



# HOSPITAL VETERINARIO SANTANA

## SINDROME BRAQUICEFALICO PALADAR ELONGADO

El término braquicefálico se refiere a aquellas razas en las que ocurre una condrodisplasia del cartílago de la base del cráneo, conllevando a una disminución longitudinal del eje craneal, caracterizándose estas razas por presentar un cráneo facial ancho y corto.

Este tipo de conformación craneal es producto de la selección genética de los criadores, lo cual ha conllevado a la presentación de anomalías anatómicas de las vías respiratorias altas. Estas anomalías son la estenosis de las narinas, paladar blando elongado, sacúlos laríngeos evertidos, colapso laríngeo e hipoplasia traqueal, las cuales predisponen al desarrollo de enfermedad respiratoria obstructiva. El conjunto de estas alteraciones se denomina como Síndrome Braquicefálico (SB). Este síndrome es comúnmente encontrado tanto en las razas braquicefálicas de talla pequeña como en las de talla grande, donde aproximadamente el 80% de éstos perros presentan paladar blando elongado. Las razas más afectadas son el Bulldog Inglés, Boston Terrier, Pekinés, Pug, Shih-tzu, Bóxer, Lhasa-apso, San Bernardo, Mastiff, Maltés, Pinscher miniatura, Yorkshire terrier, Chihuahua, King Charles Spaniel.

Debido al SB las razas afectadas pueden presentar dificultad respiratoria, la cual puede ser precipitada por ejercicio leve, especialmente en condiciones de humedad, o por cualquier evento que les genere estrés. Estos perros no manejan adecuadamente el incremento de la temperatura ambiental o de la humedad, y son altamente susceptibles a la hipertermia y al golpe de calor, inclusive a temperaturas bajo sombra. Durante el ejercicio físico, excitación u otro esfuerzo respiratorio, el borde caudal del paladar blando puede ser aspirado hacia la glotis. Esto disminuye el diámetro de la vía aérea, traumatiza el paladar y la laringe y ocasiona edema.

En las razas braquicefálicas es indicado realizar la corrección quirúrgica de las narinas estenóticas y paladar elongado lo más joven posible, ya que los perros menores de 2 años sometidos a cirugía, tienen un mejor pronóstico a diferencia de los que sufren este síndrome durante muchos años, además la obstrucción crónica puede causar eversión de los sacúlos laríngeos y colapso de los cartílagos laríngeos, haciendo reservado el pronóstico. En ocasiones es necesario corregir las anomalías anatómicas como procedimiento de urgencia cuando no mejoran la dificultad respiratoria con tratamiento médico.

### Examen clínico

Antes de realizar el tratamiento quirúrgico, es necesario llevar a cabo un examen del animal para poder poner en evidencia otras patologías concomitantes que podrían hacer fracasar el tratamiento quirúrgico. En el estudio prequirúrgico deben incluirse:

- Radiografía latero-lateral para descartar hipoplasia o estenosis traqueal y valorar la silueta cardíaca.
- Electrocardiograma,
- Hematología y bioquímica sanguínea.

### Tratamiento quirúrgico del paladar blando elongado

La gravedad de la disnea inspiratoria resultante depende del grado de elongación del paladar blando, la cantidad de edema y la presencia de otros problemas asociados.

Los signos clínicos incluyen arcadas, tos y el ronquido típico.

Aunque esta condición se presenta al nacimiento, la mayoría de los animales acuden al veterinario para un diagnóstico cuando tienen 2-3 años de edad. En los casos avanzados los perros se presentan con crisis respiratorias graves, movimientos respiratorios toracoabdominales paradójicos, extremidades anteriores en abducción y fiebre en algunos casos. Es difícil visualizar la orofaringe y laringe de los animales afectados ya que tienen lenguas gruesas y las maniobras exploratorias pueden agravar aún más la dificultad respiratoria.

La elongación puede sobreestimarse cuando se coge la lengua del perro durante la exploración ya que esto favorece el movimiento hacia delante de la laringe. Es más indicado realizar radiografía lateral de esa región con el animal ligeramente sedado.

Para llevar a cabo la resección quirúrgica el animal se coloca en decúbito esternal, colgado del maxilar y con la mandíbula sujeta al plano de la mesa con la boca completamente abierta.

Es importante calcular donde hay que incidir. Una eliminación excesiva puede provocar regurgitación nasal de los alimentos, rinitis o sinusitis. Si se elimina poca porción de paladar continuarán sin resolverse los problemas respiratorios. El lugar indicado para iniciar la incisión es a nivel del tercio caudal de las tonsilas. Para marcar el límite caudal se sitúa un punto director a cada lado del paladar blando. Con la ayuda de un asistente que tirará lateralmente de esas suturas, se corta un tercio a la mitad de la anchura del paladar blando. A continuación se sutura con hilo 4-0 absorbible en patrón continuo, empezando en el lateral y acabando en el centro. La sutura se realiza haciendo contactar los bordes quirúrgicos proximal y distal del paladar blando, es decir, mucosa oral y nasal, de dentro hacia fuera para mayor comodidad. Ha de utilizarse material sintético reabsorbible lento (pérdida de la resistencia media: 60 días) que mantenga la tensión inicial durante el período crítico de cicatrización. Luego se prosigue la incisión hasta el otro extremo y se extirpa totalmente la porción de paladar y se completa la

sutura de esa segunda mitad.

Hay que manejar con cuidado el borde del paladar blando para no favorecer la formación de edema.

### **Postoperatorio**

Se le administra y prescribe antibioterapia de cobertura durante una semana. Las primeras 24 horas posteriores sólo debe ingerir agua fría o hielo. La alimentación debe basarse en la dieta normal pero suministrándola hidratada para que no irrite al paso por la zona suturada. Los efectos gastrointestinales se tratan farmacológicamente, protector gástrico.

- Postoperatorio cómodo y de poco riesgo. No hay manifestación de dolor o malestar local; hospitalización de día y alimentación normal en 24 horas.
- Respuesta temprana con desaparición de la sintomatología en 48 horas, ronquido y respuesta al esfuerzo.