MANEJO DE CORPO ESTRANHO EM ESÔFAGO TORÁCICO EM CÃO – RELATO DE CASO

Gabriel Luiz Montanhim¹, Paola Castro Moraes², Cynthia Marchiori Bueno³, Michelli Fenerich⁴, Diego Iwao Yamada⁵

¹ Residente em Clínica Cirúrgica de Pequenos Animais da Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias/UNESP – Câmpus Jaboticabal, São Paulo, Brasil.

gabrielmontanhim@yahoo.com.br

² Professora Assistente Doutora do Departamento de Clínica e Cirurgia Veterinária da Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias/ UNESP- Câmpus Jaboticabal, São Paulo, Brasil.

³ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Veterinária da Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias/UNESP- Câmpus Jaboticabal, São Paulo, Brasil.

⁴ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina Veterinária da Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias/UNESP- Câmpus Jaboticabal, São Paulo, Brasil.

⁵ Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Veterinária da Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias/UNESP- Câmpus Jaboticabal, São Paulo, Brasil

Recebido em: 03/10/2016 – Aprovado em: 21/11/2016 – Publicado em: 05/12/2016

DOI: 10.18677/EnciBio_2016B_064

RESUMO

Corpos Estranhos Esofágicos são objetos que levam à obstrução parcial ou total do lúmen esofágico, tendo como principais causas das obstruções ossos deglutidos, principalmente por cães. Eles se alojam no esôfago por terem seu diâmetro maior que a luz do órgão ou por possuírem arestas afiadas. Relatou-se o caso de um cão que deu entrada ao Hospital Veterinário “Governador Laudo Natel” da UNESP Câmpus de Jaboticabal, apresentando engasgos e hiporexia. Após exames radiográficos simples foi constatada a presença de corpo estranho em porção torácica do esôfago do paciente. O objeto foi deslocado para o estômago e retirado, por meio de gastrotomia. O relato tem objetivo de mostrar que, com uma simples e cuidadosa manobra realizada, pode se evitar a toracotomia para retirada de corpo estranho em esôfago torácico, procedimento com maiores chances de complicações trans e pós-operatórias.

PALAVRAS-CHAVE: canino, obstrução esofágica, osso

MANAGEMENT OF THORACIC ESOPHAGEAL FOREIGN BODY IN DOG - CASE REPORT

ABSTRACT

Esophageal Foreign Bodies are objects that lead to partial or total obstruction of the esophageal lumen, the main causes of bone obstructions swallowed, mainly dogs. They are lodged in the esophagus for having its larger diameter than the light of the body or having sharp edges. the case was reported of a dog who was admitted to the

Veterinary Hospital "Goernador Laudo Natel" of UNESP Campus of Jaboticabal, with gagging and appetite loss. After simple radiographic examinations confirmed the presence of foreign body in the chest portion of the patient's esophagus. The object has been moved to the stomach and removed through gastrostomy. The report is intended to show that, with a simple and careful maneuver performed, can be avoided thoracotomy for removal of foreign body in thoracic esophagus, a procedure with a greater chance of complications trans and postoperative.

KEYWORDS: bone, canine, esophageal obstruction,

INTRODUÇÃO

A presença de corpos estranhos esofágicos (CEE) é considerada emergência em Medicina Veterinária, sendo a deglutição de ossos a maior ocorrência (GIANELLA et al., 2009, JUVET et al., 2010, THOMPSON et al., 2012, FOSSUM, 2014), além de bolas, brinquedos, anzóis e pedaços de madeira, que podem levar ao quadro de obstrução (THOMPSON et al., 2012).

CEE estão tipicamente alojados na região onde há estreitamento fisiológico no esôfago, como a faringe, entrada do tórax, base do coração e o hiato esofágico do diafragma (JUVET et al., 2010, KÖNIG et al., 2011). A maioria das obstruções está localizada entre a base do coração e o diafragma (THOMPSON et al., 2012). Os corpos estranhos se alojam no esôfago, pois a luz do órgão é menor que o objeto ou por possuírem áreas afiadas, fazendo com que este se prenda à mucosa esofágica (FOSSUM, 2014). Animais que possuem apetite depravado ou aqueles de porte pequeno, acabam sendo mais predispostos a apresentarem obstrução esofágica por Corpos Estranhos CE (NELSON & COUTO, 2010).

Todo paciente que der entrada a atendimento veterinário apresentando engasgos, náuseas, tosse, vômitos, regurgitação, ptialismo, disfagia e odinofagia (dor ao deglutir), a suspeita da ingestão de CE deve ser investigada (THOMPSON et al., 2012, MUDADO et al., 2015), sendo a disfagia e a regurgitação, os sinais observados com maior frequência (FOSSUM, 2014). Além disso é relatada a presença de angústia respiratória e inquietação ou até mesmo nenhuma alteração durante o exame físico (GIANELLA et al., 2009, JUVET et al., 2010). Quando a obstrução for parcial, o animal consegue reter os líquidos ingeridos (KYLES, 2007).

Para diagnosticar a presença de um CE, comumente é usado o exame radiográfico, com projeções torácicas e abdominais, com radiografias simples ou contrastadas (GIANELLA et al., 2009) na qual a visibilização dos objetos é relativamente simples quando o material for osso ou metais, porém o diagnóstico será dificultado quando estes forem radiolucentes. Ao exame ultrassonográfico, qualquer CE apresenta-se como uma imagem hiperecótica, com ou sem sinais indiretos, representados por um halo hipoeecótico e/ou sombra acústica (MARONEZI et al., 2015). O exame radiológico somado a todo conjunto clínico apresentado, acaba sendo suficiente para CEs serem diagnosticados.

Pode ser feito o estudo por contraste, conhecido como esofagograma, quando não houver a possibilidade de fazer endoscopia. O contraste usado para realização do exame deve ser iodado ou a base de bário (GIANELLA et al., 2009). Quando houver suspeita de perfuração esofágica, deve-se fazer o uso de contrastes iodados com baixa osmolaridade, minimizando assim os riscos de mediastinite e pneumonia. Caso não haja evidências radiográficas e a suspeita for de pequena ruptura, acaba-se optando pelo uso do contraste a base de bário (THOMPSON et al., 2012). Deve ser levado em consideração que o edema e a reação inflamatória podem não deixar que o extravasamento do contraste ocorra (GIANELLA et al., 2009).

Quando houver disponibilidade, deve se tentar primariamente a visualização e se possível, a remoção do objeto com auxílio de endoscópio e pinça que possa apreendê-lo, trazendo-o para fora da luz do esôfago (SEN et al., 2013, RODRIGUES-PINTO et al., 2014). Fica contraindicada a realização de esofagograma antes da endoscopia, devido à limitação do campo visual (SILVA et al., 2015).

A retirada pode ser feita por meio de procedimentos como torocatomia e esofagotomia ou gastrotomia, quando o objeto for progredido para o estômago (LEIB & SARTOR, 2008). Quando o CE não puder ser removido, ele deve ser empurrado para o estômago para se realizar gastrotomia e sua retirada (GIANELLA et al., 2009). Para escolha do melhor procedimento, deve ser levado em consideração: presença de perfuração; impossibilidade de remoção via endoscopia ou característica do CE, como por exemplo, possuir áreas afiadas e, desta forma, permanecer aderido à mucosa do esôfago (FOSSUM, 2014).

São relatadas algumas complicações associadas a um CEE, tais como esofagite e ruptura esofágica, seguidas de pneumonia aspirativa e estenose esofágica (GIANELLA et al., 2009). Além disso, a ocorrência de casos mais severos como pneumotórax, hemotórax, pneumomediastino, pneumonias, fístula bronco-esofágica, fístula aorto-esofágica, parada cardiorrespiratória e morte, devem ser consideradas neste quadro.

RELATO DE CASO

Deu entrada ao Hospital Veterinário “Governado Laudo Natel” da UNESP – Câmpus de Jaboticabal um cão macho de um ano de idade, sem raça definida, pesando 7,4 kg, com suspeita de ingestão de corpo estranho, pois havia comido pedaços de pano havia cinco dias. O paciente apresentava como principais sinais clínicos engasgos e hiporexia. Foi observado que o paciente apresentava quadro compatível com engasgos, tossindo como se algo estivesse preso em sua garganta, mimetizava vômitos, ocorrendo regurgitação do pouco alimento ingerido. Neste interim houve perda do apetite, pois só se alimentava de ração batida em liquidificador. Não havia demais queixas. O animal foi levado a um serviço veterinário em sua cidade de origem, sendo realizada fluidoterapia subcutânea e medicações que a tutora não sabia informar. No exame físico, apresentava-se alerta e com padrões fisiológicos dentro da normalidade e do esperado com frequência cardíaca de 124 bpm¹, frequência respiratória em 24 mrpm², TPC³ em dois segundos, mucosas normocoradas, normohidratados, sem alterações em linfonodos periféricos, sons cardíacos e palpação abdominal. Os exames hematológicos também não acusaram nenhuma alteração digna de nota.

Foram realizadas radiografias simples, nas quais foi constatada a presença de um Corpo Estranho em esôfago torácico (Figura 1). O paciente foi anestesiado e uma sonda gástrica foi lubrificada com gel a base de água e inserida no esôfago. Cuidadosamente, com movimento no sentido horário, o corpo estranho foi deslocado para o estômago, o que foi comprovado mediante nova radiografia (Figura 2). Em seguida, foram realizadas radiografias contrastadas a base de iodo para descartar possível ruptura esofágica iatrogênica (Figura 3).

¹ Batimentos por minuto

² Movimentos respiratórios por minuto

³ Tempo de preenchimento capilar

FIGURA 1: imagem radiográfica latero-lateral evidenciando a presença de um Corpo Estranho na porção caudal do esôfago torácico. Setor de Diagnóstico por Imagem - UNESP Câmpus de Jaboticabal.

FIGURA 2: Imagem radiográfica latero-lateral evidenciando o deslocamento do Corpo Estranho para o estômago com auxílio de sonda gástrica (círculo). Setor de Diagnóstico por Imagem - UNESP Câmpus de Jaboticabal.

FIGURA 1: Imagem radiográfica contrastada com contraste a base de iodo, mostrando a integridade do esôfago, dilatado pela obstrução. Setor de Diagnóstico por Imagem - UNESP Campus de Jaboticabal.

O paciente foi encaminhado para realização de gastrotomia e retirado do estômago, o objeto que era um pedaço de osso, aparentemente o esterno de uma ave, bem como pedaços de linhas (Figura 4).

FIGURA 4: A - Corpo Estranho retirado do estômago do paciente, supostamente o osso esterno de uma ave. B - comprimento do osso, medindo cerca de 4,5 cm x 2 cm de largura x 4 cm de altura. C - pedaços de linha que foram retirados do estômago do paciente. Clínica Cirúrgica de Pequenos Animais - UNESP Câmpus de Jaboticabal, novembro de 2014.

O transoperatório ocorreu sem nenhuma complicação. As recomendações pós-operatórias foram instruídas a tutora, bem como as prescrições a base de analgesia, proteção gástrica, terapia antimicrobiana e anti-inflamatórios esteroidais. As medicações prescritas foram Lisador®⁴ (1 gota/kg, tid, 7 dias), Omeprazol (1 mg/kg, sid, 10 dias), Enrofloxacin (5 mg/kg, bid, 10 dias), Metronizadol (17 mg/kg, bid, 10 dias) e Prednisona (1 mg/kg, bid, até novas recomendações). Foi orientado que a tutora oferecesse comida pastosa nas primeiras 48 horas, além do uso constante da roupa cirúrgica. Nos retornos pós-operatórios o paciente apresentou-se bem e sem nenhuma complicação, tendo alta médica após a retirada dos pontos.

DISCUSSÃO

A idade do animal abordado corrobora o descrito em literatura, uma vez que autores como KYLES (2007) e FOSSUM (2014), citam que a afecção é comum em cães com menos de três anos. Foram feitos exames radiográficos que constataram a presença de CEE na porção caudal do órgão. A suspeita seria de CE linear devido as informações ditas pela tutora, porém as imagens indicaram presença de algo sólido obstruindo a luz do órgão.

Devido à localização e quadro clínico estável do paciente, foi tentado primariamente progredir o objeto para o estômago com auxílio de uma sonda, o que fora conseguido com êxito, e logo em seguida confirmado com outra radiografia. Para averiguar a possibilidade de laceração esofágica, foram feitas radiografias contrastadas. Quando existe a suspeita de ruptura esofágica, o contraste de escolha deve ser aquele a base de iodo, pois o bário, quando extravasado para o mediastino, pode causar pneumonia, mediastinite e severa reação granulomatosa do CE (THOMPSON et al., 2012).

Recentes estudos em medicina sugerem que o efeito do bário na cavidade torácica tem pouca significância clínica. (JACKSON et al., 2014). Quando pequenas quantidades de bário forem aspiradas, a ação ciliar e ato de tossir serão suficientes para a retirada do composto dos pulmões, ao contrário do que ocorre quando compostos iodados que possuem alta-osmolaridade são aspirados, que podem ocasionar quadros severos de edema pulmonar (JACKSON et al., 2014). Além disso, o bário tem maior sensibilidade para detectar pequenas perfurações, quando comparado aos contrastes iodados (THOMPSON et al., 2012).

O manejo para evitar uma esofagotomia foi realizado devido ao maior risco cirúrgico, haja vista que o esôfago não possui a camada serosa, não havendo deposição de fibrina tão rápida quanto em outros órgãos do trato gastrointestinal, levando assim a um aumento no tempo de reparação tecidual (THOMPSON et al., 2012). Além disso, dependendo da posição do CE deve ser realizada uma toracotomia, técnica esta que apresenta inúmeras complicações no trans e pós-operatórios (MAVROUDIS & KUCHARCZUK, 2014).

A gastrotomia ocorreu sem nenhuma complicação e dentro dos preceitos citados em literatura (FOSSUM, 2014). Foi retirado do interior do órgão pedaços de tecidos e um osso que aparentemente era o osso esterno de um ave. Para sutura do órgão, foi usado padrão duplo invaginante seromuscular (*Cushing*) com fios nylon 2-0, na qual na primeira sutura incorporou as camadas serosa, muscular e submucosa e a segunda as camadas serosa e muscular (FOSSUM, 2014). Foi realizada a omentopexia sobre a incisão, pois o omento possui efeitos angiogênicos, imunogênicos e vasogênicos, ajudando na drenagem linfática do local e no processo

⁴ Dipirona sódica, cloridrato de prometazina e cloridrato de adifenina

cicatricial, além de evitar a formação de aderências (HOSGOOD, 2014). A musculatura foi suturada com fios nylon 2-0 no padrão Sultan, o subcutâneo com padrão zigue-zaque com fio poliglecarprone 2-0 e a dermorráfia realizada com fios nylon 3-0 no padrão simples separado.

Estudos anteriores (GIANELLA et al., 2009, RODRIGUES-PINTO et al., 2014) mostram que o tamanho e a composição do CE, juntamente com a duração da obstrução esofágica são relacionados a maiores danos na mucosa e na morbidade do paciente. Porém JUVET et al. (2010) e THOMPSON et al. (2012) relatam que a composição e o tamanho do objeto não têm significância para a severidade da esofagite.

A presença do CE em si, já é um estímulo para a formação do processo inflamatório local, além disso, o aumento do peristaltismo, a presença de sialorreia e de refluxo gástrico, levam a um agravamento da esofagite (GIANELLA et al., 2009). Corpos estranhos que estão alojados na porção caudal do esôfago levam a um grau de esofagite mais alto, quando comparados àqueles presentes nas demais porções do esôfago. Isso ocorre porque o CE que está nessa região tem mais contato com o ácido gástrico oriundo do refluxo (THOMPSON et al, 2012).

Junto com a terapia medicamentosa, foi prescrita alimentação pastosa por 48 horas, voltando gradativamente para a dieta sólida, em sete dias. A dieta pastosa é uma maneira de evitar que o conteúdo alimentar lesione ainda mais a mucosa esofágica. Além disso, o manejo alimentar faz parte do pós-operatório de gastrotomia, uma vez que o alimento já processado torna-se menos agressivo para o estômago que esta em processo de reparação tecidual.

Uma complicação a longo prazo da obstrução por CEs é a estenose do esôfago, devido à reação fibroelástica que ocorre na área. O uso de dieta pastosa no pós-operatório também é indicado para redução das chances de desenvolver estenose na luz do órgão (JUVET et al., 2010).

CONCLUSÕES

A presença de Corpos Estranhos Esofágicos é relativamente comum em Medicina Veterinária, sendo muitas vezes afecções de condutas emergenciais. Para um bom e rápido diagnóstico deve ser feita a anamnese detalhada e exame físico, somado a exames de imagens simples e contrastados. Para se decidir a conduta adequada, devem ser levados em consideração o quadro clínico do paciente e qual tipo de objeto esta causando a obstrução. Se não houver qualquer tipo de complicação, o prognóstico da afecção torna-se favorável.

REFERÊNCIAS

FOSSUM, T.W. Cirurgia do Sistema Digestório. In: **Cirurgia de Pequenos Animais**. 4. ed. Rio de Janeiro. Elsevier, Cap 20, p 386 – 583, 2014.

GIANELLA, P.; PFAMMATTER, N. S.; BURGNER, I. A. Oesophageal and gastric endoscopic foreign body removal: complications and follow-up of 102 dogs. **Journal of Small Animal Practice**, v. 50, n. 12, p. 649-654, 2009.. Disponível em : < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-5827.2009.00845.x/abstract?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+unavailable+for+up+to+3+hours+on+Saturday+19th+March+2016+from++11%3A00-14%3A00+GMT+%2F+07%3A00-10%3A00+EDT+%2F+19%3A00-22%3A00+SGT+for+essential+maintenance.++Apologies+for+the+inconvenience.&u>

serIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=>
DOI: 10.1111/j.1748-5827.2009.00845.x

HOSGOOD, G. Omentum as a Surgical Tool. In: **Current Techniques In Small Animals Surgery**. 5th ed. Cap 23, p 361- 367. 2014.

JACKSON, M.; KAPUR, N.; GOYAL, V.; CHOO, K.; SARIKWAL, A.; MASTERS, L.B.; ISLES, A.F. Barium aspiration in an infant: a case report and review of management. **Frontiers in pediatrics**, v. 2, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4013468/>>
DOI: 10.3389/fped.2014.00037.

JUVET, F.; PINILLA, M.; SHIEL, R.E.; MOONEY, C.T. Oesophageal foreign bodies in dogs: factors 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

KÖNIG, H.E.; SÓTONYI, P.; LIEBICH, H.G. Sistema Digestório (Apparatus Digestorius). In: **Anatomia dos animais doméstico**. 4. ed. Porto Alegre, Artmed, Cap 7, p 321 – 388, 2011.

KYLES, A.E. Esôfago. In: Slatter, **Manual de Cirurgia de Pequenos Animais**. 3.ed. Manole, v.I, Cap 39, p 573 – 591, 2007.

LEIB, M.S.; SARTOR, L.L. Esophageal foreign body obstruction caused by a dental chew treat in 31 dogs (2000–2006). **Journal of the American Veterinary Medical Association**, v. 232, n. 7, p. 1021-1025, 2008. Disponível em: < <http://avmajournals.avma.org/doi/abs/10.2460/javma.232.7.1021>>
doi: 10.2460/javma.232.7.1021

MARONEZI, M.C.; AVANTE, M.L.; ROLEMBERG, D.S.; FELICIANO, M.A.R.; CANOLA, J.C. Faringe, Esôfago e Estômago. **Diagnóstico por imagem: em cães e gatos**. 1ª Edição. São Paulo. MedVet, Cap 15, p 487 – 515, 2015.

MAVROUDIS, C.D.; KUCHARCZUK, J.C. Acute Management of Esophageal Perforation. **Current Surgery Reports**, v. 2, n. 1, p. 1-8, 2014. Disponível em: < <http://link.springer.com/article/10.1007/s40137-013-0034-x#page-1>> DOI 10.1007/s40137-013-0034-x

MUDADO, M.M.; DEL CARLO, R.J.; BORGES, A.P.B.; COSTA, P.R.S. Obstrução do trato digestório em animais de companhia, atendidos em um Hospital Veterinário no ano de 2010. **Ceres**, v. 59, n. 4, 2015. Disponível em: < <http://www.ceres.ufv.br/ojs/index.php/ceres/article/view/3872>>

NELSON, R.W.; COUTO, C.G. Doenças da cavidade oral, da faringe e do esôfago. In: **Medicina Interna de Pequenos Animais**. 4. ed. Rio de Janeiro. Elsevier, Cap. 31, p. 414-425, 2010.

RODRIGUES-PINTO, 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/S087281781300115X>>
doi:10.1016/j.jpg.2013.10.003

ŞEN, Y.; ERGIN, I.; SENEL, O.O.; BUMIN, A. Esophageal Foreign Body in a Dog: Clinic, Radiographic and Endoscopic Findings and Surgical Treatment. **Animal Health, Production and Hygiene**. Turkey, p.206 – 208, 2013. Disponível em: < <http://www.aduveterinaryjournal.com/files/1405.pdf>>

SILVA, L.; MACHADO, V.M.V. O USO DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EM PEQUENOS ANIMAIS. **Veterinária e Zootecnia**, v. 22, n. 01, p. 15-25, 2015. Disponível em: < <http://www.fmvz.unesp.br/rvz/index.php/rvz/article/view/609>>.

THOMPSON, H.C.; CORTES, Y.; GANNON, K.; BAILEY, D.; FREER, S. Esophageal foreign bodies in dogs: 34 cases (2004–2009). **Journal of Veterinary Emergency and Critical Care**, v. 22, n. 2, p. 253-261, 2012. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1476-4431.2011.00700.x/abstract?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+unavailable+for+up+to+3+hours+on+Saturday+19th+March+2016+from++11%3A00-14%3A00+GMT+%2F+07%3A00-10%3A00+EDT+%2F+19%3A00-22%3A00+SGT+for+essential+maintenance.++Apologies+for+the+inconvenience.&userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=>>>
DOI: 10.1111/j.1476-4431.2011.00700.x