

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL EM CANINO - RELATO DE CASO

**VINÍCIUS MACHADO DOS SANTOS¹; LAURA APARECIDA MARTINS DE
MORAES²; LUÃ BORGES IEPSEN³; MICHAELA MARQUES ROCHA⁴; DANIELE
WEBER FERNANDES⁵; EDUARDO SANTIAGO VENTURA DE AGUIAR⁶**

¹*Universidade Federal de Pelotas – vinicius71099@gmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas - laura_m_moraes@outlook.com*

³*Universidade Federal de Pelotas - iepsen_lua@hotmail.com*

⁴*Universidade Federal de Pelotas - michaelamr.vet@gmail.com*

⁵*Universidade Federal de Pelotas - danielewfernandes@gmail.com*

⁶*Universidade Federal de Pelotas – Venturavet2@yahoo.com.br*

1. INTRODUÇÃO

A Intussuscepção é caracterizada pela projeção telescópica de um segmento intestinal (intussuscepto) no segmento adjacente (intussuscipiente), sendo a ileocólica a de maior frequência (COUTO, 2015). A fisiopatologia da intussuscepção ainda não está clara; sugere-se estar relacionada a qualquer distúrbio que altere a motilidade intestinal (FOSSUM & HEDLUND, 2008; OLIVEIRA-BARROS & MATERA, 2009). Inicialmente, a invaginação causa uma obstrução intestinal parcial, podendo progredir para uma obstrução completa (FOSSUM & HEDLUND, 2008), isquemia, necrose e ruptura intestinal (OLIVEIRA-BARROS & MATERA, 2009).

A maioria das intussuscepções ocorrem em cães jovens, com menos de um ano, independente do sexo, com grande predominância em raças grandes (BRIZOLA VIEIRA, 2022). Em animais jovens deve-se suspeitar de parasitismo ou enterite como causa principal (FOSSUM & HEDLUND 2008), já em animais idosos, está frequentemente associado com processos neoplásicos (BROWN, 2007). Dentre os fatores predisponentes ressaltam-se alterações de dieta, massas gastrintestinais, gastrenterites/enterites infecciosas ou não, parasitismo intestinal e cirurgias prévias, corpos estranhos lineares, além da forma idiopática, frequente em cães (BROWN, 2007; OLIVEIRA-BARROS & MATERA, 2009).

Os sinais clínicos variam com o nível de obstrução, pode estar presente diarreia sanguinolenta (BROWN, 2007), alterações inespecíficas como letargia, perda de peso, sensibilidade e distensão abdominal, isquemia e infarto da porção acometida, além de peritonite focal ou difusa (OLIVEIRA-BARROS & MATERA, 2009). Em todos os casos acontece a desvitalização tecidual do intestino, causando peritonite séptica (BRIZOLA VIEIRA, 2022).

A intussuscepção pode ser diagnosticada através da palpação abdominal, localizando e delimitando a estrutura (OLIVEIRA-BARROS & MATERA, 2009). Entretanto, o método considerado o padrão ouro para o diagnóstico definitivo é a ultrassonografia (BRIZOLA VIEIRA, 2022).

O tratamento é cirúrgico, no qual podem ser realizadas técnicas de redução manual, ressecção da porção acometida associada à enteroanastomose, seguida da enteroplicação. A escolha da técnica depende da viabilidade e do grau de lesão intestinal (OLIVEIRA-BARROS & MATERA, 2009).

Nesse contexto, descreve-se o caso de um paciente diagnosticado com intussuscepção, descrevendo o procedimento cirúrgico e a relação das condutas utilizadas com as descritas pela literatura.

2. METODOLOGIA

Foi admitido no Hospital de Clínicas Veterinárias (HCV) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) um cão, macho, aproximadamente 3 meses, intelectual, vacinado, SRD, 5,8kg. Durante a anamnese, o tutor relatou que o paciente apresentava apatia e hiporexia por dois dias, anorexia há 24h, diarreia e vômito. Apresentava normúria, e diminuição na ingestão hídrica. Durante o exame clínico foi observado o estado de estupor, e icterícia (Figura 1).

Os demais parâmetros apresentavam-se dentro da normalidade. Apresentava dor à palpação abdominal. Com base no exame clínico, foram solicitados hemograma, bioquímicos e ultrassonografia. Exames revelaram azotemia (uréia: 388mg/dL; creatinina: 5,43mg/dL; soro extremamente ictérico, intensa leucocitose (58.100/uL) e trombocitopenia (32 mil/uL)

Figura 1: Mucosa oral do paciente durante o exame clínico, evidenciando intensa icterícia.



Fonte: HCV-UFPEL

O teste para parvovirose e para hemoparasitas resultou negativo. O paciente foi submetido à ultrassonografia, na qual foi sugerida a presença de intussuscepção em região jejunal, sendo indicada a laparotomia de emergência.

O paciente foi induzido com cetamina (3mg/kg IV), acompanhada de midazolam (0,2mg/kg IV), sendo intubado e com manutenção anestésica de isoflurano vaporizado em oxigênio. Após tricotomia ampla e antisepsia, houve o posicionamento e fixação dos campos operatórios com Backhaus e sutura de Sultan com poliamida 3-0. Incisão pré-retroumbilical com bisturi armado com lâmina no. 21, até proximidades da linha alba. Elevação das fáscias abdominais com Allis, incisão em estocada com bisturi, prolongada com Mayo. A inspeção do abdômen revelou intussuscepção de 30cm de comprimento, em região de jejunoo-íleo (Figura 2), que respondeu à ordenha manual. Um segmento de 30cm do intestino delgado mostrava-se desvitalizado, necessitando ressecção. Houve a ligadura dos vasos jejunais da porção acometida com poliamida 3-0 e a secção dos vasos e isolamento das alças comprometidas com campos operatórios e compressas, seguido da secção do intestino com bisturi e anastomose com pontos isolados simples em poliamida 4-0. A cavidade foi irrigada com salina aquecida (1500ml) e drenada com aspiração cirúrgica. Troca de luvas e instrumentais. Omentalização com poliamida 4-0 utilizando pontos isolados simples. Laparorrafia com poliamida 2-0 com sutura contínua simples, finalizando com dermorrafia com poliamida 3-0 e sutura intradérmica.

Durante o transoperatório o paciente apresentava alta instabilidade hemodinâmica. Próximo ao fim do procedimento, ocorreu uma queda rápida da pressão arterial, seguida de parada cardiorrespiratória, indo a óbito.

Figura 2: Porção do intestino ressecionada durante o transoperatório



Fonte: HCV-UFPEL

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ainda que a literatura cite que a região de maior ocorrência de intussuscepção seja a ileocólica (COUTO, 2015), o paciente apresentava na porção jejuno-ileal, identificada pela proximidade com o final do íleo. A literatura também cita que existe uma maior ocorrência da alteração em pacientes de grande porte (BRIZOLA VIEIRA, 2022), entretanto, o paciente era um animal de pequeno porte, isso se baseia pelo seu peso em relação à sua idade.

Em uma pesquisa de LEVITT & BAUER (1992) de 27 cães que possuíram intussuscepção, de 75% a 85% deles apresentaram vômitos, depressão ou diarreia. O paciente em questão apresentava os mesmos sinais clínicos, além de estar em uma evolução da fase de hiporexia para anorexia. Apresentava, também, icterícia que, de acordo com Cullen & Brown (2013), ocorre devido à alta concentração de bilirrubina sanguínea, caracterizada de hiperbilirrubinemia, que pode ser causada por hemólise. A eliminação da bilirrubina se dá através das fezes, o que não ocorreu no paciente, dada sua obstrução intestinal, explicado a icterícia. A trombocitopenia se explica pelo grave processo inflamatório que acometia o paciente em virtude da intussuscepção.

Ainda, LEVITT & BAUER (1992) destacam diversos estudos acerca da incidência da intussuscepção. Em um deles, 19 de 26 casos de intussuscepção canina apresentaram a doença com menos de 6 meses de vida, mesma faixa etária do paciente ora relatado.

O exame ultrassonográfico se mostrou fundamental no diagnóstico definitivo de intussuscepção, (BRIZOLA VIEIRA, 2022), tornando ágil o envio do paciente ao bloco cirúrgico. Segundo Fossum & Hedlund (2008) e Oliveira-Barros e Matera (2009), a técnica operatória ideal consiste na redução manual da intussuscepção, aplicando uma leve tração sobre a base do intussuscepto enquanto retira o ápice para fora do intussuscipiente, sendo bem sucedida se não houver aderências. Dada a evolução de 48h e intensa desvitalização de grande segmento intestinal para o porte do paciente, a ressecção removeu 30cm de alça intestinal, tornando o prognóstico desfavorável.

A técnica cirúrgica foi eleita segundo a literatura, sendo realizada a ressecção devido à desvitalização da porção acometida, entretanto, devido à diminuição rápida da pressão sanguínea do paciente durante o transoperatório, não foi realizado a técnica de enteropregueamento da porção intestinal.

Ainda, o óbito do paciente é uma possibilidade prevista na literatura (LEVITT & BAUER, 1992), devido seu estado debilitado dada a grande área acometida por necrose de seu intestino.

4. CONCLUSÕES

Os sinais clínicos de vômitos, depressão, anorexia, diarreia e dor abdominal são de elevada importância, quanto mais em pacientes pediátricos, faixa etária na qual a intussuscepção é mais frequente. O diagnóstico precoce da doença é relevante, tendo em vista o rápido curso da doença, debilitando o paciente de tal forma que dificulta sua recuperação, apesar das terapias clínica e cirúrgicas empregadas. Ressalta-se a importância na orientação aos tutores para a busca por auxílio veterinário nos primeiros sinais de hiporexia/anorexia, a fim de obter melhor prognóstico.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COUTO, C. Guillermo; NELSON, Richard W. **Medicina interna de pequenos animais**. 5. ed. [S.L]: Elsevier, 2015.
- BROWN, D.C. Intestino Delgado. In: SLATTER, D. **Manual de cirurgia de pequenos animais**. Barueri, SP: Manole, 2007. vol 1, 3 ed. Cap.41, p.658-660.
- BRIZOLA VIEIRA, M.H. **Intussuscepção Intestinal em Cães**. 2022. 28f. Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina Veterinária – Universidade Anhanguera, Londrina, 2022.
- OLIVEIRA-BARROS, L. M. de.; MATERA, J. M. Intussuscepção em cães: revisão de literatura . **Rev. Acad., Ciênc. Agrár. Ambient.**, Curitiba, v. 7, n. 3, p. 265-272, 2009.
- FOSSUM, T.W; HEDLUND, C.S. Cirurgia do sistema digestório. In: FOSSUM, T.W. **Cirurgia de pequenos animais**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 3 ed. Cap.19, p.470-474.
- LEVITT, L.; BAUER, M.S. Intussusception in dogs and cats: A review of 36 cases. **Can Vet J**. 1992 v33(10): 660-664.
- CULLEN, J.M; BROWN, D.L. Sistema Hepatobiliar e Pâncreas Exócrino. In: ZACHARY, J.F; MCGAVIN, M.D. **Bases da patologia veterinária**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 5 ed. Cap.8, p.415.