

ASPECTOS CLÍNICO-CIRÚRGICOS E RADIOLÓGICOS DE HÉRNIA PERINEAL BILATERAL COM RETROFLEXÃO VESICAL EM CANINO

**FISCH, Andressa¹; SOUZA-BARBOSA, Juliana Graciela Machado²;
RODRIGUES, Mateus Fernandes³; GUIM, Thomas Normanton⁴; ARAÚJO, Flávio César de⁵; PINTO, José Carlos Padilha⁵; TILLMANN, Mariana Teixeira².**

1. Acadêmica do Curso de Medicina Veterinária da UFPel – dessafh@hotmail.com

2. Residente do Programa de Residência Médico-Veterinária/UFPel

3. Professor Substituto DCV/FV/UFPel

4. Doutorando PPGV/UFPel

5. Professor Adjunto DCV/FV/UFPel

1. Introdução

O períneo é a parte da parede corporal que recobre a abertura caudal da pelve e circunda os canais anais e urogenitais. O diafragma pélvico é composto pelos músculos elevador do ânus, coccigeano, glúteo superficial, obturador interno e esfintérico anal externo, e pelo ligamento sacrotuberoso (BOJRAB, 1998).

A hérnia perineal é a prolapso de um saco herniário peritonealmente revestido entre o músculo elevador anal e o músculo esfintérico anal externo ou músculo coccigeano (AIELLO & MAYS, 2001). Quando há uma separação ou defeito desta musculatura, pode ocorrer a protusão de gordura retroperitoneal e/ou de vísceras pélvicas para o interior da fossa isquiorretal, gerando um aumento do volume na região perianal (BOJRAB, 1998).

Esse trabalho tem por objetivo relatar um caso de hérnia perineal diagnosticado em um canino atendido no HUCV-UFPel, abordando seus aspectos clínico-cirúrgicos e radiológicos.

2. Relato de Caso

Foi atendido no HUCV-UFPel, um canino, macho, nove anos de idade, sem raça definida. Durante a anamnese, o proprietário relatou que o paciente não defecava nem urinava há dois dias. Ao exame clínico, constatou-se desidratação de 5% e um aumento de volume bilateral na região perineal (Fig.1).



Fig. 1 - Aumento de volume bilateral na região perineal

O paciente foi encaminhado para o serviço de diagnóstico por imagem. No exame radiológico simples foi observada a ocorrência de prostatomegalia. Na região perineal, observou-se um aumento de volume de radiopacidade de tecido mole no qual encontravam-se contidos o reto, com conteúdo fecal, e uma estrutura de radiodensidade líquida, sugestiva de vesícula urinária, sendo que esta última não foi observada na posição habitual. Posteriormente, foi realizada a técnica de uretrografia (Fig.2), utilizando como meio de contraste derivado do ácido tri-iodo benzóico. Observou-se a não progressão do meio de contraste para além da uretra membranosa (A), indicando obstrução do canal uretral por provável compressão.



Fig.2 – Uretrografia em projeção lateral demonstrando não progressão do meio de contraste para a bexiga

O paciente foi encaminhado para realização de herniorrafia perineal. Como medicação pré-anestésica foram administradas acepromazina (0,1mg/kg via IM) e meperidina (2mg/kg via IM). A indução foi feita com propofol (5mg/kg via IV) e a manutenção foi por via inalatória com isoflurano ao efeito. Para analgesia transoperatória foi utilizado citrato de fentanila (0,005mg/kg via IV). O procedimento iniciou com a incisão cirúrgica da pele da porção herniada à direita do ânus. Constatou-se que o conteúdo herniário deste lado era constituído pela vesícula urinária, que estava repleta. Procedeu-se a drenagem da urina, por meio de punção vesical (Fig.4), permitindo a redução do tamanho da bexiga, o que permitiu a redução do processo herniário. Para correção do defeito, foi realizada a sutura de uma prótese sintética de polipropileno, com as bordas reforçadas por uma camada dupla, tornando-a mais resistente. O mesmo procedimento foi realizado na herniação do lado esquerdo.



Fig.4 – Herniorrafia perineal com drenagem da vesícula urinária

Logo após o procedimento cirúrgico, foram realizados exame bioquímico e hemograma e, após quinze dias, no período final de internação, os exames foram repetidos. O paciente permaneceu internado durante quinze dias após a realização do procedimento cirúrgico por apresentar anúria no pós-operatório imediato. Foi realizada sondagem uretral contínua durante dez dias e, após uma vez ao dia, até a alta. Após o décimo dia o paciente urinava involuntariamente. No pós-operatório,

recebeu tratamento analgésico e antiinflamatório durante três dias e antimicrobiano durante todo o internamento. Na ocasião da alta apresentava incontinência urinária.

3. Resultados e Discussão

A incidência desta afecção é maior em cães machos inteiros. A etiologia envolve vários fatores, estando entre eles os desequilíbrios hormonais, as prostatopatias, a constipação crônica e a fraqueza do diafragma pélvico devido a esforço crônico. Esta associação pode ter sido a causa determinante da ocorrência da herniação, uma vez que este paciente não era castrado e apresentava prostatomegalia. Em apenas 30% dos casos ocorre herniação bilateral, como nesse caso (AIELLO & MAYS, 2001).

O histórico de tenesmo, disquezia, constipação ou obstipação pode preceder a hérnia perineal e/ou estar associado a ela, assim como vômito. Flatulência, incontinência fecal, prolapso retal, diarreia, ulceração de pele, incontinência urinária e atitudes alteradas da cauda podem ser outras queixas apresentadas (FERREIRA & DELGADO, 2003). No entanto, as estruturas internas presentes na cavidade pélvica pressionaram a parede retal, impedindo completamente a defecação. As radiografias simples demonstraram que o canal retal herniado continha fezes em seu interior.

O principal sinal clínico da hérnia perineal é o aumento do volume, que pode variar de discreto a exuberante na posição ventrolateral ao ânus. Esse aumento de volume é freqüentemente redutível e geralmente não doloroso. (DEAN & BOJRAB, 1998). O paciente apresentava-se prostrado e o aumento de volume ocorria bilateralmente ao ânus. A redução cirúrgica foi realizada e, para não ocorrer recidiva, foi utilizada uma prótese sintética de polipropileno. O objetivo da utilização da prótese foi permitir o fechamento do diafragma pélvico e promover reação inflamatória local, com formação de tecido fibroso, dando sustentabilidade às estruturas locais.

A bioquímica demonstrou alteração nos valores de creatinina e uréia (Tabela 1), indicando azotemia. A ocorrência de encarceramento da vesícula urinária justifica as alterações ocorridas nos exames de creatinina e uréia. A azotemia indica que houve prejuízo da filtração glomerular, provavelmente causada pela não eliminação da urina da vesícula urinária. A redução da azotemia, evidenciada na segunda análise reforça essa possibilidade, uma vez que a eliminação urinária voltou a ocorrer por meio de sondagem vesical. O hemograma apresentou alteração no hematócrito, indicando anemia discreta. O paciente recebia alimentação de baixa qualidade, que associada à dor e ao desconforto provocado pela lesão, provavelmente causou anemia.

Tab.1 – Valores das análises bioquímicas e hemograma no período pós-operatório imediato (primeira análise) e durante a internação (segunda análise).

Exame		Primeira análise	Segunda Análise	Valores de Referência
Hemograma	Hematócrito	38%	30%	42 - 55%
Bioquímica	Creatinina	312 mg/dl	51 mg/dl	0,5 – 1,2 mg/dl
	Uréia	11,62 mg/dl	1,23 mg/dl	10 – 40 mg/dl

O paciente apresentou anúria no período pós-operatório, motivo pelo qual permaneceu internado. Durante toda a internação, foi necessária a sondagem vesical do paciente para que houvesse eliminação da urina e redução da azotemia. Nesse caso, a anúria pode ter ocorrido pela atonia do músculo detrussor da bexiga, já que esta estava sob compressão no saco herniário. Essa alteração não permite a eliminação fisiológica da urina, uma vez que o músculo detrussor da bexiga não realiza os movimentos de contração necessários. Para reverter esse processo, foi instituída terapia com diazepam, que apresenta efeito miorrelaxante sobre a musculatura, por exercer efeito depressor sobre os reflexos supra-espinhais, responsáveis pelo tônus muscular (SPINOSA *et al*, 2006). Foi utilizada a dose de 2mg/kg por via intramuscular, BID. O tratamento com diazepam e sondagem vesical permitiu que o quadro evoluísse de anúria para incontinência urinária. O paciente apresentava incontinência urinária por ocasião da alta, que pode ter sido causada por lesão de compressão nervosa devido à retroflexão e hiperdistensão crônica da vesícula urinária. Porém a evolução para incontinência permitiu que o paciente eliminasse o conteúdo urinário de forma natural, evitando a necessidade de permanência da sonda vesical e de maiores complicações.

4. Conclusões

A melhora significativa, embora não completa, do quadro clínico do paciente em curto período de tempo comprova a necessidade de diagnóstico rápido da afecção e correção cirúrgica imediata quando há o comprometimento de vesícula urinária. O tratamento pós-operatório com diazepam permitiu o retorno parcial, porém compatível com a vida, da função urinária normal.

5. Referências Bibliográficas

DEAN, P.W.; BOJRAB, M.J. Reparo de hérnia perineal no cão. In: BOJRAB, M.J. **Técnicas atuais em cirurgia de pequenos animais**. 3.ed. São Paulo: Manole, 1998. p.414-420,

SHERDING, R.G., Doenças Anorretais. In: BIRCAHRD, S.J.; SHERDING, R.G. **Manual Saunders: Clínica de pequenos animais**. São Paulo: Roca, 2003. cap. 94, p. 975-986.

AIELLO, B.S; MAYS A. Siatema Digestivo . In: **MANUAL MERCK**. 8.ed. São Paulo: Roca, 2001. p. 860-61.

FERREIRA, F.; DELGADO, E. Hérnias perineais nos pequenos animais. **Revista Portuguesa de Ciências Veterinária**, v. 98, n.545, p. 3-9, 2003

COSTA NETO, J.M.; MENEZES, V.P.; TORIBIO, JM.M.L.; OLIVEIRA, E.C.S.; ANUNCIAÇÃO, M.C.; TEIXEIRA, R.G.; D'ASSIS, M.J.M.H.; VIEIRA JÚNIOR, A.S. **Tratamento cirúrgico para correção de hérnia perineal em cão com saculação retal coexistente**. Rev. Bras. Saúde Prod. An., v.7, n.1, p. 07-19, 2006

SPINOSA, H.S. *et al.* Tranqüilizantes, Relaxantes Musculares de Ação Central e Antidepressivos. In: **Farmacologia Aplicada à Medicina Veterinária**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap.14, p. 167-169.