trasladado al quirófano, colocado sobre la camilla en decúbito dorsal, se acopló el tubo endotraqueal a la salida de gases frescos de la máquina de anestesia inhalatoria con Isoflurano para el mantenimiento anestésico durante el acto quirúrgico. Se realizó la embrocación correspondiente utilizando pinzas estériles con gasas estériles y alcohol al 70°, iodopovidona al 10%, alcohol al 70°, e iodopovidona al 10% de nuevo. Luego, se continuó con la colocación de dos campos quirúrgicos, el primero de material no absorbible (bolsa de polietileno) sujeto a la piel con pinzas Backhaus, y el segundo de tela.

Primeramente se llevó a cabo la cirugía de omentalización prostática. Con bisturí se incidió piel desde el ombligo (pasando a un costado del pene) hasta el pubis. Se continuó con el segundo plano, el tejido subcutáneo, realizando divulsión delicada del mismo con tijera Metzembau. Luego, se procedió con la diéresis de la línea alba y peritoneo, realizando un pequeño hojal con el bisturí, introduciendo dos dedos utilizándolos como conductor manual de la diéresis, y continuando la incisión con tijera Metzembau. Ya realizada la celiotomía, se continuó con la exploración de la cavidad abdominal, aislamiento de la vejiga y de la próstata utilizando gasas estériles (**Figura N° 6**). A continuación, con una jeringa de 20 ml. y una aguja 25/8, se succionó el pus de los abscesos paraprostáticos (250 ml. aproximadamente) (**Figuras N° 7, 8, 9, 10**) y también se evacuó la orina de aspecto purulento de la vejiga urinaria (300 ml. aproximadamente) (**Figuras N° 11 y 12**) con otra jeringa y aguja, ambas de las mismas medidas que las anteriores. Luego, se hicieron numerosos lavados con solución fisiológica estéril con el fin de diluir los remanentes del pus durante los procesos de drenaje y divulsión del parénquima prostático para evitar la diseminación en la cavidad abdominal, conjuntamente con aspiración a través de aspirador de diafragma. Seguido de éste acto, se realizó una capsulotomía bilateral de la próstata, se tomó epiplón y se lo introdujo, con una pinza curva de Crile, a través de la incisión contralateral. Luego, se pasó el epiplón alrededor de la uretra prostática, se lo sacó por la incisión de entrada y se lo fijó a sí mismo con sutura no absorbible (nylon N° 0,25) con

puntos simples discontinuos (*Figuras 13, 14 y 15*). Finalizado éste procedimiento quirúrgico, enseguida se procedió a la síntesis de la laparotomía mediana en tres planos (primer plano: línea alba; segundo plano: tejido subcutáneo; y tercer plano: piel) y el patrón de sutura que se utilizó, en cada plano, fue discontinuo con puntos en “X” con nylon N° 0,30 para la línea alba y la piel y nylon N° 0,25 para el tejido subcutáneo.



Figura N° 6 (Exposición de vejiga y próstata).

Figuras N° 7 y 8 (Succión del pus de los abscesos paraprostáticos).



Figura N° 9 (Succión del pus de los abscesos paraprostáticos). Figura N° 10 (Descarga del pus succionado sobre bandeja riñonera).



Figuras N° 11 y 12 (Pus y orina de aspecto purulento succionados y depositados dentro de recipientes).



Figura N° 13, 14 y 15 (Omentalización de abscesos paraprostáticos).

Se constató la presencia de ambos testículos en sus respectivas bolsas escrotales, a continuación se llevó a cabo la orquidectomía preescrotal abierta. Se empujó un testículo hacia craneal y se incidió la piel y el tejido subcutáneo a lo largo del rafe medio y por encima del testículo desplazado. Luego, se incidió la fascia espermática y la túnica vaginal parietal para exteriorizar el testículo. Despues, con una pinza hemostática curva de Crile, a nivel de la unión con el epidídimo, se presionó la túnica vaginal; se separó con los dedos el ligamento de la cola del epidídimo de la túnica traccionando con la pinza hemostática sobre

la túnica. Se exteriorizó el testículo un poco más traccionando caudalmente y hacia afuera para identificar bien las estructuras del cordón espermático. Una vez que se identificó las estructuras del cordón espermático, se procedió a ligar, por un lado el cordón vascular, y por otro lado el conducto deferente; y por último se realizó una tercera ligadura circular que abarcó el plexo pampiforme y el conducto deferente. La sutura que se utilizó para hacer las ligaduras fue nylon N° 0,25. Luego, se colocó una pinza hemostática curva en el cordón espermático, próximo al testículo, se tomó el conducto deferente, por encima de la ligadura, con una pinza de Adson con estrías y se seccionó, con una tijera Metzenbaum, el cordón vascular y el conducto deferente entre la pinza hemostática y las ligaduras. Se inspeccionó el cordón espermático por si había presencia de hemorragia, y al constatar que no hubo hemorragia, se lo introdujo nuevamente dentro de la túnica vaginal parietal; y se ligó, con nylon N° 0,30, el músculo cremaster y la túnica. Luego, se continuó de igual manera con el otro testículo. Para finalizar, se suturó con nylon N° 0,30 la fascia incidida con sutura continua simple, también el tejido subcutáneo se suturó con nylon N° 0,25 con sutura continua simple, y por último la piel con sutura continua simple con nylon N° 0,30.

Se suspendió la anestesia inhalatoria, se extrajo el tubo endotraqueal, se utilizó como antibiótico Ceftriaxona (25 mg./kg.) vía EV cada 12 hs. y como analgésico Ketoprofeno (1 mg./kg.) vía SC cada 24 hs. (**Figura N° 16**).



Figura N° 16 (Paciente canino recostado sobre la camilla del quirófano en recuperación, sobre manta térmica, de la etapa anestésica).

El paciente continuó con la antibioticoterapia durante 2 días más con Ceftriaxona (25 mg./kg.) vía SC y con el analgésico correspondiente durante 2 días más, Ketoprofeno (1 mg./kg.) vía SC; más el control y toilette de la herida quirúrgica u operatoria con povidona yodada al 0,1%.

Resultados y Discusión:

Resultados:

Ambas intervenciones quirúrgicas (“omentalización prostática” y “orquidectomía preescrotal abierta”) se llevaron a cabo satisfactoriamente de acuerdo a lo previsto; la técnica quirúrgica, para solucionar los abscesos paraprostáticos, se efectuó sin dificultades. Tampoco, durante las cuatro etapas del acto anestésico, el paciente canino no mostró complicaciones, de manera tal, que respondió de excelente modo a las combinaciones anestésicas. Y, en cuanto al postquirúrgico inmediato del paciente (2 días), se demostró que fue eficaz la utilización del Ketoprofeno como analgésico y la Ceftriaxona como antibiótico, más la toilette de la herida con povidona yodada 0,1 %, porque el paciente llegaba a la consulta con una facie normal, su actitud a la estación y a la marcha eran normales, ya no presentaba más dificultades para orinar, su temperatura rectal era de 38,6°C y al otro día de 38,3°C, y la cicatrización de la herida quirúrgica de la piel fue evolucionando favorablemente.

Discusión:

Los perros con absceso también tendrán signos de enfermedad sistémica, incluidos letargia, fiebre, dolor abdominal y anorexia, y pueden evidenciar envaradura y edema de los miembros posteriores, según K. Tobias (2011). En cambio, el paciente de éste caso no presentó envaradura ni edema de los miembros posteriores.

El tacto rectal es un paso esencial de examen clínico que permite poner en evidencia el tamaño, la simetría, el aspecto, la movilidad, la posición y las reacciones del animal a la manipulación de la próstata. El examen radiográfico es una etapa necesaria para el diagnóstico y la ecografía es un método de diagnóstico de elección para las afecciones prostáticas. La ecografía también permite efectuar dos maniobras esenciales: la biopsia y la aspiración de líquido prostático guiadas ecográficamente. Además, permite no solo vaciar una cavidad quística, sino también realizar un examen citobacteriológico del líquido para establecer un tratamiento antiinfeccioso a partir de un antibiograma, según G. Dupré, L. Dupuy-Dauby y B. Bouvy (1998). El diagnóstico de prostatitis supurativa o absceso se confirma con la recuperación de un exudado supurativo a partir de la secreción uretral,

muestra de lavado prostático, sondaje traumático, eyaculado o aspiración con aguja fina, según D. Slatter (2006). En el paciente en cuestión, con el examen físico, sondaje uretral, estudios radiográfico y ecográfico bastó para confirmar el diagnóstico.

Dosis de anestésicos locales utilizados por vía epidural en canino: Lidocaína 2 % (0,22 ml/kg); Lidocaína 2 % (0,31 ml/kg); Lidocaína 2 % (1 ml/4,5 kg); Lidocaína 2 % (1 ml/3,5 kg); Lidocaína 2 % (3-5 mg/kg); Bupivacaína 0,5 % (1-2,5 mg/kg); Bupivacaína 0,5 % (0,22 ml/kg); Bupivacaína 0,5 % (0,31 ml/kg); Bupivacaína 0,5 % (1 ml/4,5 kg); Bupivacaína 0,5 % (1 ml/3,5 kg), ésto dice P. Otero (2012). No se recomienda mezclar lidocaína y bupivacaína, ya que la mezcla incrementa el tiempo de inicio y disminuye la duración respecto de cualquiera de los productos cuando se utilizan en forma individual, según K. Faunt y col. (2013). Dosis: La dosis varía según el efecto deseado: 1. 1 ml/4,5 kg de lidocaína al 2 % o bupivacaína al 0,75 % producirá anestesia, a nivel craneal, hasta L1. 2. 1 ml/5 kg de lidocaína al 2 % o bupivacaína al 0,75 %, si se anestesia hasta el nivel de T5, según dice W. Muir (2008). En éste caso se utilizó una combinación diferente de anestésicos locales (con uso de experiencia) que no concuerdan con la descrita por éstos diferentes autores, y esa combinación funcionó sin ninguna dificultad en el paciente canino.

Antes de comenzar la cirugía, coloque un catéter uretral, según T. Fossum (2009). Para facilitar la identificación de la uretra, coloque una sonda urinaria, según aclara K. Tobias (2011). Similar a otras cirugías urogenitales, se realiza la preparación para la cateterización uretral aséptica en cualquier momento del procedimiento, dice D. Slatter (2006). Esto no se realizó en el paciente, y no hubo necesidad de hacerlo, porque se identificó, sin dificultades, la uretra prostática durante la cirugía.

Junto a la cirugía prostática y la antibioticoterapia se recomienda la orquidectomía, según nos indica N. V. Gómez y S. Feijoo (2006). La castración puede reducir la duración de la infección, según nos dice T. Fossum (2009). Se realizó en el paciente la orquidectomía junto con la cirugía prostática (omentalización) como recomiendan los autores nombrados anteriormente.

Los microorganismos aislados con mayor frecuencia de la próstata infectada son *Escherichia coli*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus*, *Streptococcus* y *Proteus* sp., según nos dicen R. W. Nelson, C. G. Couto (2000), D. Slatter (2006), y M. Schaer (2006). La

selección de los antibióticos debería estar basada en los resultados culturales y la penetración aguardada de la barrera hematoprostática. Los antibióticos deben ser liposolubles (por lo general no ionizados), sin afinidad proteica y tener un pKa elevado (grado de ionización del fármaco; pKa elevado=más básico). Las infecciones de la próstata producen acidez en el líquido glandular, lo cual ayuda al secuestro de los antibióticos. Los antibióticos básicos que se concentran en la próstata incluyen eritromicina, clindamicina, carbenicilina, trimetoprima y enrofloxacina, según C. Viotti (2005). En el paciente en cuestión no se realizó cultivo ni antibiograma por la escasez de recursos económicos de la propietaria y se utilizó como antibiótico la ceftriaxona por los microorganismos más comúnmente aislados en una infección prostática (como detallé anteriormente), y según F. J. Doti (2009): Las cefalosporinas de tercera generación tienen actividad bactericida contra bacterias grampositivas pero muy potentes contra gramnegativas. Parenterales: resistentes a las beta-lactamasas; actividad antibacteriana elevada (Ceftriaxon – ceftiosfur – cefotaxima).

Ketoprofeno para analgesia posoperatoria: 1-2 mg/kg/día EV, SC durante 3 días luego de la intervención quirúrgica, según aclara D. C. Plumb (2006). La analgesia posoperatoria que se utilizó en el paciente si coincide con la citada por éste último autor.

Conclusión:

En el tratamiento quirúrgico para la abscedación prostática existen varias técnicas encontradas en la bibliografía, de las cuales puedo mencionar tres por ser las de mayor difusión y aplicación; el drenaje de Penrose, la marsupialización y la omentalización. Ésta última fue la que se utilizó y la cual presenta ciertas ventajas con respecto a las otras dos técnicas quirúrgicas; aprovecha las propiedades que ofrece el omento, una vez dentro de la próstata, se adhiere al parénquima prostático eliminando los abscesos y quistes al absorber las secreciones que se forman y logra una total recuperación por la neovasularización que transportan con facilidad macrófagos y fármacos. No se necesita dejar aberturas en la pared abdominal para drenar los contenidos de los abscesos, en comparación con otras técnicas, que pueden provocar mayores infecciones y requiere de monitorización intrahospitalaria y de un tratamiento médico más complejo. Tampoco necesita equipamiento complejo que al final van a encarecer el procedimiento quirúrgico, ni las necesidades de tratamiento y hospitalización posquirúrgica. En éste caso, durante el posquirúrgico, la recuperación del paciente fue buena y no hubo complicaciones de ningún tipo. Para finalizar, de acuerdo al resultado obtenido, puedo decir que la técnica quirúrgica que se utilizó es recomendable por ser práctica, eficaz, y con mínimas complicaciones; y que los objetivos del presente trabajo se cumplieron de acuerdo a lo establecido.

Bibliografía:

DOTI, Fernando J. 2009. Uso práctico de los antibióticos en la clínica de pequeños animales. 1ra Edición. Editorial Intermédica. Argentina. Pág. 31.

DUPRÉ, G.; DUPUY-DAUBY, L.; BOUVY, B. 1998. Patología y Tratamientos Quirúrgicos de las Afecciones Prostáticas del Perro. Pet's 14 (74).

FAUNT, Karen y col. 2013. La Guía Banfield de anestesia y manejo del dolor en pequeños animales. 1ra Edición. EM Ediciones. Buenos Aires. Pág. 30.

FOSSUM, Theresa W. 1999. Cirugía en Pequeños Animales. 1ra Edición. Editorial Intermédica. Argentina. Pág. 599-600.

FOSSUM, Theresa W. 2009. Cirugía en Pequeños Animales. 3ra Edición. Editorial Elsevier. España. Pág. 750, 752.

GARCÍA SACRISTÁN, Albino. 1995. Fisiología Veterinaria. 1ra Edición. Editorial McGRAW-HILL – INTERAMERICANA. España. Pág. 835.

GÓMEZ, Nélida Virginia y FEIJOÓ, Silvia. “Clínica Médica de Animales Pequeños”. 1ra Edición. Buenos Aires, ROYAL CANIN. 2006. Pág. 270.

GÓMEZ, Nélida Virginia y FEIJOÓ, Silvia. 2012. “Clínica Médica de Animales Pequeños I”. 1ra Edición. Editorial Eudeba. Buenos Aires. Pág. 472.

MUIR, William W. y col. 2008. MANUAL DE Anestesia veterinaria. 4ta Edición. Editorial Elsevier. España. Pág. 128.

NELSON, R. W. y COUTO, C. G. 2000. Medicina Interna de Animales Pequeños. 2da Edición. Editorial Intermédica. Argentina. Pág. 984.

OTERO, Pablo. 2012. Protocolos anestésicos y manejo del dolor en pequeños animales: Reporte de casos. 1ra Edición. Editorial Intermédica. Buenos Aires. Pág. 51.

PLUMB, D. C., PHARM, D. 2006. Manual de Farmacología Veterinaria. 5ta Edición. Editorial Intermédica. Buenos Aires, Argentina. Pág. 445.

SCHAER, Michael. 2006. Medicina Clínica del Perro y el Gato. 1ra Edición. Editorial Elsevier. España. Pág. 490.

SISSON, Septimus; GROSSMAN, James D. 1982. Anatomía de los Animales Domésticos. 5ta Edición. Tomo 2. Editorial Masson. España. Pág. 1735.

SLATTER, Douglas. 2006. Tratado de Cirugía en Pequeños Animales. 3ra Edición. Editorial Intermédica. Argentina. Pág. 1779, 1780, 1782, 1783.

SORRIBAS, Carlos E. 2007. Manual de emergencias y patologías frecuentes del aparato reproductor en caninos. 1ra Edición. Editorial Intermédica. Argentina. Pág. 96.

TOBIAS, Karen. 2011. Manual de Cirugía de Tejidos Blandos en Pequeños Animales. 1ra Edición. Editorial Inetermédica. Argentina. Pág. 209-212.

VIOTTI, Carlos. 2005. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS MÁS UTILIZADAS EN LA RESOLUCIÓN DE QUISTES Y ABSCESOS PROSTÁTICOS EN EL PERRO. Pág. 8.

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/19318/1/FV-26555.pdf>