



Ano XVIII – Volume 2 – Número 37 – novembro de 2021

OBSTRUÇÃO ESOFÁGICA TORÁCICA POR CORPO ESTRANHO EM CÃO – RELATO DE CASO

CARVALHO, Natália Santos de¹; ROSSETTO, Victor José Vieira²

RESUMO

Corpos estranhos (CE) esofágicos são objetos inanimados que podem causar obstrução total ou parcial do lúmen esofágico, comumente causam disfagia, regurgitação e vômito. A casuística de obstrução por CE esofágico é elevada na clínica de pequenos animais. O tratamento constitui na remoção do CE e correção de possíveis alterações secundárias. Dessa forma, o objetivo do presente trabalho foi relatar um caso de obstrução por CE em porção de esôfago torácico, tendo como fim aprofundar conhecimentos a respeito de obstrução esofágica de forma geral, desde as manifestações clínicas, achados aos exames complementares, diagnóstico e terapêutica.

Palavras-chave: anestesia total intravenosa (TIVA); endoscopia; esôfago torácico; esofagotomia; toracotomia.

ABSTRACT

Esophageal foreign bodies (FB) are inanimate objects that can cause total or partial obstruction of the esophageal lumen, commonly causing dysphagia, regurgitation and vomiting. The number of esophageal FB obstruction is high in the small animal clinic. Treatment consists of removing the FB and correcting secondary changes. Thus, the objective of the present study was to report a case of obstruction by a FB in a group of thoracic esophagus, with the purpose of deepening the knowledge about esophageal obstruction in general, from clinical manifestations, findings to complementary exams, diagnosis and technical.

Keywords: total intravenous anesthesia (TIVA); endoscopy; thoracic esophagus; esophagostomy; thoracotomy.

1. INTRODUÇÃO

O esôfago é um órgão pertencente ao sistema digestório, de formato tubular, que tem como função a comunicação da laringofaringe ao estômago (FRAPPIER, 2012). Segundo Fingerroth (1998), existem três pontos comuns de obstrução neste órgão, pois são os pontos onde o esôfago sofre um estreitamento, na entrada do tórax, na base do coração e hiato diafragmático.

¹ Discente do Curso de Medicina Veterinária, FAEF, Garça-SP

² Docente do Curso de Medicina Veterinária, FAEF, Garça -SP

Têm-se por CE objetos engolidos pelos animais que, de acordo com sua natureza, podem causar disfunções, lesões e/ou obstruções nos tecidos/órgãos nos quais se alojam/transitam, gerando na maioria das vezes sinais clínicos relevantes (WILLARD, 2015).

De acordo com Toledo; Camargo (2014) os sinais clínicos manifestados pelos animais nestas ocasiões podem ser bastante inespecíficos, como sialorreia, disfagia, êmese, apatia, anorexia, odinofagia, regurgitação, dispneia, inquietação entre outros.

O diagnóstico de tal afecção é baseado nos achados ao exame físico, anamnese e exames complementares. Como exames complementares de eleição destacam-se os exames radiográficos simples e/ou contrastados. Além disso, tem-se o exame endoscópico que possui também finalidade terapêutica, já que dependendo da natureza do CE, estado e posição em que o mesmo se encontra, entre outros fatores, este pode ser removido pelo próprio aparelho endoscópico sem que seja necessária uma abordagem cirúrgica (RADLINSKY, 2014).

A abordagem cirúrgica pode ser necessária para a remoção e resolução do efeito que o CE ocasionou no esôfago e órgãos adjacentes. A técnica de eleição varia de acordo com a porção do esôfago na qual o CE se encontra. De forma geral, o prognóstico é bom, porém varia de acordo com cada caso (BRIGHT, 1998).

Objetivou-se com o presente trabalho relatar um caso de obstrução por CE em porção de esôfago torácico em cão, submetido a toracotomia associada à esofagotomia e com evolução positiva em resposta ao tratamento, demonstrando um prognóstico favorável e tendo como resultado a resolução total da afecção. Além disso, objetivou-se aprofundar os conhecimentos a respeito de obstrução esofágica de forma geral, desde as manifestações clínicas, achados aos exames complementares, diagnóstico e terapêutica.

2. RELATO DE CASO

Foi atendido um cão, macho, da raça Spitz Alemão, com aproximadamente três anos de idade, pesando 4,3 kg de peso corpóreo, com histórico de ingestão de osso e episódios de êmese após esse acontecimento.

Ao exame físico, os parâmetros vitais (temperatura corporal, frequência cardíaca e frequência respiratória) apresentavam-se dentro dos valores de referência para a espécie e idade.

Foi solicitada a realização de hemograma (Tabela 1) e bioquímicos (Tabela 2) para análise de possíveis processos sistêmicos. Abaixo têm-se os laudos dos exames, onde em hemograma não há nenhuma alteração preocupante, apenas uma leucocitose por neutrofilia, além de macroplaquetas e eritroblastos ortocromáticos, porém com ausência de anemia; já em bioquímicos todos os valores se encontram dentro da normalidade.

Tabela 1. Exame de hemograma com aumento de leucócitos totais e neutrófilos, caracterizando uma leucocitose por neutrofilia. Em análise citológica foi observado a presença de macroplaquetas e eritroblastos ortocromáticos em pouca quantidade.

PARAMETROS	VALORES ABSOLUTOS	REFERÊNCIA			
		DE	ATE	ATE	
ERITRÓCITOS (X10 ¹² /L)	6,69	5,50	-	8,50	
HEMOGLOBINA (g/dL)	16,60	11,00	-	19,00	
VG (%)	45,20	39,00	-	56,00	
HCM (pg)	24,80	20,00	-	25,00	
VCM (fL)	67,60	62,00	-	72,00	
CHCM (g/dL)	36,70	30,00	-	38,00	
LEUCÓCITOS TOTAIS	VALORES RELATIVOS	18.000	6.000	-	17.000
METAMIELÓCITOS (µl)	0,00%	-	0	-	0
BASTONETES (µl)	0,00%	-	0	-	300
NEUTRÓFILOS (µl)	82,00%	14.760	3.000	-	11.500
LINFÓCITOS (µl)	15,00%	2.700	1.000	-	4.800
EOSINÓFILOS (µl)	1,00%	180	150	-	1.250
MONÓCITOS (µl)	2,00%	360	150	-	1.350
BASÓFILOS (µl)	0,00%	-	RAROS	-	-
PPT (g/dL)	7,4	6,0	-	8,0	
PLAQUETAS (x10 ⁹ /L)	259	175	-	500	

CITOLOGIA : Macroplaquetas. Eritroblastos ortocromáticos (raros).

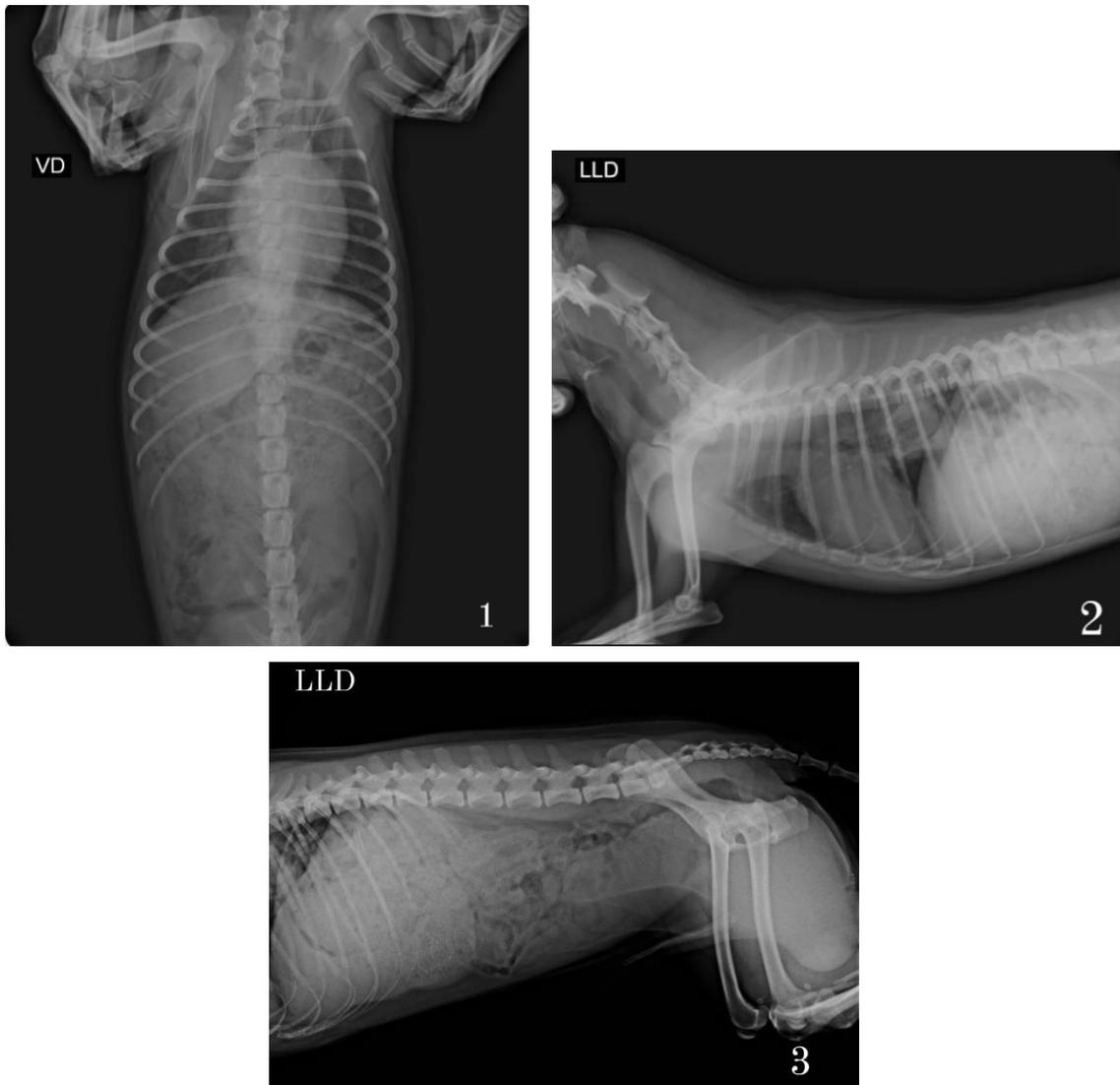
CONCLUSÃO : Leucocitose por neutrofilia.

Tabela 2. Exames Bioquímicos. Enzima hepática (ALT) utilizada para avaliação de função hepática, dentro dos valores de referência. Enzima renal (creatinina) utilizada para avaliação de função renal, dentro dos valores de referência.

PARAMETROS	VALORES ABSOLUTOS	REFERÊNCIA		
		DE	ATE	ATE
ALT (TGP) CANINA (UI/L)	66,00	10	-	88
CREATININA CANINA(mg/dL)	0,65	0,5	-	1,5

Também foi solicitada a realização de exames radiográficos simples abdominal e torácico para visualização do trato gastrointestinal. Foram realizadas as projeções latero-lateral direita (LLD) e ventro-dorsal (VD); (Figuras 1, 2 e 3). Como impressão diagnóstica teve-se que o estômago se apresentava dilatado com conteúdo de padrão alimentar com presença de áreas radiopacas, sugestivo de osso triturado, e intestino delgado repleto por conteúdo fecal. Foi sugerido acompanhamento radiográfico para acompanhamento da

motilidade do trato gastrointestinal.

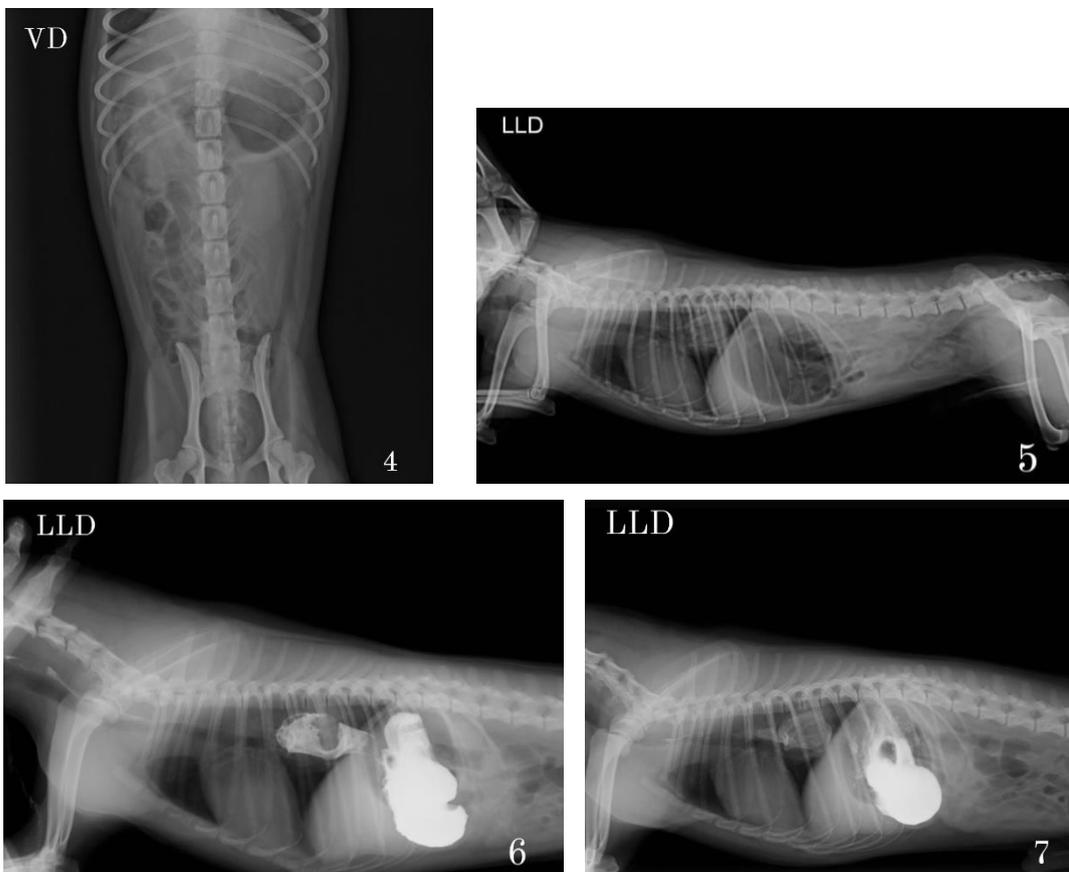


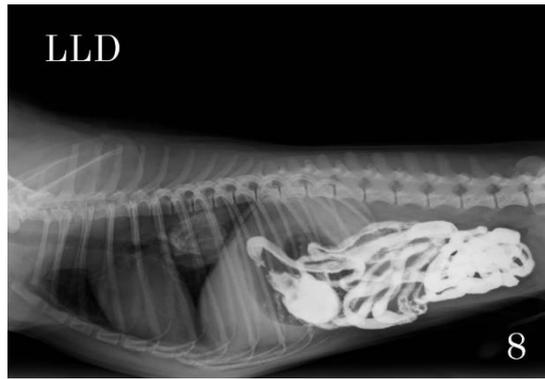
Figuras 1, 2 e 3. Exames Radiográficos. (1) Projeção ventro-dorsal, permitindo avaliação torácica e abdominal, padrão pulmonar misto, coração ocupando aproximadamente metade da caixa torácica, dilatação em estômago com presença de conteúdo alimentar de aspecto radiopaco, presença de conteúdo fecal em alças intestinais. (2) Projeção latero-lateral direita, permitindo avaliação torácica, padrão pulmonar misto, coração apresentando VHS 9,5, estreitamento de traquéia em porção intratorácica, dilatação em porção de esôfago torácico com presença de conteúdo alimentar de aspecto radiopaco, dilatação em estômago com presença de conteúdo alimentar de aspecto radiopaco, presença de conteúdo fecal em alças intestinais. (3) Projeção latero-lateral direita, permitindo avaliação abdominal, dilatação em estômago com presença de conteúdo alimentar de aspecto radiopaco, presença de conteúdo fecal em alças intestinais.

Foi feita aplicação de citrato de maropitant (1mg/kg/ via subcutânea) e omeprazol (1mg/kg/ via intravenosa), além de fluidoterapia, visando a manutenção volêmica do

animal, afim de evitar um quadro de desidratação, visto que o mesmo apresentou episódios de vômito. Animal foi liberado para casa no mesmo dia com prescrições de omeprazol (1mg/kg/ via oral/ à cada 24h/ por 7 dias), citrato de maropitant (2mg/kg/ via oral/ à cada 24h/ por 4 dias), simeticona (100mg/animal/ via oral/ à cada 8h/ por 3 dias). Além disso, foi recomendado que o animal ficasse em jejum o restante do dia e retornasse após dois dias para acompanhamento radiográfico da motilidade do trato gastrointestinal.

Dois dias após o início dos sinais clínicos o animal retornou ao Hospital Veterinário, segundo o tutor, devido a vários episódios de êmese. Foram realizados novos exames radiográficos como sugerido anteriormente, porém desta vez foram feitos exames radiográficos simples (LLD e VD) e contrastado (LLD). Foi utilizado sulfato de bário como meio de contraste (Figuras 4, 5, 6, 7 e 8). Como impressão diagnóstica teve-se que o estômago se apresentava dilatado com conteúdo gasoso (indicativo de possível aerofagia), alças intestinais também com presença de conteúdo gasoso e motilidade preservada, e imagem radiopaca em topografia de esôfago torácico. Ao exame radiográfico concluiu-se alterações compatíveis com obstrução parcial de esôfago torácico por CE, sem evidências de perfurações.





Figuras 4, 5, 6, 7 e 8. Exames Radiográficos. (4) Projeção ventro-dorsal, permitindo avaliação abdominal, dilatação em estômago com presença de conteúdo gasoso intraluminal, presença de conteúdo gasoso em alças intestinais. (5) Projeção latero-lateral direita, permitindo avaliação torácica e abdominal, padrão pulmonar misto, estreitamento de traqueia em porção intratorácica, coração apresentando VHS 9,5, dilatação em porção de esôfago torácico com presença de conteúdo alimentar de aspecto radiopaco, dilatação de estômago com presença de conteúdo gasoso intraluminal, presença de conteúdo gasoso em alças intestinais. (6) Projeção latero-lateral direita, permitindo avaliação torácica e abdominal, exame radiográfico contrastado, imagem imediata após administração de contraste, padrão pulmonar misto, coração apresentando VHS 9,5, estreitamento de traqueia em porção intratorácica, dilatação em porção de esôfago torácico com presença de conteúdo alimentar e deposição de contraste, dilatação de estômago com presença de conteúdo gasoso intraluminal e deposição de contraste, presença de conteúdo gasoso em alças intestinais. (7) Projeção latero-lateral direita, permitindo avaliação torácica e abdominal, exame radiográfico contrastado, imagem realizada cinco minutos após administração de contraste, padrão pulmonar misto, coração apresentando VHS 9,5, estreitamento de traqueia em porção intratorácica, dilatação em porção de esôfago torácico com presença de conteúdo alimentar de aspecto radiopaco, dilatação de estômago com presença de conteúdo gasoso intraluminal e deposição de contraste, presença de conteúdo gasoso em alças intestinais. (8) Projeção latero-lateral direita, permitindo avaliação torácica e abdominal, exame radiográfico contrastado, imagem realizada quinze minutos após administração de contraste, padrão pulmonar misto, coração apresentando VHS 9,5, estreitamento de traqueia em porção intratorácica, dilatação em porção de esôfago torácico com presença de conteúdo alimentar de aspecto radiopaco, dilatação de estômago com presença de conteúdo gasoso intraluminal e deposição de contraste, presença de conteúdo gasoso em alças intestinais e deposição de contraste.

Foi indicada a realização de exame endoscópico para tentativa de remoção do CE, sem abordagem cirúrgica, devido a complexidade e riscos que a mesma apresenta. A endoscopia foi realizada no mesmo dia, ocasião na qual foi visualizado que o CE se tratava de ossos de frango, de aspecto poroso e quebradiço. A sua remoção, contudo, não foi possível ao exame endoscópico devido à sua dimensão e posicionamento no lúmen esofágico. Sendo assim e para evitar possíveis perfurações esofágicas foi indicado a remoção do CE por toracotomia associada à esofagotomia.

No dia seguinte foi efetuada a esofagotomia com fins de remoção do CE. O protocolo anestésico utilizado foi medicação pré-anestésica (MPA), anestesia locorreional (bloqueio paracostal), anestesia inalatória e anestesia total intravenosa (TIVA). Primeiramente foi realizada a MPA utilizando butorfanol (0,2mg/kg/ via intramuscular), acepromazina (0,025mg/kg/ via intramuscular) e metadona (0,2mg/kg/ via intramuscular, optou-se pelo não uso de morfina a fim de evitar o estímulo de vômito causado pela mesma, evitando assim traumas em esôfago); o bloqueio paracostal foi feito no 8º espaço intercostal (EIC) utilizando lidocaína (2mg/kg).

Foi aplicado bolus de propofol (5mg/kg/ via intravenosa) para induzir o animal até que o mesmo pudesse ser mantido apenas na anestesia inalatória, tendo sido utilizado isofluorano (dose-efeito). O animal foi mantido em anestesia inalatória até o momento em que foi acessado a cavidade torácica; devido à pressão negativa intratorácica a partir do momento em que a cavidade foi acessada o animal foi submetido à TIVA, onde foi utilizado propofol (5mg/kg/ via intravenosa) e realizado ventilação mecânica manual durante todo o procedimento, juntamente com o fornecimento de oxigênio (O₂). Além disso, durante o trans-operatório foi administrado ceftriaxona (25mg/kg/ via intravenosa).

Foi feita tricotomia em toda região lateral esquerda do animal antes deste ser colocado na anestesia inalatória. Já durante a anestesia inalatória o animal foi posicionado em decúbito lateral direito (o animal foi posicionado sobre um tecido de forma que a região a ser incisada ficasse mais elevada que o restante do tórax) e realizada antisepsia prévia e definitiva com clorexidina degermante e álcool, respectivamente.

Dado início ao procedimento cirúrgico de toracotomia, o local elegido para incisão foi o 8º EIC. Primeiramente foi incisado a pele, consecutivamente divulsionado o subcutâneo, e após incisado o músculo grande dorsal através de suas fibras em sentido paralelo a incisão de pele. As musculaturas seguintes a serem incisadas foram os músculos oblíquo do abdome externo e intercostais, estes foram incisados ao centro, entre as costelas, a fim de evitar lesões em vasos intercostais. Em sequência a pleura parietal foi

seccionada com auxílio de uma tesoura; e então utilizou-se o afastador costal (Finochietto) para afastar as costelas, permitindo assim um melhor acesso e visualização ao interior da cavidade torácica, como forma de proteção foram utilizadas compressas úmidas.

Conforme descrito por Castro e Raiser (2012), após a realização da toracotomia, foi identificado o esôfago no mediastino, imediatamente ventral à aorta, e então foi feita a transecção do ligamento pulmonar e colocado compressas úmidas para rebater cranial e ventralmente os lobos pulmonares; além disso, os ramos dorsal e ventral do nervo vago na face lateral do esôfago foram identificados e protegidos. Para identificação do esôfago teve-se o auxílio de sonda nasogástrica, elevando-o cuidadosamente à abertura do tórax, onde foi mantido com o auxílio de uma pinça hemostática com os ramos fechados passada por baixo do esôfago.

Já com o fio de sutura penetrado na adventícia do órgão e sustentado com auxílio de pinças hemostáticas, foi realizada a fixação do esôfago. Foi identificado o local da obstrução e realizada uma incisão longitudinal do esôfago caudalmente ao CE. Com o auxílio de uma pinça anatômica, cuidadosamente o CE foi removido do lúmen esofágico. Conforme descrito por Castro e Raiser (2012) após a remoção do CE foi feita a limpeza dos tecidos com solução salina e o tecido esofágico foi avaliado quanto a sua viabilidade.

Constatado a viabilidade do órgão e estruturas adjacentes, foi realizada sutura de padrão simples interrompido em duas camadas, sendo que na primeira camada os nós foram cerrados voltados para o lúmen do órgão, já na segunda camada os nós foram cerrados voltados para o exterior do órgão (poliglactina-910- 3-0).

O fechamento da cavidade torácica foi feito por meio de pontos simples interrompidos, envolvendo as costelas adjacentes à incisão (náilon 0). Afim de promover o reestabelecimento da pressão negativa intratorácica foi realizada a hiperinsulfação dos pulmões, onde antes do último ponto ser cerrado, foi desligado a vaporização, e oambu foi mantido pressionado por alguns segundos e então cerrado o último nó.

Já nas musculaturas oblíquo do abdome externo e grande dorsal foi utilizado sutura de padrão sultan (náilon 3-0); em subcutâneo padrão de sutura cushing (poliglactina-910 – 3-0). E por fim, foi realizada a síntese da pele com padrão de sutura simples interrompido (náilon 2-0).

Para reestabelecer a pressão negativa intratorácica, além da hiperinsulfação descrita acima, foi realizada toracocentese utilizando um scalp intravenoso nº 25 conectado à uma torneira de três vias, que por sua vez foi acoplada à uma seringa de 20 ml.

Ao final do procedimento, a ferida cirúrgica foi limpa com água oxigenada e solução alcoólica de clorexidina, além disso foi colocado gaze sobre a ferida cirúrgica e feito a fixação com fita micropore. Desta forma conclui-se a abordagem cirúrgica com êxito e sem complicações.

O paciente permaneceu internado por 72h sob as seguintes prescrições e recomendações, sucralfato (500mg/animal/ via oral/ à cada 8h); dipirona (25mg/kg/ via subcutânea/ à cada 12h); citrato de maropitant (1mg/kg/ via subcutânea/ à cada 24h); ceftriaxona (25mg/kg/ via intravenosa/ à cada 12h); metronidazol (15mg/kg/ via intravenosa/ à cada 24h); robenacoxibe (2mg/kg/ via subcutânea/ à cada 24h); metadona (0,2mg/kg/ via subcutânea/ à cada 12h); alimentação parenteral nas primeiras horas, após as primeiras horas foi introduzido alimentação pastosa; ingestão de água a partir de 12h pós-operatório e uso de roupa cirúrgica.

Após 72h internado o animal se apresentou em estado de alerta, sem dor ou qualquer complicação, e assim recebeu alta médica ainda fazendo uso da roupa cirúrgica com as seguintes prescrições e recomendações, pomada de calêndula + tintura de *Stryphnodendron barbatiman Mart.* + tintura de *Symphyntum officinalis L.* + aloe vera + camomila (uso tópico/ após a limpeza da ferida cirúrgica passar a pomada, duas vezes ao dia/ até a retirada dos pontos), sucralfato (500mg/ animal/ via oral/ à cada 12h/ até o término), alimentação úmida (administrar durante 5 dias - fazer 159 gramas ao dia ou 3/4 lata bem diluído, dividir a alimentação várias vezes ao dia); além disso, foi mantido analgesia e antibioticoterapia conforme prescrição do pós-operatório imediato.

Oito dias após a realização do procedimento cirúrgico o animal retornou ao Hospital Veterinário apresentando um discreto aumento de volume em região da ferida cirúrgica, foi então feita a drenagem de 5mL de líquido seroso, de coloração avermelhada, compatível com seroma e administrado dexametasona (0,5mL/ animal/ via subcutânea), e solicitado que o mesmo retornasse após aproximadamente uma semana para reavaliação e remoção dos pontos, animal foi liberado para casa no mesmo dia.

Aproximadamente uma semana após a drenagem, o animal retornou ao Hospital Veterinário, como recomendado, e então foi feita a remoção da sutura, visto que a ferida cirúrgica apresentava ótima cicatrização. Dessa forma o animal foi liberado para casa obtendo total alta médica, devendo retornar apenas se apresentasse novas alterações.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sinais clínicos de obstrução esofágica por corpos estranhos intraluminais são inespecíficos e podem variar de acordo com a duração, localização e tipo de obstrução causada. No presente caso, o único sinal clínico manifestado pelo paciente foi episódios de êmese (FINGEROTH, 1998).

O diagnóstico foi baseado em anamnese e exame físico, seguido por exames de imagem (exame radiográfico e endoscopia). Além disso, também foram realizados exames laboratoriais como, hemograma (caracterizado como um leucograma de estresse, visto que havia um aumento de leucócitos e neutrófilos; com presença de macroplaquetas e eritroblastos ortocromáticos, caracterizando um processo regenerativo) e bioquímicos dentro dos valores de referência (CASTRO; RAISER, 2012).

O exame radiográfico simples é um meio de diagnóstico importante, por vezes este é associado ao exame radiográfico contrastado, afim de obter maiores informações a respeito da obstrução causada pelo corpo estranho (como motilidade do trato gastrointestinal e até mesmo presença de perfurações), como realizado no caso relatado (RADLINSKY, 2014).

A endoscopia alta é o exame de imagem mais indicado para diagnosticar e tratar CE esofágicos, devido a característica de visualização direta da mucosa esofágica e potencial de remoção do CE. Com a utilização de endoscópio rígido ou flexível, juntamente com acessórios fórceps e cateteres Foley, o CE pode ser puxado pelo caminho reverso através da cavidade oral. Na impossibilidade do percurso reverso, é indicado o deslocamento deste ao estômago e posterior gastrotomia à esofagotomia. O deslocamento do objeto no interior do lúmen esofágico deve ser feito de maneira mais atraumática possível (ASSUNÇÃO, 2017).

Em casos onde ocorreu perfuração esofágica, desvitalização ou necrose da mucosa esofágica, obstrução ou alojamento esofágico sem a possibilidade de remoção com endoscópio, a resolução cirúrgica do CE é recomendada. No caso relatado o exame endoscópico não foi resolutivo como fim terapêutico, visto que não foi possível a remoção do corpo estranho, devido à dimensão, posicionamento, aspecto poroso e quebradiço que o mesmo apresentava, além da porção esofágica envolvida se apresentar friável (ASSUNÇÃO, 2017).

A terapêutica pode variar, é importante levar em consideração variantes como, localização no esôfago, o tipo de CE, a duração dos sinais clínicos, o estado do animal,

além de disponibilidade de material e equipe. Em casos onde a endoscopia não é resolutiva, é indicado então a realização de procedimento cirúrgico (toracotomia associada à esofagotomia), é dada preferência para a endoscopia por ser um procedimento menos invasivo, conseqüentemente com menor riscos de complicações. Elegida a terapêutica, deve-se iniciá-la assim que for promovida a estabilização do paciente (WILLARD, 2015).

O paciente relatado se manteve estável no pós-cirúrgico, respondendo positivamente ao procedimento e ao tratamento estabelecido, revelando um prognóstico favorável. O animal permaneceu sob monitoração durante 72h, visto que durante este período o paciente poderia apresentar complicações, como extravasamento esofágico e infecção, exigindo intervenções imediatas (RADLINSKY, 2014).

A nutrição parenteral é o fornecimento de nutrientes em pequenas partículas através de fluidoterapia intravenosa, tem como benefício permitir que o animal não ingira via oral nenhum alimento e água, deixando assim o esôfago em repouso; fato que previne as chances de complicações após a realização de uma esofagotomia. Visando tais benefícios, nas primeiras horas de pós-operatório o paciente foi submetido a alimentação parenteral (BARCELLOS; SILVA FILHO; BECK, 2000).

De acordo com Radlinsky (2014) a alimentação por via oral deve ser evitada por 24 a 48 horas; a fluidoterapia intravenosa deve ser continuada até que seja retomada a alimentação por via oral; o fornecimento de água pode ser realizado 24 horas no pós-operatório se o paciente não apresentar regurgitação ou vômito. O fornecimento de alimento líquido pode ser iniciado durante as 24 horas seguintes se não ocorrer vômito ou regurgitação após o consumo de água. O alimento líquido deve ser continuado por cinco a sete dias, e então o paciente poderá retornar gradualmente à sua alimentação normal nas próximas semanas.

Com ausência de complicações no pós-cirúrgico o paciente obteve alta hospitalar 72h pós-operatório. Foram recomendados cuidados como manter o animal em repouso, utilizar roupa cirúrgica, fornecimento de uma dieta pastosa, a fim de evitar possíveis lesões em esôfago ocasionadas por outros tipos de alimentação, visto que o mesmo se apresentava com aspecto friável devido ao corpo estranho removido e abordagens realizadas, bem como água em frações pequenas a fim de evitar possíveis episódios de êmese ocasionados por ingestão de água em grandes quantidades, que por sua vez poderiam ocasionar irritações em esôfago. Além disso, retornar, imediatamente, no caso de o paciente apresentar qualquer alteração. O paciente não apresentou complicações no

pós-operatório, com ausência de vômito ou regurgitação, sem dor à palpação ou sinais de alterações respiratórias (RADLINSKY, 2014).

O animal retornou para avaliação após 5 dias da alta hospitalar, onde foi drenado 5mL de seroma e retornou uma segunda vez aproximadamente uma semana após a drenagem do seroma para remoção dos pontos. Seroma é caracterizado pelo acúmulo de líquido abaixo da pele e do tecido gorduroso, sendo resultado da inflamação causada pelo procedimento e reações de defesa do corpo; com o intuito de diminuir a presente inflamação, foi administrado dexametasona, onde não foi constatada complicações na cicatrização da ferida cirúrgica após a administração da medicação. Como maneira de diminuir a incidência deste processo em pacientes submetidos à toracotomia têm-se a realização de bandagens torácicas, utilizando ataduras e algodão hidrófilo (MACPHAIL, 2014).

De acordo com Ferreira *et al.*, (2013) é importante ressaltar que a presença de CE em esôfago é considerada um caso de emergência na medicina veterinária, sendo indicado intervenção e o tratamento imediato, de modo geral, visto que quanto maior o tempo de permanência do CE no lúmen esofágico, maior será a propensão do paciente para complicações no pós-operatório, portanto, se há suspeitas de CE instalado, deve-se tomar as possíveis medidas diagnósticas o quanto antes, para que possa ser iniciada a devida terapêutica o mais rápido possível, a fim de obter um prognóstico favorável, com menor chances de complicações. A demora para início da conduta pode levar o paciente à quadros de necrose, perfuração de órgãos, mediastinite, pleurite e/ou piotórax, entre outros. No caso relatado, houve um intervalo de três dias entre o início das manifestações clínicas e a realização do procedimento cirúrgico, contudo, o paciente não apresentou nenhuma complicação no pós-operatório (FINGEROTH, 1998).

Sem complicações associadas, o prognóstico é bom, como ocorrido com o paciente relatado, porém torna-se reservado quando há complicações decorrentes do CE, como perfuração esofágica (WILLARD, 2015).

5 CONCLUSÃO

A presença de CE em esôfago é considerada um caso de emergência na medicina veterinária, e são frequentes na rotina da clínica de pequenos animais. O diagnóstico baseia-se em anamnese e exame físico, seguido por exames de imagem (exame radiográfico; endoscopia – que além de fim diagnóstico pode ter fim terapêutico; entre outros). A terapêutica se resume em abordagem cirúrgica, quando o exame endoscópico não se torna viável. Sem complicações associadas o prognóstico é bom, mas se torna reservado quando há complicações.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, Glauber Algarve. **Corpos estranhos esofágicos em cães e gatos: revisão de literatura**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso. Medicina Veterinária Universidade Federal do Rio Grande do Sul Faculdade de Veterinária.

BARCELLOS, Heloísa Helena de Alcântara; SILVA FILHO, Antônio de Pádua Ferreira da; BECK, Carlos Afonso. **Influência de três tipos de vias de fornecimento de dietas pós-operatórias na cicatrização de esofagotomia cervical em cães**. Braz. J. vet. Res. anim. Sci. v. 37. n. 5. p. 382-387. 2000.

BRIGHT, R. M. Distúrbios Gastrointestinais: Cirurgia do Esôfago. In: BIRCHARD, S. J.; SHERDING, R. G. (Org). 1 ed. **Manual Saunders – Clínica de Pequenos Animais**. São Paulo: Roca. p. 726-735. 1998.

CASTRO, J. L. C.; RAISER, A. G. Cirurgia Geral I – esôfago e estômago. In: OLIVEIRA, A. L. A. (Org). 1 ed. **Técnicas Cirúrgicas em Pequenos Animais**. Rio de Janeiro: Elsevier. p. 271-296. 2012.

FERREIRA, Danyelle Rayssa Cíntra; BARROS, Alessandra Veras de; MELO FILHO, Edson Vilela de; VILELA, Liana Mesquita; SILVA, Allan Kardec Veiga da. **Esofagotomia torácica para remoção de corpo estranho em cão: relato de caso**. XIII Jornada de Ensino, Pesquisa e Extensão. JEPEX 2013. UFRPE.

FINGEROTH, J. M. Afecções Cirúrgicas do Esôfago. In: SLATTER, D. H. (Org). 2 ed. v.1. **Manual de Cirurgia de Pequenos Animais**. São Paulo: Manole. p. 651-667. 1998.

FINGEROTH, J. M. Técnicas Cirúrgicas para as Afecções do Esôfago. In: SLATTER, D. H. (Org). 2 ed. v.1. **Manual de Cirurgia de Pequenos Animais**. São Paulo: Manole. p. 667-681. 1998.

FRAPPIER, B. L. Sistema digestivo. In: EURELL, J. A.; FRAPPIER, B. L. (Org). 6 ed. **Histologia Veterinária de Dellmann**. Barueri: Manole. p. 170-211. 2012.

MACPHAIL, C. M. Cirurgia do Tecido Mole: Cirurgia do Sistema Tegumentar. In: FOSSUM, T. W. (Org). 4 ed. **Cirurgia de Pequenos Animais**. Rio de Janeiro: Elsevier. p. 190-288. 2014.

RADLINSKY, M. G. Cirurgia do Sistema Digestório: Cirurgia do Esôfago. In: FOSSUM, T. W. (Org). 4 ed. **Cirurgia de Pequenos Animais**. Rio de Janeiro: Elsevier. p. 386-583. 2014.

TOLEDO, F.; CAMARGO, P. L. Sistema Digestório: Semiologia do Sistema Digestório de Cães e Gatos. In: FEITOSA, F. L. F. (Org). 3 ed. **Semiologia Veterinária: A Arte do Diagnóstico**. São Paulo: Roca. p. 174-206. 2014.

WILLARD, M. D. Desordens da Cavidade Oral, Faringe e Esôfago: Obstrução esofágica. In: NELSON, R. W.; COUTO, C. G. (Org). 5 ed. **Medicina Interna de Pequenos Animais**. Rio de Janeiro: Elsevier. p. 428-441. 2015.

A Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária é uma publicação semestral da Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral – FAEF e da Editora FAEF, mantidas pela Sociedade Cultural e Educacional de Garça. Rod. Cmt. João Ribeiro de Barros km 420, via de acesso a Garça km 1, CEP 17400-000 / Tel. (14) 3407-8000. www.faef.br – www.faef.revista.inf.br – medicina@faef.br