

DOSIER DE PRESENTACIÓN

Cirugía en la clínica de pequeños animales

José Rodríguez

Técnicas quirúrgicas básicas

Técnicas quirúrgicas avanzadas

Sistema cardiorrespiratorio

Aparato circulatorio

Aparato digestivo

Aparato urinario

Aparato reproductor

Sistema endocrino



La cirugía en imágenes, paso a paso

Técnicas quirúrgicas

Cirugía sin sangrado





CIRUGÍA EN LA CLÍNICA
DE PEQUEÑOS ANIMALES

Técnicas quirúrgicas

Cirugía en la clínica de pequeños animales

José Rodríguez

Técnicas quirúrgicas básicas

Técnicas quirúrgicas
avanzadas

Sistema
cardiorrespiratorio

Aparato circulatorio

Aparato digestivo

Aparato urinario

Aparato reproductor

Sistema endocrino



La cirugía en imágenes, paso a paso

Técnicas quirúrgicas

Cirugía sin sangrado



AUTOR: José Rodríguez.

FORMATO: 23 x 29,7 cm.

NÚMERO DE PÁGINAS: 320.

NÚMERO DE IMÁGENES: 830.

ENCUADERNACIÓN: tapa dura.

PVP

88 €



Este nuevo volumen de la colección “Cirugía en la clínica de pequeños animales” es una recopilación de las principales intervenciones quirúrgicas tratadas en los tomos anteriores. La excepcionalidad de esta obra se basa en los vídeos de gran calidad que acompañan a cada una de las cirugías, clasificadas según dificultad.

Fruto del trabajo exhaustivo y cuidadoso del autor, esta obra se ha convertido en una herramienta indispensable tanto para profesionales en ejercicio como para estudiantes de cirugía veterinaria.



56 VÍDEOS
DE TÉCNICAS
QUIRÚRGICAS



Presentación de la obra

Una intervención quirúrgica se basa en técnicas de incisión, disección y sutura, habilidades manuales que cualquiera puede adquirir con el entrenamiento correcto y el paso del tiempo. Sin embargo, ser cirujano no solo significa tener agilidad con las manos, la cirugía exige aplomo, seguridad y control mental para afrontar los diferentes escenarios que se pueden dar durante una intervención quirúrgica. Para alcanzar todas las habilidades de las que debe disponer un cirujano es de vital importancia un buen proceso de aprendizaje y formación continuada, además de una buena preparación mental.

En esta séptima ocasión se ha seleccionado y escogido las intervenciones quirúrgicas de los tomos anteriores más relevantes y que más comúnmente aparecen en quirófano. Organizadas dependiendo del grado de dificultad, básicas o avanzadas, las intervenciones quirúrgicas que se tratan, entre otras muchas, van desde el entropión, la cistocentesis, la esterilización, hasta la enterotomía, la hernia perineal, la pericardiectomía o la lobectomía.

Sin embargo, el alma real de esta obra son los vídeos de gran calidad que acompañan a cada una de las intervenciones. Fruto del trabajo exhaustivo y cuidadoso del autor a lo largo de años, este nuevo volumen combina la nueva tecnología con la ciencia. Una nueva manera de acercarse a la medicina veterinaria mucho más inmediata y cercana que resulta de gran utilidad.

Siguiendo la estela de los tomos anteriores, el enfoque del libro es eminentemente práctico y visual. Ello permite al lector identificarse rápidamente con los casos expuestos y con las sucesivas fases de las técnicas aplicadas. Como ya se ha comentado anteriormente, algunas de ellas son sencillas y pueden ser ejecutadas por cirujanos noveles, otras sin embargo, más complejas, requerirán algo más de experiencia. No obstante, los vídeos serán una herramienta excelente que permitirá que tanto noveles como expertos veterinarios puedan comprender la verdadera "magia" de la cirugía.

El libro que tenemos entre las manos recoge la dilatada experiencia de su autor y de todos sus colaboradores dentro del quirófano. Una obra muy útil y práctica para ayudar en el trabajo diario de, no solo profesionales en ejercicio, sino también estudiantes de cirugía veterinaria.

El objetivo con este séptimo tomo es presentar la cirugía desde un punto de vista más actual, atractivo y novedoso. Gracias a sus vídeos, pretende conseguir que la cirugía sea más sencilla y que transcurra con las mínimas complicaciones y que la recuperación sea más rápida y mejor posible, velando por el bienestar del paciente, pero también del cirujano.

Una excelente obra, práctica e innovadora, que no debería faltar en la biblioteca de quienes se inician en el arte de la Cirugía Veterinaria, así como de aquellos profesionales más avanzados en este campo.



El autor



José Rodríguez

Licenciado y Doctor en Veterinaria por la Universidad Complutense de Madrid, España.

Profesor titular del área de Medicina y Cirugía Animal del Departamento de Patología Animal de la Universidad de Zaragoza, España.

Cirujano del Hospital Veterinario Valencia Sur (Valencia, España).

Co-autor de la colección *Cirugía en la clínica de pequeños animales: la cirugía en imágenes, paso a paso*.



Servicios de comunicación

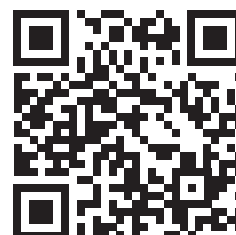
Sitio web

- ➔ Visualización *online* del capítulo promocional.
- ➔ Archivo pdf del dossier de presentación.
- ➔ Presentación del autor.
- ➔ Visualización y descarga de pdf compatible con dispositivos móviles.

Comunicación en medios

- ➔ Anuncio.¹
- ➔ Entrevista al autor.¹
- ➔ Nota de prensa.

www.grupoasis.com/promo/tecnicas_quirurgicas



¹ Consultar condiciones.

Cirugía en la clínica de pequeños animales

José Rodríguez

Técnicas quirúrgicas básicas

Técnicas quirúrgicas avanzadas

Sistema cardiorrespiratorio

Aparato circulatorio

Aparato digestivo

Aparato urinario

Aparato reproductor

Sistema endocrino



La cirugía en imágenes, paso a paso

Técnicas quirúrgicas

Cirugía sin sangrado

Índice de contenidos

Técnicas quirúrgicas básicas

Urografía excretora

Hemostasia preventiva

Hidrodissección

Cirugía oftalmológica. Entropión

Caso clínico / Blefaroplastia de Hotz-Celsus con láser de CO₂

Anestesia epidural lumbosacra

Sondaje uretral en el perro

Cistocentesis

Sondaje vesical transcutáneo

Sutura del ano en "bolsa de tabaco"

Orquidectomía

Caso clínico / Orquidectomía preescrotal en el perro

Neoplasias anales

Caso clínico / Adenoma de tamaño pequeño

Saculectomía técnica cerrada

Tumores de vulva y vagina

Caso clínico / Tumor vaginal

Prolapso de recto. Colopexia

Laparotomía

Biopsia hepática

Biopsia renal

Biopsia en cuña

Esplenectomía parcial

Ovariohisterectomía

Ovariohisterectomía en la perra

Piometra / Hiperplasia endometrial quística

Cistotomía

Cálculos vesicales

Caso clínico / Cálculo único en una perra

Testículos ectópicos

Caso clínico / Monorquidia abdominal

Nefrectomía

Gastrotomía. Laparotomía media

Síndrome de dilatación-torsión gástrica

Obstrucción intestinal por cuerpo extraño no lineal

Enterotomía

Enterectomía

Intususcepción intestinal

Colectomía

Toracocentesis

Toracotomía

Hernia diafragmática peritoneopericárdica

Técnicas quirúrgicas avanzadas

Cirugía auricular: ablación del conducto auditivo externo

Caso clínico / Ablación del conducto auditivo externo

Síndrome braquicefálico

Colapso traqueal

Caso clínico / Traqueoplastia cervical extraluminal
Caso clínico / Traqueoplastia cervical intraluminal

Estenosis uretral

Caso clínico / Uretrostomía escrotal

Prolapso de mucosa uretral

Toracoscopia

Laparoscopia exploratoria y cirugía laparoscópica

Shunt portosistémico

Caso clínico 1 / *Shunt* extrahepático.
Banda de celofán por el lado derecho
Caso clínico 2 / *Shunt* extrahepático.
Constrictor de ameroide por el lado izquierdo

Cirugía hepática: lobectomía

Caso clínico / Lobectomía hepática

Ectopia ureteral intramural: ureterocistotomía

Caso clínico / Ectopia ureteral intramural

Ectopia ureteral extramural: neoureterocistostomía

Caso clínico / Ectopia ureteral extramural

Hernia de hiato esofágico

Megaesófago

Caso clínico / Megaesófago

Cirugía de glándulas adrenales. Adrenalectomía

Caso clínico / Adrenalectomía

Feocromocitoma

Taponamiento cardíaco. Pericardiectomía

Conducto arterioso persistente (CAP)

Tratamiento quirúrgico convencional

Hernia perineal

Caso clínico 1 / Herniorrafia simple
Caso clínico 2 / Implante de malla
Caso clínico 3 / Deferentopexia

Fístulas perianales

Caso clínico / Resección quirúrgica radical

Prevalencia	■	■	■	■	■	■
Dificultad técnica	■	■	■	■	■	■

Blefaroplastia de Hotz-Celsus

La blefaroplastia de Hotz-Celsus es la técnica de elección en casos de entropión congénito y consiste en la resección de una semiluna de piel en la parte invertida del párpado, que toma su posición normal al suturar el defecto creado.

Entropión

El entropión es el plegamiento o inversión del párpado hacia el ojo, de forma que los pelos cutáneos contacta, irritan y lesionan la conjuntiva y la córnea (fig. 1). Se puede producir por:

- Excesivo desarrollo de la piel palpebral.
- Hundimiento del globo ocular en la órbita.
- Aumento del peso del párpado.
- Excesiva laxitud cutánea.
- Mal desarrollo de la fisura palpebral.

Los signos clínicos que pueden observarse son:

- El paciente se frota la cara.
- Epífora.
- Blefaroespasmos.
- Enoftalmía.
- Dermatitis palpebral por el contacto continuado con la lágrima.
- Ojo rojo por hiperemia de los vasos conjuntivales.
- Lesión corneal y edema.
- Vascularización y melanosis corneal en casos crónicos.

Fig. 1. El entropión congénito produce dolor ocular, blefaroespasmos e hipersecreción lagrimal (flecha blanca) (A), blefaritis (flecha amarilla) y lesiones corneales (flecha azul) (B).



Tras la instilación de un colirio anestésico para eliminar el blefaroespanto, se evalúa la cantidad de piel que se introduce hacia el ojo y la zona palpebral más afectada.

Para la resolución del entropión congénito, la técnica quirúrgica de elección es la blefaroplastia de Hotz-Celsus modificada (figs. 2-6). Se basa en la resección en forma de barquilla de la zona palpebral alterada para que el borde palpebral quede correctamente colocado en su posición anatómica (fig. 2).

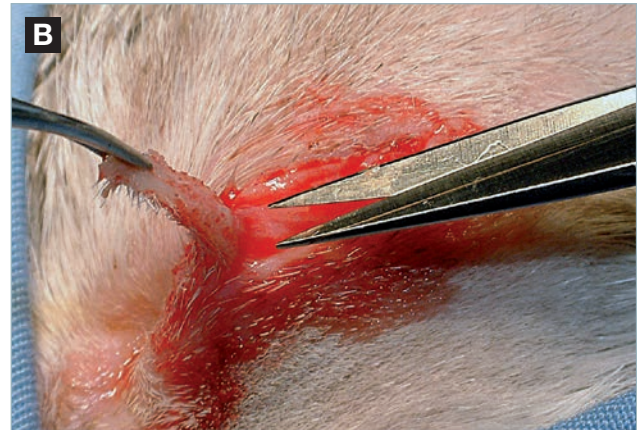
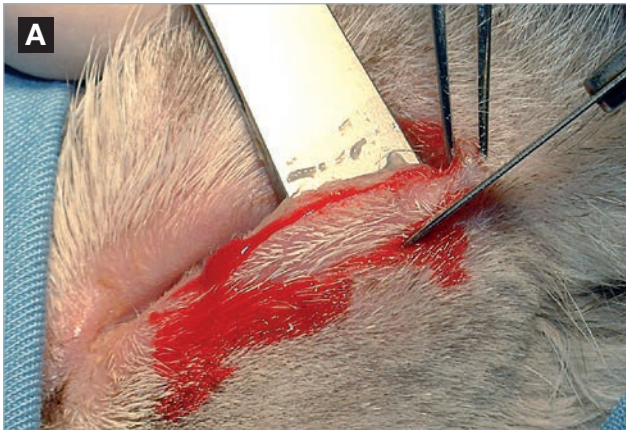


Fig. 2. En la blefaroplastia de Hotz-Celsus modificada se elimina la zona de piel que produce el entropión. La primera incisión se realiza aproximadamente a 1-2 mm del borde palpebral y la segunda se separa de la anterior la distancia determinada en el preoperatorio, para eliminar el exceso de piel y permitir el correcto posicionamiento del borde palpebral.

Los párpados están muy vascularizados, por eso la cirugía es bastante hemorrágica y la inflamación posquirúrgica es muy frecuente.



Ver vídeo

**Entropión congénito
(blefaroplastia Hotz-Celsus)**

13



Es una intervención que cursa con hemorragia porque los párpados están muy vascularizados. En este caso el sangrado se controla mediante compresión con una torunda de gasa.

La sutura palpebral se realiza con puntos simples de material multifilamento fino (seda 5/0) tomando la precaución de dejar los nudos alejados del borde palpebral para evitar que los cabos puedan lesionar el ojo (fig. 3).

Fig. 3. Cuando se realizan puntos simples, los nudos deben quedar alejados del ojo y los cabos deben ser largos para que sean flexibles y no lesionen la córnea en caso de contacto.

Se remite a la consulta de oftalmología un gato común de un año de edad que presenta en el ojo izquierdo signos de dolor ocular como consecuencia de un entropión congénito.

Tras la anestesia tópica del ojo, se determina que el exceso de piel es aproximadamente de 2-3 mm. El resto de la exploración oftalmológica es normal. La técnica quirúrgica que se debe realizar en este caso es la blefaroplastia de Hotz-Celsus.

Se puede evitar el sangrado y simplificar la blefaroplastia de Hotz-Celsus empleando un láser de CO₂ para realizar las incisiones y la resección de la piel afectada. Para ello:

- Se protege la superficie ocular con una lámina de algodón empapada en suero fisiológico.
- Se marca el vértice inferior de la segunda incisión para tener la referencia de su extensión (fig. 1).
- Se mantiene la tensión cutánea del párpado con una espátula palpebral recubierta con una gasa humedecida en suero fisiológico para absorber la energía del láser de CO₂ en caso de impacto. Se realiza la primera incisión a una distancia de 1-2 mm del borde palpebral (fig 2).

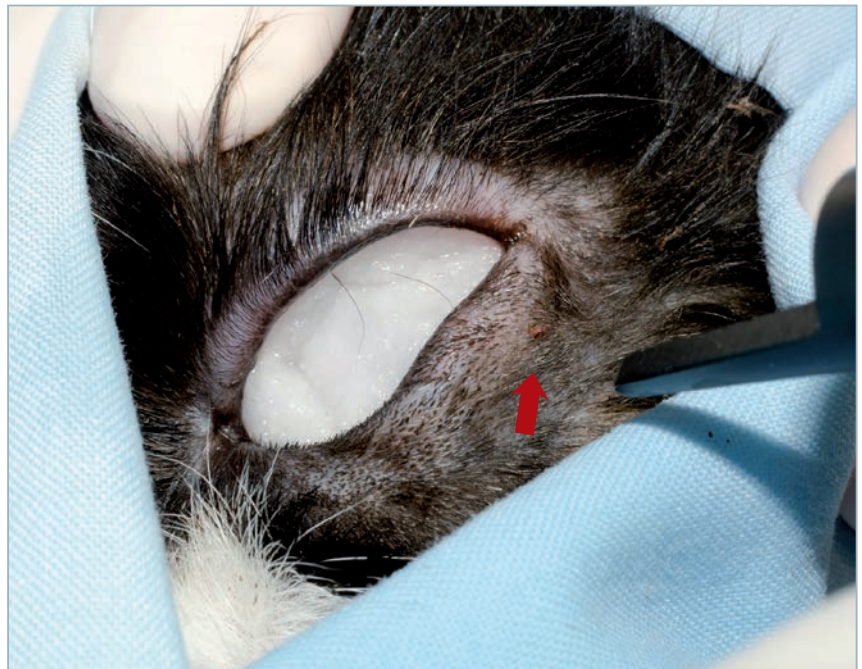


Fig. 1. La córnea se protege con una lámina de algodón empapada en suero fisiológico. Se marca la parte inferior de la segunda línea de sección para delimitar la zona cutánea que se va a resear.

En este caso se ha empleado el láser de CO₂ en modo continuo y onda continua, con una potencia de 5 W.

- Se realiza la segunda incisión uniendo los extremos de la anterior y el punto marcado inicialmente como vértice de la V de esta incisión (fig. 3).



Fig. 2. Se realiza la primera incisión cutánea aproximadamente a 1,5 mm del borde palpebral, manteniendo la piel tensa con una espátula rodeada con una gasa humedecida.



Fig. 3. La segunda incisión une los extremos de la primera con la marca que se hizo inicialmente para delimitar la extensión de la resección.



- La piel delimitada por las incisiones anteriores se reseca también con el láser de forma tangencial para lesionar lo mínimo posible el músculo orbicular (figs. 4 y 5).

Fig. 4. Con el láser de CO₂ la resección cutánea del párpado es exangüe.



El láser quirúrgico simplifica y hace más rápida la cirugía palpebral, ya que no hay sangrado intraoperatorio (fig. 5).

Fig. 5. Imagen del resultado inmediato tras la resección de la piel con láser.



- En estos casos los autores no realizan la sutura de la herida palpebral, dejando que cicatrice por segunda intención (fig. 6).

Fig. 6. Resultado de la intervención descrita en el posoperatorio inmediato.

Técnicas quirúrgicas en pequeños animales

Durante el posoperatorio se debe aplicar pomada antibiótica y anti-inflamatoria 3 veces al día durante 1 semana.

El resultado final es satisfactorio como se puede comprobar en otros casos en los que se ha realizado la misma técnica sin sutura que corresponden a un Shar Pei (fig. 7) y a un Carlino (fig. 8).



Fig. 7. Imágenes de la blefaroplastia de Hotz-Celsus realizada con láser de CO₂ en un Shar Pei a las 24 horas (A) y a los 12 días del posoperatorio (B).



Fig. 8. Imágenes de la blefaroplastia de Hotz-Celsus realizada con láser de CO₂ y una cantoplastia medial en un Carlino al cuarto día (A) y décimo día (B) del posoperatorio.

Ovariohisterectomía

José Rodríguez, María José Martínez

Prevalencia



La esterilización u ovariohisterectomía (OHT) se define como la extirpación quirúrgica completa del útero y los ovarios.

Esta intervención en los animales de compañía es una cirugía demandada con relativa frecuencia por los propietarios, principalmente con el fin de controlar la población y eliminar el comportamiento sexual asociado al estro. Además, existen otras muchas indicaciones como son: prevenir y tratar patologías que afecten al útero y a las glándulas mamarias como piometras, metritis, neoplasias uterinas y mamarias, torsión uterina o prolapso uterino (figs. 1 y 2).

Parece ser que la esterilización a edades tempranas, antes del primer celo, disminuye la probabilidad de aparición de tumores de mama en los años posteriores, puesto que existe una importante influencia hormonal en este tipo de neoplasias.

En ocasiones, además, esta cirugía está indicada para ayudar a controlar enfermedades sistémicas, como por ejemplo la diabetes, o alteraciones del comportamiento.

La extirpación del aparato reproductor femenino es, posiblemente, la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia por los veterinarios en hembras.

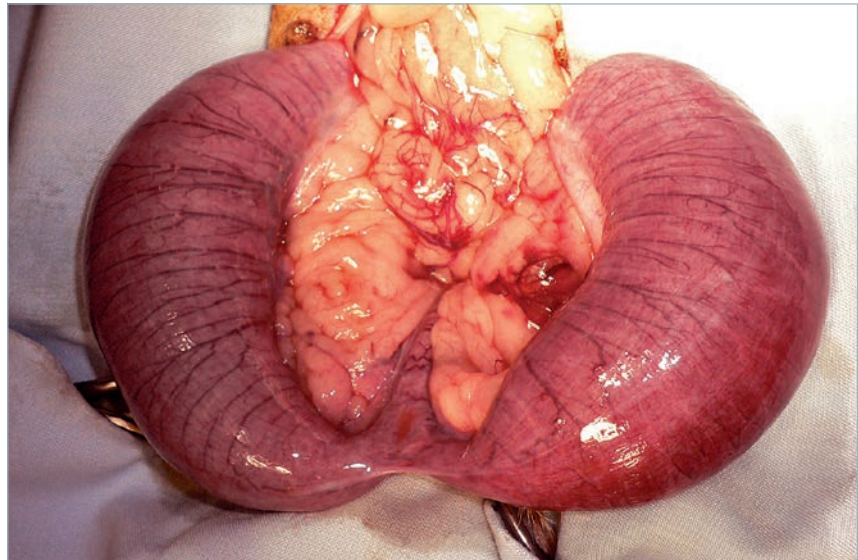


Fig. 1. Gran distensión uterina causada por una piometra.

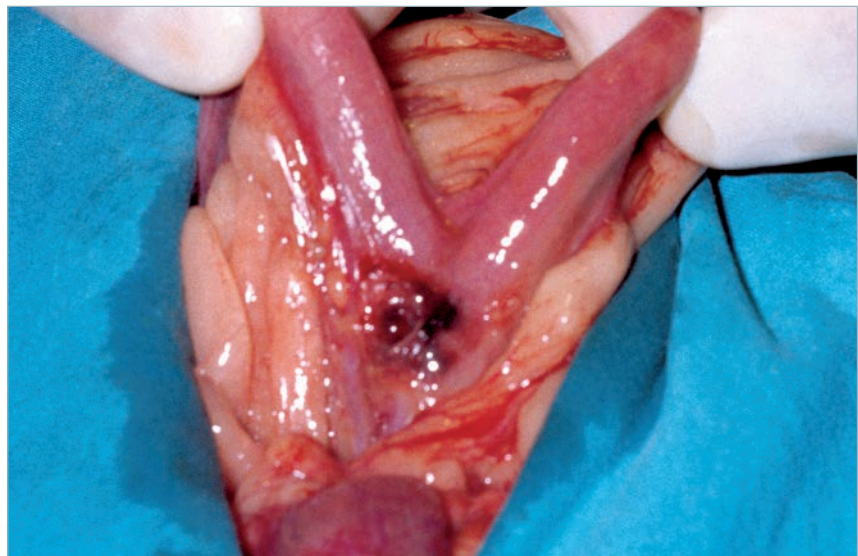


Fig. 2. Perforación uterina iatrogénica secundaria a una inseminación artificial.

Ovariohisterectomía en la perra

José Rodríguez , María Eugenia Lebrero

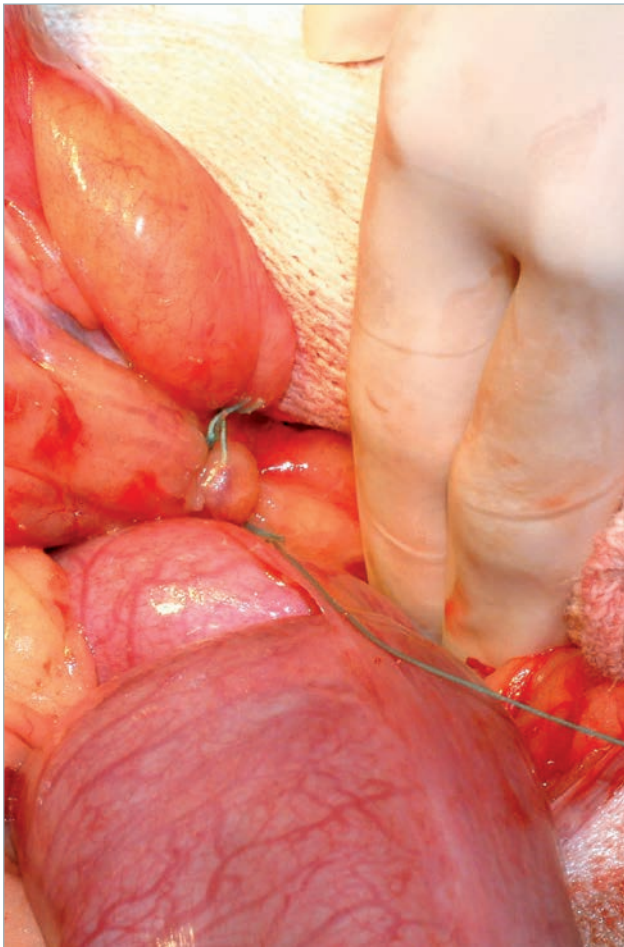


Fig. 1. La obesidad es una dificultad asociada en hembras de gran tamaño porque dificulta la manipulación de los tejidos, así como la visualización correcta de los vasos ováricos.

Dificultad técnica

La dificultad de la cirugía radica en la exteriorización de los ovarios y ligadura de los pedículos ováricos, ya que se encuentran profundos. Este *handicap* se incrementa con el estado de engrasamiento de la paciente, llegando a ser una intervención realmente tediosa en pacientes obesas de gran tamaño (fig. 1).

Para acceder a los ovarios y al útero se realiza una laparotomía por la línea media desde la cicatriz umbilical hasta la sínfisis del pubis.

Una vejiga repleta de orina dificulta la visualización correcta del útero, así como las maniobras quirúrgicas. Se recomienda vaciarla antes de comenzar la cirugía.



La tracción del meso uterino puede provocar un reflejo vagal con repercusiones cardíacas.

La exteriorización del pedículo ovárico derecho tiene algo más de dificultad por encontrarse en una situación más craneal que el izquierdo. En aquellos pacientes en los que hay una mayor cantidad de tejido adiposo es más difícil la correcta identificación de la anatomía del ovario y su pedículo.



Se exteriorizan los pedículos ováricos, comenzando en general por el derecho, puesto que es algo más dificultoso. Para ello se tracciona suavemente, pero con firmeza, del cuerno uterino (fig. 2).

Fig. 2. Se comienza localizando los ovarios.

Ambos se encuentran posteriores al polo caudal de los riñones y están en el interior de la bolsa ovárica unidos al abdomen a través de los pedículos ováricos.

En la unión del ovario a la pared abdominal, hay que diferenciar distintas estructuras que se encuentran entre el tejido adiposo. Estas estructuras son el ligamento suspensor del ovario y los vasos ováricos. Todo ello forma el pedículo ovárico y se han de ligar, en principio por separado, con un material monofilamento absorbible de grosor variable según el tamaño del animal (fig. 3).

Con la ayuda de un disector se hace un orificio a nivel del mesovario, a su través se introduce la ligadura que englobará al ligamento suspensor del ovario (fig. 4). A continuación, se clampa distalmente con un mosquito y se secciona con tijeras dicho tejido (fig. 5).

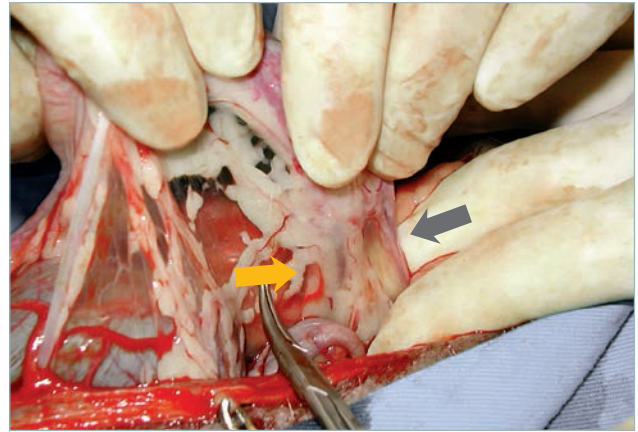


Fig. 3. El pedículo ovárico contiene la arteria y vena ováricas, que tienen un recorrido tortuoso (flecha naranja) y el ligamento suspensorio del ovario (flecha gris), que se identifica por ser una estructura de color blanco nacarado y más tensa que se ancla en el polo caudal del riñón y que también tiene su propia vascularización.

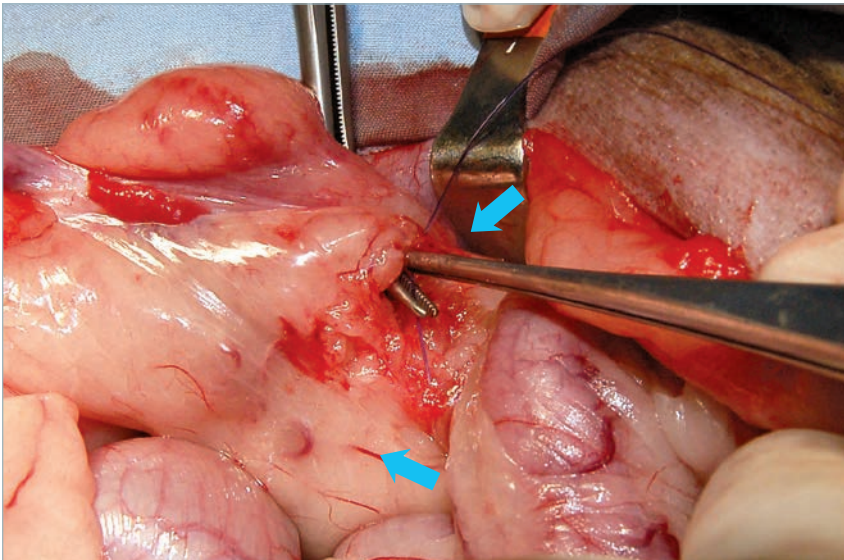
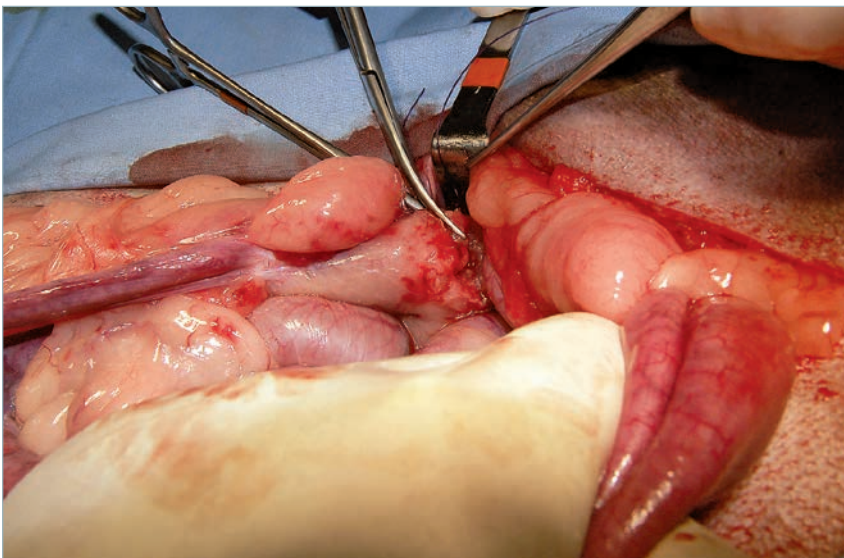


Fig. 4. Con un disector, se hace una “ventana” en el mesovario, al lado del ligamento suspensorio del ovario. A través de este orificio se pasa una ligadura, de material monofilamento absorbible, que englobará al ligamento suspensor del ovario.



Algunos cirujanos prefieren desgarrar el ligamento suspensor directamente, sin realizar ninguna ligadura. No obstante, puede aparecer una hemorragia secundaria, sobre todo en pacientes de gran tamaño.

Fig. 5. Tras anudar la ligadura sobre esta estructura, se realizará un corte entre la ligadura y el mosquito que se ha colocado distalmente a esta para evitar el sangrado del vaso que acompaña al ligamento suspensor del ovario.

Técnicas quirúrgicas en pequeños animales

El siguiente paso es la disección por delante y por detrás del CAP para la colocación de dos ligaduras de material multifilamento no absorbible alrededor del conducto (figs. 3-5).

Fig. 3. Tras la retracción ventral del nervio vago y la disección del CAP se pasan dos ligaduras de material no absorbible multifilamento.

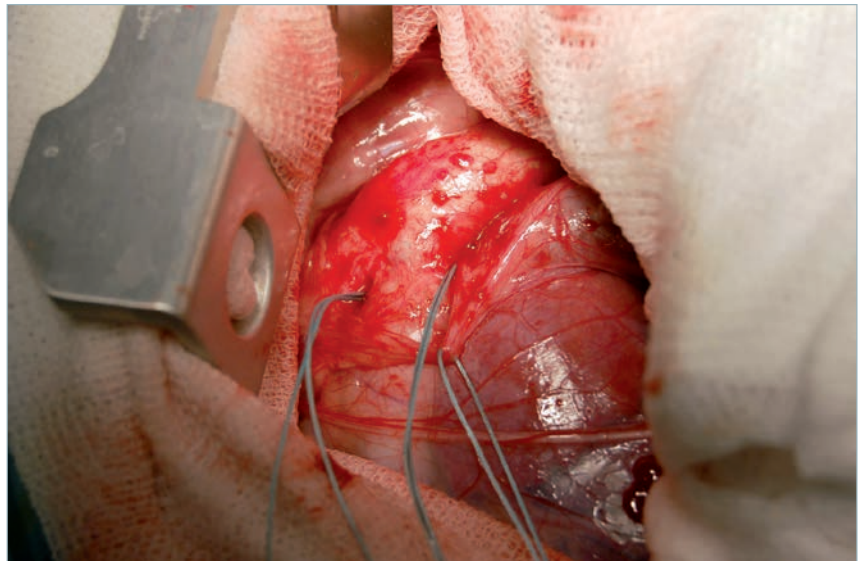


Fig. 4. Los hilos se deben individualizar correctamente sin que se crucen por la parte derecha del CAP. Las ligaduras deben ser independientes y estar lo más separadas posible.

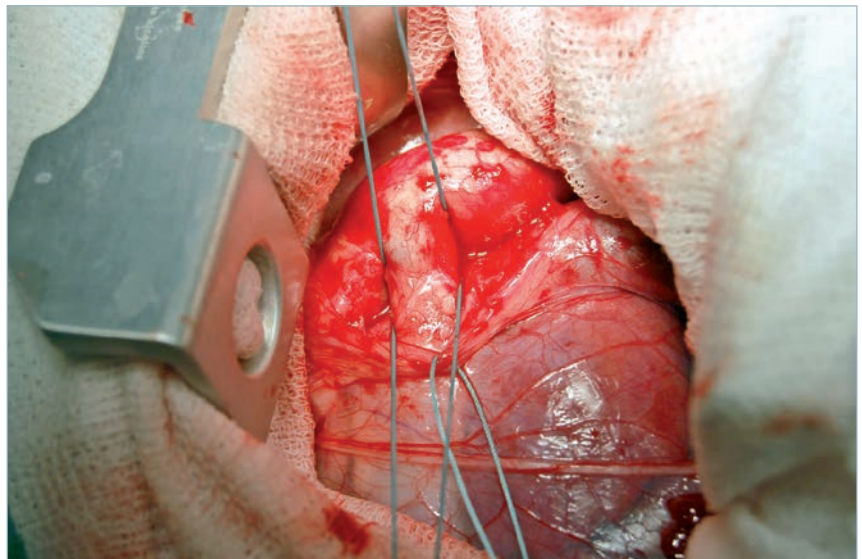
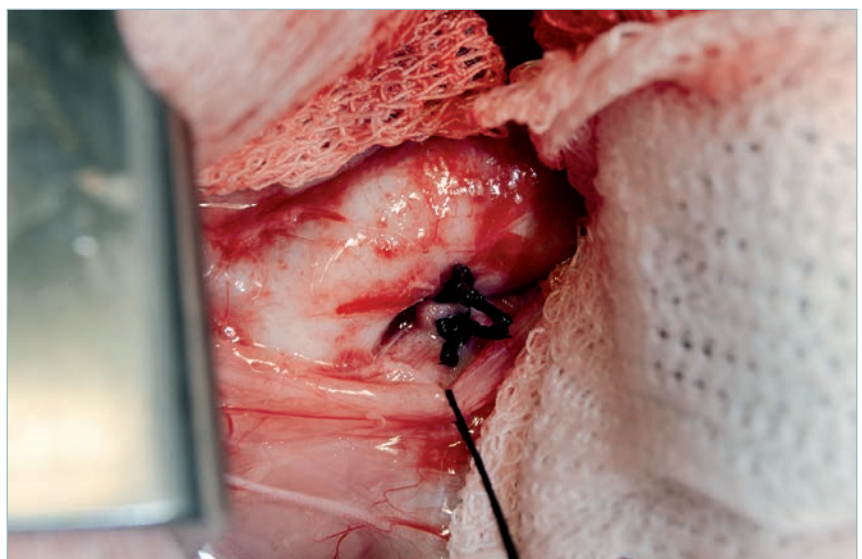
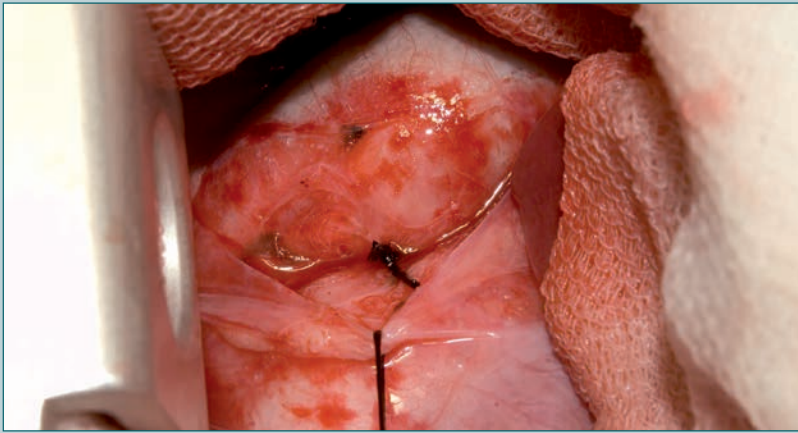


Fig. 5. Fin de la realización de la ligadura del CAP. Se anuda la ligadura cercana a la aorta y, a continuación, se cierra la segunda ligadura lo más alejada posible de la primera.



En algunos casos el conducto es tan corto que solamente se puede colocar una ligadura. En estos casos, hay que ser muy cuidadoso por la fragilidad vascular de estas estructuras.



Si al realizar la ligadura del CAP se produce el reflejo de Branham se debe quitar y volver a anudarla lentamente. Una posible alternativa es el clampaje del CAP con una pinza atraumática previamente al anudado de la ligadura.

Para conseguir colocar las ligaduras alrededor del CAP se puede elegir entre las dos técnicas que se describen a continuación. Cada una de ellas tiene ventajas e inconvenientes que deben ser conocidos y evaluados por el cirujano en cada caso.

Ligadura circunferencial

Sin abrir el saco pericárdico se disecciona la parte anterior del CAP entre la aorta y el tronco pulmonar común, así como la parte posterior entre la aorta y la arteria pulmonar izquierda (figs. 6 y 7).

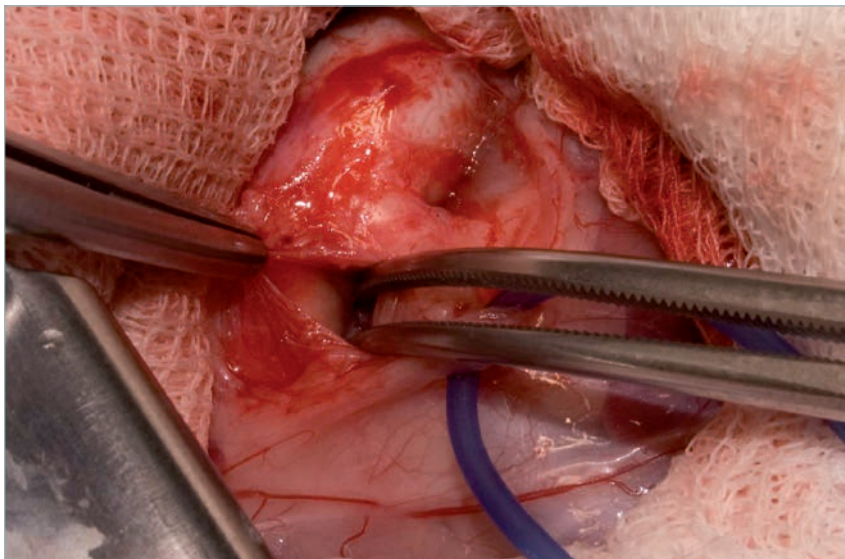


Fig. 6. Disección craneal del CAP con una pinza de ángulo recto. Desde esta posición, se disecciona la zona craneal del conducto girando 45° el disector en sentido caudal.

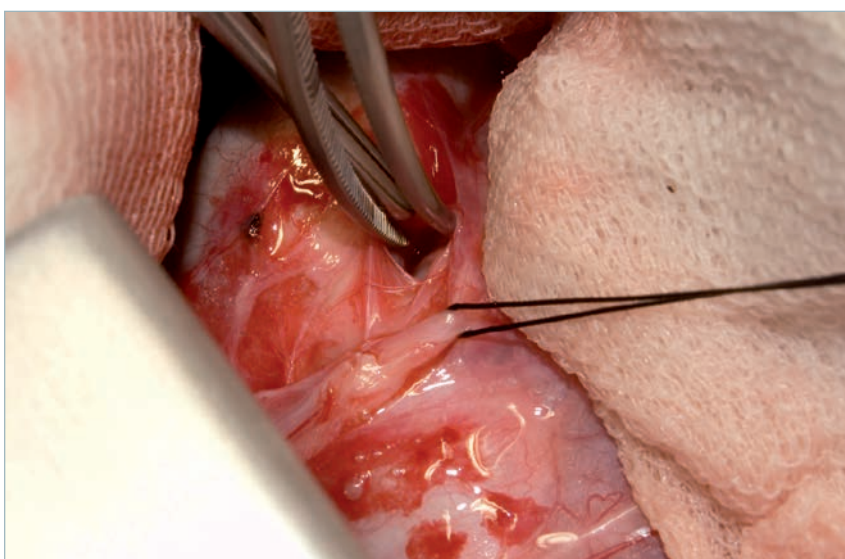


Fig. 7. Disección de la zona caudal del CAP. La disección debe ser muy delicada para no lesionar el nervio laríngeo recurrente izquierdo ni la arteria pulmonar derecha que se encuentra por detrás del CAP.

Técnicas quirúrgicas en pequeños animales

Se debe disecar lo mejor posible el conducto del tejido fibroso que lo rodea para asegurar la estabilidad de la ligadura y garantizar la oclusión completa del CAP.

Con una pinza angulada se diseca delicadamente y poco a poco el CAP, desde la zona caudal, hacia la zona craneal y hasta que se pueda palpar y observar la punta de la pinza en la parte anterior (fig. 8). La disección se lleva a cabo abriendo y cerrando tan solo unos milímetros (2 o 3 mm) con el fin de evitar desgarrar la pared del CAP, de la aorta o de la arteria pulmonar derecha.

La disección de la parte derecha del CAP debe hacerse de forma muy delicada porque se realiza a ciegas sobre unos vasos cuyas paredes pueden estar debilitadas y que se pueden romper con facilidad.

A continuación, se pinza el hilo de sutura y se pasa con lentitud por detrás del CAP para evitar el efecto sierra del material multifilamento (figs. 3 y 4).



Para minimizar el efecto sierra del hilo multifilamento se debe mojar previamente en suero salino o impregnarlo con sangre coagulada.

Si la pinza no se desliza con facilidad es porque se ha pinzado tejido mediastínico. Nunca se debe forzar ni tirar, se debe soltar y repetir la maniobra las veces que sean necesarias hasta hacerlo correctamente.

Posteriormente, se pasa una segunda sutura siguiendo la misma maniobra. Como alternativa, se puede deslizar una sutura doblada por la mitad en la primera maniobra y luego seccionarla por el bucle para obtener las dos ligaduras (fig. 4).

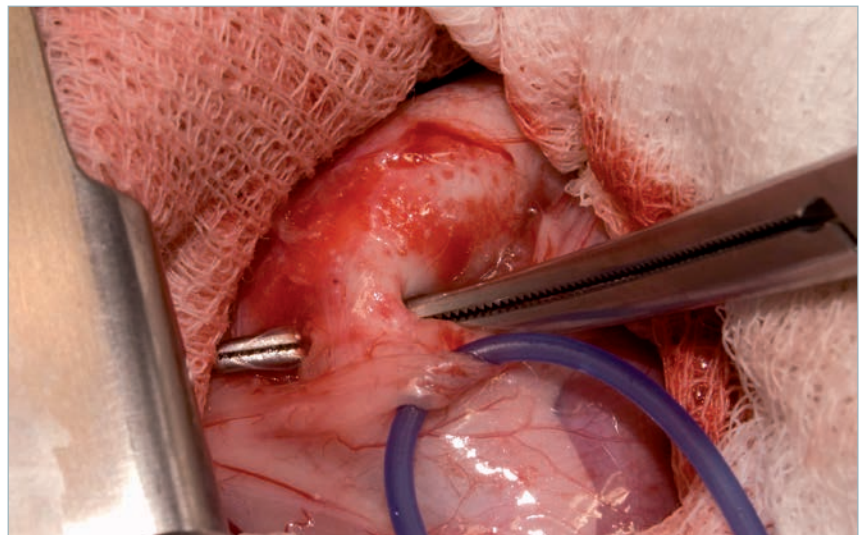


Fig. 8. Con precisión y lentitud se diseca la parte medial del CAP pasando la pinza de la parte caudal a la craneal. Hay que extremar la precaución en estas maniobras para no rasgar la pared de los vasos.

Las ligaduras deben estar individualizadas; no se deben cruzar por la parte medial del CAP.

Se debe ajustar con lentitud y precaución, pero con firmeza, la ligadura cercana a la aorta y, posteriormente, la próxima a la arteria pulmonar (fig. 9).

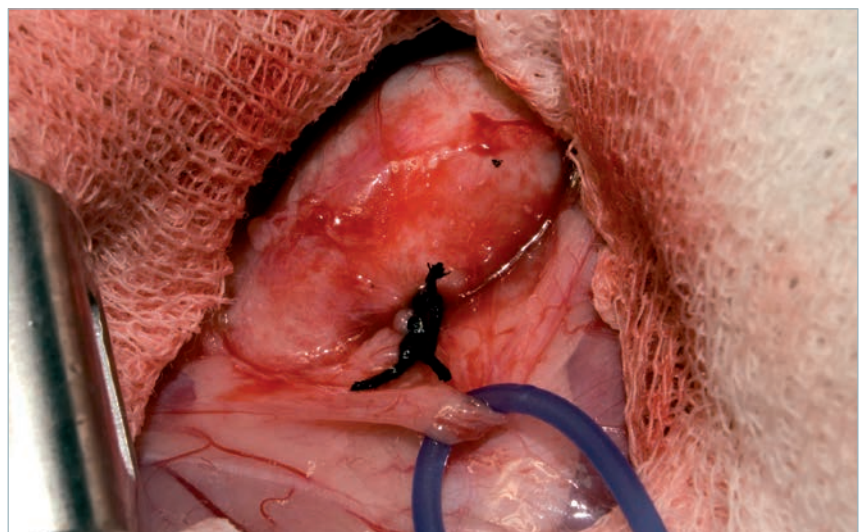


Fig. 9. Fin de la oclusión del CAP con dos ligaduras de seda número 0.

La fuerza editorial de Grupo Asís

La editorial Servet, perteneciente a Grupo Asís, se ha convertido en una de las editoriales de referencia en el sector veterinario a nivel mundial. Más de 15 años de experiencia en edición de contenidos veterinarios avalan su trabajo. Con una gran difusión nacional e internacional, las obras de su catálogo pueden encontrarse en multitud de países y ya han sido traducidas a más de ocho idiomas entre los que se encuentran el inglés, francés, portugués, alemán, italiano, turco, japonés y ruso.

Su sello de identidad es un gran equipo multidisciplinar compuesto por doctores, licenciados en veterinaria y bellas artes y diseñadores especializados y con un gran conocimiento del medio en el que desarrollan su labor. Cada título se somete a un trabajo técnico y exhaustivo de revisiones, verificaciones y análisis que permite crear obras con un diseño único y un excelente contenido.

Servet trabaja con los autores nacionales e internacionales más prestigiosos para incorporar a su catálogo los temas más demandados por el veterinario. Además de obras propias también elabora libros para empresas y entre sus clientes figuran las principales multinacionales del sector.



Servet (División de Grupo Asís Biomedica S.L.)
Centro Empresarial El Trovador, planta 8, oficina I
Plaza Antonio Beltrán Martínez, 1 • 50002 Zaragoza (España)
Tel.: +34 976 461 480 • Fax: +34 976 423 000 • www.grupoasis.com