

## Ileocistoplastia em cães (*Canis familiaris*). Descrição da técnica cirúrgica

1- Faculdade de Veterinária - Universidade Federal Fluminense – RJ

Abílio, E.J.<sup>1</sup>;  
Ferreira, M.L.G.<sup>1</sup>;  
Carvalho, E.C.Q.<sup>1</sup>;  
Chaudon, M.B.O.<sup>1</sup>;  
Dória, P.B.A.<sup>1</sup>;  
Nunes, V.A.<sup>1</sup>;  
Branco, T.R.C.<sup>1</sup>

A cistoplastia é um recurso empregado em cirurgia com o propósito de recuperação da biomorfofisiologia da bexiga nos casos de lesões murais do órgão provenientes de ruptura, necrose ou neoplasias, onde podem ser empregados para sua reconstituição o íleo, camada seromuscular do íleo e retalho jejunal. O material ideal para reconstrução da parede de bexiga deve ser biocompatível, mecanicamente confiável, impedir ou tolerar infecção intra-luminal, ser disponível e viável na implantação cirúrgica<sup>3</sup>. Embasada nessas informações e nos estudos de Kosko et al., o presente estudo propõe-se a utilizar o íleo, com a mucosa erodida, como órgão doador na reconstituição cirúrgica da bexiga. Cinco cadelas, sem raça definida (SRD) - doadas pelo Centro de Controle de Zoonoses, provenientes de apreensões - após avaliação clínica e laboratorial foram observados por 10 dias. Após tricotomia e o cateterismo vesical, realizou-se protocolo anestésico, segundo Ferreira et al. Com o animal posicionado em decúbito dorsal, executou-se a antisepsia, isolamento do campo operatório e laparotomia mediana hipogástrica retroumbilical, conforme Matera. Identificando-se o segmento ileal, este foi isolado com compressas cirúrgicas e determinou-se a porção a ser ressecada com permanência do pedículo vascular com tamanho proporcional ao retalho a ser retirado na cistectomia. O enxerto foi preparado, seccionando-se a borda antimesentérica longitudinalmente, desfazendo sua forma tubular, seguido de lavagem com solução fisiológica morna, executando-se uma raspagem mecânica com a borda não-cortante da lâmina do bisturi sobre a superfície da mucosa luminal, sendo protegido em compressa umedecida em soro, enquanto procedia-se à anastomose intestinal, conforme Chaudon et al. Realizou-se a cistectomia parcial de 1/3 do volume da mesma (vazia). A síntese enterovesical, em plano único contínuo tipo "Cushing" empregando fio de poliglactina 910 4-0. Encerrada a síntese, administrou-se solução fisiológica, através da sonda, a fim de confirmar-se a impermeabilização da sutura, retirando-o em seguida. Procedeu-se a laparorrafia e dermorrafia. Após o despertar anestésico, os animais foram encaminhados aos cães de pós-operatório sem a sonda vesical. Instituiu-se antibioticoterapia com enrofloxacin na dose de 5 mg/kg, aplicada por via intramuscular, a cada 24 horas, durante sete dias. Procedeu-se ainda, à aplicação de 1 mg/kg de flunixin-meglumine, por via subcutânea, a cada 24 horas, durante três dias. Aplicou-se spray repelente e cicatrizante na ferida cirúrgica, duas vezes ao dia, até a retirada dos pontos, no 7º dia. Realizaram-se exames radiográficos simples e contrastados, ultrassonografia, nos 7º ao 42º dias para avaliação da impermeabilidade e arquitetura da bexiga. Desgrandchamps & Griffith afirmaram que uma bexiga recuperada cirurgicamente deve promover armazenamento adequado, permitir eliminação completa da urina e preservar a função renal, conforme também observado no presente estudo onde todos os cães não exibiram evidências de quaisquer alterações funcionais no trato urinário, tais como: extrusão do enxerto, infecção ou formação de cálculo. Estes resultados diferem de Salle et al. ao citarem que inúmeras técnicas para reconstituição vesical tem sido desenvolvidas usando segmentos do trato digestivo cogitando a hipótese de isquemia, contração ou severa reação inflamatória provocada por infecção ou irritação química pelo contato do enxerto com a urina. Apesar da sonda vesical não deixar acumular urina durante o ato operatório, pequenos coágulos sanguíneos, formados durante as últimas etapas da operação, foram eliminados nas primeiras micções. No pós-operatório imediato, alguns animais manifestaram prostração, tendo se restabelecido normalmente, após 24 horas, tornando-se ativos e com apetite. Todos os animais iniciaram a micção entre 12 e 18 horas pós-cirúrgicas e a exoneração intestinal, após 24 horas. Vordermark et al. que associaram o esvaziamento vesical e menor tempo de contato da urina com a mucosa intestinal à ausência de

distúrbios eletrolíticos. Já no experimento de Salle et al. os cães, apesar de urinarem espontaneamente, apresentaram muco na urina após a enterocistoplastia. Uma bexiga recuperada cirurgicamente, além de manter suas funções fisiológicas conforme postulam Desgrandchamps & Griffith<sup>3</sup> também deve, dentro do possível, restaurar e/ou preservar sua arquitetura anatômica. As imagens radiográficas e ultra-sonográficas do 7º ao 21º dias, mostraram pequenas alterações na conformação anatômica das bexigas situadas na face da enxertia, em ambos os grupos, desaparecendo, porém, a partir do 28º dia. Desta forma, além da manutenção das funções fisiológicas, preservou-se a anatomia do órgão; esta forma de avaliação, isto é, o emprego do diagnóstico por imagem, é citado por alguns autores tais como Gonzales et al. que trabalharam com pacientes humanos; entretanto, não relatam os resultados obtidos. Também não foi detectada, em todo o período, nenhuma evidência de ruptura da sutura, confirmando o que Bourne et al. revelaram a respeito da manutenção da força tênsil dos fios estudados até o 14º dia. Concluiu-se então, que o uso da técnica do auto-enxerto ileal por desbaste mecânico da mucosa, na cistoplastia, é uma alternativa segura e eficiente, na prática cirúrgica cotidiana, em cães, por permitir o retorno eficaz da biomorfofisiologia do órgão.

## **Contribuição do distensor ósseo nos métodos fechados de redução de fraturas rádio-ulnares e tíbio-fibulares e de fixação dos fragmentos com pinos percutaneamente transfixados em cães e gato**

Chioratto, R.<sup>1</sup>;  
Tudury, E.A.<sup>1</sup>;  
Almeida, A.C.M.<sup>1</sup>;  
Kemper, B.<sup>1</sup>;  
Silva, S.R.A.M.<sup>1</sup>;  
Rochsig, C.<sup>1</sup>

1- Departamento de Medicina Veterinária - Universidade Federal Rural Pernambucana – PE

A fixação esquelética externa, conhecida como fixação percutânea, é a estabilização de fraturas por meio de pinos fixadores percutâneos, que atravessam as duas corticais ósseas e são conectados através de barras metálicas ou por meio de resina acrílica auto-polimerizável, formando uma estrutura externa rígida. Segundo Piermattei & Flo, a redução fechada é o processo de alinhamento e/ou restauração de membros fraturados até sua configuração anatômica normal, sem exposição cirúrgica do osso fraturado, podendo se usar o peso do animal para produzir tração-extensão e causar assim, fadiga de músculos espasmodicamente contraídos. Os dispositivos de tração são instrumentos que podem ser fixados às metáfises proximal e distal dos ossos fraturados por meio de pinos de fixação, permitindo que os fragmentos fraturados sejam lentamente afastados até que possam ser reduzidos e fixados. O experimento foi realizado, utilizando-se 22 animais jovens e adultos de idades variadas, acometidos de fratura rádio-ulnar ou tíbio-fibular. Até o momento da cirurgia estes pacientes ficaram estabilizados com bandagem tipo Robert Jones. Depois de anestesiados, realizou-se distensão da musculatura mediante suspensão do membro fraturado. A técnica de redução e fixação externa das fraturas com pinos transfixados, de diâmetro em torno de 20% do diâmetro do osso fraturado, consistiu em implantar um fio de Kirschner ou Steinmann em cada epífise. Feito isto se encaixaram esses pinos em aparelhos distensores ósseos, um caudal e outro cranial, os quais auxiliaram na fixação e na redução (afastamento) dos fragmentos ósseos, medindo-se com régua milimetrada o comprimento do membro fraturado até igualar ao comprimento do membro contralateral. Os fragmentos da fratura foram externamente e concentricamente comprimidos e aproximados, por uma braçadeira metálica. Em seguida foram transfixados no mínimo mais dois pinos em cada fragmento ósseo, em ângulo de 70º ao eixo longo do osso, ficando disposto o aparelho de fixação no plano crânio caudal do rádio, e médio-lateral da tíbia. Encravaram-se então quatro agulhas hipodérmicas 25 x 7 mm até o osso, duas