

SÍNDROME DA DILATAÇÃO VÓLVULO GÁSTRICA EM CÃES – RELATO DE CASO

RIBEIRO, Letícia

Acadêmica do curso de Medicina Veterinária FAMED/ACEG – Garça-SP
e-mail: letícia_fcav@yahoo.com.br

CABRINI, Tatiana Monici

FRIOLANI, Milena

DIAS, Luis Gustavo G. G.

Docentes do curso de Medicina Veterinária FAMED/ACEG – Garça-SP

e-mail: gustavogosuen@gmail.com

RESUMO

A síndrome da dilatação vólvulo gástrica se refere a aumento no volume gástrico no qual o estômago distendido, gira sobre seu eixo, podendo ou não ser agravado por vólvulo, levando a desordens fisiopatológicas e sistêmicas. Os principais sinais clínicos são distensão abdominal, timpanismo, náusea e angústia respiratória e o tratamento se baseia inicialmente na estabilização do paciente, seguida por gastropexia. Afeta, principalmente, cães de grande porte e o prognóstico é de razoável a bom quando não há indicação de gastrectomia parcial.

Palavra chave: vólvulo, dilatação gástrica, timpanismo gástrico.

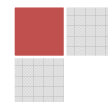
ABSTRACT

The syndrome of gastric dilatation volvulus (Bloat) is a gastric dilatation, which the distended stomach, turns on its axis, can be or not aggravated by volvulus, leading to physiological and systemic disorders. The main clinical signs are abdominal distension, bloating, nausea and respiratory distress and the treatment is based initially on stabilizing the patient, followed by gastropexy. Affects large dogs and the prognosis are reasonable to good when there is not indication of partial gastrectomy.

Keyword: volvulus, gastric dilatation, bloats.

1. INTRODUÇÃO

A síndrome da dilatação vólvulo gástrica se refere a duas condições, a primeira é a dilatação gástrica (distensão do estômago com gás e líquido) e a segunda é o vólvulo, na qual o estômago distendido, gira sobre seu eixo, podendo agravar o estado geral do paciente (BURROWS, 1999; FOSSUM, 2005; ELDREDGE, 2007; JOHNSON



et al., 2008). É descrito como distúrbio gastrointestinal agudo que leva a desordens fisiopatológicas e sistêmicas podendo induzir o animal ao óbito (WARD *et al.*, apud D'ALKIMIN, 2008).

Afeta, principalmente, cães de peito profundo e de grande porte (Dog Alemão, Pastor Alemão, Setter Irlandês, São Bernardo, Dobermann, Boxer, Sheepdog e Labrador Retriever) entre 2 a 10 anos de idade com mortalidade em torno de 20% a 68% dos casos (WILLARD, 1997; BURROWS, 1999; BRANDÃO, 2001; FOSSUM, 2005).

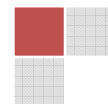
Os fatores que desencadeiam essa síndrome ainda não foram identificados, mas acredita-se que os elementos de risco incluam idade, conformação corporal magra, ingestão rápida de grandes volumes de comida e água (distensão gástrica crônica que pode potencialmente danificar o esvaziamento gástrico), fornecimento de uma única refeição diária, exercício e estresse pós prandiais e composição alimentar (rações secas a base de cereais e volumosos) (BURROWS, 1999; JONES, 2000; JOHNSON *et al.*, 2008).

Os motivos do aumento gástrico decorrem do acúmulo de gás, líquido ou ambos (FOSSUM, 2005), o mecanismo não é bem conhecido, teorias incluem que o gás possa ser produzido por *Clostridium perfringens*, formação de CO₂ durante a digestão, e principalmente aerofagia (McGAVIN *et al.* apud D'ALKIMIN, 2008). Segundo Fossum (2005) a secreção gástrica normal e a transudação de fluídos para o interior do lúmen gástrico como resultado da congestão venosa contribuem com o acúmulo de líquido.

O presente trabalho tem por finalidade realizar um relato de caso sobre a síndrome da dilatação volvo gástrica em cães.

2. RELATO DE CASO

Foi encaminhado ao Hospital Veterinário FAMED/FAEF um cão da raça Akita, sexo feminino, 12 anos de idade pertencente ao canil FAEF/FAMED



apresentando prostração e choque. De acordo com o responsável pelo setor o animal se encontrava deitado em decúbito lateral apresentando exaustão muscular e apatia.

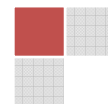
Ao exame físico observou-se aumento abdominal, dispnéia, percussão abdominal com som timpânico, mucosas hipocoradas, levando a suspeita de dilatação vólculo gástrica. O diagnóstico definitivo foi realizado através de exame complementar com raio-X. Neste foram encontrados achados sugestivos clássicos de dilatação vólculo gástrica como distensão excessiva do estômago, caracterizado por área interna radioluscente mais compartimentação por tecido mole. Juntamente com o raio-X também foi solicitado hemograma. Os principais achados foram número de plaquetas 30.000/ul e presença de neutrófilos com granulações tóxicas e macroplaquetas.

Diante a constatação da patologia o primeiro procedimento realizado foi a descompressão do estômago por intubação orogástrica para remover gases e líquido. Foi instituído juntamente com a descompressão fluidoterapia com cristaloides e terapia com corticoides (hidrocortisona na dose de 50 mg/kg) e antibioticoterapia (metronidazol na dose de 25mg/kg). Terminado os procedimentos de emergência o animal foi encaminhamento à cirurgia.

Durante a cirurgia, após o reposicionamento anatômico do estômago e estruturas adjacentes, foi possível verificar as condições clínicas destas. Os principais achados foram alterações patológicas, indicando necrose, na região fúndica e pilórica havendo assim, a necessidade de uma gastrectomia parcial em ambas as áreas. O baço também sofreu alterações culminando em esplenectomia.

Ato contínuo, realizou-se gastropexia do antro pilórico na parede abdominal direita do animal. É importante salientar que durante este procedimento o cão apresentou duas paradas respiratórias e uma cardíaca.

Decorrido, aproximadamente, 2 horas após a cirurgia o animal veio a óbito. Este foi encaminhado para o setor de patologia da FAMED/FAEF para que fosse realizada a necropsia. Os principais achados no exame interno indicavam mucosa gástrica moderadamente hiperêmica associado a presença de úlceras gástricas e



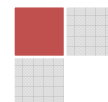
hiperemia de serosa gástrica, discreta enterite catarral e edema de mucosa intestinal. Como causa *mortis* o laudo indicou choque toxêmico.

3. DISCUSSÃO

A dilatação vólculo gástrica (DVG) corresponde a aumento gástrico rápido em que o estômago canino gira sobre seu eixo em rotação de 190° e 300° (WILLARD, 1997; BURROWS, 1999; JONES, 2000). Assim, o piloro passa por sob o estômago e posiciona-se dorsalmente à cárdia gástrica no lado esquerdo, ficando deslocado entre o esôfago e o estômago, deslocando também o baço para o lado ventral direito do abdome, assim, obstruindo o fluxo gástrico, causando dilatação (WILLARD, 1997; FOSSUM, 2005; ELDREDGE, 2007). A progressiva distensão gasosa levará a compressão das veias cava caudal e veia porta, diminuindo o fluxo venoso e o débito cardíaco, acarretando em hipotensão arterial, aumento do catabolismo celular e decréscimo na função renal (JONES, 2000; FRASER apud GUIDOLIN, 2009), resultando em desidratação aguda (ELDREDGE, 2007), septicemia bacteriana, choque circulatório, arritmias cardíacas, perfuração gástrica, peritonite e morte (WILLARD, 1997; FOSSUM, 2005; ELDREDGE, 2007).

Os principais sinais clínicos da DVG, inicialmente são distensão abdominal e timpanismo, seguido de náusea, ânsia de vômito não produtiva, depressão, salivação, agitação e angústia respiratória. O exame físico revela distensão abdominal com som timpânico, achados indicativos de hipovolemia ou choque, bradicardia, pulso femoral fraco, menor tempo de preenchimento capilar, palidez de mucosa e dispneia (WILLARD, 1997; FOSSUM, 2005; ELDREDGE, 2007; JOHNSON *et al.*, 2008).

Para diferenciar a dilatação simples da dilatação mais vólculo é necessário a avaliação radiográfica (FOSSUM, 2005), mas esta só deve ser obtida depois da estabilização do paciente. A vista em decúbito lateral direito é a melhor neste caso (WILLARD, 1997) e os principais achados radiográficos sugestivos de DVG incluem distensão excessiva do estômago por gases, deslocamento dorsal e a esquerda do piloro,



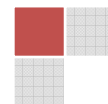
deslocamento caudal e a direita do fundo gástrico e compartimentação do estômago (JOHNSON *et al.*, 2008).

O tratamento médico inicial se baseia na descompressão do estômago por intubação orogástrica e caso esse procedimento não possa ser realizado é recomendado à descompressão com agulha calibre 18 e repetir a intubação orogástrica (ELDREDGE, 2007; JOHNSON *et al.*, 2008). O tratamento para choque deve ser instituído juntamente com a descompressão e monitoramento constante do paciente até sua total estabilização (FOSSUM, 2005; JOHNSON *et al.*, 2008; MATTHIESEN *apud* GUIDOLIN, 2009).

Caso esteja ocorrendo o vólvulo há necessidade de cirurgia para recolocar o estômago em sua posição normal (BURROWS, 1999), e assim, restabelecer o fluxo sanguíneo, evitar necrose e recidivas (FOSSUM, 2005).

A principal técnica cirúrgica, denominada gastropexia, consiste em aderir o estômago permanente na parede abdominal direita (FOSSUM, 2005; JOHNSON *et al.*, 2008). Existem vários tipos de gastropexia (WATSON *et al. apud* D'ALKIMIN, 2008) sendo a gastropexia com sonda e gastropexia circuncostal as mais comuns, estas serão descritas sucintamente a seguir.

A gastropexia com sonda consiste em inserir e fixar a ponta do cateter de Foley no interior do lúmen gástrico por uma sutura em bolsa de fumo. Antes de iniciar a cirurgia, coloque quatro fios de sutura absorvíveis entre o antro pilórico e a parede abdominal, onde a sonda sairá. O estômago deve ser puxado até a parede corporal e amarram-se os fios de sutura previamente colocados, a sonda é fixada na pele com padrão de sutura tipo bailarina. Já a gastropexia circuncostal consiste em realizar um retalho seromuscular em dobradiça em uma ou duas camadas no antro pilórico. Realiza-se uma incisão sobre a 11^a ou 12^a costela, no nível da junção costochondral formando um túnel sob a costela, com o auxílio de pinça hemostática introduz o retalho antral gástrico cranialmente sob a costela e sutura-o na margem gástrica original ou no outro flap (FOSSUM, 2005).



É importante salientar que as condições do baço e estômago devem ser observadas, se estes estiverem necrosados ou houver trombose esplênica a esplenectomia e ou gastrectomia parcial deverão ser realizadas (WILLARD, 1997; FOSSUM, 2005).

Os principais cuidados pós cirúrgicos consistem em monitoração de arritmias cardíacas, teores séricos de eletrólitos, proteína total e produção de urina. A motilidade gastrointestinal deve ser estimulada e protetores de mucosa devem ser administrados. Podem-se oferecer pequenas quantidades de água e alimentos pobres em gorduras dentro de 24 a 48 horas e a fluidoterapia deve ser mantida até total restabelecimento do consumo hídrico (FOSSUM, 2005; JOHNSON *et al.*, 2008). O prognóstico é de razoável a bom quando não há indicação de gastrectomia parcial (JOHNSON *et al.*, 2008).

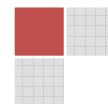
Cães que respondem a tratamento não cirúrgico possuem 70% de chance de ter outro episódio de DVG e este pode ser evitado seguindo algumas práticas como dividir a ração do dia em várias frações, levantar comedouros, restringir o acesso a água uma hora antes e uma após a alimentação e evitar exercícios após alimentação (ELDREDGE, 2007; JOHNSON *et al.*, 2008).

4. CONCLUSÃO

A síndrome da dilatação vólculo gástrica (DVG) é um distúrbio gastrintestinal agudo que causa desordens fisiopatológicas e sistêmicas, comum em cães de raças grandes e que pode levar o animal ao óbito. É considerada emergência clínica e cirúrgica, portanto, necessita de diagnóstico e intervenção precoces, além do tratamento de problemas coexistentes para aumentar a sobrevivência dos animais acometidos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRANDÃO, C. V. S. et al. Análise retrospectiva de 34 casos de dilatação vólculo gástrica em cães (1995-2000) **Rev. Educ. contin. CRMV-SP**, volume 4, fascículo 3, p. 84-89. 2001.



BURROWS, C. F. Sistema Digestório. In: GOLDSTON, R.T. **Geriatrics e Gerontologia do Cão e do Gato**. 1 ed. São Paulo: Roca, 1999, pg 185 a 226.

D'ALKIMIN, F. B. **Gastropexia na síndrome dilatação-volvo gástrica**. 2008. 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade Castelo Branco, Londrina, 2008.

ELDREDGE, D. M. The Digestive System. In: ELDREDGE, D. M. **Dog Owner's Home Veterinary Handbook**. 4 ed. New Jersey: Wiley, 2007, pg 255 à 309

FOSSUM, T. W. et al. Cirurgia do Sistema Digestório In: FOSSUM, T. W. et al. **Cirurgia de Pequenos Animais**. 2 ed. São Paulo: ROCA, 2005, p.306-312,

GUIDOLIN, L. L. **Dilatação gástrica-vólvulo em cães**: revisão de literatura. 2009. 41f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização), Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Porto Alegre, 2009.

JOHNSON, S. E. et al. Doenças do Estômago. In: BIRCHARD, S. J.; SHERDING, R. G. **Manual Saunders Clínica de Pequenos Animais**. 3ed. São Paulo: Roca, 2008, pg 708 a 718.

JONES, T. C. et al. Sistema Digestivo. In: JONES, T. C. et al. **Patologia Veterinária**. 6 ed. Barueri: Manole, 2000, pg 1063 a 1130.

WILLARD, M. D. Afecções do Estômago. In: ETTINGER, S.; FELDMAN, E. **Tratado de Medicina Interna**. 4 ed. São Paulo: Manole, Vol 2, 1997, pg. 1583 a 1617.

