

**ATRESIA ANAL TIPO IV ASSOCIADA A FÍSTULA RETOVAGINAL EM CADELA: RELATO DE CASO**

Ingrid Brandão Machado<sup>1\*</sup>, Camilla Larissa de Souza Maia<sup>1</sup>, Débora de Oliveira Santos<sup>1</sup>, Paloma Helena Sanches da Silva<sup>2</sup>,  
Júlia de Almeida Lima<sup>3</sup>, Patrícia Maria Coletto Freitas<sup>4</sup>, e Luiz Eduardo Duarte de Oliveira<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Discente do curso de Medicina Veterinária – UFMG – Belo Horizonte/MG – Brasil – \*Contato: ingridbm@vetufmg.edu.br

<sup>2</sup>Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciência Animal – UFMG – Belo Horizonte/MG – Brasil

<sup>3</sup>Discente do Programa de Residência Integrada em Medicina Veterinária (Clínica Médica de Animais de Companhia) – UFMG – Belo Horizonte/MG – Brasil.

<sup>4</sup>Docente do curso de Medicina Veterinária – Escola de Veterinária – UFMG – Belo Horizonte/MG – Brasil.

**INTRODUÇÃO**

A atresia anal consiste em uma malformação congênita, caracterizada pela falta de comunicação entre o reto e o períneo através do ânus.<sup>1</sup> Tal anomalia acomete com maior frequência bezerros e leitões,<sup>2,3</sup> não sendo comumente encontrada em animais de companhia<sup>4</sup>. São descritos quatro tipos de atresia anal, podendo ser classificada de acordo com o grau de disgenesia ou agenesia do reto e do ânus: Tipo I, com reto normal e ânus estenótico; tipo II, com reto mais caudal, terminando em fundo cego e persistência da membrana anal (ânus imperfurado); tipo III, com reto mais cranial, terminando em fundo cego e ânus coberto por fina camada de pele (ânus imperfurado); e tipo IV, com reto normal ou mais cranial terminando em fundo cego no interior do canal pélvico, ânus imperfurado e ainda com a formação de uma comunicação persistente entre o reto e a vagina no caso de fêmeas, ou entre o reto e a uretra no caso de machos.<sup>1,3,4,5,6</sup> Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de atresia anal tipo IV em uma cadela de 46 dias de idade, destacando as particularidades do tratamento clínico e cirúrgico dessa malformação.

**RELATO DE CASO E DISCUSSÃO**

Foi atendida no Hospital Veterinário da Universidade Federal de Minas Gerais (HV-UFMG), uma cadela da raça shih-tzu, com 46 dias de idade e 0,9 kg de peso corporal com queixa de constipação e tenesmo. Durante a anamnese foi relatado que os sinais clínicos iniciaram durante a transição alimentar de leite materno para ração. A paciente vivia em ambiente domiciliar com irmãos de ninhada clinicamente saudáveis, e não havia iniciado protocolo de vacinação e desverminação. Ao exame físico geral, notou-se prostração, algia à palpação abdominal, edema de vulva e ausência de ânus. Como exames complementares foram solicitados hemograma, perfil bioquímico (ureia, creatinina, ALT, AST, FA, GGT, glicose, proteína total e frações) e radiografia abdominal com contraste iodado não iônico.

No hemograma observou-se anemia normocítica normocrômica e discreta neutrofilia. Na bioquímica clínica, a creatinina se encontrava abaixo do valor de referência para a espécie (0,3 mg/dl), o que foi atribuído a baixa cobertura muscular da paciente que era filhote. O plasma estava lipêmico e glicemia aumentada (134,5 mg/dl), ambos aspectos atribuídos a ausência de jejum no momento da coleta. Na radiografia abdominal foi visibilizada dilatação considerável do cólon descendente, que estava repleto de conteúdo fecal. Notou-se também, a retenção de contraste no reto, associado a um importante estreitamento na altura das articulações coxofemorais (**Figura 1**).



**Figura 1:** Radiografia abdominal contrastada de uma cadela shih-tzu, 46 dias de idade com atresia anal do tipo IV. A: Projeção ventro-dorsal,

possibilitando visibilizar do reto e sua terminação em fundo cego. **B:** Projeção látero-lateral direita, evidenciando acúmulo de fezes no cólon descendente. (Fonte: setor de diagnóstico por imagem HV-UFMG).

Com base no histórico, exame físico e exames complementares foi determinado o diagnóstico de atresia anal do tipo IV, com o reto mais cranial terminando em fundo cego no interior do canal pélvico, ânus imperfurado e fistula retovaginal, indicando necessidade da intervenção cirúrgica corretiva.

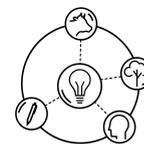
A preparação cirúrgica iniciou com medicação pré anestésica, utilizando metadona 0,2 mg/Kg IM. Em sequência, realizou-se tricotomia ampla do períneo, indução anestésica com propofol 8 mg/kg IV e intubação endotraqueal. Foi realizada anestesia do neuroeixo na região lombossacral (L7-S1), utilizando bupivacaína 0,25% 0,2 ml/Kg.

A paciente foi posicionada em decúbito esternal com leve inclinação da pelve para melhor exposição do campo cirúrgico. Após a assepsia a cirurgia se iniciou com quatro pontos de reparo cardeais, utilizando fio de nylon, seguida de sondagem uretral. Procedeu-se então, com uma incisão em cruz na membrana anal, seguida da divulsão do subcutâneo para promover a visualização da ampola retal, a qual terminava em um fundo cego cranial no interior do canal pélvico, seguindo então para a episiotomia. Posteriormente, por meio de uma sonda uretral foi possível identificar a localização da fistula retovaginal. Em sequência, tracionou-se o reto caudalmente, para então realizar a sua abertura com o auxílio de uma tesoura de iris. A hemostasia foi feita por um bisturi bipolar. Em seguida, as suturas foram realizadas da seguinte forma: para a mucosa retal, foram feitos pontos cardeais utilizando fio de nylon 4-0; a episiorrafia foi feita com fio polidioxanona 3-0 em padrão caslick; e sutura cutânea, com fio de nylon 4-0 em padrão simples interrompido. Durante o transcirúrgico, foi administrado fentanil 2,5 µg/Kg, cefalotina 30 mg/Kg, dipirona 25 mg/Kg e hidrocortisona 2,5 mg/Kg. Ao término do procedimento, realizou-se o esvaziamento da porção final do cólon e do reto por meio de massagem abdominal. Todavia, horas após a cirurgia, notou-se a ocorrência de deiscência dos pontos, sendo realizada reintervenção para reconstrução do períneo (**Figura 2**).



**Figura 2:** Imagem do pós-cirúrgico imediato da reintervenção para reconstrução perineal, mediante complicação por deiscência de suturas. Fonte: Arquivo pessoal do HV-UFMG.

No pós-operatório foram administrados amoxicilina com clavulanato de potássio 20 mg/kg VO BID<sup>7</sup> como antibiótico; meloxicam 0,01



mg/Kg IV SID como antiinflamatório; tramadol 2 mg/kg VO BID<sup>7</sup> e dipirona 25 mg/kg IV TID<sup>7</sup> como analgésicos; e lactulose 0,2 ml/kg VO BID<sup>7</sup> como medicamento laxante, além de dieta pastosa e compressas frias na região anal durante o tempo de internação. Dois dias após a realização do procedimento a paciente recebeu alta hospitalar, mantendo a terapia antimicrobiana, antiinflamatória e analgésica. Foi recomendada a limpeza da ferida cirúrgica em domicílio, bem como a introdução gradual da ração seca para filhotes. O acompanhamento do animal é importante para observar atentamente quaisquer indícios de estenose do reto e do ânus, além de sinais de constipação. No retorno para retirada de pontos, 15 dias após o procedimento cirúrgico, a paciente apresentava-se alerta. Ao exame físico notou-se exposição da mucosa retal, ausência de dor à palpação abdominal e ganho moderado de peso.

A incidência real da atresia anal em cães ainda é pouco conhecida, pois muitos pacientes vêm a óbito anteriormente ao diagnóstico ou são submetidas à eutanásia precocemente.<sup>1,2</sup> A atenção do tutor aos sinais clínicos favoreceu o diagnóstico, a intervenção cirúrgica e a sobrevivência da paciente.

O caso relatado corrobora com alguns dados descritos na literatura que aponta diagnóstico em filhotes e a maior prevalência nas fêmeas.<sup>1</sup> Quanto aos sinais clínicos, também houve concordância com o já descrito. Estudos apontam que os sinais clínicos irão variar de acordo com o tipo da atresia e sua evolução, podendo incluir apatia, dilatação abdominal, falha na abertura do ânus, via anormal de eliminação das fezes,<sup>5</sup> sensibilidade aumentada à palpação abdominal, presença de fezes e gases no cólon descendente,<sup>8</sup> irritação vulvar, tenesmo, cistite, megacólon, entre outros.<sup>1,3</sup> Vários destes sinais foram observados na paciente do caso relatado.

Os neonatos com atresia anal do tipo II e IV são clinicamente normais nas primeiras 2 a 4 semanas de vida<sup>8</sup>, o que dificulta o diagnóstico antes do desmame. Ademais, os sinais clínicos tendem a se intensificar após a mudança da alimentação, uma vez que a dieta materna permite a passagem de fezes menos consistentes, enquanto a sólida induz quadros de constipação e tenesmo.<sup>3</sup>

No caso relatado o diagnóstico foi construído a partir dos achados do histórico, exame físico e exames complementares. É evidente que somente os achados clínicos sejam suficientes para diagnosticar essas deformidades,<sup>1,2</sup> entretanto a radiografia contrastada, possibilitou a determinação da extensão do defeito, a confirmação da suspeita<sup>5</sup> e o planejamento cirúrgico.

A correção cirúrgica foi essencial para o tratamento no caso relatado.<sup>1</sup> O prognóstico é reservado, uma vez que complicações como atonia do cólon,<sup>6,8</sup> incontinência urinária e/ou fecal, prolapso retal, estenose anal<sup>6</sup> e deiscência de sutura são frequentes, entretanto, a precocidade do procedimento corretivo diminui a ocorrência dessas, além de facilitar a recuperação do paciente, reforçando a indicação de tratamento cirúrgico nesses casos.<sup>5,8</sup> No caso de associação com megacólon, o tempo em que as fezes ficam retidas e o grau de dilatação do cólon também são critérios prognósticos, sendo necessária a intervenção cirúrgica o mais brevemente possível, com o intuito de evitar a necessidade de tratamento clínico prolongado, estimulação manual para defecação ou até mesmo colectomia subtotal.<sup>4,5</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da baixa incidência da atresia anal em pequenos animais, é preciso se atentar para possibilidade de sua ocorrência. O manejo adequado dos neonatos e a atenção do tutor sobre os sinais clínicos apresentados pelos mesmos favorecem o diagnóstico precoce e o sucesso terapêutico da condição.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **TRENTIN, L. W. et al.** Atresia anal e fistula retovaginal em canino: Relato de caso. PUBVET - Medicina Veterinária e Zootecnia. v.16, n.06, a1134, p.1-5, Jun., 2022.

2. **SANTOS, F. B. A. et. al.** Atresia anal grau IV em cão - relato de caso. R. Científica UBM - Barra Mansa (RJ), ano XXII, v. 19, n. 36, 1. p 220-228. Sem. 2017.
3. **VALENTE, F. S. et al.** Atresia anal associada à fistula retovaginal em cadela. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Acta Scientiae Veterinariae, vol. 42, p. 1-4. Jul., 2014.
4. **CAMARGO, C. et. al.** Atresia anal em um cão macho. Medvep - Revista Científica de Medicina Veterinária - Pequenos Animais e Animais de Estimação; 15(46); 13-19. Set. 2016.
5. **SILVA, P. H. S. da. et. al.** Correção cirúrgica de atresia anal associada à fistula retovaginal em cadela de 4 meses de idade: Relato de caso. Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.13 n.24; p. 331. Dez., 2016.
6. **SOERENSEN, R. et. al.** Correção cirúrgica de atresia anal tipo I utilizando Diamond flap adaptado em cão. PUBVET - Medicina Veterinária e Zootecnia. v.15, n.06, a833, p.1-5, Jun., 2021.
7. **BRETAS VIANNA, F. A.** Guia Terapêutico Veterinário - 4ª. Edição. Editora Cem; 4ª edição. jan. 2019.
8. **COSTA, M. T. et al.** Atresia anal tipo III com presença de fistula vaginal e megacólon: Relato de caso. Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil. PUBVET - Medicina Veterinária e Zootecnia. v.12, n.11, a216, p.1-4, Nov., 2018.

APOIO:

UFMG

