

## **CORREÇÃO DE LACERAÇÃO PERINEAL DE TERCEIRO GRAU EM ÉGUA – REVISÃO DE LITERATURA**

Cristiane Leite FIGUEIREDO<sup>1</sup>; Rogério Navarro de ABREU<sup>2</sup>;  
José Ricardo de Carvalho MESQUITA<sup>2</sup>; Roberto Pimenta de Pádua FOZ FILHO<sup>3</sup>;  
Marinella Rüegger de FREITAS.

<sup>1</sup> Aprimoranda em Clínica e Cirurgia de Grandes Animais da UNIFEQB, São João da Boa Vista/SP.

<sup>2</sup> Professor MSc. da UNIFEQB, São João da Boa Vista/SP.

<sup>3</sup> Professor Dr. da UNIFEQB, São João da Boa Vista/SP.

<sup>4</sup> Aluna do Curso de Medicina Veterinária da UNIFEQB, São João da Boa Vista/SP.

**RESUMO:** Entre os traumas pós-parto na égua, destaca-se a laceração perineal de terceiro grau. A correção deve ser cirúrgica, porém não precisa ser realizada imediatamente após a ocorrência das lesões. Os tecidos dilacerados estão edemaciados, necróticos e contaminados, sendo aconselhável esperar no mínimo de 3 a 6 semanas antes da realização de cirurgia reparadora. Numerosas técnicas com ou sem modificações tem sido descritas, porém o princípio básico da reconstrução de uma divisória entre o reto e o vestíbulo, e a restauração de um corpo perineal funcional tem sido recomendado.

**PALAVRAS-CHAVE:** eqüino, parto, períneo.

### **INTRODUÇÃO**

A genitália externa da égua tem recebido atenção especial por parte de pesquisadores, devido a sua importância no adequado desempenho reprodutivo (MCKINNON e VOSS, 1993).

Entre as lesões relacionadas ao parto da égua encontram-se as lacerações perineais, fistulas reto – vestibulares, rupturas vaginais, laceração da cérvix, ruptura e hemorragia uterina e prolapso uterino. Algumas lesões do trato reprodutivo caudal, são imediatamente perceptíveis após o parto (laceração perineal), enquanto outras nem sempre são tão evidentes (laceração da cérvix), até tornarem-se um problema clínico futuro ou causa de incapacidade reprodutiva na fêmea. Dentre os principais traumas cirúrgicos pós-parto na égua, destacam-

se a lacerações perineais e a fistula reto – vestibular (STANKI e GHELLER, 2001).

### **LACERAÇÃO PERINEAL DE TERCEIRO GRAU**

Compreende-se como “Laceração Perineal” todas aquelas que ocorrem durante o trabalho de parto. O traumatismo é predominantemente encontrado nas éguas primíparas e normalmente, deve-se ao esforço expulsivo de forma violenta das éguas em combinação com as alterações da estática fetal. Fetos demasiadamente grandes podem romper a comissura vulvar, produzindo uma lesão que pode comprometer inclusive o esfíncter anal ou então, no momento do parto um dos cascos dos membros anteriores do potro rompe o teto da vagina atingindo o reto,



perfurando-o. Nestas condições quase sempre ocorre a dilatação dos tecidos, atingindo a comissura dorsal da vulva e o esfíncter anal (THOMASSIAN, 1997; WALKER e VAUGHAN, 1980).

Na laceração perineal de terceiro grau ocorre envolvimento da mucosa e submucosa do vestíbulo vaginal, musculatura perineal, músculo constritor da vulva, rupturas do teto do vestíbulo vaginal, assoalho ventral do reto, septo perineal e músculos do esfíncter anal, tornando o reto e a vagina interligados semelhante a uma "cloaca". Na maioria dos casos, como não há mais um esfíncter anal, a defecação é constante e há conteúdo fecal no interior da vagina, o que pode proporcionar uma grave infecção genital que leva à esterilidade do animal se não tratada a tempo. A correção cirúrgica deve ser feita em duas etapas, procurando reconstituir, primeiramente, o reto e a vagina e apenas em uma segunda etapa, após a total cicatrização da primeira, procura-se reconstituir o ânus, o que é muito difícil (THOMASSIAN, 1997).

#### TRATAMENTO

De forma geral a cirurgia não é realizada de urgência. Os tecidos rasgados edemaciados, necróticos e contaminados, sendo aconselhável esperar no mínimo de 3 a 6 semanas antes da realização da cirurgia (TURNER e MCILWRAITH, 1996).

Numerosas técnicas com ou sem modificações tem sido descritas, mas todas com o princípio básico da reconstrução de uma divisória entre o reto e o vestíbulo, e a restauração de um corpo perineal funcional. Os princípios a serem observados e cumpridos incluem a plena

aposição tecidual com um mínimo de tensão sobre a linha de sutura (STAINKI e GHELLER, 2001).

#### TÉCNICAS CIRÚRGICA PARA CORREÇÃO DA LACERAÇÃO PERINEAL DE TERCEIRO GRAU

Técnica de AANES, segundo TURNER (1996)

A técnica que segue é efetuada em 2 estágios: na primeira operação, uma saliência é constituída entre o reto e a vagina; a segunda operação envolve a reconstrução do corpo perineal. O propósito do reparo em dois estágios é a redução da incidência de tensão e subsequente ruptura das estruturas. A reconstrução retardada do corpo perineal evita a redução do tamanho da luz retal, minimiza o acúmulo de fezes, e diminui o número de contrações musculares necessárias para evacuar as fezes. Nesta técnica, também é evitado suturar a membrana da mucosa retal, o que diminui a tensão devido à irritação provocada pela sutura.

#### PRIMEIRO ESTÁGIO

Uma incisão é realizada ao longo do tecido de cicatrização sobre a junção da mucosa vaginal e retal, iniciada na extremidade cranial da saliência e indo a direção caudal em relação ao cirurgião. A incisão completa deve-se prolongar da saliência formada pelo reto intacto e vagina, ao longo da margem do tecido de cicatrização na altura da comissura dorsal da vulva.

A membrana mucosa vaginal e a submucosa são tracionadas na direção ventral em relação à linha de incisão formando um retalho de tecido com aproximadamente 2,5 cm de largura. Junto



à saliência, o reto e a mucosa vaginal são separados de uma distância de 2 a 3 cm na direção cranial. A hemorragia proveniente da incisão geralmente é mínima e não causa problemas.

Neste ponto, o cirurgião precisa determinar se há necessidade de uma maior dissecação, estimando a facilidade com que a mucosa vaginal pode ser aposta. A mucosa de formar o teto vaginal com um mínimo de tensão sobre o material de sutura.

O fechamento da saliência é indicado apondo o teto vaginal usando categute cromado médio 1 – e amarrando na linha central do teto vaginal numa direção quase cranial do defeito. O nó torna-se a extremidade cranial de um modelo de sutura horizontal de colcheiro, invertendo a mucosa vaginal e formando a primeira camada do teto restabelecido da vagina.

O modelo de sutura deve penetrar as bordas da membrana mucosa vaginal e continuar na direção caudal até um terço ou metade da laceração. A sutura é atada e enfiada no interior da vagina até que se torne necessária mais tarde durante o reparo. O categute é utilizado para esta camada devido ao fato que as suturas absorvíveis sintéticas tendem a se arrastar sobre os tecidos, especialmente na mucosa vaginal.

Uma segunda linha de suturas com vicryl (nº2) é colocada entre o reto e a parede vaginal. A sutura é essencialmente em bolsa, que passa através da submucosa retal, tecido perivaginal, e pela submucosa vaginal sobre ambos os lados do canal comum. Cada ponto é amarrado imediatamente após a sua colocação.

Quando as suturas interrompidas simples são posicionadas o mais caudalmente possível ao teto vaginal recentemente

suturada, a sutura horizontal de colcheiro contínua com categute torna-se resumida e a mucosa vaginal é suturada na direção caudal em relação à comissura dorsal da vulva. As suturas interrompidas de vicryl (nº2) prosseguem na direção caudal e dorsal da comissura da vulva, mantendo um direcionamento em todas as partes desta carreira horizontal. Isto evita o estreitamento da luz retal. Não se deve colocar suturas sobre a membrana mucosa retal.

Após o primeiro estágio da operação, a égua deve tomar antibióticos durante aproximadamente 5 dias. Deve-se aguardar duas semanas para a cicatrização antes que se processe o segundo estágio da cirurgia. Qualquer sutura exposta de vicryl deve ser retirada alguns dias antes da segunda operação.

#### SEGUNDO ESTÁGIO

Para obter-se superfícies novas para a reconstrução e cicatrização do corpo perineal, o tecido recentemente epitalizado deve ser retirado. É feita uma incisão que inicia na margem cranial do corpo perineal, estendendo-se perifericamente ao longo da margem do tecido de cicatrização e terminando na comissura dorsal da vulva, formando os dois lados de um triângulo. Uma incisão é feita no lado oposto e a camada superficial do epitélio é retirado, criando duas superfícies triangulares irregulares. A pele do períneo é liberada sendo tracionada em direção lateral para permitir um fechamento subsequente da pele sem tensão inadequada.

O fechamento das camadas profundas do corpo perineal deve-se iniciar na direção cranial com suturas interrompidas simples com vicryl (nº1). Este fechamento é



completado com suturas interrompidas simples de nylon 2-0 colocadas no interior das bordas epiteliais do reto. As suturas de nylon e vicryl são feitas alternadamente até que a reconstrução do corpo perineal seja completada. Nenhuma tentativa é feita no sentido de localizar e suturar as extremidades do músculo esfíncter anal, já que habitualmente encontram-se rodeadas por tecidos de cicatrização. A porção dorsal dos lábios vulvares é removida assim como na operação de Caslick para pneumovagina. A pele do períneo e os lábios da vulva são suturados com suturas interrompidas de nylon 2-0. Técnica de GOETZE, segundo STAINKI e GHELLER, (2001).

GOETZE em 1929 foi o primeiro a descrever o reparo cirúrgico de laceração perineal de terceiro grau, em um estágio. Duas divisões de tecidos são criadas, com o flap do tecido retal mais espesso que o flap vestibular. Dissecção inicia profundamente em um plano caudal à divisória reto – vestibular existente, continuando ao longo da parede lateral do vestíbulo, seguindo a linha que separa o reto do vestíbulo. A dissecção prossegue lateralmente até a pele perineal. A dissecção lateral continua-se até que os falps teciduais possam ser levados ao ponto médio vaginal sob a mínima tensão. Uma incapacidade em aliviar suficientemente a tensão sobre a linha de sutura é considerada a razão mais comum para o insucesso no reparo. A sutura é do tipo Donatti com seis locais de apreensão, tendo-se o cuidado de não atingir a mucosa retal, com os nós permanecendo na luz vestibular. O material de sutura utilizado é um monofilamento não absorvível nº 2 ou 3. Para os pontos utiliza-se uma agulha meio círculo

atravessando primeiramente o flap vestibular esquerdo, profundamente à margem incisada, após a submucosa do flap retal esquerdo, a submucosa do flap retal direito, emergindo no vestíbulo através do flap vestibular direito, retorna pela mucosa do mesmo flap para atravessar o flap vestibular esquerdo sentido submucosa – mucosa. Quando apertada esta sutura promove uma aposição da mucosa retal e uma eversão da mucosa vestibular. Os fios de sutura são deixados longos para facilitar sua remoção em 12 a 14 dias. Se necessário pode-se concluir a síntese do corpo perineal com a técnica de Caslick.

#### **PROGNÓSTICO**

Na maioria dos casos, o prognóstico de uma gravidez futura é excelente quando o reparo da laceração perineal de terceiro grau foi bem sucedido. O retorno de lacerações perineais de terceiro grau em trabalho de parto subseqüentes é variável, compreendendo desde nenhum traumatismo até outra laceração perineal de terceiro grau. É aconselhável, que aja um acompanhante presente durante os futuros partos, para minimizar a gravidade da injúria, se houver distocia (WHIT e MOORE, 1998).

#### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Laceração Perineal de Terceiro Grau é uma das principais afecções decorrentes de partos distócicos. A intervenção ou auxílio no momento do parto poderiam evitar a expulsão do feto com força excessiva evitando as lesões.

O prognóstico da Laceração Perineal de 3º grau é sempre reservado.

A transferência de embrião é uma solução para as éguas que ficaram com seqüelas



no vestíbulo da vagina, já que o útero normalmente não apresenta alteração.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MCKINNON, A. O.; VOSS, J. L. **Equine Reproduction**. Philadelphia: Lea & Febiger. 1993. cap 2, 47, 48 – p. 20 – 24; 417 – 427; 408 – 411.

STAINKI, D. R.; GHELLER, V. A. Laceração Perineal e Fístula Reto – vestibular na Égua: Uma Revisão. **Rev. Fac. Zootec. Vet. Agro. Uruguiana**, v. 7/8, n.1, p. 95-102, 2001

THOMASSIAN, A. **A Enfermidade dos Cavalos**. 3ª ed. São Paulo: Varela. Cap. 04. p. 309-320, 1997

TURNER, S.; MCILWRAITH, C. W. **Técnicas Cirúrgicas em Animais de Grande Porte**. São Paulo: Roca. Cap. 10. pag. 96-141; 196-187, 1996

WALKER, D. F.; VAUGHAN, J. T. **Bovine and Equine Urogenital Surgery**. Philadelphia: Lea & Febiger. Cap. 17. p. 196-215, 1980.

WHIT, N. A.; MOORE, J. N. **Current Techniques in Equine Surgery and Lameness**. Philadelphia: W B Sanders Company. 2 ed. Cap. 47. p. 209-214, 1998.