

Modalidade do trabalho: Relatório técnico-científico
Evento: XVII Jornada de Extensão

COLECISTITE NECROSANTE EM UM CANINO – RELATO DE CASO¹

Emanuelli Tres Bernicker², Gabriele Maria Callegaro Serafini³, Luiza Kommers⁴, Éverlin Dos Santos⁵.

¹ Relato de caso acompanhado no Hospital Veterinário da UNIJUI

² Graduanda do Curso de Medicina Veterinária da UNIJUI.

³ Professora Orientadora Doutora em Medicina Veterinária da UNIJUI.

⁴ Graduanda do Curso de Medicina Veterinária da UNIJUI.

⁵ Graduanda do Curso de Medicina Veterinária da UNIJUI.

Introdução

A vesícula biliar é um órgão em forma de pêra, que em cães de porte médio, normalmente abriga cerca de 15 ml de bile. A vesícula biliar está ligada ao fígado por uma porção do colo e parte do corpo (MAMPRIM, 2004). Sendo que a extremidade arredondada é o fundo da vesícula biliar (WILLARD e FOSSUM, 2008).

A função da vesícula biliar inclui armazenamento, concentração e liberação da bile. As substâncias que são abundantemente secretadas na bile juntamente com a água, emulsificam as partículas de gordura, ajudando na absorção de lipídeos (TOBIAS, 1999).

A colecistite é uma doença inflamatória rara em cães (FRASER, 2008). Parece mais provável em cães mais velhos (>9 anos), não havendo predisposição aparente por sexo e raça (CORFIELD, 2007). A principal causa normalmente é ocasionada por infecções bacterianas de origem intestinal e que ascendem ao ducto biliar comum ou de origem hematógena (FRASER, 2008).

Outros fatores que têm sido considerados na patogênese da colecistite seria o uso de drogas imunossupressoras e algumas doenças sistêmicas como diabetes mellitus, enterite, septicemia, doença hepática e estase biliar, pois favorecem a colonização de bactérias (CORINA, 2010). As bactérias aeróbicas Gram-negativas (especialmente *Escherichia coli*) e anaeróbicas são as principais bactérias que causam a colecistite (JOHNSON e SHERDING, 2008).

Essa infecção bacteriana quando lesa seriamente a parede da vesícula biliar, resulta em colecistite necrosante ou enfisematosa. No caso da necrosante, é observada lesões na parede da vesícula biliar e a bile extravasa para o interior do abdome, podendo causar peritonite séptica e ser letal (FRASER, 2008).

A colecistite necrosante, segundo Stephen e Bennett (2006) é classificada em:

Classe I: inclui pacientes com colecistite necrosante sem ruptura da vesícula biliar;

Classe II: inclui pacientes com colecistite aguda necrosante com perfuração da vesícula biliar e peritonite;

Classe

Modalidade do trabalho: Relatório técnico-científico
Evento: XVII Jornada de Extensão

III: identifica pacientes com colecistite crônica com aderências hepáticas e omento com fístulas

Os sinais clínicos não são muito específicos, mas os mais comuns incluem anorexia, dor abdominal, icterícia, febre e vômito. Em caso de peritonite o animal pode entrar em choque (FRASER, 2008). O diagnóstico é difícil, porque os sinais clínicos e as anormalidades clínico-patológicas são inespecíficos, mas no exame ultrassonográfico pode-se observar espessamento e/ou edema da parede da vesícula biliar, o que pode resultar em um aspecto de “parede dupla”, chegando-se assim ao diagnóstico (WILLARD e FOSSUM, 2008).

Normalmente a colecistite pode ser tratada com antibiótico, porém quando se tem várias recidivas, apesar do uso correto dessa medicação, deve-se ser feita a colecistectomia (WILLARD e FOSSUM, 2008). O tratamento é de longa duração (6 a 8 semanas) com antibiótico de uso oral. Porém na maior parte dos casos, há necessidade de intervenção cirúrgica (JOHNSON e SHERDING, 2008).

Metodologia

Foi atendido no Hospital Veterinário da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI- RS, um cão da raça Yorkshire Terrier, dois anos de idade, pesando 3,6 kg de peso corporal.

Na anamnese o proprietário apresentou como queixa principal vômito e diarreia escura, onde após a administração de carvão ativado o animal não defecou mais. Proprietário relatou que por meio de uma consulta prévia com outro veterinário, foi observado através de exames que o hematócrito estava diminuindo consideravelmente. O animal também recebeu medicações dias antes da consulta, como doxiciclina 5,5 mg/kg BID, cerenia 1,0 mg/kg SID, plasmin 10mg/kg e 3 doses de vacina Vanguard®.

Com o objetivo de avaliar o estado geral do animal foi realizada a coleta de sangue e urina para realização de hemograma, bioquímica sérica e urinálise. Posteriormente, o animal foi encaminhado para exame ultrassonográfico, o qual evidenciou vesícula biliar com parede em dupla camada, sugerindo-se a colicistite necrosante. Diante disso, o animal foi encaminhado para uma colecistectomia, como forma de tratamento.

O animal foi pré-anestesiado com tramadol na dose de 4 mg/kg/IV. Para melhor analgesia do procedimento foi realizada anestesia epidural com morfina 0,1 mg/kg, lidocaína e bupivacaína (1ml/4kg) e para realização da intubação orotraqueal o animal foi induzido com etomidato na dose de 3mg/kg e midazolam 01mg/kg e mantido em anestesia inalatória com isoflurano e oxigênio 100%. Durante o procedimento foi utilizada cefazolina 30mg/kg/IV, dipirona 25mg/kg IV e transfusão de sangue (5ml/kg/hr).

Após o preparo da região para cirurgia asséptica, foi feita uma incisão pré-umbilical, na linha média ventral. Ao abrir a cavidade abdominal localizou-se a vesícula biliar que se encontrava com aspecto necrosado e sem ruptura, classificando o paciente na classe I. A vesícula foi isolada com compressas úmidas para a realização da ligadura dupla do vaso e ducto cístico com fio sintético absorvível monofilamentar 3-0. Realizou-se dissecação digital para desprender a vesícula das aderências hepáticas, o que acabou causando um sangramento moderado que logo foi controlado pelo uso de seis esponjas hemostáticas. Em seguida, o fígado foi omentalizado próximo à inserção

Modalidade do trabalho: Relatório técnico-científico
Evento: XVII Jornada de Extensão

da vesícula, e por fim, procedeu-se com o fechamento da cavidade abdominal de forma rotineira e a vesícula biliar foi encaminhada para o histopatológico.

No pós operatório, o canino recebeu cefazolina 30mg/kg IV TID, doxiciclina 5mg/kg IV BID, metronidazol 15mg/kg IV BID, morfina 0,5mg/kg SC BID, dipirona 25mg/kg IV BID e solução fisiológica na taxa de 50ml/kg/dia até o momento da alta, a qual ocorreu quatro dias após o procedimento cirúrgico.

Foi prescrito no momento da alta do animal simeticona 40mg BID durante sete dias, silimarina 20mg/kg SID durante 30 dias, metoclopramida 0,5mg/kg BID durante cinco dias, lactulose 300mg/kg BID durante sete dias e metronidazol 20mg/kg BID durante cinco dias.

Resultados e discussões

A principal causa normalmente da colecistite é ocasionada por infecções bacterianas de origem intestinal (FRASER, 2008). No cão relato não se sabe exatamente a causa, pois no exame histopatológico não foi observado agregados bacterianos, mas através desse mesmo exame sugere-se que seja infecção ascendente do intestino.

O canino apresentava apenas vômito e fezes escuras. Segundo Fraser (2008), o vômito é um dos sinais clínicos da colecistite, porém é um sinal inespecífico, não tendo como dar um diagnóstico definitivo só a partir do sinal clínico.

Para se chegar ao diagnóstico definitivo, o animal foi encaminhado para o exame ultrassonográfico, onde foi observada uma vesícula biliar com contorno e formato irregular, causando aspecto de parede dupla, onde condiz com a descrição dada por Willard e Fossum (2008) para confirmar a suspeita de colecistite necrosante.

No procedimento cirúrgico foi optado pela dissecação digital para soltar a vesícula das aderências hepáticas, pela praticidade e por mais segurança do cirurgião, porém Tobias (1999) cita que é mais aconselhável dissecar usando aplicadores com ponta de algodão.

Foi optado por hemoterapia durante a cirurgia, pelo fato do animal estar com hematócrito abaixo do normal e reduzindo consideravelmente. Tilley (2003) cita também, que por ser uma cirurgia com tendência hemorrágica, é aconselhável como prevenção o uso de sangue total.

Além do hematócrito reduzido, o canino apresentou neutrofilia, elevação de GGT e FA, onde pode se dar pela inflamação e diminuição do fluxo biliar. Coincidindo com o que Willard e Fossum (2008) relatam nos exames complementares de colecistite.

O tratamento de eleição foi a colecistectomia, pois pelo fato de haver necrose na parede da vesícula biliar, as chances eram altas de ocorrer uma ruptura, extravasamento da bile e consequentemente peritonite e choque séptico (FRASER, 2008). O uso de antibiótico como amoxicilina ou cefalosporina associado a um aminoglicosídeo ou enrofloxacino injetável como forma de tratamento, é mais indicado em caso de colecistite sem necrose (JOHNSON e SHERDING, 2008), o que não foi o caso do canino.

A mortalidade é alta em casos de demora no diagnóstico, especialmente quando já houve ruptura da vesícula, sepse e peritonite (JOHNSON e SHERDING, 2008). Como no paciente em questão, o diagnóstico não foi tardio, o tratamento foi bem sucedido levando-o a um prognóstico favorável.

Conclusão

Modalidade do trabalho: Relatório técnico-científico
Evento: XVII Jornada de Extensão

Apesar da pequena casuística na clínica médica de pequenos animais, a colecistite necrosante tem grande importância devido ao seu mau prognóstico quando o diagnóstico é tardio. Se for diagnosticado com precocidade e associado a medidas de tratamento eficientes, animais acometidos desta doença tem alta possibilidade de sobrevivência. No paciente relatado, esses aspectos foram atendidos o que levou ao sucesso no tratamento.

Palavras chaves: Necrose; Vesícula Biliar; Colecistectomia.