

INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO LINEAR EM FELINOS - RELATO DE CASO

CAROLINE DE MOURA MEDEIROS¹; CAMILA LOUZADA VALENTE²; RICARDO OLIVEIRA³; FABRICIO DE VARGAS ARIGONY BRAGA⁴

¹*Universidade Federal de Pelotas – caroline.medeiros@ufpel.edu.br*

²*Universidade Federal de Pelotas – camilia.louzada@hotmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas – r.oliveira.vet@hotmail.com*

⁴*Universidade Federal de Pelotas – bragafa@hotmail.com*

1. INTRODUÇÃO

Apesar de possuírem um hábito alimentar seletivo, os felinos, possuem a maior incidência de ingestão de corpo estranho linear, em razão do seu comportamento em brincar com novelos de lã e linhas em geral (CARLTON, 1998; NELSON & COUTO, 2002). Os corpos estranhos lineares (CEL) são geralmente pedaços de barbante, fios de tecido, linhas de costura ou fio dental (FOSSUM, 2005). O corpo estranho linear é considerado uma emergência cirúrgica (NELSON & COUTO, 2002). Em felinos, os CEL costumam prender-se sob a língua e as demais porções costumam percorrer pelo estômago, seguindo para o intestino, onde o organismo tentará expulsá-lo por meio de ondas peristálticas, causando o chamado pregueamento intestinal, evoluindo até para intussuscepções (WILLARD, 2010). O vômito é intermitente ocorrendo quando o objeto é forçado para o interior do antro pilórico (FOSSUM, 2005). A sintomatologia clínica é, em sua maioria, grave e pode progredir ao óbito. Os sinais clínicos mais comuns notados são anorexia, vômito, letargia, febre, dor abdominal, dispneia e inquietação. O diagnóstico é realizado por meio do histórico clínico do animal e avaliação física, radiografias simples ou contrastada e ecografia abdominal (BRIGHT, 1994; NELSON & COUTO, 2002) O presente trabalho, objetiva destacar a importância do atendimento adequado, da gravidade e consequências e preconizar a técnica cirúrgica frente a um caso.

2. METODOLOGIA

Foi encaminhado de outro profissional para atendimento em uma clínica veterinária particular localizada em Pelotas – RS, um felino, macho, sem raça definida, apresentando queixa principal de objeto linear preso em região ventral a base da língua. O animal apresentava inapetência e prostração. Foi encaminhado com laudo ultrassonográfico descrevendo espessamento de segmento intestinal, principalmente em camada muscular. Apresentava suspeita de corpo estranho linear em todo segmento do intestino delgado com significativas regiões de plissamento deste órgão. Foi relatado também pelo tutor, que o profissional anterior tentou realizar a retirada do objeto linear na base da língua puxando-o sem sucesso. Diante disso, foi informado ao tutor que o paciente necessitava de intervenção cirúrgica imediata. Preconizou-se a realização de exames hematológicos pré cirúrgicos como hemograma e bioquímico para realizar a abordagem cirúrgica. Após a preparação do paciente para cirurgia asséptica, o acesso à cavidade abdominal foi realizado por meio da celiotomia mediana préretromamilar. Na inspeção visual observou-se a forma de plicadura nas alças intestinais desde a porção antropilórica (vindo do esôfago) até o segmento final de intestino grosso. Foi realizada a oclusão do segmento intestinal com os dedos do auxiliar, a fim de evitar extravasamento de conteúdo intestinal e também o



isolamento do segmento intestinal afetado com uso de compressas cirúrgicas estéreis. Iniciou-se pela porção mais cranial do intestino, a fim de remover o fio que seguia oralmente em direção ao estômago e esôfago, pois o animal havia deglutiido a porção inicial encontrada na base da língua. Foram necessárias seis incisões de enterotomia em diversos pontos do segmento intestinal. A enterorrafia foi realizada com fio de sutura absorvível poliglactina 910 (vicryl®) 3-0, sutura com padrão simples isolado. Foi retirado em torno de 10 cm de jejuno, pois havia ruptura e áreas de necrose e realizado o teste de beliscamento das demais porções para verificar a viabilidade e habilidade de contração do mesmo. A enteroanastomose dessa porção foi iniciada pela porção mesentérica com o fio de sutura poliglactina 910 (vicryl®) 3-0, com padrão de sutura simples isolado e o teste de extravasamento foi realizado com o uso de seringa, agulha e solução fisiológica estéril, a fim de verificar pontos de extravasamento de conteúdo. Logo em seguida realizada a omentalização com intuito de reduzir possíveis aderências a essa região. A cavidade abdominal foi copiosamente irrigada com solução fisiológica estéril aquecida (36°C). A miorrafia e redução do espaço morto, foram feitas com padrão de sutura simples contínua. Na dermorrafia optou-se pelo padrão de sutura de aproximação das bordas, com a sutura colchoeiro contínuo. Após o procedimento cirúrgico, o paciente foi encaminhado para internamento por 24 horas, depois realizada a alta com terapêutica farmacológica de analgesia, antibioticoterapia e antinflamatória, com orientação de limpeza dos pontos e uso de roupa cirúrgica. Foi orientado que o paciente ingerisse nas primeiras 48 horas apenas caldos a cada 4 horas e, ingestão de água em pequenas porções. Após este período deveria ser alimentado com alimentos pastosos, durante 5 dias e, então, somente após esse período foi liberada a ingestão de alimentos secos. O segmento intestinal retirado foi encaminhado para exame histopatológico. No laudo foi descrita a proliferação infiltrativa de células fusiformes pleomórficas, presença de células neoplásicas que infiltravam a mucosa, submucosa e as camadas musculares da parede intestinal chegando junto a serosa sem ultrapassá-la. Havia extensa úlcera na camada mucosa com necrose e moderada hemorragia. Foi orientado quanto a retirada de pontos entre 7 e 10 dias. No retorno o paciente encontrava-se ativo e responsável, sem complicações.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Achados de corpos estranhos em trato gastrointestinal são mais comuns em cães do que em gatos (RODRIGUES et al., 2016). Contudo, os gatos possuem o hábito de brincarem com barbantes e fios. Este comportamento pode levar a ingestão accidental destes materiais, levando a uma possível complicações como uma obstrução intestinal ou até mesmo rupturas.

O diagnóstico da presença do corpo estranho linear foi confirmado por meio da visualização do mesmo na base da língua do animal, concordando com Hayes (2009) que ressaltou que a visualização no exame físico só é possível em apenas 3% dos casos, podendo considerar este achado raro. Neste caso, mesmo que o paciente tenha deglutiido o fio, o fato de ter ocorrido uma tração em uma tentativa de retirada anterior, pode ter auxiliado no aumento das áreas de plissamento intestinal devido ao seu movimento fisiológico de peristaltismo.

Para Ellisson (2008), geralmente exigem-se múltiplas enterotomias para remoção completa do corpo estranho, quando o fio se encontra sepultado na mucosa. No presente relato, foram realizadas seis enterotomias devido à área de plissamento intestinal e dificuldade em progredir com a retirada do mesmo devido às áreas de aderência intestinal. Por conta disso, sobretudo pela incerteza acerca da vitalidade tissular, optou-se pela enterectomia de um segmento intestinal. O



procedimento de enterectomia, indicado na literatura, foi adequado para esse caso devido ao diagnóstico tardio, demonstrando a necessidade de uma precocidade no diagnóstico diante desses casos.

A síntese do intestino é efetuada com uma força aposicional delicada na direção longitudinal ou transversa, empregando pontos simples interrompidos, assim como foi empregado nas enterorrafias(HEDLUND, 2008).

A fixação do omento, ao redor da linha de sutura da parede intestinal, foi preconizada para melhores resultados na cicatrização intestinal, pois, segundo a literatura, podem ocorrer pequenos vazamentos anastomóticos posteriores ao procedimento que poderiam resultar em peritonite (ELLISON, 2008).

A dermorrafia foi realizada com sutura contínua de colchoeiro, devido ao tempo cirúrgico já estar elevado devido à dificuldade de remoção dos CEL. A conduta pós-operatória adotada seguiu a literatura de Fossum (2009), que preconiza em casos de cirurgias gástricas e entéricas monitorar o estado hídrico do paciente, manter a hidratação com fluidos intravenosos no pós-operatório e oferecer dieta leve 12 a 24h após a cirurgia.

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que o diagnóstico precoce e correto e uso da técnica cirúrgica adequada é de relevância frente a evolução positiva do paciente e de sua recuperação. A ingestão de CEL é considerada emergência cirúrgica.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERNARDO, R. F. B; Varallo, G. R; Silveira, R. N. da. **Conduta diagnóstica e terapêutica para corpo estranho linear em gato: Relato de caso.** Pubvet, (2023)

BRIGHT, R.M.; BAUER, M.S. **Surgery of the Digestive System.** In: SHERDING, R.G. The Cat Diseases and Clinical Management. W.B. 2 ed. Saunders Company, 1994. 1375-1377 p.

CARLTON, W.W.; MCGAVIN, M. D. **Patologia veterinária especial de Thomson.** Porto Alegre: Artmed, 1998. 672. p.

ELLISSON, G. W. Intestinos. In: BOJRAB, M. J. **Técnicas atuais em cirurgia de pequenos animais.** São Paulo: Roca, 1996. Cap. 15, 238- 240 p.

FOSSUM. T. W. **Corpos Estranhos Gástricos.** In: FOSSUM, T. W. **Cirurgia de Pequenos Animais,** São Paulo: Roca, 2005. Cap. 21, 351-354 p.

HAYES, G. Gastrointestinal foreign bodies in dogs and cats: a retrospective study of 208 cases. **Journal of Small Animal Practice.** v.50, p. 576–583, 2009.

HEDLUND, C.S.; FOSSUM, T.W. Cirurgia do Sistema Digestório. In: FOSSUM, T.W. **Cirurgia de Pequenos Animais.** 3 ed, Rio de Janeiro: **Elvesier**, 2008, 339-530 p.

NELSON, R.W.; COUTO, C.G. **Medicina Interna de Pequenos Animais.** 2 ed.



Guanabara: Koogan, 2002. 360- 361, p.

RODRIGUES, D. S. A. Soares, L. L; S, Rodrigues, R. P. S. Santos, M. M., Barros, D. A. Barbosa, Y. G. S., & Rodrigues, M. C. **Esofagotomia torácica para remoção de corpo estranho associado a megaesôfago em cão.** PUBVET, 2016. 615–618, p.

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