

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA E CLÍNICA MÉDICAS (1.ª PARTE)
Diretor: Prof. Sebastião Nicolau Piratininga

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA E CLÍNICAS CIRÚRGICA E OBSTÉTRICA
Diretor: Prof. Ernesto Antonio Matera

COLEPERITÔNIO EM CÃO
(CHOLEPERITONEUM IN THE DOG)

LUIZ CARRIERI
Assistente extranumerario

J. S. MARCONDES VEIGA
Assistente extranumerario

A literatura veterinária no que diz respeito ao coleperitônio mostra-se bastante pobre.

LEINATTI (1955) observa, com muita propriedade, que este processo, ocorrendo com certa frequência no homem, é raro nos animais.

Na verdade, pouquíssimas citações obtivemos pela consulta bibliográfica, no concernente aos cães.

Assim, BLOOD e WHITTEN (1949) apresentam um caso, incluindo os resultados da necrópsia realizada.

LESCURE e GOULARD (1959), descrevem estudo clínico e anátomo-patológico de caso semelhante, lamentando não lhes ter sido permitida a tentativa de recuperação cirúrgica da lesão.

A literatura nacional, exceção feita a duas referências de MIGLIANO (1955), silencia a respeito deste processo, quer nas pequenas, quer nas grandes espécies.

Sendo os casos ora apresentados, ao que parece, os primeiros a serem recuperados cirúrgicamente, segundo a escassa literatura estrangeira e nacional atinente ao assunto, ficaria justificada, a nosso ver, a publicação deste trabalho, que teve por objetivo o estudo das considerações clínicas e a técnica operatória.

OBSERVAÇÕES

Caso n.º 1 — Em 9 de Setembro de 1959 foi encaminhado para exame, ao Ambulatório desta Faculdade, um cão sem raça definida, com 7 anos de idade, de pelagem amarela, de porte médio, registrado sob n.º 3.420.

De acôrdo com a anamnese o animal fôra atropelado por auto. móvel há 30 dias e vinha apresentando, nos últimos 10 dias, diminuição de apetite, aumento do volume abdominal, vômitos amarelados e fezes esbranquiçadas. Havia sido medicado com purgativos, sem apresentar qualquer melhora.

Exame clinico: — Animal de constituição forte, mau estado de nutrição e em prostração.

A pele mostrava-se de coloração sub-ictérica e com temperatura abaixo do normal. Mucosas aparentes ligeiramente ictéricas. Temperatura retal 38° 5 C. Respiração superficial. Taquicardia, pulso com frequência de 144 por minuto.

Aumento de volume abdominal acentuado, bilateral. Pela palpação e percussão se estabeleceu a presença de líquido. Praticada a punção, foram recolhidos cerca de 3.000 ml de um líquido de coloração amarelo-esverdeado e densidade 1.010, apresentando reação fortemente positiva para a prova de Gmelin.

Dos exames complementares obtivemos os seguintes resultados:

Exame de urina

Densidade	1.010
Ac. biliares	fortemente positiva
Urobilina	fortemente positiva
Albumina	ausente
Glicose	ausente
Acetona	normal
Indican	normal

Exame de sangue

Hemáticas	7.130.000 por mm ³
Leucócitos	14.000 por mm ³
Hemoglobina	16 g por %
Hematócrito	49 g por %

De acordo com os dados fornecidos pelo exame clínico, diagnosticamos coleperitônio, por provável ruptura da vesícula biliar ou ductos biliares, impondo-se a nosso ver, a tentativa de recuperação cirúrgica.

Pré-operatório: durante 4 dias, aplicação de antitóxico e soluto glicosado isotônico, por via subcutânea.

Operação: realizada em 14 de setembro.

Retirada prévia, por punção, de aproximadamente 1.000 ml do líquido contido na cavidade peritoneal.

Após aplicação de 25 mg de clorpromazina por via subcutânea, o animal foi contido em decúbito dorsal e submetido a anestesia geral pela mistura eter-oxigênio em máscara de circuito semi-fechado (Aparêlho AGA).

Administração gôta a gôta, por via intravenosa de 500 ml de soluto glico-fisiológico.

Técnica: preparado convenientemente o campo operatório, praticamos laparotomia com incisão longitudinal, mediana, pré-umbilical. Retirada, por aspiração, do líquido restante encontrado na cavidade (1.500 ml)

À inspeção, peritônio parietal e visceral de coloração amarelo-esverdeada.

Vesícula biliar de aspecto e volume normais.

Os ductos biliares, recobertos de tecido adiposo, não mostravam anormalidade; porém, ao esvasiarmos a vesícula biliar, por compressão digital, visualizamos ponto de perfuração existente à altura do terço médio do canal colédoco, que deixava fluir a bile para o interior da cavidade peritoneal.

Através do orifício, de cerca de 3 mm de diâmetro, realizamos facilmente, com cateter flexível (Fig. 1) a sondagem da vesícula biliar.

Procedemos à sutura daquele orifício com fio de algodão atraumático n.º 00, com pontos separados simples. Sobre este plano, ancoramos, ainda com pontos separados simples, o tecido visceral contíguo.

Finalmente, iniciamos a síntese dos planos profundos da parede abdominal, mediante sutura de pontos separados simples com fio de algodão.

Fechamento da pele com sutura contínua, intradérmica em ziguezague com fio de algodão.

Pós-operatório: administração de antibiótico (associação penicilina-estréptomicina), durante as primeiras 72 horas.

Decorridos 8 dias, foram retirados os pontos, observando-se cicatrização "per primam". O animal apresentava-se bem disposto embora a pele e mucosas aparentes ainda se mostrassem fortemente ictéricas; as fezes já evidenciavam coloração pela bile. Abdome de volume normal.

Indicação terapêutica: antitóxico.

Uma semana após, a coloração da pele e mucosas aparentes passaram a ser sub-ictéricas e normais, decorridos mais 8 dias, encontrando-se, então, o referido animal, em ótimas condições de saúde.

Caso n.º 2 — aos 4 de abril de 1961 recebemos, para operação, encaminhado por um colega, um cão sem raça definida, com 1 ano de idade, de pelagem marron claro, de porte médio, registrado sob n.º 1.392.

Segundo a história clínica fornecida pelo referido profissional, "o animal fora atropelado há aproximadamente 12 dias. A anamnese informara que desde então mostrava-se abatido, com inapetência e sem defecar. Ao exame, realizado 4 dias após o acidente

observara o animal em prostração, com abdome distendido e temperatura retal 38°C. Foi instituída terapêutica a base de soluto glico-fisiológico. Decorridos 6 dias, voltando a novo exame, notavam-se os mesmos sintomas, porém com queda de temperatura para 37° C. A punção abdominal, praticada nesta oportunidade, revelou coleção líquida, de coloração esverdeada, com reação positiva para a prova de Gmelin, o que permitiu diagnosticar o coleperitônio”.

Sendo este confirmado por nós e tendo em vista a urgência operatória, resultante das más condições gerais do animal, foi o mesmo levado à operação no mesmo dia.

Após anestesia geral intravenosa pelo Pentobarbital sódico a 3%, e recebendo oxigênio através de intubação intratraqueal, o animal foi contido em decúbito dorsal.

A técnica operatória, o exame da cavidade e as lesões encontradas (Fig. 2) foram em tudo semelhante ao caso anterior, razão pela qual nos eximimos de repeti-los.

O pós-operatório decorreu normalmente, com indicação de antibiótico, antitóxico e reidratantes. Retirada dos pontos, depois de 7 dias, com cicatrização “per primam”.

DISCUSSÃO

O presente relato prende-se ao estudo de dois casos de coleperitônio em cães, conseqüentes a perfuração do colédoco, estudo este que nos sugere pontos interessantes para discussão.

Três fatores podem ser responsabilizados pela origem do processo: litíase biliar, causas espontâneas e traumas.

O coleperitônio, pela perfuração das vias biliares por cálculos, é relativamente comum no homem e raro nos animais. Os colélitos, estacionados em certo ponto do ducto excretor, determinam inicialmente a formação de úlceras e, por fim, perfuração (LEINATTI). Na literatura, apenas deparamos com a descrição de um caso (LESCURE e GOULARD), com esta etiologia.

O segundo - processo espontâneo - seria aquele que não mostra, aos exames, qualquer lesão nas vias excretoras. Casos catalogados como pertencentes a este grupo foram observados no homem (HINDMARSH - 1937) e no cão (BLOOD e WHITTEN). ASCHOFF (1950), estudando a peritonite biliar, considera ser problema discutível, a possibilidade do processo se estabelecer sem solução de continuidade das paredes. O fato, observa o Autor, poderia ser conseqüência de perfurações microscópicas, rupturas já cicatrizadas ou processos inflamatórios das paredes, tornando possível a passagem do conteúdo coloidal através das mesmas, sem existência de perfuração.

Por último, a etiologia traumática, seria entre todas a de observação mais rara, pois o aparelho excretor da bile encontra-se protegido pela sua localização, como muito bem acentua LEINATTI

Entretanto, MIGLIANO, em dois casos de coleperitônio, ambos com êxito letal, estabeleceu a origem em apreço.

Os dados fornecidos pelos casos em estudo não nos permitem precisar, com segurança, a etiologia do processo.

Se levarmos em consideração os históricos de atropelamento, ocorrido 20 e 4 dias, antes do aparecimento dos primeiros sintomas, somos forçados a aceitar a hipótese da origem traumática.

Chamou-nos a atenção, no caso n.º 1, e faz-se mister explicar, o fato do animal apresentar, logo após as manobras reparadoras, acentuada icterícia, embora houvesse trânsito biliar através das vias excretoras como se observava pela coloração fecal. Justificamos esta ocorrência, pela ligeira estenose do canal colédoco, conseqüente a possível processo de reação orgânica à sutura, processo este que regrediu, desaparecidos os fenômenos reacionários.

Acreditamos, para terminar, que a laparotomia exploradora, em casos de coleperitônio se impõe. A reparação cirúrgica, como verificamos, é possível e deve ser tentada.

SUMMARY

Two cases of choleperitoneum in dog, probably caused by traumatic injury are described in this paper.

After the description of the clinical cases the Authors comment the surgical procedures performed.

They recommend an abdominal incision in the midline over the umbilicus and they close the opening of the choledochus duct by a series of interrupted suture using 2-0 cotton in an eyeless curved needle. The abdomen is closed as usual.

The etiology of such cases are discussed from a research in the literature concerned.

BIBLIOGRAFIA

- ASCHOFF, I. — 1950 — Tratado de Anatomia Patologica Trad. 8.ª ed. alemã. V. 2 Barcelona, Editorial Labor. p. 925
- BLOOD, F. D. e WHITTEM, J. H. — 1949 — Biliary peritonitis in dog. Aust. Vet. J. 25 (4): 69-70
- HINDMARSH, F. D. — 1947 — Bile peritonitis in infancy. Brit. Med. J. 2: 131
- MIGLIANO, M. F. — 1955 — O hemograma do cão em diferentes condições patológicas: Tese, S. Paulo. p. 122-49
- LEINATTI, L. — 1955 — Compendio de Anatomia Patologica degli animali domestici. 3.ª ed. Milano, Casa Editrice Ambrosiana. p. 240-42
- LESCURE, F. e GOULARD, G. — 1959 — Sur un cas de cholépéritoine par fistule des voies biliaires. Rev. Méd. Vét. Toulouse. 22: 721-23



FIG. 1 — Orifício no colédoco, assinalado pelo cateter flexível

- A — vesícula biliar
- B — lobo direito medial, do fígado
- C — lobo quadrado do fígado
- D — orifício
- E — cateter
- F — estômago
- G — duodeno
- H — alça intestinal

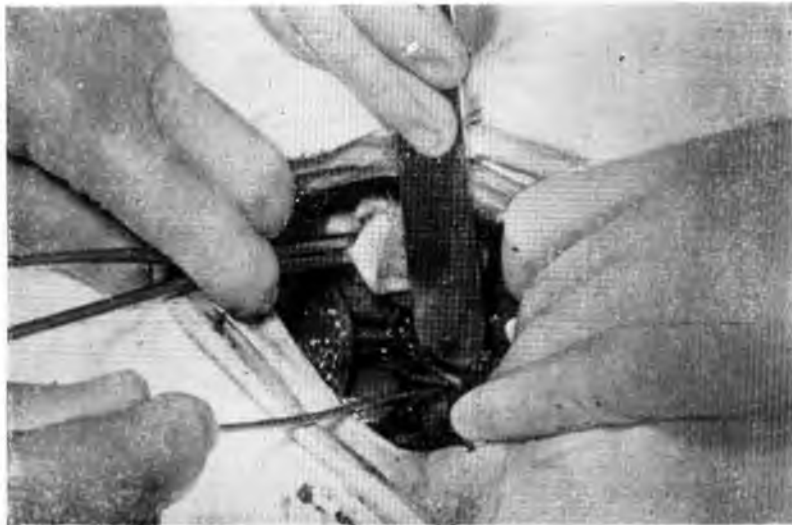


FIG. 2 — Local da ruptura do colédoco, assinalado pela sonda metálica