CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ATRESIA ANAL ASSOCIADA À FÍSTULA RETOVAGINAL EM CADELA – RELATO DE CASO

Brenda Walesca Evangelista **SATURNINO1\***; Juliana Ferreira da **SILVA2**; Katarine de Souza **ROCHA2**; Emerson Timóteo de **ALCÂNTARA2**, Kiara Jéssica de **OLIVEIRA**2; Claudia Soares Dantas **BARBOSA2**;Fabrícia Geovânia Fernandes **FILGUEIRA3**; Ana Lucélia de **ARAÚJO4**

1 Estudante de graduação em Medicina Veterinária pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, Campus Sousa. \*Autor para correspondência: [brenda.walesca5@gmail.com](mailto:brenda.walesca5@gmail.com)

2 Discente do Programa especialização em medicina veterinária do HV-ASA do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, Campus Sousa

3 Médica Veterinária TAE do HV-ASA do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, Campus Sousa

4 Professora, Doutora, Médica Veterinária, Docente do curso de Medicina Veterinária do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, Campus Sousa

**Resumo**

O objetivo deste trabalho é relatar a correção cirúrgica de atresia anal tipo IV em uma cadela com quatro meses. O animal apresentava ausência de orifício anal, tenesmo, secreção fecal perivulvar e edema vulvar. O diagnóstico foi baseado no histórico, nos sinais clínicos e no exame radiográfico contrastado. O tratamento consistiu na correção cirúrgica da fistula e da porção final do reto. Este mostrou-se eficaz, pois possibilitou o reestabelecimento das funções normais dos tratos geniturinário e gastrointestinal com ausência de complicações.

**Palavras-chave:** Malformação. Atresia anal. Fístula retovaginal. Reconstrução. Vagina.

**Revisão de literatura**

A atresia anal é uma malformação congênita de ocorrência rara em cães e gatos, definida como a falta de comunicação entre o reto e o períneo através do ânus (VIANNA e TOBIAS, (2005). Esta anomalia é classificada em quatro tipos: o tipo I consiste na persistência de uma membrana sobre a abertura anal; o tipo II ocorre quando o reto termina imediatamente cranial ao ânus imperfurado; o tipo III é descrito como terminação retal em fundo cego dentro do canal pélvico; e o tipo IV consiste na presença de uma fístula retovaginal em fêmeas ou fístula retouretral em machos (SILVA et al., 2016).

Os sinais clínicos de atresia anal com fistula retovaginal incluem tenesmo, secreção fecal perivulvar, edema vulvar, cistite e megacólon (TRENTIN et al., 2022). O diagnóstico é baseado no histórico, nos sinais clínicos e no exame radiográfico contrastado (VALENTE et al., 2014). O tratamento consiste na correção cirúrgica da fistula e na reconstrução da porção final do reto (LEE et al., 2016). Assim, relata-se uma correção cirúrgica de atresia anal associada à fístula retovaginal em uma cadela com quatro meses.

**Descrição do caso**

Foi atendida no HV-ASA/IFPB uma cadela da raça pinscher, de quatro meses de idade, pesando 1,250 kg, com queixa principal de ausência de orifício anal desde o nascimento, tenesmo e excreção de fezes pela vagina (Figura 1). À inspeção, observou-se atresia anal, vulva levemente edemaciada, escore corporal bom e algia abdominal durante a palpação. No exame radiográfico contrastado do trânsito intestinal, foi possível visualizar o reto projetado em região perineal, com provável comunicação vaginal. Constatando-se de uma atresia anal tipo IV.

O animal foi encaminhado para cirurgia reconstrutiva. O protocolo anestésico consistiu em: acepromazina 0,2% (0,05 mg/kg) por via intramuscular (IM), midazolan 0,5% (0,2 mg/kg, IM) e metadona 1% (0,03 mg/kg, IM) como medicação pré-anestésica, indução anestésica com propofol 1% (4 mg/kg) via intravenosa (IV), manutenção anestésica com isoflurano e anestesia local por via epidural lombossacra (0,25 mL/kg) com associação de lidocaína 2% com vasoconstrictor (0,2 mL/kg), bupuvacaína 0,5% sem vasoconstrictor (0,13 mL/kg) e morfina 1% (0,1 mg/kg).

No procedimento cirúrgico, realizou-se a incisão cutânea em forma de cruz sobre a membrana anal e a divulsão do tecido subcutâneo. Em seguida, foi localizado o fundo cego do reto e realizado uma incisão também em cruz sobre ele. Múltiplas suturas de Arrimo com fio náilon 2-0 circundando o reto foram empregadas para facilitar a identificação da fístula mediante inserção de uma sonda uretral nº 10 pela vagina. Procedeu-se a debridação das bordas da fistula com lâmina de bisturi e em seguida a sua oclusão usando o padrão de sutura em “X” com fio náilon 2-0. Posteriormente, o reto foi tracionado caudalmente e fixado à pele com pontos interrompidos simples e fio náilon 2-0, promovendo-se uma abertura para a passagem das fezes.

No pós-operatório foi prescrito amoxicilina (30 mg/kg), cetoprofeno (1 gota/kg) e dipirona (1 gota/kg), alimentação pastosa e higienização da ferida cirúrgica com NaCl 0,9%, associada a aplicação de Vetaglos Pomada®. Após cirurgia corretiva, o animal foi acompanhado a cada quatro dias e no 12º dia de pós-operatório retirou-se os pontos, no qual a paciente apresentava-se clinicamente bem, com defecação normal e orifício anal totalmente cicatrizado e não mais existência da fístula.

**Discussão**

A atresia anal tipo IV encontrada neste caso é decorrente devido a falha na perfuração da membrana que separa o endoderma do intestino posterior da membrana anal ectodérmica, resultando na ausência da comunicação entre o reto e o ânus, podendo ocorrer presença de fistula retovaginal (SILVA et al., 2016). Dessa forma, apesar de já se ter relatos sobre este tipo de má-formação, a casuística na clínica cirúrgica de pequenos animais do HV-ASA não é comum em cães, tanto que este foi o primeiro caso nos últimos oito anos. Em conformidade com o estudo retrospectivo realizado por Vianna e Tobias (2005), o qual revelou que a incidência de atresia anal em cães foi de aproximadamente 0,007%. Ademais, salienta-se que essa patologia é mais frequente em grandes animais, tendo as consanguinidades como maior fator de risco para surgimento da atresia (VALENTE et al., 2014).

A presença da atresia anal associada à fistula retovaginal foi observada, pelos tutores, quando o animal do relato manifestou tenesmo e secreção fecal perivulvar com quatro meses de idade, após o início da alimentação com ração umedecida. O que corrobora com Valente et al. (2014), ao afirmarem que a intensificação dos sinais clínicos ocorre posteriormente o desmame. Com isso, o diagnóstico torna-se tardio e o animal deve ser submetido à cirurgia corretiva para evitar a ocorrência de megacólon irreversível e de infecção do trato urinário ascendente (SILVA et al., 2016). Conduta assertiva adotada no presente caso.

O procedimento cirúrgico de eleição consiste na correção da atresia anal e da fístula retovaginal (LEE et al., 2016), como preconizado no presente relato. Em contraste com Silva et al. (2016), que realizou apenas a correção da atresia anal, permitindo o fechamento espontâneo entre a parede dorsal da vagina e a porção ventral do reto. Entretanto, o mesmo observou incontinência fecal como complicação, o que não ocorreu com a paciente em questão, visto que a rafia da fistulorrafia retovaginal foi realizada.

**Conclusão**

A correção cirúrgica da atresia anal e a da fístula retovaginal foi eficaz, mesmo que tardia, pois possibilitou o reestabelecimento das funções normais dos tratos geniturinário e gastrointestinal da paciente.

**Referências Bibliográficas**

LEE, S.Y. et al. Rectovaginal fistula in a dog with a normal anus: a case report. **Vet Med**, v. 61, n. 3, p. 169-182, 2016.

SILVA, P. H. S. et al. Correção cirúrgica de atresia anal associada à fístula reto-vaginal em cadela de 4 meses de idade: relato de caso**. Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v. 13, n. 24, p. 331-339, 2016.

TRENTIN, L. W. et al. Atresia anal e fístula retovaginal em canino: relato de caso. **Pubvet**, v. 16, n. 6, p. 1-5, 2022.

VALENTE, F. S. et al. Atresia anal associada à fístula retovaginal em cadela. **Acta Scientiae Veterinariae**, Porto Alegre, v. 42, n. 1, p. 1-4, 2014.

VIANNA, M.L; TOBIAS, K.M. Atresia ani in the dog: a retrospective study. **Journal of the**

**American Animal Hospital Association**, v. 41, n. 5, p. 317-322, 2005.