

# V Congreso Nacional de la SEOVE

Sociedad Española De Odontología  
Veterinaria

Zaragoza 11 y 12 de diciembre de 2009

Ponencias y conferencias presentadas en este  
Congreso

*Título:*

## **FÍSTULA ORONASAL**

*Autor:* A. CASTEJON (1), J. ALEGRETE (2) , F. SAN ROMÁN (3)

*Centro o Institución:* (1) *Departamento de Medicina Veterinária. Escola Universitária Vasco da Gama. Coimbra, Portugal.*

*(2) Hospital Veterinário de Aveiro. Aveiro, Portugal*

*(3) Facultad de Veterinaria. UCM. España*

---

Las fístulas oronasales traumáticas se resuelven normalmente mediante colgajos bipediculados, pediculados de deslizamiento o rotacionales. En ocasiones, los colgajos no proporcionan el resultado adecuado y es necesario colocar prótesis para obturar la comunicación.

Presentamos el caso de un gato de un año de edad que fue atacado por un perro cuando tenía dos meses. El ataque afectó principalmente al lado izquierdo de la cabeza provocando perforación del ojo izquierdo, del paladar duro y fracturas múltiples de los huesos maxilar y nasal. Inicialmente se realizó estabilización, enucleación del ojo izquierdo y colocación de un tubo de alimentación esofágico. Durante los meses siguientes al accidente el gato fue sometido a varias cirugías para intentar resolver la fístula, que no tuvieron éxito y extracciones del lado izquierdo del segundo, tercero y cuarto premolar (206,207,208) para facilitar la realización de colgajos de mucosa posteriormente. La alimentación consistió en dieta blanda para gatitos administrada 3 veces al día durante los 10 meses siguientes al ataque.

El gato presentaba asimetría facial, con el maxilar izquierdo hundido y ausencia del ojo izquierdo. El paladar duro tenía un defecto óseo de aproximadamente 1,5 cm de diámetro con tejido cicatricial alrededor

Todos los dientes excepto el 206, 207 y 208 estaban presentes. A través de la fístula se podía ver la mucosa nasal inflamada.

El defecto era excesivamente grande para intentar resolver con colgajos pediculados por lo que se decidió realizar la obturación del defecto con una prótesis de polivinil-siloxano (PS) (silicona de adición) realizada in-situ. La colocación del material en el orificio y la presión sobre la mucosa y cornetes nasales irrita y provoca sangrado que puede llegar a obstruir las vías respiratorias si el animal no está intubado, por lo que está totalmente contraindicado no intubar.

Para realizar la prótesis es necesario un soporte lo suficientemente rígido para colocar la silicona y poder impactarla contra la cavidad nasal. Pueden ser utilizadas para este efecto las cubetas de toma de impresiones o material termoplástico con los que se realizan la toma de impresiones para ortodoncias pero son excesivamente grandes y sería necesario demasiado PS que después tendría que ser eliminado. Utilizamos un soporte de plástico fácilmente recortable para adaptarlo a la forma del paladar y así no interferir con los dientes. Una vez colocado en el paladar y antes de fraguar, el soporte se desplaza lateral y rostrocaudalmente para crear un reborde nasal que permita que la prótesis se mantenga en esa posición. Después de fraguar se retira la prótesis y se modela lo suficiente para que no moleste, normalmente dejamos 3-4 mm de exceso alrededor de la fístula en la superficie oral. Es posible que los animales se adapten mejor a prótesis más delgadas pero disminuye su resistencia, por eso intentamos que el grosor de la prótesis intraoral fuese de alrededor de 2 mm.

Aunque el procedimiento no es excesivamente traumático, recomendamos la administración de analgésicos durante los primeros días (meloxicam o tramadol por ejemplo).

Se mantuvo con sonda de alimentación la primera semana para evitar riesgos en el caso de que no se adaptase bien a la prótesis o hubiese paso de alimento a la cavidad nasal. Se recomendó la administración de dieta blanda los primeros días de adaptación.

Durante el primer mes mostró síntomas de rinitis que pasaron en los meses posteriores. Se administró amoxicilina clavulánico y meloxicam durante la primera semana. La prótesis se limpiaba inicialmente cada mes y después de cada 4 ó 5 meses cuando aumentaban los ruidos inspiratorios y la frecuencia de los estornudos.

