

RESSECÇÃO DE CECO COM ANASTOMOSE ÍLEO-CÓLICA EM CÃO COM TUMOR CECAL: RELATO DE CASO

¹Mirella Saraiva Santos Lima

Graduanda - Centro Universitário Fametro - Unifametro
mirella.lima@aluno.unifametro.edu.br

²Manoel Valter Sousa Júnior

Graduando - Centro Universitário Fametro - Unifametro
manoel.junior01@aluno.unifametro.edu.br

³Elton Carlos Fernandes

Graduando - Centro Universitário Fametro - Unifametro
elton.fernandes@aluno.unifametro.edu.br

⁴Thamara Barrozo Sampaio

Docente do curso de Medicina Veterinária - Centro Universitário Fametro - Unifametro
thamara.sampaio@professor.unifametro.edu.br

Área Temática: Bem-estar animal, Medicina Veterinária preventiva e saúde pública.

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde.

Encontro Científico: XIII Encontro de Iniciação à Pesquisa.

RESUMO

As ressecções intestinais são procedimentos desafiadores na cirurgia de pequenos animais, principalmente devido ao risco de deiscência e infecção. A ressecção cecal, embora rara, é indicada em comprometimento focal do segmento. Este relato descreve a ressecção cecal em um bulldog francês de 12 anos com massa cecal nodular. Realizou-se laparotomia exploratória, ressecção do ceco com margens de 4 cm, anastomose íleo-cólica em sutura simples interrompida e omentalização. O protocolo incluiu antibioticoprofilaxia e analgesia multimodal. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências, com evolução satisfatória e alta hospitalar em sete dias, evidenciando que técnica cirúrgica criteriosa e cuidados pós-operatórios são fundamentais para o sucesso.

Palavras-chave: Ressecção de ceco; Neoplasia intestinal; Cães.

INTRODUÇÃO

As ressecções intestinais são procedimentos de relevância na cirurgia de pequenos

animais, especialmente quando há comprometimento focal de segmentos do trato gastrointestinal. Apesar de eficazes, representam um desafio técnico, visto que complicações como deiscência, infecção e estenose estão entre as mais graves e potencialmente fatais no período pós-operatório (FOSSUM, 2014; RADLINSKY, 2013).

A região íleo-ceco-cólica é particularmente suscetível a falhas cicatriciais devido à elevada carga bacteriana e ao suprimento sanguíneo relativamente limitado, tornando essencial a execução de técnicas seguras de anastomose, o uso de suturas adequadas e, sempre que possível, a omentalização para favorecer a vascularização local (BOOTHE, 2015).

Nesse contexto, a ressecção cecal, embora pouco frequente na rotina, torna-se necessária em casos de alterações neoplásicas, inflamatórias ou traumáticas. O presente trabalho tem como objetivo descrever, de forma detalhada, a técnica de ressecção cecal e anastomose íleo-cólica em um cão, enfatizando aspectos cirúrgicos e cuidados perioperatórios que contribuíram para o sucesso do procedimento.

METODOLOGIA

Um paciente canino, macho, da raça bulldog francês, com 12 anos de idade, foi atendido em uma clínica veterinária. A tutora relatou episódios intermitentes de hematoquezia durante 2 anos e alterações de comportamento miccional, caracterizadas por urinar em ambientes incomuns da residência. Na semana anterior ao atendimento, observou-se aumento abdominal com sensibilidade à palpação, manifestada por contração muscular e vocalização dolorosa. Foram solicitados exames laboratoriais, incluindo hemograma e bioquímica sérica, além de exame ultrassonográfico abdominal completo. Nos exames laboratoriais, observou-se trombocitose, com contagem de $720.000/\text{mm}^3$, associada a discreta monocitopenia e eosinopenia. O exame ultrassonográfico constatou a presença de massa sólida com áreas cavitárias, de ecogenicidade mista e ecotextura heterogênea. A massa apresentou vascularização captada pelo Modo Doppler colorido, medindo aproximadamente $8,16 \text{ cm} \times 5,42 \text{ cm}$, localizada na região abdominal médio direita. O laudo caracterizou a lesão como nodular, determinando a necessidade de intervenção cirúrgica.

Após consentimento da tutora, foram solicitados exames pré-operatórios para avaliação da função cardíaca, incluindo eletrocardiograma e ecodoppler cardiograma, no qual atestaram segurança anestésica. O protocolo pré-cirúrgico incluiu jejum alimentar de 12 horas e jejum hídrico de 4 horas antes do procedimento.

A cirurgia teve início com tricotomia abdominal ampla e rigorosa antisepsia da região,

utilizando solução degermante e alcoólica, além de prévia organização e esterilização de todos os materiais sobre o campo cirúrgico. Com lâmina de bisturi nº 22, realizou-se uma incisão em sentido crânio caudal, estendendo-se da cicatriz umbilical ao púbis. Inicialmente, foram seccionados a pele e o tecido subcutâneo, seguido de hemostasia cuidadosa de pequenos vasos por pinça bipolar.

Para expor a linha alba, o tecido subcutâneo foi separado com uma tesoura Metzenbaum reta. Em seguida, uma incisão longitudinal foi feita nessa linha para permitir o acesso à cavidade abdominal. O segmento intestinal que inclui o íleo, o ceco e o cólon foram então exteriorizados com cuidado e isolado do restante da cavidade abdominal usando compressas estéreis. (Figura 01).



Figura 01. Localização do segmento íleo-ceco-cólico com massa tumoral em região cecal.

(Arquivo pessoal do autor, 2025.)

O cirurgião auxiliar realizou pinçamento digital nas extremidades do segmento intestinal, para evitar extravasamento de conteúdo luminal, enquanto o cirurgião chefe realizou o duplo ligamento dos vasos mesentéricos, incluindo os ramos cecais. Após a criteriosa hemostasia, posicionaram-se pinças Crile em cada extremidade do segmento intestinal - optando-se por pinças traumáticas, visto que o segmento seria excisado. Com uma lâmina de bisturi foi realizada a incisão ao longo da parte externa da pinça, removendo toda a região afetada por células neoplásicas, respeitando a margem de no mínimo 4 cm de distância do tecido neoplásico. (Figura 02).

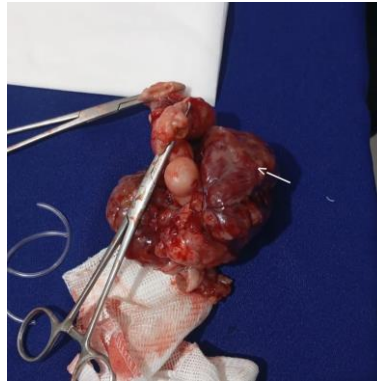


Figura 02. Região cecal excisada contendo massa tumoral.

(Arquivo pessoal do autor, 2025).

Posteriormente, foi realizada anastomose íleo-cólica, utilizando fio monofilamentar absorvível (Polidioxanona 3-0), em um padrão de sutura simples interrompida. Na sutura, todas as camadas da parede intestinal - mucosa, submucosa, muscular e serosa - foram incluídas, especialmente a camada serosa, que proporciona melhor fixação e segurança aos pontos. Suturas de sustentação foram posicionadas, uma na borda mesentérica e outra na borda antimesentérica, em seguida, foram feitas suturas equidistantes, com intervalo de 2 a 3 mm entre si, preenchendo toda a circunferência do intestino. Para testar a eficácia da anastomose, injetou-se 5 mL de solução de cloreto de sódio 0,9% em segmento ileal, por seringa e acoplada a agulha de insulina, sem extravasamento. Para evitar aderências, a região anastomosada foi omentalizada com cola cirúrgica.

Nesta etapa final, a troca de compressas e luvas estéreis foi realizada para evitar contaminações no fechamento da cavidade abdominal. O tecido muscular foi suturado com fio absorvível sintético monofilamentar (Polidioxanona 2-0), em padrão de sutura Sultan. O subcutâneo foi fechado para redução de espaço morto, com o mesmo fio, utilizando o padrão de ponto simples contínuo. Por fim, a síntese cutânea foi realizada com fio monofilamentar sintético não absorvível (Nylon 2-0), utilizando-se o padrão de sutura Wolff.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O paciente foi submetido à ressecção cecal com anastomose íleo-cólica, procedimento que transcorreu sem intercorrências e apresentou evolução clínica satisfatória. A hemostasia adequada, a realização do teste de estanqueidade e a omentalização da anastomose foram fatores determinantes para a ausência de complicações como extravasamento, deiscência ou peritonite. Durante o transoperatório, foi administrada Ceftriaxona por via intravenosa, visando profilaxia

antimicrobiana sistêmica.

No período pós-operatório imediato, instituiu-se terapia antibiótica complementar, empregando Amoxicilina triidratada, por via subcutânea, e Metronidazol, por via intravenosa, com o objetivo de ampliar o espectro de ação antimicrobiana e reduzir riscos de infecção secundária, visto que foi realizada uma cirurgia limpa-contaminada. No receituário pós-operatório, foram prescritos fármacos auxiliares à recuperação do paciente, incluindo o corticosteroide Prednisolona, para controle da resposta inflamatória, o anti-inflamatório não esteroide (AINE) Dipirona, com propriedades analgésicas e antipiréticas, e o opioide Tramadol, como suporte analgésico adicional para manejo eficaz da dor. O paciente permaneceu em dieta úmida por 7 dias.

No período pós-operatório imediato, o paciente demonstrou discreta inapetência e apatia nas primeiras 24 horas, mas evoluiu com melhora progressiva do apetite e do comportamento. A tutora relatou a ausência de hematoquezia e a melhora do desconforto abdominal pós-cirurgia. A ferida cirúrgica permaneceu íntegra, sem sinais de deiscência, seroma ou infecção. O paciente recebeu alta hospitalar sete dias após o procedimento, apresentando evolução clínica satisfatória sob acompanhamento ambulatorial. A literatura aponta que a taxa de deiscência em anastomoses intestinais varia de 6% a 16%, sendo maior em regiões como o cólon e o íleo-ceco-cólon devido à alta concentração bacteriana e menor perfusão sanguínea (FOSSUM, 2014; BOOTHE, 2015). No presente relato, a escolha por fio monofilamentar absorvível (Polidioxanona), associado ao padrão de sutura simples interrompida, contribuiu para maior resistência e menor risco de estenose (RADLINSKY, 2013).

Outro ponto de destaque foi a omentalização da região anastomosada, recurso amplamente recomendado pela literatura, pois fornece suporte vascular adicional e favorece a cicatrização (RADLINSKY, 2013). A antibioticoprofilaxia combinada (ceftriaxona transoperatória, seguida de amoxicilina e metronidazol) mostrou-se adequada para uma cirurgia classificada como limpa-contaminada (PAPAZOGLU et al., 2003). No controle da dor, a analgesia multimodal desempenhou papel central, permitindo recuperação rápida e retorno do apetite. O manejo adequado da dor em cirurgias gastrointestinais é decisivo para reduzir riscos de hiporexia, atraso na cicatrização e complicações pós-operatórias (MATHEWS et al., 2014). Em comparação com a literatura, os resultados demonstram que a aplicação correta da técnica cirúrgica, associada ao rigor nos cuidados perioperatórios, é capaz de reduzir as principais complicações associadas a ressecções intestinais, reforçando a viabilidade da ressecção cecal como alternativa eficaz em casos de acometimento localizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ressecção cecal mostrou-se uma opção segura e eficaz quando realizada com margens adequadas, anastomose íleo-cólica em sutura simples interrompida e omentalização. Os cuidados perioperatórios, incluindo antibioticoprofilaxia e analgesia multimodal, foram decisivos para a recuperação satisfatória do paciente. Apesar da ausência de histopatologia limitar a caracterização definitiva da lesão, o relato reforça a importância da técnica cirúrgica criteriosa na prevenção de complicações e no sucesso do procedimento.

REFERÊNCIAS

BOOTHE, H. W. Small intestine. In: SLATTER, D. *Textbook of Small Animal Surgery*. 3.ed. Philadelphia: Saunders, 2015. p. 712–748.

FOSSUM, T. W. *Cirurgia de Pequenos Animais*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. p. 414–415.

MATHEWS, K. A. et al. Guidelines for recognition, assessment and treatment of pain. *Journal of Small Animal Practice*, v.55, n.6, p.E10–E68, 2014.

PAPAZOGLU, L. G.; TSIOLIS, G.; RALLIS, T. S. Surgical management of canine intestinal neoplasms: a retrospective study of 32 cases. *Journal of Veterinary Medicine Series A*, v.50, p. 241–245, 2003.

RADLINSKY, M. G. *Small Intestinal Surgery in Dogs and Cats*. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, v.43, n.5, p. 1109–1123, 2013.