

FENDA PALATINA EM CÃO - RELATO DE CASO

RAFAELA FERNANDES CARDOSO

RESUMO

A fenda palatina é considerada uma má-formação dos tecidos e ossos, constituída por uma abertura no palato duro, mole ou em ambos, podendo envolver lábio e alvéolo (lábio leporino) e apresentando comunicação entre a cavidade nasal e oral. Esta patologia é classificada como primária (lábio leporino), secundária incompleta (palato mole), secundária completa (palato mole e duro) ou primária e secundária (envolvendo todas estas estruturas). Este defeito pode ser congênito (comum em cães braquicefálicos) ou adquirido (neoplasia, trauma) e os sinais clínicos são regurgitação nasal, dispneia, tosse, disfagia, déficit de desenvolvimento em filhotes e possível pneumonia aspirativa. O diagnóstico é feito a partir da inspeção detalhada da cavidade oral em conjunto com a anamnese e histórico do paciente, após a identificação do defeito quanto mais cedo instituído o tratamento, dado suporte nutricional se necessário, e realização do pós-cirúrgico de maneira adequada, melhores os resultados, porém, o prognóstico é reservado em animais mais jovens. O tratamento indicado é a correção cirúrgica através da técnica de palatoplastia utilizando “flaps” (aproximação ou sobreposição), próteses ou enxertos. No presente relato de caso um cão da raça pug com 5 meses de idade apresentava regurgitação nasal e disfagia, foi diagnosticado a partir do exame físico e encaminhado para a cirurgia de palatoplastia, os exames complementares de hemograma, bioquímicos e eletrocardiograma não apresentaram alterações e a técnica aplicada foi a de retalho bipediculado, com posterior passagem de sonda esofágica em esofagostomia. Após a cicatrização completa dos pontos e remoção da sonda esofágica o paciente recebeu alta clínica e cirúrgica.

Palavras-chave: palatoplastia; pneumonia aspirativa; má-formação; lábio leporino; disfagia.

1 INTRODUÇÃO

A fenda palatina é considerada um defeito de formação dos tecidos moles e ósseo em posição longitudinal afetando palato mole, duro e lábios (SANTOS et al., 2010). Os sinais clínicos podem apresentar-se como disfagia, tosse, regurgitação nasal, déficit de crescimento do filhote, dispneia e falsa via, podendo desencadear pneumonia aspirativa (FOSSUM, 2014). Provocando grande taxa de mortalidade em cães e gatos está má-formação tem poucos dados epidemiológicos, em grande parte pelos animais acometidos apresentarem outras patologias congênitas como hidrocefalia, cisto epidermoide, criptorquidismo e defeito de septo (MULVIHILL et al., 1980).

Algumas raças possuem maior predisposição a este tipo de anomalia como Schnauzer miniatura e os cães braquicefálicos (TOBIAS e JOHNSTON, 2018). Em gatos a raça mais afetada é o Siamês (FOSSUM, 2014).

A fenda palatina pode ocorrer no palato primário, sendo este os tecidos moles como o lábio e a pré-maxila (lábio leporino) ou incluir o alvéolo e dentes incisivos, comumente associada ao palato secundário (HARVEY, EMILY, 1993; ROBYN et al., 2006).

A fissura palatina secundária pode ser completa, envolvendo palato mole e duro, ou incompleta tendo apenas o palato mole comprometido. Além disso, é possível ocorrer em

ambos os lados e incorporar-se a nasofaringe chamando-se de palato mole hipoplásico (FOSSUM, 2014).

O diagnóstico é realizado a partir da inspeção minuciosa da cavidade oral do paciente, em conjunto com a anamnese e histórico, e os diagnósticos diferenciais incluem fissuras traumáticas ou adquiridas, corpo estranho nasal e rinite (FOSSUM, 2014). Quando o defeito não é detectado nos momentos iniciais da vida do animal existem maiores chances do desenvolvimento de pneumonia aspirativa piorando o prognóstico, para a análise desta complicação é realizado a radiografia torácica do paciente (FOSSUM, 2014).

É recomendado suporte nutricional, se necessário, através de esofagostomia ou inserção de tubo de gastrostomia, além desta técnica prevenir infecções respiratórias após o reparo cirúrgico da fissura palatina (MONNET, 2012; FOSSUM, 2014).

O objetivo deste trabalho é o relato de caso e tratamento cirúrgico de um paciente portador de fenda palatina secundária completa, além dos exames complementares solicitados, técnica cirúrgica empregada, tratamento de suporte, evolução e desfecho do caso.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

Foi atendido um cão da raça pug, de 5 meses, pesando 3,2kg e castrado, tutores relataram que foi adotado de uma criadora já possuindo o diagnóstico de fenda palatina. O paciente apresentava disfagia e regurgitação nasal, sua alimentação era constituída por fórmula infantil, foi desvermifugado e recebeu três doses da vacina polivalente. Após o exame físico não foram constatadas quaisquer alterações além da fenda palatina secundária completa, sendo então decidido pela intervenção cirúrgica e solicitados os exames complementares de hemograma, bioquímicos e eletrocardiograma para o pré-cirúrgico. Estes exames apresentaram resultados dentro da normalidade e o paciente foi liberado para a cirurgia. Até o dia da correção cirúrgica a alimentação foi modificada para ração seca de filhotes com grãos maiores.

A técnica cirúrgica implementada foi a palatoplastia com retalho bipediculado, sendo o fechamento do palato mole em três camadas (nasal, muscular e palato mole), em padrão de sutura simples interrompida utilizando fio absorvível. Para o fechamento do palato duro foram feitas incisões mucoperiosteais em ambos os lados do defeito, com elevação periosteal e deslizamento medial dos retalhos para então serem suturados em apenas um plano de padrão simples interrompido, utilizando também fio absorvível. Realizado esofagostomia e posicionamento de sonda esofágica.

Prescrito para o pós-operatório Amoxicilina com Clavulanato de Potássio 20mg/kg BID, Cloridrato de Tramadol 4mg/kg TID, Dipirona 25mg/kg TID e Meloxicam 0,1mg/kg SID.

No retorno do paciente foi observado a cicatrização completa do palato mole porém com deiscência de suturas no palato duro, foi implementada nova intervenção cirúrgica com suturas em padrão Wolf e fio absorvível. Retirada da sonda esofágica do lado esquerdo por apresentar aumento de volume e secreção purulenta, sendo então reposicionada do lado direito.

Em nova revisão foi constatado cicatrização de palato mole e duro completa e retirada da sonda esofágica.

3 DISCUSSÃO

Diante do histórico e anamnese deste paciente foi verificado que o animal possuía esta má-formação desde o nascimento sendo classificada como congênita e apresentando-se em uma fenda medial de palato mole e duro, considerada secundária completa. Além disso, o paciente pertencia a uma raça braquicefálica, relatada como predisposta na literatura (FOSSUM, 2014).

Não havia sinais clínicos de tosse ou alterações na ausculta respiratória, apenas disfagia/engasgos e regurgitação nasal, as alterações respiratórias em pacientes portadores desta patologia são comuns e devem ser diagnosticadas e tratadas corretamente, como a pneumonia aspirativa. Outros diagnósticos diferenciais são corpo estranho nasal, fissuras traumáticas ou adquiridas e rinite (FOSSUM, 2014).

O período recomendado para a realização da correção cirúrgica é entre oito a doze semanas de vida, permitindo o crescimento do animal e acesso mais fácil ao local, além de proporcionar melhor segurança anestésica (WALDRON; MARTIN, 1991; FOSSUM, 2014). Neste caso a cirurgia ocorreu aos 6 meses de idade, e em pacientes mais jovens há maior predisposição a hipertermia, hipoglicemia e overdose (BRODBELT et al., 2008).

Durante o preparo pré-cirúrgico o jejum deve ser de no máximo quatro a oito horas para evitar-se hipoglicemia, após a indução anestésica e posicionamento do traqueotubo é realizada a limpeza da cavidade oral e nasal utilizando solução fisiológica e antisséptica diluída (SLATTER, 2007; FOSSUM, 2014; TOBIAS; JOHNSTON, 2018).

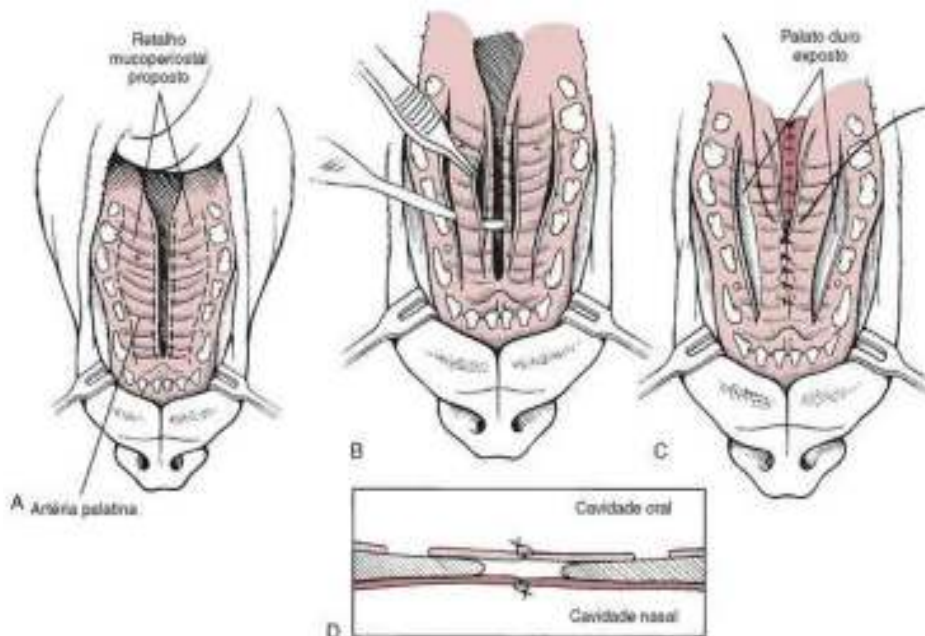
Os procedimentos mais comumente realizados para correção do palato duro são o retalho invertido uni ou bilateral da mucosa, retalho de avanço labial, retalho bipediculado deslizante bilateral e retalho rotacional da mucosa, usado como segunda camada sobre um retalho invertido, por possuir um único pedículo (TOBIAS; JOHNSTON, 2018).

No caso relatado optou-se pela técnica de retalho bipediculado deslizante bilateral, sendo esta mais indicada para correção de fissuras centrais do palato. Para o acesso cirúrgico o paciente deve ser posicionado em decúbito dorsal, iniciando-se a partir das incisões nas margens do defeito e incisões liberadoras bilaterais próximas à arcada dentária, então a camada mucoperiosteica é elevada usando o elevador periosteal com cuidado, evitando as artérias palatinas maiores. Com isso, as margens da mucosa nasal ou periosteio são suturadas em padrão simples interrompido, se possível com os nós voltados para dentro da cavidade nasal, seguido de deslizamento das abas mucoperiosteicas elevadas sobre todo o defeito e posicionamento de suturas interrompidas simples unindo os retalhos (Figura 1). As incisões de relaxamento próximas à arcada dentária são cicatrizadas por segunda intenção (FOSSUM, 2014).

Durante o pós-operatório a alimentação fornecida deve ser pastosa por pelo menos duas semanas, a gastrostomia ou esofagostomia com posicionamento de sonda pode auxiliar na cicatrização. As possíveis complicações após a correção são deiscência de pontos e cicatrização incompleta, principalmente de três a cinco dias após a cirurgia, sendo a tensão excessiva, tecido traumatizado e irrigação sanguínea reduzida fatores predisponentes (FOSSUM, 2014).

No caso relatado foi mantido sonda esofágica através de esofagostomia durante dez dias de pós-operatório como indicado na literatura, evitando assim movimentação e atrito no local da ferida cirúrgica, porém no retorno do paciente foi necessária reintervenção para reparar a deiscência de pontos do palato duro e troca do local da sonda que apresentava aumento de volume e secreção purulenta, sendo a deiscência de pontos a complicação mais comum relatada (FOSSUM, 2014). Em segunda revisão a cicatrização foi considerada completa e possibilitada a retirada da sonda de alimentação.

Figura 1. Retalho bipedicular usado para reparo de fistula oronasal congênita. **A.** As linhas tracejadas demonstram as incisões de liberação necessárias para a criação dos retalhos deslizantes. **B.** Mucoperiosteio elevado com a artéria palatina maior. **C.** Os retalhos são posicionados sobre o defeito. **D.** Visualização do corte transversal do reparo. Adaptado de Fossum (2014).



4 CONCLUSÃO

Conclui-se que o tempo decorrido até o diagnóstico e correção da fenda palatina é de caráter importante para o prognóstico, sendo a pneumonia aspirativa uma das complicações mais comuns apresentadas, secundária a este defeito. Além disso, a recidiva e necessidade de reintervenção a partir da deiscência de pontos também é comum, e por isso os cuidados pós-operatórios são uma das partes essenciais para o desfecho favorável do caso.

É destacado o diagnóstico tardio a partir da falta de conhecimento dos tutores, mas quando implementado o tratamento a tempo, a cirurgia reconstrutiva permite ao animal dar continuidade a uma vida saudável.

REFERÊNCIAS

- AROSARENA, O.A. Cleft lip and palate. **Otolaryngology Clinics of North America**, v.40, p. 27–60, 2007, doi: 10.1016/j.otc.2006.10.011.
- WALDRON, D.R. e MARTIN, R.A. Cleft palate repair. **Problems in Veterinary Medicine**, v. 3, p. 142–152, 1991.
- BRODBELT, D.C.; PFEIFFER, D.U.; YOUNG, L.E.; WOOD, J.L. Results of the confidential enquiry into perioperative small animal fatalities regarding risk factors for anesthetic-related death in dogs. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, v. 233, n. 7, p. 1096–1104, 2008, doi: 10.2460/javma.233.7.1096.
- FOSSUM, T.W. Cirurgia de pequenos animais. **Editora Elsevier**, 4a edição, 2014. HARVEY, C.E. e EMILY, P.P. **Small Animal Dentistry**. St Louis: MosbyYear Book. 1993.
- MONNET, E. **Small animal soft tissue surgery**. Wiley Blackwell publishing company, Section 4, p 159 – 166, 2012.

MULVIHILL, J.J.; MULVIHILL, C.G.; PRIESTER, W.A. Cleft palate in domestic animals: epidemiologic features. **Teratology**, v. 21, p. 109–112, 1980, doi: 10.1002/tera.1420210115.

ROBIN, N. H.; BATY, H.; FRANKLIN, J.; GUYTON, F. C.; MANN, J., et al. The multidisciplinary evaluation and management of cleft lip and palate. **Southern Medical Journal**, v. 99(10), p. 1111-1120, 2006, doi: 10.1097/01.smj.0000209093.78617.3a.

SANTOS, J.; et al. Fenda Palatina em Cão Neonato: Achados de Necropsia. **JORNADA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO-JEPEX-UFRPE**,10, 2010, Recife-BRA.

SLATTER, D.H. Manual de cirurgia de pequenos animais. **Editora Manole**, Terceira edição, 2806 p. 2007.

TOBIAS, K.M. e JOHNSTON, S.A. Veterinary Surgery Small Animal. **Editora Elsevier**, second edition, p.385 – 395, 2018.