

Alessandra Chagas Dala BERNARDINA<sup>1\*</sup>, Graziela da SILVA<sup>1</sup>, Karla Mendonça CORREIA<sup>1</sup>, Milena Almeida ARAUJO<sup>1</sup>, Thais Gomes BEZERRA<sup>1</sup>, Mary Anne Rodrigues de SOUZA<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Discente do Curso de Medicina Veterinária - Faculdade Pio Décimo - PIO X - Aracaju/SE - BRASIL \*Contato: alechagasdb@gmail.com

<sup>2</sup>Docente do Curso de Medicina Veterinária - Faculdade Pio Décimo - PIO X - Aracaju/SE - BRASIL

## CORREÇÃO DE ATRESIA ANAL TIPO IV ASSOCIADA A FÍSTULA RETOVAGINAL CORRECTION OF TYPE IV ANAL ATRESIA ASSOCIATED WITH RETOVAGINAL FISTULA

Palavras-chave: Anoplastia; anomalia; congênito.

### INTRODUÇÃO

As anomalias congênitas são deficiências estruturais ou funcionais que podem surgir ao decorrer das fases de desenvolvimento embrionário ou fetal de origem hereditária ou ambiental, ou pela comunicação de ambos<sup>4</sup>. Dentre as anomalias anorretais congênitas a atresia anal é a mais recorrente. A atresia anal (AA) pode estar associada a fístula retovaginal<sup>1</sup>. O presente trabalho busca elucidar as possíveis técnicas cirúrgicas para reparação dessa enfermidade.

### METODOLOGIA

Esse trabalho foi desenvolvido com base em uma revisão literária, utilizando os trabalhos e artigos científicos publicados nas plataformas Scielo, Pubvet e Google Acadêmico. Foram selecionados trabalhos publicados no período de (2005-2022) e realizada uma comparação entre eles.

### RESUMO DE TEMA

A atresia anal é uma malformação congênita causada pela falta de conexão anal mediada entre o reto e o períneo<sup>2</sup>.

São apresentados quatro tipos de atresia anal; a atresia do tipo I tem estenose congênita do ânus; as do tipo II, III e IV têm diversos níveis de agenesia retal junto com anormalidades anais. Animais com anomalias do tipo II mostram insistência da membrana anal, e seus retos finalizam prontamente cranial ao ânus imperfurado como uma bolsa cega. Na do tipo III, a abertura anal continua-se fechada, porém, a extremidade cega do reto está posicionada mais cranialmente<sup>8</sup>. Na do tipo IV, o ânus e o reto terminal são capazes de desenvolver-se normalmente, entretanto, o reto cranial finda-se como uma bolsa cega dentro do canal pélvico<sup>1</sup>. A predominância real da atresia anal em cães ainda é pouco afamada, em razão que muitos pacientes vêm a óbito antecedente ao diagnóstico ou são sujeitos à eutanásia prematuramente<sup>2</sup>. Os sinais clínicos alteram-se de acordo com o tipo de atresia anal, na do tipo I, tenesmo, constipação e desconforto abdominal, principalmente pós desmame e a presença de estenose anal são frequentemente observados. Nos demais tipos de atresia e sua ascensão, incluem passagem de fezes pela vulva, irritação vulvar, tenesmo, cistite, megacólon, entre outros. Caso a anomalia se estenda no tempo, pode haver anorexia, letargia, apatia, lateralização do abdômen do animal, e morte do indivíduo<sup>5</sup>.

O diagnóstico definitivo é baseado no somatório das informações coletadas na anamnese e sinais clínicos observados, tendo como o principal sinal a ausência do orifício anal. Além disso, haverá o exame físico e, utilização de radiografia abdominal contrastada, que auxiliará na determinação da

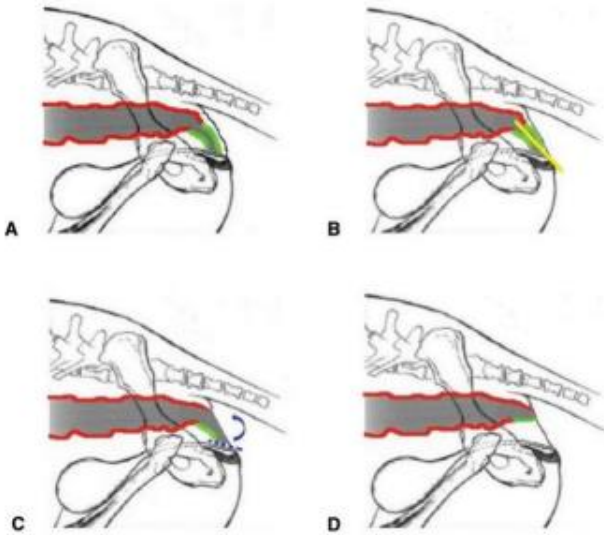
localização da porção terminal do reto e classificação do grau da atresia<sup>11</sup>.

O procedimento cirúrgico é o tratamento de escolha para a resolução de qualquer tipo de AA. Alguns autores reportaram ainda a possibilidade de correção da AA tipo I (estenose anal) com recurso a dilatação com balão ou bougie<sup>9</sup> ou excisão da porção estenosada do recto<sup>10</sup>.

A técnica com recurso a retalho da fístula está descrita como sendo a técnica de escolha para AA associada a fístula retovaginal, reduzindo o risco de lesão iatrogênica do esfíncter anal externo e da sua inervação, quando existente<sup>1</sup>, sendo uma boa alternativa à técnica de tração intestinal “pull through”<sup>2</sup>. Na técnica com recurso a um retalho da fístula (Figura 1), após a indução anestésica, o animal é colocado na extremidade da mesa cirúrgica em decúbito esternal com a pélvis elevada e a cauda é fixada por cima da região lombar. Posteriormente, a zona perineal é tricotomizada e preparada para cirurgia<sup>2</sup>.

Uma sonda 10-Fr (sonda foley), introduzido pela vulva e progredido pela fístula retovaginal até ao lúmen retal de forma a servir de guia<sup>6</sup>. Posteriormente, realiza-se uma incisão dorso ventral na linha média, que se estende desde a comissura dorsal da vulva até à zona mais dorsal do ânus imperfurado, abrangendo assim a parte caudal da fístula e o reto em fundo de saco. Permitindo assim uma boa visualização da área e um bom espaço para reconstrução do períneo. Em seguida, usando quatro suturas temporárias na pele, os tecidos são retraídos<sup>2</sup>.

O segmento dorsal da fístula próxima ao orifício vaginal, é seccionada horizontalmente e desbridada da vagina. É realizado uma vaginoplastia no defeito dorsal da vagina e introduzido um cateter 8-Fr no lúmen vaginal impedindo, prevenindo posteriores obstruções urinárias devido a oclusão que pode ocorrer durante a cicatrização<sup>4,6</sup>. A parede dorsal da vagina é reconstruída através de uma sutura simples interrompida em volta do cateter urinário, usando 6-0 polidioxanona<sup>6</sup>. Dois cateteres urinários, um 10-Fr e um 8-Fr, são introduzidos no canal anal e no orifício vaginal, respetivamente, como orientação. Para a reconstrução do canal anal e do ânus, é usado um retalho local da fístula, sem incisão da mesma e preservando a sua comunicação com o reto, conferindo assim diâmetro e comprimento normais. A completa separação entre o reto e a vagina é obtida assim pela aposição dos tecidos moles entre a parede ventral do reto e a parede dorsal da vagina, com recurso a duas ou três suturas simples interrompidas, usando 5-0 polidioxanona<sup>6</sup>.



**Figura 1** – Imagem ilustrativa da Técnica com recurso a retalho da fístula. A- AA Tipo IV, com fístula a verde; B – Introdução do cateter urinário no lúmen retal através da fístula vaginal(amarelo); C - Transposição horizontal (linha pontilhada) da fístula incisada; D – reconstrução do aspeto ventral do canal anal e do ânus usando a fístula.(Fonte: Adaptada de Jardel, Vallefuco and Viateau, 2012.)

A pele é posteriormente fechada com recurso a uma sutura simples interrompida, usando 4-0 nylon. A porção ventral do canal anal e do ânus são reconstruídos com o retalho da fístula, enquanto as porções dorsais e lateral são reconstruídos usando a mucosa do reto em fundo saco que tinha sido previamente incisionado. O orifício anal é reconstruído pela aposição da mucosa retal e do retalho da fístula com a pele, com recurso a uma sutura simples interrompida, usando 5-0 polidixanona. Com esta técnica, não é preciso fazer retração caudal da mucosa retal e o orifício anal é reconstruído sem tensão<sup>6</sup>. Poderão existir complicações pós-operatórias como recidiva da fístula, tenesmo, deiscência de pontos, estenose reto-anal, incontinência fecal e atonia do colón secundária à distensão pré-operatória prolongada acontecem frequentemente<sup>10</sup>.

Visando menor risco anestésico, o quadro de atresia anal pode ser corrigido como um primeiro estágio de reparo, podendo quaisquer outras anomalias associadas, como por exemplo uma fístula retovaginal ou retouretral, serem reparadas em um outro momento<sup>1</sup>. A correção cirúrgica deve ser realizada o quanto antes, visando prevenir danos irreversíveis ao colón, sendo o prognóstico dependente do grau e distensão do colón<sup>7</sup>.

## CONCLUSÃO

O diagnóstico precoce, associado ao uso de boa técnica cirúrgica e cuidados pós-operatórios adequados podem ser garantia de um melhor prognóstico, resultando em uma maior sobrevida e uma boa qualidade de vida do paciente<sup>2</sup>.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ettinger S, Feldman E, Côté E. Textbook of veterinary internal medicine. 8th ed. St. Louis (Missouri): Elsevier. 2017.
2. GARCÍA-GONZÁLEZ, E. M. et al. Atresia anal en perros y gatos: conceptos actuales a partir de tres casos clínicos. Archivos de medicina veterinaria, v. 44, n. 3, p. 253-260, 2012.
3. Jardel N, Vallefuco R, Viateau V. A Fistula Flap Technique for Correction of Type II Atresia Ani and Rectovaginal Fistula in 6 Kittens. Veterinary Surgery 42:180-185. 2012.
4. Jericó, M. M., Kogika, M. M., & Andrade Neto, J. P. Tratado de medicina interna de cães e gatos. Guanabara Koogan. 2015.
5. KURT, B. Kibar; TURAN, G. Successful treatment of type III atresia ani and rectovaginal fistula in a kitten. Vlaams Diergeneeskundig Tijdschrift, v. 90, n. 4, 2021.
6. NASCIMENTO, Diogo Filipe Matias. Estudo preliminar sobre a malformação de desenvolvimento anorectal: Atresia ani tipo IV em Felis catus. Tese de Doutorado. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina Veterinária. 2022
7. Rahal S, Vicente C, Mortari A, Mamprim M, Caporalli E. Rectovaginal fistula with anal atresia in 5 dogs. The Canadian Veterinary Journal La Revue vétérinaire canadienne Vol. 48:827-830. 2007.
8. SILVA, Paloma Helena et al. Correção cirúrgica de atresia anal associada à fístula retovaginal em cadela de 4 meses de idade: relato de caso. Enciclopédia Biosfera, v. 13, n. 24, 2016.
9. SUNDARAM, V. et al. A rare report on 18-month survival of a dog born with multiple anomalies including atresia ani. Morphologie, v. 105, n. 350, p. 252-258, 2021.
10. Tobias K, Johnston. Veterinary surgery. 2nd ed. W B Saunders Company. 2018
11. VIANNA, Maria L.; TOBIAS, Karen M. Atresia ani in the dog: a retrospective study. Journal of the American Animal Hospital Association, v. 41, n. 5, p. 317-322, 2005.

## APOIO

