

EMPREGO DO PADRÃO DE SUTURA GAMBEE PARA CONTROLE DE PERITONITE SÉPTICA: RELATO DE CASO

Kauana Nunes Fonseca^{1*}, Julia Darc Rosa Roveda¹, Nubia Pires Lara¹, Pedro Braga Morgan Bleme¹, Camila Siqueira Costa²,
Brisa Márica Rodrigues Sevidanes³, Diogo Joffily⁴.

¹Discente no Curso de Medicina Veterinária – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC – Betim/MG – Brasil – *Contato: kauanafonseca99@gmail.com

²Aluna de Pós-Graduação da Escola de Veterinária - Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG - Belo Horizonte/MG – Brasil

³Médica Veterinária - Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG - Belo Horizonte/BH – Brasil

⁴Docente do Curso de Medicina Veterinária - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC - Betim/MG – Brasil

INTRODUÇÃO

O peritônio é uma membrana serosa, altamente permeável, que reveste a parede abdominal e as vísceras¹. A inflamação do peritônio é denominada peritonite e pode ser classificada de acordo com a origem (primária ou secundária), com o grau de contaminação (asséptica, séptica ou mista) e com a extensão (localizada ou generalizada)².

A peritonite secundária generalizada é a forma predominante de peritonite em cães, e geralmente é causada por bactérias. A maioria dos casos surge por contaminação pelo trato gastrointestinal, muitas vezes secundária a uma deiscência de ferida cirúrgica ou neoplasia gastrointestinal³.

A peritonite séptica secundária é geralmente causada por perfuração ou desvitalização do trato gastrointestinal provocada por neoplasia, ulceração, intussuscepção, corpos estranhos ou deiscências de suturas. Pode se desenvolver, após ferimentos por armas de fogo ou cirurgias abdominais ou, ainda, por disseminação hematogênica de outro sítio⁴.

Diante disso, nota-se que a peritonite séptica é responsável por complicações severas em intervenções cirúrgicas na cavidade abdominal, porém, em detrimento de novos tratamentos e uso de técnicas de sutura, o prognóstico tornou-se mais favorável, embora muitos casos ainda evoluam para choque séptico e morte.

As taxas de mortalidade da peritonite séptica secundária ao extravasamento de conteúdo intestinal podem ser maiores que 70%⁵, porém, estudos recentes revelaram cerca de 50% de sobrevivência⁶.

Considerando a multiplicidade de fatores causadores dessa enfermidade e a dificuldade de tratamento da mesma, tem-se por objetivo apresentar informações de um caso de peritonite secundária séptica generalizada após um procedimento cirúrgico de enterectomia em um canino, afim de evidenciar condutas utilizadas no transoperatório do procedimento de laparotomia exploratória que foram determinantes para o sucesso no tratamento desse paciente.

RELATO DE CASO E DISCUSSÃO

Foi atendido um animal da espécie canina, macho, da raça dobermann, com 3 anos e 8 meses, pesando 24 kg, com queixa principal de apatia e inapetência. O tutor relatou no momento da consulta que o animal estava sem se alimentar a 4 dias, estava prostrado e tinha apresentado 2 episódios de vômito. No exame físico do cão foram obtidos os seguintes parâmetros: FC (bpm):160. FR (mpm): 30. Temperatura: 38,5°. Tempo de preenchimento capilar (seg): 25. Hidratação: turgor não adequado. Mucosas discretamente hipocoradas, secas. Linfonodo submandibular discretamente reativo. Escore Corporal: 2/6. Sistema Cardiovascular: ausculta cardíaca sem distúrbio de ritmo ou sopro. Sistema Digestivo: palpação abdominal sem alterações perceptíveis. Sistema Respiratório: ausculta pulmonar limpa.

O paciente foi identificado de acordo com a classificação de risco como um paciente de urgência e a princípio com suspeita diagnóstica de leishmaniose, devido a desatualização vacinal constatada no cartão de vacina e aos sinais clínicos apresentados.

Diante das circunstâncias, a internação do paciente foi sugerida para reposição volêmica. Além disso, foi solicitado exames complementares para auxílio no diagnóstico definitivo como hemograma, bioquímico e diluição total de leishmaniose. O resultado dos respectivos exames foram: Hemograma: Hemácias 8,8. Hemoglobina 20,5. Hematócrito 51,7. Leucograma 9770. Plaquetas 224 mil. TGP 30. Proteínas totais 6,6. Albumina 2,9. Globulina 3,7. A/G 0,7. FA 78. Bilirrubina total 0, direta 0,04 indireta 0,29. Colesterol total 160. Ureia 36,4. Creatinina 0,69. Diluição simples Leishmaniose ELISA Reagente cut off 0,654 OD 2,4. RIFI 1/80).

Após estabilização do quadro do paciente e resultado dos exames solicitados foi requerido PCR, urina rotina com RPCu e ultrassonografia

para auxílio no diagnóstico. Dentre os exames, o ultrassom foi fundamental para chegar ao diagnóstico definitivo de obstrução gástrica provocada pela presença de um corpo estranho. Ao constatar a patologia o paciente foi encaminhado para a realização de uma enterectomia de emergência.

Dois dias após a enterectomia o paciente passou a apresentar sinais clássicos de peritonite os quais envolviam aumento de volume abdominal, drenagem abundante de líquido através da ferida cirúrgica, mucosas pálidas, tempo de preenchimento capilar prolongado e dor abdominal. No mesmo dia foi solicitado hemograma e nele foi possível observar um quadro de anemia. Ao exame ultrassonográfico constatou-se possível peritonite difusa acentuada com aproximadamente 3 litros de líquido livre hemorrágico.

Na sequência, o paciente foi encaminhado para a realização de outro procedimento cirúrgico, o qual consistiu em uma revisão da enterectomia realizada no passado. Primeiramente, após abertura da cavidade abdominal foi feita uma inspeção da cavidade abdominal, com foco em alças intestinais do trato digestivo. Foram visualizados 3 pontos de ruptura intestinal com extravasamento de conteúdo em duodeno, muita inflamação e fibrina. Em detrimento disso, foi feita ressecção cirúrgica do segmento intestinal composto pelos 3 pontos de ruptura e foi preconizada a realização da anastomose com nylon-3-0 no padrão de sutura gambee.

Ademais, durante a cirurgia notou-se segmento jejunal com plissamento acentuado e inflação. Presença de estrutura firme a palpação de toda a borda mesentérica também foi identificado.

Realizou-se enterotomia para inspeção, mas não visualizado corpo estranho. Visualizada fibrose secundária a presença do corpo estranho no pretérito.

Por fim, foi feita lavagem copiosa da cavidade com aproximadamente 5 litros de soro ringer lactato, até melhora no aspecto e na coloração do líquido drenado, conforme indicado pela literatura^{3,7,8}. Foram aplicados 4 pontos de dreno passivo (pen rose) em comunicação com a cavidade para drenagem do líquido produzido que se apresenta em elevado volume.

No trans cirúrgico houve queda de pressão arterial, com resposta positiva a terapia implementada.

Após a cirurgia foi aconselhado o uso de curativo absorvente e instruído a troca dele sempre que molhado em ambiente limpo e com antisepsia cirúrgica, utilizando material estéril.

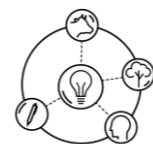
O volume drenado foi mensurado e o dreno retirado assim que iniciou a redução do volume produzido. Além disso, paciente no pós operatório foi monitorado de forma intensiva, com repetição em curto intervalo de tempo dos parâmetros fisiológicos, exame de sangue e ultrassom abdominal. Ademais, foi realizado suporte hemodinâmico nutricional e uso de analgésicos e antibióticos.

Um dia após a cirurgia foi realizado encaminhamento para requisição de bolsa de concentrado de hemácias DEA 1.1 negativo para paciente supracitado.

Ao final de 6 semanas, o paciente apresentava completa remissão dos sinais, os exames apresentavam parâmetros normais e ele recebeu alta hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à gravidade e a cascata de eventos sistêmicos deletérios, a intervenção no paciente diagnosticado com peritonite séptica deve ser rápida e com critérios pré estabelecidos. O tratamento bem sucedido desse paciente está relacionado ao diagnóstico precoce da patologia, operação cirúrgica com uso do padrão de sutura gambee e todos os cuidados intensivos no pós operatório como suporte hemodinâmico, terapia antimicrobiana, suporte nutricional, controle da dor, remoção do foco e drenagem peritoneal. Somente com um tratamento complexo, completo e



XII Colóquio Técnico Científico de Saúde Única, Ciências Agrárias e Meio Ambiente

potencializado de todos estes fatores, o paciente poderá ter maiores chances de sobreviver, assim como o paciente relatado no presente trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MACPHAIL, C. Peritonitis. In: WINGFIELD. Veterinary Emergency Medicine Secrets. 2.ed., Philadelphia: Hanley & Belfus, 2001. 304-309.
2. ZIMMERMANN, M., et al. Peritonite em cães. Ciência Rural, Santa Maria, v.36, n.5, p.1655-1663. set-out 2006.
3. FOSSUM, T.W. Peritonite. In: . Cirurgia de pequenos animais. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. p. 329-336.
4. WILLARD, D. M. Distúrbios do trato intestinal. In NELSON, R. W.; COUTO, C. G. Medicina Interna de Pequenos Animais, 4.ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 439-444.
5. ELLISON, G. W. Complications of Gastrointestinal Surgery in Companion Animals. The Veterinary clinics of North America: Small animal practice, v. 41, p. 915-934, 2011.
6. BENTLEY, A.M.; MATHEW, P.D.; CULP, W.T.N. et al. Alterations in the hemostatic profiles of dogs with naturally occurring septic peritonitis. Journal of Veterinary Emergency and Critical Care, v. 23, n.1, p. 14-22, 2013.
7. BELLAH, J. R. Peritonite. In: BOJRAB, J. M. Mecanismos das doenças em cirurgia de pequenos animais. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2014. p. 117-123
8. BIRCHARD, S.J. Peritonite. In: BIRCHARD, S.J. & SHERDING, R.G. Manual Saunders de Clínica de Pequenos Animais. 3. ed. São Paulo: Roca, 2008. p. 873-879.