

COLECISTODUODENOSTOMIA EM CÃO: RELATO DE CASO

TODESCATTO, Nathália K.¹; DA SILVA, Rafaela. G.¹; GUDIEL, Caroline¹; KASPARI, Paula E. ²; BECKENKAMP, Marina B.³; RAISER, Alceu G⁴.; CARTANA, Camila B.⁵

Palavras-chaves: Obstrução biliar. Colecistolitíase. Ducto biliar comum. Icterícia.

Introdução

A colecistoduodenostomia e a colecistojejunostomia são as técnicas mais recomendadas para realizar o redirecionamento do sistema biliar em cães e gatos (TOBIAS, 2010). Yamashiro e Moraes (2019), apontam que essa técnica é indicada em casos de obstrução do ducto. As causas de obstrução extra-hepática do ducto biliar (OEDB) são pancreatite crônica, corpos estranhos intestinais ou também neoplasias. Só será considerado OEDB quando o ducto biliar comum impedir o fluxo biliar até o duodeno, devido a um processo patológico. Os sinais clínicos são icterícia, vômitos, anorexia, perda de peso e dor abdominal. (WATSON, 2015).

As doenças do sistema biliar são associadas ao aumento das atividades das transaminases (ALT e AST) e das enzimas indicadoras de colestase (FA e GGT), com ou sem icterícia, portanto a obstrução biliar é caracterizada pela associação a pancreatite e intensa icterícia (DANIEL; JÚNIOR 2015).

De acordo com Blackbourne (1994), para o diagnóstico o exame ultrassonográfico é um dos primeiros exames indicados para avaliar as condições da vesícula biliar e o ducto biliar comum.

¹Acadêmicas de Medicina Veterinária da Uceff Itapiranga: nathaliatodescatto@outlook.com

²Acadêmica de Medicina Veterinária da Universidade federal de Pelotas

³Médica Veterinária residente na Universidade Federal de Santa Maria

⁴Médico Veterinário cirurgião na Universidade Federal de Santa Maria

⁵Docente do curso de Medicina Veterinária da Uceff Itapiranga

O caso relatado apresenta um canino que foi diagnosticado com colecistolitíase e obstrução do ducto biliar comum, sendo assim, passou por um procedimento cirúrgico para correção da afecção.

Relato de caso

Um cão macho, sem raça definida, pesando 6,2kg, deu entrada no Hospital Veterinário Universitário da UFSM, com histórico de apatia, icterícia e emagrecimento progressivo. Em decorrência dos sinais, o tutor mencionou a suspeita de leptospirose. Ao exame físico, foram observadas as mucosas ocular, gengival e peniana bastante ictericas, e o paciente também apresentava muita dor à palpação em região mesogástrica. Foram colhidas amostras de sangue para hemograma, bioquímica sérica e sorologia para leptospirose.

Dentre as alterações encontradas na hematologia, observou-se marcada elevação em FA (5.833,0 UI/L), ALT (327,0 UI/L), GGT (99,0 UI/L), hipoalbuminemia, leucocitose, o plasma encontrava-se icterico, porém o teste para leptospirose resultou negativo. Foram então realizados exames de imagem da região abdominal. Na radiografia, não se observaram alterações; já na ultrassonografia, foram visualizados cálculos na vesícula biliar, porém não foi possível avaliar o ducto biliar comum. Frente ao diagnóstico de colecistolitíase, o paciente foi encaminhado para cirurgia exploratória abdominal, a fim de confirmar a obstrução na vesícula biliar.

Ao iniciar a exploração hepatobiliar, observou-se que o ducto biliar comum estava obstruído. Antes de incisar os órgãos, foi isolado a área do procedimento com compressas estéreis úmidas. Na tentativa de desobstruir, foram realizadas duas incisões, uma no corpo da vesícula e outra no duodeno, a fim de permitir a passagem de sondas para lavagem do ducto. Foram realizadas tentativas com sondas uretrais e cateteres de diversos tamanhos, injetando e aspirando solução fisiológica estéril, sem êxito.

Como não foi bem-sucedida a tentativa de desobstrução, optou-se por realizar uma colecistoduodenostomia, técnica que consiste em suturar a vesícula biliar diretamente na porção do duodeno, para desviar o fluxo biliar. O procedimento foi realizado mobilizando a vesícula biliar do fígado e suturando-a na superfície antimesentérica do duodeno, de modo a unir as respectivas incisões prévias. A sutura para anastomose foi realizada com fio de polipropileno, em padrão contínuo simples.

Para finalizar, foi realizada a omentopexia sobre a região da anastomose, lavagem da cavidade com solução fisiológica estéril aquecida e a cavidade abdominal foi ocluída.

Ao término da cirurgia, o paciente foi encaminhado para a unidade de tratamento intensivo, com prescrição de omeprazol (1mg/kg, IV, BID), ondansetrona (0,5mg/kg, IV, BID), tramadol (4mg/kg, IV, TID), dipirona / escopolamina (25mg/kg, IV, TID), sucralfato (5ml, VO, SID) e suplemento vitamínico e mineral. Todavia, o paciente não respondeu ao tratamento e no mesmo dia veio a óbito.

Considerações finais

As obstruções dos ductos biliares podem acarretar sinais clínicos severos e levar o paciente a óbito. O exame clínico adequado e a rapidez na tomada de decisões levaram ao encaminhamento precoce à cirurgia, mas devido à sua condição debilitada, em decorrência do quadro avançado, o paciente não resistiu ao tratamento.