

Pasantía Práctica Empresarial Centro Clínico Veterinario Los Andes

Gabriela Valentina Villamizar Ruiz

1005052111

Junio 2025

Tutor:

MV. M.Sc., Ph.D. **Lina María Trujillo Rojas**

Nota del autor

Trabajo de grado Departamento de Medicina Veterinaria, Facultad de Ciencias Agrarias,

Universidad de Pamplona, Pamplona, Norte de Santander

La correspondencia relacionada con este documento deberá ser enviada:

gabrielavillamizar@unipamplona.edu.co

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	6
DESCRIPCIÓN DEL SITIO DE PASANTÍA	8
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA PASANTÍA PRÁCTICA PROFESIONAL	8
RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE FÍSTULA RETROFARÍNGEA CON HERIDA MUSCULAR CERVICAL EXTERNA EN CANINO RAZA YORKSHIRE TERRIER	9
RESUMEN	9
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN	11
ANAMNESIS.....	13
EXAMEN FÍSICO	13
<i>Constantes de examen físico del 10 de marzo del 2025.....</i>	<i>13</i>
<i>Constantes de examen físico del 11 de marzo del 2025.....</i>	<i>14</i>
LISTA DE PROBLEMAS	14
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	15
DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES	19
<i>Fístula retrofaríngea con herida muscular cervical (diagnóstico definitivo):</i>	<i>19</i>
<i>Absceso retrofaríngeo secundario a cuerpo extraño:.....</i>	<i>20</i>
<i>Ruptura esofágica:</i>	<i>20</i>
APROXIMACIÓN TERAPÉUTICA	20
DISCUSIÓN	27

CONCLUSIONES.....	30
ANEXOS.....	31
REFERENCIAS.....	32

Listado de figuras

Figura 1. <i>Proyección radiográfica latero-lateral derecha de cabeza, cuello y tórax. ...</i>	<i>17</i>
Figura 2. <i>Proyección radiográfica dorso ventral de cabeza, cuello y tórax.</i>	<i>18</i>
Figura 3. <i>Test de fluoresceína en cavidad oral.....</i>	<i>19</i>
Figura 4. <i>Lesiones a nivel del cuello.</i>	<i>21</i>
Figura 5. <i>Exploración quirúrgica del espacio retrofaríngeo.</i>	<i>22</i>
Figura 6. <i>Exploración quirúrgica del espacio retrofaríngeo.</i>	<i>23</i>
Figura 7. <i>Vista de lesión ventral- medial.</i>	<i>24</i>
Figura 8. <i>Lesión del cráneo en la región occipital dorsal.</i>	<i>25</i>
Figura 9. <i>Control de paciente Maximiliano.....</i>	<i>26</i>
Figura 10. <i>Carta aval caso clínico.</i>	<i>31</i>

Listado de tablas

Tabla 1. *Resultados de hematología.* 15

Tabla 2. *Resultados de químicas sanguíneas.* 16

Introducción

La medicina veterinaria es un campo práctico de constante evolución que desempeña un papel fundamental en la salud y el bienestar animal, así como en la prevención, el control y diagnóstico de enfermedades zoonóticas con impacto en la salud humana. En este contexto, la pasantía profesional se establece como una etapa crucial en la formación del médico veterinario. Esta experiencia permite al pasante reconocer los desafíos de la profesión y desarrollar las habilidades necesarias para consolidar el conocimiento adquirido, facilitando el surgimiento en el ámbito laboral.

Durante el desarrollo de la pasantía en el Centro Clínico Veterinario Los Andes se brinda la oportunidad de enfrentar a una amplia variedad de casos clínicos y participar en áreas como cirugías, atención a clínicas, diagnósticos, entre otras, permitiendo al pasante desarrollar destrezas adquiridas a lo largo de la formación de la pasantía, al mismo tiempo adquiriendo destrezas necesarias para las competencias claves del ejercicio profesional, ayudando a fortalecer la capacidad de toma de decisiones, criterio clínico y el trato responsable hacia los pacientes y sus propietarios desenvolviéndose de manera apropiada en este entorno profesional.

La Universidad de Pamplona tiene como misión formar profesionales líderes, competentes, éticos e integrales comprometidos con la salud animal, medicina preventiva, salud pública e inocuidad alimentaria, capacitando así estudiantes preparados para afrontar distintos tipos de retos durante estos seis meses.

Este informe documenta las actividades, experiencias y aprendizajes obtenidos a lo largo de este semestre, presentando un caso clínico que abarca desde la anamnesis hasta su evolución final, tratándolo de manera integral y destacando la importancia de la investigación, trabajo en

equipo y el compromiso de la ética profesional siendo factores característicos en la medicina veterinaria.

Descripción del sitio de pasantía

El Centro Clínico Veterinario Los Andes se encuentra ubicado en la carrera 3 # 58-07 los naranjos, real de minas, en la ciudad de Bucaramanga, Santander. Esta Clínica Veterinaria fue fundada en el año 2015 por los médicos veterinarios Lilian Chaparro, Emyr Chaparro y Fabián Chaparro.

Su visión es ser reconocidos por su alta calidad, excelencia profesional y vocación por el servicio, comprometiéndose a ser líderes en el campo veterinario estableciendo estándares elevados de atención y cuidado en la comunidad.

El horario de atención del Centro Clínico Veterinario abarca de 6:00 a.m hasta las 10:00 p.m, los siete días a la semana, ofreciendo servicios de consulta médica general, hospitalización 24 horas, vacunación, área de radiografía, ecografía, laboratorio clínico para el procesamiento de análisis bioquímico y hemático, zona de instrumental y esterilización, oncología, cardiología, medicina interna, rehabilitación y tratamiento especializado de cavidad oral, cirugía de ortopedia, cirugía de mediana y alta complejidad, clínica del dolor.

Actividades desarrolladas durante la pasantía práctica profesional

Dentro de las actividades de pasantía práctica empresarial se realizó acompañamiento de consulta externa junto a médicos veterinarios, examen semiológico, toma de muestras, seguimiento del caso, manejo y documentación de historias clínicas en Vetesoft, asistencia en área de hospitalización, acompañamiento en área de cirugía, área de esterilización química y térmica de material quirúrgico, se realizó turnos nocturnos en compañía del médico veterinario, asignaciones de temas de estudio y profundización, los cuales fueron evaluados de manera cuantitativa, acompañamiento en el área de imagenología (radiografía y ecografía), acompañamiento en el área de anestesia y clínica del dolor.

Resolución quirúrgica de fístula retrofaríngea con herida muscular cervical externa en canino raza Yorkshire Terrier

Resumen

En este trabajo se describe el caso clínico de un canino macho de raza Yorkshire Terrier, de tres años de edad, que ingresa al Centro Clínico Veterinario Los Andes tras sufrir un accidente por la mordedura de congénere. El paciente no tiene plan vigente de vacunación ni desparasitación, no recibe comida, ni consume agua desde el día del accidente.

Durante el examen físico, se identificaron tres lesiones, una a nivel del cuello en la parte cervical externa con un diámetro de 2 cm, la segunda a nivel del cuello parte medial con un diámetro de 1 cm y la tercera en la región occipital dorsal; por lo cual se realizó un estudio radiológico para descartar compromiso en tráquea y esófago. Inicialmente, se planteó una resolución quirúrgica. Sin embargo, el propietario se negó y optó por un tratamiento ambulatorio con terapia antiinflamatoria, antimicrobiana, analgésica y antisepsia local en las lesiones, contando con un control físico a las 24 horas. Al día siguiente, se observa deterioro en las lesiones con secreción purulenta, edema circundante, salida de contenido espumoso y alimenticio, y estridor a la auscultación traqueal. Ante estos hallazgos, se procedió a intervenir quirúrgicamente. El manejo postquirúrgico incluyó antibiótico, antiinflamatorio, analgésico, hemostático, antiséptico y aplicación de crema tópica. Finalmente, el paciente experimentó una rápida recuperación sin eventualidades, ni complicaciones.

Palabras claves

Canino, mordedura, lesiones retrofaríngeas, secreción purulenta, cuello.

Abstract

This paper describes the clinical case of a three-year-old male Yorkshire Terrier admitted to the Los Andes Veterinary Clinical Center after an accident involving a conspecific. The patient has no current vaccination or deworming plan and has not received food or water since the day of the accident.

During the physical examination, three lesions were identified: one on the external cervical region with a diameter of 2 cm, the second on the medial neck with a diameter of 1 cm, and the third in the dorsal occipital region. Therefore, a radiological study was performed to rule out involvement of the trachea and esophagus. Initially, surgical treatment was proposed. However, the owner refused and opted for outpatient treatment with anti-inflammatory, antimicrobial, analgesic, and local antiseptic therapy for the lesions, with a physical follow-up 24 hours later. The following day, the lesions deteriorated with purulent discharge, surrounding edema, discharge of foamy and food contents, and stridor on tracheal auscultation. Based on these findings, surgery was initiated. Postoperative management included antibiotics, anti-inflammatory drugs, analgesics, hemostatic agents, antiseptic agents, and topical cream. The patient ultimately made a rapid recovery without incident or complications.

Keywords

Canine, bite, retropharyngeal lesions, purulent discharge, neck.

Introducción

La incidencia del traumatismo craneofacial en la clínica veterinaria es común. Las causas más comunes incluyen accidentes de tráfico, caídas desde gran altura, agresiones de animales más grandes, heridas por arma y pueden variar desde leves hasta potencialmente mortales afectando a múltiples estructuras anatómicas, incluyendo la región orofaringe y la musculatura cervical. El tratamiento de los animales afectados debe ser inmediato para aumentar las posibilidades de recuperación a un nivel funcional y aceptable para el propietario (Ateuves, s.f.; ConsultaVet, s.f.).

La región orofaringe es particularmente susceptible a lesiones debido a su ubicación y función. Esta región forma parte de las vías digestivas superiores, aunque sirve también de paso al aire en la respiración bucal o en la tos. Va desde la entrada faríngea hasta la base de la epiglotis. Su techo es el paladar blando y su suelo la raíz de la lengua. Cuando el animal respira por la nariz, el paladar blando se aplica a la raíz de la lengua, obliterando la luz de esta porción. (Universidad de Córdoba, s.f.).

En algunas situaciones, los traumas craneofaciales puede resultar en lesiones complejas que terminan en la formación de fistulas que estas son conexión anormal entre dos partes del cuerpo, ya sea un órgano, un vaso o otra estructura. La fistula es una abertura entre dos órganos internos o entre un órgano y la superficie del cuerpo que permite un escape o filtración (SaludOnNet, s.f.).

Un examen exhaustivo de la cavidad oral posterior y orofaringe debe evaluar el cambio de color y/o textura de la membrana mucosa, zonas inflamatorias, eritemas, hiperpigmentación, pápulas, ulceración, tumefacción, crecimientos anormales, entre otras.

Los pacientes que presentan una lesión en la cavidad oral deben someterse a una historia clínica detallada. El historial debe incluir el inicio y la duración de la lesión, el cambio de tamaño, historial de traumatismo en el lugar, la presencia de lesiones cutáneas asociadas, dolor o sangrado asociado, signos y síntomas sistémicos o regionales. Se debe realizar un examen clínico de la región craneal, ganglios linfáticos palpables, masas y sensibilidad, evaluando el número, la simetría, la distribución, el tamaño, la forma y el color de las lesiones. (Quintessence, s.f.; Clinical Evaluation of Oral Diseases, s.f.).

Anamnesis

Al Centro Clínico Veterinario Los Andes se presentó un canino de raza Yorkshire Terrier con 3 años de edad, entero, sin actualización de plan sanitario y con alimentación mixta (concentrado y comida casera). La consulta se realizó el día 10 de marzo y el motivo de consulta fue mordedura de congénere el día 09 de marzo a las 11:00 pm. El propietario reporta que el canino que lo mordió lo sujetó del cuello unos segundos y se lo quería llevar al monte, pero lograron quitárselo. El paciente no recibe alimento, ni consume agua desde el día del accidente. Sin embargo, orina con normalidad, no presenta deposiciones y se encuentra decaído.

Examen Físico

Constantes de examen físico del 10 de marzo del 2025.

Examen inicial: al examen físico se encontró un paciente de raza Yorkshire Terrier macho de color beige, no esterilizado con actitud alerta, temperamento dócil, condición corporal 3/5. Los parámetros fisiológicos siguientes: 35 respiraciones por minuto, 128 latidos por minuto y temperatura rectal de 38.8°C. Las mucosas se observaron rosadas y brillantes, con un tiempo de llenado capilar de 2 segundos.

Presentó piel y pelaje brillante, sin presencia de ectoparásitos. Se identificaron tres lesiones una a nivel entre la región subhioidea y faríngea, porción cervical externa del hemilado izquierdo con un diámetro de 2 cm, la segunda lesión a nivel del cuello en la región ventral-medial con un diámetro de 1 cm en el hemilado izquierdo y la tercera en el cráneo en la región occipital dorsal con un diámetro de 1 cm. A la auscultación, no se evidencian soplos, arritmias cardíacas, ni estertores o ruidos pulmonares. En la palpación abdominal, no presenta dolor ni inflamación. Los ganglios linfáticos palpables de forma y tamaño normal. En la cavidad oral, en arcada superior e inferior presenta leve acúmulo de cálculo dental.

Constantes de examen físico del 11 de marzo del 2025.

Al examen físico se encontró un paciente con actitud alerta, temperamento dócil, condición corporal 3/5. Los parámetros fisiológicos siguientes: 36 respiraciones por minuto, 143 latidos por minuto y temperatura rectal de 38.4°C. Las mucosas se observaron rosadas y brillantes, con un tiempo de llenado capilar de 2 segundos.

Piel y pelaje brillante, se identifica que una de las lesiones es perforante con posible comunicación a la luz del esófago o tráquea con secreción purulenta, edema circundante, salida de contenido espumoso, saliva y dolor en la manipulación. El paciente no permite exploración oral, ni manipulación precisa en la zona. A la auscultación, se identifica murmullo vesicular presente y simétrico en ambos campos pulmonares y estridor a la auscultación traqueal. A la palpación abdominal, no presenta dolor ni inflamación. El ganglio submandibular izquierdo se encuentra reactivo. Se administró por vía oral una pequeña porción de tinción de fluoresceína y con luz azul se observó la salida a través del orificio submandibular, confirmando ruptura del piso de la cavidad oral.

Lista de problemas

- I. Fístula faríngea- submandibular con secreción purulenta.
- II. Lesión a nivel del cuello, la región subhioidea y región faríngea.
- III. Lesión a nivel del cuello, región ventral – medial.
- IV. Lesión en el cráneo en la región occipital dorsal.
- V. Estridor traqueal.
- VI. Ganglio submandibular reactivo.
- VII. Cálculo dental.

Exámenes complementarios

Se tomó una muestra sanguínea por venopunción en vena cefálica para procesamiento de hemograma con recuento de plaquetas y panel bioquímico como exámenes prequirúrgicos.

Algunos parámetros se encontraron en rango normal. Sin embargo, se evidenció leucocitosis con neutropenia, hiperglucemia, elevación de ATP, CPK y lactato.

Tabla 1.

Resultados de hematología.

HEMOGRAMA			
PARÁMETRO	RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA	
WBC	12.64	0 – 11000	10³/μL
NEUTROFILO #	7.27	12.0 – 30.0	10³/μL
NEUTROFILO %	57.6	42.0 – 84.0	%
LINFOCITOS #	4.37	0.70 – 4.95	10 ³ /μL
LINFOCITO %	34.5	6.0 – 40.0	%
MONOCITO #	0.71	0.20 – 1.38	10 ³ /μL
MONOCITO %	5.6	2.5 – 12.0	%
EOSINOFILO #	0.28	0.04 – 1.28	10 ³ /μL
EOSINOFILO %	2.2	0.3 – 11.0	%
BASOFILO #	0.01	0.00 – 0.13	10 ³ /μL
BASOFILO %	0.1	0.0 – 1.0	%
RBC	7.85	5.2 – 8.69	10 ³ /μL
HGB	17.5	11.5 – 20.1	g/dL
HCT	56.1	35.0 – 60.0	%

MCV	71.4	60.0 – 77.5	fL
MCH	22.2	20.0 – 27.0	Pg
PLT	152	140- 520	10 ³ /μL

Nota: Se observa leucocitosis con neutropenia (Clinica Veterinaria Los Andes, 2025).

Tabla 2.

Resultados de químicas sanguíneas.

PERFIL BIOQUÍMICO		
PARÁMETRO	RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA
ALB	2.5 g/dL	2.6 – 4.6
TP	5.4 g/dL	5.2 – 8.2
GLU	142 mg/dL	60 – 132
ALP	176 U/L	0 – 212
ALT	101 U/L	0 – 88
CPK	1924 U/L	0 – 200
LAC	5.65 mmol/L	1.00 – 2.90
BUN	13.8 mg/dL	6.0 – 26.0
CREA	0.84 mg/dL	0.40 – 1.60
Ca	8.8 mg/dL	7.9 – 12.0
Na	146 mmol/L	138 – 160
K	4.4 mmol/L	3.5 – 5.8
Cl	120 mmol/L	106 – 120
#GLOB	2.9 g/dL	2.2 – 4.6
#UREA	29.5 mg/dL	12.8 – 55.6

Nota: Se observa cambios en la CPK, ATP hiperglucemia y lactato (Clinica Veterinaria Los Andes, 2025).

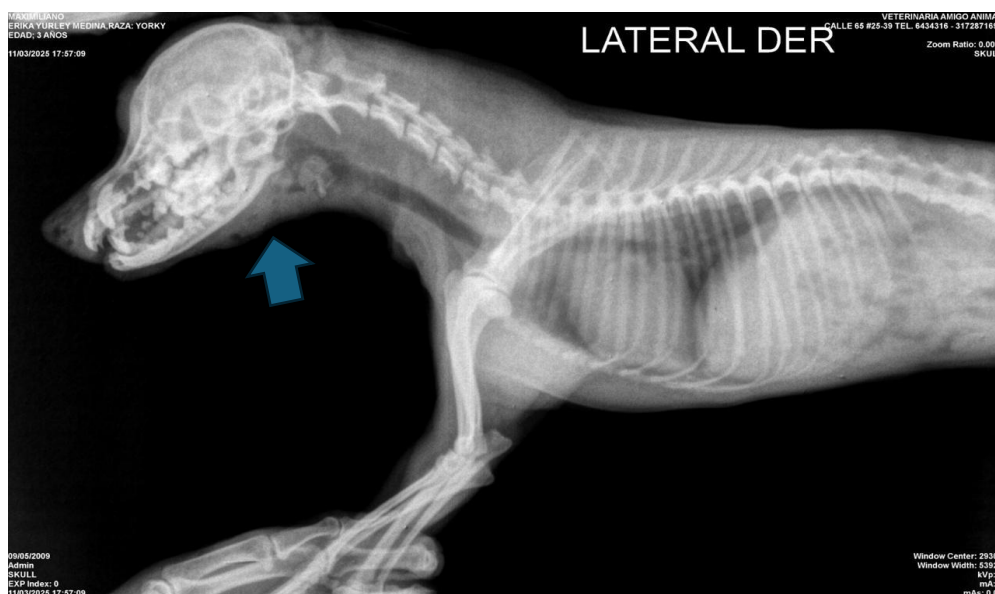
Se realizó estudio radiográfico de manera externa por el propietario, si bien la técnica no fue la adecuada, se puede darle validez diagnóstica con las siguientes impresiones:

El estudio se realizó con el fin de descartar desiones traumas perforantes a nivel del tórax o tráquea, de este modo descartar enfisema, trauma cerrado de tórax o contusión.

Se realizó proyección radiográfica latero-lateral derecha de cabeza y tórax (Figura1) y una vista ventro- dorsal de cabeza, suello y tórax (Figura2).

Figura 1.

Proyección radiográfica latero-lateral derecha de cabeza, cuello y tórax.



Nota: Radiografía Maximiliano. (Amigo animal, 2025).

En la vista latero- lateral derecha, no se evidencia más que un foco inflamatorio en la región sometida a la injuria. Las estructuras torácicas y traqueales son consistentes y no se evidencia alteración por barotrauma, se descarta ruptura o lesión esofágica que indique drenaje de bolo alimenticio en ninguna porción extra o intratorácica del esófago. No hay compromiso de estructuras óseas asociadas al trauma ni sugerentes de cronicidad.

Figura 2.

Proyección radiográfica ventro- dorsal de cabeza, cuello y tórax.



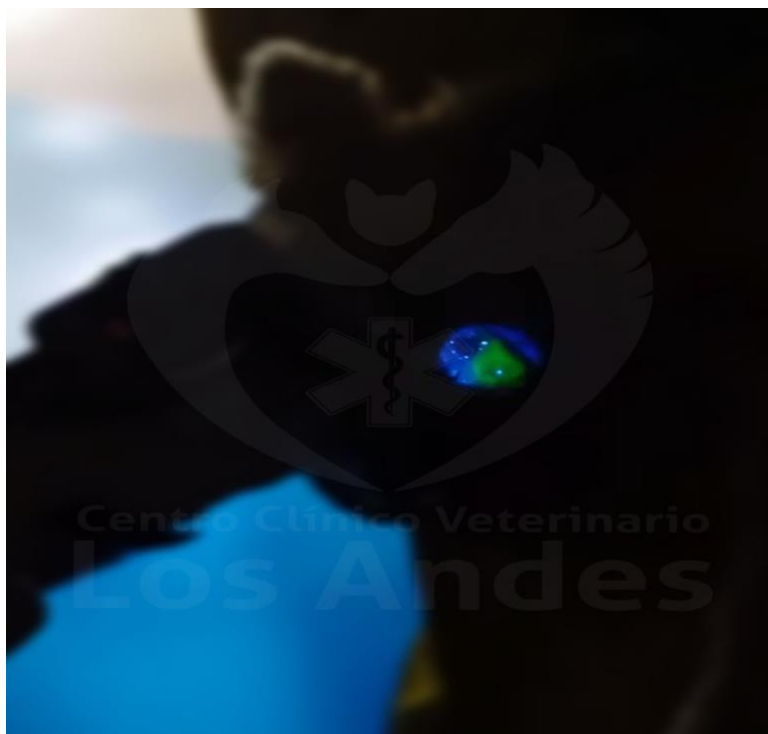
Nota: Radiografía Maximiliano. (Amigo animal, 2025).

En la vista ventro- dorsal de igual manera se percibe proceso inflamatorio en la región lesionada, con leve presencia de gas, pero o sugerente de enfisema, silueta cardíaca y reborde pulmonar y pleural conservados, sin alteraciones que sugieran lesiones o contusión.

Para el **Test de fluoresceína**, se administraron dos gotas del colorante en la cavidad oral. Tras dos minutos, la observación con luz azul reveló la presencia de saliva y burbujas con fluoresceína emergiendo a través del orificio submandibular izquierdo, confirmando la existencia de una fístula retrofaríngea.

Figura 3.

Test de fluoresceína en cavidad oral.



Nota: Se confirmó fístula retrofaríngea. (Villamizar, 2025)

Diagnósticos diferenciales

Fístula retrofaríngea con herida muscular cervical (diagnóstico definitivo):

Es una condición patológica la cual en la mayoría de los casos es de origen traumático penetrante, como las mordeduras o cuerpos extraños migratorios profundos los cuales pueden crear abscesos retrofaríngeos o dejando expuesto el cuello con el exterior, atravesando los planos musculares cervicales. Este tipo de lesión pone en riesgo las estructuras vasculares, nerviosas y linfáticas profundas. Su sintomatología clínica se representa con dolor cervical y rigidez, inflamación local y presencia de orificio con secreción purulenta en la región lateral o ventral del cuello. (Tobias, K, M. & Johnston, S.A. 2014). El cual se confirmó por medio del test de fluoresceína.

Absceso retrofaríngeo secundario a cuerpo extraño:

Esta condición puede ser un factor de acúmulo de secreción purulenta localizada en este espacio por presencia de un cuerpo extraño (colmillo o diente del congénere), logrando migrar a tejidos blandos profundos donde pueden ocasionar una respuesta inflamatoria y abscesos. Su sintomatología clínica se representa con dolor al abrir la boca, inflamación cervical, drenaje purulento y dificultad respiratoria. (Ettinger, S. J & Feldman, E 2017). El cual se pensó por medio de la amnanesis, ya que pudo quedar el colmillo del congénere.

Ruptura esofágica:

Es un trastorno muy poco común, pero crítico que es resultado de algún traumatismo como las mordeduras, procedimientos iatrogénicos (sondaje esofágico) y algún cuerpo extraño. Por medio de esta lesión el contenido esofágico se puede extravasar a los tejidos más cercanos provocando infecciones, enfisema cutáneo o abscesos. Su sintomatología clínica se representa por medio de disfagia, regurgitación, fiebre y secreción purulenta. (Fernández Marty, 2009). El cual se pensó porque el tutor nos informo que el alimento se drenaba por la lesión del cuello en la región subhiodea y región faríngea.

Aproximación terapéutica

El día del procedimiento quirúrgico se realizó valoración prequirúrgica. Se determinó una frecuencia cardíaca de 114 latidos por minuto; 36 respiraciones por minuto, una temperatura de 38.4°C, mucosas rosadas brillantes con un tiempo de llenado capilar de 2 segundos. Se canalizó en vena cefálica del miembro anterior izquierdo con un catéter calibre 22G. El paciente se clasificó como ASA tipo III, por lo que se estableció el siguiente plan anestésico: Fentanilo 5mcg/kg (0.3ml), Midazolam 0.2 mg/kg (0.1 ml), Lidocaína 1 mg/kg (0.2 ml), Propofol 4 mg/kg

(1.3 ml), Ketamina 1.2 mg/kg (0.1 ml), el mantenimiento se hizo con isoflurano al 1% conectado a un circuito semicerrado Jackson Rees, con un flujo de 2 L/min de Oxígeno puro, con una CRI (Constant Rate Infusion) de fentanilo a 5 mcg/kg/h , lidocaína a 2 mg/kg/h como balanceo analgésico.

Ingresó paciente a cirugía previa sedación, anestesia e intubación. Se procedió a realizar tricotomía en las regiones con heridas y se realizó una limpieza con agua jabón de clorhexidina al 4%. Posteriormente se posicionó al paciente decúbito lateral derecho, se inició el embrocado usando una capa de alcohol, siguiendo con una gasa estéril de solución de yodopovidona en forma de espiral o caracol desde el centro de la herida avanzando de manera continua y circular hacia la periferia, se permitió un tiempo de acción de 45 segundos, y se retiró nuevamente con una torunda de alcohol.

Figura 4.

Lesiones a nivel del cuello.

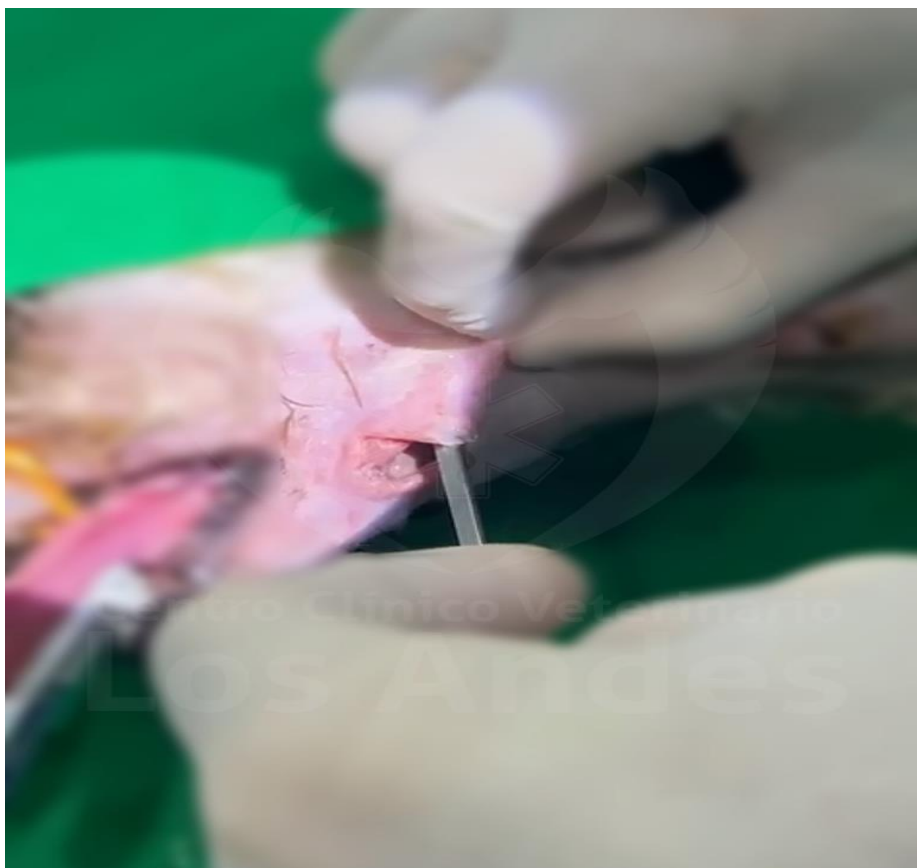


Nota: Lesión en región subhiodea y región faríngea; lesión en región ventral- medial. (Villamizar, 2025).

Se realizó una exploración quirúrgica del espacio retrofaríngeo, evaluando la profundidad de la lesión, espacios libres y complejidad de la tunelización causada por el colmillo del congénere, identificando tejidos con signos de infección y reacción inflamatoria, considerando cuidadosamente la estrategia quirúrgica para no interferir con la vascularidad de las estructuras mayores localizadas en el espacio submandibular izquierdo.

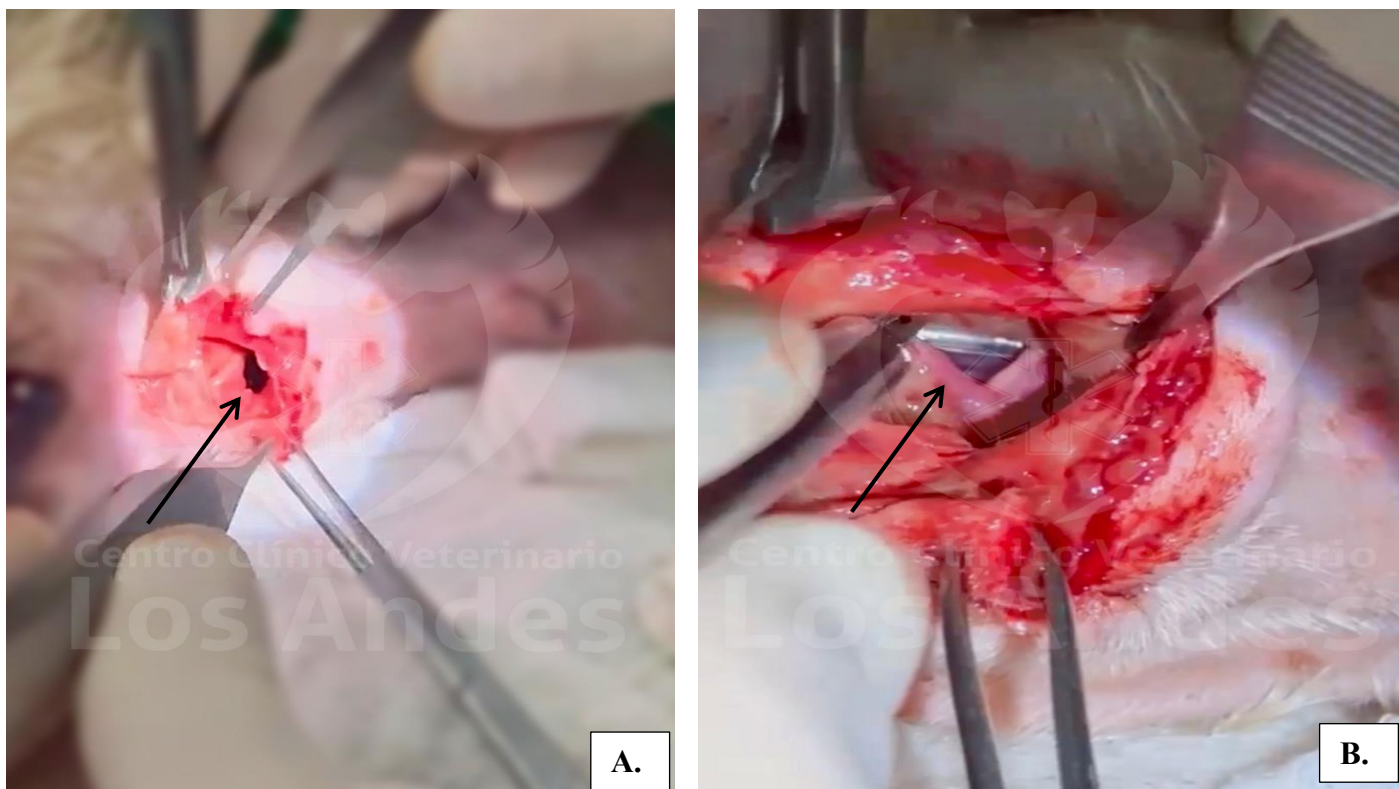
Figura 5.

Exploración quirúrgica del espacio retrofaríngeo.



Nota: Orificio con tumefacción de 2 cm de longitud. (Villamizar, 2025).

Se realizó un abordaje ventral desde el aparato hioides hasta la región faríngea, incidiendo de forma lineal al orificio y se expone la musculatura ventromedial del cuello localizando las estructuras y cartílagos (laringe, tráquea) circundante, teniéndolos como puntos de referencia (Figura A); con ayuda del tubo endotraqueal se identificó la tráquea (Figura B).

Figura 6.*Exploración quirúrgica del espacio retrofaríngeo.*

Nota: lavado y eliminación de tejido inerte con vistas al tubo endotraqueal. (Villamizar, 2025).

En el momento que se realizó la incisión, se hizo un lavado del espacio retrofaríngeo usando solución salina fisiológica al 0.9%, se desbridó todo el tejido infectado y lleno de alimento donde se pudo identificar las estructuras anatómicas adyacentes (glándula parótida, ganglios retrofaríngeos, nódulos subfaríngeos y paquetes vasculares) abordando desde los tejidos no afectados (limpios) hacia los tejidos afectados (sucios). Se cerró la abertura faríngea con una sutura quirúrgica absorbible monofilamento PGC 4/0 con un patrón de puntos simples discontinuos, procedimos aproximar con una sutura quirúrgica sintética absorbible PGA (ácido poliglicólico) 3/0 con un patrón de puntos simples discontinuos para reducir los espacios sin lograr un cierre total, dejando leves espacios por falta de tejido conectivo, se procedió a cerrar la piel con una sutura de Nylon monofilamento 3/0 con un patrón de sutura en U simple.

Se incidió en la lesión cervical, presentó disección en la región de la vena yugular, sin compromiso del vaso, se retiró la piel (inerte) y se realizó un lavado con solución salina fisiológica 0.9% eliminando el biofilm, se abordó la lesión, se cerraron los espacios con sutura quirúrgica sintética absorbible PGA (ácido poliglicólico) 3/0 con un patrón de puntos simples y la piel con una sutura de Nylon monofilamento 3/0 con un patrón en U simple.

Figura 7.

Vista de lesión ventral- medial.



Nota: Sutura de piel con patrón en U simple. (Villamizar, 2025).

Se incidió en el cráneo, en la región occipital dorsal se desbrida tejido, se retiró piel (inerte), se cerraron espacios con sutura quirúrgica sintética absorbible PGA (ácido poliglicólico) 3/0 con un patrón de puntos simples y la piel con una sutura de Nylon monofilamento 3/0 con un patrón en U simple.

Figura 8.

Lesión del cráneo en la región occipital dorsal.



Nota: Herida por colmillo de congénere. (Villamizar, 2025).

Se realizó el alta voluntaria en las horas de la tarde con la siguiente medicación: Nicilan 250mg® tabletas, administrando vía oral $\frac{1}{4}$ de tableta cada 12 horas durante 7 días, Ankofen®, administrando vía oral $\frac{1}{8}$ cada 12 horas durante 4 días, Lirycal 25mg®, administrando vía oral 1 cápsula cada 12 horas durante 6 días, Septiderm® spray antiséptico, impregnando una gasa estéril y realizar limpieza en la herida cada 12 horas durante 8 días, Pesozan-n® crema, aplicando una capa delgada de crema en las heridas, después de realizar las limpiezas, Quercetol 70mg® tabletas, administrando vía oral $\frac{1}{2}$ tableta cada 12 horas durante 8 días. Se realizaron las siguientes recomendaciones: el paciente debe permanecer con collar isabelino las 24 horas del día durante 8 días, debe permanecer en reposo, permanecer con vendaje para evitar formación de

seromas, se indicó implementar dieta estrictamente blanda durante 6 días, se tuvo un control telefónico a las 24 horas y un control físico en 7 días después de la cirugía.

El paciente se observó alerta, sin signos de dolor, presentó buen tiempo de cicatrización, herida sin inflamación ni signos de inflamación, sin presencia de secreción purulenta o drenaje del alimento y buena formación del bolo alimenticio y el propietario reportó que come y toma agua con normalidad.

Figura 9.

Control de paciente Maximiliano.



Nota: Evolución de las lesiones. (Villamizar, 2025)

Discusión

El caso clínico que se presentó abarca una condición poco frecuente, pero de manejo complejo en la práctica veterinaria una fistula retrofaríngea con herida muscular cervical externa en un canino de raza Yorkshire Terrier, secundaria a una mordedura de congénere. Esta manifestación clínica pone en evidencia la necesidad de realizar una evaluación sistémica y minuciosa, especialmente considerando la alta densidad anatómica del cuello, que incluye estructuras vasculares, nerviosas y linfáticas vitales.

La región retrofaríngea representa un espacio anatomico profundo que se extiende desde la base del cráneo hasta el mediastino superior, delimitando por la fascia prevertebral y la fascia bicofaríngea y contiene elementos como ganglios linfáticos retrofaríngeos, tejido conectivo laxo y grasa. Tobias y Johnston (2014, pp. 1214-1219) destacan que este espacio es particularmente sensible a las infecciones cuando se ve comprometido por un traumatismo penetrante, como las mordeduras lo que puede conducir a edemas o abscesos, fistulas.

Desde la amnesis del paciente, los signos clínicos como el dolor en la lesión, en el tacto, secreción purulenta y la salida de contenido alimenticio por el orificio en la región subhiodea y faríngea son esenciales de una comunicación anormal entre el tracto digestivo superior y el exterior. La decisión de realizar un test de fluoresceína fue acertada, ya que este examen complementario permite confirmar la existencia de fistula sin necesidad de una endoscopia inmediata (Aldridge, 2014).

El enfoque de diagnóstico se fortaleció con estudios hematológicos que evidenciaron una leucocitosis con neutropenia y una elevación marcada de CPK y lactato, signos compatibles con inflamación severa y daño tisular (Ettinger &Feldman, 2017, pp 425- 428). A pesar de que la

radiografía no mostró compromiso traqueal ni esofágico evidente, los signos clínicos fueron suficientes para permitir una exploración quirúrgica.

La cirugía en esta región presenta diferentes desafíos. Fossum (2019, pp 728-734) se destaca las intervenciones en el espacio retrofaríngeo requieren conocimiento de la anatomía cervical y un abordaje quirúrgico cuidadosos para evitar iatrogénicas, dado que estructuras vasculares como la arteria carótida interna, la vena yugular y el nervio vago se encuentran en relación con las áreas afectadas. En esta cirugía se optó por un abordaje ventral, desbridando de manera amplia y cierres por secciones, utilizando materiales de sutura absorbible para capas profundas y no absorbibles para la piel, lo cual es correcto en las recomendaciones actuales (Tobias & Johnston, 2014).

Cabe mencionar que, aunque se administraron antibióticos en el postoperatorio, no se aplicó antibióticos preoperatorios. Esto podría considerarse una falta, ya que, según la literatura, el espacio retrofaríngeo alberga flora bacteriana anaeróbica como *Staphylococcus aureus* y *Clostridium spp*, lo cual justifica el uso profiláctico de antibióticos de amplio espectro (ScienceDirect, s.f).

Es importante destacar que la ausencia de endoscopia como examen complementario, ya que no fue indispensable gracias al test de fluoresceína, Aldridge (2014) recomienda su uso en casos donde la comunicación con el esófago no es evidente o por la imagen radiográfica no deja una visualización clara. En este caso, el enfoque fue suficiente basándonos en hallazgos clínicos, pero también fueron importantes las herramientas diagnósticas empleadas.

La evolución clínica del paciente fue favorable, lo que refuerza la importancia de una intervención quirúrgica oportuna y un seguimiento postoperatorio riguroso. El cierre de las

lesiones, el centro del dolor, la asepsia topia y la restricción alimentaria que facilitó una recuperación sin complicación.

En este caso nos damos cuenta no solo la importancia del conocimiento, sino tambien de la toma de decisiones basada en la clínica y la circunstancia.

Conclusiones

La fístula retrofaríngea es una lesión bastante compleja y de alto riesgo, ubicada en un espacio con gran vascularidad y estructuras importantes, lo que aumenta el riesgo de daños o patologías graves que pueden producir la muerte. Es importante implementar un diagnóstico y abordaje quirúrgico rápido, preciso y cuidadoso en la gestión de estas lesiones, teniendo en cuenta la ubicación anatómica de las estructuras adyacentes.

Al intervenir este caso clínico fue crucial analizar cómo abordar la tumefacción para evitar complicaciones y garantizar que el paciente pueda volver a su vida con normalidad, sin problemas respiratorios o dificultades alimenticias. En este sentido es importante destacar que un postoperatorio agresivo es fundamental para prevenir la colonización en este espacio y evitar futuras infecciones.

Anexos

Figura 10.

Carta aval caso clínico.



Ciudad Bucaramanga, de 16 de mayo del 2025

Señores
COMITÉ TRABAJO DE GRADO
 Medicina Veterinaria
 Facultad Ciencias Agrarias

Por medio del presente la Clínica Veterinaria Los Andes ubicada en la ciudad de Bucaramanga, hace saber que el estudiante Gabriela Valentina Villamizar Ruiz con código 1005052111, del programa de Medicina Veterinaria de la Facultad Ciencias Agrarias, está cursando la pasantía en la Clínica Veterinaria Los Andes y durante su tiempo de práctica del 3 de febrero al 2 de agosto del 2025, atendió el caso titulado Resolución quirúrgica de fistula retro faríngea con herida muscular cervical externa en canino raza Yorkshire Terrier además, de acompañar el paciente en todo su tratamiento.

Atentamente



Andrés Felipe Codena
 W Médico Veterinario
 Mp. 34578
 UDES

FIRMA /TP
 Doctor (a)
 Nombre Apellidos: Felipe Andres Cadena Gamba

CS Escaneado con CamScanner

SC-CER96940

"Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz"
 Universidad de Pamplona
 Pamplona - Norte de Santander - Colombia
 Tels: (+57) 3153429495 - 3160244475
 www.unipamplona.edu.co

1

Nota: Aval del caso clínico. (Universidad de Pamplona, 2025).

Referencias

- Aldridge, P. (2014). *Lesiones por punción faríngea: ¿una emergencia quirúrgica?*. The Webinar Vet. <https://es.thewebinarvet.com/blog/pharyngeal-stick-injuries-surgical-emergency>
- Anderson, G. M. (2012). Tejidos blandos de la cavidad oral. En K. M. Tobias & S. A. Johnston (Eds.), *Cirugía de pequeños animales* (Vol. 1, pp. 783–796). Elsevier Saunders.
- Ateuves.es. (s.f.). *Traumatismo craneoencefálico (TCE)*. <https://ateuves.es/el-traumatismo-craneal/>
- Brockman, D. J., Holt, D. E. (Eds.). (2012). *Manual de Cirugía de la Cabeza, Cuello y Tórax en Pequeños Animales* (2.^a ed). McGraw-Hill.
- Brooks, W. C. (2014). *Feline Hyperthyroidism*. Veterinary Partner. <https://www.vin.com/apputil/content/defaultadv1.aspx?id=5124277&pid=11343>
- Calderón Flores, E. J. (2020, mayo 18). *Lesiones en la cavidad oral posterior y orofaringe: Variaciones normales y cuándo investigar*. SlideShare. <https://www.slideshare.net/edwin140260/lesiones-en-la-cavidad-oral-posterior-y-orofaringe-variaciones-normales-y-cuando-investigar>
- Debnam, J. M., & Guha-Thakurta, N. (2012). Espacios retrofaríngeos y prevertebrales: Imagenología anatómica y diagnóstico. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 45(6), 1293–1310. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2012.08.007>
- Done, S.H., Goody, P.C., Evans, S.A., Stickland, N.C. (2010). *Atlas en color de Anatomía Veterinaria: El perro y el gato*. (2.^a ed). Elsevier España.
- etropharyngeal space*. (s.f.). *Trauma de palo*. En ScienceDirect. Elsevier. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/retropharyngeal-space>

Ettinger, S. J., & Feldman, E. C. (2017). *Tratado de medicina interna veterinaria* (8.^a ed., pp. 425-428). Elsevier España.

Fernández Marty, A. P. (2009). *Traumatismos del esófago – Perforaciones esofágicas*. En F. Galindo (Ed.), *Cirugía Digestiva* (pp. 1–7). Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva.

Fossum T.W. (2019). *Small Animal Surgery* (5th ed., pp. 728-734). Elsevier.

Frantzides, C. T., Carlson, M. A. (2012). *Atlas de Cirugía Mínimamente Invasiva*. Elsevier.

Holmstrom, S. E., Frost, P., & Eisner, E. R. (2004). *Veterinary dental techniques for the small animal practitioner* (3rd ed.). Saunders.

Huang, Y., & Liu, X. (2015). The role of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis in the pathogenesis of depression. *International Journal of Molecular Sciences*, 16(8), 15918–15928.

Klug, T. E., Greve, T., & Hentze, M. (2020). Complicaciones del absceso periamigdalino. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*, 19(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12941-020-00367-y>

Lobprise, H. B. (2007). *Veterinary dentistry: Principles and practice* (pp. 153–157). Wiley-Blackwell.

MedlinePlus. (s.f.). *Fístula*. MedlinePlus Enciclopedia Médica. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002365.htm>

Newton A.I, (2006). Hematoma retrofaríngeo espontáneo: una presentación inusual de la disección aórtica torácica. *The Journal of Emergency Medicine*.

Paleri, V., Maroju, R. S., Ali, M. S., & Ruckley, R. W. (2002). Hematoma retrofaríngeo y parafaríngeo espontáneo causado por hemorragia intratiroidea. *The Journal of Laryngology & Otology*, 116(6), 477–479. <https://doi.org/10.1258/002221502760132700>

SaludOnNet. (s.f.). *¿Qué es una fistula? ¿Cómo saber si tengo una? Tipos y cómo se cura*. Recuperado de <https://www.saludonnet.com/blog/que-es-una-fistula-como-saber-si-tengo-una-tipos-y-como-se-cura/>

ter Haar, G. (2014). *Stick trauma: Penetrating injuries to the oral cavity and pharyngolaryngeal area in dogs*. En *WSAVA 2014 Congress Proceedings*. Veterinary Information Network (VIN).
<https://www.vin.com/apputil/content/defaultadv1.aspx?id=7054687&pid=12886>

Tobias, K. M., & Johnston, S. A. (2014). *Cirugía de pequeños animales* (2.^a ed., pp. 1214- 1219). Elsevier.

Tobias, K. M., Johnston, S. A. (2018). *Veterinary Surgery: Small Animal*. St. Louis: Elsevier.

Traumatismo Craneoencefálico (TCE). (s.f.). En *Veterinarios en Web*. Recuperado de https://www.veterinariosenweb.com/campus/pfizer_congreso/memorias/8.pdf

Universidad de Córdoba. (s.f.). Anatomía de la *Faringe*. Departamento de Anatomía y Anatomía Patológica Comparadas. https://www.uco.es/organiza/departamentos/anatomia-y-anat-patologica/peques/curso01_05/FARINGE.htm

Verstraete, F. J. M., & Lommer, M. J. (2012). *Oral and maxillofacial surgery in dogs and cats* (1.^a ed., pp. 465–467). Saunders.