

Atresia anal associada à fístula retovaginal e divertículo retal em gata com cardiopatia congênita

Anal atresia associated with rectovaginal fistula in retal diverticula a female cat with congenital heart disease

Jorge Luiz Costa Castro - Doutorando em Cirurgia do Programa de Pós-graduação em Medicina Veterinária da UFSM - RS. E-mail: castrojlc@gmail.com

Larissa Ribeiro de Paula - Médica Veterinária Autônoma, Rio de Janeiro, RJ.

Sérgio Santalucia Ramos da Silva - Médico Veterinário Autônomo, Rio de Janeiro, RJ.

Verônica Souza Paiva Castro - Mestranda em Patologia Clínica pelo Programa de Pós-graduação em Medicina Veterinária da UFSM - RS.

Karen da Cruz Berquó Ururahy - Médica Veterinária Autônoma, Rio de Janeiro, RJ.

Marcos Vinicius Mota Pires - Prof. M.Sc. - Anestesia e Técnica Cirúrgica do Curso de Medicina Veterinária da Universidade Castelo Branco - RJ.

Alceu Gaspar Raiser - Prof. Dr. Departamento de Clínica de Pequenos Animais do Centro de Ciências Rurais da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM - RS.

Castro JLC, Paula LR, Silva SSR, Castro VSP, Ururahy KCB, Pires MVM, Raiser AG. Medvop - Revista Científica de Medicina Veterinária - Pequenos Animais e Animais de Estimação; 2012; 10(33); 1-637.

Resumo

Uma gata foi apresentada com atresia anal associada à fístula retovaginal. Mediante intervenção cirúrgica, a fistula foi fechada e foi criado um neorifício anal. Embora algumas complicações sistêmicas tenham sido diagnosticadas após oito meses da intervenção, elas podem ou não estar relacionadas a esta doença congênita. O tratamento cirúrgico foi eficaz no salvamento da paciente, além de fornecer boa qualidade de vida, frente a esta deficiência. Objetivo: enfatizar a importância do diagnóstico e o resultado do tratamento em um felino apresentando atresia anal associada à fístula retovaginal e divertículo retal.

Palavras-chave: *feliscatus*, cirurgia, anomalia congênita

Abstract

A female cat, 45 days old and 0.6 kg was presented with anal atresia and rectovaginal fistula. The fistula was closed and a new anal orifice was made through surgery. Although some complications have been diagnosed after eight months of life, these alterations may or may not be related to previous congenital disease. Surgery was effective to save the patient's life in addition to providing good quality of life, compared to this deficiency. Objective: lay emphasis on importance of diagnosis and treatment of a cat with anal atresia associated with rectovaginal fistula.

Keywords: *feliscatus*, surgery, congenital anomaly.

Introdução

Atresia consiste em uma condição na qual um órgão ou orifício condutor do corpo é anormalmente fechado ou ausente, enquanto que fístula consiste em uma condição na qual ocorre comunicação entre um órgão e o meio externo ou dois órgãos entre si. A atresia anal (AA) consiste em uma má formação congênita incomum (1) podendo ser classificada em quatro tipos: I o reto termina como uma bolsa cega cranial à membrana anal; II a bolsa retal termina mais cranialmente à membrana anal; III o final do reto e ânus se encontram normais e há atresia no canal

pélvico, e IV, em fêmeas, uma fístula conectando o trato urogenital com o retal acompanha a atresia anal (2).

A prevalência da AA, aparentemente, é maior em cães quando comparada com os gatos (1) e costuma aparecer logo após o desmame (1,3). Não se sabe ao certo a real incidência, uma vez que a maioria dos filhotes que nascem com essas alterações são submetidos à eutanásia (4). Animais de ambos os sexos podem ser afetados, entretanto, em humanos e cães, a incidência em machos é maior (5). Os sinais clínicos normalmente variam de acordo com o tipo de AA presente, e incluem distensão e desconforto à palpção abdominal, além da presença de fezes no canal vagi-

nal e vulva com ou sem tenesmo, no tipo IV (1,2). Animais com fístula retovaginal ou retouretral são frequentemente normais dependendo do diâmetro da fístula e da gravidade do megacolon secundário (3). A fístula retovaginal é incomum e consiste em uma comunicação epitelial anormal entre a parede ventral do reto e a parede dorsal e caudal da vagina, podendo ser congênita ou adquirida (6,7). As causas adquiridas incluem lesão no momento do parto, endometriose, doença inflamatória intestinal, agressão cirúrgica e neoplasia retal e/ou vaginal (2, 7, 8). O diagnóstico da AA varia de acordo com o tipo, sendo mais facilmente diagnosticada quando é do tipo IV, por meio de simples observação da falta de abertura anal ao exame físico (9,10), a presença da fístula (4) e passagem de fezes aquosas pela vulva que se apresenta hiperêmica (11). A radiografia simples poderá demonstrar a presença de gás no cólon que poderá se deslocar caudalmente até o reto e marcar o limite da parede deste. Todos os tipos de AA normalmente apresentam um esfíncter anal e seu suprimento nervoso intacto, embora o esfíncter possa ser pouco desenvolvido (11).

O tratamento consiste na correção cirúrgica das alterações pelo reparo local ou transabdominal (6, 7) e a correção do tipo IV (fístula retovaginal) envolve o fechamento de ambos os defeitos retal e vaginal (11), nesses casos os resultados são melhores quando divididos em dois procedimentos em dias distintos (1,3). Visto que estes pacientes são de pequeno porte, são comuns as dificuldades na realização da técnica e as complicações, tanto durante quanto depois da cirurgia (3). O ânus é então aberto com uma incisão de pele em forma de cruz e o reto, após exposição, é suturado ao tecido subcutâneo e a pele com pontos simples interrompidos com fio inabsorvível número 4-0 (11). Pode ser necessária a abordagem abdominal para que a porção terminal do cólon e o reto sejam mobilizados, de modo que estas partes possam ser retraídas caudalmente e suturadas ao ânus (técnica de "pull-trough"). A atresia anal pode ser corrigida durante a primeira operação, e a fístula retovaginal pode ser corrigida mais tarde, quando o animal estiver em melhor

condição, quando será menor o risco anestésico (3).

Entre as complicações relatadas após a cirurgia, incontinência fecal é uma das mais importantes (1). Ela poderá ocorrer no pós-operatório e por muitas semanas ainda. A função esfinteriana pode retornar após algum tempo. Em alguns casos, o megacolon pode estar presente e é devido à obstrução retal crônica; até o diagnóstico pode ser irreversível. A constipação pode ser um problema persistente apesar da restauração da região anorretal (11). Há sempre o maior risco de deiscência e infecção quando a cirurgia é principalmente referente à anomalia do tipo IV. A estenose do reto é também mais comum quando ocorrem exposição e sutura desse segmento do trato intestinal (11).

O prognóstico é reservado, uma vez que os animais acometidos são muito jovens e, normalmente, apresentam condições clínicas ruins, mesmo quando submetidos a procedimento cirúrgico (4), entretanto, quanto mais precoce for feita a correção cirúrgica, melhores serão os resultados (1,12). O animal acometido com uma dessas anomalias tem menor chance de sobrevivência ao procedimento cirúrgico devido à idade e a sua condição debilitada no momento do diagnóstico (11). Má formação do trato gastrointestinal em felinos é rara (13), justificando o relato deste caso.

Relato de Caso

Uma gata sem raça definida com 45 dias de idade, 0,6 kg foi encaminhada para atendimento por apresentar distensão abdominal, vocalização frequente, tenesmo e fezes líquidas sendo eliminadas pela vulva, indicando a presença de fístula retovaginal (figura 1A e B). Ao exame físico observou-se ausência da perfuração anal, períneo protuberante, desconforto e dor à palpação abdominal com presença de grande quantidade de fezes, de consistência endurecida no cólon. A origem da paciente era desconhecida, sendo adotada da rua, sem seus irmãos ou progenitora.

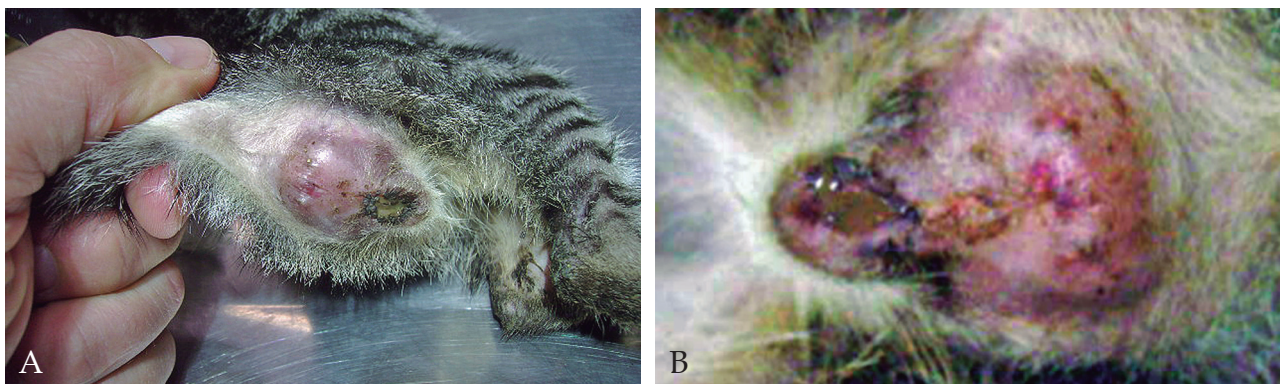


Figura 1 - Felino com 45 dias de idade apresentando região perineal protrusa, observar em [a] e [b] a ausência de abertura anal e presença de fezes pela vulva.

Atresia anal associada à fístula retovaginal e divertículo retal em gata com cardiopatia congênita

Ela foi encaminhada para correção cirúrgica emergencial já no momento do primeiro atendimento. Após indução anestésica com isoflurano volatilizado em oxigênio, por máscara, procedeu-se intubação orotraqueal, e manutenção anestésica com o mesmo fármaco. Associou-se anestesia peridural com cloridrato de lidocaína associada a um vasoconstritor, na dose de 7mg kg^{-1} . Uma vez o animal em plano anestésico, o fêmur direito foi puncionado com agulha 40x07 na região da fossa trocântérica, por onde foi administrada fluidoterapia trans-operatória com solução NaCl 0,9%. Após anti-sepsia, a gata foi posicionada em decúbito dorsal e promovido o rompimento da membrana anal com uma incisão longitudinal na região mediana. Procedeu-se

divulsão até encontrar o reto, que foi suturado com a pele, com pontos simples utilizando fio de ácido poliglicólico 3-0. Uma celiotomia retro-umbilical para colotomia foi realizada, para retirada de fezes ressequidas de todo o cólon. Optou-se pelo não fechamento da fístula retovaginal nesta intervenção. No pós-operatório foi preconizada alimentação com ração úmida para felinos, óleo mineral (2 ml, VO, SID) durante 10 dias, meloxicam ($0,1\text{ mg kg}^{-1}$, IM, SID) durante quatro dias, ceftiofur ($2,2\text{ mg kg}^{-1}$, SC, SID) durante dez dias, limpeza da ferida cirúrgica com solução NaCl 0,9% e uso de clorexidina a 0,2% tópico, de 8-8 horas. Após sete dias houve deiscência de sutura e a abertura anal voltou a estenotar após 20 dias (figura 2A e B).

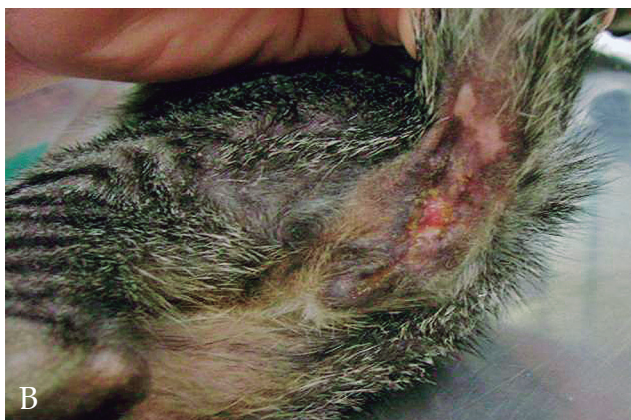
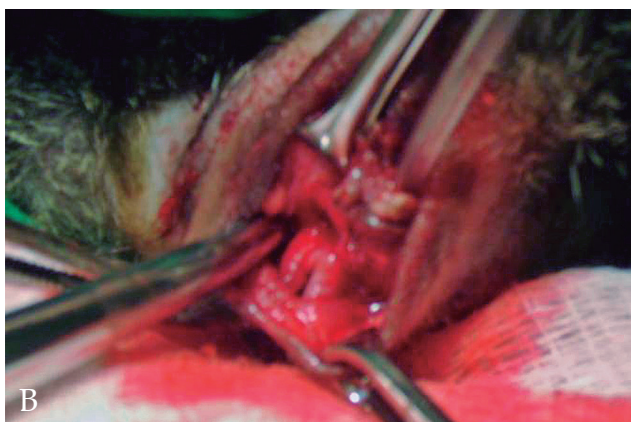


Figura 2 - Felino fêmea com 60 dias de idade imagem da região perineal. [A] região anal após deiscência de sutura e vulva sem presença de fezes. [B] aspecto da região anal após 20 dias da cirurgia, apresentando cicatrização secundária e estenose, fezes pastosas presentes na região de vulva.

Nova correção cirúrgica foi realizada através de incisão elíptica ao redor da estenose e efetuado concomitante fechamento da fístula retovaginal com fio ácido poliglicólico 3-0 (Figura 3A e B). Desta vez, uma porção maior do reto foi exteriorizada (pull-trough), e evertida para fixação

à pele com pontos simples e fio mononáilon 4.0 (Figura 3C e D). O pós-operatório foi o mesmo efetuado anteriormente, associando-se colar elizabetano. Com 30 dias, os pontos foram retirados e o animal não apresentou nova estenose anal, nem tão pouca presença de fezes na vulva.



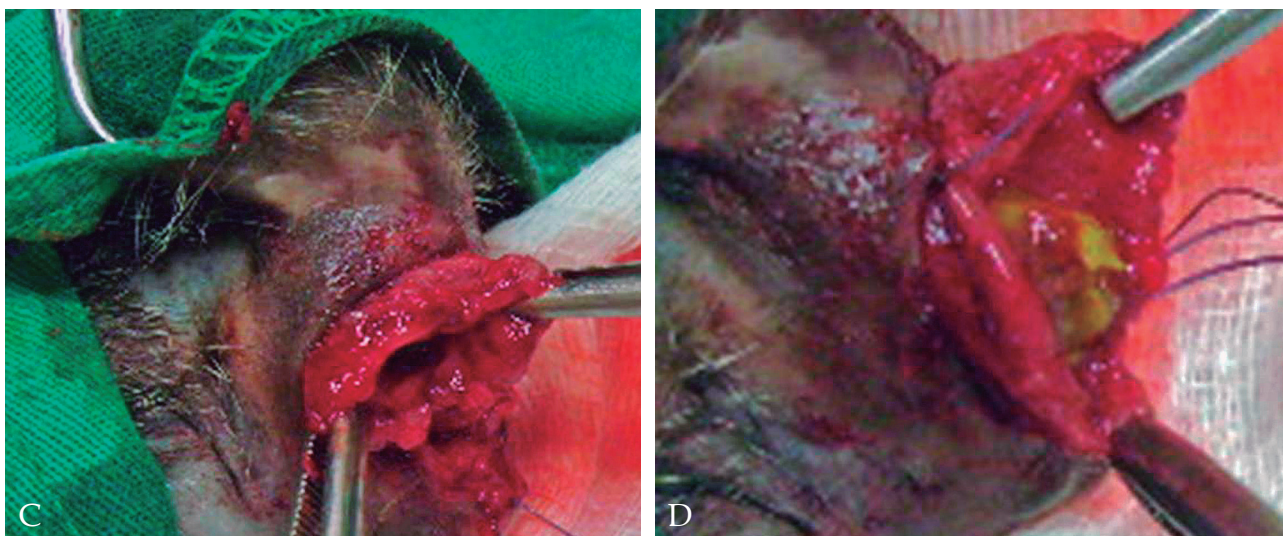


Figura 3 - Imagem fotográfica do animal felino, fêmea durante a intervenção cirúrgica na região de períneo. [A] incisão elíptica ao redor da estenose anal para dissecação e exposição do reto. [B] visualização da fístula e exposição do fechamento com fio ácido poliglicólico 3-0. [C] exposição do reto terminal através da técnica de "pull-through" e [D] sutura com pontos isolados e fio mononáilon 4-0.

Três meses após a retirada dos pontos efetuou-se ovariossalpingohisterectomia (OSH). A paciente apresentou esporadicamente constipação, sendo realizado enema com glicerina e solução fisiológica 0,9% toda vez que isto ocorria.

O animal foi submetido a exame radiográfico contrastado intestinal, pela técnica de enema opaco e de tórax após dois meses do procedimento de OSH (figura 4A e B). Nestes exames, foram identificados um divertículo retal e aumento da silhueta cardíaca a qual, por ecocardiograma,

revelou imagem compatível com presença de dilatação moderada do átrio e ventrículo direito e leve do ventrículo esquerdo (Figura 5A e B). As dimensões foram: saída de artéria aorta (normal) - 0,70 cm; átrio esquerdo (normal) - 1,04 cm e átrio direito - 1,5 cm. A paciente foi submetida à intervenção cirúrgica para correção do divertículo retal e mantém o acompanhamento a cada seis meses com avaliação pelo ecocardiograma. Atualmente com 4 anos de vida, a paciente apresenta uma vida normal com boa qualidade e funções fisiológicas normais.

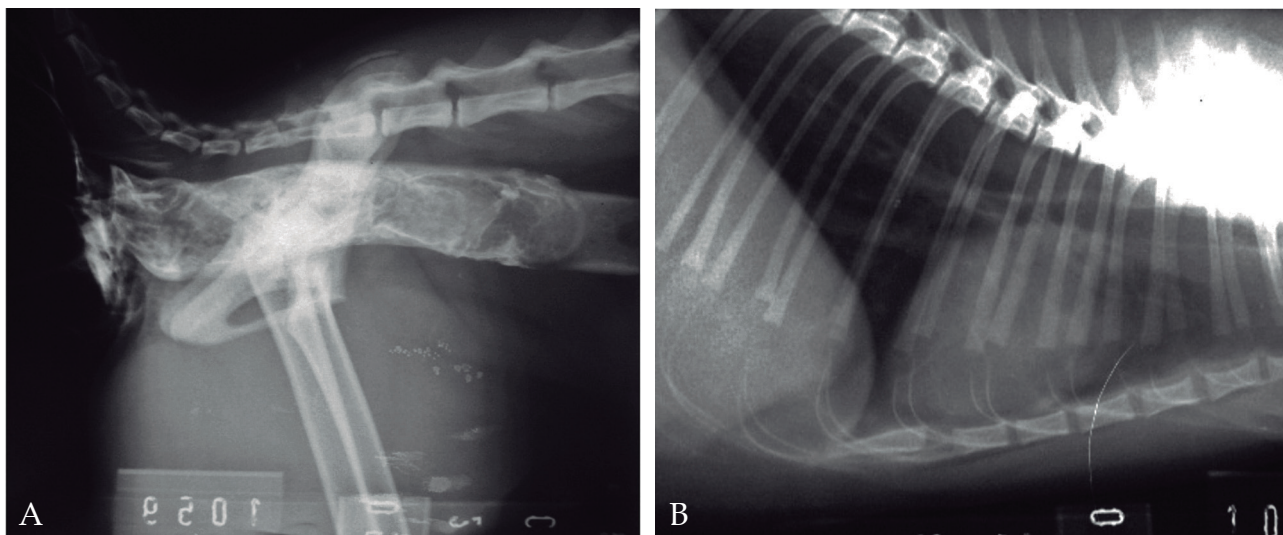


Figura 4 - Radiografia de felino fêmea com 8 meses de idade. [A] Imagem lateral de estudo radiográfico de cólon, utilizando a técnica de enema opaco e observando presença de divertículo retal (setas brancas). [B] Imagem radiográfica lateral de tórax demonstrando sugestivo aumento atrioventricular direito.

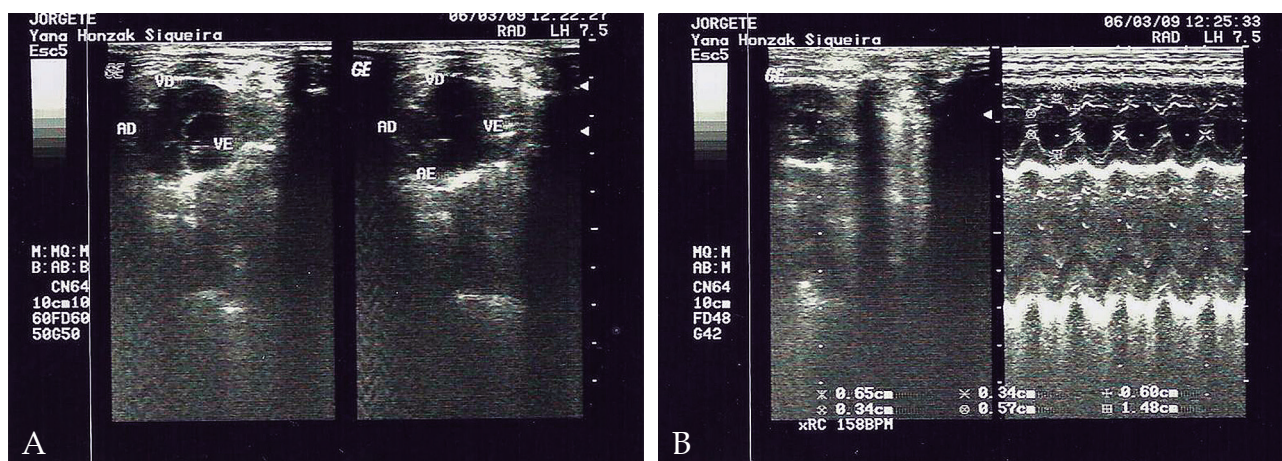


Figura 5 - Ecocardiografia de felino fêmea com 8 meses de idade. [A] Imagem demonstra presença de dilatação moderada do átrio (AD) e ventrículo direito (VD) e leve do ventrículo esquerdo (VE). Não foram percebidas alterações valvulares. [B] Imagem modo dopler pulsado: no exame foi observado boa contratilidade de miocárdio com fração de encurtamento de 50/52% (normal 50 - 65%). O fluxo foi obtido a partir da visão paraesternal esquerda, ritmo cardíaco de 167 bpm. Ventrículo esquerdo: sístole - 0,60 cm, diástole - 0,34 cm. Septo interventricular - sístole 0,60 cm diástole 0,34 cm. Parede livre de ventrículo esquerdo: sístole - 0,62 cm diástole - 0,39 cm.

Discussão

Mesmo com a rotina de atendimento aos felinos pelos profissionais autores deste relato de caso, esse foi o único caso atendido de atresia anal tipo IV em 22 anos, o que corrobora com os autores (4) em relação a casuística ser baixa e um dos fatores que pode contribuir para isso é a opção pela eutanásia dos proprietários destes pacientes acometidos. Os pacientes acometidos pela atresia anal tipo IV podem desenvolver cistite (1) manifestada por polaquiúria, disúria e hematúria (4). No caso em relato, pelo fato da urina não ter sido visibilizada, por se misturar às fezes presentes na região vulvar, hematúria e polaquiúria não puderam ser identificadas, adicionalmente, em decorrência do tenesmo apresentado pela paciente, não foi possível a identificação da disúria.

A antibioticoterapia pós-operatória foi eficaz no controle da infecção do trato urinário, uma vez que o antibiótico utilizado possuía um espectro maior sobre bactérias gram-negativas (14), como por exemplo, *Escherichia coli* e *Proteus sp*, que geralmente estão presentes nos casos onde há contaminação fecal do trato urinário (4); embora cultura e antibiograma possam confirmar e orientar melhor o tratamento, a gata, no caso, foi tratada como paciente de emergência crítica.

Os sinais clínicos, usualmente, se iniciam após o desmame (3), fato que não pôde ser observado nessa paciente, uma vez que ela foi encontrada sem sua progenitora e já desmamada; contudo pela estimativa de sua idade, certamente o desmame aconteceu a poucos dias do atendimento, pois a partir do momento em que começou a receber a ração seca oferecida pela proprietária, a tumefação perineal e os sinais de tenesmo e constipação apareceram o que a levou a procurar atendimento veterinário (9,10). O tratamento dessa malformação digestória

é cirúrgico (4) e pode ser efetuado em duas etapas, a primeira para correção da atresia anal e a segunda para correção da fístula retovaginal (3). Uma das considerações para se intervir em duas etapas é que a fístula é considerada uma distrofia cirúrgica e após a correção da causa que originou a sua formação, ela poderá fechar sem a necessidade de intervenção; e caso a técnica cirúrgica não tenha sido eficaz e ocorra estenose cicatricial, a fístula mantém a descarga do conteúdo fecal pastoso. No presente caso clínico a estenose esteve presente secundária a deiscência de sutura e a fístula somente foi fechada após o segundo procedimento. A deiscência da sutura é uma complicação esperada (11) principalmente por se tratar de uma intervenção cirúrgica contaminada e, neste relato, houve uma contribuição a esta complicação em decorrência da lambadura da paciente durante o pós-operatório da primeira intervenção; outro fator que pode ter contribuído para a deiscência foi a utilização de fio de sutura absorvível em uma região contaminada. Uma nova deiscência de sutura em novo procedimento com conseqüente estenose anal também é relatada como uma complicação esperada (1), entretanto, decorridos três anos do procedimento cirúrgico, esta complicação não foi observada.

O que foi observado após oito meses foi a presença de um divertículo retal, que não foi evidenciado no diagnóstico inicial, entretanto, após a realização da técnica de "pull-through", essa bolsa na parede lateral do reto pode ter se desenvolvido. Não foi observada deiscência de sutura o que poderia ter contribuído para o desenvolvimento desta complicação, todavia se tivesse ocorrido perda de algum ponto haveria contaminação da região pélvica uma vez que o reto fora deslocado caudalmente. O divertículo foi corrigido cirurgicamente dois meses após a castração. Uma das mais importantes complicações relatadas na correção da atresia anal tipo IV

Atresia anal associada à fístula retovaginal e divertículo retal em gata com cardiopatia congênita

é a incontinência fecal que afeta diretamente a qualidade da vida (1), contudo a paciente apresenta defecação normal com fezes secas sem sinais de incapacidade de controle das fezes, e não afetando a qualidade de vida (figura 6A e B). Acredita-se que o bom resultado foi devido a presença de um esfíncter anal com inervação preservada, embora pouco desenvolvida (11) e que provavelmente se adapte à nova função esfínteriana dessa região, pois os trabalhos relatam que essa função poderá retornar após algum tempo. Essa gata não apresentou constipação, o que poderia ser uma complicação secundária

ao megacolon que alguns pacientes poderão evidenciar devido à obstrução crônica (11); contudo o diagnóstico e a intervenção cirúrgica precoce limitam o desenvolvimento desta complicação (fecaloma e megacolon secundário).

Na medicina humana há relatos da associação da atresia anal com defeitos congênicos no sistema cardiovascular (11). A gata em discussão apresentou sinais clínicos e de imagem compatíveis com cardiopatia congênita que continua sendo monitorada por exames clínicos e de imagem a cada seis meses.



Figura 6 - Gata com 4 anos de idade. [A] Visualização da região anal com presença de fezes ressequidas e a mucosa retal; a vulva apresenta-se com aspecto clínico normal. [B] Observação da região anal com visibilização da mucosa retal.

Conclusão

Conclui-se que o tratamento cirúrgico da atresia anal associada à fístula retovaginal, em duas etapas, foi adequado para a manutenção da vida de paciente com atresia anal e fístula vaginal e promoveu uma boa qualidade de vida. Todo paciente com má formação congênita precisa ser investigado à presença de mais de uma alteração e isso deve preferencialmente ser realizado com auxílio de outros exames complementares.

Referências

1. Rahal SC, Vicente CS, Mortari AC, Mamprim MJ, Caporalli EHG. Recto-vaginal fistula with anal atresia in 5 dogs. *Can Vet J* 2007; 48:827-830.
2. Tsioli V, Papazoglou LG, Anagnostou T, Kouti V, Papadopoulou P. Use of a temporary incontinent end-on colostomy in a cat for the management of rectocutaneous fistulas associated with atresia ani. *J Feline Med Surg* 2009; 11:1011-1014.
3. Matthiesen DT, Marretta SM. Afecções do ânus e reto. In: Slatter D, editor. *Manual de cirurgia de pequenos animais*. 2th ed. São Paulo: Manole; 1998. p.760-780.
4. Souza HJM, Corgozinho KB, Rosário JMP, Silva AG, Daiha MC, Leivas RM. Fístula retovaginal associada à atresia anal em gata: relato de caso. *Clinica Veterinária* 2000; 29:26-29.
5. Cruz AM, Barber SM, Kaestner SBR, Townsend HGG. Urethrorectal fistula in a horse. *Can Vet J* 1999; 40: 122-124.
6. Soriano D, Lemoine A, Laplace C, Deval B, Dessolle L, Darai E et al. Results of recto-vaginal fistula repair: retrospective analysis of 48 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 96:75-79.
7. Nezhat CH, Bastidas JA, Pennington E, Nezhat FR, Raga F, Nezhat CR. Laparoscopic treatment of type IV rectovaginal fistula. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1998; 5(3): 297-299.
8. Shafik A. Non-surgical repair of rectovaginal fistulae. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 67:17-20.
9. Barreira AE, Márquez NA, Nicola MS, Pincheira SG, Bannura GC. Fístula colovaginal secundária a enfermidad diverticular complicada. *Rev Chilena de Cirugía* 2004; 56(5):490-494.
10. Birchard SJ, Sherding RG. *Manual of small animal practice*. 3th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006.
11. Bright RM, Bauer MS. *Surgery of the digestive system*. In: Sherding RG, editor. *The cat: diseases and clinical management*. 2th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1994. p.1353-1401.
12. Suess RP, Martin RA, Moon ML, Dallman MJ. Rectovaginal fistula with atresia ani in three kittens. *Cornell Vet* 1992; 82(2):141-153.
13. Heilberg IP, Schor N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário - ITU. *Ver Assoc Med Bras* 2003; 49(1): 109-116.
14. Arango ME, Múnera Duque A, Manotas R. Experiencia en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl sobre el manejo quirúrgico de los pacientes con ano imperforado. *Rev Colombiana de Cirugía* 2005; 20(1): 26-32.

Recebido para publicação em: 26/10/2011.
Enviado para análise em: 27/03/2012.
Aceito para publicação em: 11/07/2012.