

**Reconocimiento de las experiencias laborales como práctica empresarial.**

**Presentación de casos clínicos.**

**Modalidad práctica empresarial para optar por el título de Médica Veterinaria**

**Vanessa Cano Giraldo**

**Asesora**

**Piedad Cristina Rivas López**

**Médica veterinaria, Coordinadora Programa Medicina Veterinaria**

**Corporación Universitaria Lasallista.**

**Facultad de Ciencias Administrativas y Agropecuarias**

**Medicina Veterinaria**

**Caldas-Antioquia**

**2019**

## Tabla de contenido

<b>Introducción</b>	<b>7</b>
<b>Objetivos</b>	<b>8</b>
<b>Objetivo general</b>	<b>8</b>
<b>Objetivos específicos</b>	<b>8</b>
<b>Actividades</b>	<b>9</b>
<b>Labores realizadas</b>	<b>9</b>
<b>Área de cirugía</b>	<b>9</b>
<b>Área de hospitalización</b>	<b>11</b>
<b>Área de consulta externa</b>	<b>11</b>
<b>Primer caso clínico</b>	<b>13</b>
<b>Quiste dermoide conjuntival</b>	<b>13</b>
<b>Incidencia</b>	<b>14</b>
<b>Patogenia</b>	<b>15</b>
<b>Signos clínicos</b>	<b>16</b>
<b>Diagnóstico</b>	<b>17</b>
<b>Tratamiento</b>	<b>18</b>
<b>Presentación de caso clínico</b>	<b>19</b>
<b>Anamnesis</b>	<b>19</b>
<b>Examen clínico</b>	<b>19</b>
<b>Procedimiento quirúrgico</b>	<b>22</b>
<b>Evolución clínica</b>	<b>22</b>

<b>Segundo caso clínico</b>	<b>25</b>
<b>Adenoma de Glándulas Hepatoides</b>	<b>25</b>
<b>Incidencia y factores predisponentes</b>	<b>25</b>
<b>Características clínicas</b>	<b>27</b>
<b>Signos clínicos</b>	<b>28</b>
<b>Diagnósticos diferenciales</b>	<b>28</b>
<b>Tratamiento</b>	<b>29</b>
<b>Técnica quirúrgica</b>	<b>29</b>
<b>Pronóstico</b>	<b>30</b>
<b>Presentación de caso clínico</b>	<b>31</b>
<b>Anamnesis</b>	<b>31</b>
<b>Examen clínico</b>	<b>31</b>
<b>Resultados citología</b>	<b>34</b>
<b>Procedimiento quirúrgico</b>	<b>35</b>
<b>Evolución clínica</b>	<b>37</b>
<b>Informe resultados patología</b>	<b>38</b>
<b>Discusión</b>	<b>40</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>42</b>
<b>Referencias</b>	<b>43</b>

**Lista de tablas**

<i>Tabla 1. Hemoleucograma</i>	20
<i>Tabla 2. Química sanguínea</i>	21
<i>Tabla 3. Hemoleucrograma</i>	32
<i>Tabla 4. Química sanguínea</i>	33
<i>Tabla 5. Informe de resultados laboratorio de Patología Veterinaria Zoopath</i>	38

## Lista de ilustraciones

<i>Ilustración 1. Quiste dermoide en canino</i>	20
<i>Ilustración 2. Proceso de cicatrización</i>	23
<i>Ilustración 3. Recuperación postquirúrgica</i>	24
<i>Ilustración 4. Adenoma de Glándulas Hepatoides</i>	32
<i>Ilustración 5. Citología</i>	34
<i>Ilustración 6. Citología</i>	34
<i>Ilustración 7. Resección quirúrgica</i>	36
<i>Ilustración 8. Resección quirúrgica</i>	36
<i>Ilustración 9. Adenoma</i>	37

## Resumen

Se describe un caso de un canino raza shihtzu con quiste dermoide conjuntival y otro caso de un canino raza Pastor Alemán con Adenoma de células hepatoides.

Ambos caninos presentados en la Clínica Veterinaria Zoogranja, Itagui, Antioquia, Colombia.

Los pacientes fueron atendidos por el personal médico de la clínica, donde fueron tratados de forma pre quirúrgica, intraquirúrgica y postquirúrgica. Se realizó seguimiento post quirúrgico de ambos casos clínicos, los cuales evolucionaron satisfactoriamente tal como se esperaba.

Estos casos clínicos aunque en las bibliografías reportan gran casuística, durante mi trayecto como médica no fue algo común.

**Palabras claves:** Quiste, dermoide, Adenoma

## Introducción

La iniciativa de elaborar mi trabajo de grado como reconocimiento de las experiencias laborales como práctica empresarial, surgió debido a la trayectoria realizada en clínica de pequeñas especies (caninos y felinos) llevada a cabo en diferentes clínicas de la ciudad de Medellín, considerando que a través de la práctica se afianzan los conocimientos teóricos los cuales fueron obtenidos durante el proceso de formación en el programa de Medicina Veterinaria de la Corporación Universitaria Lasallista.

En las diferentes clínicas veterinarias debí realizar actividades enfocadas al desarrollo de habilidades en la clínica de pequeños animales, con una intensidad horaria de 48 horas semanales, entre horario diurno y nocturno. Dentro de mis labores desempeñadas realicé consultas externas, toma y manejo de muestras, labores de medicina interna con pacientes en hospitalización, atención de urgencias, preparación de pacientes programados para cirugía y asesorías a los propietarios con el fin de brindar un buen servicio enfocado en la educación.

Con el presente trabajo además de cumplir con el requisito para optar por el título de médica veterinaria, se quiere informar acerca de las diferentes actividades y procesos llevados a cabo durante mi experiencia laboral, las cuales hicieron parte de mi formación diaria.

Agrego a lo mencionado anteriormente que se realizó el seguimiento de dos casos clínicos, en los cuáles tuve oportunidad de participar en el proceso de diagnóstico, manejo terapéutico, evolución de los pacientes, manejo quirúrgico y posquirúrgico para su adecuada recuperación.

## Objetivos

### Objetivo General

✓ Adquirir por medio de los diferentes casos clínicos conceptos teórico-prácticos en el área de clínica y cirugía de pequeñas especies (caninos y felinos) y formarme como médica veterinaria integral, desarrollando un pensamiento analítico y crítico con el fin de brindar una atención responsable y profesional.

### Objetivos específicos

- Desarrollar y afianzar habilidades intelectuales y técnicas que me permitan llevar a cabo un adecuado manejo clínico de los pacientes.
- Reconocer los procedimientos idóneos tanto diagnósticos como terapéuticos de las patologías más comunes en la práctica de pequeñas especies (caninos y felinos).
- Fortalecer los aprendizajes adquiridos durante el proceso de formación como médico veterinario e incentivar el estudio y la investigación.
- Establecer buenas relaciones interpersonales que fomenten el trabajo en equipo, aportando ideas para la toma de decisiones que garanticen el bienestar y la salud animal.
- Elegir ayudas diagnósticas que complementen el abordaje de las diferentes patologías
- Proveer a cada paciente el manejo adecuado en su proceso de recuperación posquirúrgica



## **Actividades**

Inicié mis labores como médica veterinaria principalmente en el área de consulta externa y hospitalización, además de cirugía y anestesia en septiembre del 2015, acompañada de otros médicos capacitados para realizar dichos procedimientos; desde el primer día de trabajo me designaron mis funciones y responsabilidades las cuáles debía ejecutar en los diferentes horarios establecidos por las clínicas. Se realizaba rondas médicos de los diferentes pacientes hospitalizados, asesorías, labores de medicina interna, además se tomaban pruebas diagnósticas y se completaban las historias clínicas quirúrgicas.

### **Labores realizadas:**

#### **Área de Cirugía**

- En esta área debía estar enterada de los pacientes a los cuales se les realizaría algún procedimiento quirúrgico, recepción del paciente, interacción con el propietario, ingresarlos para hacerles examen clínico general, toma de exámenes pre-quirúrgicos para determinar el estado de salud del paciente, todo esto con la supervisión del Médico veterinario jefe.
- Los días programados para realizar cirugías se procedía a llevar el paciente hacia la sala de preparación, en la cual se canalizaba, se premedicaba con la ayuda de la

anestesiista, se realizaba administración de fluidos de mantenimiento y se rasuraba el área quirúrgica para luego ingresar al paciente al quirófano.

- En el quirófano realicé rotación entre instrumentadora, ayudante de cirugía y en el área de anestesia, apoyando las funciones del cirujano en los procedimientos quirúrgicos, al finalizar debía realizar la historia quirúrgica en donde se describía paso a paso la técnica empleada.
- Cuando ingresaba como instrumentadora me encargaba de organizar el instrumental quirúrgico, tener conocimiento previo de ello de forma tal que facilitara la entrega de los materiales al cirujano.
- Como ayudante de cirugía en ocasiones me encargaba de realizar el lavado quirúrgico de la zona a incidir, ubicar al paciente en la posición adecuada, vestirlo y seguir las indicaciones del cirujano cuando requería secar la zona quirúrgica, lavarla, sostener el instrumental para visualizar mejor las estructuras, en muchos casos realizaba los procedimientos quirúrgicos como Ovario hysterectomías y orquiectomías siempre bajo la supervisión del médico cirujano. Al terminar las cirugías debía llenar el formato de procedimientos quirúrgicos y seguir la evolución postquirúrgica de los pacientes.
- Cuando me encontraba en el área de anestesia me encargaba de premedicar a los pacientes. Al ingresarlos al quirófano tuve la oportunidad de realizar intubación endotraqueal, colocación de sonda urinaria, llenar el registro anestésico, estar pendiente de la monitorización de los pacientes. Procedía a realizar la hoja de tratamientos de cada paciente con la dosis de los fármacos indicados y su vía de administración para entregarla al encargado del área de hospitalización.

- Al terminar cada procedimiento quirúrgico, se procedía a trasladar a los pacientes a la sala de recuperación, en la cual se encarga de monitorear, administrar oxígeno y calefacción hasta que éstos estén totalmente despiertos y en óptimas condiciones para ser trasladados al área de hospitalización.

### **Área de hospitalización**

- En esta área estaba encargada de realizar los tratamientos farmacológicos indicados para cada paciente además de los que salían de intervención quirúrgica. Debía verificar si las vías venosas se encontraban permeables para la correcta administración de fluidos y fármacos según el caso. Estar pendiente cuántos eran los días que se programaban los medicamentos para cada paciente y cuál era la vía de administración correcta, observar si estaban evolucionando o no para ver qué decisión se tomaba al respecto, si continuaba con el mismo tratamiento o se instauraba otro, o si requerían dar de alta.
- Entre otras actividades realicé limpiezas de heridas, vendajes, colocación de catéteres, sondas urinarias, sondas nasogástricas, nebulizaciones en los pacientes con problemas respiratorios, toma de muestras sanguíneas y atención de urgencias.

### **Área de Consulta externa**

- En esta área me encargaba de atender las consultas que llegaran a la clínica veterinaria. Debía interactuar con los propietarios de los pacientes para realizar la

reseña, anamnesis y examen clínico correspondiente, para luego hallar la lista de problemas encontrados en el paciente y así determinar las posibles causas y diagnósticos diferenciales para establecer el plan terapéutico y/o farmacológico más adecuado. Luego de elegir el tratamiento más apropiado procedía a realizar la fórmula médica y a explicársela al propietario. En caso de requerir hospitalización se hacía firmar los consentimientos correspondientes para ello. Debía llenar correctamente la historia clínica y firmarla.

## Primer caso clínico

### Quiste dermoide conjuntival.

El quiste dermoide conjuntival o teratoma dermoide quístico (TDQ), es una neoplasia proveniente de células totipotenciales indiferenciadas que en alguna etapa del desarrollo ontogenético, aún no del todo dilucidada, han quedado aisladas en regiones alejadas. Su posterior expresión dará origen a tejidos ectópicos que contienen tipos celulares, habitualmente no presentes en esa zona, y sin ningún sentido morfofuncional.

Esta alteración de tipo embrionario, muy poco frecuente, puede localizarse en cualquier lugar del organismo. Su importancia radica en la alteración funcional que su desarrollo generará en la región u órgano donde se exprese. Ha sido encontrada en todos los animales domésticos, en algunos ejemplares de laboratorio, y también en el Hombre (Slatter, 1992). Las estructuras histológicas del dermoide se diferencian siguiendo la línea ectodérmica, produciendo un tumor generalmente revestido por piel, pelos y glándulas, pero que no están presentes en todos los casos. El tumor de localización ocular, se sitúa en el limbo, tercer párpado, la conjuntiva y, frecuentemente, en la córnea, situación que se detecta fácilmente poco después del nacimiento (Slatter, 1993).

Los tumores en ojo y sus tejidos de soporte son relativamente raros en animales domésticos, aunque son clínicamente importantes. Su importancia clínica radica en que produce irritación crónica y dificultades visuales severas que obligan a su pronta

extirpación. Es ideal la intervención entre la sexta y doceava semanas de vida del paciente. Su ocurrencia puede ser unilateral o bilateral (Williams & Wilkings, 1999).

El dermóide se considera un tumor benigno de origen congénita. Clínicamente se identifica como una masa elevada, bien circunscrita, pudiendo o no tener la presencia de vello localizada en posición anatómica anómala (Stades y Boevé, 1999). Macroscópicamente se asemeja a los quistes foliculares pudiendo ocurrir de forma solitaria o múltiple (Brudenall y Bernays, 2007).

## **Incidencia**

Los estudios apuntan a los perros de la raza Dachshund como animales que presentan mayor predisposición racial para el desarrollo del dermoide (Williams & Wilkings, 1999). pero otras razas de perros como Dalmatian, Dobermann, Golden Retriever, pastor alemán y San Bernardo (Brudenall y Bernays, 2007) también fueron citadas como razas predisponentes para el acometimiento. Se trata de una enfermedad con carácter congénito y de origen embrionario, los dermóides frecuentemente se observan en animales jóvenes (Cook, 1999).

En las especies felina y bovina, el Birmanés y el Hereford, respectivamente, son citados como predisponentes por poseer características genéticas de la herencia para la aparición del coristoma. La localización del dermóide es variada, ya habiendo sido descrito en el piso de la cavidad nasal donde se aloja a menudo en la córnea temporal casi siempre se sobreponiendo al limbo (Shear, 1999). En la región ocular el coristoma

puede estar también presente en las demás regiones de la córnea (Brudenall y Bernays, 2007), en la conjuntiva palpebral y bulbar y en los párpados y más raramente en el tercer párpado. Su afectación puede ser unilateral o bilateral (Williams, 1999).

## **Patogenia**

Esta afección se caracteriza por una masa conjuntiva o córneo-conjuntival que sobresale, localizada frecuentemente próxima al limbo corneal, consiste en la aparición en estas estructuras de una sección de piel pigmentada, con pelos, caracterizada por la presencia de un epitelio dérmico donde pueden aparecer folículos pilosos, glándulas sebáceas y quistes de queratina delimitados por un epitelio, produciendo una constante irritación por la presencia de pelos, los cuales casi siempre , se orienta hacia el centro de la córnea; cuanto más crecen más se irritan, pudiendo conllevar a extremos como la pérdida funcional del bulbo ocular afectado. También se presenta afaquia, es la ausencia congénita del cristalino o pequeño y esférico. (Gross, 1992) Esta tumefacción orbital incrementa el volumen intraocular, puede ser histológicamente benigna, si invade la intraórbita o estructuras adyacentes de la órbita y puede ser considerada maligna (Brudenall, 2007)

Las características histológicas de los quistes son: un forro con queratina estratificado en el epitelio, presencia de pelos, glándulas sebáceas. Aunque los quistes dermoides pueden ser encontrados en varias localizaciones de la órbita, 72% de ellos

tienen una predilección en el cuadrante superior temporal, incluida la fosa de la glándula lagrimal (Gross, 1992).

Se caracteriza por opacidad del cristalino. Presencia de pelo en el ojo o partes, masa que dificulta claramente la visión e impide el cierre completo normal de los párpados. Pigmentación de la córnea, queratitis, blefaroespasma y epifora, lagrimeo constante producido por la irritación que ejercen los pelos en el bulbo ocular. Exorbitismo, protrusión del globo ocular (proptosis), lesiones en el párpado o edema, congestión conjuntiva son severos signos preorbitales (Grub, 2006).

### **Signos Clínicos**

El crecimiento del dermóide generalmente es lento. Los signos clínicos ocasionados por su presencia van variar de acuerdo con su ubicación y con su ubicación grado de desarrollo (Pérez y Vidal, 2005). La presencia o ausencia de pelo se considera un factor determinante para el surgimiento y severidad de los signos clínicos (Pérez y Vidal, 2005).

El vello se señala como los principales responsables por las lesiones e irritaciones oculares, lo que inflamación crónica de la córnea y conjuntiva, pudiendo con las lesiones ulcerativas en la superficie corneal (Yeruham, 2002).

Los principales signos clínicos ocasionados por los dermoides incluyen blefarospasmo, epifora y congestión conjuntival. Las lesiones de córnea pueden estar concomitantemente presentes (Brudenall y Bernays, 2007).



## Diagnóstico

Las lesiones por quiste dermoide en el área periorbital, aunque son raras, representan un desafío en el diagnóstico, ya que hay numerosos tejidos de estructuras glandulares con potencial de formar una lesión llena de fluido, incluyendo la glándula salival sigomática; orbital, lagrimal, y terceras glándulas del párpado-, células conjuntivales; sistema nasolagrimal y mucosa de la cavidad nasal (Osorio y Franco, 2008).

Una examinación oftálmica completa es necesaria. Cambios en la preórbita pueden ser notados fácilmente en una exhausta examinación en un cuarto iluminado. Con la palpación de la órbita anterior puede valorar el nivel de consistencia, textura y movilidad de la masa. La consistencia puede denotar un proceso inflamatorio o una invasión neural por una neoplasia, o como un quiste adenoide de la glándula lagrimal (Grub, 2006).

Además se pueden utilizar tinciones como el test de Fluoresceína, el cual consiste en remojar una cinta y teñir el lagrimal del ojo. En caso de presentar algún tipo de absceso o úlcera, la fluoresceína se fija revelando la presencia de alguna masa extraña con una mancha de color verde que no desaparece ni se desplaza con el parpadeo, otra opción para el diagnóstico por medio de tinciones es la técnica de tinción con hematoxilina-Eosina. La prueba de Schirmer se utiliza para evaluar la cantidad de lágrima producida.

El tumor dermoide contiene epitelio escamoso, con pigmentación variable, folículos de pelo, tejido adiposo, fibroso, sudor, glándulas sebáceas y músculo liso. Áreas multifocales de neutrófilos, eosinófilos y algunos macrófagos que rodean el músculo (Scheck, 2005)

La fotomicroscopía es una alternativa para un diagnóstico definitivo ya que en esta podemos distinguir múltiples tejidos, papilomas y granulación (Scheck, 2005). También se incluye un examen radiológico. La iniciación de la intervención quirúrgica ocurre cuando la biopsia confirma su necesidad o cuando la lesión es directamente o indirectamente desfavorable en la afección del globo ocular o la visión (Osorio y Franco, 2008).

## **Tratamiento**

El tratamiento consiste en la remoción quirúrgica del dermoide. En casos de afectación de la córnea se debe realizar queratectomía lamelar anterior (Rodríguez y Romero, 2011). En el postoperatorio se recomienda el uso tópico de antibiótico, antiinflamatorio y mediático. Después de la queratectomía la córnea recibe protección, que puede ser realizada utilizando el recubrimiento con el tercer párpado o el flap de conjuntiva (Slatter, 2005).

Dermóides conjuntivales, después de ser extirpados, también reciben tratamiento con colirio antibiótico y antiinflamatorio. Generalmente se opta por la cicatrización por segunda intención.

El pronóstico es favorable. Sin embargo, si no se realiza remoción completa del dermoide, la recidiva puede ocurrir (Slatter, 2005).

## **Presentación de Caso clínico**

### **Anamnesis**

Se presentó a la Clínica Veterinaria Zoogranja, un paciente canino, macho, raza shihtzu de 3 meses de edad, entero, vacunación vigente. El motivo de consulta fue el dolor a nivel ocular y presencia de lesión corneal con pelos. El paciente presentó al examen clínico frecuencia cardíaca: 136 lpm, frecuencia respiratoria: 56 rpm, membranas mucosas: R/H/B, TLLC: 2 segundos, peso: 2.1 kg, condición corporal: 3/5.

Al examen físico especial del Sistema oftalmológico se observó en el ojo derecho schirmer (mm/min)/B.U.T (segundos) 10, fluoresceína negativo, verde lisamina positivo, conjuntiva con quiste dermoide esclero/corneal, epifora, congestión conjuntival y leve blefaroespasma.

Diagnóstico oftalmológico: Quiste dermoide OD.

Se recomendó realizar queratectomía y retiro de quiste.

Se realizó toma de muestras de sangre para exámenes de hemoleucograma, ALT y creatinina.

### Ilustración 1. Quiste dermoide en canino



**Fuente:** Carolina Sánchez, 2018

**Tabla 1. Hemoleucograma**

<i>Serie roja</i>	<i>Resultados</i>	<i>Unidades</i>	<i>Valor de referencia</i>
<i>Eritrocitos</i>	<i>4.550.000</i>	<i>Eri/ul</i>	<i>5.300.000- 8.830.000</i>
<i>Hematocrito</i>	<i>30.97</i>	<i>%</i>	<i>32-52</i>
<i>Hemoglobina</i>	<i>9.8</i>	<i>g/dl</i>	<i>10,7- 16,3</i>
<i>V.C.M</i>	<i>68</i>	<i>fl</i>	<i>70 (60-72)</i>
<i>H.C.M</i>	<i>21.1</i>	<i>pg</i>	<i>19-23</i>
<i>C.H.C.M.</i>	<i>31.3</i>	<i>g/dl</i>	<i>33 (31-34)</i>
<i>Plaquetas</i>	<i>326.000</i>	<i>Plt/ul</i>	<i>160.000-461.000</i>
<i>Prot. Plasm.</i>	<i>70</i>	<i>g/l</i>	<i>55-78</i>

<i>Serie</i>	<i>Resultados</i>	<i>Unidad</i>	<i>Resultado</i>	<i>Unidad</i>	<i>V.R</i>
<i>blanca</i>					
<i>Resultado absoluto</i>			<i>Resultado relativo</i>		
<i>Leucocitos</i>	23.302	<i>Leu/ul</i>			
<i>Neutrófilos</i>	13059	<i>Neu/ul</i>	<i>Neutrófilos</i>	56	% 50-73
<i>Eosinófilos</i>	233	<i>Eos/ul</i>	<i>Eosinófilos</i>	1	% 1-10
<i>Linfocitos</i>	10028	<i>Linfo/ul</i>	<i>Linfocitos</i>	43	% 25-33
<i>Monocitos</i>	0	<i>Mon/ul</i>	<i>Monocitos</i>	0	% 1-7
<i>Bandas</i>	0	<i>Ban/ul</i>	<i>Bandas</i>	0	% 0-1

**Tabla 2. Química sanguínea**

<i>Analito</i>	<i>Resultado</i>	<i>Unidad</i>	<i>Valor de referencia</i>
<i>ALT</i>	27	<i>U/L</i>	15-58
<i>Creatinina</i>	0.5	<i>mg/dl</i>	0,5-1,5

**Fuente:** Laboratorio veterinario Zooanaliz

Luego de obtener los resultados de laboratorio, se formuló hemolitan pet 2 gotas/PO/BID/15 días, posteriormente a los tres días siguientes se programó el procedimiento quirúrgico.

## **Procedimiento quirúrgico**

El paciente ingresó a la clínica con ayuno de 6 horas, se premedicó con tramadol 3mg/kg/IM, Midazolam 0.15mg/kg/IM, se indujo con propofol a 4mg/kg/IV, intubación endotraqueal sonda N2, mantenimiento con isoflurano 2,5%, oxígeno 1lt. Se inició queratectomía parcial con bisturí hoja #15 retirando quiste dermoide desde la base con 0.1mm de borde libre tanto en córnea como en conjuntiva. Se instiló 1 gota de proximetacaína post procedimiento.

Se realizó formulación con Tobramax 1gota/Ojo derecho/QID/15 días, Flurbiprofeno 1gota/OD/TID/5 días, Traumeel 1gota/OD/QID/15 días, Flumucil 600 (diluir un sobre en 200 ml de agua) limpieza QID/15 días, uso de collar isabelino permanente. Revisión en una semana.

## **Evolución clínica**

El paciente ingresó a consulta de control posquirúrgico 8 días después de haber sido dado de alta, donde se observó evolución positiva, en el ojo derecho cerca al canto medial lateral se observó lesión con aumento de tamaño de superficie lisa y eritematosa con inyección en la periferia, fondo de ojo y reflejos pupilares normales, no presentó blefaroespasmos ni fotofobia. Se recomendó iniciar Pred F 1gota/ TID/5 días, ciclosporina 1% 1gota/BID/ hasta nueva indicación.

**Ilustración 2. Proceso de cicatrización**

**Fuente:** Carolina Sánchez, 2018

El paciente a los 5 días fue llevado nuevamente a revisión donde se observó tejido de granulación en sitio de cirugía, se realizó test de verde Lisamina positivo, se observó evolución parcial. Se recomendó suspender Tobramax, Traumeel, Fluimucil y continuar con Pred F durante 10 días más y Ciclosporina durante 30 días más. Revisión en un mes.

**Ilustración 3.** Recuperación postquirúrgica.



**Fuente:** Carolina Sánchez, 2018

Al mes el paciente ingresó nuevamente a revisión donde se observó triquiasis medial, leucoma, queratitis pigmentaria 1/3 periférico a lesión, evolución satisfactoria. Se recomendó continuar con ciclosporina 10 días más y revisión semestral.



## **Segundo caso clínico**

### **Adenoma de glándulas hepatoides**

Estos tumores surgen de las glándulas hepatoides (llamadas así porque las células morfológicamente se parecen a los hepatocitos), también llamadas glándulas perianales o glándulas circumanales, las cuales hacen parte de un grupo de glándulas sebáceas modificadas, se encuentran principalmente alrededor del ano, pero también se encuentran dispersas en áreas como prepucio, cola, miembros pélvicos y tronco, y su función está ligada a la producción de feromonas en los caninos (Martins et al., 2008).

El desarrollo embrionario de estas glándulas es similar al de las glándulas sebáceas. En áreas específicas del cuerpo, dos glándulas se desarrollan de cada invaginación del germen piloso. Tempranamente en la vida fetal y neonatal estas glándulas mantienen una asociación con el folículo piloso. Sin embargo a las 16 semanas de edad, los ductos pilosos degeneran y lóbulos del tejido glandular se extienden en la dermis profunda, en donde por la influencia de andrógenos endógenos los lóbulos incrementan su tamaño y número (Martins et al., 2008).

### **Incidencia y factores predisponentes**

Se ha demostrado que existe dependencia hormonal, por tanto aparecen en animales sin esterilizar (Raskin & Meyer, 2010). Se observa como un grupo de 10 células

hepatoides redondeadas, citoplasma rosáceo de aspecto granuloso, núcleo redondo con un nucléolo. Es el tercer tumor más frecuente en canes viejos enteros, ocasionalmente hembras, raro en machos castrados e infrecuentes en gatos (Turek y Withrow, 2009). Generalmente son tumores benignos que tienen buena respuesta al tratamiento quirúrgico, por tanto de buen pronóstico (Raskin & Meyer, 2010).

Los adenomas de glándulas hepatoides en los canes hembras, se presentan exclusivamente en especímenes ovariectomizados en los que los niveles bajos de estrógenos no suprimen el crecimiento del tumor. Raramente, la secreción de testosterona de las glándulas adrenales, en ocasiones acompañados de signos de hiperadrenocorticismos, pueden estimular la formación de adenoma de glándula perianal en la hembra (Dow et al., 1998)

El pico de incidencia de presentación de esta neoplasia ocurre entre los 8 y 13 años de edad, aunque también se puede presentar en perros jóvenes, generalmente en caninos menores de 2 años (Raskin & Meyer, 2010). Respecto a la predisposición por raza, se menciona al Cocker Spaniel como la raza de mayor prevalencia, el Samoyedo y Beagle en una menor proporción, y otras razas como el Husky Siberiano, mestizos, Bulldog, Lhasa Apso, Pequinés y Shih Tzu. Las razas que tienen un menor riesgo de presentación de esta neoplasia son; el Pastor Alemán, Springer Spaniel, French Poodle, Schnauzer, Pastor de Shetland, Gran Danés, Golden Retriever, Boxer, Sharpei y el Rottweiler (Blackwood, 2014).

## Características clínicas

La mayoría de los tumores surgen en la zona perianal, donde se pueden encontrar como masas intradérmicas solitarias o múltiples que se ulceran con frecuencia, por el excesivo lamido en la zona perianal u otro tipo de autotraumatismo, generalmente son neoplasias de crecimiento exofítico y alopecicas (Fineman, 2001). Macroscópicamente son de color marrón pálido y al corte se observa una apariencia multilobulada, también es común observar áreas de hemorragia que pueden implicar grandes áreas del tumor (Goldschmidt et al., 1998).

Microscópicamente son tumores intradérmicos o subcutáneos muy bien encapsulados y multilobulados; están conformadas por células grandes, poliédricas, con núcleos centrales y ovoides con un abundante citoplasma vacuolado las cuales se organizan formando lóbulos, en la periferia de estos se encuentran células basaloides o de reserva que por lo general sólo forman una capa celular, son células con núcleos pequeños e hipercromáticos con poco citoplasma. El estroma de estos lóbulos se encuentra muy bien irrigado por 12 la presencia de varios vasos sanguíneos y pocas figuras mitóticas se observan, las cuales solo se evidencian en las células basaloides (Meuten, 2002; Blackwood, 2014). Los adenomas de glándulas hepatoides son de crecimiento lento y se desarrollan bajo la influencia de hormonas sexuales, por esta razón se recomienda la castración en el momento de la extirpación quirúrgica del tumor en machos enteros y en el caso de las hembras se recomienda la ovario-histerectomía; la recurrencia es poco común después de la extirpación quirúrgica de los tumores (Pisani et al., 2006; Vicente et al., 2005).

## **Signos clínicos**

Los signos clínicos son diversos; inicialmente los animales se encuentran asintomáticos y no presentan dolor, pero conforme el tiempo transcurre, cursan con malestar, anorexia fiebre si la lesión se encuentra infectada además, los animales con tumores ya grandes y avanzados, pueden cursar con dolor perianal y obstrucción colorrectal provocando una defecación difícil con tenesmo secundario (estreñimiento).

## **Diagnósticos diferenciales**

El primer diagnóstico diferencial de una masa en región perianal de un macho entero es un adenoma de glándulas perianales o hepatoides. La citología constituye una herramienta fundamental para diferenciar el origen de la lesión, ya que el tejido perianal es muy característico: exfolia abundantes células redondas o poliédricas que forman grupos, con un citoplasma abundante de apariencia “apolillada” o “microvacuolizado”. El núcleo se localiza en posición central y puede presentar condensaciones de cromatina y uno o dos pequeños nucléolos. Sin embargo, la mayoría de los tumores perianales presentan 1 o 2 criterios nucleares de malignidad, independientemente de que sean benignos o malignos, por lo que es prácticamente imposible diferenciar, citológicamente, entre adenomas y adenocarcinomas. (Martínez, 2011)

## **Tratamiento**

El tratamiento de elección en un macho entero se realiza mediante la cirugía de extracción y una orquiectomía simultánea , pero antes se debe realizar un hemograma, un perfil bioquímico completo y un urianálisis para evaluar el estado general del animal antes de la anestesia y realizar la cirugía bajo condiciones favorables (Meneses y Nuñez, 2005; Bonagura y Twedt, 2010). Para las lesiones más grandes, donde la cirugía sería difícil o arriesgada, la castración solo se debe realizar primero para reducir el tumor y hacerlo más idóneo a la cirugía en las próximas semanas o meses. Las lesiones más pequeñas deben ser tratadas con castración y extracción con márgenes mínimos. Más del 90% de los machos se curan con la castración y la eliminación de la masa (Nielson y Aftosmis, 1964; Wilson y Hayes, 1979). En hembras con adenomas de glándulas hepatoides deben eliminarse con márgenes mínimos. En todos los casos, el tejido perianal debe ser sometido a estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico.

## **Técnica quirúrgica**

Se ubica al paciente en decúbito ventral (preferida) o dorsal para permitir el acceso al tumor y a la región escrotal. Se ha de fijar la cola sobre el dorso, elevar la pelvis y almohadillar las extremidades posteriores cuando se utilice una posición perineal.

La eliminación de la mitad del esfínter anal es posible, en algunos vuelve la continencia fecal en pocas semanas. La exéresis de metástasis (p. ej., ganglios linfáticos)

de algunos pacientes con adenocarcinomas de sacos anales puede ayudar a controlar la hipercalcemia. Comience realizando un esterilización prescrotal o perineal en perros macho enteros con adenomas perianales.

Corte la piel perianal que rodea los adenomas con unos márgenes de tejido normal mínimos. Diseccione el tumor del tejido subcutáneo y del esfínter anal externo con el menor traumatismo posible. Lave copiosamente la zona. Cierre los espacios muertos con suturas monofilamento reabsorbibles (p. ej., polidioxanona, poligluconato o poliglecaprona 25, de 3-0 o 4-0) y cierre la piel con puntos sueltos de aproximación (p. j., monofilamento, nailon, polibutéster o polipropileno, de 3-0 o 4-0).

Elimine los tumores malignos con un mínimo de 1 cm de tejido normal en todos sus bordes (v. figura 19-124). Estos incluyen la exéresis parcial del esfínter anal externo, del canal anal y de los sacos anales en algunos casos. Una los bordes epiteliales para prevenir estenosis anales. (Fossum, 2009).

## **Pronóstico**

El pronóstico para los adenomas de glándulas perianales es de bueno a excelente después de la esterilización. Los adenomas ocasionalmente recidiva (menos del 10%) y deben tomarse nuevas biopsias.

Si el paciente no se castra, no se puede descartar una recidiva en tumores grandes difíciles de extirpar. El empleo de terapias hormonales para tratar los adenomas es controvertido; no se recomienda el tratamiento con estrógenos por sus efectos secundarios y se desconoce la eficacia real de antiandrógenos. (Martínez, 2011)

## **Presentación de caso clínico**

### **Anamnesis**

Se presentó a la Clínica Veterinaria Zoogranja, un paciente canino, macho, raza Pastor Alemán de 8 años de edad, entero, vacunación vigente. El motivo de consulta fue porque hace dos meses le vieron unas “bolas” alrededor del ano. Defeca normalmente, es muy agresivo con las demás personas.

El paciente fue evaluado a través de una reja debido al difícil manejo, no fue posible realiza examen clínico detallado. Condición corporal: 3/5. Se observó masa ulcerada, hemorrágica con presencia de costra adherida a piel, de 4 a 5 cm de diámetro aproximadamente, ubicada dorsal a esfínter anal. Inferior a éste se encontró otra masa irregular, con presencia de material purulento, adherida a piel. No se palpan las glándulas adanales aumentadas de tamaño. No fue posible auscultar a nivel cardiopulmonar, ni palpar abdomen ni próstata.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia (adenoma, adenocarcinoma, mastocitoma)

Se realizó toma de muestras de sangre para exámenes de hemoleucograma, ALT, creatinina y además de citología de las masas (impronta y PAF).

Se medicó con Meloxicam 0.2mg/kg/SC y tramadol 2mg/Kg/SC, se formuló con Meloxicam 0.1mg/kg/PO/SID/3 días.

**Ilustración 4.** Adenoma de Glándulas hepatoides



**Fuente:** Verónica Zapata, 2018

En los resultados de exámenes paraclínicos reportaron:

**Tabla 3.** Hemoleucograma

<i>Serie roja</i>	<i>Resultados</i>	<i>Unidades</i>	<i>Valor de referencia</i>
<i>Eritrocitos</i>	8.400.000	<i>Eri/ul</i>	5.300.000- 8.830.000
<i>Hematocrito</i>	51.02	%	32-52
<i>Hemoglobina</i>	16.2	<i>g/dl</i>	10,7- 16,3
<i>V.C.M</i>	61	<i>fl</i>	70 (60-72)
<i>H.C.M</i>	19.2	<i>pg</i>	19-23



<i>C.H.C.M.</i>	31.7	<i>g/dl</i>	33 (31-34)
<i>Plaquetas</i>	412.000	<i>Plt/ul</i>	160.000-461.000
<i>Prot. Plasm.</i>	70	<i>g/l</i>	55-78

*Serie*      *Resultados*    *Unidad*                      *Resultado*    *Unidad*      *V.R*

*blanca*

<i>Resultado</i>	<i>Resultado</i>					
<i>absoluto</i>	<i>relativo</i>					
<i>Leucocitos</i>	17.630	<i>Leu/ul</i>	<i>Neutrófilos</i>	56	%	50-73
<i>Neutrófilos</i>	13059	<i>Neu/ul</i>	<i>Eosinófilos</i>	1	%	1-10
<i>Eosinófilos</i>	1234	<i>Eos/ul</i>	<i>Linfocitos</i>	43	%	25-33
<i>Linfocitos</i>	2821	<i>Linfo/ul</i>	<i>Monocitos</i>	0	%	1-7
<i>Monocitos</i>	0	<i>Mon/ul</i>	<i>Bandas</i>	0	%	0-1
<i>Bandas</i>	0	<i>Ban/ul</i>				

**Tabla 4.** *Química sanguínea*

<i>Analito</i>	<i>Resultado</i>	<i>Unidad</i>	<i>Valor de referencia</i>
<i>ALT</i>	112	<i>U/L</i>	15-58
<i>Creatinina</i>	0.6	<i>mg/dl</i>	0,5-1,5

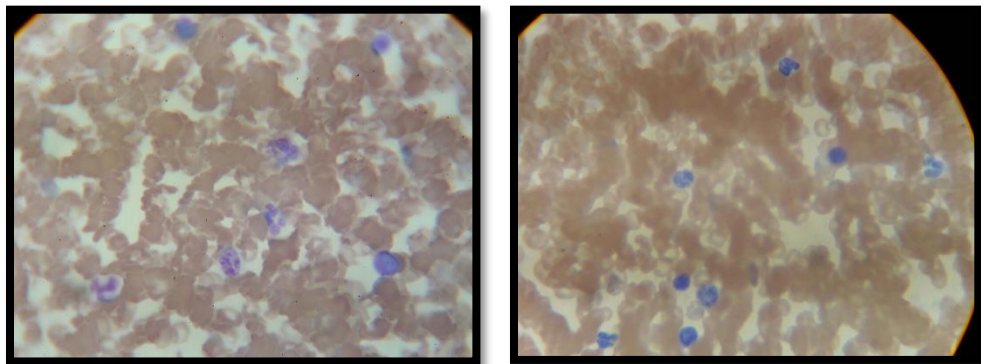
Se realiza formulación con Rilexine 600, administrar 1tableta/PO/BID/10 días.

## Resultados Citología

Descripción:

P.A.F - impronta: se reciben y analizan cuatro especímenes con las siguientes características citológicas: se observa grado moderado de hemodilución y cantidad escasa de material proteico amorfo de organización fibrilar. Entremezclado con los hematíes y la proteína, se aprecia infiltración leucocitaria mixta compuesta de abundante cantidad de neutrófilos (algunos en proceso de degeneración) y ocasionales macrófagos. Adicionalmente, se percibe un agrupado de células epiteliales basaloides sin criterios de atipia.

### *Ilustración 5 y 6. Citología*



*Vitalab*

Diagnóstico: Compatible con inflamación aguda.

**Observaciones:**

La citología es una prueba de tamizaje, no es un examen diagnóstico. Se recomienda la realización de biopsia para estudio histopatológico con la finalidad de confirmar el diagnóstico. Se sugiere manejar la interpretación citológica en el contexto clínico y apoyado de pruebas diagnósticas complementarias.

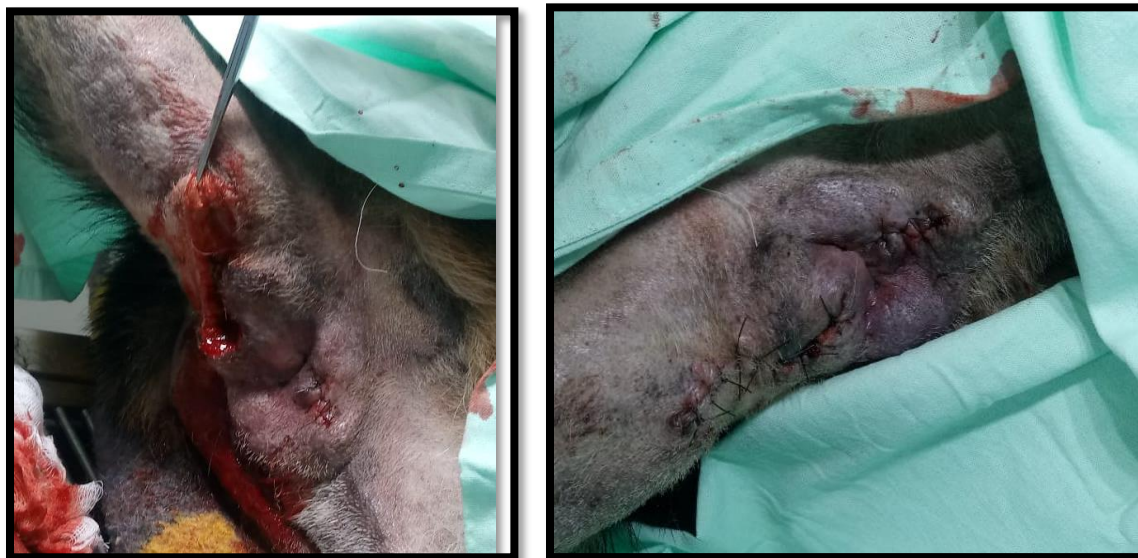
Luego de obtener los resultados de laboratorio, se programó el procedimiento quirúrgico en los 5 días siguientes. Para facilitar el manejo y el transporte del paciente se recomendó la administración de Tranquilán tabletas, administrar 2 tabletas vía oral, supervisar durante 20 minutos, si no disminuye su ansiedad, administrar una tableta más. Se recomendó realizarlo una hora antes de ingresar a la clínica para el procedimiento quirúrgico.

**Procedimiento quirúrgico**

El paciente ingresó a la clínica con ayuno de 12 horas, se canalizó vena cefálica izquierda con catéter #22, se medicó con meloxicam 0.2mg/kg/IV, cefalotina 20 mg/kg/IV, omeprazol 0.7mg/kg/IV, dipirona 28mg/kg/IV. Se realizó sedación con ketamina 2mg/kg/IV, Midazolam 0.15mg/kg/IV, se profundizó con propofol 5mg/kg/IV. Se realizó intubación endotraqueal y se conectó a isoflurano 2.5%, oxígeno 2lt. Se administró lidocaína 2mg/kg/IV, quercetol 10mg/k/IV. Paciente sometido a orquiectomía preescrotal

bilateral y extirpación de masas perianales, dos en total. No se observó adherencias al músculo o tejido subcutáneo. Tejidos muy vascularizados.

***Ilustración 7 y 8. Resección quirúrgica.***



***Fuente: Verónica Zapata, 2018***

Se realizó sutura en tejido subcutáneo y piel. Toma de muestras para Patología.

Se realizó formulación con Rilexine 600, 1.5tab/PO/BID/7 días, meloxicam tableta de 7.5mg, media tableta vía oral/SID/3 días, realizar limpiezas de heridas con Ixer spray BID/15 días, uso de collar isabelino permanente, retiro de puntos en 15 días, pendiente de resultado histopatológico. Revisión domiciliaria en una semana.

### ***Ilustración 9. Adenoma***



***Fuente: Verónica Zapata, 2018***

### **Evolución clínica**

El paciente fue revisado 8 días después de haber sido dado de alta, donde se observó evolución positiva, propietario reportó consumo de alimento con normalidad, al igual que la orina y defecación. Al realizar valoración clínica no se observó alteraciones, herida quirúrgica en adecuado proceso de cicatrización. Se indicó continuar con las recomendaciones dadas anteriormente. Revisión en una semana.

El paciente fue revisado por segunda vez, se observó heridas quirúrgicas cicatrizadas, por lo cual se procedió al retiro de puntos como se había programado.

Llega resultado de Patología.

**Tabla 5. Informe de resultados laboratorio de Patología Veterinaria Zoopath**Hallazgos macroscópicos:

Se reciben tres tejidos, así: -Masa con un hilo de aspecto irregular, lobulada y firme al corte. Mide 2,9 x 2,1 x 1,7cm. -Nódulo sin sutura de consistencia blanda que mide 1,4 x 1 x 0,9cm. -Fragmento de testículo y epidídimo con dos hilos que al corte es blando y no presenta cambios aparentes en el parénquima. Se bloquean porciones representativas de los tejidos.

Hallazgos microscópicos:

Piel (masa con un hilo-dorsal al esfínter anal): Subyacente a una epidermis con focos de ulceración extensa, se observa una neoplasia focalmente expansiva, multilobulada y parcialmente encapsulada, que compromete casi la totalidad del tejido. Está constituida por lóbulos e islotes delimitados por septos fibrosos. Los lóbulos están formados en la periferia por un monoestrato de células de reserva basaloide y en el interior por células poliédricas con citoplasmas amplios, eosinófilos y núcleos redondeados, centrales y eucromáticos sin evidencia de mitosis. También hay focos de hemorragia y un infiltrado leucocitario mixto multifocal.

Piel (nódulo sin sutura-ventral al esfínter anal): En la dermis se observa una neoplasia focalmente expansiva, multilobulada y encapsulada, que desplaza múltiples lóbulos de glándulas hepatoideas hiperplásicas adyacentes. Está constituida por islotes y lóbulos con focos de diferenciación escamosa, delimitados por septos finos de colágeno, los cuales a su vez están formados por un monoestrato de células de reserva basaloide y en el interior

por células poliédricas con citoplasmas eosinófilos y núcleos redondeados con un nucléolo central y sin evidencia de mitosis. También se aprecia congestión vascular moderada.

Testículo-Epidídimo: Sin lesiones significativas.

**Diagnóstico:**

Piel (masa con un hilo-dorsal al esfínter anal- nódulo sin sutura-ventral al esfínter anal):

Adenoma de hepatoides.

Testículo-Epidídimo: Ver descripción.

**Observaciones:**

La evaluación histopatológica revela dos neoplasias benignas de las glándulas circumanales. En la masa dorsal además hay ulceración e inflamación crónica marcada.

## Discusión

El quiste dermoide conjuntival en caninos es poco común, también se ha descrito en equinos, bovinos y felinos. Debido a que está formado por pelos, los cuales crecen del centro del ojo, en este paciente provocó irritación, epifora, blefaroespasmo y fotofobia, al no ser diagnosticado a tiempo puede provocar pérdida de la funcionalidad del bulbo ocular afectado.

La ubicación de este quiste o tumor benigno, permite su pronta detección a pocos días después del nacimiento, aunque en ocasiones debido a que no crecen de tamaño rápidamente, pueden pasar inadvertidos por los propietarios y retardar su diagnóstico. Puede localizarse uni o bilateral.

El tratamiento de elección para el quiste dermoide conjuntival es la corrección quirúrgica generalmente por medio de queratectomía, apoyado de terapia analgésica, antiinflamatoria y antibiótica, además de cicatrizantes.

Las glándulas hepatoideas continúan agrandándose durante toda la vida del perro, bajo la estimulación androgénica. Por tanto, en perros machos viejos, son comúnmente hiperplásicas y subsecuentemente muestran una progresión a los adenomas. En estos tumores, el mantenimiento de los receptores de andrógenos a lo largo de la progresión del tumor proporciona evidencia de la dependencia hormonal de éstos. La resección quirúrgica, incluida la castración en perros machos, se ha usado con mayor frecuencia para tratar adenomas de las glándulas hepatoideas.



En el paciente con adenoma, no fue posible realizar ecografía de próstata debido al difícil manejo de este, ya que es un paciente muy agresivo y los propietarios no autorizaron dicha ayuda diagnóstica. Aun así, se realizó citología y posteriormente histopatología de las masas extraídas.

Algunas posibles complicaciones de las cirugías de los tumores perianales son infección, dehiscencia, tenesmo, prolapso rectal, disquecia, incontinencia temporal o permanente, estenosis anal y recidiva de la neoplasia.

## **Conclusiones**

La cirugía es un área muy amplia e importante en medicina veterinaria, debido a que contribuye notablemente como método diagnóstico o terapéutico.

Durante mi desempeño como médica veterinaria fue posible poner en práctica los conocimientos tanto farmacológicos como de técnicas quirúrgicas frente a la resolución de las patologías que presentaban los pacientes.

Un médico veterinario debe ser íntegro, correlacionar sus diferentes conceptos adquiridos en todas las áreas de la medicina para obtener un buen manejo de los pacientes prequirúrgicos, intraquirúrgicos y posquirúrgicos.

## Referencias

Blackwood, L. (2014). Tumores de la piel y de los tejidos subcutáneos. En J. Dobson, & X. Duncan, *Manual de oncología en pequeños animales*, 189-202. Barcelona: Ediciones.

Bonagura J, Twedt D. (2010). *Terapéutica Veterinaria Actual*. España: Elsevier. 528 p.

Brudenall DK, Bernays ME, Peiffer J.R., R.L., (2007). *Central corneal dermoid in a Labrador retriever puppy*. J. Small Anim Pract., 588- 590.

COOK, CS. (1991). *Ocular embryology and congenital malformations*. In: Veterinary Ophthalmology. (Gelatt KN) Lippincott, Williams & Wilkind, Philadelphia; p. 3-30.

Dow S, Olson P, Rosychuk R. (1998). *Perianal adenomas and hypertestosteronemia in a spayed bitch with pituitary-dependent hyperadrenocorticism*. Journal of the American Veterinary Medical Association 185, 1439-1441

Fineman, L. (2001). *Tumors of the skin and subcutis in dogs and cats*. Rosenthal, Vet Oncol Sec, 125-131.

Fossum T, Cheryl S, Hedlund. 2009. Cirugía gastrointestinal. En: Fossum T, Hedlund C, Johnson A, Schulz K, Seim H, Willard M, Bahr A, Carrol G. *Cirugía en pequeños animales*. España: El Sevier. 507-511 p.

Goldschmidt. M.H. and Shofer.F .S. (1998). *Skin Tumors of the Dog and Cat* . Oxford. Butterworth heinemann, p. 197.

Gross T.L., Ihrke P.J., Walder E.J. (1992) *.A macroscopic and microscopic evaluation of canine and feline skin disease*.In: Veterinary Dermatology. p. 435- 442.

Grüb M., Reinthal, E. Rohrbach J.K. (2006) *Congenital Tumor of the temporal Eyelid*, Country of Publication: Germany NLM ID: 9206148 Publication Model: Pr/nt Cited Medium: Print ISSN: 094 1-293 (Print) Subsets:MEDLINE

Martins A., A. Vasques-Peyser, L. Torres, J. Matera, M. Dagli, J. Guerra. (2008). Retrospective – systematic study and quantitative analysis of cellular proliferation and apoptosis in normal, hyperplastic and neoplastic perianal glands in dogs. *Vet Comp Oncol* 6, 71-79.

Meuten, D. J. (2002). *Tumors in Domestic Animals*. California: Berkely

Martínez de Merlo E., Arenas C., Pérez D., Arconada L. (2011). *Manual Práctico de Oncología en Pequeños Animales*. España: Axón. 268 p.

Meneses M., Nuñez L. (2005). Tumor de glándulas hepatoideas. En: Mucha C, Sorribas C, Pellegrino, eds. *Consulta rápida en la clínica veterinaria*. Argentina: Intermédica. p 671-672

Osório F., Franco A., Pedro A., Faustino F., Nazaré A. (2008). Carcinóide estrumal asociado a teratoma quístico maduro do ovário: um caso clínico. *Acta Obstet Ginecol Port*. P. 203-206.

Peiffer, R.L., Wilcock B.P., Dubielzig R.R.(1991).*Fundamentals of veterinary ophthalmology*. In: *Veterinary Ophthalmology* (Gellat KN) Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia,; 355-426.

Pisani, G., Millanta, F., Lorenzi, D., Vannozzi, I., & Poli, A. (2006). Androgen receptor expression in normal, hyperplastic and neoplastic hepatoid glands in the dog. *Research in Veterinary Science*, Vol 81, 231-236.

Rodríguez Feijoo D., Romero Moreno I., López Gutiérrez C. Queratoescleroplastia lamelar para reparación de tumor dermoide limbar. *Ophthalmology*.(2011) [citado 8 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.oftalmo.com/studium/studium2011/stud11-2/11b06.htm>

Raskin E, Meyer J. (2010).*Canine and Feline Cytology*. Missouri: Elsevier 53 p.

Scheck J, (2005), *Student paper communicationétudiante*. *Can Vet J* 46, 922-924

Slatter, D. (1992). *Fundamentos de oftalmología veterinaria*. Inter-Médica, Buenos Aire

Slatter, D. (1993). *Textbook of small animal surgery*. W. B. Saunders Company, Philadelphia.

Slatter, D. Slatter D. Córnea e Esclera. (2005). In: *Fundamentos de Oftalmologia veterinária*. São Paulo: Roca; p.283- 338.

Stades F.C., Boevé M.H., Neumann W., Wyman M. (1999). *Oftalmología para el veterinario práctico*. ed. Inter-Médica. Buenos Aires.

Shear, M. (1999). *Cistos da região bucomaxilofacial*. In: Diagnóstico e tratamento. São Paulo: Santos, p. 20-28.

Turek M, Withrow S. (2009). Tumores Perianales. En: Withrow S, Vail D. *Oncología clínica de pequeños animales*. España: Multimédica Ediciones Veterinarias. p 492- 498.

V. Pérez, E. Vidal, N. González, J. Benavides, M.C. Ferreras, M. Villagrasa, M. Fumarola. (2005). Orbital Meningioma UIT A Granular Cell Component In A Dog, UIT Extracranial Metastasis, Elsevier Ltd.

Vicente, K., Perales, R., & Tabacchi, L. (2005). Frecuencia histopatológica de neoplasias perianales en caninos: casuística del laboratorio de patología veterinaria de la universidad Nacional Mayor de San Marcos (2005-2012). *Rev Inv Vet de Perú*, Vol 26, 719-724.

Whitley, R.D., Gilger, B.C. (1999). Diseases of the canine cornea and sclera. In: *Veterinary Ophthalmology*. (Gelatt K.N.) Lippincott, Williams & Wilkind, Philadelphia; p.635-673.

Wilson P, Hayes H. (1979) .*Castration for treatment of perianal gland neoplasms in the dog*. *Journal of the Veterinary Medical Association* 174:1301-1303.

Yeruham, Peri, M. Liberboim. (2002). Ocular Dermoid In Dairy Cattle-12 Years Survey, *Revue Méd. Vet.* 153, 2, 91-92.