



COLECTOMIA SUBTOTAL EM FELINO DOMÉSTICO: relato de caso

Murilo H. D. SILVA¹; Rafaela O. CUNHA²; Máira F. F. MARTINS³; Nathávyia M. M. ALVES⁴; GABRIEL H. C. FERREIRA⁵; Gabrielle F. AUGUSTO⁶; Vinícius H. E. LIMA⁷; Paulo V. T. MARINHO⁸

RESUMO

Fraturas pélvicas são comuns em felinos domésticos e frequentemente levam a estenose do canal pélvico, podendo causar obstrução da saída de fezes, gerando o megacólon. Pacientes acometidos por essa patologia frequentemente apresentam constipação e/ou obstipação e tenesmo. Felinos com histórico de constipação há mais de 6 meses, com crescente necessidade de enemas e remoção manual das fezes é recomendada a colectomia subtotal. O objetivo deste artigo é relatar a técnica de colectomia subtotal para tratamento de um felino que apresentava fecaloma e megacólon secundário a fratura pélvica. Após um mês do procedimento cirúrgico nenhum episódio de constipação foi observado, continência fecal estava presente e as fezes do paciente apresentavam-se pastosas. Conclui-se que a colectomia subtotal foi uma técnica eficaz no tratamento do megacólon secundário da paciente, contribuindo para a melhora da qualidade de vida da paciente e da tutora.

Palavras-chave: Intestino; Enterectomia; Anastomose; Fecaloma; Megacólon.

1. INTRODUÇÃO

O cólon é responsável pelo processo de reabsorção de água, fezes retidas neste local se tornam desidratadas e extremamente rígidas, sendo cada vez mais difíceis de serem eliminadas, formando fecalomas e podendo causar o megacólon (SILVA, 2017), uma patologia caracterizada por um aumento do diâmetro luminal associado a recorrente constipação e/ou obstipação (GARCÍAPERTIERRA et al., 2017).

Em constipações com duração maior que seis meses, é improvável que a ampliação do canal pélvico seja eficaz, por isso, para felinos que têm histórico de constipação há mais de 6 meses, crescente necessidade de enemas e remoção manual das fezes, ou que são refratários ao tratamento conservador, é recomendada a colectomia subtotal, que tem por objetivo remover a porção acometida do cólon, que apresenta lesões neuromusculares irreversíveis (GARCÍA-PERTIERRA et al., 2017; SILVA, 2017). Sabendo disto, o objetivo deste artigo é relatar a técnica de colectomia subtotal para tratamento de um felino SRD, com 5 anos, pesando 2,7 kg, que apresentava fecaloma e megacólon secundário a fratura pélvica.

¹Aprimorando em cirurgia, IFSULDEMINAS - Campus Muzambinho. E-mail: murilohds850@outlook.com

²Aprimoranda, cirurgia, IFSULDEMINAS - Campus Muzambinho. E-mail: rafaelacunha777@hotmail.com

³Aprimoranda em cirurgia, IFSULDEMINAS - Campus Muzambinho. E-mail: maira.franca@hotmail.com

⁴Aprimoranda, anestesiologia, IFSULDEMINAS - Campus Muzambinho. Email: nathavya.melo@gmail.com.

⁵Aprimorando, anestesiologia, IFSULDEMINAS-Campus Muzambinho. Email: gabriel8.ferreira@alunos.ifsuldeminas.edu.br

⁶Aprimoranda em anestesiologia veterinária, IFSULDEMINAS- Campus Muzambinho. Email: gabrielle_ferreirinha@hotmail.com

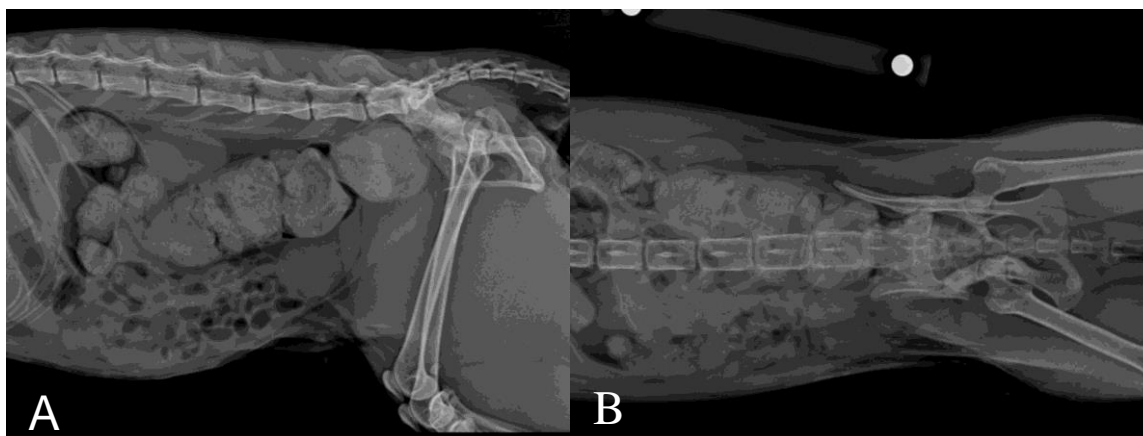
⁷Discente, IFSULDEMINAS – Campus Muzambinho. E-mail: 12141000307@muz.ifsuldeminas.edu.br.

⁸Docente, IFSULDEMINAS – Campus Muzambinho. E-mail: paulo.marinho@muz.ifsuldeminas.edu.br

2. MATERIAL E MÉTODOS

Um felino, SRD, tricolor, 5 anos, pesando 2,7 kg foi encaminhada ao setor de clínica cirúrgica de pequenos animais do Hospital Veterinário IFSULDEMINAS- *Campus* Muzambinho com histórico de constipação, em decorrência de megacólon secundário a fratura de pelve consolidada incorretamente (Figura 1).

Figura 1: Radiografia de abdômen do paciente. A – Projeção Laterolateral direita, evidenciando grande acúmulo de fezes abdominal; B – Projeção ventrodorsal, é possível observar que o diâmetro do cólon é 1,5 vezes maior que o comprimento da sétima vertebra lombar, confirmando o quadro de megacólon.



Fonte: Arquivo pessoal (2023).

Foi referido pelo tutor que o felino foi adotado há um ano da rua, na ocasião já apresentava fratura consolidada na pelve e sinais de constipação. Foi relatado pelo tutor que após a adoção o paciente foi submetido a duas cirurgias de colotomia para remoção de fecaloma e, a paciente só conseguia defecar após a realização de enemas sem fosfato, os quais estavam sendo realizados a cada 3 dias. Sendo assim, considerando o longo período do aparecimento dos sinais clínicos, foi constatado que se tratava de um quadro de megacólon irreversível, sendo indicada a colectomia subtotal para o paciente, visando melhorar a constipação e a qualidade de vida do paciente.

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Para realização do procedimento cirúrgico, ampla tricotomia da região abdominal ventral foi realizada, o paciente foi posicionado em decúbito dorsal e o campo operatório foi preparado. Inicialmente foi realizada celiotomia mediana pré-retroumbilical e, ao acessar a cavidade, o cólon repleto por fezes foi visualizado à esquerda da cavidade abdominal. Feito isso, rápida inspeção da cavidade abdominal foi realizada, o ceco, cólon ascendente, transverso e descendente foram isolados da cavidade abdominal com compressas úmidas.

Feito isso, procedeu-se com colotomia para eliminação das fezes presentes no interior deste, visando facilitar a realização da colectomia subtotal. Para isso, uma incisão de espessura total com bisturi 11 foi realizada na borda antimesentérica do cólon descendente, ordenha de todo o conteúdo

fecal do cólon foi realizada para a área de incisão e as fezes foram removidas com compressas. Feito isso, enterorrafia foi realizada em padrão simples contínuo com fio Nylon 3-0 e todos os materiais utilizados foram substituídos. Em seguida, deu-se início a colectomia subtotal, tendo-se planejado a remoção do cólon 2 centímetros aboral a válvula ileocecal e como término da colectomia, 3 centímetros oral a entrada da pelve.

Deste modo, procedeu-se com a tripla ligadura das artérias que irrigavam o segmento a ser removido, iniciando-se pela ligadura da artéria cólica média, utilizando fio ácido poliglicólico 2-0, feita a ligadura, conforme esperado, cianose de todo o cólon descendente ocorreu. Procedeu-se então, com a ligadura apenas dos ramos da artéria ileocólica, que irrigavam o segmento a ser extirpado e ligadura dos ramos da artéria mesentérica caudal, responsável por irrigar a extremidade aboral do cólon. No entanto, nesse momento, observou-se que o mesentério dessa porção estava aderido à parede do cólon descendente, em decorrência das colotomias, as quais o paciente já fora submetido. Em decorrência disso, foi necessária a realização de dissecação da *vasa recta* do segmento para ligadura individualizada dos vasos, contudo, devido a intensa adesão do mesentério, fez-se necessário a ligadura da artéria mesentérica caudal.

Após a ligadura dos vasos, duas pinças intestinais de Doyan foram posicionadas em cada uma das extremidades, onde foi realizada a ligadura das artérias e, secção intestinal foi realizada com bisturi 11. Em seguida, o segmento cólico foi removido, as extremidades remanescentes foram aproximadas e a anastomose intestinal foi iniciada. Entretanto, foi observada diferença no diâmetro do lúmen do segmento oral (menor) em relação ao seguimento aboral (maior), sendo assim, uma incisão foi realizada na borda antimesentérica do segmento intestinal menor (oral) para que o diâmetro desse fosse ajustado ao outro segmento. Feito isso, um ponto simples interrompido, com fio poliglecaprone 25, foi realizado na borda mesentérica e antimesentérica do cólon para promover alinhamento dos segmentos e, posteriormente, todo o bordo intestinal foi suturado com fio poliglecaprone 3-0 em padrão simples interrompido.

Finalizada a sutura, solução fisiológica aquecida foi injetada no interior do segmento intestinal para avaliar a patência dos pontos de sutura, pequenos vazamentos foram observados e corrigidos com pontos simples interrompido. Por fim, omentopexia foi realizada ao redor de toda a anastomose intestinal, a cavidade abdominal foi lavada com solução fisiológica aquecida e todos materiais foram trocados, para que a celiorrafia padrão fosse realizada. Ao término do procedimento cirúrgico, um curativo foi confeccionado sobre a ferida cirúrgica, uma sonda esofágica foi passada para realização de alimentação enteral líquida e o paciente foi internado durante 4 dias.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos dois primeiros dias de pós-operatório foi observada a ocorrência de diarreia com fezes líquidas e aumento intenso da frequência de defecação (acima de 10 vezes no dia), mas continência fecal estava presente e nenhum episódio de constipação foi observado. Após 4 dias de pós operatório o paciente apresentava-se mais ativo e com fezes mais pastosas, deste modo, o paciente foi liberado para continuidade dos cuidados em casa. Após 15 dias do procedimento cirúrgico os pontos foram removidos e transição da alimentação líquida, para pastosa e, posteriormente seca foi iniciada, durante o processo nenhuma intercorrência ocorreu, sendo assim, a sonda esofágica foi removida. Após um mês do procedimento cirúrgico nenhum episódio de constipação foi observado, continência fecal estava presente e as fezes do paciente apresentavam-se pastosas.

Embora a colectomia cause diarreia temporária e fezes pastosas, por diminuir a área intestinal responsável pela absorção de água, fica evidente a importância do procedimento cirúrgico para a melhora da qualidade de vida do paciente e do tutor, pois o objetivo dessa intervenção cirúrgica é remover a porção acometida do cólon (SILVA, 2017). Salienta-se ainda, que mesmo em casos de megacólon irreversível, secundário a obstrução pélvica, a colectomia subtotal pode ser eficiente para melhora do quadro de constipação apresentado pelo paciente, pois a colectomia promove a remoção do segmento do cólon dilatado e afuncional, e, fezes amolecidas apresentam maior facilidade para evacuação em um canal pélvico estenosado (JOHNSTON; TOBIAS, 2017).

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que a colectomia subtotal foi uma técnica eficaz no tratamento do megacólon secundário da paciente, contribuindo para a melhora da qualidade de vida da paciente e da tutora.

6. REFERÊNCIAS

GARCÍA-PERTIERRA, S.; GONZÁLEZ-GASCH, E.; PUYOL, C. C.; BOIXEDA, J. M. C. Dynamic chronic rectal obstruction causing a severe colonic dilatation in a cat. **Journal of Feline Medicine and Surgery Open Reports**, v. 3, n. 2, p. 1-5, 2017.

JOHNSTON S. A.; TOBIAS K. M. (Org.) **Veterinary surgery small animal**. Missouri: Saunders, 2017.

RADLINSKY, M. G. Cirurgia do sistema digestório. In: FOSSUM, T. **Cirurgia de pequenos animais**. Rio de Janeiro: Elsevier, cap. 20 p. 548-551; 2015.

SILVA, Renata Bernabé da. Megacólon secundário à estenose de pelve em felinos: revisão de literatura. **Trabalho de conclusão de curso (TCC)**, 2017.