

ARÍCIA GOMES SPRADA



**ESFINCTEROPLASTIA ANAL EXTERNA COM FÁSCIA LATA AUTÓLOGA NO
TRATAMENTO PARA INCONTINÊNCIA FECAL EM UM CÃO: RELATO DE CASO**

Monografia apresentada para conclusão
do Curso de Treinamento em serviço de
Medicina Veterinária da Universidade
Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Simone Domit
Guérios

CURITIBA

2012

SUMÁRIO

1. RESUMO -----	3
2. INTRODUÇÃO -----	4
3. OBJETIVOS GERAIS -----	5
4. METODOLOGIA -----	5
5. DISCUSSÃO -----	7
6. CONCLUSÃO -----	8
7. REFERÊNCIAS -----	9

1. RESUMO

A incontinência fecal é uma condição causada por diversos fatores de origem neurogênicos ou não neurogênicos. Embora esta afecção não represente prognóstico ruim quanto à vida dos pacientes, muitas vezes o proprietário opta pela eutanásia devido às dificuldades de convivência com o animal incontinente. O tratamento conservador consiste basicamente em mudança no manejo alimentar, porém em casos de incontinência esfíntérica grave o tratamento cirúrgico é o de eleição.

Diversas técnicas já foram descritas para resolução da incontinência de esfínter, no entanto, as complicações pós-operatórias e recidivas são altas. Este trabalho apresenta o caso de uma cadela Schnauzer de um ano de idade com incontinência fecal de origem iatrogênica submetida à esfínteroplastia anal com aloenxerto de fásia lata. O objetivo é relatar esta técnica cirúrgica como tratamento desta afecção. A esfínteroplastia através da fásia lata mostrou-se eficaz e de fácil aplicabilidade na correção da incontinência fecal.

2. INTRODUÇÃO

A incontinência fecal é definida como a passagem do reto para o esfíncter anal externo de fezes sólidas ou líquidas ou gás recorrente e incontrolado por pelo menos um mês em um indivíduo. As causas são variadas e, normalmente, a incontinência fecal ocorre quando um ou mais dos mecanismos de continência estão comprometidos (Müller et al., 2005). A incontinência do esfíncter pode ser de caráter neurogênico devido a danos aos nervos retais caudais, lesão no cordão espinhal sacral dos segmentos s1-s3 e ocasionado por danos ao nervo podendo periférico. A incontinência fecal não neurogênica pode ser decorrente de ressecção retal, trauma anorretal, prolapso retal, doença perineal grave e ressecção cirúrgica (Fossum, 2007).

As consequências clínicas normalmente não são consideradas de risco à saúde dos cães (Müller et al., 2005), porém a incontinência fecal muitas vezes dificulta e impede a convivência com cães portadores desta afecção, levando alguns proprietários a optarem pela eutanásia desses pacientes (Guilford, 1990).

O objetivo do tratamento para pacientes com incontinência fecal é restaurar a continência e melhorar a qualidade de vida. A escolha do tratamento deve ser baseada na severidade da doença, no estado geral do paciente (Müller et al., 2005), e no tratamento da doença primária ou condição causal (Fossum, 2007). A abordagem médica consiste em reduzir a quantidade de água das fezes e o volume fecal, retardando o trânsito e aumentando o tônus do esfíncter anal (Fossum, 2007).

A alimentação fragmentada, pequenas porções várias vezes ao dia, é uma medida para atenuar os sinais clínicos da incontinência fecal (Morgan, 2008). Além disso, fármacos opiáceos como cloridrato de difenoxilato ou cloridrato de loperamida mostraram-se eficazes no tratamento para incontinência em humanos. Eles diminuem o tempo de passagem de material e aumentam as contrações segmentares, melhorando inclusive o tônus do esfíncter anal (Ettinger e Feldman, 2000).

O tratamento cirúrgico é o último recurso para pacientes que sofrem de incontinência fecal grave (Müller et al., 2005). Porém quando há grandes defeitos no músculo esfíncter anal externo (Gregory, 1996; Niebauer, 1996; Fossum, 2007) ou incontinência fecal persistente por período de 3 a 4 meses há indicação cirúrgica,

pois constituem-se em lesões permanentes no esfíncter e requerem reconstituição cirúrgica (Leeds e Renegar, 1981).

Intervenções cirúrgicas paliativas usando bandagens fasciais ou bandagens elásticas de silicone foram propostas para cães que sofrem de incontinência de esfíncter (Ettinger e Feldman, 2000). Contudo, segundo Fossum (2007), frequentemente as tipóias afrouxam logo após a sua colocação e a correção desta incontinência pode ser apenas parcial. Outra técnica descrita é a utilização de cerclagem anal com gaze sintética, onde a contração do músculo esfíncter anal externo é mantida, mas em contra partida o paciente necessita de enema diário para evacuar o reto (Kodner et al., 1996).

Tendo em vista as complicações do tratamento cirúrgico e a necessidade de estudos relacionados ao tratamento desta afecção, este trabalho tem como objetivo documentar o caso de uma cadela da raça Schnauzer com incontinência fecal não neurogênica submetida à técnica reconstrutiva com enxerto autólogo de fásia lata.

3. OBJETIVO GERAL

O objetivo deste trabalho é descrever a técnica de reparo do esfíncter anal externo com o uso da fásia lata como alternativa no tratamento de incontinência anal em cães.

4. METODOLOGIA

Uma cadela de 1 ano de idade, raça Schnauzer, não castrada, com peso de 6,9 kg, foi trazida ao Hospital Veterinário da Universidade Federal do Paraná (HV-UFPR) com histórico de incontinência fecal há 4 meses. Segundo o proprietário, o animal foi submetido à intervenção cirúrgica em região perianal para tratamento de inflamação de sacos anais e desde então apresentou incontinência fecal diurna e noturna. Ao exame físico foi observada alteração da anatomia perianal com aparente ausência do músculo esfíncter anal externo, sinais de inflamação local e ausência do reflexo de contração muscular ao pinçamento anal. A paciente foi submetida à ultrassonografia abdominal e exames hematológicos como hemograma, dosagem de proteínas plasmáticas totais, contagem de plaquetas e bioquímica hepática e renal.

Os resultados se encontravam dentro dos parâmetros normais para a espécie, descartando enteropatia como causa de incontinência fecal. Optou-se por realizar mioplastia cirúrgica da região perianal com enxerto autólogo de fáschia lata, para reconstrução do músculo esfíncter anal externo, com objetivo de restabelecer a continência fecal da paciente.

A paciente recebeu como medicação pré-anestésica, acepromazina (0,1mg/kg, IM) associada à morfina (0,5mg/kg, IM). A indução anestésica foi feita com propofol (4mg/kg, IV). O animal foi submetido ao bloqueio anestésico regional, através de epidural, com bupivacaína e morfina. A manutenção anestésica foi realizada com isoflurano em oxigênio 100%, com circuito anestésico aberto. Como terapia antiinflamatória e antibiótica profilática, utilizou-se cetoprofeno (2mg/kg) e enrofloxacina (5mg/kg), respectivamente.

A preparação cirúrgica do animal incluiu tricotomia da região perianal e do membro pélvico esquerdo, com posterior anti-sepsia com álcool 70% e PVPI. Após posicionamento em decúbito de Trendelenburg, o acesso cirúrgico foi realizado através de incisão em face lateral de membro pélvico esquerdo para obtenção do enxerto de fáschia lata. Realizada a dissecação e exérese de fragmento de fáschia lata, este foi imerso em solução fisiológica 0,9% estéril e resfriada enquanto se realizava o acesso cirúrgico à região perianal para preparação da área receptora do enxerto.

Foram realizadas duas incisões de pele e subcutâneo laterais à circunferência anal, permitindo a criação de dois túneis subcutâneos, um dorsal e um ventral, ao ânus com auxílio de pinças hemostáticas. Utilizando as pinças como guia o enxerto de fáschia lata foi inserido através dos túneis contornando a circunferência anal. Para a fixação do enxerto ao músculo coccígeo foi realizado sutura interrompida padrão sultan com fio mononáilon 3-0. Durante a fixação do enxerto com sutura, a abertura anal foi mantida com uma seringa de 3ml. O tecido subcutâneo foi aproximado com sutura padrão cushing e fio ácido poliglicólico 3-0 e a dermorrafia foi realizada com sutura padrão sultan e fio mononáilon 3-0. No pós-operatório administrou-se por via oral lactulose (0,5ml/kg, uma vez ao dia durante 7 dias), enrofloxacina (5mg/kg, duas vezes ao dia durante 7 dias), carprofeno (2,2mg/kg, duas vezes ao dia durante 5 dias) e recomendou-se o uso tópico de pomada antiinflamatória e analgésica.

Decorridos 10 dias do procedimento cirúrgico foi realizada retirada de sutura cutânea e a cicatrização da paciente foi considerada satisfatória. Segundo O proprietário a continência fecal diurna estava restabelecida e durante a noite havia episódios esporádicos de incontinência. Após 6 meses da intervenção cirúrgica não ocorreram sinais de recidiva da incontinência fecal, tanto diurna quanto noturna, e a proprietária estava satisfeita com os resultados do procedimento.

5. DISCUSSÃO

Anormalidades do esfíncter anal com conseqüente incontinência fecal são de difícil tratamento em cães e gatos e frequentemente resultam em eutanásia (Doust e Sullivan, 2003). Estudos experimentais de esfínteroplastia utilizando membrana de peritônio bovino preservada em glicerina e enxerto de fásia lata autóloga mostraram bons resultados quanto ao retorno da continência fecal em cães com lesão iatrogênica (Rodaski et al. 2000; Rodaski et al. 2000b) No entanto, existem poucos relatos da aplicação de técnicas semelhantes em casos clínicos reais, como o do presente relato. A abordagem realizada se mostrou de fácil execução, com resultado clínico excelente e satisfação dos proprietários, que frequentemente relutam em conviver com um cão incontinente fecal.

A esfínteroplastia anal deve ser considerada sempre que for verificado alterações anatômicas da região perianal secundárias a atos cirúrgicos anteriores, como ressecção de neoplasias, saculectomias ou amputação de reto, ou ainda alterações congênitas (Doust e Sullivan, 2003). Como no presente caso, foi possível perceber ausência do esfíncter anal externo e flacidez da região anorretal, com histórico de aparecimento dos sinais após a abordagem cirúrgica da região.

Como verificado no estudo experimental de Rodaski et al. (2000), a fásia lata utilizada não demonstrou sinais de antigenicidade e foi observado mínima reação inflamatória da ferida cirúrgica, mesmo com a utilização do enxerto em uma área potencialmente contaminada. A imersão do enxerto de fásia lata em solução fisiológica gelada contribui para retardar os processos catabólicos que possam causar alterações deletérias no material a ser enxertado (Rodaski et al., 2000), contudo, a rapidez na execução da técnica certamente colabora com o êxito do

transplante. O decúbito de Trendelenburg possibilitou fácil acesso à área doadora e receptora do enxerto auxiliando na redução no tempo cirúrgico. A realização da síntese da área doadora após o término da esfinteroplastia anal diminuiu o tempo entre a obtenção e a aplicação do enxerto, evitando assim danos ao tecido transplantado.

O traumatismo adicional na área doadora do enxerto é apontado como desvantagem desta técnica (Rodaski et al., 2000). No entanto, não foi verificadas complicações na cicatrização na área doadora e o acesso para obtenção da fásia lata se mostrou pouco invasivo quando comparado a outras abordagens para obtenção de enxerto, como retalho de músculo semitendinoso (Doust e Sullivan, 2003). A rápida cicatrização e retorno da continência reforçam o uso de enxerto autólogo, já que rejeição e desprendimento do implante são possíveis complicações quando se utiliza material sintético na reconstrução do esfíncter anal externo (Fossum, 2007).

6. CONCLUSÃO

A esfinteroplastia anal externa através de enxerto autólogo de fásia lata é uma alternativa viável e eficaz a ser utilizada no reestabelecimento da continência fecal em cães que sofreram trauma da região perianal com consequente incontinência não neurogênica.

7. REFERÊNCIAS

DOUST, R.; SULLIVAN, M. Semitendinosus muscle transfer flap for external anal sphincter incompetence in a dog. **JAVMA**, v.222, n.10, Maio 15, 2003.

ETTINGER, S.; FELDMAN, E. C.; **Tratado de medicina interna veterinária. Doenças do cão e gato.** 5ª ed. V.1. Guanabara, 2000.

FOSSUM, T. W. et al. **Cirurgia de Pequenos Animais.** 3ª ed. Elsevier, 2007. 527p.
GREGORY, C.R. Desalojamento, Cauterização e Excisão das Fístulas Perianais no cão. *In:* BOJRAB, M. J. **Técnicas Atuais em Cirurgia de Pequenos Animais.** São Paula, Roca, 1996. P.231-275.

GUILFORD, W. G. Fecal Incontinence in Dogs and Cats. **Continuing Education**, v.12, n.3, p.313-326, 1990.

KODNER, R. D.; FRY, R. D.; FLESHMAN, J. W.; BIRNBAUM, E. H. Cólon, reto e ânus. *In:* SCHWARTZ, S. I.; SHIRES, G.T.; SPENCER, F. C. **Princípios de Cirurgia.** Rio de Janeiro, McGraw-Hill. 1996, p.1083-1183.

LEEDS, E. B.; RENEGAR, A. A modified fascial sling for the treatment of fecal incontinence – surgical technique. **Jounal American Hospital Association**, v. 17, p. 663-667, 1981.

MORGAN, R. V. el al. **Small Animal Practice.** 5ª ed. Elsevier, 2008.

MÜLLER, C.; BELYAEV, O.; DESKA, T.; CHROMIK, A.; WEYHE, D.; UHL, W. Fecal incontinence: an up-to-date critical overview of surgical treatment options. **Langenbecks Arch Surg**, p.544-552, 2005.

NIEBAUER, G. W. Moléstia Retoanal. *In:* BOJRAB, M. J. **Mecanismos da Moléstia na Cirurgia de Pequenos Animais.** São Paulo, Manole, 1996, p.323-341.

RODASK, S.; GUÉRIOS, S.D.; PERRONI, M.A. ; NARDI, A.B.; SILVA, C.A.M. Esfincteroplastia anal externa experimental com membrana de peritônio bovino preservada em glicerina a 89% em cães. **Archives of Veterinary Science** v.5, p.55-60, 2000.

RODASK, S.; GUÉRIOS, S.D.; KOPPE, A.B.; SINCERO, P.C.; TRANQUILIN, M.V.; PERRONI, M.A. ; NARDI, A.B. Mioplastia experimental do esfíncter anal externo com fásia autóloga em cães. **Archives of Veterinary Science** v.5, p.49-54, 2000.