

Especial colaboración de la revista **clinician's brief**

CLÍNICA PRÁCTICA

Publicación Oficial de la Federación Iberoamericana de Asociaciones Veterinarias de Animales de Compañía



Año 2015. Nº 3
ISSN:1816-6318



Dermatitis perioral canina

La dermatitis perioral (DP) es una inflamación de los maxilares o los tejidos mandibulares cutáneos o mucocutáneos. Tiene diversas presentaciones clínicas y causas, y puede ser identificado como una entidad clínica singular, o entre signos dermatológicos generalizados o sistémicos.



DESAFIOS
Dermatitis facial
canina

CIRUGÍA
Saculectomía
anal

GASTRO
Pancreatitis
canina

Super Premium **Frost** Natural Fish & Rice



Frost Natural Fish and Rice fue desarrollado para satisfacer a los perros con paladar exigente y que necesitan de una dieta de alta tolerancia. Es un alimento que posee pescado noble como fuente de proteína. Indicado para perros de piel sensible o tracto digestivo delicado.

Livre de Grãos Transgênicos
Libre de OGM / GMO Free
Sem Soja / Sin Soja / No Soybean



Toda línea Frost es formulada libre de ingredientes genéticamente modificados.

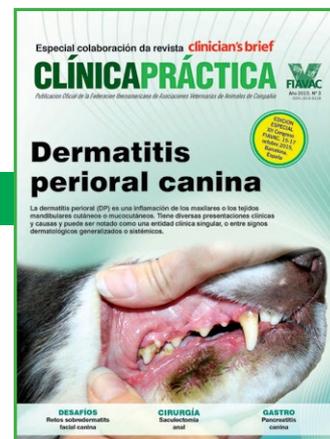


www.alisul.com.br

Más informaciones de Alisul

Conozca también:





Editorial 05
BIENVENIDO A XII CONGRESSO FIAVAC

Agenda 06
ACTIVIDADES DE LAS ASOCIACIONES

Gastro 08
PANCREATITIS CANINA

Dermatología 12
DERMATITIS PERIORAL CANINA

Cirugía 18
SACULECTOMIA ANAL

Desafios 26
RETOS SOBRE DERMATITIS FACIAL CANINA

Gioso 30
CAMBIAR MI COMPORTAMIENTO, CAMBIA MIS RENDIMIENTOS?

Celabración 32
7 AÑOS DE FORMACIÓN CONTINUADA PRESENCIAL DE FIAVAC

EXPEDIENTE

Editora

Alessandra Mussolini (MTb. 58.593)
alessandra.mussolini@atualizaeditora.com

Editora

Mariana Perez Vilela (MTb. 56.876)
mariana.perez@atualizaeditora.com

Editor gráfico

Lucas Delgado
lucas.delgado@atualizaeditora.com

Editor web

Vitor Quartezani
vitor.quartezani@atualizaeditora.com

Dirección Editora
Atualiza Comunicação

Rua Ivo Flemming, 396,
Bacacheri.
CEP: 82600-480
Curitiba (Paraná) – Brasil
atualiza@atualizaeditora.com



Acceda: www.clinicapractica.com

 **Like: www.facebook.com/clinicapractica**

EXPEDIENTE CLÍNICA PRÁCTICA

Publicación Oficial de la Federación Iberoamericana de Asociaciones Veterinarias de Animales de Compañía



ASOCIACIÓN DE VETERINARIOS ESPAÑOLES
ESPECIALISTAS EN PEQUEÑOS ANIMALES

Asociación Veterinarios Españoles
Especialistas Pequeños Animales
(AVEPA – España). Representante en
FIAVAC: Artur Font



Asociación de Médicos Veterinarios
Especialistas en Pequeños Animales
de Paraguay (AMVEPA – Paraguay).
Representante en FIAVAC: Pedro Luis Ferrer



Asociación de Médicos Veterinarios
de Práctica en Pequeños Animales
(AMVEPPA – Peru). Representante
en FIAVAC: Ronald Torres



Associação Portuguesa de Médicos Veterinários
Especialista em Animais de Companhia
(APMVEAC – Portugal). Representante en
FIAVAC: Jorge Cid



Asociación De Medicos Veterinarios
Especialistas en Pequenas Especies
(AMVEPE – Ecuador). Representante en
FIAVAC: Roberto Rueda



Asociación de Médicos Veterinarios Especialistas
en Pequeñas Especies (AMVEPE – Guatemala).
Representante en FIAVAC: Carlos de Leon



Associação Nacional de Clínicos Veterinários
de Pequenos Animais (ANCLIVEPA – Brasil).
Representante en FIAVAC: Marcello Roza



Asociación Colombiana de Medicos
Veterinarios (VEPA – Colombia). Representante
en FIAVAC: Guillermo Lugo



Asociación Dominicana de Médicos Veterinarios
de Animales Menores (ADOVEMAN - Republica
Dominicana). Representante en FIAVAC:
Eduardo Pichardo



Asociación de Veterinarios Especializados
en Animales de Compañía de Argentina
(AVEACA - Argentina). Representante en
FIAVAC: Javier Mas



Sociedad Venezolana de Medicos
Veterinarios en Pequeños Animales
(SOVEMEVEPA – Venezuela). Representante
en FIAVAC: Javier Peafur



Easter States Veterinary Association (ESVA).
Estados Unidos de America
Representante: Jorge Guerrero



Sociedad Uruguaya de Veterinarios Especialistas
en Pequeños Animales (SUVEPA – Uruguay).
Representante en FIAVAC: Alicia Dib



Asociación de Médicos Veterinarios Practicantes
en Mascotas (MEVEPES - Costa Rica).
Representante en FIAVAC: Alejandro Castro



COMITE DIRECTIVO DE FIAVAC

Presidente: Pedro Luis Ferrer (Paraguay)
Vicepresidente: Wanderson Ferreira (Brasil)
Secretario: Artur Font (España)
Tesorero: Gilberto Gauthier (Venezuela)
Director: Joaquín Aragonés (España)

CONTACTO FIAVAC

Dirección postal:
Paseo San Gervasio
46 - 48, E-708022.
Barcelona, Spain.

Tel. office
+34932531522.
Fax office
+34934183979

Email:
secre@fiavac.org
Website:
www.fiavac.org

Bienvenido a XII Congreso FIAVAC

Nos encontramos en las puertas de un gran evento para las ciencias veterinarias, en el cual se unen los esfuerzos de varias asociaciones como AVEPA, FIAVAC, y FECAVA para lograr un congreso de primer nivel que provea al colega y los estudiantes de las armas necesarias para potencializar su formación.

Para la FIAVAC es un verdadero privilegio y un gran honor ser partícipe de este gran emprendimiento en un país maravilloso y en una hermosa ciudad como Barcelona.

Sin lugar a dudas es además una oportunidad única para estrechar y renovar vínculos que puedan sostener los proyectos de educación continua que persiguen las distintas asociaciones, además de reunir fuerzas para luchar gremialmente en todos los frentes contra las prácticas de ejercicio ilegal de la profesión que ocurre muy frecuentemente en los países que conforman el gremio veterinario.

Por lo tanto es de imperiosa necesidad obtener los mecanismos de prevención y control de estas prácticas y colaborar con las autoridades en la legislación y posterior penalización de las mismas.

Entonces Barcelona nos da la oportunidad no solo de formarnos científicamente con los mejores ponentes a nivel mundial y lo último en tecnología sino que además podemos debatir sobre temas que son muy sensibles para el médico veterinario especialista en pequeños animales, ya sean estos gremiales o de salud pública.

No puedo olvidarme de agradecer infinitamente a la editorial Atualiza Comunicación, gestionada por Alessandra Mussolini e Mariana Perez Vilela, por el gran aporte que realiza para la FIAVAC en la creación de esta revista que realmente contribuye y mucho a difundir el conocimiento entre los veterinarios de Iberoamérica.

Mis más sinceros agradecimientos y felicitaciones para AVEPA España y todos los colaboradores de este inolvidable y hermoso evento.

Un fraternal saludo a las Asociaciones de los países miembros por el empeño y esfuerzo que ponen en mejorar cada día la calidad de la formación del veterinario.

Dr. Pedro Luís Ferrer (Paraguay)

PRESIDENTE DE FIAVAC





➤ **AVEPA - ASOCIACION DE VETERINARIOS ESPAÑOLAS ESPECIALISTAS EN PEQUEÑOS ANIMALES – 2015/2016. ESPAÑA**

www.avepa.org

CONGRESO FIAVAC - AVEPA - FECAVA ●

Barcelona, 15-17 Octubre 2015. www.sevc.info

Congreso GEMFE (Grupo de Medicina Felina de AVEPA)

Alicante, 8-9 Abril 2016. www.avepa.org

Congreso de Especialidades de AVEPA - GTA (Grupos de Trabajo de AVEPA)

Zaragoza, 8-9 Abril 2016. www.avepa.org

Congreso GEVO (Grupo de Traumatología y Ortopedia de AVEPA)

Baiona, Pontevedra, 4-7 Mayo 2016. www.avepa.org

Congreso Nacional de AVEPA-SEVC

Granada, 20-22 Octubre 2016. www.sevc.info

➤ **APMVEAC – ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE MEDICOS VETERINÁRIOS ESPECIALISTAS EM ANIMAIS DE COMPANHIA – 2015/2015. PORTUGAL**

www.apmveac.pt

**Formation en
Oftalmologia para
Veterinários**

Lisboa, 31 de Octubre, 2015

**Curso de bandages y
cicatrizacion de heridas para
enfermeiros veterinários**

Lisboa, 14 de Noviembre, 2015.

**Congresso de
enfermedades
infecciosas en felinos**

Lisboa, 6 y 7 Marzo, 2016.

➤ **ANCLIVEPA BRASIL - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CLÍNICOS VETERINÁRIOS DE PEQUENOS ANIMAIS – 2015/2016. BRASIL**

www.anclivepabrasil.com.br

Jornada Anclivepa Brasil

Rio de Janeiro/RJ

21 e 22/novembro/2015

jornadaveterinaria.com.br

www.anclivepabrasil.com.br

Congresso Brasileiro

Anclivepa- CBA 2016

Goiânia/GO

2 a 14/maio/2016

www.anclivepa2016.com.br

Circuito Nacional Anclivepa

Segundo semestre 2016

Manaus/AM, São Luis/MA, Maceió/AL,
Vitória/ES, Cuiabá/MT, Campo Grande/
MS, Porto Alegre/RS.

www.anclivepabrasil.com.br

➤ **AMVEPA - ASOCIACIÓN DE MÉDICOS VETERINARIOS ESPECIALISTAS EN PEQUEÑOS ANIMALES (AMVEPA) - 2015. PARAGUAY**

www.amvepa.org

22 de Noviembre: Castración masiva para perros y gatos

Noviembre: Elecciones para Nueva Comisión Directiva

Diciembre: Cena de fin de Año

➤ **MEVEPES - ASOCIACIÓN DE MÉDICOS VETERINARIOS PRACTICANTES EN MASCOTAS (AMVEPEM) - 2015. COSTA RICA**

www.veterinarios.or.cr

1ª Jornada Veterinaria em Pequeñas Especies - MEVEPES 2015

Fecha: 10 de Noviembre. Lugar: Hotel Tryp Sabana

Hora: 8:00 am a 6:30 pm. Costo: \$80 USD

Invitado especial: Dr Sergi Serrano, diplomado American College of Veterinary Emergency and Critical Care.

➤ **VEPA - ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MÉDICOS VETERINARIOS ESPECIALISTAS EN CLÍNICA Y CIRUGÍA DE PEQUEÑOS ANIMALES - 2015/2016. COLOMBIA**

www.vepacolombia.org

XVII Nacional – XV Internacional Monotema Endocrinología

13, 14, 15 de Noviembre. Santiago de Cali

Informes: www.vepa-valle.com

Correo electrónico: valle@vepa.com.co / vepavalle@gmail.com

● **41º WORLD SMALL ANIMAL VETERINARY ASSOCIATION CONGRESS**

27-30 September, 2016. Cartagena, Colombia

Colombia is Passion

41ST WORLD SMALL ANIMAL VETERINARY ASSOCIATION CONGRESS

27-30 September, 2016 | Cartagena, Colombia



PANCREATITIS CANINA

ANDREW LINKLATER DVM, DACVECC

Lakeshore Veterinary Specialists, Glendale, Wisconsin

PERFIL

DEFINICIÓN.

Pancreatitis (inflamación del páncreas) puede ser agudo, crónico o agudo y crónico.

Sistemas.

Los efectos van desde signos gastroentericos leves (disminución del apetito, vomitos ocasionales) hasta un síndrome de respuesta sistémica (SIRS) y un síndrome falla multi- orgánica.

Incidencia y prevalencia.

El incremento de una sensibilidad diagnostica y especificidad puede resultar en un incremento de la incidencia del diagnostico de pancreatitis.

SEÑALES

Predilección racial.

Cualquier raza puede ser afectada.

Varias razas (schnauzer, Yorkshire terrier, spaniels, boxers, Shetland pastores y collies) están sobre representados.

Si hubiese mutación genética de inhibidores de proteasa serina en schnauzers y que esta contribuye al desarrollo de pancreatitis, no ha sido determinado.

Edad y Rango.

Típicamente afecta a pacientes de mediana a mayor edad que puedan tener sobrepeso o tener historial de indiscreciones alimentarias.

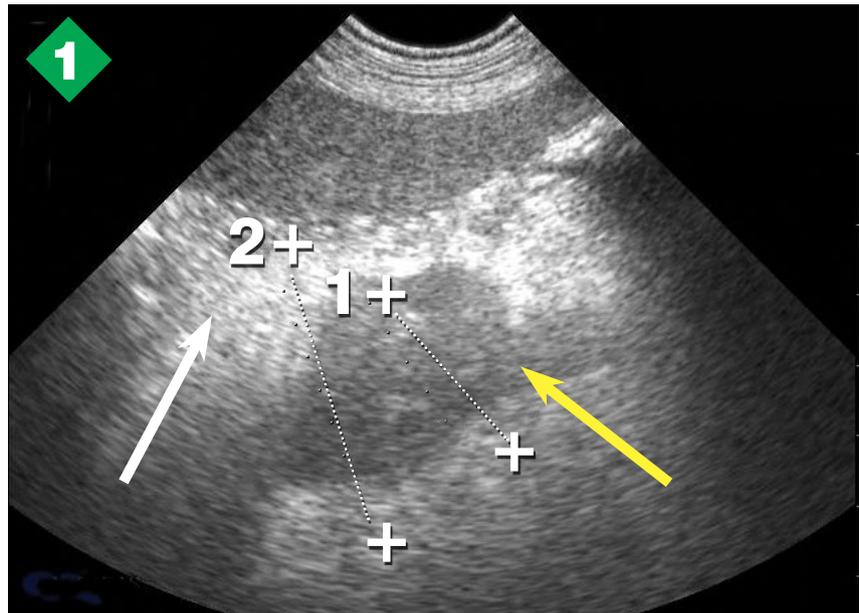
CAUSAS.

Causa subyacentes son pobremente comprendidas.

Varias medicamentos veterinarios han sido señalados como causantes de pancreatitis.

Indiscreción alimentaria (alto consumos de grasas) y algunas toxinas son generalmente causas aceptadas.

Otras causas incluyen isquemia pancreatica (resultado de hipotensión por perdida de fluido o anestesia); manipulación



Ultrasonografía del cuadrante superior derecho del abdomen de un perro mostrando cambios a menudo señalados como pancreatitis. (por ejemplo, páncreas con hipocogenicidad aumentada (flecha amarilla), rodeado por un mesenterio hiperecogénico (flecha blanca))

quirúrgica (pobremente descrita) enfermedades biliares, del ducto pancreático o intestinales y trauma pancreático.

La causa incidente puede ser idiopática.

FACTORES DE RIESGO.

Pacientes que son obesos y tienen otros enfermedades endocrinas o sistémicas pueden estar a riesgo.

Hiperlipidemia, diabetes mellitus hipotiroidismo, y hiperadrenocorticismo han sido asociadas con pancreatitis.

Estos dos factores pueden ser efectos secundarios o causales, aun se desconoce.

PATOFISIOLOGÍA.

Puede resultar de la activación de potentes enzimas pancreáticas y consecuencias locales o sistémicas de la aparición inflamatoria.

Varios mecanismos homeostáticos previenen a activación intrapancreatica de estas enzimas.

- En estados saludables, estas

enzimas se conservan como zymogenos en una forma inactiva y segregada en el reticulo endoplasmico.

Cuando las enzimas son anormalmente activadas en el páncreas, la proteólisis resultante activa la cascada inflamatoria y la producción de radicales libres y fosfolipasa, lo cual puede irrumpir las membranas celulares causando producción de citoquinas, y resultar en el recrudecimiento en el aumento de neutrófilos y la exacerbación de la cascada inflamatoria.

- En casos severos, esto puede resultar en consecuencias sistémicas con efectos devastadores focalizados o en una difusa peritonitis, dificultades respiratorias (ejemplo: síndrome de distres respiratorio agudo), daño renal, disfunciones hepatobiliares y trastornos de coagulación. (CID).

La inflamación local puede conducir a un incremento de la permeabilidad capilar, edema, necrosis y hemorragias.

HISTORIA, EXAMEN FÍSICO Y SIGNOS CLÍNICOS.

Las observaciones más comunes incluyen disminución del apetito o anorexia, letargo, vómitos, diarrea y dolor abdominal.

Los resultados de los exámenes son a menudo inespecíficos pero pueden incluir evidencia de náusea (lamido de labios, pítalismo, regurgitación/vómitos con palpación abdominal, eructos), deshidratación, sonidos intestinales alterados (aumento o disminución de borborismos) , dolor abdominal, ictericia, fiebre y shock hipovolémico.

Signos similares pueden resultar de otras causas abdominales: gastroenteritis, gastroenteritis hemorrágica, ingestión de toxinas, enfermedades hepato biliares, enfermedades gastrointestinales infiltrativas primarias o obstructivas, dolencias renales, dolencias en tracto urinario, fallas hepáticas, torsión gástrica.

DIAGNOSTICO

El examen Histopatológico del páncreas es la prueba concluyente.

La mayoría de los pacientes no requiere cirugía, y el diagnóstico es a menudo basado en los hallazgos resultantes del examen físico e histórico con la patología clínica y la imágenes abdominales.

- Sin embargo, muchos de estos hallazgos tienen una relativa pobre sensibilidad y/o especificidad para la pancreatitis.

RESULTADOS DE LABORATORIO

Los datos de Hematología completa para el diagnóstico incluyen:

Volumen corpuscular elevado por deshidratación.

Leucograma inflamatorio (desviación a la izquierda).

Trombocitopenia.

El perfil de anormalidades bioquímicas del suero puede incluir una elevación leve a moderada de colestático o enzimas específicas hepatocelulares del hígado y bilirrubina.

Anormalidades electrolíticas y gases sanguíneos son a menudo secundarios a la pérdida de fluido por vómitos.

Azotemia puede estar presente y es comúnmente asociados con deshidratación pre renal, lo cual puede ser reflejado en una elevación de la proteína total.

La Hipoalbuminemia puede resultar de pérdidas a nivel gastrointestinal, acumulación de fluidos, y /o desarrollo de peritonitis; albumina es una proteína de fase aguda negativa.

Lipasa y amilasa tienen pobre sensibilidad y especificidad para pancreatitis. (amilasa, 14 %-73%; lipasa, 18%-69%)

Los laboratorios comerciales y puntos de cuidado canino de test lipasa específica de páncreas (cPLI) han demostrado sensibilidad de $\geq 82\%$ y especificidad de 96% para diagnóstico de pancreatitis, aunque resultados falso-negativo y falso-positivo pudieran ocurrir.

- La sensibilidad de otros test de diagnóstico es más baja: inmunoreactividad de tripsina (cTLI) tiene una sensibilidad de 36%-47% y ultrasonografía, 68%

- Otros estudios comparando cPLI (lipasa específica canina de páncreas) con resultados histopatológicos e imágenes, garantizan un diagnóstico correcto.

Diagnósticos rutinarios adicionales (e.g. análisis urinario) pueden ser necesarios.

Complicaciones secundarias sistémicas pueden indicar tiempos de coagulación sanguínea, análisis de sangre, cultivos urinarios, y evaluación citológica y clinicopatológica del fluido abdominal (si está presente), junto con radiografía torácica.

IMÁGENES.

Los resultados de radiografías abdominales son usualmente inespecíficos pero pueden demostrar detalles de pérdida o apariencia vidriosa en la parte alta del cuadrante y la angulación entre el duodeno y el antro estomacal.

Ultrasonografía (Figura 1, página

previa) permanece como uno de los métodos más comunes para diagnosticar pancreatitis.

Un ultrasonografista diestro puede a menudo identificar características de cambios ultrasonográficos consistentes con pancreatitis (e.g. hipocogenicidad aumentado o combinación de páncreas ecogénico con hiperecogénico de tejidos mesentéricos circundantes, obstrucción variable distensión/funcional del sistema biliar, pequeñas cantidades de fluidos libres en el abdomen consistentes con peritonitis focal, recogimiento o apariencia corrugada del duodeno, ileus intestinal).

Un ultrasonido normal no descarta pancreatitis.

OTROS DIAGNÓSTICOS (SI APLICAN)

Biopsias obtenidas vía laparoscopia pueden ser una alternativa a la celiotomía para obtener evidencia histopatológica cuando otras técnicas de imágenes no están disponibles o no son claras.

TRATAMIENTO

INTERNO O EXTERNO

El tratamiento de paciente como interno o externo está basado en la severidad de los signos clínicos.

Pacientes que fallan con terapia externa deben ser hospitalizados.

La tendencia principal de la terapia es tratar o eliminar la causa subyacente y proveer cuidado sintomático y de soporte.

El autor recomienda "Kirby's Rule of 20" para monitorear los requerimientos del paciente.

MEDICO

Los suplementos de fluidos cristaloides deben ser usados para corregir los déficits de perfusión y la deshidratación con suplementos para asegurar el mantenimiento ante las pérdidas continuas.

Pacientes con fiebres tienen un requerimiento leve de incremento de fluidos (-7%) más de lo normal por cada grado)

El manejo de coloides con almidones hidroxietil es a menudo

usado para suplementar a pacientes con presentaciones SIRS (Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica) (que conducen derrames capilares y pérdida de proteína) y ayudan a mantener la presión osmótica coloidal (COP).

Suplementos de potasio es a menudo necesaria. La administración de plasma fresco congelado no ha mostrado beneficios.

Terapia de analgésicos pueden incrementar el apetito, la capacidad ventilatoria y la movilidad.

Analgesicos opiáceos (e.g. fentanil, metadona, hidromorfina (ver Tabla) pueden ayudar a resolver dolores abdominales.

Infusiones de ketamina y licodaina o terapias locales (e.g. inyecciones epidurales) pueden ser usadas para tratar el dolor.

Anti inflamatorios no esteroideos y esteroides pueden exacerbar la ulceración gastrointestinal, daño renal y pancreatitis.

Los Antiemeticos para el vomito o la nausea son comunes; nuevas drogas como (maropitant, dolasetron, ondansetron (Ver Tabla)) pueden disminuir el vomito.

Estudios recientes han mostrado que maropitant es más efectivo que metoclopramida y chlorpromazina.

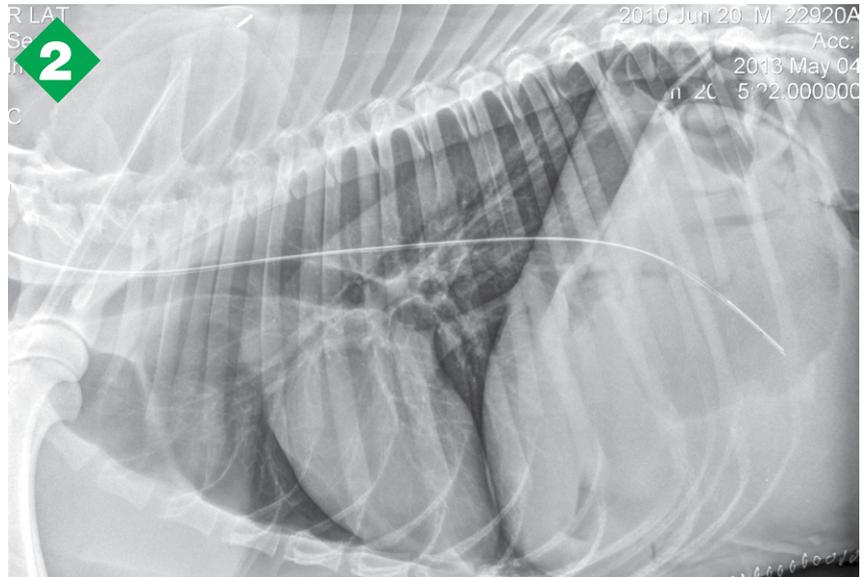
Los Inhibidores de la bomba de protones (pantprazol) o receptores antagonistas histamina -2 (famotidina) y sucralfato pueden ayudar a tratar ulcers gástricas asociadas.

Debido a que la mayoría de los casos de pancreatitis no están asociados con infecciones bacterianas, terapia de antibióticos es raramente garantizada. Sin embargo, casos selectos pueden beneficiarse de los antibióticos.

Las transfusiones de plasma (para proveer soporte coloidal via antitripsina/antiproteasas) han mostrado poco beneficio y pueden ser costosos.

NUTRICIÓN.

Los suplementos nutricionales son fundamentales para la recuperación.



Radiografía mostrando el correcto posicionamiento post operatorio de un tubo naso-gástrico en un perro

TABLA. DROGAS COMÚNMENTE USADAS EN TERAPIA DE PANCREATITIS

<i>Droga</i>	<i>Función</i>	<i>Dosis</i>	<i>Ruta</i>	<i>Frecuencia</i>
Clorpromazina	antiemética	0.2-0.5 mg/kg	IV,IM,SC	q8h
Dolasetron	antiemético	0.5-1 mg/kg	IV o PO	q24h
Fentanil	analgésico	5-10mcg/kg/	IV	CRI
Hidromorfina	analgésico	0.1-0.2 mg/kg	IV,IM,SC	q6-8h
Ketamina	analgésico	10-20 mcg/kg/ min	IV	CRI
Lidocaina	analgésico	1-5mg/kg/h	IV	CRI
Maropitant	antiemético	1mg/kg 2-8 mg/kg	SC PO	q24h q24h (max 2-5d)
Metadona	analgésico	0.1.0.4 mg/kg	IV,IM,SC	q6-8h
Metoclopramide	antiemético procinético	0.1-0.4 mg/kg 1-2 mg/kg/d	IM,SC IV	q8h CRI
Ondansetron	antiemético	0.5-1 mg/kg	PO	q8-24h

Hay escasa evidencia que apoye terapias antiguas incluyendo no alimentar via oral (PO) o agua en pacientes con pancreatitis (supuestamente para descansar los sistemas Gastrointestinales).

La atrofia de vellosidades intestinales, ocurre dentro de pocas horas de discontinuar alimentación oral y pueden prolongar el periodo de recuperación si no se atiende temprano.

Nutrición completa temprana es a menudo bien tolerada con pocas complicaciones.

Esto puede mejorar las funciones de la barrera intestinal y disminuir la translocación bacteriana.

Tubos de fácil colocación (e.g. tubos de esofagostomía) son bien tolerados, permiten una nutrición completa y están asociados con pocas complicaciones.

Tubos nasogástricos permiten la aspiración de contenidos gástricos, que pueden disminuir nauseas y vómitos y ayudar a prevenir neumonía (Figuras 2 y 3).

La alimentación por goteo



Tubo nasogástrico suturado al philtrum nasal (A) y a la piel ventral del tercer arco zigomático (B)

teóricamente ayuda a pasar secreciones pancreáticas cefálicas, gástricas e intestinales.

La alimentación via tubo nasoesofágico es una alternativa pero no permite extracción de contenido gástrico.

Los tubos yeyunales o para gastrotomías requieren endoscopia o cirugía para colocarlos y pueden ser más costosos, pero deben considerarse para intervenciones quirúrgicas.

La alimentación total parental puede proveer calorías adecuadas y ser útil en casos seleccionados pero requiere una entrega estrictamente aséptica y no promueve recuperación de las vellosidades gastrointestinales.

CIRUGÍA

El tratamiento quirúrgico es raramente indicado pero puede

ser necesario si el diagnóstico no es claro o en pacientes que desarrollan obstrucciones extra hepáticas, abscesos pancreáticos, sepsis peritoneal o que se deteriora a pesar de la terapia agresiva.

Procedimientos quirúrgicos pueden incluir lavado pancreático o peritoneal, remoción de tejidos necrosados, drenaje, pancreotomía parcial y colocación de un tubo de alimentación.

EN GENERAL

COSTOS RELATIVOS.

Muchos pacientes pueden manejarse con terapia externa. Casos leves y moderados pueden requerir hospitalización con fluidos endovenosos y medicación para el dolor, manejo temporal de tubos de alimentación.

Casos severos (eg. Obstrucción biliar, neoplasia pancreática,

abscesos) pueden requerir intervención quirúrgica.

Casos severos pueden desarrollar consecuencias sistémicas secundarias, como pancreatitis como causa de SIRS (Síndrome de respuesta sistémica inflamatoria), y pueden requerir muchos días en hospitalización con cuidados intensivos.

PROGNOSIS.

Prognosis para ambos, pancreatitis agudas o crónicas son buenos.

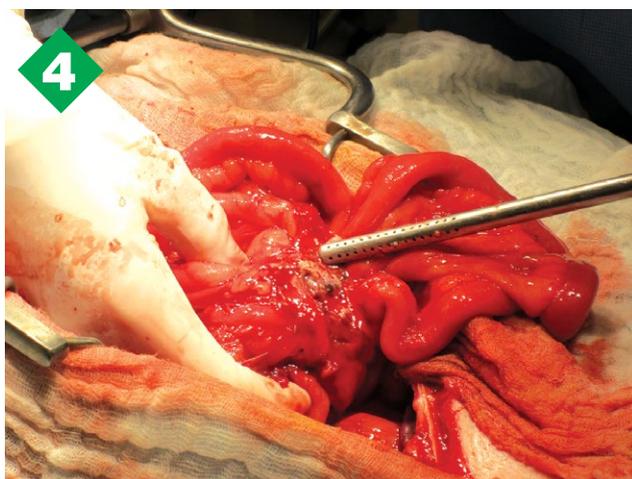
Casos severos pueden conducir a eutanasia por el costo o por fallas múltiples en órganos, sepsis, SIRS, ARDS (síndrome agudo respiratorio) y CID (coagulación vascular diseminada), cuadros que son muy raros de presentarse.

CONSIDERACIONES FUTURAS

Los clientes deben ser informados de que la pancreatitis es continua; los pacientes pueden sufrir pancreatitis crónica o tandas de pancreatitis agudas, que requieren control a largo plazo.

Pancreatitis crónicas o recurrentes pueden acarrear consecuencias sistémicas (ejemplo: insuficiencia pancreática exocrina, diabetes mellitus derivada de una fibrosis pancreática).

ARDS: síndrome agudo de dificultad respiratoria
DIC: coagulación intravascular diseminada
SIRS: síndrome de respuesta sistémica inflamatoria



Exploración quirúrgica de un perro con un absceso pancreático (flecha); notar el difuso y moderado eritema / peritonitis

DERMATITIS PERIORAL CANINA

JENNIFER SCHISLER PENDERGRAFT

Colorado State University

PERFIL

DEFINICIÓN

La dermatitis perioral (DP) es una inflamación de los maxilares o los tejidos mandibulares cutáneos o mucocutáneos.

Tiene diversas presentaciones clínicas y causas y puede ser notado como una entidad clínica singular, o entre signos dermatológicos generalizados o sistémicos.

Sistemas

La DP no está limitada a los pliegues de los labios (i.e. crecimientos bacterianos y de *Malassezia* spp; Fig.1); mas bien, es una manifestación potencial de condiciones cutáneas generalizadas o focalizadas.

Las condiciones incluyen hipersensibilidad, dermatopía inmunomediada, infección, hepatopatía, enfermedades periodontales y neoplasia.

SEÑALES Y CAUSAS

Ver Causas de Dermatitis perioral, pag. 59, para causas y presentaciones.

Algunas causas tienen razas conocidas y asociaciones etarias.

FACTORES DE RIESGO

Pliegues labiales redundantes pueden predisponer a los paciente.

Cualquier causa primaria de DP presenta riesgos posteriores de infecciones bacterianas secundarias o infecciones de *Malassezia* spp.

La exposición al sol puede ser de riesgo para penfigo foliceo y lupus discoide eritematoso (Fig.2)

PATOFIOLÓGÍA

La inflamación cutánea o mucocutánea puede ocurrir por causas que inducen eritema, prurito y lesiones primarias (e.g. papulas, pustulas, vesículas, ampollas) seguidas de lesiones secundarias (eg. Erosiones, ulceraciones, costras, alopecia).

La resultante disrupción de la barrera de la piel predispone a los paciente a bacterias secundarias y crecimiento de *Malassezia* spp.

El microambiente de un profundo y redundante pliegue labial, predispone a los pacientes.

Varias dolencias periodontales severas con ptialismo pueden predisponer a infecciones secundarias periorales, particularmente en pliegues labiales profundos.

Son comunes prurito y mal olor.



Pliegues labiales intertrigo en un perro



Lupus discoide eritematoso en un perro



Dermatitis reactiva por Zinc

HISTORIA

Los signos y síntomas clínicos deberían anotarse y llevar un registro histórico.:

Grado, ubicación y condiciones del prurito.

Duración y progresión de las lesiones.

Tratamientos previos y respuestas.

Historial de alimentación.

EXAMEN FÍSICO

Examen cutáneo (Del las huellas de los pies, espacios interdigitales, y plano nasal) deben ser realizados.

Debe realizarse un examen otoscópico y oftalmológico. La cavidad oral, las membranas mucosas y las uniones mucocutáneas deben examinarse.

Linfadenopatía debe ser señalada y los nódulos linfáticos palpados

CITOLOGÍA

Preparación de cintas de acetato (solamente para las lesiones secas) e impresiones de manchas de exudados deben realizarse para certificar bacterias, *Malassezia* spp, y la presencia de queratinocitos acantolíticos.

ASPIRACIONES. AGUJA FINA

Nódulos y nódulos linfáticos aumentados deben ser aspirados.

RASPADO PROFUNDO DE PIEL

Raspado profundo de piel o arrancado para *Demodex* spp (Figura 6) debe hacerse en todos los casos.

Si las quejas del paciente impiden la acción de un raspado profundo de la piel, varias áreas representativas (-100 pelos por muestra) deben ser extraídos y examinados con aceite mineral y una lamina portaobjeto.

CULTIVOS

Los cultivos para dermatofitos son indicados si las lesiones son consistentes (ver Causas de Dermatitis Perioral, pag. 59) y las infecciones secundarias y *Demodex* spp han sido descartados.

Cultivos bacterianos se indican si la respuesta clínica y citológica a terapia antimicrobiana esta ausente.

Cultivos nodulares o lesiones ulceradas si se encuentra bacterias en citología; cultivos de lesiones superficiales si varillas intracelulares son encontradas.

ELIMINACIÓN DE LA PRUEBA DE DIETA

Una estricta y nueva o hidrolizada dieta o nueva dieta casera deben ser prescritas por un mínimo de 8 semanas para diferenciar CAFR (reacción cutánea adversa a alimentos) de dermatitis atópica no estacional.

DIAGNÓSTICO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

El diagnostico definitivo se logra via historia, examen y diagnostico apropiado.(ver Dermatitis perioral en perros, Un esquema de manejo, pag. 62).

Infecciones secundarias deben ser resueltas ya que pueden confundirse con rasgos clínicos y histopatológicos de la causa primaria.

La Histopatología se requiere para el diagnostico de dolencias inmunomediadas, dermatitis necrolitica superficial, dermatitis por zinc reactiva (Fig. 3), y linfoma cutáneo.

Pacientes con prurito perioral no estacional pueden requerir una prescripción de 8 semanas, eliminación de alimentación casera para diferenciar la dermatitis atópica (Fig.5) de las reacciones cutáneas adversas a la alimentación.



4

Linfoma cutáneo epitelotrópico en varios pacientes caninos



5



Dermatitis atópica del pliegue del labio con cheilitis e infección secundaria por *Staphylococcus spp*

HISTOPATOLOGÍA

Presentaciones vesiculobullosas (Fig. 7) y lesiones que permanecen luego de la resolución de la infección secundaria deberían ir a biopsia.

Múltiples lesiones representando todas las etapas de la dolencia deberán muestrearse.

DIAGNÓSTICOS ADICIONALES

Perfiles de bioquímica sanguínea y ultrasonografía abdominal son recomendadas para apoyar el diagnóstico de la dermatitis necrótica superficial.

Hematologías completas, perfil bioquímico sanguíneo, muestras fecales y análisis urinarios son recomendados en casos de casos adultos de demodicosis para observar la dolencia sistémica subyacente.

TRATAMIENTO

INTERTRIGO EN PLIEGUE LABIAL

El uso diario de antisépticos tópicos y agentes secantes debe ser iniciada.

2% de ácido acético, 2 % ácido bórico, pañitos antimicrobianos y soluciones son apropiados para mantener la terapia.

No se recomiendan tópicos en base a alcohol o ácidos por erosionar lesiones ulcerativas.

Si las erosiones, úlceras, costras, nódulos o despigmentación está presentes, terapia antimicrobiana sistémica es indicada (ver Infección Bacteriana y Pioderma Mucocutáneo.).

6



Demodicosis perioral y facial en un perro

La Ceiloplastia es curativa en pacientes que tienen intertrigo en pliegue labial (sin ninguna otra causa subyacente) y son refractarios a terapia de mantenimiento.

INFECCIONES BACTERIANAS Y Pioderma MUCOCUTÁNEOS

La terapia tópica es recomendada en todos los casos.

La terapia sistémica antimicrobiana es recomendada para erosiones o ulceraciones, costras, y presentaciones despigmentadas.

Si bacterias gran positivas "cocci" se encuentran en la citología, las alternativas empíricas apropiadas incluyen:

Clindamicina a 11mg/kg
PO q12-24h.

Cefalexina at 22-30 mg/kg
PO q12h

Cefapodoxima at 5-10 mg/kg
PO q24h

Cefovecina at 8 mg/kg
SC q14d hasta 2 - 3 veces.

Amoxicilina- ac. clavulánico a 13.75 mg/kg PO q12h.

Soluciones y pañitos conteniendo 2 % de ácido acético, 2% de ácido bórico, o 2%-4% de clorohexidina puede ser usados diariamente y mantener por 3 a 7 días después de la curación.

Evitar productos que contengan ácido o alcohol si hay erosiones.

Champús conteniendo 2.5% peróxido de benzoilo pueden ser usados 2 a 3 veces semanalmente.

7



Membrana mucosa penfigoide en un perro

Para lesiones mixtas, infecciosas y ulcerativas, la crema de sulfadiazina de plata debe considerarse.

Cremas con mupirocina es la más apropiada para combatir infecciones de estafilococos spp resistentes a metilicina.

INFECCIONES MALASSEZIA SPP

Estas infecciones deben tratarse tópicamente.

Soluciones y pañitos conteniendo 2 % de ácido acético, 2 % de ácido bórico, 2%-4% clorexidina, 2 % miconazol, o 1%-2% ketoconazol pueden ser usados cada 24 a 48 horas hasta resolver, entonces mantener 1-2 veces semanalmente.

Presentaciones secas y focales deben ser tratadas con aplicaciones diarias de cremas con 1% clotrimazol, 1 %-2% miconazol, 1% terbinafina, 4% tiabendazole, o nistatina.

Champús con 1%-2% ketoconazol, 2% miconazol, 2%-4% clorexidina, o 2.5% peróxido de benzoilo pueden ser usados 2-3 veces semanalmente.

Terapia sistémica adjunta para presentaciones generalizadas o severas multifocales deben ser iniciada con:

Ketoconazol a 5-10mg/kg
PO cada 24 horas.

Itraconazol a 5-10 mg/kg
PO cada 24 horas.

Floconazol at 10 mg/kg
PO cada 24 horas.

Terbinafina a 30mg/kg
PO cada 24 horas.

DERMATOFITOSIS

Estas infecciones deben tratarse sistemática y tópicamente (ver Infección *Malassezia* spp).

puede usarse dióxido de azufre para presentaciones generalizadas.

CONDICIONES IMMUNOMEDIADAS

Presentaciones focales leves pueden manejarse con 0.1% tacrolimus tópico. (Protopic, protopic.com) y/o doxiciclina y niacinamida.

Las presentaciones iniciales típicamente severas requieren prednisolona a 2 mg/kg cada 24 horas.

- Un inmunomodulador secundario puede ser administrado como agente esteroideo para lograr la remisión. Los agentes inmunomoduladores incluyen azathioprina, ciclosporina A, micofenolato y cloranbucilo.

- El diagnóstico, las condiciones severas y potenciales efectos adversos influenciarán en las elecciones de tratamiento.

Celulitis juvenil (Figura 8), es tratada con prednisolona como terapia única.

Para erupciones cutáneas leves por medicamentos, con discontinuarlo solamente puede ser suficiente.

8



Celulitis juvenil en un perro

VITILIGO

No se requiere tratamiento, no existe uno realmente efectivo.

DEMODICOSIS FOCAL

El tratamiento no es recomendado; las lesiones se espera que se curen dentro de 4-8 semanas.

DEMODICOSIS GENERALIZADA

Las opciones de tratamiento incluyen.:

Amitraz (Mitaban, zoetis.com) baños cada 14 días.

Ivermectina (Ivomec, merial.com) a 0.3-0.6 mg/kg PO cada 24 horas.

Milbemicina oxime a 1 - 2 mg/kg PO cada 24 horas.

Doramectina (Dectomax, zoetis.com) a 0.6mg/kg PO o SC cada 7 días.

Imidaloпрid Tópico 10 % y 2.5 % moxidectin (Advantage Multi para perros, bayerdvm.com) cada 7 a 14 días.

LINFOMA EPITELIOTRÓPICO

Las terapias incluyen prednisolona bien sea oral, inyectable, agentes quimioterapéuticos tópicos.

Se recomienda consulta con veterinario oncólogo

DERMATITIS NECROLÍTICA SUPERFICIAL

El tratamiento incluye terapia antimicrobiana tópica y IV y/o suplementos aminoácidos (Aminosyn, hospira.com) para manejar las lesiones dermatológicas.

La hepatopatía es tratada sintomáticamente, y cirugía o octreotide puede ser considerada para glucagonoma pancreático.

La prognosis de sobrevivencia es pobre a grave.

DERMATOSIS RESPONSIVA A ZINC

Suplementos permanentes con gluconato de zinc a 5 mg/kg PO cada 24 horas, sulfato de zinc a 10-15 mg/kg PO cada 24 horas, o metionina de zinc a 1.7 mg/kg PO cada 24 horas se requieren; terapias adicionales tópicos o orales con glucocorticoides pueden ser requeridas.

HIPERSENSIBILIDAD

CAFR (Reacción cutánea adversa a alimentos) se controla via dieta restrictiva.

Opciones de tratamiento para dermatitis atópica incluyen pero no están limitadas a:

Inmunoterapia

Ciclosporina A

Antihistaminicos

Acidos grasos

Terapia tópica adjunta anti inflamatoria y/o antimicrobiana.

SINTESIS

Requerimientos dependen de la causa.

Para infecciones, rechequear la respuestas clínica y citológica en 2 a 3 semanas para asegurar que la terapia tópica y/u oral es efectiva.

EN GENERAL.

COSTOS RELATIVOS:

Costos pueden variar.

Pliegue labial intertrigo (diagnostico y tratamiento: \$-\$\$)

Queiloplastía para pliegue labial intertrigo \$\$\$\$

Dermatosis con respuesta a zinc (diagnostico y manejo) \$\$-\$\$\$

Manejo generalizados de demodicosis \$\$-\$\$\$\$

Dolencia inmune mediada (diagnostico y manejo) \$\$\$-\$\$\$\$

Dermatitis necrolítica superficial (diagnostico y manejo) \$\$\$\$-\$\$\$\$\$

Clave de costos:

\$ = hasta \$ 100
 \$\$ = \$101-\$ 250
 \$\$\$ = \$251-\$ 500
 \$\$\$\$ = \$501 - \$ \$ 1000
 \$\$\$\$\$ = más de \$ 1000

Tabla. Causas de perioral dermatitis incluyen, pero no están limitadas a las dolencias listadas. Excepto para intertrigo, estas dolencia pueden manifestarse sin presencia perioral.

DOLENCIA	SIGNOS CLÍNICOS	LOCACIÓN	EDAD	PREDISPOSICIÓN RACIAL
Linfoma Epiteliotropic Linfoma	Alopecia Costras Erosiones Ulceras Eritema Placas Despigmentación Escamas	Cualquier Membranas mucosas Linfadenopatía	Adulto	Cualquiera
Infección Demodex spp Focal < 5 Locaciones. Generalizada >5 locaciones	Eritema Alopecia Costras Nodulos Papulas Pustulas Escamas Ulceras	A menudo facial Cualquier canal Cutáneo auditivo	1 año	Shar-pei Straffordshire bull terrier
Dermatofitosis	Costras Eritema Papulas Pustulas Escamas	Cualquiera cutáneo	Cualquiera	Parson Rusell terrier Yorkshire Terrier.
Hipersensibilidad Dermatitis atópica y/o reacción cutánea adversa alimentos (CAFR)	Eritema Prurito Escamas	Axilas Canales oído Facial, periocular Interdigital Perianal Cuello ventral	Cualquier	Cualquiera
Erupción cutánea inmunomediada por drogas	Cualquiera	Cualquiera	Cualquier	
Lupus discoide Eritematoso Inmunomediada	Costras Plantas pies Eritema Escamas Despigmentación	Facial. Pinnal Plano nasal Periocular	Adulto	
Celulitis juvenil Inmunomediada	Alopecia Costras Nodulos Placas Pustulas	Debilidad Hocico Dolor Periocular Otitis purulenta Pirexia Linfadenopatía Submandibular	1 – 3 meses	Dachshound Golden retriever Gordon setter

DOLENCIA	SIGNOS CLÍNICOS	LOCACIÓN	EDAD	PREDISPOSICIÓN RACIAL
Penfigus foliáceo Eritematoso	Costras Eritema Pustulas	Facial, orejas Plantas pies Plano nasal Generalizado	Adulto	Akita Chow chow Cocker spaniel English bulldog Labrador retriever
Síndrome Uveodermatológico	Costras Eritema Despigmentación	Planta pies Periocular Uveítis	Adulto	Akita Malamute Samoyedo
Pliegue labial Intertrigo	Costras Pliegue labial Redundante profundo Erosiones, úlceras Eritema húmedo Exudado purulento		Adulto	Basset hound Saint Bernard Spaniels
Pioderma Mucocutáneo	Queilitis Costras Erosiones, úlceras Eritema, fisuras Despigmentación	Ano Periocular Vulva, prepucio	Cualquier	Pastor Alemán
Dermatitis Necrolítica Superficial	Costras Erosiones Ulceración Eritema Hiperqueratosis	Planta pies Hepatopatía o Glucagonoma Perianal Codo lateral Talón	Adulto	Cualquier
Dermatosis Vesiculobuloso Bullous penfigo Epidermolisis bullosa adquirida Membrana mucosa penfigo Foliáceo penfigo	Úlceras Vesículas Costras Dolor	Mucocutáneo Cavidad oral Plantas pies Facial Generalizada	Adulto	Cualquier
Vitiligo	Despigmentación Leucotricia	Cualquier cutánea Mucosa membrana	Adulto	Doberman pinscher Rottweiler
Dermatosis Responsiva a zinc	Costras Eritema Hiperqueratosis Escalas	Facial Planta pies Plano nasal Periocular	Cualquier	Alaskan Malamute

SACULECTOMIA ANAL

D. MICHAEL TILLSON

Auburn University

A pesar de ser relativamente directa, la saculectomía cerrada o abierta puede causar ansiedad significativa: las complicaciones no son comunes cuando el procedimiento es realizado por un cirujano experimentado.

ANATOMÍA

El saco anal localizado entre 4 y 5 y entre 7 y 8 en relación con el ano, esta situada entre y cercanamente unida a fibras de los músculos externos e internos del esfínter. Las aberturas del ducto del saco anal esta localizadas a milímetros de la unión mucocutánea del ano.

Estas uniones pueden ser un desafío para diseccionar y deben ser cuidadosamente intervenidas sin romper la glándula o dejando un remanente. Otras estructuras anatómicas regionales incluyen el nervio pudendo y las ramas de la arteria rectal caudal, localizadas craneomedialmente o en profundidad al saco anal. Disección indiscriminada o agresiva pueden dañar estas estructuras, resultando en excesivas hemorragias e incontinencia fecal.

INDICACIONES

La saculectomía anal está indicada cuando presentaciones incontrolables (infecciones crónicas, neoplasia) están directamente causadas por el saco anal; puede ser también solicitado por los dueños para mascotas con impacto crónico o vaciado del saco anal inapropiado.

CONSIDERACIONES PRE QUIRÚRGICAS

La saculectomía anal no debe realizarse si el saco anal tiene rupturas o edemas y hay inflamación presente; la terapia localizada es preferida hasta que las heridas hayan sanado y la inflamación haya desaparecido.

Terapia localizada puede incluir expresiones contenidos infectados del saco anal, lavar con infusiones salinas o una combinación de sustancias antimicrobianas-antiinflamatorias, como también un agresivo lavado con retiro de tejidos necrosados y la administración de antimicrobianos sistémicos.



El conducto de apertura de los sacos anales (flechas) deben ser identificados usando una sonda, un pequeño mosquito o un catéter.

Intentar el procedimiento quirúrgico antes de una terapia localizada puede incrementar dramáticamente el riesgo de complicaciones, dado que la anatomía estará distorsionada y difícil de identificar.

La anestesia puede suplementarse administrando un agente epidural. El autor prefiere la combinación de morfina y lidocaína; esto permite una menor dosis de anestesia general, mientras la rápida acción de la lidocaína comparada con bupivacaína permite una recuperación más breve de la anestesia. (ver Tabla 1).

PREPARACIÓN QUIRÚRGICA.

La saculectomía anal no debe realizarse si el saco anal esta roto o si hay presencia de edema e inflamación

Tabla 1. OPCIONES DE ANESTESIA.

Tipo epidural	Dosis	Duración	Descripción
Morfina PF (1mg/mL)	0.1-0.2 mg/kg	6-24 horas	Opioide (analgésico); Puede causar retención urinaria especialmente en machos
Lidocaina 2% (20 mg/mL)	2-4 mg/kg	45-90 minutos	Anestesia
Bupivacaina 0.5% (5mg/mL)	0.5-1 mg/kg	4-6 horas	Anestesia local

Muchos clínicos prefieren utilizar morfina libre de preservantes para la inyección epidural. Los agentes preservantes en drogas inyectadas pueden causar cambios inflamatorios y efectos adversos. La mayoría de las medicaciones epidurales más utilizadas pueden ser obtenidas libres de preservantes para reducir los potenciales efectos adversos.

Para ambos saculectomía abierta o cerrada, el perineo del paciente debe ser sujetado, preparado y cubierto (Figura 1). Para disminuir el riesgo de contaminación, el saco anal debe ser lavado profundamente y vaciado para remover secreciones residuales.

El paciente debe ser colocado en una postura perianal con la mesa inclinada ligeramente para elevar el perineo. Una pieza de gasa húmeda (no mojada) puede ser insertada en el recto y una sutura anillada utilizada para minimizar la contaminación fecal. La sutura anillada debe ser colocada para no permitir acceso a los ductos del saco anal.

CIERRE.

El cierre de la herida es similar tanto para la técnica abierta o cerrada.

Siguiendo a un lavado de la herida, el lugar quirúrgico debe ser cerrado en capas usando una sutura fina y absorbible. Suturas interrumpidas pueden ser colocadas en una manera que cubra el nudo. Precisa posición de las fibras musculares separadas y transectas del musculo del esfínter y cierre del profundo tejidosubcutáneo, permiten disminuir espacios muerto y potencial formación de seroma.

La piel puede ser cerrada con suturas individuales (Fig. 2) un patrón intradermico, o adhesivo de tejidos.

Cuando se usen suturas en piel, las suturas deben ser cortado con un cabo corto en el aspecto medial (lo mas cerca del ano) mientras que el cabo lateral se deja más largo. Esta técnica de cierre puede minimizar la irritación de la mucosa sensitiva por las suturas y facilitar su remoción. Las suturas de piel no deben ser colocadas muy apretadas, ya que podrían precipitar un trauma auto infligido.

La sutura anillada y la gasa, si se utilizó debe ser removida y el área perianal limpiada antes de la recuperación de la anestesia.

Un monitoreo cuidadoso post operativo es crítico.



Se recomienda para el cierre una pequeña, y reabsorbible sutura de monofilamento

La incisión debe ser evaluada para derrames, hinchazón y dolor. El perineo debe ser gentilmente limpiado si hay restos. Un collar isabelino debería ser colocado y los pacientes deben ser impedidos de rascarse el perineo.

COMPLICACIONES

Las complicaciones más comunes asociadas con la saculectomía anal incluyen dolor, trauma y dehiscencia. Sin embargo, más complicaciones significativas pueden ocurrir. (Ver Tabla 2)

Aunque la saculectomía anal puede ser un procedimiento directo, no es necesariamente rápido. La impaciencia pueden conducir hacia complicaciones quirúrgicas mas que otros factores.

Tabla 2. COMPLICACIONES POTENCIALES

Complicación	Frecuencia	Tiempo	Notas
Infección	Común	2-10 días	Indicadores tempranos incluyen flujos del lugar de la incisión, dolor al palpar inflamación del tejido local e hinchazón
Fístula crónica	Rara	>2 semanas	Anestesia
Remoción incompleta del tejido del saco anal inflamado			Tejidos del saco anal retenidos requieren re exploración del lugar de la cirugía. El tejido retenido debe ser identificados y removido. Una cuidadosa disección es imperativa, trauma inadvertido en los nervios puede existir cuando la disección se extiende a través del tejido
Fístula rectocutanea presencia			La fístula rectocutanea indica presencia de perforación rectal. Una Incisión quirúrgica y cierre pueden eliminar las causas del tracto fistuloso, el cual debería recogerse sin mayor intervención. Materiales foráneos (Suturas no Absorbibles) deben ser removidas si se asocian con la fístula
Incontinencia fecal	Rara	Inmediata	El nervio rectal caudal (rama del nervio pudendo) puede estar traumatizado o cortado. Trauma excesivo al musculo del esfínter anal pudieran causar trauma e incontinencia. Daño a solamente un lado del ano no sería causa de incontinencia total. Manejo dietario y salidos frecuentes al espacio exterior para defecar, particularmente inmediatamente después de comer puede ser beneficioso.
Estrechamiento anal	Raro	Semanas-meses	Secundario a un excesivo trauma del esfínter anal externo y los tejidos adyacentes o una notoria infección del lugar quirúrgico.

QUE SE NECESITA

Instrumentos pequeños, delicados (eg. Oftalmológicos) se recomiendan para beneficiar adecuadamente al manejo de los tejidos, cuidadosa disección y mantenimiento de una meticulosa hemostasis. La sangre pudiera oscurecer los planos de disección y causar un trauma innecesario a los tejidos.

Adicionalmente a un paquete quirúrgico rutinario, los siguientes instrumentos pueden ser útiles:

Forceps de pulgar

Tijeras Iris o tenotomo

Sujetador de agujas

Anillo retractor o retractor perineal Gelpi.



Colombia es Pasión

Regístrese con la Tarifa Mega Anticipada,
válida hasta 1 de Noviembre, 2015

41ST WORLD SMALL ANIMAL VETERINARY ASSOCIATION CONGRESS

27-30 September, 2016 | Cartagena, Colombia



WSAVA
CONGRESS
2016 | 27-30 September
Cartagena, Colombia



...Un Gremio, Una familia, Un País!



Congress organizer

Kenes International, 7, Rue François-Versonnex, 1207 Geneva, Switzerland,
PO Box C.P. 6053, 1211 Geneva 6, Switzerland
Tel: +41 22 908 0488 | Fax: +41 22 906 9140 | E-mail: wsava2016@kenes.com

www.wsava2016.com

PASO A PASO SACULECTOMIA ANAL CERRADA

Paso 1

Para una saculectomía anal cerrada, insertar material de relleno en el saco anal para delinearlos durante la disección. En este caso, una cinta umbilical húmeda fue introducida para distender; otras opciones para distender el saco anal incluyen metacrilato de polimetilo, crema de triple antibiótico (o productos similares) o parafina.

Parafina. Especialmente útil para un cirujano con poca experiencia; es licuada en agua hirviendo e infundida en un saco anal limpio. La parafina se solidificará a la temperatura corporal, haciendo que el saco anal sea fácilmente discernible.



Paso 2

Centralizar una pequeña incisión (2-3 cm) sobre la punta y radiarla hacia afuera desde el ano. Haciendo una incisión a lo largo del eje longitudinal del saco anal antes que una incisión dorsal a ventral se recomienda.

Una vez que la piel está incidida, separar el tejido subcutáneo utilizando una disección aguda despuntada. Separa las fibras del músculo externo del esfínter anal utilizando la misma técnica. Una disección acertada puede reducir hemorragias y minimizar el daño al músculo del esfínter.

Un cuidadoso uso de una unidad electroquirúrgica bipolar puede controlar hemorragias e incrementar la visualización. La electrocirugía monopolar no se recomienda, ya que puede incrementar las complicaciones.

Mantener la cama de la herida húmeda y clara con uso de lavados tibios de 0.9 salinidad. No se le añada antisépticos al lavado. Su uso frecuente puede asimismo incrementar la visualización al limpiar la sangre acumulada.



Opiniones del Autor

Productos que pueden ser introducidos en el saco anal para solidificar, pueden hacer la disección más evidente cuando se realiza el procedimiento del cierre.

PASO A PASO SACULECTOMIA ANAL CERRADA

Paso 3

A medida que la disección continúa, palpar la punta del instrumento (u otro material) colocado en el lumen del saco anal. Haciendo eso sirve como una guía mientras visualiza las fibras divididas del musculo del esfínter anal externo para exponer el saco anal.

La superficie externa del saco anal es una suave estructura grisácea-marrón, con algunas de las fibras musculares del musculo del esfínter adherido a la superficie.

Paso 4

Continuar cuidadosamente la disección alrededor de los bordes del saco anal. Cuando el ápex del saco anal es diseccionado libre del tejido inferior (utilizando un sujetador Babcock o un hemostato Kelly) apretar y elevar el apex caudal y dorsalmente para permitir la disección alrededor del aspecto craneal (profundo) de la estructura.

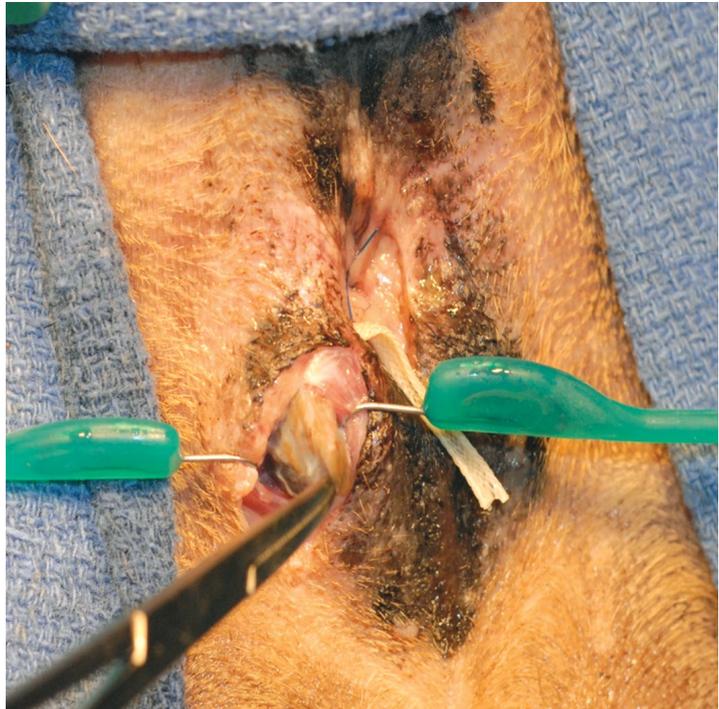
Mantener las tijeras tenotomas tan cerradas como sea posible al saco anal sin hacer incisiones inadvertidas en el lumen.

Continuar la disección a lo largo de lado posterior del saco anal hasta que el ducto sea la única adherencia restante.

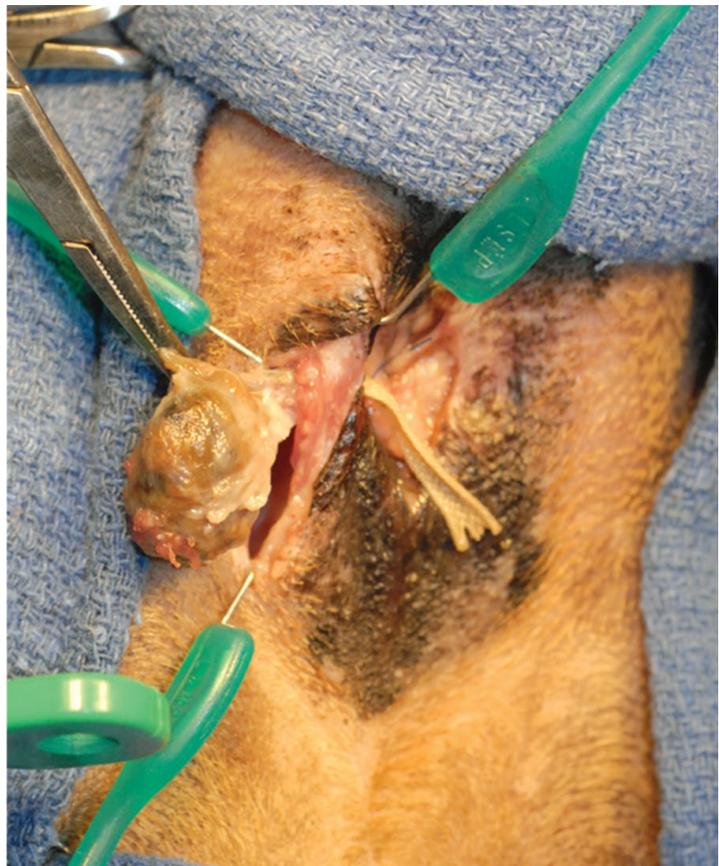
En este punto, puede remover el ducto del saco anal totalmente junto con un pequeña pieza de la mucosa rectal o ligar el ducto utilizando una sutura fina, monofilamentosa absorbible tan próximo a su punto extremo como sea posible.

Opiniones del Autor

Las tijeras curvadas de tenotomía pueden ser alineadas con la curvatura del saco para mantener un cercano contacto entre los dos. Esto previene al plano de disección de entrar en los tejidos de alrededor, en los que una disección imprecisa puede causar complicaciones.



Tejido sujeto de un retractor de anillo usado para su retracción, para exponer el saco anal.



PASO A PASO SACULECTOMIA ANAL ABIERTA.

Paso 1

Para una saculectomía anal abierta, insertar una tintera como guía a través del ducto anal al saco anal. La incisión inicial es creada sobre la guía y se extiende en el lumen del ducto y el saco anal.

Un breve lavado tibio con solución salina, se recomienda para remover cualquier secreción residual.

A continuación, coger gentilmente los bordes del saco anal incisionado y comience a remover el saco y el ducto del tejido inferior.



Paso 2

En este caso, la disección está solamente completa a la mitad.

Tenga cuidado cuando el plano de disección se extiende a la parte posterior del saco anal. Una combinación de disección despuntada y precisa es más efectiva. Al igual como en la saculectomía cerrada, diseccionar tan próximo a la superficie externa del saco como sea posible.

Opiniones del Autor

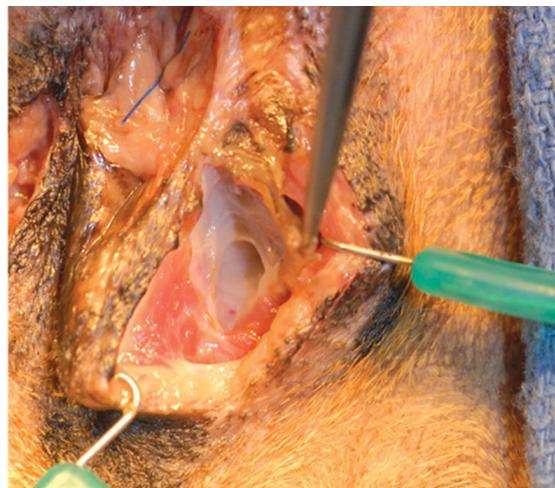
La técnica de saculectomía abierta puede incrementar la posibilidad de dejar residuos de tejido epitelial (remanentes del saco anal), que están ligados al incremento de la frecuencia de fistulas drenantes postoperativas.



Opiniones del Autor

Hay más hemorragia y trauma a los tejidos con esta técnica abierta.

Antibióticos perioperativos son recomendables para este procedimiento, pero continuar con terapia de antibióticos puede no ser necesario a menos que pre-existan infecciones. El antibiótico perioperativo más comúnmente usado (Amoxicilina-clavulanico, primera generación cefalosporinas) tiene actividad satisfactoria contra bacterias comunes de la piel.

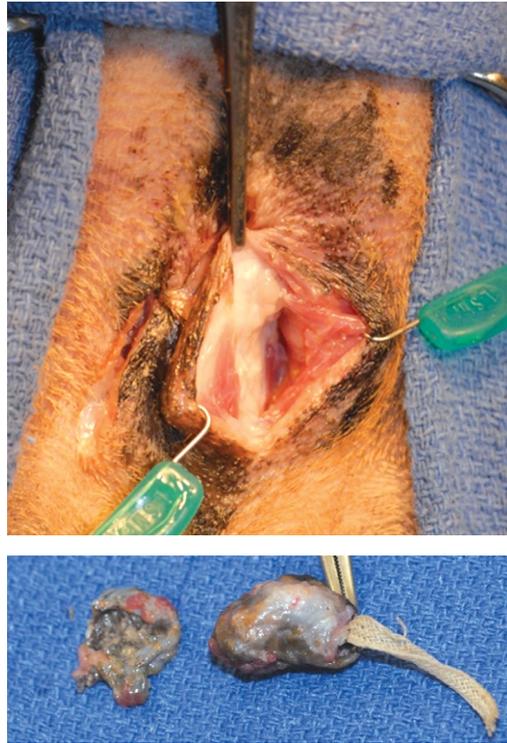


PASO A PASO SACULECTOMIA ANAL ABIERTA.

Paso 3

Después que el saco anal abierto ha sido diseccionado libre, lavar la herida con solución salina tibia. Evaluar cuidadosamente la superficie y el saco anal retirado para asegurar el retiro completo de cualquier resto de tejido; remanente epiteliales pueden conducir a complicaciones post operatorias (eg. Abscesos, fistulas)

Examen histopatológico del saco anal removido es recomendable luego de su retiro.



Opiniones del Autor

La selección del antibiótico para la terapia pre y post operativa debe estar basada en evaluaciones citológicas, cultivos de bacterias y pruebas de susceptibilidad de resultados, y respuesta a terapia.

Reconocido en todo el mundo

Suscríbete a la edición digital global de **Clinician's Brief® GRATIS * para recibir:**

- Consejos básicos para el diagnóstico y tratamiento
- Formatos concisos y abreviada para el clínico práctico
- La publicación que los veterinarios de pequeños animales han valorado en el puesto número 1 como la más esencial durante 8 años! **
- Acceso a la biblioteca completa de 1.200 artículos, videos y mucho más

**SUSCRIBETE DE FORMA GRATUITA EN
CLINICIANSBRIEF.COM/SUSCRIBE-WSAVA**

De Brief media, editor de
*Clinicians' Brief, Veterinary Team Brief, y
Plumb's Therapeutics Brief.*

*GRATIS para todos los Miembros de Asociaciones pertenecientes a WSAVA

**2014 Essential Media Study



RETOS SOBRE DERMATITIS FACIAL CANINA

GAIL A. KUNIKLE DVM, Diplomate ACVD
University of Florida

Las condiciones de la piel en el área facial de los perros pueden parecer similares, pero tienen causas muy diferentes. Se recomienda usar las imágenes en adición a las pistas señaladas para unificar cada imagen con el diagnóstico definitivo. En un procedimiento clínico tendría el beneficio de muchas piezas de información adicional, tales como el examen físico, historia, las pruebas de diagnóstico. Este ejercicio no sugiere que el diagnóstico debería ser hecho basado solo con la apariencia, y es posible que el lector no haga el correcto diagnóstico en todos los casos.

La terapia empírica basada en diagnóstico tentativo no debería ser empleada en muchas de estas dolencias. La terapia inmunosupresora es fuertemente contraindicada cuando la enfermedad infecciosa no ha sido descartada.

Elija entre los la lista de diagnósticos, cada dolencia corresponde con una sola imagen.

Ver páginas 56 y 58 por las respuestas correctas.

----- **DERMATITIS ATOPICA**

----- **DEMODICOSIS**

----- **DERMATOMIOSITIS**

----- **DERMATOFITOSIS**

----- **LUPUS
ERITEMATOSO
DISCOIDE
(Lupus cutáneo)**

----- **HIPERSENSIBILIDAD
A INSECTOS**

----- **CELULITIS JUVENIL**

----- **DERMATITIS
NECROLITICA
SUPERFICIAL**

----- **PENFIGO FOLIACEO**

----- **ESCABIOSIS**

----- **SINDROME
UVEODERMATOLOGICO
(Vogt-Koyanagi-Harada)**

----- **VITILIGO**



1
4 meses de edad, chow chow:
Demodicosis.



5
8 años de edad. Mestizo Labrador.
Penfigo foliáceo.



9
3 años de edad. Bloodhound. Dermatitis
atópica.



2
4 años de edad. Gran Danés. Escabiosis.



3
2 años de edad. Rottweiler: Vitiligo.



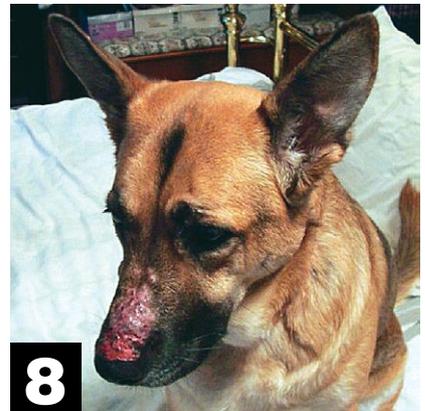
4
3 meses de edad. Golden retriever: Celulitis juvenil.



6
2 años de edad. Collie pelaje suave. Dermatomiositis.



7
5 años de edad. Akita. Síndrome uveodermatológico.



8
1 año de edad. Pastor Alemán. Hipersensibilidad a los insectos.



10
1 año de edad. Rottweiler. Dermatomiositis.



11
10 años de edad. Corgi Galés. Dermatitis necrolítica superficial.



12
6 años de edad. Mestizo spaniel. Lupus Eritematoso. (lupus cutáneo)

DERMATOSIS FACIALES CANINAS RESPUESTAS



1
4 MESES DE EDAD, CHOW CHOW: DEMODICOSIS.

Este cachorro tiene una demodicosis generalizada con pioderma secundario. Clínicamente, esto podría ser difícil de diferenciar de una celulitis juvenil. Sin embargo, la celulitis juvenil en el rostro se manifiesta inicialmente como una hinchazón aguda de los párpados, labios, morro, los cuales posteriormente progresan hacia pápulas y pústulas invadiendo labios, morro, mentón puente nasal y área peri ocular. Este cachorro tiene incorporación confluyente de la región peluda del rostro, Un raspado profundo de la piel debería ser parte del plan del diagnóstico.



3
2 AÑOS DE EDAD. ROTTWEILER: VITILIGO.

La despigmentación sin inflamación en el morro, labios y nariz en esta raza son altamente sugerentes de vitiligo. El desorden es más visto en rottweilers, doberman Pincher. Una Biopsia lo confirma. Leucotricia o poliosis a veces acompaña a esta condición.



5
8 AÑOS DE EDAD. MESTIZO LABRADOR. PENFIGO FOLIÁCEO.

Este perro tiene una afectación simétrica que ocupa el puente nasal, el área peri ocular, y tal vez la oreja. Una Despigmntacion de la nariz ha ocurrido. Costras y pérdida de pelo probablemente estuvieron precedidas por algún tipo de erupción primaria, que podría ser dermatofitosis; sin embargo, la región de la nariz, la simetría facial y la edad del perro sugieren neoplasia, penfigo o dermatitis necrolítica superficial. El diagnóstico podría incluir una evaluación citológica, biopsia, y un completo examen medico del estatus metabólico del perro.



2
4 AÑOS DE EDAD. GRAN DANÉS. ESCABIOSIS.

Este perro adulto tiene un trauma extendido en su cabeza y rostro. Este grado del trauma sugiere primeramente *Sarcoptes scabiei*, y el tratamiento para la escabiosis debería hacerse aún si los raspados de piel resultan negativos.



4
3 MESES DE EDAD. GOLDEN RETRIEVER: CELULITIS JUVENIL.

Raspados de piel deberían hacerse para descartar de Demodex. La ubicación cutánea de la lesión, la hinchazón y rupturas de las áreas afectadas, mas la edad del cachorro sugiere esta condición. Uno podría esperar registros físicos para incluir nódulos linfáticos periféricos aumentados. Este paciente puede estar deprimido y febril. Retrievers y dachshunds parecen estar sobre representados.



6
2 AÑOS DE EDAD. COLLIE PELAJE SUAVE. DERMATOMIOSITIS.

Las lesiones cubren un área de hiperpigmentación focalizada, alopecia y atrofia. Atrofia muscular sobre el puente de la nariz es aparente. Los Collies son una de las razas predispuestas para esta dolencia, y la aparición de lesiones es altamente sugerente. El diagnóstico podría ser confirmado mediante biopsias de la piel y electromiografía (EMG) o biopsias musculares.



7

5 AÑOS DE EDAD. AKITA. SINDROME UVEODERMATOLÓGICO.

La raza, la ubicación de las lesiones, y la uveítis obvia dan el diagnóstico.



9

3 AÑOS DE EDAD. BLOODHOUND. DERMATITIS ATÓPICA.

Este perro evidencia un eritema y un trauma crónico; él está lamiendo sus patas y rascándose el tronco. Este caso de dermatitis atópica es complicado por infecciones secundarias de *Malassezia*.



11

10 AÑOS DE EDAD. CORGI GALÉS. DERMATITIS NECROLÍTICA SUPERFICIAL.

Otros nombres para la dermatitis necrolítica superficial son el eritema necrolítico migratorio, la necrosis epidérmica metabólica y el síndrome hepatocutáneo. Este perro geriátrico tiene costras y rupturas en la nariz y alrededor de los ojos. Este desorden podría ser penfigo foliáceo o linfoma epiteliotrópico (*Micosis fungoides*), pero el paciente tiene costras más grandes que usualmente aparecen después de las pústulas de penfigo foliáceo. Biopsias y un completo trabajo médico ayudarían con el diagnóstico. Este perro ha sufrido de enfermedades hepáticas. La neoplasia pancreática, especialmente glucagonoma ha sido asociada con esta condición.



8

1 AÑO DE EDAD. PASTOR ALEMÁN. HIPERSENSIBILIDAD A LOS INSECTOS.

Las lesiones están presentes solamente en el dorso de la nariz y las áreas de poco pelo y parece ser algo nodular. Pueden ser neoplásico (aunque la edad del paciente hace que no parezca ese el diagnóstico) o inflamatorio. Los nódulos inflamatorios que aparecen en la nariz repentinamente, usualmente resultan de picaduras de insectos, aunque pudieran resultar de hongos o infecciones bacterianas.



10

1 AÑO DE EDAD. ROTTWEILER. DERMATOFITOSIS.

Este perro adulto tiene costras, pequeños nódulos y acompañada de una alopecia moderada. La alopecia focal sin nódulos se encuentra en las orejas y la frente. Esta inflamación está asociada con *Microsporum gypseum* o otras infecciones, incluyendo el pododermis nasal.



12

6 AÑOS DE EDAD. MESTIZO SPANIEL. LUPUS ERITEMATOSO. (LUPUS CUTÁNEO)

La condición está confinada a la nariz y es caracterizada por la inflamación, una despigmentación gris, y la pérdida de la apariencia redondeada. La pérdida de esta puede ocurrir con otras condiciones faciales como la neoplasia o otros desórdenes autoinmunes.



Cambiar mi comportamiento, cambia mis rendimientos?

Nosotros, los veterinarios y empresarios del sector de mascotas, aprendemos dentro de lo posible (no todos infelizmente) sobre asuntos relacionados a los animales. Sin embargo dejamos a veces de lado los asuntos de administración, finanzas, legislación, gestión, en fin, todo lo relacionado con el emprendimiento. Tener clínica exige ser competente profesionalmente como médico veterinario. Esto es, saber diagnosticar y tratar. Aunque esta tarea sea ardua y permanente, esta no es suficiente para la mayoría. Pero entonces, como, algunos colegas alcanzan el éxito financiero en sus clínicas sin haber aprendido sobre emprendimiento? Por muchas razones, entre ellas una muy importante: ellos tenían talento para el emprendimiento. Alguno lo tienen para el deporte, canto, sacerdocio, ciencia, oratoria. Estudios muestran que

alrededor del 5% de los seres humanos tienen este talento para el emprendimiento. En general, emprenden bien la mayoría de los negocios en que ponen su talento para funcionar. Esto no quiere decir que estas personas no tengan problemas de gestión, o con sus relaciones interpersonales, y que no puedan mejorar su comportamiento. Nunca lo olvide, aunque algunas personas que usted cree que nacieron con el don del emprendimiento, en realidad pueden estar entre los otros 95%! Ellas aprendieron! Y alcanzaron el éxito! Esto nos alienta mucho, pobres mortales que no somos emprendedores de primera línea. Pues podemos aprender!

Pero como aprender sobre este tema? Cursos, conferencias, lecturas. Sea sincero: cuantos libros usted leyó sobre emprendimiento? Liderazgo? Como lidiar con empleados? Contabi-

lidad, finanzas? A cuantas conferencias relacionadas con este tema usted asistió en los últimos años? A los que respondieron “pocas” les aconsejo entrar a este fascinante mundo del aprendizaje de este tema urgentemente. En algunos años usted verá sus ganancias aumentar desde que, de hecho, actué!

A los que leyeron mucho y asistieron a algunos cursos y aun no alcanzaron el éxito, pido una reflexión seria, profunda y honesta sobre lo que diré: “Si usted no consiguió el éxito, continua estancado, la razón es simple - usted de hecho no absorbió los conocimientos, no los enraizó en el alma, no creó la cultura del emprendimiento para si mismo. Los conocimientos leídos están superficialmente en su cerebro, cuya mayoría ya fue olvidada, principalmente por que no se tornaron prioridad en su vida. Lo que no se usa de hecho, se

olvida. Usted leyó y no practicó, no lo llevo a la práctica. Quizás por no creer o concordar con lo que usted leyó. Si usted no lee mucho sobre este tema, este es un pequeño consejo que le doy: comience ya! No es suficiente con leer media docena de libros y escuchar a conferencistas famosos. Conozco quien leyó y asistió y criticó negativamente, peyorativamente, “él dice esto porque gana mucho dinero por dar la conferencia”. Es el verdadero espíritu armado del “sadin” (leya al revés, contrario de Mideas, que toca y transforma en oro, las cosas, alguien positivo en la vida). Sadim es alguien que comenzó con el pie izquierdo, cuya oportunidad de establecer la cultura del éxito en el alma es pequeña. Él, al final no estaba tan motivado, no veía este tema como una prioridad en aquella época de su vida. Mas el tiempo pasa, el mundo gira y nuevas motivaciones y prioridades surgen. Este mismo colega podrá adquirir la cultura que describo.

Lo más increíble y fascinante que vengo entendiendo sobre mis profundos estudios sobre comportamiento humano desde el cambio del siglo, y anteriormente como curiosidad, es que la mayoría que no interiorizó esta cultura no lo hizo por estar con el espíritu armado o por ser negativo. La razón es mucho más simple: El individuo nunca tuvo la oportunidad de leer sobre el tema. Es como si él viviese en la

oscuridad por años y de repente comenzase a deslumbrar una nueva vida, una nueva cultura, un nuevo saber. Esto, en verdad se refiere a cualquier asunto. Esto me pasó a mi, hace algunos años, cuando tomé esta oportunidad mi vida cambió. La mayoría no se dio la oportunidad. ¿ De los miles de colegas que militan en clínica de pequeños animales, cuantos estarán leyendo este artículo?. En mi audaz y prepotente visión, lamentablemente, una minoría de los colegas alcanzará la luz que discutimos aquí. Veterinarios, que son profesionales, teóricamente, intelectuales, prefieren ver novelas, escuchar música de moda, en vez de leer los libros sobre el tema.

Disculpen nuevamente la prepotencia, pero sé de la capacidad intelectual (y no técnico-profesional) de los alumnos de graduación, post-graduación y de pasantía con los que lidio diariamente, hace 25 años como docente. Esta realidad me entristece, demasiado, pues mi principal misión es ser educador. Así, cambiar el comportamiento dentro de la empresa (en casa) exige inicialmente saber cómo usted actúa, saber quién usted es, como son los comportamientos de las otras personas que tuvieron éxito! Intuición y éxito en el pasado son relevantes, sin embargo no garantizan el éxito futuro. Aprender sí! Obtener “feedback” de sus empleados y familiares puede ser un inicio,

no obstante, vaya con calma! No es solo saber de un día para otro lo que su empleado de la limpieza piensa sobre usted, si usted no está preparado para usar esta información! Peor, las críticas inclusive lo pueden deprimir. Doy varios consejos para aprender y colocar en práctica, inclusive cursos que damos. Por ejemplo: leer varios y buenos libros, ir a conferencias, frecuentar cursos. Por cierto su asociación tiene algún curso de gestión de clínicas, además de cursos sobre habilidades y aptitudes personales. Además la contratación de un “coach” puede ser valiosa, aunque esto aún sea nuevo en nuestra profesión. Sin embargo cuidado, hay muchas cosas extrañas y de poca calidad por ahí!

Después de enterarse sobre el asunto, lo que lleva meses, o aun durante el proceso de aprendizaje, comience de hecho a ponerlo en práctica. Esta es la parte más difícil. Lo ideal es tener un “coach” consejero o mentor a su lado para instruirlo durante esta caminata.

Nunca se olvide, cambiar su comportamiento hacia el bien, científicamente, traerá mayor lucro, entre otros factores que abordaremos en otro artículo! Comience a leer, si tiene dudas, contácteme. Si piensa que todo esto es una bobada, no hay problema, otros van a usar las técnicas y ganar más que usted, puede estar seguro! La decisión es suya!

7 años de Formación Continuada presencial de FIAVAC (2009-2015)

JOAQUÍN ARAGONÉS

Director de FIAVAC



La edición del presente año 2015 ha supuesto la consolidación de una arriesgada propuesta de FIAVAC en los momentos de su definición.

En el año 2008 el Comité Directivo de FIAVAC tomó la decisión de dar un importante paso en las actividades de la Federación, encaminado a hacer valer una importante presencia física y de contacto directo con las Asociaciones miembros y con los clínicos de Iberoamérica, mediante una serie de seminarios presenciales en los países miembros.

Aquel mandato de la Asamblea de FIAVAC tuvo que afrontar importantes dificultades logísticas, de comunicación, y de ejecución. La coordinación de este proyecto anual de formación en 10 o más países supone

un importante reto anual, el cual año a año se ha ido superando con la importante colaboración y trabajo de cada una de las asociaciones Nacionales.

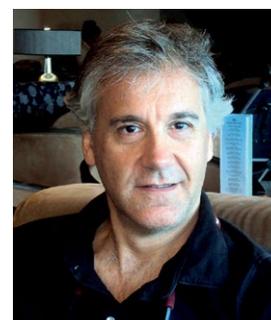
Pero desde el primer año del proyecto, el éxito de los seminarios, la masiva afluencia de clínicos, el valor añadido que la propuesta añadía a cada asociación nacional, y la aceptación del sector, animó a seguir en su desarrollo y a incorporarlo como un proyecto ya clásico de nuestra Federación.

A lo largo de estos 7 años, 16 prestigiosos ponentes de España y de Sudamérica, han impartido más de 50 seminarios de 6 horas de duración, por los que han circulado alrededor de 4.000 asistencias de veterinarios.

El objetivo científico de

estos seminarios ha sido y seguirá siendo a corto plazo, el dar las bases médicas y quirúrgicas de las disciplinas más habituales en nuestra profesión. Especialidades como las urgencias, la dermatología, la medicina interna, la gastroenterología, etc. Han sido y serán la base de estas propuestas de formación.

La idea es adecuarse al nivel técnico general de la



Joaquín Aragonés,
director de
FIAVAC

“ El objetivo científico de estos seminarios ha sido y seguirá siendo a corto plazo, el dar las bases médicas y quirúrgicas de las disciplinas más habituales en nuestra profesión. ”

profesión en el área, teniendo en cuenta además factores tan importantes como son el potencial económico de la profesión y de los clientes a los que ofrecemos nuestros servicios en cada país, la posibilidad de la disposición y acceso a los fármacos necesarios, o la juventud de nuestra profesión en nuestra zona geográfica de influencia.

Pero uno de los objetivos más importantes de este servicio de FIAVAC, ha sido el de dar un valor añadido de relevante importancia, al hecho de la pertenencia como socio veterinario a cada una de estas asociaciones nacionales miembros de FIAVAC.

Ayudando a promocionar y ofrecer mas actividades a cada Asociación Nacional, se esta concretando la necesidad de asociarse y de formar parte de las instituciones profesionales, de participar en ellas, y de crecer como profesionales.

Pero para todo ello, el papel de los ponentes ha sido fundamental, a la vez que los verdaderos protagonistas del éxito del mismo.

Desde FIAVAC estaremos eternamente agradecidos a los siguientes ponentes de la formación de nuestra federación, por su dedicación e importante colaboración en el desarrollo profesional de la veterinaria de animales de compañía en nuestra área.



Formación Continuada FIAVAC 2015. El ponente español Rafael Obrador en Salvador, Bahia, Brazil. 28 Septiembre 2015

Divulgación



Formación continuada FIAVAC 2015. Ignacio Mesa en Santo Domingo (República Dominicana). 29 Septiembre 2015

Divulgación

- Cesar Yotti
- Albert Lloret
- Artur Font
- Jordi Gine
- Ana Avellaneda
- Simon Martí
- Gustavo Machicote
- Daniel Masian
- Loli Tabar
- Araceli calvo
- Juan Duque
- Araceli Calvo
- Rafael Obrador
- Claudia Della cella
- Ignacio Mesa
- Mireia Fernandez

CELEBRACIÓN



Divulgación

Formación Continua Peru 2009.



Divulgación

Formación Continua FIAVAC 2009. Alber Loret en Peru.



Divulgación

Formación Continua FIAVAC 2014. Gilberto Gauthier, Javier Pefaur, Juan Carlos Duque y Mario Marzuc en Caracas.



Divulgación

Formación Continua FIAVAC 2009. Artur Font en Uruguay.



Divulgación

Formación Continua FIAVAC 2010. Jordi Gine en Paraguay.



Divulgación

Formación Continua FIAVAC 2014. Juan Duque en Peru.



Divulgación

Formación Continua FIAVAC 2012. Gustavo Machicote en Venezuela.



**TU MARCA EN MANOS
QUE CONVIENEN.**



X SOUTHERN EUROPEAN VETERINARY CONFERENCE
51 CONGRESO NACIONAL AVEPA



España

20-22 Octubre

GRANADA 2016

Inscripciones abiertas en Enero de 2016

www.sevc.info

Organizers

