

I'm not a robot!

Vet. Arg. - Vol. XXXV - No 365 - Septiembre 2018. Zubaldía, M.1;Ortemberg, L. 2; Bartolomeo, M.3 Este artículo describe los hallazgos clínicos, ultrasonidos, radioscópicos y endoscópicos en un caso de un macho Bulldog francés de 6 meses con hernia de hiato esofágico y hipertrofia apilórica. Palabras clave: Hiatal Hernia, hipertrofia pilorica, Bulldog francés. Hernia de hiato esofágico y hipertrofia pilorica en un bulldog francés de 6 meses. Resumen En este artículo se describen hallazgos clínicos, ultrasónicos, radioscópicos y endoscópicos en un caso de Bulldog masculino de 6 meses con hernia esofágica hiato y hipertrofia pilorica. Palabras clave: Hernia hial, hipertrofia pilorica, bulldog francés. 1 M profesional independiente, endoscopista, 2 doctorado en Clínica Médica y Gastroenterología Hospital Escuela de Ciencias Veterinarias UBA, 3 profesor de Patología Médica Facultad de Ciencias Veterinarias, Universidad de Rosario. Introducción La hernia del hiato esofágico es un diafragma anormal en el que el esófago y el estómago se protruuen en el pecho. (5). Es una anomalía rara con una presentación más alta en las razas braquicefálicas. Una forma congénita y una adquirida se pueden encontrar en 2 formas, esta última asociada con trastornos respiratorios y traumaismo. La hernia congénita ocurre durante la etapa embrionaria con un desarrollo incompleto del diafragma.(8). En los perros, hay dos formas, una común que es la toboganes hernia, en la que el esófago distal, la unión esofágico y parte del estómago pasan a través del hiato esofágico entrando en la cavidad torácica y otra infrecuente llamada paraesofágica. (1, 8) Ambos pueden combinarse o involucrar otros órganos abdominales. Hernias pueden ser fijas o dinámicas. (1) Las razas más predispuestas son el Shar pei chino, Bulldog ed emaxe mu moc odatsarapsed ioF .laroproc osep ed ocuop mu otecx e ,sedadiralucitrap uotneserpa ofÁn ele ,ocifÁcepse e lareg ovitejbo emaxe oN .omsaisutne e etitepa mob mu evet e ai@Arraid uotsefinam ofÁn ,seratnemila e sadnil ,sairjÁid sarfas ed sesem 2 ed air³Átsih amu moc atlusnoc Áodatneserpa iof dloV- htnoM- 6 ohcaM onilucsam oruot mu ,osac od ofÁsÁircseD .etirtsag e etigafose ,sacig;Áfose sejÁsÁurtbsbo ,esaf- agem a ,sasuac sartuo ertne ,iulcni sa§Áneod saud sad laicnerefid ocits³Ángaid O .)5(.etitepa e omsaisutne mob otium m³Átnam e sotnemila ed sarfas m³Át setneicap so ,etnemacissalC .)9(sa§Áar sasse arap orar odaredisnoc ©Á ele sam ,sacifÁuqarb sa§Áar sartuo e sªÁcnarf ,orrohcac ed setohlf me etneuqerf siam ©Á .)7(odagled onitsetni o arap ofÁtsegni ad megassap ad edadlucifid etne¾Áquesnoc a e oir©Áfse ³Ályp od olucs®Ám o atefa aifortrepilh ad emordnÁs A.avitinifed res edop euq ,acigr³Áric ofÁsÁuloser amu mereuquer sosac sotiuM)7,5(.cirtsig zedica a rizuder arap lozarpemo e asocum ad ofÁsÁetorp a rap otaflarcus ed osu o omoc ,sacid©Ám sadidem me odaesab ©Á a§Áneod ad otnematart O .)4,2(.aen©Átlumis acifeziuqarb emordnÁs amu m³Át sele odnauq sianis seroiam ahnet godlluB o euq es- atidercaA .soir³Átaripsni sotnemivom so etnarud xar³ÁT on rartne medop otnemaiacnereg o e etis o ,somsinacem sesse a odivideD .ogaf'Áse edadivac ad ortned e siaruelpartni sejÁsserp ed ofÁsÁuder Áavel ossi ,sacitjÁna sacitsÁretcarac saus s Áodived oir³Átaripsni o§Árofse mu etsixe ,sacitjÁhuqarb sa§Áar san ,euq es- eµÁpuS)8(.a§Áar reuqlauq me rerroco edop adiriuqda ainr©Áh A .)4,1(.ofÁsÁaripsa rop fÁnomuemp e aigafsid ,ai@Ánpoid ,otim'Áv ,laretil e sotnemila ed ofÁsÁatigruger omoc sianis ratneserpa edop a§Áneod a ,)8(sªÁcnarf oruot ofÁc o e coproparasitolÁ³Ágico coproparasitolÁ³Ágico negativo. La hematobioquÁÁmica general y el urianÁÁisis no arrojaron anormalidades. La respuesta previa a antivomitivos y dietas de exclusiÁÁn no mostraron resultados satisfactorios. Se realizÁÁ una ultrasonografÁÁ abdominal: con el siguiente resultado: en el estÁÁmago se observÁÁ un engrosamiento en capa muscular de proyecciÁÁn antral y pilÁ³Árica, la misma presentaba patrÁÁn hipocogenica levemente heterogÁÁneaa, tenÁÁa un grosor de 10 a 12 mm el resto de las capas estaban conservadas. Se observÁÁ una estratificaciÁÁn tambiÁÁ conservada en el resto del estÁÁmago. El contenido estomacal era escaso al momento de la exploraciÁÁn. Dichas imÁÁgenes son sugestivas de hipertrofia pilÁ³Árica. Para confirmar la sospecha se solicitÁÁ una radioscopy televisiva, se suministrÁÁ alimento balanceado en patÁÁ pasta mezclada con 200 g de bario (gastropaque en polvo)y con el paciente en estaciÁÁn mediante incidencia lateral se observÁÁ progresiÁÁn de bolo hasta porciÁÁn caudal de tÁÁrax y a travÁÁs de esÁÁfago. AllÁÁ se acumulÁÁ en una cavidad dorsal y en contacto con diafragma. A medida que se acumulÁÁ el contraste en dicha regiÁÁn comienza a desplazarse hasta el abdomen dentro del estÁÁmago. Se pudo evidenciar que dicha estructura en la cual se acumulÁÁ alimento con medio de contraste es parte del estÁÁmago que se encuentra dentro de la cavidad torÁÁctica. A los 5 minutos se observÁÁ movimientos gÁÁsticos con desplazamiento del contenido hacia el esÁÁfago. A los 25 minutos se observÁÁ leve pasaje de contenido hacia duodeno (en escasa cantidad), se observÁÁ reducciÁÁn grave de la luz en pÁÁloro. Desde incidencia laterolateral se observaron proyecciones del estÁÁmago en ambos laterales dentro del tÁÁrax, con Á una severa hernia de hiato esofÁÁgico fija (foto n1 y 2) y sospecha de hipertrofia pilÁ³Árica. Foto NÁÁ1: dilataciÁÁn esofÁÁgica y hallazgo del estÁÁmago en regiÁÁn torÁÁctica. Foto nÁÁ2: presencia estÁÁmago en la cavidad torÁÁctica y ausencia de evacuaciÁÁn del contraste baritado (20 minutos postigesta). ConclusiÁÁn: Se observa reflujo gastroesofÁÁgico, leve dilataciÁÁn del esÁÁfago, hernia de hiato, reducciÁÁn de la luz de pÁÁloro y como consecuencia reducciÁÁn del pasaje del contenido alimenticio hacia duodeno. Debido a la sospecha de una hipertrofia pilÁ³Árica se estudia la misma mediante una videoendoscopÁÁa de estÁÁmago, en la misma se observa: Á AEI cardias se encuentran dilatado tanto al ingresar al estÁÁmago como realizando la maniobra de retroflexiÁÁn, sugestivo de incompetencia de cardias, se observa poca distensibilidad de la cÃÁmara gÃÁstrica al insuflado, en fondo y cuerpo la mucosa estÁÁ edematoso con mÃÁltiples erosiones, en antro pilÁ³Árico se observa la mucosa edematoso con mÃÁltiples pliegues que impresionan aumentados de tamaÃ±o (foto NÁÁ3), cuando se enfrenta el pÁÁloro no se logra transponer a pesar de las maniobras realizadas presentando el mismo mucosa de aspecto normal al momento del estudio. Como terapÃÁutica inicial se indica la administraciÁÁn de un bloqueante de la producciÁÁn de AÃÁcido gÃÁstico, Omeprazol 10 mg por dÃÁa oral y dieta hipograsa casera en forma fraccionada durante el dÃÁa. Se deriva a cirugÃÁa para la resoluciÁÁn de la hernia hial y la hipertrofia pilÁ³Árica. Foto nÁÁ3: pÁÁloro con edema y pliegues aumentados de tamaÃ±o. DiscusiÁÁn y conclusiones Para el diagnÃÁstico de las entidades descriptas pueden realizarse estudios ultrasonogrÃÁficos y radiolÃ³gicos simples y contrastados, la radioscopy televisiva tiene la ventaja de estudiar en forma dinÃÁmica la funcionalidad de los esfÃÁnteres, Áel movimiento peristÃÁltico del tubo digestivo, el reflujo gastroesofÃÁgico y la ubicaciÁÁn anatÃÁmica de los ÃÁrganos involucrados. La endoscopÃÁa en este caso puede aportar datos en el diagnÃÁstico diferencial mediante la visualizaciÁÁn de posibles anormalidades anatÃÁmicas, la Directo de la mucosa del estadismo y es la presencia de una hipertrofia del epileo y las muestras de la biopsia mucosa. En conclusiÁÁn, es importante señalar que la presencia de las dos enfermedades descritas simultáneamente es extremadamente inusual (8). La resoluciÁÁn del sÃÁndrome pilicista es la ortografia a travÃÁs de una piloplastia con excelente pronotic, en la hernia del hiato el tratamiento es mÃÁdico y / o / o quirurgia, siendo el ltimo el mÃÁs eficaz. con un buen pronista en la generalidad de los casos (1). Cabe señalar que un fracaso constante en el tratamiento mÃÁdico significativo de la regurgitaciÁÁn y las vides debe hacernos sospechosos de estas entidades, prestando especial atenciÃÁn a estos signos en razas con sÃÁndrome braquicÃÁfico. Reconocimientos El Centro de InvestigaciÃÁn Veterinaria de la Universidad Maimides es apreciado por la colaboraciÃÁn que se proporciona en los estudios de Radiosky realizados en este caso. Bibliografia 1. Hunt G, hernia hial, mecanismos de visualizaciÃÁn en pequeÃÁa cirugÃÁa animal, 3a ed., BojabÃÁ M.J. y Monnet E. (eds). Editorial: Teton Newmedia, Jackson, WY, USA (www.tetonn.com/). Internet Editor: Servicio Internacional de InformaciÃÁn Veterinaria, Ithaca NY (www.ivis.org). Ultima actualizaciÃÁn: 26-Nov-2012; A5627.1112. 2. Lecoindre P, Richard S. Trastornos digestivos asociados con el sÃÁndrome respiratorio obstructivo crÃÁnico de perros braquicefÃÁlicos: 30 casos (1999-2001). Revue de MÃÁ Dicine v © Ta Rinaire 155: 141, 2004. 3. Lorinson D, Bright RM. Resultado a largo plazo del tratamiento mÃÁdico y quirÃÁrgico de hernias hiales en perros y gatos: 27 casos (1978-1996). J Am Vet Med Assoc 213: 381, 1998. 4. Mayhew, P, Datos prospectivos sobre hernia hial en perros y efecto de cirugÃÁa del sÃÁndrome obstrucciÃÁnista braquicefÃÁlico. Annals of the Annual Scientific Meeting of the European College of Veterinary Surgeons, ECVS - Berlin, Germany, 2015. 5. Nelson W, Couto G, Inner of small animals, 3 ed, Bread: 439-440 and 449. 2005. 6. Nelson W, Couto G, Medicina Animal Interna Small, 3 ed, pages: 449. 2005. 7 Simpson K, Chronic Gastritis in Animal Companion, www.ivis.org/proceedings/wsava/2006/lecture12/simpson2.pdfla=1-Internal Congreso Multisala Scivac Rimini, 8-10 Giugno 2012. 9. Willard M, ObstrucciÃÁn Gastrointestinal, Procedimientos del Congreso 2012. La Sociedad Ecuatoriana de Emergencia Ecuador y Crear Crees Veterinarios del 14 al 16 de noviembre, Ecuador, 2012