VetMi
Veterinaria de Mínima Invasión

¿Qué es la cirugía de mínima invasión?

La laparoscopia y la toracoscopia son técnicas quirúrgicas por las cuales, a través de orificios naturales o pequeñas incisiones, se introduce una cámara en el interior del paciente, y mediante instrumental de última generación se realiza la cirugía.

Beneficios de la cirugía de mínima invasión

① Menor dolor posoperatorio (recuperación más rápida)

② Menores complicaciones posquirúrgicas

③ Menor tasa de infecciones

④ Mayor precisión del cirujano

¿DÓNDE ESTAMOS?

- Web: https://vetmi.es
- Tel.: +34 669 356 736
- E-mail: info@vetmi.es

Cirugía de **Mínima Invasión**

Francisco Julián
Pérez Duarte,
Jorge Gutiérrez del Sol

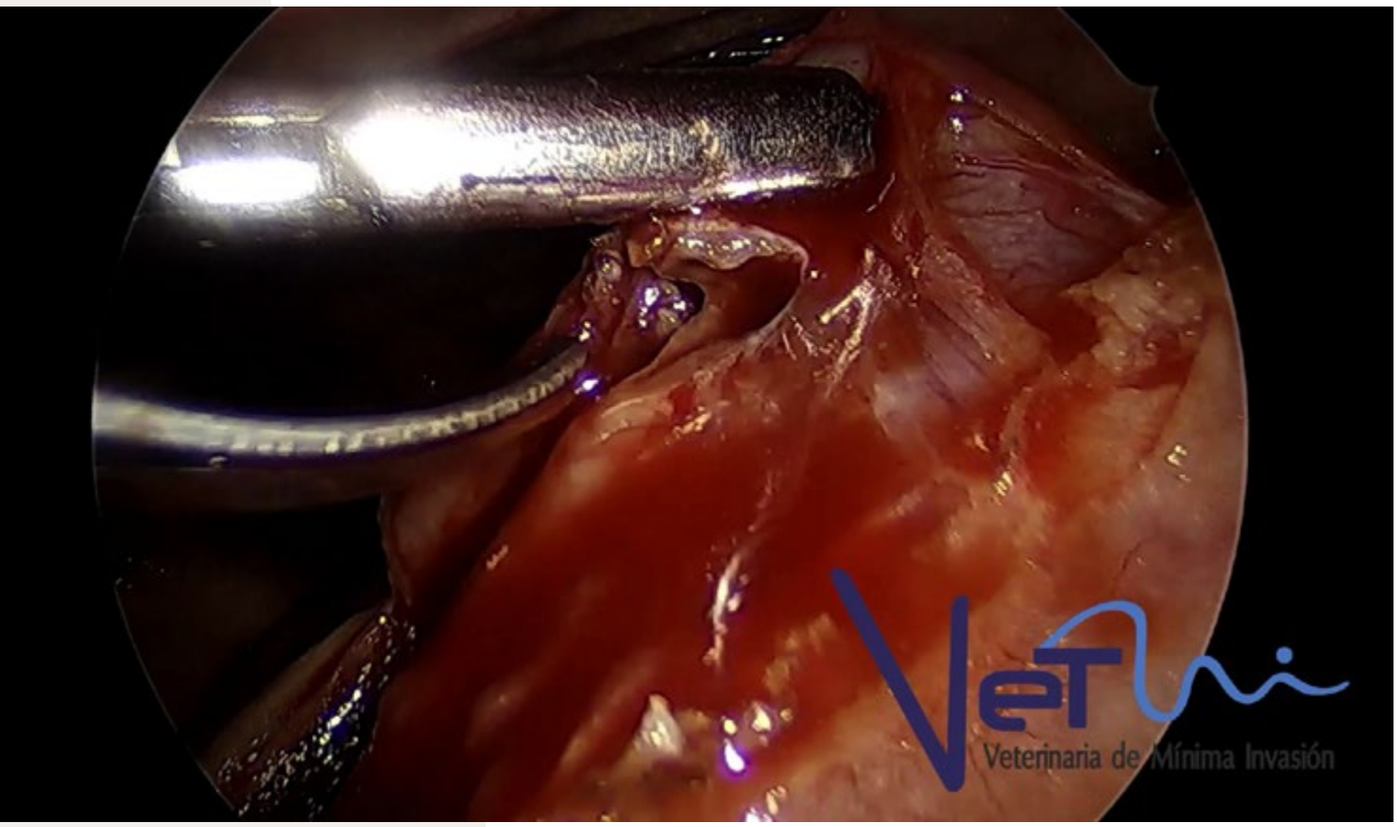
https://vetmi.es

Pericardiectomía subtotal y ventana pericárdica

La pericardiectomía subtotal o la realización de una ventana pericárdica constituye el tratamiento quirúrgico de elección en los casos de derrames pericárdicos recidivantes Con estas técnicas lo que se pretende es crear un drenaje permanente en el espacio pericárdico para evitar el acúmulo de fluidos en su interior y el consecuente tamponamiento cardiaco. En los casos en los que el derrame pericárdico sea de etiología idiopática, la pericardiectomía se considera una técnica curativa, aumentando el tiempo de supervivencia medio y la calidad de vida de los pacientes. En los tumores de la base del corazón se ha demostrado que la pericardiectomía también aumenta significativamente la esperanza de vida. Por el contrario, en los casos de tumores de aurícula y hemangiosarcomas la pericardiectomía no mejora el tiempo de supervivencia.

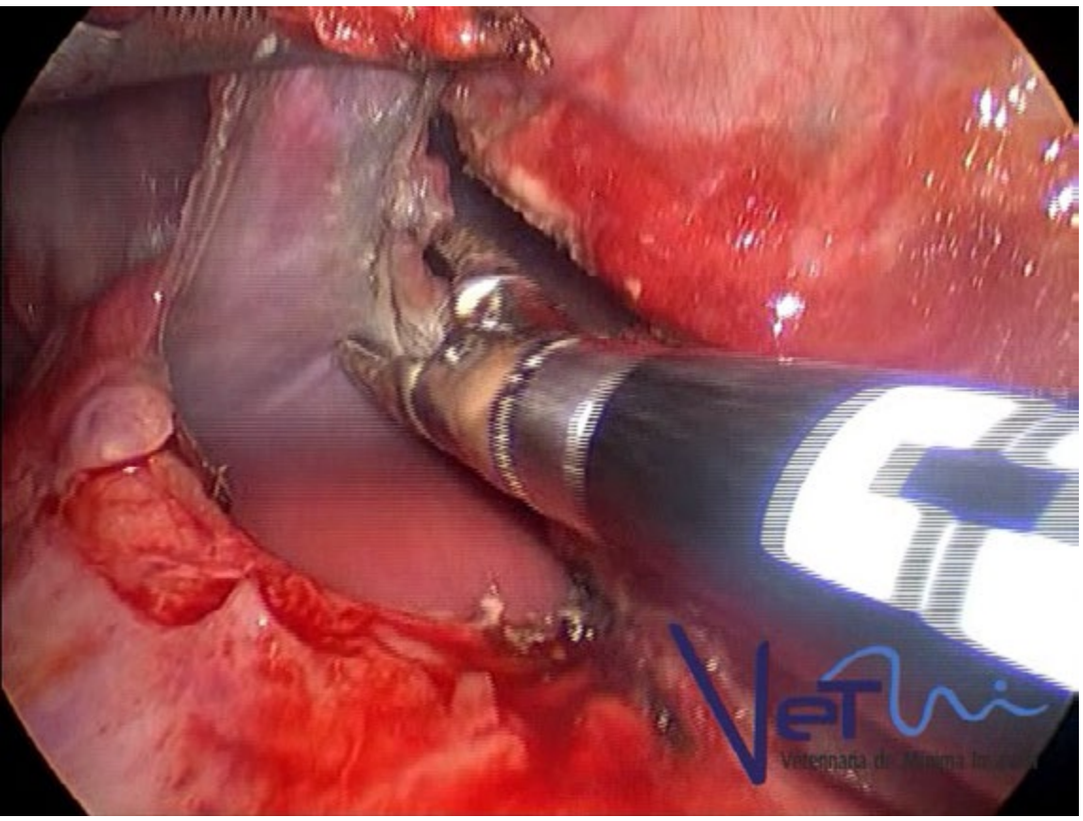
La pericarditis constrictiva crónica es una enfermedad poco frecuente que se desarrolla como resultado de un proceso inflamatorio crónico que ocasiona fibrosis y engrosamiento del pericardio, lo que causa una pérdida de elasticidad que limita el llenado diastólico ventricular. La pericardiectomía subtotal se ha establecido, en estos casos, como el único tratamiento para mejorar la dinámica cardiaca, constituyendo una técnica curativa en la mayoría de estos pacientes.

https://vimeo.com/showcase/11097593/video/1079310092



Lee este código QR y ve a la página con la lista de todos los vídeos de **Cirugía de Mínima Invasión** publicados

https://vimeo.com/showcase/11097593/video/1079310135



A pesar de que la pericardiectomía toracoscópica puede llevarse a cabo con el animal en decúbito lateral, sólo describiremos la técnica con el paciente en decúbito dorsal, ya que aparece descrita en la literatura con mayor frecuencia y a nuestro juicio es más recomendable.

Al estar el paciente posicionado en decúbito dorsal, generalmente no es necesario el colapso selectivo pulmonar, salvo en razas con muy poco espacio en el tórax (bulldogs, carlinos...) o si se quiere realizar una amplia pericardiectomía subtotal.

El primer trocar se puede introducir en la región subxifoiedea o ligeramente lateral a la apófisis xifoides. Esta localización del trocar posee la ventaja añadida de disminuir el riesgo de lacerar el pulmón durante las maniobras de introducción del trocar, ya que el pulmón no suele contactar con esta región del tórax. A través de este trocar se introducirá la óptica, teniendo así una buena visualización del pericardio en los dos hemitórax. En algunas ocasiones puede ocurrir que el trocar subxifoideo entre justo en el ligamento esternopericárdico por lo que al introducir la óptica no tendremos una adecuada visualización del interior del tórax. En estos casos es necesario reposicionar el trocar y dirigirlo lateral a este ligamento.

Una vez que la óptica ha sido introducida el resto de los trocares se colocarán bajo visión directa toracoscópica. Estos se dispondrán en el séptimo y quinto espacio intercostal del lado derecho. En el lado izquierdo se puede colocar, de forma opcional, otro trocar en el séptimo espacio intercostal.

Sin embargo, si se trata de una ventana pericárdica, se pueden colocar tres trocares en el hemitorax derecho. Esta última disposición de trocares permite una buena triangulación entre la óptica y los instrumentos de trabajo, facilitando los movimientos y mejorando la ergonomía del cirujano.

Una vez introducidos los trocares, la cirugía comienza con la sección del ligamento esternopericárdico, preferiblemente con un sellador de vasos o bisturí armónico, comunicando así ambos hemitórax y mejorando la exposición del pericardio. Con una pinza de agarre se tracciona del pericardio a nivel del ápex y con tijeras (sin emplear coagulación) se incide el pericardio, aspirándose inmediatamente después el derrame presente. Este primer corte en muchas ocasiones es difícil, sobre todo en los casos en los que el pericardio este muy engrosado o con demasiada tensión a consecuencia del derrame. Por este motivo, desde nuestra experiencia, es preferible aspirar parcialmente el derrame pericárdico antes de la cirugía. Una vez realizada esta primera incisión, con la pinza de agarre se mantiene el pericardio elevado y con un sellador de vasos o bisturí armónico se va seccionando el mismo. Durante estas maniobras se debe tener especial cuidado en no contactar con la pinza de sellado-corte el miocardio, ya que el calor residual puede lesionar el tejido cardiaco o los vasos coronarios. Al ir avanzando en la sección del pericardio, la pinza de agarre debe irse reposicionando para conseguir una buena tracción. En el caso de la pericardiectomía subtotal, el límite de sección del pericardio será 1 cm ventral a los nervios frénicos, los cuales deben siempre visualizarse para evitar su lesión inadvertida. Por último, el pericardio será extraído a través de uno de los trocares o en una bolsa de extracción. Las incisiones de los trocares se cierran de la forma habitual y con la ayuda de un tubo de drenaje torácico se restituye la presión negativa en el tórax.