

## RESSECÇÃO ANORRETAL PARA EXÉRESE DE ADENOCARCINOMA EM CANINO

Bruna Borges Vaz<sup>1</sup>; João Pedro Scussel Feranti<sup>2</sup>

149

1\* - Acadêmica de Medicina Veterinária no Centro Universitário da Região da Campanha, brunaborgesvaz@hotmail.com; 2 - Dr. Médico Veterinário Docente no Centro Universitário da Região da Campanha.

A etiologia das neoplasias perianais é desconhecida, mas acredita-se que o desenvolvimento e a progressão dos tumores sejam hormônio-dependentes, sendo o seu crescimento estimulado por hormônios androgênicos (testosterona) e inibido por hormônios estrogênicos (DALEK E DE NARDI, 2016). Tumores em porções finais do intestino grosso, normalmente cursam com hematoquezia, disquesia, tenesmo e/ou com conseqüente prolapso retal (SPUZAK, 2017). Também pode-se observar emaciação, inapetência, tosse, dispnéia e obstrução colorretal na presença de doença metastática (DALEK E DE NARDI, 2016). A equivalência desses tumores varia de 1-10% na clínica de pequenos animais, sendo cerca de 60-80% dos adenocarcinomas desenvolvidos na região medial e distal do reto (FOSSUM, 2015). O exame clínico geral e avaliação histopatológica são imprescindíveis para confirmar o diagnóstico dos tumores das glândulas perianais (DALEK E DE NARDI, 2016). O presente trabalho tem como objetivo descrever a ressecção anorretal para o tratamento de um canino com adenocarcinoma retal. Foi atendido um canino macho, da raça Poodle, com nove anos de idade e 8,3kg de massa corpórea, tendo como queixa principal, aumento de volume na região perineal, com evolução de aproximadamente um ano, desde o crescimento até a ulceração. Por meio de incisão cutânea elíptica em circunferência completa ao redor do ânus, realizou-se a dissecação do tecido subcutâneo e fáscia perineal ao redor do reto para exposição da tumoração, efetuando-se a liberação do ânus e esfíncter anal externo, transecionando-se os músculos retococígeos e elevadores anais. O procedimento foi realizado em 80 minutos e não esteve associado a nenhuma complicação trans e pós-operatório. Conclui-se que a ressecção anorretal foi efetiva para o tratamento de extenso adenocarcinoma anal, sem sinais de recidiva a curto prazo (seis meses) e melhora na qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Cão; neoplasia; adenocarcinoma; região perianal; ressecção.

### INTRODUÇÃO

A região perianal é constituída por variados grupos celulares e glandulares que podem originar diferentes tipos de neoplasias. Os adenocarcinomas perianais bem diferenciados apresentam-se como nódulos isolados, múltiplos ou difusos, de crescimento lento, indolores, com tempo de evolução de meses a anos. A superfície cutânea pode apresentar-se íntegra ou ulcerada, dependendo do tamanho da neoplasia (DALEK E DE NARDI, 2016).

A equivalência desses tumores varia de 1-10% na clínica de pequenos animais, sendo cerca de 60-80% dos adenocarcinomas desenvolvidos na região

medial e distal do reto (FOSSUM, 2015). A maior incidência ocorre entre oito e 12 anos de idade (GOLDSCHMIDT, 2002). O exame clínico geral e avaliação histopatológica são imprescindíveis para confirmar o diagnóstico dos tumores das glândulas perianais (DALEK E DE NARDI, 2016).

150

O presente trabalho tem como objetivo descrever a ressecção anorretal para o tratamento de um canino com adenocarcinoma retal.

## RELATO DE CASO

Foi atendido um canino macho, da raça Poodle, com nove anos de idade e 8,3kg de massa corpórea, tendo como queixa principal, aumento de volume na região perineal (Figura 1), com evolução de aproximadamente um ano, desde o crescimento até a ulceração. Após exame clínico, foram realizados exames complementares, como hemograma e testes bioquímicos (ALT, FA, Ureia, Creatinina), todos sem alterações. Foram realizadas radiografias torácicas, para pesquisa de metástase, não havendo evidências. Com base nos achados, o paciente foi encaminhado para tratamento cirúrgico, na tentativa de exérese da neoplasia.



Figura 1. Massa tumoral ulcerada em região perineal de canino.

Como medicação pré-anestésica, foi administrada Metadona ( $0,3 \text{ mg.kg}^{-1}$ , i.m.). A indução anestésica constou de diazepam ( $0,4 \text{ mg.kg}^{-1}$ , i.v.) e propofol ( $4 \text{ mg.kg}^{-1}$ , i.v.), e a manutenção foi obtida a base de isoflurano vaporizado em  $\text{O}_2$

a 100% em circuito semi-fechado com respiração assistida. O animal foi colocado em decúbito esternal com os membros estendidos caudalmente e, após a antissepsia do campo operatório, realizou-se a colocação dos panos de campo.

Por meio de incisão cutânea elíptica em circunferência completa ao redor do ânus, realizou-se a dissecação do tecido subcutâneo e fáscia perineal ao redor do reto para exposição da tumoração, efetuando-se a liberação do ânus e esfíncter anal externo, transecionando-se os músculos retococcígeos e elevadores anais (Figura 2A). Efetuou-se incisão de espessura completa no reto, objetivando-se margem de segurança tumoral de 2cm.

Após a remoção de toda tumoração, promoveu-se a aproximação das bordas do reto a pele, na região perineal, efetuando-se nova abertura anal, porém, sem o esfíncter anal externo, em padrão de sutura interrompido simples com fio nylon 3-0 (Figura 2B). O procedimento foi realizado em 80 minutos e não esteve associado a nenhuma complicação trans e pós-operatório.



Figura 2. (A) Transoperatório evidenciando a remoção da massa tumoral por ressecção anorretal. (B) Anastomose retal evidenciando abertura anal sem o esfíncter anal externo, efetuada por meio de pontos isolados simples com náilon 3-0.

No pós-operatório o paciente foi mantido sob observação até sua completa recuperação, sendo posicionado colar elisabetano, recebendo alta hospitalar no mesmo dia para o tratamento do pós-operatório em casa. Foi indicada limpeza da ferida operatória com solução de NaCl a 0,9% até a retirada dos pontos. O paciente recebeu cloridrato de tramadol ( $5 \text{ mg.kg}^{-1}$ , v.o., q.i.d., por quatro dias), meloxicam ( $0,1 \text{ mg.kg}^{-1}$ , v.o., s.i.d., por quatro dias) e cefalexina ( $25 \text{ mg.kg}^{-1}$ , v.o.,

b.i.d., por dez dias). Após dez dias de pós-operatório, o paciente retornou para retirada dos pontos, apresentando ferida cicatrizada. O diagnóstico da neoplasia foi obtido por meio de análise histopatológica, tendo como resultado, adenocarcinoma.

## DISCUSSÃO

Tumores em porções finais do intestino grosso, normalmente cursam com hematoquezia, disquesia, tenesmo e/ou com consequente prolapso retal (SPUZAK, 2017). Também pode-se observar emaciação, inapetência, tosse, dispneia e obstrução colorretal na presença de doença metastática (DALEK E DE NARDI, 2016). No presente caso, o paciente além da disquesia, não manifestava quaisquer outros sinais clínicos citados pelos autores.

A etiologia das neoplasias perianais é desconhecida, mas acredita-se que o desenvolvimento e a progressão dos tumores sejam hormônio-dependentes, sendo o seu crescimento estimulado por hormônios androgênicos (testosterona) e inibido por hormônios estrogênicos (DALEK E DE NARDI, 2016). O fato se explica no levantamento de neoplasias de glândulas perianais efetuado por Carvalho (2010), o qual relata que os 24 animais diagnosticados com adenocarcinoma eram machos inteiros, sendo as raças mais acometidas o pequinês e mestiços, na média dos 10 anos de idade.

A inspeção e a palpação criteriosa da região perianal possibilitam determinar as possibilidades de ressecção cirúrgica e os riscos de complicações pós-operatórias (FOSSUM, 2015). A avaliação citológica dos tumores diferencia os processos inflamatórios dos neoplásicos e possibilita o diagnóstico diferencial entre as neoplasias hepatoides e outras neoplasias localizadas na região perianal, especialmente mastocitoma, lipoma e tumor venéreo transmissível (DALEK E DE NARDI, 2016). Para a diagnóstico preciso da enfermidade relatada, a massa retirada na ressecção foi utilizada como amostra para o exame histopatológico, sendo conclusivo para adenocarcinoma.

De acordo com DALEK e DE NARDI (2016), não há comprovação científica alegando resultados de regressão de adenocarcinomas após orquiectomias, logo, a ressecção cirúrgica do tumor é o tratamento de eleição em animais que não possuem metástases, ainda que estas sejam raras. Para efetivo controle, é indicado a associação da exérese com modalidades terapêuticas adjuvantes, como a radioterapia no período pré-operatório (objetivo de regressão tumoral) ou no pós-operatório (prevenção de recidivas locais), além do uso de ampicilina com enrofloxacin em casos de infecções secundárias (BONNEAU, 2019). Pelo fato do exame clínico e complementares citados não ofertarem a dúvida de outra afecção presente no paciente, a cirurgia para exérese do adenocarcinoma foi efetuada com sucesso, sem menções de recidivas ou infecções secundárias no pós-operatório monitorado.

153

Em razão da localização das neoplasias perianais, os riscos de lesões ao esfíncter anal externo e aos nervos pudendo e retal caudal são elevados, podendo ocasionar incontinência fecal temporária ou permanente. A remoção de até 50% do esfíncter anal externo é aceitável, pois acompanha incontinência fecal transitória (DALEK E DE NARDI, 2016). Neste caso, a neoplasia presente no paciente circundava a região anal, necessitando uma ressecção em circunferência de 360°, impossibilitando a permanência do esfíncter anal externo.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a ressecção anorretal foi efetiva para o tratamento de extenso adenocarcinoma anal, sem sinais de recidiva a curto prazo (seis meses) e melhora na qualidade de vida do paciente.

## REFERÊNCIAS

BONNEAU, L. P. **RESSECÇÃO ANASTOMOSE DO CÓLON E RESSECÇÃO RETAL EM UM CANINO COM ADENOCARCINOMA INTESTINAL PAPILAR: RELATO DE CASO.** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, CURSO DE VETERINÁRIA – RESIDENCIA EM ÁREA PROFISSIONAL – CIRURGIA DE PEQUENOS ANIMAIS. Porto Alegre, 2019.

154

DALECK, C. R.; DE NARDI, A. B.; RODASKI, S. **Oncologia em cães e gatos.** 2. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016.

FOSSUM, T.W. **Cirurgia de pequenos animais.** 4th ed. Rio de Janeiro: Elsevier, Inc. 2015.

Goldschmidt, M. H.; Hendrick, M. J. **Tumors of the skin and soft tissues.** In: **Meuten, D. J. Tumor in domestic animals.** 4. ed. Ames:Iowa State, 2002. p. 44-117. Goldschmidt, M. H.; Shofer, F. S. **Skin tumors of the dog and cat.** Oxford: Pergamon, 1992. 316 p.

GROSS, T. L.; IHRKE, P. J.; WALDER, E.J. **Dermatopatologia veterinária: avaliação macroscópica e microscópica das doenças cutâneas caninas e felinas.** XV, 520 p.: III. ISBN 0801658098. St Louis (Mo.): Mosby-Year Book, 1992.

PAOLONI, M.C.; PENNING, D.G.; MOORE, A.S. **Ultrasonographic and clinicopathologic findings in 21 dogs with intestinal adenocarcinoma.** Vet. Radiol. Ultrasound, v.43, p.562-567, 2002.

SELTING, KA. **Tumores intestinais.** In: WITHROW, SJ; VAIL, DM; PAGE, RL Withrow & Macewen's small animal clinic oncology. 5.ed. Missouri: Elsevier Saunders, 2013. p.412-423.

SPUZAK, J; CIAPUTA, R; KUBIAK, K; JANKOWSKI, M; GLINSKASUCHOCKA, K; PORADOWSKI, D; NOWAK, M. **Adenocarcinoma of the posterior segment of the gastrointestinal tract in dogs – clinical, endoscopic, histopathological and immunohistochemical findings.** Polish Journal of Veterinary Sciences Vol. 20, No. 3 pg. 539–549 2017.