

Historia Clínica

Acude a consulta perro Yorkshire Terrier, macho, no castrado de 5 años de edad por sospecha de cuerpo extraño gastrointestinal.

El paciente presenta anorexia, apatía y vómitos de 7 días de duración, que no remiten con el tratamiento sintomático. La exploración física revela deshidratación moderada y marcado dolor abdominal a la palpación con abdomen en tabla.

La analítica sanguínea aporta los siguientes resultados:

| Hemograma | Valor Paciente | Valor Referencia |
|-----------|----------------------|------------------|
| PCT | 0,21% | 0.14 - 0.46 |
| HCT | 56,1 % | 37.3 – 61.7 |
| HGB | 19,7 g/dL | 13.1 – 20.5 |
| MCV | 67,3 fL | 61.6 – 73.5 |
| MCH | 23,6 pg | 21.2 – 25.9 |
| MCHC | 35,1 g/dL | 32.0 – 37.9 |
| RDW | 19,5 % | 13.6 – 21.7 |
| %RETIC | 0,2 % | |
| RETIC | 13,3 K/ μ L | 10.0 – 110.0 |
| WBC | 11,61 K/ μ L | 5.05 – 16.76 |
| %NEU | 77,2 % | |
| %LYM | 10,6 % | |
| %MONO | 12,0 % | |
| %EOS | 0,1 % | |
| %BASO | 0,1 % | |
| NEU | 8,97 K/ μ L | 2.95 – 11.64 |
| LYM | 1,23 K/ μ L | 1.05 – 5.10 |
| MONO | 1,39 K/ μ L ALTO | 0.16 – 1.12 |
| EOS | 0,01 K/UI BAJO | 0.06 – 1.23 |
| BASO | 0,01 K/ μ L | 0.00 – 0.10 |
| PLQ | 214 K/ μ L | 148 - 484 |
| MPV | 9,9 fL | 8.7 – 13.2 |
| PDW | 12,9 fL | 9.1 – 19.4 |
| PCT | 0,21% | 0.14 - 0.46 |

| Bioquímica | Valor Paciente | Valor Referencia |
|------------|----------------|------------------|
| GLU | 96 mg/dL | 74 -143 |
| BUN | 26 mg/dL | 7 -27 |
| CREA | 0,6 mg/dL | 0.5 – 1.8 |
| BUN/CREA | 43 | |
| TP | 7,4 g/dL | 5.2 – 8.2 |
| ALB | 3,2 g/dL | 2.3 - 4.0 |
| GLOB | 4,2 g/dL | 2.5 – 4.5 |
| ALB/GLOB | 0,8 | |
| ALT | 141 U/L | 10 - 125 |
| ALKP | 17 U/L | 23 - 212 |
| NA | 142 mmol/L | 144 - 160 |
| K | 4,0 mmol/L | 3.5 – 5.8 |
| NA/K | 36 | |
| Cl | 109 mmol/L | 109 - 122 |
| CALC OSM | 286 mmol/kg | |

Informe ecográfico

Se realiza exploración ecográfica abdominal con los siguientes hallazgos:

- ✓ Vejiga de la orina moderadamente distendida, de pared lisa y contenido anecoico limpio.
- ✓ Próstata de tamaño dentro de la normalidad (18x23mm), de bordes lisos y parénquima homogéneo.
- ✓ Riñones de tamaño normal, contorno liso y ecoestructuralmente normales. Sin dilatación de vías excretoras.
- ✓ Bazo de tamaño normal y parénquima homogéneo.
- ✓ Adrenales y páncreas sin alteraciones ecográficas.
- ✓ Hígado de tamaño normal, bordes lisos y parénquima homogéneo. Vesícula biliar distendida con contenido anecoico y presencia de sedimento biliar hipoeicoico.
- ✓ Estómago marcadamente distendido, con pared de grosor normal, mantiene su estratigrafía y contenido patrón gas-líquido en su interior.
- ✓ Intestino delgado con marcada dilatación de su luz, de pared de grosor normal y patrón contenido gas-líquido en su interior (Fig.1). Se aprecia asa yeyunal marcadamente dilatada (26.6x34.8mm) (Fig.2), con peristaltismo improductivo, que se reduce de diámetro y se introduce en la zona del anillo inguinal izquierdo (Figs.3 y 4), apreciándose aumento de su grosor y pérdida de definición de su estratigrafía.

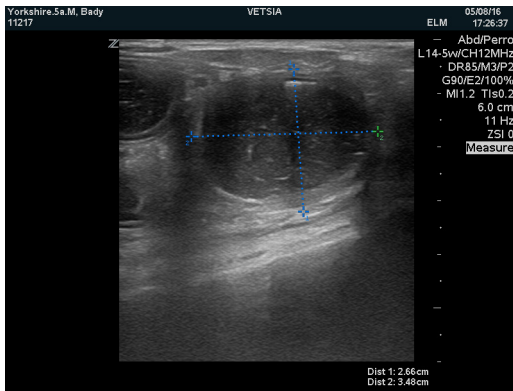


Figura 1: Imagen ecográfica en corte transversal de dos asas de intestino delgado con aumento marcado de su diámetro y abundante contenido líquido en su luz.

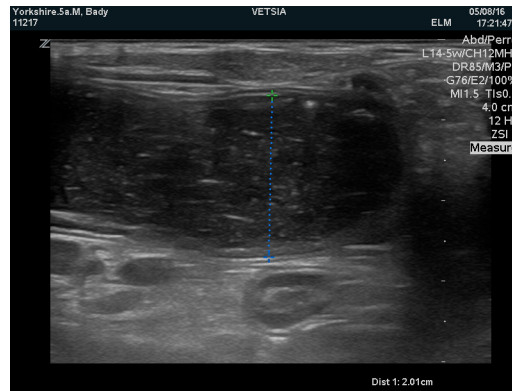


Figura 2: Exploración ecográfica en corte sagital de intestino delgado, yeyuno, con marcada dilatación de su luz y abundante contenido patrón líquido.

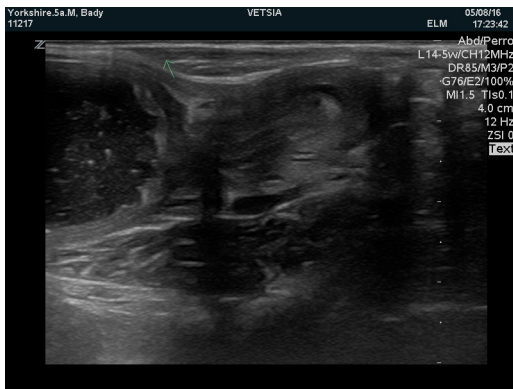


Figura 3: Exploración ecográfica del segmento intestinal herniado en el que se aprecia una disminución evidente de su diámetro caudalmente, sin contenido en su luz. Cranealmente se observa el asa yeyunal con aumento marcado de su diámetro con contenido patrón líquido. Dorsalmente se aprecia reacción peritoneal y escasa cantidad de líquido libre

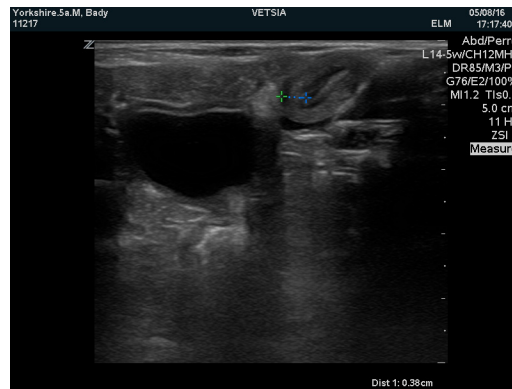


Figura 4: Imagen en corte transversal del asa yeyunal incarcerationada en la hernia inguinal con un grosor de pared de 3.8mm. La pared de este segmento intestinal presenta una estratigrafía difuminada. Se aprecia reacción peritoneal adyacente y escasa cantidad de líquido libre alrededor del intestino. Lateralmente se observa la vejiga de la orina con contenido anecoico.

Paciente con incarceration intestinal en hernia inguinal

Dr. Nicolas Israeliantz Gunz, Dr. Pierantonio Battiato, Dra. Elena López Medina, Dra. Vanesa Silva Utrera y Dr. Hernán Fominaya García. Diagnóstico por Imagen. VETSIA Hospital Veterinario. Madrid. www.hospitalveterinariovetsia.es

- ✓ No se observan linfadenopatías asociadas.
- ✓ Se observa reacción peritoneal marcada y escasa cantidad de líquido libre. Estos hallazgos no permiten descartar una perforación digestiva.
- ✓ Resto de abdomen sin hallazgos significativos.

La imagen ecográfica es compatible con obstrucción intestinal secundaria a incarceration de asa intestinal en anillo inguinal asociada a signos de peritonitis y necrosis intestinal del segmento incarcerationado.

Los hallazgos ecográficos recomiendan la realización de laparotomía de urgencia.

Procedimiento quirúrgico

Se realiza laparotomía media donde se aprecia asa intestinal dilatada, yeyuno, con perforación intestinal a nivel de la incarceration inguinal izquierda. Presenta discreta cantidad de líquido libre abdominal. Se efectúa enterectomía y omentalización del área afectada. Posteriormente se procede al cierre del anillo inguinal.

Es necesario realizar orquidectomía por la afección del conducto deferente en la hernia inguinal.

Se realizan revisiones ecográficas las 48 horas post intervención, con presencia de corrugación marcada de asas intestinales y peritonitis asociada.

Se recomienda control del paciente para valorar evolución de la lesión (Fig.5), apreciándose evidente mejoría de la reacción peritoneal y resolución de la corrugación intestinal procediéndose al alta médica del paciente.

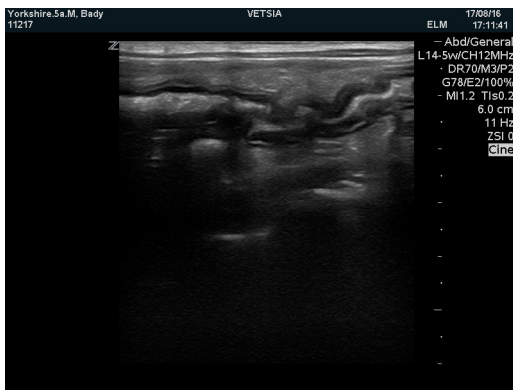


Figura 5: Se observan asas de intestino delgado sin dilatación y discreta reacción peritoneal asociada sin evidencia de líquido libre ni corrugamiento intestinal que confirman una evolución favorable del paciente

Diagnóstico principal

Cuadro obstructivo intestinal por incarceration del intestino en hernia inguinal izquierda.

Diagnostico postquirúrgico

Peritonitis y corrugación intestinal de evolución satisfactoria a los 5 días de la cirugía.

[Ver este caso clínico en web](#)

Caso clínico patrocinado por:

Polígono La Barrena. Canal Imperial de Aragón S/N. 31500 TUDELA. NAVARRA. (SPAIN)
Tel.: 948 82 46 55 • 948 82 17 13 • e-mail: cvm@cvm.es • web: www.cvm.es