

ENTERECTOMIA COM REMOÇÃO CIRÚRGICA DE CORPO ESTRANHO EM UM CÃO – RELATO DE CASO

TIAGO TRINDADE DIAS¹; SAMANTHA ALVES AZAMBUJA²; THAÍS COZZA DOS SANTOS³; JÉSSICA PAOLA SALAME⁴; GUSTAVO ANTONIO BOFF⁵; JOSAINÉ CRISTINA DA SILVA RAPPETI⁶

¹Universidade da Região da Campanha – tiagotdias@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – sasahalves@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – dassi.jessica@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – gustavo_boff@hotmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – thcs@live.com

⁶Universidade Federal de Pelotas – josainerappeti@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

Entende-se por corpo estranho todo e qualquer fragmento deglutido que não permite a digestão e que pode causar obstrução intraluminal parcial ou total (RADLINSKY, 2014). Pedras, ossos, brinquedos de plásticos, tecidos, objetos lineares, agulhas, moedas, gravetos, caroço de fruta e sacolas plásticas são os objetos relatados de obstrução com maior frequência na rotina veterinária (PAPAZOGLU et al, 2003).

O objeto se adere ou se estabiliza em algum local do trato gastrointestinal e é deslocado caudalmente efetuando atrito sobre o tecido por meio de ondas peristálticas, ocasionando pregueamento intestinal e algumas vezes intussuscepções (Willard, 2010).

O grau, a localização da obstrução, duração e comprometimento vascular causado pelo corpo estranho reflete diretamente nos sinais clínicos do paciente (VASCONCELOS, 2014). Nas obstruções completas, onde não há deslocamento do objeto pelo trato gastrointestinal, complicações como choque hipovolêmico ou peritonite séptica são bem prováveis. Perante essas condições a estabilização imediata e intervenção cirúrgica são inevitáveis (RADLINSKY, 2014).

Diante das informações coletadas pelo diagnóstico clínico e exames complementares o cirurgião deve optar pela técnica cirúrgica de acordo com a causa e o local da obstrução (VASCONCELOS, 2014).

O objetivo do presente trabalho é relatar a remoção cirúrgica de um corpo estranho através de uma enterectomia emergencial em um cão.

2. METODOLOGIA

Foi atendido no Hospital de Clínicas Veterinárias da Universidade Federal de Pelotas (HCV-UFPEL) um cão, fêmea, da raça Australian Cattle Dog, 6 anos de idade, pesando 21 kg, apresentando um quadro de êmese e inapetência. Foi realizado exame clínico, radiografia abdominal, hemograma completo e bioquímica sérica. Para estabilização do paciente, foi realizada administração de dipirona 25 mg/kg com hioscina 0,3 mg/kg e metadona 0,3 mg/kg e fluidoterapia com ringer lactato. Após breve avaliação do quadro o paciente foi encaminhado ao bloco cirúrgico. No pré-cirúrgico foi realizado a tricotomia da região abdominal e realizado o acesso venoso, na veia cefálica. O procedimento cirúrgico iniciou com incisão mediana da região do apêndice xifóide até a região caudal ao umbigo. Após o acesso da cavidade abdominal foi realizada a inspeção de todos os órgãos abdominais minuciosamente, em seguida foi localizada a porção intestinal em que se encontravam os corpos estranhos, identificando uma porção

de 10cm entre o duodeno e o jejuno, apresentando-se em estado de necrose, o que determinou a porção a ser ressecionada. Após o posicionamento das pinças de Doyen e ligadura dos vasos arcadial jejunal e arcada terminal do mesentério que irrigam a porção a ser ressecionada com nylon 3-0, assim realizando a enterectomia transversal completa da alça com excisão de um segmento de 10 cm, foi necessário a ampliação do lúmen na região anti-mesentérica da alça, pois havia disparidade de diâmetro, foi realizado anastomose das duas bordas com nylon 3-0 iniciando a sutura pela região mesentérica, logo após região anti-mesentérica e as regiões laterais, sucessivamente por todo o diâmetro intestinal com sutura isolada simples seguido do teste de extravasamento do local. Foi feito a aposição do mesentério com um padrão simples contínuo com nylon 3-0 e a omentalização do local da anastomose com o omento seguindo um padrão de sutura isolado simples com nylon 3-0. Logo após foi realizada lavagem copiosa da cavidade abdominal com solução fisiológica morna e estéril, celiorrafia com nylon 2-0, e sutura contínua simples, redução do subcuntâneo com nylon 3-0 e sutura contínua simples, dermorrafia com nylon 3-0 e sutura intradérmica. Foi recomendado ao proprietário que o paciente permanecesse internado no HCV para que o mesmo obtivesse observação intensiva durante os primeiros 5 dias, período este que é de suma importância devido a grande possibilidade da deiscência de pontos e assim, sendo feito reavaliações precoces nas primeiras semanas pós-operatório. O paciente foi monitorado a cada 4 horas, sendo realizado um exame físico com a verificação da temperatura retal, tempo de preenchimento capilar, pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória e coloração de mucosas. Instituiu-se jejum total por 24 horas, logo após pelo mesmo período dieta líquida (caldo), em seguida dieta pastosa em pouca quantidade de 4 em 4 horas com pouco fornecimento de água por 24 horas, e finalizando o protocolo com dieta pastosa em maior quantidade e água a vontade por 3 dias. O paciente foi medicado no pós-operatório com tramadol 50 mg/ml, dipirona 500 mg/ml, ceftriaxona 200 mg/ml e metronidazol 15 mg/kg. O cão recebeu alta sendo prescrito para o proprietário o fornecimento de alimentação mais leve e nutritiva. Em seu retorno para a retirada dos pontos foi liberado a transição para ração seca. O paciente obteve recuperação completa, voltando a defecar 4 dias após do procedimento cirúrgico e não demonstrou alterações significativas referentes ao procedimento cirúrgico.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente relato, o paciente acometido era um cão, fêmea, da raça Australian Cattle Dog, 6 anos de idade, pesando 21 kg, MUDADO et al., (2012) afirmam não haver pré-disposição racial ou de sexo, porém raças de pequeno porte são mais acometidas. Entretanto HEDLAND & FOSSUM (2008) afirmam que a maioria dos animais acometidos tem menos de quatro anos de idade. A suspeita de obstrução por corpo estranho veio através da apresentação clínica onde os sinais foram de dor a palpação, vômito e inapetência, FOSSUM (2015) relata sinais de vômito e anorexia nos períodos mais agudos e algumas vezes dor a palpação. A utilização do exame radiográfico, como exame complementar de diagnóstico, mostrou ser de suma importância para um diagnóstico preciso. WILLIAMS & NILES (2015) descrevem que para determinar a melhor localização da ressecção, deve-se avaliar cuidadosamente o intestino e a arcada jejunal constatando os locais de obstrução. As pinças intestinais foram colocadas para afastar a porção do intestino delgado a ser desprezado. O conteúdo intestinal foi separado dos locais propostos para transecção, e mantidos no local por pinças de

esmagamento SLATTER (2003). Foi feito a oclusão do lúmen intestinal utilizando pinças de Doyen e uma dupla ligadura dos vasos jejunais que conduzem às arcadas terminais do segmento a ser ressecado concordando com a técnica sugerida por WILLIAMS & NILES (2015), a ligadura dos vasos do mesentério que fazem a irrigação desta porção foi feita com nylon 3-0 discordando de WILLIAMS & NILES (2015), que indica a utilização de fio absorvível 4-0. Em seguida, de acordo com SLATTER (2003), foi realizado a enterectomia transversal completa, transeccionando a alça com um bisturi ao longo da pinça, excisionando um segmento de 10 cm entre o duodeno e o jejuno. Para a ampliação do lúmen da região anti-mesentérica da alça, preocupando-se com a disparidade angular, seguiu-se a técnica sugerida por SLATTER (2003), que recomenda a transeção do intestino com o lúmen menor em forma de espátula, para que seja criado um diâmetro luminal maior. Foi realizado anastomose das duas bordas com nylon 3-0 mostrando-se ser uma ótima escolha devido à recuperação do paciente, com sutura isolada simples concordando com FOSSUM (2015), que indica esse tipo de sutura para técnica descrita. Logo após foi realizado o teste de extravasamento do local, para inspecionar a anastomose certificando-se de que não há fugas entre suturas ou através de buracos de agulhas (FOSSUM 2015). Em seguida foi efetuada a lavagem copiosa da cavidade abdominal com solução fisiológica, celiorrafia com nylon 2-0, e sutura contínua simples, redução do espaço morto com nylon 3-0 e sutura contínua simples, dermorrafia com nylon 3-0 e sutura intradérmica. Os corpos estranhos encontrados eram pequenas pedras, um fragmento de osso e um corpo estranho desconhecido. No pós-operatório instituiu-se jejum total por 24 horas, logo após pelo mesmo período dieta líquida, em seguida dieta pastosa em pouca quantidade de 4 em 4 horas com pouco fornecimento de água por 24 horas, e finalizando o protocolo com dieta pastosa em maior quantidade e água a vontade por 3 dias conforme descrito por WILLIAMS & NILES (2015), esta dieta teve a finalidade de auxiliar na recuperação da cicatrização das partes do trato gastrointestinal, que foram submetidas ao procedimento cirúrgico, e também para evitar a deiscência de pontos. O paciente foi monitorado a cada 4 horas, sendo realizado um exame físico com a verificação da temperatura retal, tempo de preenchimento capilar, pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória e coloração de mucosas de acordo com o que foi descrito por WILLIAMS & NILES (2015). O animal foi medicado no pós-operatório com tramadol 50 mg/ml, dipirona 500 mg/ml, ceftriaxona 200 mg/ml e metronidazol 15 mg/kg. O paciente recebeu alta sendo prescrito para o mesmo o fornecimento de alimentação mais leve e nutritiva. Em seu retorno para a retirada dos pontos foi liberado a transição para ração seca.

4. CONCLUSÕES

Concluimos que o respectivo relato demonstra a importância da escolha correta da técnica cirúrgica a ser executada, onde foi de suma importância a ressecção do segmento intestinal inviável para que a funcionalidade digestiva voltasse à normalidade.

Pode-se observar também que a monitoração minuciosa no pós-operatório foi crucial para a recuperação do paciente, destacando o período de 3 a 5 dias pós cirúrgico, onde iniciou o fornecimento de uma alimentação mais sólida, existindo uma grande possibilidade da deiscência de pontos.

O diagnóstico preciso, a escolha pela técnica cirurgia e a monitoração minuciosa no pós-operatório foram de grande importância para a recuperação do paciente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RADLINSKY, M.G. Cirurgia do sistema digestório. In: FOSSUM, T. W. Cirurgia de Pequenos Animais. 4ª .ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014, 497-516 p.

PAPAZOGLU, L.G. et al. Intestinal Foreign Bodies in Dogs and Cats. 2003. Compendium, v. 25, n. 1, nov. 2003. Disponível em: . Acesso em: 17 de outubro de 2017.

WILLARD, M.D. Distúrbios do Sistema Digestório. In: NELSON, R.W.; COUTO, C.G. Medicina Interna de Pequenos Animais. 4ª ed., Rio de Janeiro, Elsevier, 2010, p. 351-484

VASCONCELOS, S. M. M. Obstrução mecânica do intestino delgado em cães: abordagem integral do diagnóstico até à cirurgia - estudo de casos. Vila Real, 2014. Disponível em: < <http://repositorio.utad.pt/handle/10348/5703>>. Acesso em: 1 out. 2017.

MUDADO, M.A. et al. Obstrução do trato digestório em animais de companhia, atendidos em um Hospital Veterinário no ano de 2010. Revista Ceres, Viçosa, v. 59, n.4, p. 434-445, julago, 2012. Disponível em: < <http://www.ceres.ufv.br/ojs/index.php/ceres/article/view/3872>>. Acesso em: 04 set. 2018.

FOSSUM T. W. Cirurgia de Pequenos Animais. ELSEVIER, 4ª ed. 2015. pg. 1451 – 1452.

WILLIAMS J. M.; NILES J. D. BSAVA Manual de Cirurgia Abdominal em Cães e Gatos, MedVet, 1ª Ed. São Paulo, Brasil, 2015. Pg. 126 – 127.

FOSSUM T. W. Cirurgia de Pequenos Animais. ELSEVIER, 4ª ed. 2015. pg. 1420 – 1423.