

ABORDAGEM CIRÚRGICA DA SÍNDROME DA DILATAÇÃO VOLVO GÁSTRICA EM UM CÃO – RELATO DE CASO

CAROLINE DE MOURA MEDEIROS¹; CAROLINE XAVIER²; TIAGO TRINDADE DIAS³; BÁRBARA LUIZA MIGUEIS NUNES⁴; MAYARA RAMOS⁵; PAULA PRISCILA CORREIA COSTA⁶

¹Universidade Federal de Pelotas - caroline.medeiros@ufpel.edu.br

²Médica Veterinária Autônoma - carolinexavier098@gmail.com

³Médico Veterinário Autônomo - tiagotdias@hotmail.com

⁴Médica Veterinária Autônoma - bmigueisnunes@gmail.com

⁵Médica Veterinária Autônoma - mayaracramos@outlook.com.br

⁶Docente no Departamento de Clínicas Veterinárias Hospital de Clínicas Veterinárias, UFPel

1. INTRODUÇÃO

A síndrome da dilatação volvo gástrica (DVG), é uma patologia clínica de caráter emergencial que envolve diversos fatores fisiopatológicos. Os animais acometidos são, principalmente, caninos de raças grandes e gigantes. (SILVA et al., 2012). Esta condição trata-se do aumento exacerbado do estômago associado ao seu mau posicionamento, ocasionando um volvo parcial. Na maioria dos casos a dilatação ocorre antes do volvo (RASMUSSEN, 2007). A DVG é considerada uma patologia importante devida seu elevado índice de mortalidade mesmo com todos os tratamentos indicados, seus dados variam conforme diferentes autores, entre 15 a 20% de mortalidade (BROCKMAN et al., 2000) e 20 a 45% de mortalidade segundo FOSSUM (2015).

Os fatores que desencadeiam essa síndrome ainda não foram identificados com total clareza, mas acredita-se que os elementos de risco como idade, conformação corporal magra, rápida ingestão de grandes volumes de alimento e água fornecimento de uma única dose de refeição diária, exercícios pós alimentação. (BURROWS, 1999; JONES, 2000; JOHNSON et al., 2008), são os maiores contribuintes para tal condição. O tratamento inicial consiste primeiramente na estabilização do paciente, para posteriormente se iniciar a abordagem cirúrgica, complicações podem variar desde necrose da parede gástrica por isquemia da ruptura estomacal, lacerações e/ou avulsão da vasculatura esplênica, liberação de microrganismos da lâmina própria intestinal por ausência de oxigenação e até a manifestação de sinais compatíveis com fatores cardiodepressores do pâncreas isquêmico, que ocorre na fase mais grave e, final do caso, havendo sobreposição dos tipos de choque, evoluindo, em sua maioria para o insucesso no restabelecimento da condição do animal e, ao óbito (Aguiar, 2011). O presente trabalho tem por finalidade realizar um relato de caso sobre a síndrome da dilatação volvo gástrica em cães.

2. METODOLOGIA

Foi atendido no Hospital clínico veterinário (HCV) da Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do sul, um canino, fêmea, SRD, de 13 anos de idade, pesando 26,5kg. Antes deste atendimento no HCV, a paciente havia sido atendida por outro profissional, pois passou a apresentar repentinamente quadro de sialorreia e distensão abdominal. Foi realizada ultrassonografia abdominal na paciente, porém

não foi possível a visualização dos órgãos, devido à grande presença de gás na cavidade abdominal. No dia seguinte a este, a paciente retornou com significativa piora, apresentando desidratação e hipotermia. A paciente se manteve internada onde realizou-se uma descompressão gástrica por punção, fluidoterapia para normalizar o quadro de desidratação. A paciente recebeu alta na manhã seguinte, e foi encaminhada para ser atendida no HCV.

No exame notou-se mucosas hiperêmicas, hidratação não aparente, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, pulso arterial forte e regulado, abdômen abaulado e abdominalgia em região epigástrica. Suspeitando-se de dilatação gástrica, realizou-se hemograma, bioquímico, hemogasometria e radiografias da região abdominal, onde neste foram encontradas alterações radiográficas compatíveis com dilatação vólculo-gástrica.

Diante da confirmação o paciente foi encaminhado para o bloco cirúrgico para a realização da correção.

O paciente recebeu a medicação pré-anestésica (MPA), com metadona 0,3 mg/kg por via intramuscular, após o paciente estar devidamente entubado e acessado, foi realizado a indução anestésica com cetamina 1mg/kg intravenosa, e propofol 3mg/kg intravenosa, foi realizada infusão de lidocaína 3mg/kg. Para manutenção hidroeletrólítica, mantido em solução de ringer lactato 4ml/kg/h. Na manutenção do plano anestésico, foi mantido com isoflurano à dose-efeito e iniciado o procedimento cirúrgico. Posicionou-se o animal em decúbito dorsal e preparou o campo cirúrgico com tricotomia ampla em região abdominal e antisepsia com álcool-iodado e PVPI. Em seguida foi colocado os campos cirúrgicos juntamente das pinças backaus para dar início ao procedimento. A técnica consistiu na incisão na linha alba do apêndice xifoide até a região caudal a cicatriz umbilical, e acesso a cavidade abdominal pela linha média. Logo após o acesso a cavidade, pode-se observar o estômago com aspecto bem dilatado, torcido sobre seu eixo no sentido horário na perspectiva do cirurgião, e com o omento maior sobre ele. Em seguida, houve o reposicionamento do estômago, torcendo-o no sentido anti-horário. Após foi realizada a inspeção do baço, e observado uma isquemia do tecido na região cranial próximo a curvatura maior do estômago. Foram colocados 4 fios de nylon 3-0 como reparo em uma região hipovascular do estômago e entre eles, a gastrotomia com uma lâmina de bisturi número 21. Com o auxílio do aspirador cirúrgico, foi removido o conteúdo estomacal e lavado com 2 litros e 500ml de ringer com lactato morno, após a lavagem, foi realizada a troca de todo o instrumental cirúrgico, inclusive as luvas cirúrgicas do cirurgião, auxiliar e instrumentador. Em seguida foi realizada a rafia do estômago em dois planos com poliglactina 910 3-0, o primeiro foi com um padrão de sutura simples contínua pegando mucosa, submucosa, muscular e serosa e no segundo foi feito com um padrão de sutura Cushing, pegando somente serosa e muscular. Após, foi realizado a gastropexia incisional do estômago do lado direito da parede abdominal com um padrão de sutura simples contínua com poliglactina 910 3-0 e omentalizado a região da sutura. Após esse, foi feito a esplenectomia total com ligaduras dos vasos que irrigam o baço com nylon 3-0. Após esse procedimento, foi realizado a lavagem da cavidade abdominal com 2 litros de ringer com lactato morno e aspirado com o auxílio do aspirador cirúrgico e compressas. Para finalizar o procedimento foi feito a rafia da musculatura com um padrão de sutura simples contínua com nylon 2-0, redução do espaço morto com um padrão de sutura simples contínua e dermorrafia com um padrão de sutura intradérmico. O paciente ficou internado no pós-operatório

por 3 dias para monitoração de dor e padrões fisiológicos, após 4 dias em casa, o paciente retornou para o HCV com sinais de sialorreia, êmese e hiporexia. Foi realizada ultrassonografia abdominal onde alterações sugeriram uma gastrite. Paciente ficou internado por mais 9 dias para tratamento dos sinais e após total resolução dos sintomas, recebeu alta por definitivo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente relato durante o exame clínico suspeitou-se de dilatação vólculo gástrica através da palpação abdominal, onde apresentava um aumento de volume e a existência de um certo grau de timpanismo, e dos demais sintomas apresentados.

Os principais sinais clínicos, inicialmente são distensão abdominal e timpanismo, depressão, salivação, agitação e angústia respiratória. O exame físico revela distensão abdominal com som timpânico, achados indicativos de hipovolemia ou choque, bradicardia, pulso femoral fraco, palidez de mucosa e dispneia. (FOSSUM, 2015; ELDREDGE, 2007; JOHNSON et al., 2008). Os principais achados radiográficos incluem distensão excessiva do estômago por gases, deslocamento dorsal e a esquerda do piloro, deslocamento caudal e a direita do fundo gástrico e compartimentação do estômago (JOHNSON et al., 2008). Dada a confirmação do diagnóstico, o paciente foi encaminhado imediatamente para o centro cirúrgico. Se não for instituído tratamento rápido, específico em até três horas, o paciente geralmente irá a óbito (NUNES, 2009).

O tratamento cirúrgico preconizado é a gastrectomia parcial do fundo do estômago, deve-se remover áreas de necrose decorrentes da DVG (WILLIAMS & NILES, 2014). No momento do acesso a cavidade abdominal foi observado a rotação do estômago no sentido horário, realizado o reposicionamento do estômago, rotacionando no sentido anti-horário. Após foi realizada a esplenectomia total do baço, esta é indicada quando há evidências macroscópicas de trombose, isquemia e congestão severa no baço (BROURMAN et al., 1996). Após realizada, foi feita a lavagem da cavidade abdominal com solução morna de ringer lactato a fim de evitar um possível quadro de peritonite devido as bactérias do estômago. O trato gastrointestinal é colonizado por mais de 400 espécies de bactérias, sendo que a microbiota dominante é composta por Bacteróides, Eubacterium, Clostridium, Streptococos, Escherichia coli, Klebsiella e Pseudomonas. A diminuição da carga bacteriana é obtida com maior sucesso pela lavagem da cavidade abdominal com abundante volume de solução salina ou com ringer lactato mornos (SWANN & HUGHES, 2000; PAPAZOGLU & RALLIS, 2001; HOUSE & BROCKMAN, 2004). Após finalizado o o paciente se manteve internado por um período de 3 dias para monitoração, recebeu alta e, após 4 dias em casa retornou para o HCV-UFPEL com sinais clínicos de sialorreia, êmese e hiporexia. Foi realizado ultrassonografia abdominal onde foram constatadas alterações gástricas em estômago sugestivas de uma gastrite. O paciente ficou internado por mais 9 dias para tratamento intensivo dos sinais apresentados, e após total resolução dos sintomas, recebeu alta por definitivo.

4. CONCLUSÕES

Com a cirurgia no momento adequado, o prognóstico é favorável. O presente relato demonstra a importância do diagnóstico precoce a fim de solucionar de modo ágil os sintomas para aumentar as chances de sucesso no tratamento. A utilização de técnica cirúrgica realizada foi executada de acordo com a literatura. Conclui-se

também a importância da conscientização do tutor quanto à predisposição desta síndrome, e do atendimento precoce.

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, E. S. V. (2011). **Emergências decorrentes do trauma em pequenos animais: técnicas e manual para equipes de pronto-atendimento**. Editora Da Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul (UFRGS), Porto Alegre/RS. 1o Ed., P., 25-33.
- BOURGOIN, A. et al. Prise en charge thérapeutique des peritonitis. **Medicine et maladies infectieuses**, Marceille, v.34, p.183-195, 2004.
- BRANDÃO, C. V. S.; BORGES, A. G. **Análise retrospectiva de 34 casos de dilatação vólculo-gástrica em cães (1995-2000)**. Revista Educacional Contínua CRMV-SP. São Paulo, p.84-89, 2001.
- BROCKMAN, D. J.; HOLT, D. E.; WASHABAU, R. J. **Pathogenesis of Acute Canine Gastric Dilatation-Volvulus: Is There a Unifying Hypothesis?** Compendium, v.22, n.12, p.1108-1115, dez. 2000.
- BURROWS, C. F. Sistema Digestório. In: GOLDSTON, R.T. **Geriatría e Gerontologia do Cão e do Gato**. 1 ed. São Paulo: Roca, 1999, pg 185 a 226.
- FOSSUM T. W. **Cirurgia de Pequenos Animais**. ELSEVIER, 4ª ed. 2015. pg. 1348 – 1365.
- Glickman, LT, Glickman, NW, Schellenberg, DB, et al. **Non-dietary risk factors for gastric dilatationvolvulus in large and giant breed dogs**. J Am Vet Med Assoc. 2000; 217(10):1492.
- HOUSE, A.;BROCKMAN, D. Emergency management of the acute abdomen in dogs and cats 2. Surgical treatment. In **Practice**, London, v.26,n10, p.530-537, 2004.
- JOHNSON, S. E. et al. Doenças do Estômago. In: BIRCHARD, S. J.; SHERDING, R. G. **Manual Saunders Clínica de Pequenos Animais**. 3ed. São Paulo: Roca, 2008, pg 708 a 718
- RASMUSSEN, L. Estômago. In: SLATTER, D. **Manual de cirurgia de pequenos animais**. 3.ed. São Paulo: Manole, 2007. p.592-644.
- SILVA, S. S. R.; CASTRO, J. L. C; CASTRO, V. S. P; RAISER, A. G. Síndrome da dilatação volvo gástrica em cães. **Ciência Rural**, Santa Maria, v.42, n.1, p.122-130, jan., 2012.
- SWANN, H.; HUGHES, D. **Diagnosis and management of the peritoneal cavity. Veterinary Clinics of North America:Small Animal Practice**, Philadelphia, v.30, n.3, p.603-615, 2000
- Williams, J. M., & Niles, J. D. (2014). O estômago. In: Ellison, W. G. BSAVA. **Manual de Cirurgia Abdominal em Cães e Gatos**. São Paulo