

HÉRNIA ESPÚRIA TRAUMÁTICA DO FLANCO EM CÃO (*)

FALSE TRAUMATIC HERNIA ON THE LEFT FLANK OF THE DOG
(EPIPLON-ESPLENOCELE)

MÁRIO ANNUNZIATA
Assistente

ANGELO V. STOPIGLIA
Assistente

1 estampa (4 figuras)

A freqüência das hérnias ventrais é inegavelmente variável nas diferentes espécies; observada em maior número nos grandes animais, sobretudo nos equinos, mais raramente nos pequenos ruminantes, sendo mesmo excepcional nos carnívoros.

Realmente, a revisão da bibliografia à mão, sobre o assunto, revela escassez de trabalhos e mesmo a inexistência de relatos na literatura nacional, com respeito à ocorrência das hérnias ventrais em caninos e felinos, conseguindo-se catalogar apenas os seguintes:

MOORE e KIRK, ambos em 1940, relatam dois casos em gatos, respectivamente, de "hérnia do flanco esquerdo", devido a trauma, e de "hérnia abdominal", cujo saco também tinha por sede o flanco esquerdo.

LAWHON, em 1930, descreve hérnia traumática antiga, em cão, localizada na parede ventral do abdome, ao lado do prepúcio.

SMITH, em 1953, apresenta um caso de "baço herniado", em gata, devido a trauma, localizado no flanco esquerdo.

Entre nós, PICOLI, em 1934, propõe método simples e rápido para o tratamento das *hérnias ventrais*, em pequenos animais, sem, contudo, apresentar a casuística e o resultado das intervenções.

A julgar-se pela pobreza de referências na literatura veterinária sobre os processos herniários desta natureza, principalmente quanto à espécie canina, justifica-se a apresentação do caso, objeto do presente trabalho, que tivemos oportunidade de observar no Serviço de Cirurgia da Faculdade de Medicina Veterinária da Universidade de São Paulo.

(*) Apresentado ao VI Congresso Brasileiro de Veterinária, realizado em Curitiba, de 19 a 24 de novembro de 1953.

OBSERVAÇÃO

Em 2 de setembro de 1953, trouxeram-nos, para exame, um cão, sem raça definida, de 10 anos de idade, de pelagem preta com manchas brancas, cujo proprietário observara o aparecimento, de modo brusco, há sete dias, de uma tumoração no flanco esquerdo, ignorando, porém, qual a causa determinante do processo, embora admitisse a possibilidade do animal ter sido vítima de alguma violência.

A anamnese revela-nos que o animal se apresenta desde o início com perda da vivacidade e diminuição do apetite; defecação e micção normais.

Como antecedentes, informação de um acidente, ocorrido em princípios de 1951, que acarretou a necessidade de enucleação do globo ocular esquerdo.

Ao exame verificamos: animal abatido, em estado de nutrição deficiente; pêlos secos, eriçados, sem brilho; mucosas aparentes róscas. Corrimento ocular, escasso, mucoso do lado esquerdo e ausência do globo ocular. Tártaro alveolar e falta de alguns incisivos. Temperatura retal, 39°C. Bulhas cardíacas fracas. Pulso fraco, na frequência de 100 por minuto.

À inspeção do abdome, observamos aumento de volume acentuado do flanco esquerdo, estendendo-se da última costela à tuberosidade ilíaca externa (fig. 1). A pele em correspondência apresentava-se bastante distendida, de coloração alterada, notando-se ainda, próximo à sua base, crosta que encobria solução de continuidade em fase de cicatrização. Pouco sensível à palpação, de consistência mole, na periferia, e resiste na zona central, redutível apenas em parte. Próximo à borda posterior da arcada costal, na parte mais ventral da tumoração, percebia-se, sob a pele, orifício permitindo a passagem apenas de um dedo.

Recorremos a radiografia e confirmou-se o diagnóstico suposto de "hérnia" da parede lateral do abdome, sem, todavia, revelar, para nossa surpresa, a existência de alças intestinais em seu conteúdo. A substância contraste, administrada, por via oral e retal, jamais se revelou em partes do conteúdo herniário (figs. 2 e 3).

OPERAÇÃO

O pré-operatório, aliás, de véspera, constou de aplicação endovenosa, gota a gota, de 250 ml de soluto glico-fisiológico, e de 5 ml de antitóxico e lipotrópico (Xantinon), por via subcutânea.

Após aplicação de 1,5 ml de atropomorfinina, o animal foi contido em decúbito lateral direito e submetido a anestesia geral pelo éter em máscara de circuito aberto.

Técnica -- Preparado o campo operatório, procedemos com tesoura à incisão elíptica da pele e do subcutâneo, ligeiramente oblíqua, no sentido do maior eixo da tuberosidade herniária. Isolamos o *m. obliquo externo*, fortemente aderente à pele, com auxílio dos dedos indicadores, e de tesoura curva de ponta romba, verificando-se, então, que o mesmo se apresentava bastante distendido, delgado, de coloração cinza-amarelada.

A seguir, dissecamos cuidadosamente um "saco" que mantinha aderências com o plano profundo o *m. obliquo externo*, e de paredes constituídas por um tecido fibroso, de aspecto membranoso, de coloração cinzenta, semelhante às "fascias" musculares, não tendo sido possível identificar os *mm. obliquo interno* e *transverso*. Após isolamento e abertura do pseudo-saco, verificamos que apenas o *epiplon* e o *baço* integravam seu conteúdo. Prosseguindo, efetuamos o tratamento deste conteúdo. Foram desfeitas tôdas as aderências epiplóicas e após várias manobras conseguimos a redução completa do conteúdo (*epiplon* e *baço*), reintegrando-o na cavidade abdominal através do "anel", aliás, com certa dificuldade, devido às pequenas dimensões deste.

A reintrodução dos órgãos permitiu-nos identificar orifício de 2 cm de diâmetro, localizado junto à margem caudal da arcada costal, na sua parte média, de bordas espessadas e endurecidas, interessando a parte carnosa do *músculo transverso* do abdome, próximo à sua aponevrose, a *fascia transversa* e a serosa peritoneal, constituindo o "anel" do processo.

Finalmente, procedemos ao tratamento do "anel" e à reconstituição dos planos. De início, isolamos o peritônio em toda a extensão do anel e o suturamos com uma serzidura (catgut simples nº 0). A oclusão do orifício do *músculo transverso* e da *fascia transversa* foi feita com sutura de pontos separados em *u*, com fio de algodão nº 16, tendo-se o cuidado prévio de irritar, com bisturi, as bordas. Efetuamos sucessivamente a reconstituição anatômica dos planos, suturando-se com pontos separados (fio de algodão) os músculos e bainhas e com sutura contínua intradérmica em zigue-zague (fio de algodão) a pele.

Proteção da ferida operatória com penso curativo, estéril e sêco.

No pós-operatório, repetimos o tratamento citado no pré, ou seja, aplicação de soluto glico-fisiológico (250 ml) e 5 ml de Xantinon.

Após três dias, o cão foi atendido por um colega, que verificou a existência de abscesso subcutâneo e necrose da pele, em toda a extensão da ferida operatória, com eliminação da sutura, sem, contudo, haver comprometimento dos planos profundos. A parte necrosada foi removida e, em seguida, feito penso curativo e antisséptico (Alfon oleoso e sulfa). Aplicação intramuscular de antibiótico (Dibiotyl) durante três dias consecutivos.

O tratamento da ferida prosseguiu, observando-se, decorridos 30 dias, a cicatrização completa, recebendo o animal alta por cura em 5 de outubro (fig. 4).

COMENTARIOS

O caso em aprêço sugere comentários sob vários pontos interessantes. Apesar do reconhecimento das hérnias abdominais datar de épocas remotas, ainda se discute sôbre sua definição e classificação.

A maioria dos patologistas veterinários admite as hérnias como sendo a deslocação ou passagem de vísceras contidas na cavidade abdominal, através de abertura fisiológica, teratológica ou patológica, desde que os *órgãos herniados não se ponham em contacto com o exterior* (CADIOT e ALMY, HENDRICKX, GALLI, MENSA, CINOTTI, GARCIA).

Resulta, daí, a classificação das hérnias em verdadeiras e falsas (espúrias), segundo se formem por abertura natural ou acidental (MENZA).

Este conceito, todavia, não é admitido por outros autores. IGARZABAL, em seu Tratado de Patologia Cirúrgica, assim se refere, ao definir o processo: "*Com o nome de hérnia abdominal externa se reconhece o saco parietal, ou melhor dito, o saco constituído pelo peritônio parietal que sai através de um dos orifícios anatomicamente existentes na parede abdominal e no qual vão se alojando, em forma transitória ou definitiva, elementos contidos nesta cavidade (vísceras, epiplon, etc.)*". E prossegue, afirmando: "*Não é, pois, hernia, quando as vísceras saem da cavidade abdominal sem que estejam revestidas pelo peritônio, como tão pouco o é quando por debilidade adquirida, cirúrgica ou traumáticamente, de qualquer zona da parede abdominal, se estabelece secundariamente a saída de vísceras para o exterior, ainda que estejam cobertas pela pele e, com ou sem a presença de um peritônio parietal mais ou menos alterado*".

Estas situações constituem, segundo o autor, outros estados patológicos e, de acôrdo com os conceitos de GUTIERREZ, distintos das hérnias. Assim, *eventração* é a saída das vísceras por zona da parede debilitada cirúrgica ou traumáticamente, recobertas ou não de peritônio parietal. A eventração usa, para constituir-se, não os orifícios anatomicamente existentes, mas zonas debilitadas da parede abdominal (traumatismo, laparotomia, distensão exagerada ou repetida, doenças debilitantes, etc.).

Evisceração seria no caso de exposição das vísceras, por solução de continuidade da parede abdominal, devida à ruptura dos pontos operatorios de todos os planos, ou por ferida penetrante do abdome.

Aliás, MATERA, em trabalho sôbre a laparotomia no cão, ao definir êsses processos, chama a atenção para as confusões existentes, e elucida o assunto, recomendando o conceito esposado por IGARZABAL.

Não obstante, vamos encontrar, nos compêndios de Patologia Cirúrgica veterinária, reservada a denominação de *hérnias ventrais*, para os processos representados pela passagem de vísceras abdominais para cavidade neo-formada, atra-

vés de abertura observada em qualquer ponto das paredes laterais ou inferior do abdome, excluindo-se, porém, os orifícios umbilical, inguinal e crural. Segundo se encontram em uma ou outra sede, recebem o nome de *laparocèle*, *laterocèle* ou *hérnia do flanco* e de *celiocèle* ou *hérnia da linha branca*.

GALLI classifica as *laterocèles*, segundo a etiologia, em:

- a) *espontâneas* — aquelas que, sem causa aparente, se formam na zona de menor resistência da parede (na linha semilunar de Spiegelio, entre a união da aponevrose do transverso com as fibras musculares);
- b) *cicatriciais* — observadas após intervenções cirúrgicas;
- c) *de distensão* — devidas à distensão exagerada de órgãos abdominais (gestação, meteorismo, etc.); e
- d) *traumáticas* — causadas por traumas, sendo estas as mais comuns.

Em conclusão, o caso do presente trabalho é semelhante àqueles descritos nos livros clássicos com a denominação de *hérnia ventral do flanco*, de origem traumática, pois no exame clínico verificamos indício de traumatismo recente, cuja suspeita fôra admitida pelo proprietário.

A raridade da ocorrência na espécie canina, e a presença do baço, no conteúdo herniário, justificam a apresentação desse caso.

SUMARIO

Os autores apresentam caso de hérnia espúria traumática localizada no flanco esquerdo de um cão, verificando a presença de epíplon e do baço, no conteúdo herniário.

Após citarem os casos encontrados na bibliografia à mão, descrevem a observação clínica e a operação feita, inclusive o pós-operatório.

Comentam a divergência de opiniões existentes sobre o conceito das hérnias, pormenorizando, sobretudo, o ponto de vista de ICARZABAL. Passam em revista o conceito dos patologistas veterinários sobre as chamadas *hérnias ventrais, da linha branca e do flanco*.

Concluem pela raridade da ocorrência na espécie canina.

SUMMARY

The authors present a case of false traumatic hernia on the left flank of a dog, the great omentum and spleen being found as the contents.

After referring the cases recorded in the available literature, they describe the clinical observation and the performance of the operation, including the post-operative period.

They comment on the diversity of opinions concerning the term "hernia", specially analyzing the point of view of IGARZABAL. They examine the various conceits given by veterinary pathologists about the so-called *ventral hernias*, *hernia of the "linea alba"* and *of the flank*.

Finally, they conclude upon the rarity of this affection in the dog.

BIBLIOGRAFIA

- CADIOT, P. J. — ALMY, J. — 1924 — *Traité de Thérapeutique chirurgicale des animaux domestiques*. 2. Affections des régions et des organes: 246-52, 287-94, 3ème éd. Paris, Vigot freres.
- CINOTTI, F. — 1948 — *Patologia e Terapia chirurgica veterinaria*: 340-45. Milano, Francesco Vallardi.
- GALLI, A. — 1949 — *Pagine di Chirurgia veterinaria*: 110-49, 198-207, 3ª ed. Pisa, Vallerini.
- GARCIA ALFONSO, C. — 1952 — *Patologia quirúrgica de los animales domésticos*: 922-33, 5ª ed. Madrid, Imprenta Biosca.
- HENDRICKS, F. — 1922 — *Précis du cours de Pathologie chirurgicale*. 1ère partie: 51-64. Bruxelles, G. Bothy.
- IGARZABAL, J. E. — 1946 — *Tratado de Patologia quirúrgica*. 4. Abdomen: 2762-72, 2909-22, 2ª ed. Buenos Aires, Librería Hachete, S.A.
- KIRK, H. — 1940 — Abdominal hernia in a cat. *Vet. Rec.*, 52(7):122.
- LAWTON Jr., G. H. — 1950 — Surgical closure of an old traumatic hernia. *North Am. Vet.*, 31(8):530-1.
- MATEIRA, E. A. — 1950 — Contribuição para o estudo da laparotomia no cão. Técnica geral e complicações post-operatórias. Relaparotomia. *Bol. Soc. Paulista Méd. Vet.*, S. Paulo, 8(4):195-211.
- MENSA, A. — 1947 — *Patologia chirurgica veterinaria*, 1:359-70, 2ª ed. Torino, Unione Tipografico-Editrice Torinese.
- MOORE, C. — 1940 — Hernia on a cat. *Vet. Med.*, 35(9):535.
- PICOLLO, L. — 1934 — Contribuição ao tratamento cirúrgico das hérnias ventrais e umbilicais dos pequenos animais. *Rev. Ind. Animal*, S. Paulo, 2(1):99-102.
- SMITH, H. A. — 1953 — Herniation of the spleen. *North Am. Vet.*, 34(2):113.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

- Fig. 1 — Fotografia do cão, notando-se o aumento de volume no flanco esquerdo.
Figs. 2 e 3 — Chapas radiográficas revelando inexistência de alças intestinais no conteúdo herniário.
Fig. 4 — Fotografia do cão ao receber alta por cura.