

CORPO ESTRANHO ESÔFAGO-GÁSTRICO EM UM CANINO¹

Renata Breunig Ribeiro², Julia Seibt Rodrigues³, Everton Rothmann⁴, Brenda Viviane Götz Socolhoski⁵, Gabriele Maria Callegaro Serafini⁶, Marcella Teixeira Linhares⁷

¹ Relato de caso acompanhado no Hospital Veterinário da UNIJUI

² Médica Veterinária do Programa de Aprimoramento Integrado em Medicina Veterinária da UNIJUI- renatabreunig@gmail.com

³ Médica Veterinária do Programa de Aprimoramento Integrado em Medicina Veterinária da UNIJUI- juliaseibt04@gmail.com

⁴ Acadêmico do curso de Medicina Veterinária da UNIJUI- evertonrothmann98@gmail.com

⁵ Médica Veterinária esp. em clínica cirúrgica pelo Programa de Aprimoramento Integrado em Medicina Veterinária da UNIJUI- brendasocolhoski17@gmail.com

⁶ Professora Doutora em Medicina Veterinária da UNIJUI- gabriele.serafini@unijui.edu.br

⁷ Professora Doutora em Medicina Veterinária da UNIJUI- marcella.linhares@unijui.edu.br

INTRODUÇÃO

A ingestão de corpos estranhos (CE), é recorrente na rotina clínico-cirúrgica de pequenos animais, sobretudo, em cães jovens de raças pequenas, devido a seus hábitos alimentares indiscriminados (MUDADO et al., 2012; RADLINSKY, 2021). De acordo com Radlinsky (2021), os CE tratam-se de objetos inanimados, que não podem ser digeridos ou que são digeridos mais lentamente, obstruindo o trato gastrointestinal em diferentes graus.

Nos cães, os CE mais observados são: ossos, plásticos, pedras, moedas, tecidos, linhas, gravetos, caroço de frutas, bolas, brinquedos pequenos e objetos metálicos como agulhas e anzóis (PAPAZOGLU et al., 2003; RADLINSKY, 2021).

Após a ingestão de um CE esofágico ou gástrico, a sintomatologia apresentada varia de acordo com o grau de obstrução, tempo de permanência do objeto e se há presença de perfuração (WILLARD, 2015). Os sinais clínicos tipicamente observados incluem: letargia, anorexia, ptialismo, regurgitação, disfagia, vômito e tentativas de deglutição (FERREIRA, 2021). O histórico do animal, a radiografia, ultrassonografia e endoscopia, contribuem para o diagnóstico da afecção (GIANELLA et al., 2009; PEREIRA et al., 2023).

Tais objetos, podem ser removidos por endoscopia ou pela abordagem cirúrgica via esofagotomia, gastrotomia ou enterotomia (RADLINSKY, 2021), de acordo com o local de obstrução e o formato do CE, visto a possibilidade de lesão ou perfuração da mucosa durante a tentativa de remoção (PEREIRA et al., 2023). O prognóstico é favorável na ausência de perfurações (RADLINSKY, 2021).

Frente ao exposto, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de corpo estranho de natureza óssea e grandes dimensões localizado no segmento esôfago-gástrico, em

um canino, enfatizando o meio diagnóstico e a conduta clínico-cirúrgica empregada para o tratamento da afecção.

METODOLOGIA

Um canino, macho, da raça pitbull americano, de quatro meses de idade, pesando sete quilos, foi encaminhado para atendimento no Hospital Veterinário da Unijuí. Segundo o relato do tutor, no dia anterior, o animal teria ingerido um pedaço de “nervo” muito grande e, desde então, começou a apresentar inúmeros episódios de regurgitação.

O canino foi, inicialmente, atendido em outro serviço veterinário, onde realizou-se o estudo radiográfico das regiões torácica e abdominal do mesmo, evidenciando a presença de uma estrutura de radiopacidade óssea, medindo 25 cm de comprimento, se estendendo da porção torácica do esôfago, ao lúmen gástrico. Frente a confirmação do diagnóstico de corpo estranho esôfago-gástrico, o paciente foi encaminhado ao Hospital Veterinário da Unijuí no dia posterior ao ocorrido, para a remoção do objeto por endoscopia digestiva alta.

Durante a consulta, o animal apresentava-se em estado de alerta, com mucosas rosadas, hidratação normal, parâmetros vitais dentro dos valores fisiológicos para a espécie, bem como, ausculta cardiopulmonar inalterada. Visando a avaliação do estado geral do paciente, foi realizada a coleta sanguínea para realização de hemograma e perfil bioquímico do mesmo, onde foram dosadas as enzimas hepáticas Alanina aminotransferase (ALT) e Fosfatase Alcalina (FA), além da creatinina para avaliar a função renal.

Após o paciente ser submetido a anestesia geral por via inalatória, posicionado em decúbito lateral esquerdo, um endoscópio de 8,5mm e canal de trabalho de 2mm foi posicionado no esôfago e avançado no sentido aboral, até o local de obstrução pelo corpo estranho. Diante do insucesso após múltiplas tentativas de remoção do mesmo com uso de uma alça de polipectomia, optou-se pela abordagem cirúrgica via gastrotomia.

O paciente foi posicionado em decúbito dorsal e, após prévia tricotomia e antisepsia do campo operatório, a cavidade abdominal foi acessada por meio de incisão longitudinal mediana pré-umbilical. O estômago foi localizado e isolado com o auxílio de compressas estéreis umedecidas, após inspeção cuidadosa de sua superfície, a fim de identificar possíveis pontos de perfuração. A seguir, duas suturas de reparo, realizadas com fio mononáilon 3-0, foram posicionadas em uma área hipovascular da parede gástrica, entre as curvaturas maior e menor. Procedeu-se a gastrotomia e o CE (cartilagem costal bovina) foi identificado e

mobilizado com o auxílio de uma pinça Allis. Posteriormente a remoção do CE, o estômago foi novamente inspecionado, a fim de verificar a presença de perfuração ou lesões na mucosa gástrica, as quais não foram observadas.

A gastrorrafia, foi realizada em duas camadas de sutura, sendo a primeira em padrão contínuo simples (aposição) e a segunda em padrão Cushing (inversão), ambas com o fio poliglecaprone 3-0. Após as trocas de luvas e material cirúrgico, realizou-se, a omentopexia sobre o local de gastrorrafia com o mesmo fio supracitado, as suturas de reparo foram removidas e o estômago foi reposicionado na cavidade. A síntese da cavidade abdominal se deu em três planos, sendo a aproximação da linha alba em padrão Sultan com fio poliglecaprone 2-0, aposição do subcutâneo em padrão zig-zag com fio poliglecaprone 3-0 e dermorrafia em padrão Sultan com mononáilon 4-0.

Como tratamento pós-operatório, foram administrados dipirona (25mg/kg), TID, IV, durante três dias, metadona (0,2mg/kg), QID, SC, durante dois dias, meloxicam (0,1mg/kg), SID, SC, durante três dias e cefalotina (25mg/kg), TID, IV, durante três dias. O paciente recebeu alta médica após três dias de internação, sendo recomendado a continuação do tratamento em casa. Foram receitados dipirona (25mg/kg), TID, VO, durante cinco dias, meloxicam (0,1mg/kg), SID, VO, por mais um dia, amoxicilina + clavulanato de potássio (20mg/kg), BID, VO, durante sete dias, além de repouso, limpeza da ferida cirúrgica e uso de colar elizabetano até a remoção dos pontos que se deu em 10 dias. Transcorridos trinta dias do procedimento cirúrgico, o tutor foi novamente contatado e, segundo o relato do mesmo, a evolução clínica do paciente permaneceu satisfatória.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Mudado et al., (2012) e Radlinsky (2021), nota-se uma maior incidência de CEs em cães jovens de raças pequenas, devido a seus hábitos alimentares indiscriminados. Neste contexto, nota-se que tal característica corresponde a do paciente em questão, visto o mesmo se tratar de um filhote de quatro meses de idade. Em contrapartida, o paciente relatado tratava-se de um canino de porte médio, da raça Pitbull americano, evidenciando que a afecção deve ser considerada entre os diagnósticos diferenciais, mesmo em cães deste porte.

Relatos sobre CEs esôfago-gástricos são escassos na literatura, desse modo, o paciente relatado, enquadra-se em um caso considerado atípico. Em seu estudo, Duarte (2019)

verificou que dos 88 casos de CEs do trato gastrointestinal superior, 22% (19) tratavam-se de CEs esofágicos e 78% (69) de CEs gástricos. O mesmo autor ainda aponta que a presença de um CE em mais de uma região do estômago, foi um achado comum, todavia, nenhum dos pacientes avaliados apresentou um único objeto alojado em ambos os órgãos, ao mesmo tempo, como no presente caso.

Animais com peso corporal inferior a 10kg possuem um maior índice de complicações por ingestão de um CE, visto a relação entre o tamanho do objeto ingerido e o tamanho do animal que o ingeriu (GIANELLA et al., 2009). No presente caso, a despeito das grandes dimensões do CE em relação ao paciente e de sua presença simultânea em dois órgãos distintos do trato digestório, graves complicações, tais como perfuração da parede esofágica ou gástrica, não foram observadas. O diagnóstico radiográfico preciso e precoce, associado à rápida adoção da conduta terapêutica apropriada, podem ter contribuído para evitar a ocorrência das alterações mencionadas.

No presente caso, optou-se pela endoscopia como método terapêutico inicial, visto a sua utilidade na remoção de uma variedade de objetos, sendo considerado o tratamento de eleição (CLARK, 2015). Em sua revisão de 88 casos, Duarte (2019), reportou uma taxa de sucesso de 83% (73/88) na remoção de CEs por esta via, demonstrando a grande eficácia do procedimento neste tipo de afecção. Entretanto, devido ao tamanho e formato do CE, a remoção por via endoscópica não foi possível, sendo necessária a intervenção cirúrgica. O procedimento de gastrotomia foi realizado de acordo com o descrito por Radlinsky (2021), que recomenda a incisão gástrica em uma área hipovascular, entre as curvaturas maior e menor, bem como, duas camadas de sutura e o uso de fios absorvíveis para a síntese do órgão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exame radiográfico foi uma ferramenta útil para o diagnóstico definitivo e localização do corpo estranho. A despeito do insucesso na remoção endoscópica do corpo estranho, justificada nesse caso pela grande dimensão e formato do mesmo, a gastrotomia constituiu uma abordagem terapêutica efetiva. Cabe ressaltar que o diagnóstico e a adoção de conduta terapêutica precoces no presente caso, contribuíram para o prognóstico favorável do paciente.

Palavras-chave: Gastrotomia. Corpo estranho. Pequenos animais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CLARK, J. Endoscopic Foreign Body Retrieval. **Today's Veterinary Practice**, pp. 77-83. Nov-Dez. 2015.
- DUARTE, R.P.C. Remoção endoscópica de corpo estranho do trato gastrointestinal superior em 88 cães: taxa de sucesso e complicações. **Monografia –Trabalho de Conclusão de Curso, Medicina Veterinária**. Universidade de Brasília, Brasília, 2019.
- FERREIRA, C.J.D.R.R. Abordagem clínica em casos de ingestão de corpos estranhos em cães. 2021. 18 f. **Tese (Doutorado)** - Curso de Medicina Veterinária da Universidade de Lisboa. Lisboa, 2021.
- GIANELLA P., PFAMMATTER N.S. & BURGNER I.A. 2009. Oesophageal and gastric endoscopic foreign body removal: complications and follow-up of 102 dogs. **Journal of Small Animal Practice**. 50(12): 649-654.
- MUDADO, M.A.; DEL CARLO, R.J.; BORGES, A.P.B.; COSTA, P.R.S. Obstrução do trato digestório em animais de companhia, atendidos em um Hospital Veterinário no ano de 2010. **Rev. Ceres**, Viçosa, v. 59, n.4, p. 434-445, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rceres/a/BxB7frDn8w4CzHTvQP5qLYt/abstract/?lang=pt>.
- PAPAZOGLU, L. G.; PATSIKAS, M. N.; RALLIS, T. Intestinal foreign bodies in dogs and cats. **Compedium on continuing education for the practising veterinarian – North American Edition**, v. 25, n. 11, p. 830-845, 2003.
- PEREIRA, A.P.; RIOS, M.C.L.; FINZER, M.J.M.; VIEIRA, R.B.; SCHIAVINATO, A.S.; JORGE, A.L.T.A.; FERNANDES, G. Remoção de corpo estranho gástrico por endoscopia em um cão – relato de caso. **Brazilian Journal of Animal and Environmental Research**, v.6, n.1, p. 441-446, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJAER/article/view/57797>.
- RADLINSKY, M. Cirurgias do Sistema Digestório. In: FOSSUM, T.W. **Cirurgia de Pequenos Animais**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021, p.331-511.
- WILLARD, M. D. Distúrbios da cavidade oral, faringe e esôfago. In: NELSON, R. W.; COUTO, C. G. **Medicina interna de pequenos animais**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. cap. 31, p. 423-425.