

TRATAMENTO DE LACERAÇÃO PERINEAL TRAUMÁTICA EM ÉGUA – RÉLATO DE CASO

TREATMENT OF TRAUMATIC LACERATION PERINEAL IN MARE – CASE REPORT

¹DITTMANN, L. R.; ¹RIBEIRO, S. T. D.; ²MATOS NETO, A.; ¹GARCIA FILHO, E. D. G;
¹CARVALHO, L. V.; ¹SILVA, R. B.

¹ Discente do curso de Medicina Veterinária das Faculdades Integradas de Ourinhos – FIO.

² Docente do curso de Medicina Veterinária das Faculdades Integradas de Ourinhos – FIO.

RESUMO

As lacerações são mais encontradas em partos distócicos, porém, com menor casuística, podem ser traumáticas. Estas que se classificam em primeiro, segundo e terceiro grau, variando a gravidade da lesão. Objetivo deste trabalho é descrever os tipos de tratamento que podem ser utilizados nos casos de laceração de períneo em éguas e descrevê-los com um relato de caso. Para tanto, este trabalho utilizou do método descritivo sobre o atendimento à uma égua e paralelamente, foi realizado um levantamento de referências na literatura referente ao tema. Verificou-se que os sinais clínicos envolvem todo o trato reprodutivo, causando desde uma inflamação, até uma necrose tecidual, assim como urovagina e pneumovagina. O tratamento pode ser conservativo ou cirúrgico, dependendo da extensão da lesão.

Palavras-chave: Laceração. Perineal. Égua. Urovagina. Pneumovagina.

ABSTRACT

Lacerations are more found in dystocia, however, with smaller sample, can be traumatic. Those that rank first, second and third degree, varying the severity of the injury. This paper aims to describe the types of treatment that can be used in cases of perineal laceration in mares and describe them with a case report. Therefore, this study used the descriptive method on the care of a mare and a parallel survey was conducted of references in the relevant literature. It was found that the clinical signs involve whole of the reproductive tract, causing inflammation provided, to a tissue necrosis, as well as urovagina and pneumovagina. The treatment may be conservative or surgical depending on the extent of the lesion.

Keywords: Laceration. Perineal. Mare. Urovagina. Pneumovagina..

INTRODUÇÃO

Dentre as injúrias que acometem as fêmeas durante sua vida reprodutiva, os traumas reto-vestibulares são os mais frequentes decorrentes de grandes esforços para expulsão do produto e distocias. Esses traumas podem ser lacerações perianais, fístulas reto-vestibulares, rupturas vaginais, lacerações da cérvix, ruptura e hemorragia uterina e prolapso uterino. (STAINKI et al., 2001).

As lacerações podem ocorrer em qualquer idade e espécie, porém pode haver propensão em éguas primíparas, prenhas de produtos oriundos de machos muito grandes, distocias ou mal intervindas. (FARIAS et al., 2013).

Segundo Preste (2000), as lacerações de períneo podem ser superficiais ou profundas, lineares ou pontuais, contidas ou extensas, e podem ocorrer por todo trato reprodutivo da fêmea. Podendo ser classificadas também em primeiro, segundo e terceiro grau, conforme citam Stainki et al. (2001).

Os primeiros relatos do uso de técnicas cirúrgicas para o reparo de fistulas retovaginais e lacerações de períneo datam de 1908, quando se utilizou fio de metal, seda e catagute para aproximar as bordas de uma ferida após debridamento. Em seguida, em 1929 se utilizou a sutura de colchoeiro para corrigir lacerações perineais em éguas e vacas. Caslick foi o primeiro a se preocupar com a correção da pneumovagina. (PRESTES et al., 2006).

O objetivo deste trabalho consiste em descrever os tipos de tratamento que podem ser utilizados nos casos de laceração de períneo em éguas e correlacioná-los com um relato de caso.

DESENVOLVIMENTO

CLASSIFICAÇÕES DAS LACERAÇÕES PERINEAIS

De acordo com sua extensão as lacerações podem ser classificadas em primeiro, segundo e/ou terceiro grau. As de primeiro grau envolvem a mucosa do vestíbulo e a pele da comissura dorsal da vagina, não comprometendo o corpo do períneo e o ânus. De segundo grau a comprometimento da mucosa e submucosa vestibular, músculo do corpo perineal, músculo constritor da vulva, mucosa e pele da vulva, não havendo lesão em reto e ânus. As de terceiro grau são as mais graves, onde há ruptura do corpo perineal, esfíncter anal, assoalho do reto e teto do vestíbulo vaginal, a perda dos limites anatômicos entre o vestíbulo e o reto. (STAINKI et al., 2001).

Prestes (2000), também classificou as lacerações em superficiais ou profundas, lineares ou pontuais, contidas ou extensas.

SINAIS CLÍNICOS

Os sinais clínicos envolvem desde hemorragias, fezes na vagina, edema e supurações e até necrose tecidual (STAINKI et al., 2001). Podendo haver também aderências parciais e totais, ocorrendo também desprendimento da parede látero-

inferior da vagina e extensa perda tecidual, haverá refluxo de urina para o fundo vaginal, caracterizando a urovagina (PRESTES, 2000). A vaginite, uretrite, cistite, cervicite e endometrite, são ocasionadas pela presença de fezes na vulva, vestíbulo ou vagina, decorrentes da laceração de 2º e 3º grau, o que contribui para os altos índices de infertilidade (AMORIM, 2013). As deformidades na vulva associadas a conformação, comprimento efetivo, angulação ou inclinação, inserção e justaposição dos lábios também podem causar subfertilidade ou infertilidade, causando também pneumovagina, devido aos desajustes vulvares que permitem a passagem de ar . Essa pneumovagina é percebida pela sonoridade aspirativa audível quando o animal se locomove (PRESTES, 2000).

Pneumovagina

Pneumovagina é a aspiração involuntária de ar para a vagina, onde esta se apresenta cronicamente distendida. É decorrente de uma conformação anormal da vulva, geralmente adquirida por dilatações e lesões, que impede o correto fechamento da vulva, e pode acarretar em infecção do trato reprodutivo. Pode predeterminar uma urovagina, e, como esta, resulta em infertilidade (DIAS, 2007).

Urovagina

A urovagina consiste no acúmulo de urina no fundo vaginal, devido ao refluxo ocasionado pelo relaxamento do sistema de sustentação dos órgãos reprodutivos. Contudo, fatores determinantes são as lacerações que ocorrem na prega transversa do meato urinário externo, que permitem o refluxo de urina para o fundo vaginal a despeito da mímica de micção realizada pelo animal. (PRESTES, 2006).

Todas as causas se originam onde as vaginas se encontram inclinadas ventro-cranialmente. A perda da atividade dos músculos constritores da vagina e da constrição himenial, também permite o refluxo caudal da urina. Com o auxílio de um espéculo vaginal, realiza-se uma exploração vaginal fechando o diagnóstico. (DIAS, 2007).

TRATAMENTO

Lacerações de primeiro grau são normalmente auto limitantes e não requerem outra cirurgia a não ser a técnica de Caslick. Algumas lacerações de

segundo grau necessitam somente a técnica de Caslick, mas outras necessitam de reconstrução do corpo perineal. Lacerações de terceiro grau resultam em contaminação do vestíbulo e ocasionalmente da vagina, dependendo da abertura ou não do esfíncter vestibular, necessitando uma restauração do vestíbulo, reto e corpo perineal. (STAINKI et al., 2001).

Tratamento conservativo

As lacerações de primeiro e segundo grau podem tratar-se com antissépticos locais e pomadas emolientes. Os antibióticos sistêmicos estão indicados em casos de vaginite necrótica (DIAS, 2007).

Tratamento cirúrgico

A intervenção cirúrgica tem como principal objetivo a reconstrução de uma divisória entre o reto e o vestíbulo, e a restauração de um corpo perineal funcional (STAINKI et al., 2001).

Correção de laceração de terceiro grau

- Técnica de Goetze - Aanes

Consiste no reparo cirúrgico das lacerações de terceiro grau feito em dois estágios com completa cicatrização entre a primeira e segunda cirurgia. Consiste no reparo em um ou dois estágios:

Reparo em um estágio: são criadas duas pregas com o flap do tecido retal e vestibular, sendo realizada a sutura de Donatti com seis locais de apreensão com o mínimo de tensão e cuidado para não atingir a mucosa retal, permanecendo os nós na luz vestibular. Quando apertada esta sutura promove uma aposição da mucosa retal e uma eversão da mucosa vestibular, sendo removidos os pontos em 12 a 14 dias, podendo realizar a síntese do corpo perineal com a técnica de Caslick (DIAS, 2007; STAINKI et al., 2001; MC KINNON, 2011).

Reparo em dois estágios: O primeiro estágio consiste na reconstrução limitante reto-vestibular, mas sem o fechamento da região perineal, podendo ser concluída após 3 a 4 semanas com a reconstrução do períneo. A técnica se baseia na dessecação da divisória das submucosas caudal da parede reto-vestibular, lateralmente a parede da pele do vestíbulo até a linha que delimita o reto. Os flaps formados através dessa dessecação são levados até o ponto médio da vagina

onde serão suturados inicialmente em Cushing contínuo fazendo com que haja a inversão da mucosa para o vestibulo. A segunda camada de sutura simples interrompida baseia-se na aproximação da submucosa retal, tecido perivaginal e submucosa vaginal (DIAS, 2007; STAINKI et al., 2001). No segundo estágio ocorre a remoção do epitélio da superfície triangular remanescente da região perineal e aposição destes tecidos na linha média, sendo desnecessária a sutura dos músculos do esfíncter anal, pois a aproximação dos tecidos dessa região já restaura a função do esfíncter anal (DIAS, 2007; STAINKI et al., 2001; MC KINNON, 2011).

- **Pós-operatório:** Imediatamente após a cirurgia é restituída a dieta normal à égua. Administram-se antibióticos durante 5 dias e as suturas no períneo e lábios da vulva são retirados 14 dias depois da cirurgia. As complicações incluem deiscência, abcedação e celulite, constipação e formação de fístula. E pode ocorrer pneumovagina. (DIAS, 2007).

Correção de pneumovagina

Antes do tratamento cirúrgico é importante controlar a infecção (DIAS, 2007).

- Técnica de Caslick

É uma forma de episioplastia utilizada para correção da pneumovagina (PRESTES et al., 2006). A técnica baseia-se em reduzir a abertura da vulva de modo a evitar a aspiração de ar e, conseqüentemente, a possibilidade de infecção e inflamação do trato urogenital (DIAS, 2007).

Esta técnica também é realizada em combinação com outras cirurgias perineais em éguas, para complementá-las, tais como o reparo de primeiro, segundo e terceiro grau em lacerações perineais (STAINKI et al., 2001).

- Pré-operatório e anestesia:

A técnica de Caslick pode ser realizada com o animal em estação, através de tranquilizante e anestesia local pela infiltração de aproximadamente 5mL em cada margem dos lábios vulvares, logo abaixo do nível do arco isquiático. As fezes são manualmente removidas do reto imediatamente antes da cirurgia, e a cauda deve ser enrolada em bandagem para evitar a contaminação do campo cirúrgico. Uma limpeza completa da região perineal deve ser realizada utilizando-se uma solução

desinfetante branda, sendo logo após enxaguada abundantemente (STAINKI et al., 2001).

- **Técnica:** Consiste na remoção de 0,5 a 1 cm de transição entre a pele e a mucosa vulvar, na junção mucocutânea de cada lábio vulvar, desde a comissura dorsal até um nível abaixo da base óssea da pelve. As suturas que podem ser utilizadas são em padrão contínuo, pontos em U vertical ou horizontal ou pontos simples separados, com fio não reabsorvível como nylon e polipropileno 2.0 monofilamentar. (DIAS, 2007; PRESTES et al., 2006).

- **Pós-operatório:** Geralmente não é necessária antibioticoterapia tópica nem sistêmica. As suturas podem ser retiradas em 7 a 10 dias. (DIAS, 2007).

- Método de Pouret

Essa técnica é utilizada para corrigir os posicionamentos anômalos das vulvas. Consiste na secção horizontal do períneo entre a vulva e o ânus, dissecando de 5 a 12 cm de profundidade, tendo cuidado de não perfurar o reto ou vagina. A incisão é suturada transformando-a numa vertical, e essa cavidade formada permite uma elasticidade da vulva recuperando o posicionamento vertical. (DIAS, 2007; PRESTES et al., 2006).

- Episioplastia

Esta técnica é baseada no conceito da cirurgia de Caslick, onde há diminuição da abertura vulvar (em 30-50%) e baixa o teto vestibular, através da remoção da mucosa das partes dorsal e dorsolaterais do vestibulo. É indicada para casos mais graves, onde se comprometeu a função dos músculos constritores da vulva e do vestibulo. (DIAS, 2007).

- **Pré-operatório e anestesia:** A preparação do animal é semelhante a técnica de Caslick, e a anestesia realizada pela infiltração local, contudo, a anestesia epidural é preferível. Pode ser necessário algum grau de tranquilização. (DIAS, 2007).

- **Técnica:** Inicia-se com a marcação dos lábios vulvares, o ponto onde vai ser a nova comissura dorsal da vulva. A exposição do vestibulo é realizada com pinças ou pontos de sutura, cria-se uma incisão desde um ponto no teto do vestibulo, 3 a 6 cm caudalmente à união vestibulovaginal até à marca feita em cada lábio vulvar. Em seguida incidem-se a comissura dorsal e a junção mucocutânea dos lábios. A

dissecção das mucosas deve ser cuidadosa para não atingir o reto, se isso acontecer o defeito deve ser corrigido invertendo os bordos para o lúmen. Os bordos horizontais, direito e esquerdo, da ferida são suturados cranialmente por meio de pontos isolados de material reabsorvível. Aproximam-se as superfícies dissecadas, por pontos isolados dorsalmente a esta linha de sutura. A sutura completa-se alternando os pontos na mucosa e no plano dorsal. Para fechar a pele do períneo e da vulva, usam-se pontos soltos de material não reabsorvível. Realiza-se uma sutura de colchoeiro horizontal profunda através do corpo perineal reconstruído. É importante assegurar que a redução não seja demasiada, causando disúria ou impedir a monta natural. (DIAS, 2007).

- **Pós-operatório:** Deve ser instituída antibioticoterapia sistêmica durante três dias. Os pontos são retirados passados 10 a 12 dias, mas a cura funcional total ocorre em 4-8 semanas, durante as quais a cópula não deve ser permitida. (DIAS, 2007).

3.2.3 Correção de urovagina

- Uretroplastia

Duas técnicas estão descritas: uma baseia-se no prolongamento cirúrgico da uretra e a outra na criação de uma prega transversa cranialmente ao meato urinário, impedindo o refluxo da urina. Nesta técnica, forma-se uma prega cranial ao meato urinário que se mantém por pontos em U horizontais, simples ou contínuos, de material não reabsorvível, na base da prega. Estes pontos serão retirados algum tempo depois. (DIAS, 2007; PRESTES, 2006).

A uretroplastia por recolocação caudal da prega transversa (técnica de Monin) é composta pela sutura da prega transversal caudalmente e por cima do orifício uretral externo, formando uma extensão uretral. A prega fica com forma de V, com o vértice mais cranial, a não mais de 2 cm do chão vestibular. Em éguas com elevado declive vaginal esta técnica não é eficiente. Alternativamente, pode ser criado um canal que prolonga a uretra até à junção mucocutânea, de modo a que a urina vá para o exterior. (DIAS, 2007).

Pré-operatório e anestesia:

O animal é contido, sob anestesia epidural e a cirurgia é feita com o animal em estação. As fezes são retiradas do reto, a cauda é enrolada e presa numa

posição elevada. A antisepsia perineal é preparada, um cateter é inserido na bexiga para evitar contaminação do campo cirúrgico com urina. Os lábios vulvares são afastados pelo uso de afastadores ou pontos de sutura. (DIAS, 2007).

Técnica:

É realizada uma incisão em forma de “V”, que se inicia lateralmente à abertura da uretra, e continua cranialmente a esta incisão para o lado contrário, e depois caudalmente, de ambos os lados do chão do vestíbulo até 1-3 cm da junção mucocutânea dos lábios vulvares. Segue-se uma dissecação profunda da mucosa, dorsal e ventral, para libertar dois “flaps” de cada lado. São então feitas três linhas de sutura separadas, contínuas, a nível médio: os dois “flaps” ventrais da mucosa são suturados com os bordos invertidos, formando o teto da nova uretra, os dois dorsais são suturados com os bordos evertidos e formam o chão da nova vagina, faz-se também uma sutura na submucosa entre estes dois planos. É importante que a dissecação seja suficientemente profunda para evitar excessiva tensão nas linhas de sutura, e que estas sejam cuidadosamente efetuadas de modo a evitar a formação de uma fístula, com a passagem de urina. (DIAS, 2007; PRESTES, 2006).

Pós-operatório:

O cateter é retirado após o término da cirurgia, ou pode permanecer durante alguns dias. Está indicada terapia antibiótica e anti-inflamatória, bem como monitorização por exame retal para assegurar que a bexiga se está a esvaziar corretamente. As suturas não são removidas, mas a sua permanência não foi associada a consequências adversas. (DIAS, 2007).

RELATO DE CASO

Foi internada pela segunda vez, no hospital veterinário das FIO, no dia 14 de janeiro de 2014, um equino da raça quarto de milha, fêmea, um ano e quatro meses, no qual se apresentava um ferida lacerante na região perineal com laceração do teto vaginal lateral ao ânus do lado esquerdo, com pontos hemorrágicos e necrose estendida até o músculo lateral, apresentando poliúria. Na qual foi submetida a tratamento conservativo.

Foi realizada a palpação transretal e transvaginal, onde se observou a presença de dois orifícios, formados a partir do trauma, e ambos acumulam urina.

Em seguida, realizou-se a sondagem dos dois orifícios para realização do exame radiográfico com intuito de identificar o canal uretral. Posteriormente, realizou-se o exame radiográfico simples e contrastado e ultrassonográfico, onde não conseguiu distinguir nenhuma estrutura do aparelho urinário, e sugerem-se lesões em aparelho geniturinário. Então não se chegou ao diagnóstico, chegando apenas em laceração de períneo de grau II, e destruição traumática do meato urinário.

DISCUSSÃO

Baseado nesse relato constatou-se que as técnicas cirúrgicas existentes para correção de lacerações perineais são ineficientes para o tratamento de laceração traumática de fundo de vagina e meato urinário, pois as técnicas descritas são para correção de lesões de assoalho de reto e teto de vagina.

Como consequência do trauma, originou-se uma urovagina seguida de uma pneumovagina. Dias (2007), afirma que em casos de urovagina, o prognóstico depende da gravidade da endometrite secundária e do sucesso da cirurgia. Já para correção de pneumovagina, o prognóstico é excelente, porém, relacionada à fertilidade, dependerá da extensão das alterações secundárias.

CONCLUSÃO

No presente trabalho pode-se concluir uma escassez de relatos de casos que se assemelhem ao caso em pauta; destacando-se também a inexistência de respaldo na literatura para tratamento dessa enfermidade. Também verificou-se que, em função da anatomia da égua, torna-se difícil a utilização de um recurso terapêutico e/ou cirúrgico para a melhoria a recuperação e reconstrução do meato urinário e fundo de vagina.

Destaca-se portanto, que o presente trabalho contribui enormemente com esse relato, o qual poderá fornecer dados para futuros trabalhos que envolvam essa temática, configurando portanto de grande importância na Medicina Veterinária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, R. M. D. R.; FARIAS, M. C.; SOUSA, K. M. P.; LIMA, E. R.; SILVA, A. C. P.; BARTOLOMEU, C. C.; LIMA, P. F. **Relato de caso: Vestibuloplastia em**

éguas. XIII JORNADA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO – JEPEX 2013 – UFRPE: Recife - PE, 2013.

DIAS, B. M. L. **Cirurgias corretivas.** Tese de Conclusão de Curso de Medicina Veterinária. Universidade de Trás-Os-Montes E Alto Douro. 60 f. Vila Real, 2007.

FARIAS, M.C; CRUZ, J.A.L.O.; AMORIM, R.M.D.R; SILVA, D.J.; LIMA, E. R.; LIMA, P.F. Relato de caso: ruptura de períneo em éguas. **ANAIS...** XIII Jornada de Ensino, Pesquisa e Extensão – JEPEX 2013 – UFRPE, Recife - PE, 2013.

MC KINNON, A.O.; SQUIRES, E.L.; VAALA, W.E.; VARNER, D.D. **Equine Reproduction.** 2. Ed., New Yourk, USA, Ed. Hoboken, NJ, USA: Wiley-Blackwel., p. 2552-2556. 2011.

PRESTES, N.C. O parto distócico e as principais emergências obstétricas em equinos. **Rev. Educ. Contin. CRMV-SP**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 40 - 46, 2000.

PRESTES, N. C.; LANDIM-ALVARENGA, F. C. **Obstetrícia veterinária.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p 225 – 232.

STAINKI, D. R.; GHELLER, V. A. Laceração perineal e fístula reto-vestibular na éguas: uma revisão. **Revista da FZVA**, Uruguaiana – MG, v. 7/8, n. 1, p. 102-113., 2001.