

Gastrotomia em cão para remoção de corpo estranho em esôfago caudal. Relato de Caso

Gastrotomy in dog for removal of foreign body in caudal esophagus. Case report

Karen Denise da Silva Macambira^{1*}, Francisco Antônio Félix Xavier Júnior¹, João Alison de Moraes Silveira^{2*}, Glayciane Bezerra de Moraes³, Yanna Deysi Bandeira Passos⁴, Lúcio Flávio Marinho Bouty⁴, Janaina Serra Azul Monteiro Evangelista¹

¹Faculdade de Veterinária, UECE, Fortaleza, CE.

²Departamento de Fisiologia e Farmacologia, UFC, Fortaleza, CE.

³Programa de Pós-graduação em Ciências Veterinárias, UECE, Fortaleza, CE.

⁴Médico Veterinário da Unidade Hospitalar Veterinária, UECE, Fortaleza, CE.

*Autores para correspondência: karenmacambira@veterinaria.med.br / silveira.jam@gmail.com

Resumo: Corpos estranhos são objetos digeríveis ou não e que podem causar obstrução esofágica. Uma vez localizado, o clínico deve decidir entre observar sua passagem ou realizar a remoção, sendo a intervenção imediata a mais recomendada. Com isso, objetivou-se relatar um caso de corpo estranho no esôfago caudal de um canino, fêmea, 8 anos, apresentando histórico de regurgitação e hiporexia. Com base na anamnese e nos achados do exame físico, foram realizadas radiografias nas posições látero-lateral e ventro-dorsal, que evidenciou presença de imagem radiopaca (osso), confirmando a presença de corpo estranho esofágico. Além disso, foi solicitado ultrassonografia e exames de bioquímica sérica, todos sem alterações. Como conduta, foi realizada gastrotomia para a remoção do osso e desobstrução.

Palavras-chave: cárdia, obstrução esofágica, radiografia.

Abstract: Foreign bodies are digestible or not objects that can cause esophageal obstruction. Once located, the clinician must decide whether to observe its passage or perform the removal, being immediate intervention the most recommended. With that, we aimed to report a case of foreign body in the caudal esophagus of a canine, female, 8 years, with history of regurgitation and hyporexia. Based on anamnesis and physical examination findings, radiographs were performed in the laterolateral and ventrodorsal incidences, which showed the presence of radiopaque image (bone), confirming the presence of esophageal foreign body. In addition, ultrasound was requested and tests of serum biochemistry, all with no changes. As conduct, gastrostomy was performed to remove the bone and desobstruction.

Keywords: cardia, esophageal obstruction, radiography.

*Autores para correspondência: *karenmacambira@veterinaria.med.br / silveira.jam@gmail.com

Recebido em 2.2.2016. Aceito 10.6.2016

<http://dx.doi.org/10.5935/1981-2965.20160026>

Introdução

Corpo estranho (CE) é qualquer objeto ingerido pelo animal e que não pode ser digerida, como pedras e plásticos ou que são digeridas muito lentamente (ossos) e que podem causar obstrução do lúmen esofágico em graus variáveis (FOSSUM, 2008). São mais comuns em animais jovens (Parra et al., 2012), mas, na presença de sinais compatíveis, a afecção deve ser considerada em qualquer idade (BARCELLOS et al., 2012). Uma vez localizado um CE, o clínico deve decidir entre observar sua passagem ou realizar a remoção. Alguns fatores que influenciam na decisão são: tipo de CE, localização anatômica, aparência clínica do animal (BARCELLOS, 2012).

Começo agudo de disfagia ou regurgitação é o sinal inicial mais comum. Outros sinais podem incluir náuseas, salivação excessiva, vômitos, inapetência, inquietação, depressão, desidratação e angústia respiratória. Os sinais variam de acordo com a duração, localização e do tipo de obstrução. Os animais com obstrução aguda geralmente mostram salivação excessiva e ânsia ou regurgitação logo após comerem. A perda de peso e emagrecimento são mais vistos em processos crônicos (FOSSUM, 2008).

Quando se desconfia da possibilidade de haver um CE, deve-se iniciar os exames complementares por radiografia simples (VENTER et al., 2005). Uma vez localizado um CE, o clínico deve decidir entre observar sua passagem ou realizar a remoção. Corpo estranho esofágico (CEE) pode ser tratado pelos métodos conservativo, endoscópico e cirúrgico e alguns fatores que influenciam na

decisão são: tipo de CE, localização anatômica, aparência clínica do animal. (BARCELLOS, 2012).

Objetivou-se com este trabalho, relatar um caso de corpo estranho no esôfago caudal obstruindo a entrada da cárdia.

Relato do caso

Um animal da espécie canina, fêmea, sem raça definida, 9 kg de massa corporal com 8 anos de idade foi atendido na Unidade Hospitalar Veterinária de Pequenos Animais da Universidade Estadual do Ceará (UHV-UECE). A proprietária relatou que a cadela havia engolido um osso caído acidentalmente no chão há 2 dias.

Desde então, apresentava hiporexia e regurgitação. Negou a existência de doenças anteriores. O animal alimentava-se basicamente de ração, morava em casa e não possuía acesso à rua. Ao exame físico o animal apresentava estado geral alerta, com temperatura de 38,5 °C (normal) e levemente desidratado (6%). As mucosas estavam normocoradas. Frequência cardíaca de 120 batimentos por minuto e frequência respiratória de 10 movimentos por minuto.

Foram solicitados exames séricos de creatinina e alanina aminotransferase (ALT), hemograma completo, ultrassonografia abdominal e radiografia toraco-abdominal nas incidências látero-lateral, ventro-dorsal. No hemograma foi evidenciado aumento nos valores de hematócrito (62%. Referência: 37,0 a 55,0%), hemoglobina (21,7 g/dL. Referência: 12,0 a 18,0%), Hemoglobina

Cospuscular Média (26,8%. Hemoglobina Cospuscular Média (34,9%. Referência: 31,0 a 34,0%) e nas proteínas totais (9,0 g/dL. Referência: 5,8 a 7,9 g/dL).

Os valores dos exames de bioquímica sérica se encontraram dentro dos parâmetros de normalidade: creatinina – 0,5 mg/dL (Referência: 0,5 a 1,5 mg/dL); ALT – 36 U/L (Referência: 10 a 88 U/L). Na ultrassonografia todos os órgãos apresentaram textura, ecogenicidade e tamanho normal. No exame

Referência: 19,0 a 23,0%), concentração de radiográfico, entretanto, foi visualizada imagem de radiopacidade mineral e limites definidos localizadas em topografia de esôfago caudal (na entrada da cárdia), medindo em torno de 2,61 cm x 4,28 cm de diâmetro, compatível com CEE (Figuras 1a/b).

O diagnóstico definitivo foi estabelecido em CEE, obstruindo a cárdia, e indicada a realização da gastrotomia para retirada do mesmo.

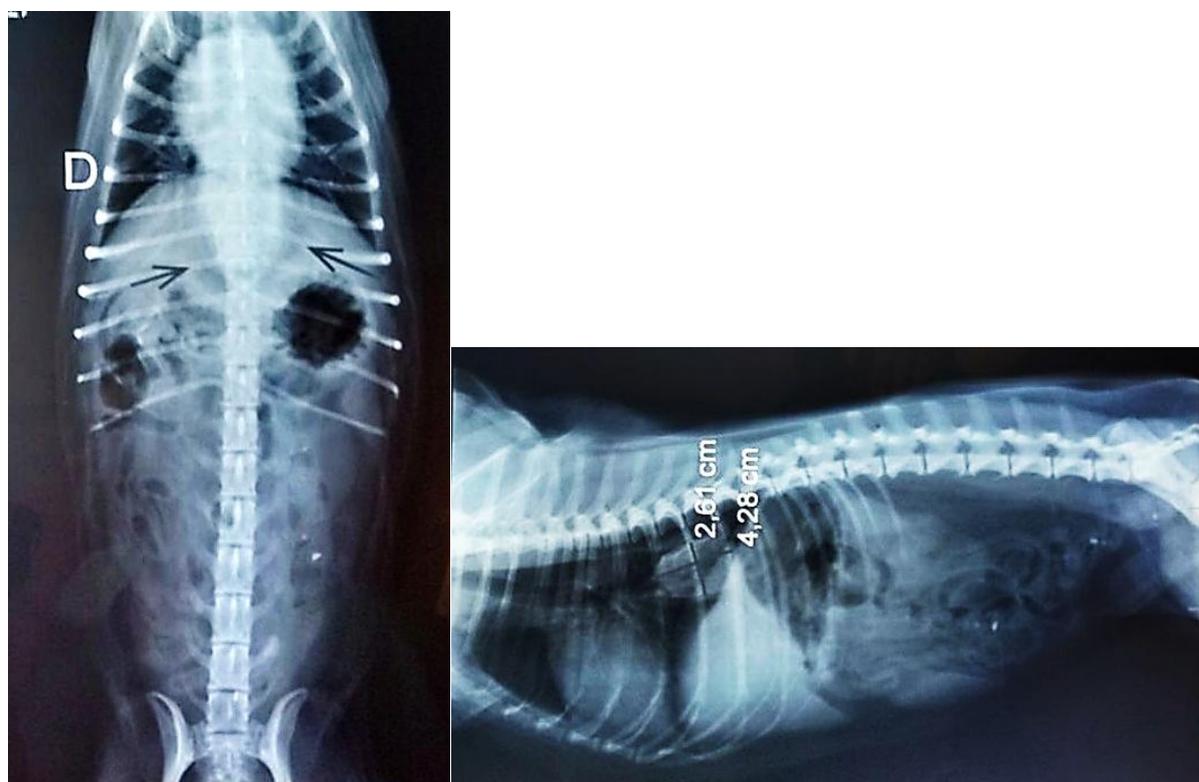


Figura 1. Radiografias em incidência ventro-dorsal (esquerda) e látero-lateral (direita), evidenciando a presença de corpo estranho no esôfago caudal, obstruindo o cárdia.

Foi administrada ao animal a medicação pré-anestésica (MPA) utilizando tramadol (4 mg/kg) e midazolam (0,3 mg/kg), ambos pela via intramuscular. Para indução anestésica foi utilizado propofol (0,5 mg/kg/min) e cetamina (0,5 mg/kg/min) em bomba de infusão. Após a intubação

endotraqueal com sonda número 6, a anestesia foi mantida com Isoflurano 2% em Oxigênio a 100% pela via inalatória utilizando o sistema de circuito semi-fechado e respiração espontânea.

De forma complementar e para resgate analgésico do paciente durante o

período trans-operatório, foi administrado Fentanil (5 mg/kg).

Para realizar a gastrotomia, o animal foi posicionado em decúbito dorsal, realizando-se incisão pré-umbilical mediana, a

partir do apêndice xifóide até a cicatriz umbilical. O estômago foi imobilizado, efetuando-se, junto à região compreendida entre a curvatura maior e menor, a gastrotomia segundo técnica cirúrgica habitual (Figura 2).



Figura 2. Abertura do lúmen gástrico para a retirada do corpo estranho.

Após a retirada do CE (Figura 3), o estômago foi ocluído em dois planos de sutura, num padrão seromuscular invertido. Para o primeiro realizou-se padrão Reverdin e para o segundo plano, o chamado padrão Cushing, com emprego de Vicryl® 2-0.

No pós-operatório imediato, ainda no centro cirúrgico, foi aplicado Ceftriaxona (50 mg/kg), Metronidazol (15 mg/kg), Dipirona (25 mg/kg) e Meloxicam (0,1 mg/kg) por via intravenosa. Para o tratamento domiciliar foi prescrito enrofloxacino (45 mg – 1 cápsula a cada 12 horas durante 15 dias), metronidazol

(180 mg – 1 cápsula a cada 12 horas durante 10 dias), ranitidina (18mg – 1 cápsula a cada 12 horas durante 15 dias), dipirona sódica (180 mg – 1 cápsula a cada 8 horas durante 5 dias) e tramadol (12 mg – 1 comprimido a cada 8 horas durante 5 dias).

Além disso, foi recomendado 24 horas de jejum alimentar e hídrico absoluto, seguida de 2 dias de alimentação líquida, 3 dias de pastosa e depois retornar à alimentação sólida.

A proprietária retornou 14 dias após para a retirada de pontos e o ferimento cirúrgico apresentava boa cicatrização e foi realizada a retirada dos pontos.



Figura 3. Corpo estranho após retirada cirúrgica em comparação à pinça hemostática Crile reta de 16cm.

Discussão

Casos de CE são relativamente comuns na rotina clínica, principalmente com aqueles animais que possuem alimentação indiscriminada (Nath et al., 2015), sendo mais comuns em animais jovens (BOAG et al, 2005; Fossum, 2008) e em raças Terriers (HAYES, 2009; JUVET et al., 2010). Contudo, na presença de sinais compatíveis, a afecção deve ser considerada em qualquer idade, como neste caso, que a paciente era sem raça definida e já possuía idade um pouco avançada.

Obstruções esofágicas são causadas principalmente por ossos e fragmentos de ossos (Gianella, Pfammater e Burgener, 2009; Thompson et al., 2012) e estudos revelam

frequência de 47 a 100% dos casos (JUVET et al, 2010) de obstrução. Os locais mais acometidos compreendem áreas onde o esôfago apresenta estreitamento fisiológico, que corresponde na faringe, entrada torácica, base do coração e esôfago caudal (GIANELLA, PFAMMATER e BURGNER, 2009; JUVET et al 2010). Neste caso a região acometida foi na entrada da cárdia (esôfago caudal) por um pedaço de osso.

O diagnóstico baseia-se no histórico, exame físico e exames de imagem (BOAG et al., 2005). O animal do estudo apresentava regurgitação a cerca de dois dias, considerado o principal sinal clínico em casos de obstrução por CE (Patil et al., 2010), além de hiporexia,

que coincide com achados na literatura (MUDADO et al., 2012). No exame físico a maioria dos animais apresenta-se normais, ou levemente deprimidos e desidratados (Fossum, 2008), ambos corroborando com o caso em questão.

Nos exames de imagem, a radiografia é altamente sugestiva da presença de CE radiopacos (Gianella, Pfammater e Burgener, 2009; Venter et al., 2005), e no caso em questão foi valioso na visualização e localização do objeto, evidenciado no esôfago caudal, obstruindo a entrada da cárdia. Outros exames que podem ser realizados incluem o exame radiográfico contrastado, que confirma o diagnóstico e avalia se há ocorrência de lesão esofágica (Thompson et al., 2012) e ultrassonografia abdominal, que proporciona diagnóstico precoce de CE ou obstrução na região gástrica e duodenal (SOUZA et al., 2012). A tomografia computadorizada e ressonância magnética também representa importante ferramenta diagnóstica, porém são métodos caros e pouco disponíveis (VENTER et al., 2005).

O aumento em quase todos os parâmetros do eritrograma juntamente com a contagem de proteínas totais, foi condizente ao grau de desidratação do animal na hora da realização do exame. Outras alterações possíveis são no hemograma são: anemia arregenerativa, anemia microcítica e leucocitose por neutrofilia, principalmente (MUDADO et al., 2012). Foi instituído para o animal fluidoterapia no dia do primeiro atendimento, o que acarretou na

normohidratação do animal no dia da cirurgia. Recomenda-se o uso da solução de Ringer com Lactato, pois este ajuda na correção dos desequilíbrios ácido-base que podem ocorrer devido aos vômitos (BOAG et al., 2005; PATIL et al., 2010).

Como a localização do CE era na entrada da cárdia, foi recomendado a gastrotomia para a remoção. Esta técnica é a mais indicada e segura para remoção de CE no estômago e possui prognóstico favorável (BRENTANO, 2010; NATH et al., 2015). A remoção do CE pode ser realizada também por endoscopia, que mostra ser um procedimento bem sucedido, com baixas taxas de complicação (GIANELLA, PFAMMATER e BURGNER, 2009). As cirurgias que necessitam fazer intervenção pelo esôfago são mais delicadas principalmente pelo fato da demora na cicatrização. O esôfago não possui camada serosa e isso colabora com a demora na deposição de fibrina no processo cicatricial (THOMPSON et al., 2012). Algumas das complicações que podem ocorrer nesses casos, dependendo da localização do CEE, são esofagites, estenose, perfuração esofágica, pneumomediastino, pneumotórax e pneumoperitônio (JUVET et al., 2010).

Para o pós operatório foi recomendado tratamento seguindo a literatura, baseado na prescrição de analgésico, antibiótico e anti-inflamatório (THOMPSON et al., 2012). O jejum é recomendado para reduzir a secreção gástrica e conseqüentemente, os danos no esôfago (THOMPSON et al., 2012). Adicionalmente, este foi prescrito num período

de 24h, seguido de alimentação gradual, primeiro alimentação líquida, pastosa e depois de 5 dias recomendado a alimentação sólida.

Conclusão

A sintomatologia clínica e tratamento de corpos estranhos variam conforme o material, tamanho e forma objeto ingerido e localização do mesmo no trato gastrointestinal do animal. Apesar da ingestão de corpos estranhos ser uma ocorrência comum na clínica veterinária, o trabalho em questão apresenta um relato de caso de CE em região incomum, ocasionando obstrução na cárdia, pouco relatado na literatura. Os resultados do trabalho sugerem uma maior investigação acerca da fisiopatogenia e as consequências para o organismo animal desta patologia; para melhor detecção e acompanhamento a fim de possibilitar um tratamento mais incisivo, seja conservativo e/ou cirúrgico, e consequentemente obter um melhor prognóstico e sobrevida do animal.

REFERÊNCIAS

1. BARCELLOS, R.R. Corpos estranhos esofágicos em cães. Porto Alegre, 2012. 46f. Monografia (Graduação em Medicina Veterinária) – Faculdade de Veterinária, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2012.
2. BOAG, A.K. et al. Acid-base and electrolyte abnormalities in dogs with gastrointestinal foreign bodies. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, v. 19, 816-821, 2005.
3. BRENTANO, L.M. Cirurgias gástricas em cães. Porto Alegre, 2010. 40f. Monografia (Graduação em Medicina Veterinária) – Faculdade de Veterinária, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2010.
4. BRESCIANI, K.D.S. et al. Corpos Estranhos Gastrointestinais Em Cão – Relato De Caso Incomum. **Ars Veterinaria**, v. 15, p. 160-163, 1999.
5. FOSSUM, T.W. Cirurgia do sistema digestório. In: _____. **Cirurgia de pequenos animais**. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. Cap. 19, p. 319-530.
6. GIANELLA, P.; PFAMMATER, N.S.; BURGNER, I.A. Oesophageal and gastric endoscopic foreign body removal: complications and follow-up of 102 dogs. **Journal of Clinical Veterinary Medicine**, v. 50, p. 649-654, 2009.
7. 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.
8. JUVET, F. et al. Oesophageal foreign bodies in dogs: factors affecting success of endoscopic retrieval. **Irish Veterinary Journal**, Dublin, v. 63, p. 163-168, 2010.
9. MUDADO, M.A. et al. Obstrução do trato digestório em animais de companhia, atendidos em um Hospital Veterinário no ano de 2010. **Revista Ceres**, v. 59, p. 434-445, 2012.
10. NATH, I. et al. Gastric foreign body in a dog and its surgical management. **Indian Journal of Canine Practice**, v. 7, 2015.
11. PATIL, D.B. et al. Gastric Foreign Bodies in Dogs – A Report of Five Cases. **Intas Polivet**, v. 11, p. 297-298, 2010.
12. SOUZA, A.C. et al. Ultrassonografia na avaliação gástrica e duodenal na busca de corpos estranhos. **Veterinária e Zootecnia**, n. 19, p. 38-42, 2012.
13. THOMPSON, H.C. et al. Esophageal foreign bodies in dogs: 34 cases (2004-2009). **Journal of Veterinary Emergency and Critical Care**, v. 22, p. 253-261, 2012.

14. VENTER, N.G. et al. Avaliação de métodos radiológicos na detecção de corpo estranho de madeira em modelo animal. **Acta Cirurgica Brasileira**, v. 20, p. 19-26, 2010.