



INTUSSUSCEPÇÃO CRONICA EM CÃO: RELATO DE CASO

MACHADO, Rodrigo¹; MACHADO, Renato²; MARTINS, Raimy²; PALMA, Heloisa³;
CARDONA, Rodrigo³.

Universidade de Cruz Alta - UNICRUZ, Campus, Cruz Alta, RS. e-mail:
unicruz@unicruz.edu.br

INTRODUÇÃO

Intussuscepção consiste na invaginação de um segmento do aparelho gastrointestinal, chamada de intussuscepto, no lúmen da porção adjacente, denominada intussusceptante (COUTO, 2010; FOSSUM, 2002; FELDMAN, 1997; CRIVELLENTI, 2015). A patologia pode ser classificada quanto ao número de intussuscepções, podendo ser única, múltipla ou composta, sendo a única, segundo Feldman, 1997, a mais relatada. A intussuscepção pode ocorrer em qualquer trecho do trato gastro intestinal, sendo mais frequente nos segmentos ileo-cólico e jejuno-cólico (COUTO, 2010, FOSSUM, 2002). A patologia pode acometer cães e gatos, sendo maior a incidência nos cães jovens de até um ano de idade (FELDMAN, 1997). O distúrbio ocorre com maior incidência no sentido peristáltico, podendo ocorrer, também, na direção retrógrada. A invaginação do segmento intestinal resulta na redução do lúmen intestinal causando obstrução parcial ou total (CRIVELLENTI, 2015), evoluindo para isquemia, necrose e ruptura intestinal (FOSSUM, 2002). Animais com obstrução parcial, com equilíbrio eletrolítico razoável, podem sobreviver por semanas caso não haja isquemia na área envolvida. Entretanto, animais que apresentam obstrução total com envolvimento da vascularização do intussuscepto, podem desenvolver toxemia resultante do aumento da permeabilidade da parede intestinal ou até mesmo peritonite devido à necrose da área lesionada (COUTO, 2010).

RELATO DE CASO

Foi atendido em uma Clínica Veterinária, em Santa Maria/RS, um canino, fêmea, raça Dobermann, cinco meses de idade, pesando 11Kg, com histórico de vômito, diarreia

¹ Acadêmico de Medicina Veterinária da Universidade de Cruz Alta (Unicruz). E-mail: rodrigo@vittafortsm.com.br

² Médico Veterinário da Clínica Veterinária VittaFort, Santa Maria-RS. E-mail: renatosantanim@gmail.com; raimymartins@gmail.com

³ Docente do curso de Medicina Veterinária da Universidade de Cruz Alta (Unicruz). Email: hpalma@unicruz.edu.br; rcardona@unicruz.edu.br



serosanguinolenta e emagrecimento progressivo. Na anamnese o proprietário relatou que comprou o filhote há três meses, apresentando fezes de consistência normal, mas sanguinolentas, e com intensa presença de verminose, momento em que fora aplicado vermífugo. A partir desta aplicação houve a evolução para o quadro de diarreia. O exame clínico evidenciou caquexia, mucosas claras, aumento abdominal de forma cilíndrica.

Foi realizado exame coproparasitológico que revelou resultado negativo. O hemograma apontou leucocitose (28 mil/mm³ de leucócitos totais) e anemia regenerativa (5,2 milhões/mm³ de hemácias). Foi feito, em primeiro momento, a troca da ração para Intestinal Canine¹ e feito o uso de doxiciclina (oral 5mg/Kg BID) associado a probiótico e polivitamínico oral, porém sem melhora alguma do quadro da diarreia após dez dias, momento em que se passou a fazer uso de ração Hypoallergenic Canine⁴ por mais dez dias. No retorno de acompanhamento o animal continuava ativo, mas sempre com o quadro de diarreia sanguinolenta, momento em que foi realizada ultrassonografia abdominal. Durante o exame, foi verificada na região mesogástrica segmento intestinal de aspecto tubular de multicamadas, que em corte transversal apresentava a forma de “alvo”, caracterizando à intussuscepção. As demais alças intestinais adjacentes apresentavam-se distendidas por conteúdo fluido anecóico sem progressão do conteúdo durante os movimentos peristálticos, indicando processo obstrutivo.

Com a confirmação do diagnóstico a cadela foi encaminhada para laparotomia. Durante o procedimento verificou-se intussuscepção englobando o íleo e o cólon ascendente, além de intensa dilatação do segmento intestinal anterior. O segmento intussuscepto encontrava-se vitalizado, com aproximadamente 15cm. Foi realizada a redução manual até o momento de maior resistência, onde houve ruptura da camada serosa da alça intussusciente. Foi realizada a enterectomia, retirando-se aproximadamente 6cm de segmento intestinal mais afetado, correspondido pelo ápice da intussuscepção, e enteroanastomose término-terminal com fio de sutura poliglactina 910 3.0. O movimento peristáltico foi observado ao término da cirurgia em todo o intestino, porém com menor intensidade a partir do local afetado. Foi testada a impermeabilização da sutura e realizada a ligação dos vasos mesentéricos envolvidos, também foi feita a omentalização da enteroanastomose e a lavagem da cavidade abdominal com solução fisiológica aquecida.

⁴ Ração Terapêutica V D Royal Canin



No pós-operatório foi administrado cefalotina sódica (IV 25mg/Kg BID), cloridrato de tramadol (IV 4mg/Kg TID), flunixinina meglumina (IV 1,1mg/Kg SID) e metronidazol (oral 15mg/Kg BID) por três dias, instituído jejum hídrico-sólido por 24 horas, onde manteve-se a hidratação através de fluidoterapia com solução ringer lactato, após passou a se alimentar ativamente com dieta pastosa em três refeições diárias, sendo o animal retirado do soro e oferecido água a vontade. No quarto dia foi realizado um novo exame de ultrassonografia observando-se pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal, mesentério reativo adjacente ao local cirúrgico, lúmen intestinal preservado e ausência de obstrução ou intussuscepção. O hemograma realizado neste dia não apontava alterações e o animal defecou fezes de consistência mais firme e sem sangue. Momento em que foi aplicado 15mg/Kg de sulfadoxina + trimetoprim em dose única, e feito uso de polivitaminico, probiótico oral e alimentação pastosa por sete dias, gradativamente, passando para ração seca. A retirada dos pontos se deu em dez dias e a recuperação, foi favorável desde as primeiras horas pós-cirúrgicas.

DISCUSSÃO

Este trabalho tem como objetivo contribuir para o conhecimento de um distúrbio frequente e importante na clínica de pequenos animais, que nem sempre é diagnosticada a tempo. O sucesso do tratamento é dependente de um diagnóstico precoce, associado à correção cirúrgica para que o prognóstico seja favorável e o índice de recidiva mantenha-se baixo. No caso descrito, o aumento de peristaltismo por parasitismo pode ser a causa mais provável da intussuscepção. Segundo Couto, 2010, o prognóstico é comumente bom, caso não tenha ocorrido peritonite séptica, e o intestino não se apresentem novamente intussusceptado, como neste relatado. Conforme a literatura cita, a intussuscepção íleoecólica é frequente, o que também foi visto neste relato.

A etiologia normalmente está relacionada com doenças que causam hipermotilidade intestinal (COUTO, 2010), como alterações de dieta, presença de corpos estranhos, granulomas ou neoplasias gastrointestinais, gastroenterites/enterites infecciosas ou não, parasitismo intestinal e cirurgias prévias, além da forma idiopática (FOSSUM, 2002; FELDMAN, 1997; CRIVELLENTI, 2015). Segundo Feldman, 1997, os principais sinais clínicos da patologia incluem inapetência e êmese, sendo este último mais frequente quanto mais próximo ao piloro for a intussuscepção. Anorexia, disorexia, depressão, letargia, perda



de peso, diarreia por vezes hemorrágica, sensibilidade e distensão abdominal. Intussuscepções crônicas podem causar diarreia não responsiva, hematoquezia, dor abdominal, hipoalbuminemia, e vômito ocasional (FOSSUM, 2002). Segundo Crivellenti, 2015, quanto mais proximal for a obstrução, mais agudo é o quadro.

De acordo com Couto, 2010 e Fossum, 2002, a confirmação do diagnóstico se dá, preferencialmente, por ultrassonografia. Penninck e D' Anjou, 2011, relatam que as imagens caracterizam-se por multicamadas de parede intestinal, representando as camadas superpostas da parede do intussuscepto e do intussuscipiente, também denominada anéis concêntricos ou sinal de anel. Durante a palpação abdominal presuntiva, pode ser localizada e delimitada estrutura tubular firme (COUTO, 2010).

Segundo Crivellenti, 2015, após a estabilização do paciente com fluidoterapia e antibioticoterapia, o tratamento é cirúrgico. Por laparotomia exploratória pode ser realizada a redução manual e a ressecção da porção acometida associada à enteroanastomose, dependendo da viabilidade e do grau de lesão intestinal (COUTO, 2010). A ausência de fluxo sanguíneo, presença de aderências, desvitalização de tecido e perfurações no segmento intestinal indicam impossibilidade de redução da intussuscepção. A enterectomia seguida de enteroanastomose é recomendada quando a coloração estiver alterada e houver ausência de pulsação arterial e contração da camada muscular. De acordo com Fossum, 2002, a complicação mais observada no pós-operatório é a recorrência do quadro, podendo, também, ocorrer íleo paralítico, deiscência da anastomose, obstrução intestinal, peritonite e síndrome do intestino curto.

REFERÊNCIAS

COUTO, C. GUILHERMO; NELSON, Richard W. Medicina interna de pequenos animais. **Elsevier**, 2010.

CRIVELLENTI, LEANDRO Z.; CRIVELLENTI, Sofia B. Casos de Rotina. 2º Edição. **Medvet**, 2015.

FELDMAN, Edward C. Tratado de medicina interna veterinária. **Moléstias do cão e do gato**, v. 3, 1997.

FOSSUM, Theresa Welch et al. **Cirurgia de pequenos animais**. Roca, 2002.

PENNINCK, Dominique; D'Anjou, Marc-André. **Atlas de Ultrassonografia de Pequenos Animais**, Guanabara Koogan 2011.