

COLOSTOMIA EM UMA GATINHA COM ATRESIA ANAL E FÍSTULA RETO-VAGINAL

Colostomy in Persian Female Cat With Atresia Ani and Rectovaginal Fistula

Eduardo Alberto Tudury\* e Onix D. Lorenzoni\*\*

**RESUMO**

Descreve-se o caso de uma gata persa, com 40 dias de idade, que devido a atresia anal e fístula reto-vaginal apresentava grave obstipação e megacôlon. Como as tentativas de remoção dos fecalomas mediante métodos não cirúrgicos foram infrutuosas e visando uma perfeita reconstituição das estruturas anatômicas anogenitais, optou-se pela realização, com caráter temporário, de uma colostomia mediana retroumbilical do tipo em alça. Este procedimento permitiu retirar as fezes retidas e facilitou a correção das malformações congênitas, porém acarretou complicações como prolapso do cólon e a projeção das vísceras para o exterior da cavidade abdominal. Os resultados observados neste caso permitem sugerir que as colostomias provisórias podem ser aproveitadas na clínica cirúrgica dos pequenos animais.

UNITERMOS: cirurgia do gato, malformações congênitas.

**SUMMARY**

A persian female cat is the subject of the paper. The cat has been forty days old affected with atresia ani, rectovaginal fistula, serious obstipation and megacolon. As it was been impossible to remove the fecal concretions using a non-surgical method and in order to choose an ideal and perfect method to reconstruct the altered anatomic structures; the non permanent type of retroumbilical median colostomy was selected. This procedure permitted the easy removal of the fecal mass and facilitated the correction of congenital malformation, but it brought about complications; such as prolapse of colon and visceral herniation through the abdominal aperture. The results obtained in this case are suggestive that non permanent colostomy as a useful surgical procedure in small animal practice.

KEY WORDS: surgery of the cat, congenital malformation.

---

\*Professor Assistente. Departamento de Clínicas Veterinárias, Universidade Estadual de Londrina. 86.051 Londrina - PR.

\*\*Médico Veterinário. Hospital Veterinário Lorenzoni. Porto Alegre, RS.

**INTRODUÇÃO**

Anomalias anorretais é a denominação genérica que se dá a um conjunto de malformações congênitas (12) do canal anal, retal ou de ambos. O termo imperfuração anal, nome pelo qual também são conhecidas, se deve ao fato de que tais malformações resultam em ausência de correta abertura do ânus. As anomalias anorretais derivam de defeitos da embriogênese do septo anorretal e da membrana anal. Embriologicamente o canal e o reto se originam a partir de estruturas tubulares diferentes que devem unir-se fazendo desaparecer o septo que os divide (3). A imperfuração do ânus que ocorre na atresia anal pode ser devida a persistência da membrana anal, falha de união entre o reto e o canal anal ou aplasia do segmento terminal do reto (14, 11).

Os pacientes com atresia anal apresentam sinais clínicos poucas semanas após o nascimento, destacando-se a dilatação abdominal, ausência de defecações, apatia, proeminência da pele da região perineal e falha de abertura do ânus (3,4). O prognóstico desta anomalia é reservado quando, devido à demora do proprietário em constatar o transtorno, desenvolve-se grave megacôlon. Além disso, o índice de mortalidade transoperatória desses pacientes pequenos e enfraquecidos é alto (14).

Durante a vida embrionária o reto e a vagina terminam numa cloaca em comum. Porém, posteriormente, o reto migrará caudalmente separando-se da vagina. Se isto não ocorrer corretamente poderão surgir uma fístula reto-vaginal congênita (6, 12). Nas fêmeas a atresia anal pode vir acompanhada de fístula reto-vaginal, observando-se então a saída de fezes pela vulva (3, 14). Como as parturientes limpam constantemente os filhotes esta saída anormal de fezes muitas vezes só é constatada após o desmame (1, 14), momento no qual a dilatação do cólon já é muito grande (5, 3). O atraso na verificação das anormalidades, deve-se também ao fato, de que a impactação do cólon só começará a partir do momento em que os filhotes iniciam com uma alimentação mais sólida (3).

Megacôlon pode ser definido como a dilatação e hipertrofia do cólon, congênitas ou adquiridas, que levam a freqüentes retenções fecais (1, 14, 15, 11). O megacôlon adquirido resulta de doenças que provocam prolongada retenção de fezes, como ocorre na atresia anal (3, 4, 14).

Para a correção da imperfuração anal e da fístula reto-vaginal, SLATTER (14) aconselhou incisar a fístula, suturar o teto da vagina, tracionar o reto e suturar sua parede à do canal anal. Na medicina humana, GOLFI (10) indicou realizar colostomias para a correção de imperfurações anais, com a finalidade de desviar o trânsito fecal pre-

viamente à intervenção cirúrgica corretiva.

### RELATO DO CASO

Trata-se de um felino da raça Persa, 40 dias de idade, pesando 0,5kg, que foi atendido no setor de consultórios do Hospital Veterinário Lorenzoni, por apresentar dilatação abdominal, obstipação, megacôlon, atresia anal e excreção de fezes pela vulva. Mediante exames radiográficos simples e contrastados (solução de bário introduzida pela vagina) foi possível constatar intensa retenção de fezes e de gases, grave dilatação do cólon, fístula reto-vaginal e imperfuração anal (Figura 1). Os dados clínicos e radiográficos permitem concluir que o paciente sofria de atresia anal, fístula reto-vaginal e de megacôlon adquirido.

Devido à intensa retenção fecal e ao pequeno tamanho do paciente, optou-se pela retirada das fezes através de um método cirúrgico. Para isto foi realizada uma colostomia em alça, na linha média abdominal retroumbilical, aproveitando uma porção do cólon descendente. O cólon foi incisado longitudinalmente na sua face antimesentérica e suas bordas suturadas (em duas camadas) à parede abdominal. Pontos simples foram aplicados utilizando náilon nº 5,0 monofilamento e agulhado. Por meio desta nova abertura (Figura 2) foi possível remover os fecalomas.

Devido à atonia intestinal, foi necessário nos primeiros 7 dias realizar lavagens da porção proximal do cólon. Quinze dias após ter sido realizada a colostomia, ocorreu um prolapso da porção proximal do cólon, através da abertura realizada, que foi resolvido mediante colopexia pararectal pré-umbilical.

No trigésimo dia foi aberto o esfíncter anal, desfeita a fístula reto-vaginal, tracionado o reto e suturada a parede retal à pele perianal. Utilizou-se para isto o mesmo fio e tipo de pontos, que na colostomia. Um dreno tubular foi colocado no reto, percorrendo a distância entre as aberturas anal e da colostomia. Foi mantido nesta posição por 7 dias para garantir uma correta cicatrização do esfíncter anal.

O crescimento do animal levou ao alargamento do orifício da colostomia e as vísceras começaram a empurrar a parede do cólon para fora da cavidade abdominal (mimetizando uma hérnia) (Figura 3). Devido a isto, decidiu-se pelo fechamento da colostomia e da parede abdominal. A pele foi incisada em torno da colostomia, cerca de 2mm por fora da zona de fixação da parede cônica à borda cutânea; e em seguida realizada cuidadosa liberação do cólon dos planos parietais superficiais até

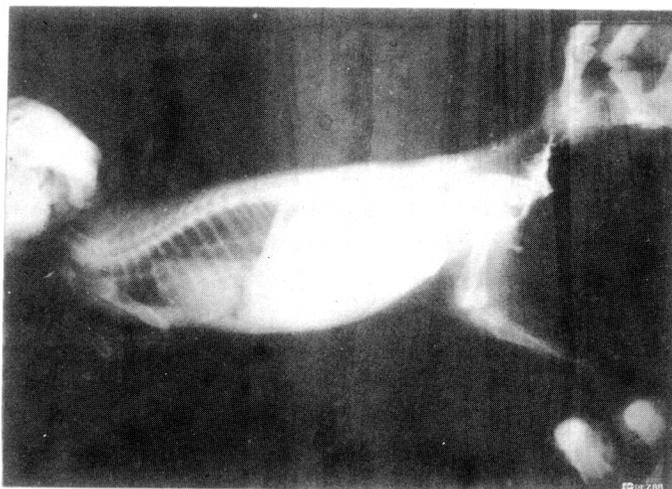


FIGURA 1. No exame radiográfico é possível observar grave dilatação do cólon, intensa retenção fecal, atresia anal e fístula retovaginal. Injetou-se o contraste via vulva.



FIGURA 2. Observa-se na região abdominal do paciente a abertura da colostomia, em situação mediana e retroumbilical.



FIGURA 3. Empurrando o cõlon atravēs da abertura da colostomia, as vīsceras projetam-se para fora da cavidade abdominal, mimetizando uma hērnica. O termômetro mostra o orifício anal jã funcionando.

que o plano peritoneal foi atingido. Apõs reavivamento das bordas da abertura cõlica realizou-se a colorrafia em dois planos com pontos simples e no sentido transverso ao da incisõ original. Para isto foi utilizado fio de nãilon, 5,0, monofilamento e agulhado. A linha de colorrafia foi coberta com omento antes do fechamento rotineiro da parede abdominal.

Apõs todos esses procedimentos cirũrgicos, o paciente foi acompanhado clinicamente durante 18 meses e sõ apresentou constipaçõ devido ao megacõlon adquirido. Mediante dieta minimizou-se o problema, porẽm foi necessãrio em repetidass oportunidades realizar enemas para formaçõ das fezes. Mediante colografia contrastada, constatou-se estreitamento parcial do õrgõo no local da colorrafia e a persistẽncia do megacõlon (Figura 4). O proprietãrio não aceitou que fosse realizada uma colectomia parcial para tentar solucionar definitivamente esse problema.

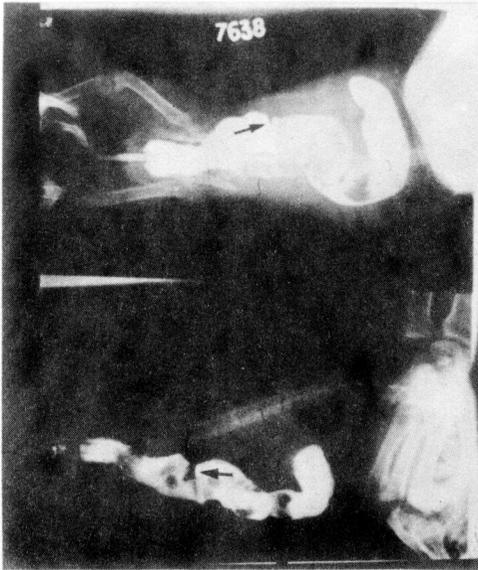


FIGURA 4. Estudo radiográfico contrastado, mostrando estreitamento parcial do cólon no local da sutura e a persistência do megacôlon adquirido.

#### DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A decisão de realizar em primeira instância uma colostomia e de retardar a correção das malformações anogenitais baseou-se no pequeno tamanho do paciente e na necessidade de remover grande volume de fezes. Seguramente os procedimentos de extração dos fecalomas iriam prejudicar as suturas realizadas na área anal. Além disso, a colostomia daria tempo para o crescimento das estruturas anatômicas e permitiu trabalhar numa área sem fezes. ARCHIBALD & BOJRAB (1, 3) já tinham alertado a respeito das dificuldades nos procedimentos corretivos quando se tratando de animais muito pequenos.

Colostomia são aberturas feitas na parede cônica e exteriorizadas através da parede abdominal, por onde são eliminadas as matérias fecais. As colostomias são indicadas com a finalidade de desviar o trânsito fecal em intervenções cirúrgicas utilizadas para tratamento de ferimentos anoreto-cólicos e de obstruções mecânicas do cólon terminal, ocasionadas por imperfuração anal, neoplasias ou processos inflamatórios. É indicada como terapêutica paliativa nos casos de câncer inoperável dos

segmentos cólicos distais que produzem obstruções. Os segmentos cólicos mais comumente escolhidos na medicina humana são: o cólon transverso proximal (junto ao ângulo hepático) e a porção livre do sigmóide. As colostomias podem ser classificadas, segundo o modo de exterioração, em terminal (boca úmida ou boca dupla) ou em alça e, segundo o tempo de sua permanência, em provisórias ou definitivas (10).

Na Medicina Veterinária existem poucos relatos de colostomias em animais. Com fins terapêuticos, têm sido aconselhadas as do tipo terminal para leitões sofrendo de atresia anal (5) e por motivos experimentais foram realizadas em cobaias (7) e galinhas (8).

Conforme a classificação de GOLFI (10), a colostomia realizada neste paciente foi de tipo em alça e provisória. Pensou-se que este tipo de abertura do cólon facilitaria a sutura da parede do órgão no momento de desfazer a colostomia. GOLFI (10) e SLATTER (14) aconselharam a realização de sutura do cólon em duas camadas. Esse procedimento pode ter causado, neste caso, o estreitamento parcial do órgão, ilustrado na Figura 4, e desta maneira ter dificultado ainda mais a evacuação das fezes. Dita complicação pós-fechamento foi observada também por GOLFI (10), principalmente com suturas em duas camadas, e pode ser resolvida dilatando o estreitamento com balonetes insufláveis (13).

Na medicina humana, a realização das colostomias, embora de execução técnica simples, provoca com relativa freqüência aparecimento de complicações como irritação cutânea, estenose da abertura, infecção da parede abdominal, herniação, necrose e retração do coto cólico, fístulas e prolapso do cólon (10). Conforme fora também constatado em cobaias por COCKERELL (7), a presença, neste paciente, de material fecal em contato com a pele da parede abdominal não provocou irritações. A herniação deveu-se a que o crescimento do paciente ocasionou alargamento da abertura realizada na parede abdominal. Esse aspecto deve ser considerado quando se estiver trabalhando com animais jovens. Para evitar a ocorrência de prolapsos do cólon poderia ser feita uma colopexia conjuntamente com a colostomia. Talvez se a colostomia fosse realizada em outro segmento do cólon e por um lapso menor de tempo, o número de complicações seria diminuído.

A seqüela que restou após a reconstituição das estruturas anatômicas foi a constante dificuldade para evacuar as fezes. A atresia anal, acompanhada ou não de fístula reto-vaginal, freqüentemente provoca megacólon (14), devido ao longo período no qual as fezes acumulam-se dentro do órgão. DOUGLAS & WILLIAMSON (9) citaram um caso de imperfuração anal, onde o proprietário demorou 8 semanas para perceber

que o animal não podia defecar. A ocorrência do megacôlon piora o prognóstico e obriga a realização de uma colectomia parcial nas ocasiões em que a eliminação das fezes não pode ser normalizada mediante dietas, emolientes, laxantes, etc. (2, 13, 15).

Apesar da experiência com um único caso, acredita-se que várias das indicações citadas por GOLFI (10) para as colostomias aplicam-se perfeitamente à medicina veterinária de pequenos animais. Um exemplo disto seria quando da ocorrência de neoplasias situadas no canal pélvico, que gerassem impedimento à passagem normal das fezes. A colostomia, nestes casos, daria uma sobrevida mais confortável a tais pacientes. Considera-se importante testar esta mesma técnica em um grupo maior de animais, para tirar conclusões mais confiáveis com respeito às vantagens e desvantagens do procedimento.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARCHIBALD, J. *Canine surgery*. 2nd ed. 1974. 1172p.
2. BERTOY, R.W. & Mac COY, D.M. Total colectomy with ileorectal anastomosis in the cat. *Vet. Surg.*, 17(1):28, 1988.
3. BOJRAB, M.J. *Pathophysiology in small surgery*. 1981. 906p.
4. BROEK, A.H.M.; ELSE, R.W. & HUNTER, M.S. Atresia ani and urethrorectal fistula in a Kitten. *J. Small Anim. Pract.*, 29:91-4, 1988.
5. BOLZ, W.; DIETZ, O.; SCHLEITER, H. & TEUSCHER, R. *Tratado de patologia quirúrgica especial para veterinários*. s.d. v.1, 524p.
6. CATCOTT, E.J. *Canine medicine*. 4th ed. 1979. v.1, 700p.
7. COCKERELL, G.L.; Mac COY, D.M.; KRIEDEMANN, W.L. & RADAMES PEREZ, B. S. Necessity for end colostomy with transections of descending colon in guinea pigs. *J. Am. Vet. Med. Assoc.*, 175(9):954-6, 1988.
8. DINGLE, J.G. & McNAB, J.M. Colostomy of the fowl. *World's Poult. Sci. J.*, 41(2):115-23, 1985.
9. DOUGLAS, S.W. & WILLIAMSON, H.D. *Veterinary radiological interpretation*. 1970. 763p.
10. GOLFI, F. *Técnica cirúrgica. Base anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia*. 2nd ed. 1984. 974p.
11. KIRK, R.W. *Current veterinary therapy IX. Small animal practice*. 9th ed. 1986. 1346p.
12. PRATT, P.W. *Feline medicine*. 1983. 687p.
13. ROSIN, E.; WALSHAW, R.; MEHLHAFF, C.; MATTHIENSEN, D.; ORSHER, R. & KUSBA, J. Subtotal colectomy for treatment of chronic constipation associated with idiopathic megacolon in cats: 38 cases. *J. Am. Vet. Med. Assoc.*, 193(7):850-3, 1988.
14. SLATTER, D.H. *Textbook of small animal surgery*. 1985. v.1, 1485p.
15. WEBB, S.M. Surgical management of acquired megacolon in the cat. *J. Small Anim. Pract.*, 26:399-405, 1985.