

## Wallace, un paciente operado de codo y hombro

**Dr. Alejandro Daniel Carranza.** M.V.U.B.A. MP: 6957 RP: 1651. Clínica Veterinaria ALFAVET. Buenos Aires. Argentina

Consultar con el autor y ver curriculum: <http://www.veterinaria.org/revistas/redvet/alec>

22.11.2004

Queridos amigos:



Les presento a Wallace, Labrador Retriever 9 y pico de meses 43 Kg. (un bebé) . Que se le ocurrió tener un compendio de patologías articulares en un solo perro.

### Proceso coronoideo fragmentado agravado con posible OCD humeral distal.

En esta ampliación se ve un aumento de la radiodensidad en la cápsula craneal o tal vez se trate de un ratón ubicado en ese lugar (poco común según mi experiencia , pero veremos en el quirófano no?).



Aquí un aumento de la línea articular que se nota deteriorada y rugosa



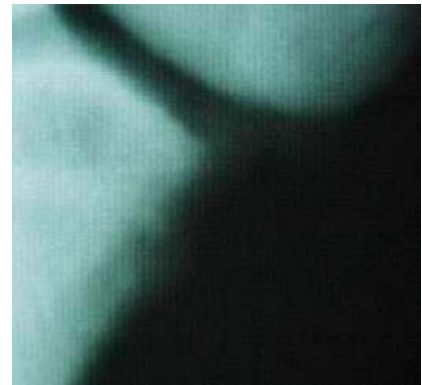


Aquí se ve la vista Craneocaudal oblicua que les mostré como hacer a los Tucumanos.

Una ampliación del bostezo articular que no aporta demasiado.



Pero en esta ampliación podemos ver que hay un déficit óseo en medial y les cuento (acá no se ve pero sí en la placa) , que



aquí sí hay un ratón suelto en la articulación.



En el hombro de la misma pata, una Osteocondritis disecante humeral en caudal.



Y para qué te voy a contar que el loco tiene una linda displasia de cadera izquierda (la derecha no es ninguna gloria).

23.11.04

Les mando las fotos que sacamos. Esta es la primera vez que lo logro fotografiar a Marcelo Echevarría, el anestesista. Se tomó un descansito mientras preparaban al paciente en la camilla y lo escraché sin que se avive :)

Bueno . . . . . esta es con todo cariño , para mi amigo Jorge ;) . El paciente tiene su miembro Izquierdo bien traccionado hacia caudal para descubrir lo más posible el codo medial .



Incidimos la fascia superficial

luego la profunda y comenzamos a reconocer los músculos pronador redondo y flexor carporadial.



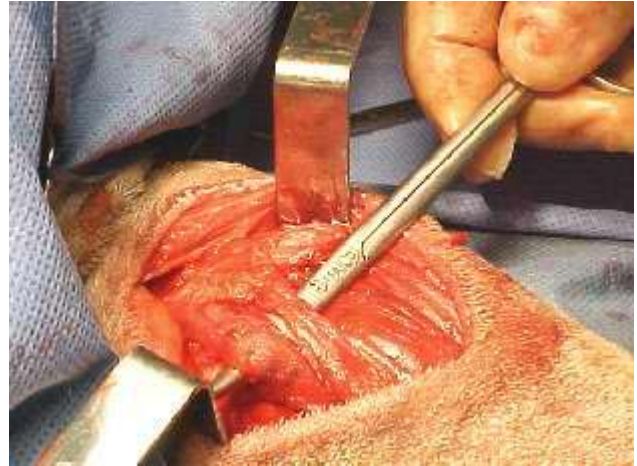
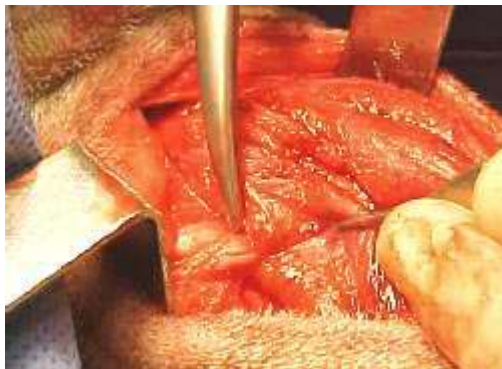
El que tengo montado en la tijera es el flexor carporadial (tiene menor refringencia en la cápsula y está más en caudal).



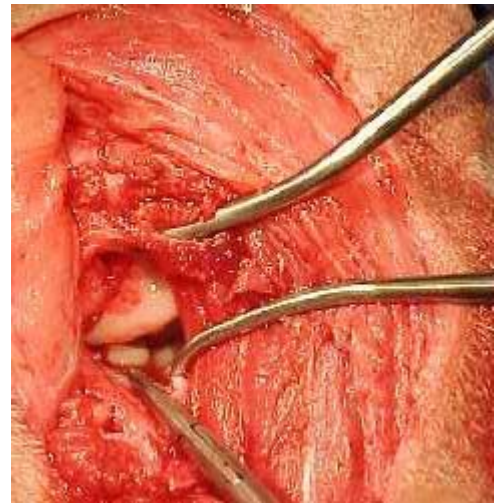
Los que vieron la cirugía que les mostré en la otra ocasión (era un Rot de 4 meses) recordarán que en ese caso los dos músculos tenían un tamaño similar sobre la tijera , pero este perro tiene 9,5 meses y las diferencias de tamaño son notorias .

Ahora (después de que pinché un vasito que no debía haber pinchado), montamos con más cuidado el pronador redondo (debajo está el nervio mediano).

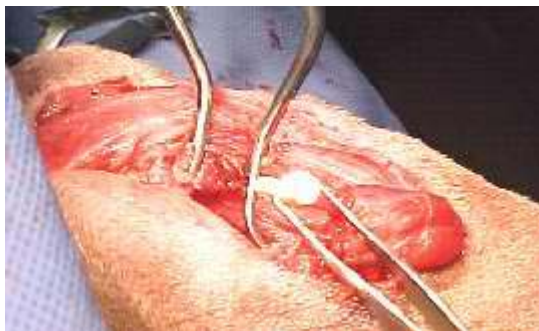
Acá les señalo el paquete vasculonervioso (un cañito bastante respetable).



Acá se me durmió el fotógrafo, se seccionan ambos músculos casi en su origen superior y ya queda a nuestro alcance debajo de ellos al rebatirlos hacia abajo, la cápsula articular con el ligamento colateral medial. Los incidimos y aparece esto, y lo que señalo con la tijera aunque parezca mentira es un recontra grande Proceso coronoideo fragmentado casi suelto.

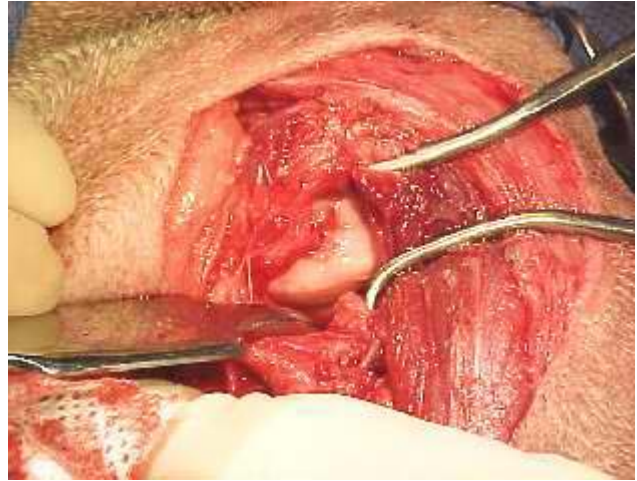


Lo extraemos fácilmente. Debajo se ven los músculos sueltos (los teníamos fijados pero los soltamos para que no hubiera mucho instrumental en la imagen).



Acá les muestro las erosiones secundarias (no muy graves) que se produjeron en el húmero.

Se sutura la cápsula articular asegurándose una buena sutura del colateral medial (sujeto los músculos para abajo con los dedo)



Luego de la sutura, colocamos intraarticular bupivacaína (de paso nos sirve para ver si hay filtraciones por la cápsula suturada).:



Resuturamos ambos músculos en su posición original.



Suturamos las fascias superficial y profunda (yo las suture juntas, no tiene mucho sentido dejar tanto nylon molestando ahí).



Y como diría Jorge . . . . modelo terminado.

Lo que sigue es la imagen radiológica postquirúrgica.

La pongo para explicar el porqué ocurre esto en estos perros.

Todas las displasias de codo se deben a un crecimiento asincrónico en la etapa de los 3,5 a 6 meses del radio y cúbito de estos pacientes , en el caso que tenemos aquí, es evidente que el radio se quedó corto en el desarrollo con respecto al cúbito, por lo cual el húmero asienta más en el proceso coronoideo cubital al apoyar el miembro, que en el radio (debería hacerlo en ambos) por lo cual , al ser una saliencia débil, un buen día de estos que nombré, se fractura un pedacito de proceso y comienza toda esta patología.



En el caso de este paciente el fragmento es muy grande y se veía en la placa en craneal, se acuerdan?. Si por el contrario el que se queda corto en el desarrollo es el cúbito, el radio empuja al húmero en el apoyo hacia arriba y este da contra el proceso ancóneo que tiene su propio cartílago de crecimiento (otro lugar débil) y de tanto hacerlo impide que se una y da un PANU (proceso ancóneo no unido), las osteocondritis disecantes pueden ser secundarias o primarias, no importa porque las dos situaciones posibles son las que les planteo. O se queda corto uno o lo hace el otro. Y acá se quedó bien corto el radio como pueden ver y por eso el fragmento es enorme (el perro pesa 45 kg.).

En el caso de este paciente el fragmento es muy grande y se veía en la placa en craneal, se acuerdan?. Si por el contrario el que se queda corto en el desarrollo es el cúbito, el radio empuja al húmero en el apoyo hacia arriba y este da contra el proceso ancóneo que tiene su propio cartílago de crecimiento (otro lugar débil) y de tanto hacerlo impide que se una y da un PANU (proceso ancóneo no unido), las osteocondritis disecantes pueden ser secundarias o primarias, no importa porque las dos situaciones posibles son las que les planteo. O se queda corto uno o lo hace el otro. Y acá se quedó bien corto el radio como pueden ver y por eso el fragmento es enorme (el perro pesa 45 kg.).

Por último. Esta cirugía no impide la artrosis posterior (aunque la retrasa mucho por sí sola). Solo le prolonga la vida útil a una articulación que sin ese fragmento y el déficit de apoyo radial va a ser inestable. Se puede si quieren hacer una resección de un fragmento de cúbito para ayudar a un paciente así. En este caso, todavía tengo que pensar en la OCD humeral proximal que tiene, antes de pensar en eso (a mi entender).

17/12/04

Bueno, seguimos con el pobre Wallace.

El codo le debía de doler mucho antes de operarlo, porque entró a la vete ahora, como si no tuviera nada. Hasta que uno le palpa el hombro y se da cuenta que el gordo es un perro bien sufridito.

Les recuerdo la placa del hombro.

La imagen la doy vuelta porque la saqué al revés antes así coincide con la cirugía.



Observen en caudal del Húmero la lesión y después lo ven en la cirugía OK?.

Comenzamos por lo que puede parecer la pavada que es la incisión.

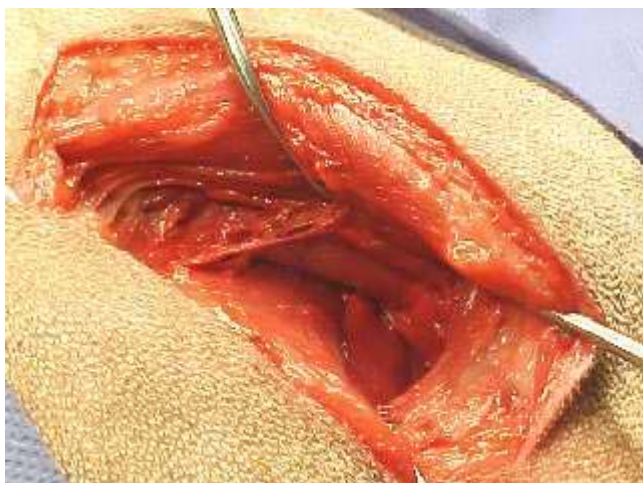
Debemos tomarnos el tiempo de medir bien la mitad de la escápula y la mitad del húmero y trazar nuestra incisión uniéndolos con el hombro en descanso, de otro modo las estructuras que vamos a querer ver no van a aparecer y hacemos un desastre de divulsión buscándolas, para desgracia del paciente.



Luego de separar las fascias superficial y profunda, tenemos que buscar los dos músculos guía de esta intervención que son: La cabeza espinal del músculo Deltoides o Pars Scapularis que corre casi vertical a la derecha de la imagen (recuerden que esto no es un preparado, el paciente tiene su grasita y no se ven tan rojos los músculos hasta que los manipulamos nosotros) y la Cabeza larga del músculo triceps braquial, que tiene las fibras casi perpendiculares al anterior, yo lo raspé un poquito para comprobar esto y pueden ver la dirección de las fibras entre mis dedos. Entre estos hay un rafe conectivo que es lo que tenemos que incidir.



Aquí ya se empezó a poner rojo. Hay que separar estos músculos con los dedos exclusivamente, no son tan fáciles de separar y hacerlo con instrumental es dañar de más. Van a romper algunos vasitos pequeños en la maniobra. Hay que matarse cauterizando porque toda esta cirugía se desarrolla en un embudo y lo que queremos ver está en su vértice.

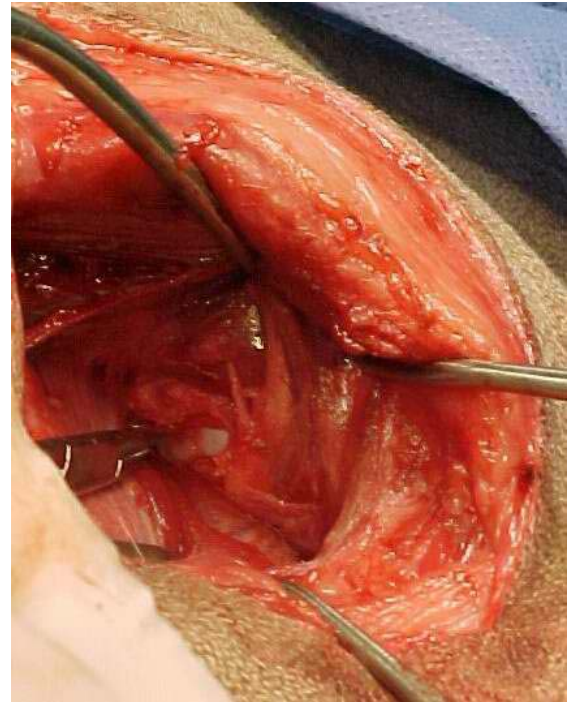


Luego de divulsionar con los dedos colocamos dos autostáticos de Gelpi para ver, lo siento pero la cámara eligió hacer foco en la piel y el fondo se ve borroso por eso.

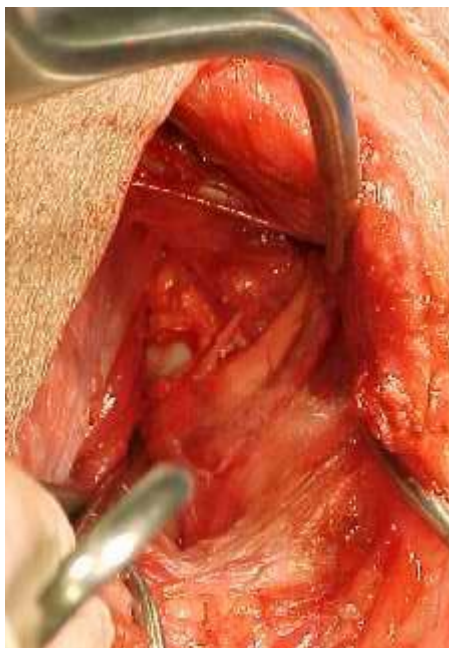
Como les decía , nos matamos clampeando los vasitos que haga falta clampear y ligamos bien antes de incidir la cápsula.



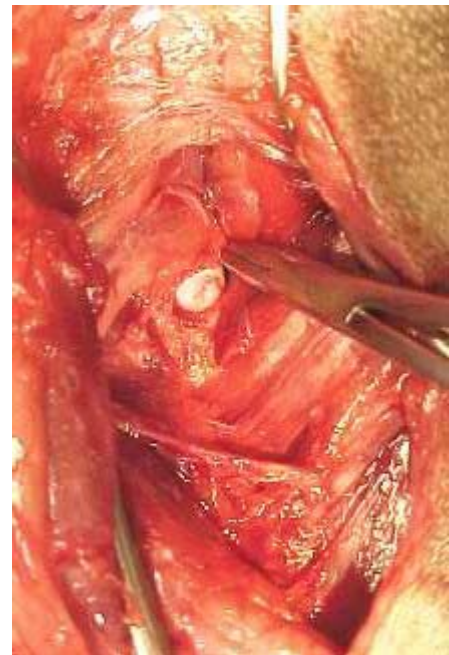
Ya sacamos las hemostáticas y la siguiente imagen es grande porque trata de mostrar el sitio de la incisión por debajo del redondo menor y por encima del plexo axilar . Da un poco de miedo porque son unos lindos caños y van a ver que la zona late



fuertemente , pero como la clave es el buen abordaje , se identifican bien antes de incidir nada , nos podemos ayudar también palpando la cabeza del húmero que está debajo y moviendo el brazo mientras palpamos.



Aquí cambió la posición de todo porque estoy rotando el hombro para buscar la lesión de OCD .

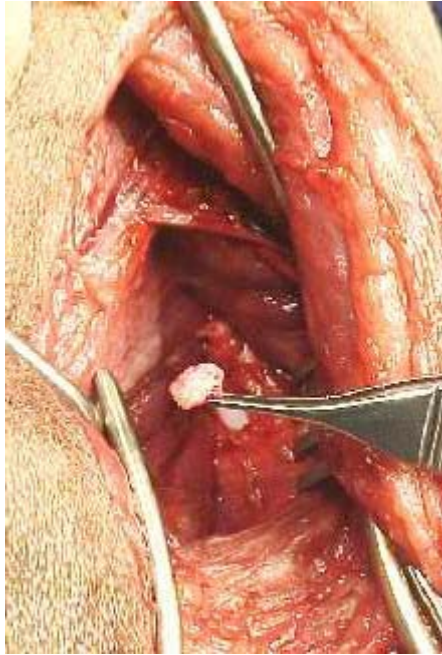


Y acá está, ese óvalo que ven ahí se levantaba como una tapita, solo estoy corriendo un poco la cápsula con una Halstead para mostrar la lesión ,

para trabajar a partir de ahora debemos agregar un separador de Weithlaner.



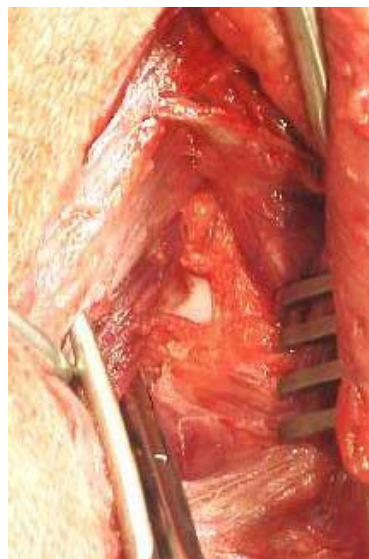
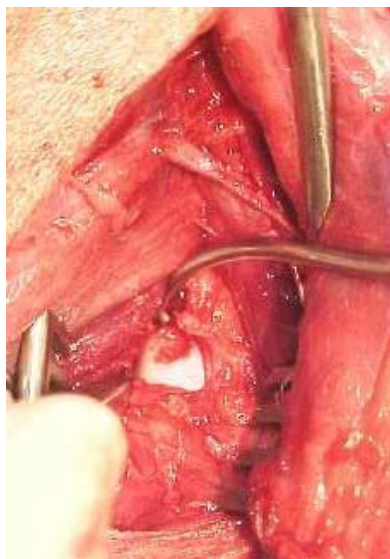
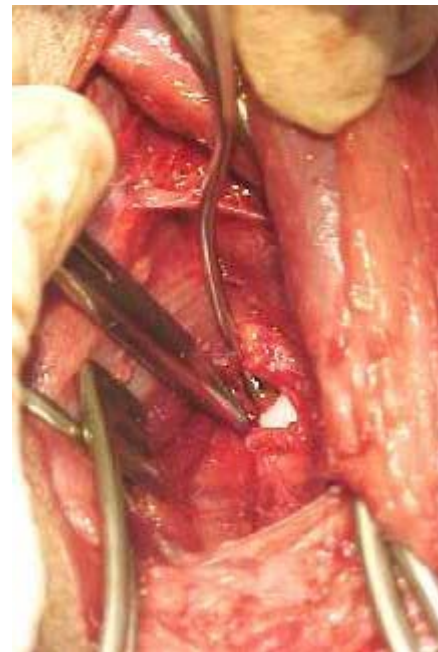
Aquí estoy quitando con un bisturí Nº15 la tapita de cartílago que sale bastante fácil y está ahora debajo de la pinza de mano izquierda ya suelta.

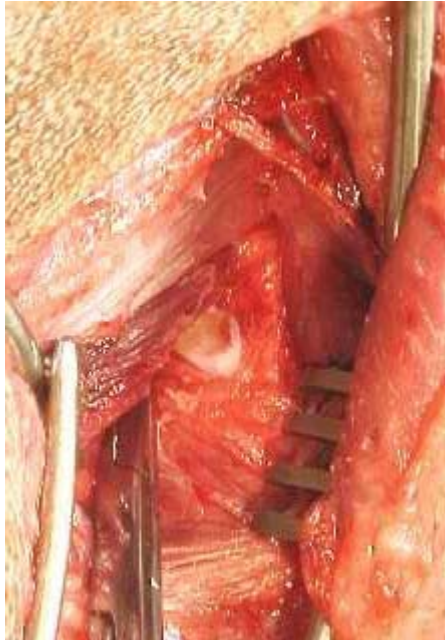


Aquí tienen lo que sacamos en la punta de una pinza de adson para que tengan una relación del tamaño que tiene.

Se curetea prolijamente la depresión en el cartílago hasta encontrar tejido vivo con un puntillado hemorrágico .

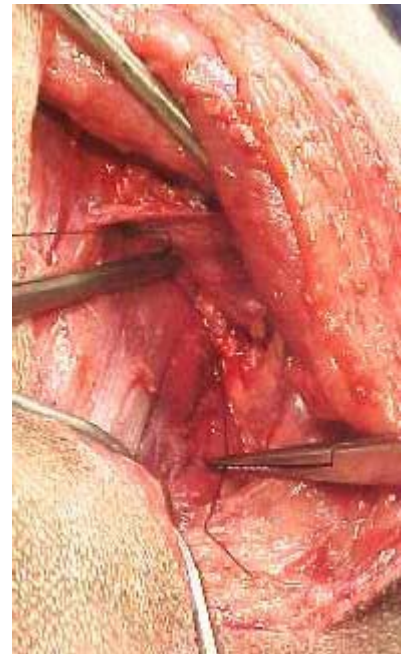
Esto se debe hacer con cuidado y lleva bastante tiempo porque en el caso que tenemos aquí la ayudante tiene que mantener el hombro rotado hacia medial y no es un chihuahua así que se me cansaba un poco :)





Luego de los lavajes nos queda así.

Si ya nos conforma el resultado, cerramos la cápsula, que como habrán notado no tenía un gran orificio y esto es a propósito para que la recuperación sea más rápida. Quiero recomendarles tanto para esto como para las ligaduras de vasos, usar un portaagujas para tórax, todo es más fácil así por la falta de espacio que tenemos y la profundidad de lo que hay que ligar.



Se ubican luego de la sutura capsular, los dos músculos guía en su posición original.

Se sutura solo el rafe conectivo que los unía originalmente si es que cumplimos con la hemostasia prolija de la que hablamos. Pienso que tiene que ser así porque si no se ve nada en la articulación por la sangre que se acumula. Pero si no confiamos en la hemostasia hecha, deberemos hacer una serie de puntos internos con sutura absorbible y luego recién suturar este rafe intermuscular.



Bueno , . . . se sutura todo como se acostumbre según prefiera el cirujano, pero fíjense que no hay ni una manchita en los paños y esto es producto de que me tomé el tiempo para hacer hemostasia cuando hizo falta lo cual es clave en esta cirugía más que en otras.



Caso clínico nº de referencia 020504\_REDVET recibido entre el 22/11/04 y el 23/12/04 a través de L\_CONS de Veterinaria.org. Enviado por su autor, [alec](#), miembro de la [Comunidad Virtual Veterinaria.org®](#). Publicado en [REDVET®](#) el 01/02/04.

(Copyright) 1996-2005. [Revista Electrónica de Veterinaria REDVET®](#), ISSN 1695-7504 - [Veterinaria.org®](#) - [Comunidad Virtual Veterinaria.org®](#) - Veterinaria Organización S.L.®

Se autoriza la difusión y reenvío de esta publicación electrónica en su totalidad o parcialmente, siempre que se cite la fuente, enlace con Veterinaria.org® - [www.veterinaria.org](http://www.veterinaria.org) y [REDVET®](#) [www.veterinaria.org/revistas/redvet](http://www.veterinaria.org/revistas/redvet) y se cumplan los requisitos indicados en [Copyright](#)