



Evento: XXI Jornada de Extensão.

TORACOTOMIA INTERCOSTAL PARA REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO ESOFÁGICO EM CANINO – RELATO DE CASO

INTERCOSTAL THORACOTOMY FOR REMOVAL OF NA ESOPHAGEAL FOREIGN BODY IN A CANINE –CASE REPORT

**Fabiano da Silva Flores², Anita Machionatti Pigatto⁵, Luís Manoel Pedroso Carbonell³,
Guilherme Rech Cassanego⁴, Carolina Cauduro da Rosa⁴, Luís Felipe Dutra Corrêa⁵**

¹ Caso acompanhado durante o programa de residência Uniprofissional em Medicina veterinária com ênfase em Cirurgia veterinária no Hospital Veterinário Universitário da Universidade Federal de Santa

² Residente em cirurgia veterinária no Hospital veterinário universitário da Universidade federal de Santa Maria.

³ Graduando do Curso de Medicina Veterinária, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil

⁴ Mestrando da Pós-graduação de medicina veterinária em Cirurgia Veterinária, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

⁵ Professor do Programa de Pós-Graduação em Medicina Veterinária, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.

INTRODUÇÃO

Na rotina clínica de pequenos animais, a ocorrência de corpos estranhos é rotineira, principalmente em cães e gatos com hábitos alimentares não controlados e filhotes. Conforme Fossum (2014, p.319) corpos estranhos são objetos inanimados que podem causar obstrução total ou parcial do lúmen esofágico. O esôfago é dividido em porção cervical e torácica. Localiza-se primeiramente dorsal à traquéia, e após desvia-se para a esquerda, na metade do pescoço, e mantém-se nessa posição na entrada torácica (DYCE,SACK e WENSING, 2010).

As obstruções em cães e gatos por ingestão anormal podem ser tanto na base da língua, na entrada da laringe, no esôfago, estômago e intestino. De acordo com Dunn (2001), essas obstruções no esôfago localizam-se com mais frequência na base do coração e do hiato diafragmático, locais que anatomicamente apresentam estreitamento.

Sinais clínicos incluem vômitos, regurgitação, depressão, letargia, pirexia, tosse, disfagia. Dispneia aguda pode ocorrer em casos de corpos estranhos obstruindo as vias aéreas ou por efusão pleural ou pneumotórax secundário a perfuração do esôfago (NELSON; COUTO, 2010). O diagnóstico é através da associação dos exames clínicos, anamnese, exames complementares como a radiografia. A ultrassonografia, endoscopia podem ser



solicitados, esse último além de caráter diagnóstico, pode ser terapêutico (ETTINGER; FELDMANN, 2004).

Para a escolha da conduta cirúrgica mais adequada para o paciente, o médico veterinário precisa realizar a anamnese, exame clínico de maneira completa e exames complementares. O tratamento cirúrgico ocorre por meio da retirada do corpo estranho, sendo a avaliação do clínico veterinário essencial em caso de obstrução esofágica (TAMS; SPECTOR, 2011).

Este trabalho tem como objetivo apresentar e discutir o caso de um canino, fêmea, de dois anos, com histórico de ter ingerido corpo estranho, que foi atendido no Hospital veterinário da Universidade Federal de Santa Maria.

METODOLOGIA

Foi atendido no Hospital Veterinário da Universidade Federal de Santa Maria, uma canina fêmea, de dois anos, com 30 kg da raça sem raça definida, apresentando anorexia, vômitos após alimentação, dificuldade respiratória e histórico de ter ingerido ossos. O paciente tinha ingerido frango desfiado no dia anterior e regurgitado todo o conteúdo. Ao exame físico, temperatura retal foi aferida em 39°C, 44 mpm FR, e 200 bpm FC. Na auscultação pulmonar não foi constatado alterações significativas. Foi coletado sangue para realização de exames bioquímicos e de hemograma e encaminhado para exame complementar raio x de tórax.

Na radiografia foi observado em topografia de esôfago torácico caudal (adjacente ao diafragma), visualização de dilatação esofágica associada a estruturas radiopacas de diferentes tamanhos intraluminal. Sugerindo presença de corpo estranho esofágico.

Na técnica cirúrgica o protocolo anestésico constituiu-se de metadona 0,2 mg/kg como medicação pré-anestésica, indução anestésica com propofol 4 mg/kg, terapia de apoio com cefalotina 30 mg/kg, dipirona 25 mg/kg, meloxicam 0,2 mg/ kg e manutenção anestésica com isoflurano em reinalação parcial (semi-fechado). Foi pré-oxigenado e ventilado por cinco minutos antes da indução anestésica. O paciente foi posicionado em decúbito lateral direito e realizada uma incisão de pele, subcutâneo no quinto espaço



intercostal na direção dorso-ventral, divulsionado o músculo grande dorsal, o músculo serrátil ventral, e músculo intercostal externo e interno, antes da abertura do tórax foi comunicado o anestesista para manobras ventilatórias adequadas, foi posicionado duas compressas umedecidas nas bordas da incisão e utilizado afastador de Finochietto para abrir as costelas.

Após a observação do esôfago, esse foi isolado com o auxílio de compressas e a abertura realizada com uma punção com o bisturi e aumentando a incisão com tesoura de metzenbaum. O corpo estranho foi retirado com o auxílio de uma pinça hemostática de crille, após foi realizado a esofagorrafia com polidioxanona n° 2-0 em padrão isolado Swift. O tórax foi fechado em cinco camadas, sendo a primeira de aproximação das costelas com polidioxanona n° 0 em padrão isolado simples, antes de fechar o último ponto foi restabelecido a pressão negativa atrás de dreno de tórax. A segunda camada foi a miorrafia do músculo serrátil ventral com PDX n° 2-0 em padrão contínuo simples, miorrafia do grande dorsal e do subcutâneo com PDX n° 3-0 em padrão contínuo simples e pele com náilon n° 3-0 padrão isolado Wolff.

O paciente ficou internado três dias com medicações via endovenosa, de dipirona 25mg/kg TID, cefalotina 30mg/kg BID, cloridrato de tramadol 4mg/kg TID e meloxicam 0,1 mg/kg SID. Após esse período recebeu alta com as mesmas medicações analgésicas para cada por cinco dias, e cefalexia 30mg/kg BID por mais 7 dias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após sete dias, o paciente foi submetido à nova reavaliação, sendo que a cicatrização ocorreu normalmente, sem presença de infecção na ferida cirúrgica e estava se alimentando normalmente sendo assim, os pontos de pele foram retirados.

Corpos estranhos são objetos inanimados que podem causar obstrução total ou parcial do lúmen esofágico (FOSSUM, 2014). De acordo com o paciente de dois anos de idade ocorreu obstrução total do esôfago. Deve-se suspeitar em pacientes com sinais agudos de engasgo, vômito, tosse, regurgitação, ptialismo e disfagia; contudo, casos em que ocorrem obstruções parciais podem não apresentar sinais clínicos (THOMPSON, et al, 2012). Todos esses sinais clínicos estavam presentes no paciente relatado.



O tratamento escolhido foi a toracotomia intercostal, pois como se tratava de um osso de tamanho considerável, não seria possível a remoção por endoscopia, pois conforme Doran et al. (2008) os benefícios da exploração cirúrgica incluem remoção de qualquer material estranho, reparação do tecido esofágico e lavagem dos tecidos traumatizados para redução da contaminação microbiana.

Um ponto importante que foi levado em consideração para a escolha da técnica escolhida foi que o esôfago tem maior risco de ocorrência contaminação e pela ausência de serosa completo, ausência de omento, tensão e movimentos de deglutição pode ocorrer deiscência ou ruptura esofágica. Como mostra Pinto et al., (2014) que o tamanho e a composição do CE, juntamente com a duração da obstrução são relacionados a maiores danos a mucosa.

Uma complicação em longo prazo da obstrução por CE é a estenose do esôfago, devido a reação fibroelástica que ocorre na área (JUVET et al., 2010). No caso apresentado não foi constatado alterações no pós-operatório e o paciente segue em acompanhamento a cada seis meses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como demonstrado, a ocorrência de corpo estranho em cães e gatos e rotineiro na clínica de pequenos animais. Os sinais clínicos junto com os exames complementares precisos são primordiais para o sucesso do tratamento e a escolha de qual técnica utilizar depende de cada caso atendido. Logo, a técnica escolhida associada ao diagnóstico preciso foi crucial para o sucesso do caso clínico.

Palavras-chave: Corpo estranho esofágico. Toracotomia intercostal. Esôfago canino.

AGRADECIMENTOS

Em especial ao Hospital Veterinário Universitário e Ao setor de oftalmologia veterinária da Universidade Federal de Santa Maria.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DUNN, J.K. **Tratado de medicina de pequenos animais**. São Paulo:Roca, 2001.

DYCE, K.M.A.;SACK, W. O.; WENSING, C.J.G. **Cabeça e a parte ventral do pescoço**.In **Tratado de anatomia veterinária**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010^a. cap.11, p.374-406.

ETTINGER, S. J; FELDMAN, E. C. **Tratado de medicina interna veterinária: Doenças do cão e do gato**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2156p. 2004.

FOSSUM, T. W. 2014. **Cirurgia de pequenos animais**. 4 ed. Elsevier Brasil, São Paulo. Cap. 21, p. 319- 450.

JUVET, F.; PINILLA, M. SHIEL, R.E.; MOONEY, C.T. **Oesophageal foreign bodies in dogs: factor affecting success of endoscopic retrieval**. Irish veterinary journal, v. 63, n.3, p. 1-6, 2010. Disponível em <HTTP://link.springer.com/article/10.1186/2046-0481-63-3-163> Doi <10.1186/2046-0481-63-3-163>.

PINTO, R. E.; PEREIRA,P.; MACEDO, G. **Endoscopic management of a delayed diagnosed foreign body esophageal perforation**. GE Jornal Português de Gastreenterologia, v. 21, n. 1, p. 35-38, 2014. Disponível em <HTTP://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S09728171300115X>
DOI:10.1016/j.jpg.2013.10.003.

TAMS, T. R.; SPECTOR, D.J. **Endoscopic removal of gastrointestinal foreign bodies**. In Tams T.R. e Rawlings C.A. (Eds). *Small Animal Endoscopy*. 3ed: Elsevier Mosby, p.140.

THOMPSON, H . C. et al. **Esophageal foreign bodies in dogs: 34 cases (200-2009)**. Journal of Veterinary Emergency and Critical Care. San Antonio, v.22, n. 2, p. 253-261, May, 2012.