



CORPO ESTRANHO LINEAR EM FELINO- RELATO DE CASO

Camila Lima Rosa¹, Thais Akelli Sanchez Kovacs¹, Hugo Leonardo Carvalho², Danilo Roberto Custodio Marques³

RESUMO: Apesar do hábito alimentar seletivo dos felinos, a maior incidência de corpo estranho linear acontece em gatos, devido ao seu comportamento em brincar comovelos de lã, panos, e linhas em geral. O corpo estranho linear é considerado uma emergência cirúrgica, a sintomatologia clínica é grave, em alguns casos até óbito. Os sinais clínicos mais comuns são anorexia, vômito, letargia, febre e dor abdominal, dispnéia, inquietação e caquexia. O diagnóstico é realizado através do histórico clínico e avaliação físico, radiografias simples ou contrastado e ecografia abdominal. Para tratamento na maioria das vezes é cirúrgico. Relata-se o caso de um felino, fêmea, siamês, de um ano e dois meses de idade com êmese há dez dias e dor à palpação abdominal, desidratado e apático. Na inspeção da cavidade oral encontrou-se o corpo estranho linear preso à região de frênulo lingual. Ao exame radiográfico abdominal, notou-se leve pagueamento de alças intestinais. Realizou-se a gastrotomia, enterectomia e varias enterorráfias devido a perfuração intestinal. Realizou-se a retirada de pontos após 15 dias do procedimento cirúrgico e animal apresentou-se em ótimo estado.

PALAVRAS-CHAVE: corpo estranho linear; enterectomia; felino; gastrotomia

1 INTRODUÇÃO

Um corpo estranho gastrointestinal é de alta incidência na clínica médica e cirúrgica de pequenos animais, acometendo principalmente animais jovens (RADLINSKY, 2014). O corpo estranho linear (CEL), geralmente são tipos de tecido, linha de costura, barbantes, meias de nylon, fio dental e cordas cortantes (SANTOS; TROUILLET, 2003).

Os felinos possuem hábitos alimentares seletivos, entretanto, possuem uma tendência a brincarem e morderem cordões e fios, motivo pelo qual os CEL são mais comuns nessa espécie (NELSON; COUTO, 2002; CARLTON, 1998). Geralmente o corpo estranho linear se ancora na região do frênulo lingual (ao redor da língua), e o restante passa pelo estômago e segue para o intestino, onde o organismo tenta expulsá-lo por meio de ondas peristálticas, causando pagueamento intestinal até algumas intussuscepções (WILLARD, 2010).

O CEL causa severos processos inflamatórios, necróticos e ruptura intestinal devido a traumatismos das camadas intestinais (SERKIDES, et al., 2004). Os sinais clínicos são apatia, anorexia, disfagia, odinofagia, regurgitação, êmese, dor abdominal, febre, dispnéia, inquietação e aquesia (BRIGHT, 1994; NELSON; COUTO, 2002; SANTOS; TROUILLET, 2003; JONES et al., 1992).

O diagnóstico inicial é feito através da avaliação clínica, iniciando-se pela inspeção da cavidade oral, onde se avalia a base da língua para verificação de algum objeto ancorado na região. Hayes (2009) notou-se que apenas 3% dos animais apresentando corpo estranho linear foi possível a visualização na região de cavidade oral ou no ânus, o que dificulta o diagnóstico neste tipo de corpo estranho e leva a detecção tardia, agravando o quadro clínico e piorando o prognóstico. Devido à ocorrência de plicatura intestinal pode-se encontrar na palpação abdominal alças pagueadas e algia na região, principalmente em animais com peritonite já instalada (FELTS et al., 1984; BRIGHT, 1994; SANTOS; TROUILLET, 2003).

O sinal radiográfico mais comum é o pagueamento do intestino delgado (plicatura), observando o encurtamento ou dobras intestinais, com aumento intraluminal do intestino de bolhas gasosas e sinais de peritonite secundários a perfuração nos casos mais avançados (FELTS et al., 1984; SANTOS; TROUILLET, 2003).

Os corpos estranhos são considerados emergências cirúrgicas, pela probabilidade de causarem rupturas intestinais (BRENTANO, 2010). A tração oral ou anal da extremidade livre do CEL é contra-indicada, uma vez que pode resultar em laceração total da mucosa gastrointestinal, ruptura intestinal completa, ruptura esofágica e formação de estenoses cicatriciais. O procedimento cirúrgico é indicado na maioria dos casos, o CEL pode ser removido por meio de gastrotomia ou enterotomias, e se a viabilidade intestinal estiver duvidosa realiza-se enterectomias (SANTOS; TROUILLET, 2003; HEDLUND, 2008).

¹ Acadêmicas do Curso de Medicina Veterinária do Centro Universitário Cesumar – UNICESUMAR, Maringá – Paraná. (camila_limarosa@hotmail.com); (thais.ask@hotmail.com)

² Residente da Clínica Cirúrgica de Pequenos Animais do Centro Universitário Cesumar- UNICESUMAR, Maringá- Paraná. (hugollcarvalho2012@gmail.com)

³ Docente do Curso de Medicina Veterinária do Centro Universitário Cesumar – UNICESUMAR, Maringá – Paraná. (danilo.marques@unicesumar.edu.br)



2 MATERIAL E MÉTODOS

Foi atendido no H.V-UniCesumar, uma gata siamês, um ano e dois meses, relatado pelo proprietário que o mesmo apresentou êmese durante 10 dias, não se alimentava nem ingeria água, o animal apresentava-se com apátia, caquexia, e desidratação, quadro sintomatológico que perdurava à 15 dias. Durante o exame físico, constatou-se dor abdominal. Nos exames complementares encontrou-se leucocitose com desvio a esquerda e aumento de ureia. Na radiografia contrastada encontraram-se alças parcialmente pregueadas.

Durante a inspeção da cavidade oral observou-se o corpo estranho linear ancorado na base da língua (Fig. 01). Instituiu-se fluidoterapia intravenosa (IV) com ringer com lactato (*bolus* de 15 ml/kg/min), metronidazol (5mg/kg/IV), ceftriaxona (30 mg/kg/IV), butorfanol (10 mg/kg/IM). Como medicação pré-anestésica, utilizou-se midazolam (0,25 mg/kg), e fentanil (2 ml/kg) ambos por via intramuscular, indução com propofol (4 mg/kg/IV), a manutenção foi feita com isoflurano 1,2% à 2%.

Secionou-se o corpo estranho na região da base da língua e acesso a cavidade abdominal através da celiotomia. Observou-se a forma de plicadura nas alças intestinais, e o corpo estranho localizado desde a porção antropilora (vindo do esôfago) até o segmento final de intestino grosso (Fig.02), além de várias áreas (nove locais) com ruptura de alça intestinal e início de peritonite.

Realizou-se a gastrotomia (Fig.03), e expondo o CEL e tracionando e seccionando-o. Posteriormente realizou-se uma enterectomia para retirada do resto do corpo estranho, além de 9 enterorráfias devido a rupturas em alças intestinais. As enterorráfias foram realizadas com fios de poliamida 4.0 com padrão de sutura isolado simples e algumas enterotomias com padrão simples contínuo. Um segmento de alça intestinal apresentava-se com coloração escura e ausência de pulso no segmento, conseqüentemente realizou-se enterectomia e enterofia com mesmo fio acima com padrão simples contínuo. A síntese da cavidade abdominal se deu de forma rotineira. Após o procedimento cirúrgico, o paciente foi encaminhado para internamento.



Figura 1 – Corpo estranho linear ancorado na base da língua
Fonte: MARQUES, 2015



Figura 2 – Corpo estranho linear em região gástrica
Fonte: MARQUES, 2015



Figura 3 – Intestino em forma de plicatura característico de corpo estranho linear
Fonte: MARQUES, 2015

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O diagnóstico de CEL foi confirmado através da visualização do mesmo na base da língua do animal, concordando com Hayes (2009), ressaltando que a visualização no exame físico só é possível em 3% dos casos, dessa maneira, pode-se considerar o achado raro. Antes da cirurgia, devem-se avaliar os desequilíbrios hídrico, eletrolítico e ácido básico, isto é, deve realizar a estabilização do paciente, como se realizou nesse relato (MATTHIESEN, 2008).

A região antropilórica é outro local comum de ancoragem de corpo estranho linear, sendo assim, não se deve descartar a possibilidade dessa enfermidade se não encontrá-lo na cavidade oral (SANTOS; TROUILLET, 2003), justificando a realização do procedimento de gastrotomia realizado nesse caso, concordando também com Ellisson (2008), que para remoção de corpos estranhos gástricos é indicado a gastrotomia.

Para Ellisson (2008), geralmente exigem-se múltiplas enterotomias para remoção completa do corpo estranho, quando o fio se encontra sepultado na mucosa, mas neste caso, foi realizado apenas uma enterotomia, devido ao seguimento intestinal apresentar-se rompido, utilizou-se essa mesma região para retirada do CEL. 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 enterorráfias (HEDLUND, 2008), na enterotomia utilizou-se padrão contínuo para reduzir o tempo cirúrgico.

4 CONCLUSÃO

Corpos estranhos lineares são considerados emergências cirúrgicas, o procedimento de gastrotomia e/ou enterectomia indicados de acordo com a literatura foram procedimento adequados para este caso, foram realizadas também várias enterorráfias, devido à ruptura da mucosa intestinal em vários segmentos do intestino delgado referentes ao quadro tardio de diagnóstico, ressaltando a necessidade de diagnóstico precoce, buscando sempre o melhor prognóstico possível.

REFERÊNCIAS

- BRENTANO, L.M. **Cirurgia Gástrica em cães**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. Trabalho de Conclusão de Curso.
- 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.
- FELTS, J.F., FOX, P.R., BURK, R.L. Thread an sewing needles as gastrointestinal foreign bodies in the cat: a review of 64 cases. **JVMA**, v.184, p. 56-59, 1984.



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: Elviesier, 2008, 339-530 p.

JONES, B. D.; JERGENS, A. E.; GUILFORD, W. G. Moléstias do esôfago. In: ETTINGER, S. J. **Tratado de medicina interna veterinária**. 3 ed. São Paulo: Manole, 1992, 1318-1341 p.

MATTHIESEN, D. T. Estômago. In: BOJRAB, M. J. **Técnicas atuais em cirurgia de pequenos animais**. São Paulo: Roca, 1996. Cap. 14, 207- 208 p.

NELSON, R.W.; COUTO, C.G. **Medicina Interna de Pequenos Animais**. 2 ed. Guanabara: Koogan, 2002. 360-361, p..

RADLINSKY, M.G. Cirurgia do Sistema Digestório. In: FOSSUM, T.W. (Ed). **Cirurgia de Pequenos Animais**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014, 479-481 p.

SANTOS, A.E.; TROUILLET, A.V.P. Emergência Gastrintestinal: Corpo Estranho Linear. In: SOUZA, H. J. **Coletâneas em Medicina e Cirurgia Felina**. Rio de Janeiro: LF Livros de Veterinária, 2003.

SERKIDES, R.; SANTOS, R.L. **Patologia Veterinária**. FEPMVZ Editora, 2004, 104-105,113,126. 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: Elviesier, 2010, 351-484 p.