

Redução manual e enterectomia como tratamento para intussuscepção em um dachshund: Relato de caso

Manual reduction and enterectomy as treatment for intussusception in a dachshund: case report

Matheus Neves Müller, Tatiane Vieira Alves, Marcelle Leticia Sousa de Azevedo

Universidade Federal de Mato Grosso

Resumo. A intussuscepção intestinal é uma afecção do trato gastrointestinal caracterizada pela invaginação de um segmento intestinal para o interior de outro segmento adjacente, podendo evoluir para obstrução intestinal, comprometimento vascular, necrose e óbito quando não diagnosticada e tratada precocemente. Os sinais clínicos são inespecíficos, sendo os principais diarreia, perda de peso, vômito, dor abdominal e palpação de massa abdominal. O diagnóstico baseia-se em três princípios — anamnese, exame físico e exames complementares —, sendo a ultrassonografia o exame considerado padrão-ouro. O tratamento consiste em laparotomia exploratória com redução manual da intussuscepção; quando essa redução não é possível, realiza-se enterectomia do segmento desvitalizado seguida de enteroanastomose. Objetivou-se relatar um caso de intussuscepção íleo-cólica extensa em um cão da raça Dachshund, macho, com um ano e oito meses de idade, atendido em uma clínica veterinária no município de Sinop, Mato Grosso. O tratamento consistiu em celiotomia exploratória, redução manual da maior parte da intussuscepção, enterectomia da junção íleo-ceco-cólica e enteroanastomose íleo-cólica com fio absorvível monofilamentar de polidioxanona 3-0. O paciente apresentou bom prognóstico, com evolução pós-cirúrgica satisfatória até a alta médica.

Palavras-chaves Dachshund, Intussuscepção, Enterectomia.

Abstract. Intestinal intussusception is a gastrointestinal disorder characterized by the invagination of one intestinal segment into the lumen of an adjacent segment, which may progress to intestinal obstruction, vascular compromise, necrosis, and death if not diagnosed and treated early. Clinical signs are nonspecific, the main ones being diarrhea, weight loss, vomiting, abdominal pain, and palpable abdominal mass. Diagnosis is based on three principles — history taking, physical examination, and complementary tests — with abdominal ultrasonography considered the gold-standard imaging modality. Treatment consists of exploratory laparotomy with manual reduction of the intussusception; when manual reduction is not possible, enterectomy of the devitalized segment is performed, followed by enteroanastomosis. This study aimed to report a case of extensive ileocolic intussusception in a male Dachshund, one year and eight months old, presented to a veterinary clinic in the municipality of Sinop, Mato Grosso, Brazil. Treatment consisted of exploratory celiotomy, manual reduction of most of the intussusception, enterectomy of the ileocecolic junction, and ileocolic enteroanastomosis using 3-0 absorbable monofilament polydioxanone suture. The patient had a favorable prognosis, with satisfactory postoperative recovery through discharge.

Keywords: Dachshund, Intussusception, Enterectomy.

Introdução

A intussuscepção caracteriza-se pela invaginação de um segmento intestinal no lúmen do segmento posterior adjacente, sendo denominada "intussuscepto" a porção invaginante e "intussusceptiente" a porção que recebe a invaginação. A ocorrência no sentido peristáltico é mais comum, mas o sentido retrógrado também é

possível, assim como o acometimento de mais de uma porção intestinal simultaneamente, caracterizando a forma múltipla (FOSSUM et al., 2014; OLIVEIRA-BARROS; MATERA, 2009; SILVEIRA; SANTOS, 2022).

Na clínica de pequenos animais, as formas mais frequentes são a intussuscepção íleo-cólica e a jejuno-jejunal, seguidas das formas jejuno-cólica,

jejuno-ileal e, com menor frequência, das formas íleo-ileal, cólon-cólica e duodeno-jejunal (SILVEIRA; SANTOS, 2022). Aproximadamente 75% dos casos ocorrem em animais com menos de um ano de idade, associados principalmente a parasitoses e enterites (FOSSUM et al., 2014; DIAS, 2022).

Os principais sinais clínicos incluem diarreia (com ou sem sangue), perda de peso, anorexia, depressão, vômito, dor e distensão abdominal (COLOMÉ et al., 2006; FOSSUM et al., 2014; DIAS, 2022; SANTOS et al., 2022). A afecção costuma evoluir de uma obstrução intestinal parcial para uma obstrução total, com comprometimento progressivo da irrigação sanguínea do segmento invaginado decorrente do aumento da pressão intraluminal. Esse processo leva a edema, isquemia e congestão da parede intestinal e, quando não tratado precocemente, resulta em extravasamento sanguíneo para o lúmen, lesões na serosa, deposição de fibrina entre as alças e, por fim, necrose (FOSSUM et al., 2014).

A etiologia da intussuscepção está associada a diversos fatores, como mudanças na dieta, enterites infecciosas, parasitismo intestinal, corpos estranhos, granulomas, cirurgias abdominais prévias e intoxicação por carbamatos, além de casos de origem idiopática (FOSSUM et al., 2014; OLIVEIRA-BARROS; MATERA, 2009; FRADE, 2018).

O diagnóstico baseia-se em três pilares: anamnese, exame físico e exames complementares (SILVA et al., 2022). Na anamnese, obtêm-se informações relevantes para a suspeita clínica, como histórico de diarreia, ingestão de corpo estranho, doenças prévias e protocolo de vermifugação. No exame físico, é possível identificar dor à palpação abdominal e alças intestinais alongadas e espessadas (FRADE, 2018; SILVEIRA; SANTOS, 2022). Entre os exames complementares, destacam-se os métodos de imagem — colonoscopia, radiografia simples ou contrastada e, como padrão-ouro, a ultrassonografia abdominal, que permite avaliar a extensão da intussuscepção, sua localização, o grau de vascularização e a viabilidade das alças envolvidas (DIAS, 2022; FRADE, 2018; FOSSUM et al., 2014).

Por se tratar de uma condição com sinais clínicos inespecíficos, compartilhados por diversas outras afecções, os exames complementares constituem a principal ferramenta para um diagnóstico seguro. Entre os principais diagnósticos diferenciais estão as demais causas de obstrução intestinal, como vólvulo, corpos estranhos, encarceramento intestinal, aderências, estenoses, abscessos, granulomas, hematomas, malformações congênitas e enterites infecciosas ou não infecciosas (SILVEIRA; SANTOS, 2022; FOSSUM et al., 2014; OLIVEIRA-BARROS; MATERA, 2009).

Embora existam relatos de redução espontânea ou manual da intussuscepção, essa conduta expectante não é recomendada, pois pode agravar o quadro clínico e favorecer a recorrência da afecção. A intervenção cirúrgica é, portanto,

considerada o principal tratamento, por permitir a inspeção direta de cada segmento intestinal e a identificação de áreas necrosadas que necessitem de enterectomia seguida de enteroanastomose (DIAS, 2022; FOSSUM et al., 2014).

O prognóstico é individualizado para cada paciente, dependendo de fatores como o tempo transcorrido até o diagnóstico, a porção intestinal acometida e sua extensão, o grau de vascularização, o nível de obstrução luminal, a presença de isquemia ou necrose e a adequação do tratamento instituído (FOSSUM et al., 2014; FRADE, 2018; SILVEIRA; SANTOS, 2022).

Relato de Caso

No dia 1º de abril de 2026, foi atendido na Clínica e Pet Shop Agro Verde um canino, macho, da raça Dachshund, não castrado, com 1 ano e 8 meses de idade e peso de 7,65 kg. Segundo relato do tutor durante a anamnese, o paciente apresentava histórico de fezes pastosas e enegrecidas havia aproximadamente quatro dias. O tutor relatou ainda um episódio de prolapso retal com redução espontânea, presença de hematoquezia no último dia, um episódio de vômito e perda de peso, mantendo, mesmo assim, o apetite preservado e a ingestão hídrica normal, além disso, informou que não era vermifugado. O animal não possuía histórico de doenças prévias, cirurgias ou uso contínuo de medicamentos.

Ao exame físico, o paciente apresentava frequência cardíaca de 114 bpm, frequência respiratória de 36 movimentos por minuto, temperatura corporal de 38,5 °C, mucosas normocoradas, normohidratado, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. A palpação abdominal evidenciou dor, o que motivou a indicação de internação, exames laboratoriais e ultrassonografia abdominal para investigação da causa do quadro clínico.

Após a consulta e a internação do animal, foi instituída terapia de suporte com metronidazol por via intravenosa, para controle de possível translocação bacteriana; tramadol por via subcutânea, para analgesia; ondansetrona por via intravenosa, como antiemético; buscopan composto, para controle da dor visceral; dexametasona por via intravenosa; e probiótico por via oral.

O hemograma evidenciou leucocitose discreta, decorrente de neutrofilia e eosinofilia, com as demais células de defesa dentro dos valores de referência. Os parâmetros eritrocitários e plaquetários também permaneceram dentro dos valores de referência para a espécie. Na avaliação bioquímica, as concentrações séricas de alanina aminotransferase (ALT) e creatinina estavam igualmente dentro dos valores de referência.

O exame de ultrassonografia abdominal evidenciou intussuscepção intestinal extensa do tipo íleo-cólica, caracterizada pela invaginação de segmentos de jejuno e íleo ao longo de grande extensão do cólon. Observou-se o padrão clássico em "alvo" ("donut") nos cortes transversais e o

aspecto de "pseudorrim" nos cortes longitudinais. A avaliação com Doppler colorido demonstrou vascularização preservada dos segmentos intestinais avaliados, sem evidências de sofrimento vascular significativo, pneumatoses ou líquido livre na cavidade abdominal, achados favoráveis ao prognóstico do paciente. Identificou-se também linfonodo mesentérico invaginado no interior do segmento acometido, sugerindo evolução mais prolongada do processo. Não foram observados sinais ultrassonográficos de obstrução intestinal completa no momento do exame, caracterizando obstrução apenas parcial. Como achados adicionais, verificaram-se discreta gastrite, esplenomegalia e aumento dos linfonodos do linfocentro mesentérico. Diante desses achados, indicou-se intervenção cirúrgica, em razão do risco de progressão da intussuscepção para obstrução intestinal completa e comprometimento vascular.

Como protocolo anestésico, realizou-se medicação pré-anestésica por via intravenosa com midazolam (0,2 mg/kg), metadona (0,3 mg/kg) e cetamina (3 mg/kg), seguida de indução anestésica com propofol (dose-efeito). Após a indução, o paciente foi submetido à intubação orotraqueal com tubo endotraqueal de 6,0 mm de diâmetro interno, e a manutenção anestésica foi realizada por via inalatória com isoflurano. Durante todo o procedimento cirúrgico, o paciente permaneceu sob monitorização contínua, apresentando parâmetros fisiológicos dentro dos limites de normalidade, com frequência cardíaca e respiratória estáveis, saturação periférica de oxigênio adequada, valores de ETCO₂ dentro dos limites fisiológicos, temperatura corporal mantida e glicemia estável.

O procedimento cirúrgico teve início às 18h20 e término às 19h40. Inicialmente, realizou-se tricotomia ampla da região ventral abdominal, seguida de antissepsia com álcool a 70% e digluconato de clorexidina a 2%. O acesso à cavidade abdominal foi realizado por celiotomia mediana ventral, com diérese cutânea, divulsão do tecido subcutâneo até a visualização da linha alba e, em seguida, diérese desta para acesso à cavidade abdominal.

Durante a exploração da cavidade abdominal, analisou-se cada segmento intestinal, desde o início do intestino delgado até o final do intestino grosso, observando-se alças íntegras antes e após a redução manual da maior parte da intussuscepção, o que constatou a preservação da viabilidade das alças intestinais. Em seguida, procedeu-se ao isolamento do segmento íleo-cecólico com compressas estéreis, visando minimizar o risco de contaminação da cavidade abdominal durante a manipulação e a ressecção desse segmento. A ressecção foi necessária pela impossibilidade de redução manual dessa porção do intestino, especificamente da invaginação do íleo e do ceco para o interior do cólon. Constatou-se, ainda, comprometimento anatômico e possível fibrose na região da junção íleo-cecólica. Após a delimitação do segmento a ser ressecado, realizou-

se a ligadura dos vasos mesentéricos que irrigam a região acometida, de modo a preservar a vascularização do intestino remanescente, tanto proximal quanto distal.

Posteriormente, realizou-se anastomose íleo-cólica com fio absorvível monofilamentar de polidioxanona 3-0, em padrão de pontos simples interrompidos, seguida de omentalização da linha de sutura. Antes da omentalização, foi realizado teste de estanqueidade por compressão da alça intestinal proximal em direção à distal, sem evidência de vazamento pela linha de sutura, o que indicou execução técnica adequada. Ao término do procedimento, observou-se perfusão adequada do segmento intestinal remanescente e ausência de tensão sobre a anastomose.

No período pós-operatório, o paciente permaneceu internado para monitorização clínica e recuperação, recebendo terapia medicamentosa composta por ceftriaxona (25mg/kg), metronidazol (15mg/kg), tramadol (2 mg/kg), ondansetrona (0,5 mg/kg), buscopan composto (25mg/kg), dexametasona (0,1 mg/kg) e probiótico, conforme protocolo instituído pela equipe médica. Inicialmente, manteve-se jejum por 24 horas, com posterior introdução gradual de alimentação pastosa. O paciente apresentou evolução clínica satisfatória no período pós-operatório, sem intercorrências imediatas, recebendo alta no dia 6 de abril, após estabilização clínica.

Discussão

A intussuscepção intestinal é definida como um distúrbio entérico no qual ocorre alteração da posição anatômica normal dos segmentos intestinais, em que uma porção (intussuscepto) invagina-se para o lúmen de outro segmento (intussusciante), podendo ocorrer em sentido normógrado ou retrógrado, sendo as formas íleo-cólica e jejuno-jejunal as mais comuns (FOSSUM et al., 2014; SILVEIRA; SANTOS, 2022). Conforme evidenciado pela ultrassonografia e confirmado pela celiotomia, o paciente deste relato apresentava intussuscepção do tipo íleo-cólica extensa, em sentido peristáltico, corroborando os achados descritos na literatura citada anteriormente.

Quanto à fisiopatologia dessa afecção, embora não esteja totalmente elucidada, Dias (2022) relata associação com infecções virais que interferem na motilidade intestinal, além de corpos estranhos, parasitos, massas neoplásicas e cirurgias abdominais prévias, fatores que promovem aumento da motilidade intestinal ou alterações de homogeneidade dos segmentos. Isso pode estar relacionado ao caso do paciente, que apresentava parasitismo e possível malformação da junção íleo-cecólica, fatores que provavelmente constituíram a causa primária da intussuscepção.

Durante a tentativa de redução manual da intussuscepção, ao se aproximar do término da manobra, foi possível perceber textura de fibrose e rigidez, o que corrobora Oliveira-Barros e Matera (2009), que relatam que a fisiopatologia pode estar

relacionada a porções do intestino mais flácidas ou mais rígidas quando comparadas às partes adjacentes.

Os principais sinais clínicos da afecção são diarreia, perda de peso, vômito, dor abdominal e palpação de massa, sinais constatados durante a anamnese do paciente, cuja tutora relatou episódios de vômito, fezes pastosas e escuras (melena), perda de peso considerável e, no último dia, hematoquezia (FOSSUM et al., 2014; DIAS, 2022). No exame físico, constatou-se dor abdominal intensa à palpação, sinal clínico comum na intussuscepção, como relatado por Fossum et al. (2014) e Dias (2022).

Durante a anamnese, a tutora relatou um episódio sugestivo de prolapso retal, com resolução espontânea ainda em domicílio. Silva et al. (2017) e Richieri (2017) descrevem que a intussuscepção íleo-cólica pode cursar com protrusão da alça intestinal pelo ânus, constituindo o principal diagnóstico diferencial do prolapso retal. Esse achado pode explicar o relato da tutora, uma vez que o exame ultrassonográfico evidenciou intussuscepção extensa, acometendo a região íleo-ceco-cólica e estendendo-se por grande parte do intestino grosso.

Segundo Oliveira-Barros e Matera (2009), a junção íleo-cólica é o segmento mais frequentemente acometido por essa afecção, tanto em animais quanto em seres humanos. De forma semelhante, Silveira e Santos (2022) relatam que a intussuscepção íleo-cólica é a forma mais comum da afecção, podendo estar associada a particularidades anatômicas da válvula ileocecal. Esses achados corroboram com o presente relato, no qual a intussuscepção teve origem na região íleo-ceco-cólica, com invaginação do jejuno e do íleo para o interior de extensa parte do cólon. Além disso, a presença de fibrose e a inversão do ceco para o interior do cólon nessa região impossibilitaram a redução manual completa da intussuscepção, tornando necessária a enterectomia seguida de enteroanastomose.

De acordo com Silveira e Santos (2022) e Fossum et al. (2014), o parasitismo intestinal é um dos fatores predisponentes que podem desencadear a intussuscepção, seja pela grande quantidade de parasitos obstruindo o lúmen intestinal, seja pela inflamação por eles causada, que altera os movimentos peristálticos e a mecânica intestinal, podendo forçar uma porção do intestino para dentro de outra. Isso pode estar relacionado ao caso do paciente, uma vez que o animal não era vermifugado e, durante a enterectomia, foram observados nematoides no lúmen intestinal ressecado, ainda que em pequena quantidade.

Os exames laboratoriais são de grande importância antes do procedimento cirúrgico, pois permitem descartar alterações concomitantes à intussuscepção que poderiam passar despercebidas e interferir diretamente nos períodos pré e pós-operatório (SILVEIRA; SANTOS, 2022). No caso deste paciente, os resultados laboratoriais

mostraram a maioria dos parâmetros dentro do padrão de referência para a espécie, com neutrofilia leve e eosinofilia mais exacerbada como alterações, possivelmente relacionadas à parasitose e à inflamação causada pela própria intussuscepção.

Segundo Silveira e Santos (2022), a êmese, a diarreia e o sequestro de fluidos decorrentes da obstrução intestinal podem ocasionar desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos e alterações do equilíbrio ácido-base, comprometendo o estado hemodinâmico do paciente. Dessa forma, a instituição precoce de fluidoterapia com soluções cristaloides é fundamental para restabelecer a volemia, corrigir possíveis desequilíbrios eletrólíticos e minimizar complicações transoperatórias e pós-operatórias. Correa et al. (2022) acrescentam que a perda de água e eletrólitos durante episódios de êmese e diarreia pode favorecer alterações metabólicas, sendo a hemogasometria um exame importante para sua avaliação. No presente relato, apesar do episódio de êmese e das fezes pastosas, o paciente manteve a ingestão de água e alimento, encontrando-se clinicamente estável durante a consulta e a avaliação pré-cirúrgica, sendo submetido ao tratamento cirúrgico logo após o diagnóstico, sem evidências clínicas de desidratação ou de distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base significativos.

Os achados ultrassonográficos evidenciaram múltiplas camadas concêntricas hipoeólicas e hipereólicas alternadas, em formato padrão clássico em "alvo" nos cortes transversais e em "pseudorrim" nos cortes longitudinais, compatíveis com intussuscepção intestinal, conforme afirmado por Fossum et al. (2014) e Silveira e Santos (2022), que descrevem como característico da intussuscepção a aparência em alvo com mais de dez anéis concêntricos hipereólicos e hipoeólicos, decorrentes da justaposição das camadas do intussuscepto e do intussusceptiente.

Para a realização do procedimento cirúrgico, o paciente foi posicionado em decúbito dorsal, com tricotomia ampla seguida de antisepsia com álcool e clorexidina, o que está de acordo com a literatura, que recomenda o posicionamento em decúbito dorsal seguido de tricotomia ampla de toda a linha média, abrangendo todo o abdômen e a porção caudal do tórax (SILVEIRA; SANTOS, 2022; FOSSUM et al., 2014).

Durante a laparotomia exploratória, uma vez que não foi possível desfazer manualmente a intussuscepção da região íleo-ceco-cólica devido ao comprometimento anatômico e à fibrose — indicativos de um processo crônico e possível causa inicial da intussuscepção —, o segmento íleo-cólico foi isolado com compressa estéril, para minimizar o risco de contaminação da cavidade abdominal, sendo então ressecado cirurgicamente e seguido de anastomose íleo-cólica. Essa conduta é recomendada quando não é possível a redução manual ou quando há desvitalização do segmento, restabelecendo a continuidade do trato

gastrointestinal (LINHARES, 2019; FOSSUM et al., 2021).

Para a realização da enteroanastomose íleo-cólica no paciente, utilizou-se fio de polidioxanona 3-0, material recomendado para procedimentos intestinais devido à sua absorção lenta e resistência tênsil, que garantem viabilidade até a cicatrização do intestino (ÁVILA FILHO et al., 2015). De acordo com Fossum et al. (2021), fios como a polidioxanona são ideais para síntese em enterectomias por apresentarem menor reação tecidual.

O prognóstico dessa afecção varia conforme diversos fatores, incluindo o tempo de evolução, a extensão do segmento acometido, a localização da invaginação, a viabilidade intestinal da região afetada e a presença de obstrução parcial ou completa do lúmen. No caso descrito, não havia obstrução total, mesmo com a intussuscepção estendendo-se por quase todo o cólon, e a vascularização estava preservada, sem sinais de sofrimento vascular significativo. Com a intervenção realizada no momento adequado, foi possível reduzir manualmente a maior parte da intussuscepção, devido à boa viabilidade das alças, sendo necessária a remoção apenas da junção íleo-ceco-cólica, que apresentava possível comprometimento anatômico e fibrose. Isso permitiu evolução clínica satisfatória, em concordância com as recomendações descritas por Fossum et al. (2014).

Segundo Fossum et al. (2014) e Lamano e Soares (2025), no período pós-operatório é imprescindível a adoção de cuidados como uso de medicações para controle da dor, terapia antimicrobiana, fluidoterapia intravenosa, suporte nutricional e monitorização rigorosa do paciente, visando prevenir infecções ou detectar precocemente sinais de complicações. Essas recomendações foram seguidas no presente relato, no qual o paciente recebeu antibioticoterapia com metronidazol e ceftriaxona, analgesia com tramadol e buscopan composto, além de ondansetrona para controle de náuseas e vômito.

Conclusão

A intussuscepção intestinal é uma importante causa de obstrução gastrointestinal em cães, exigindo diagnóstico e intervenção cirúrgica precoces para reduzir complicações e favorecer a recuperação. No presente relato, a associação entre anamnese, exame físico e ultrassonografia permitiu o diagnóstico e tratamento em tempo adequado, possibilitando a preservação da maior parte do intestino e uma evolução clínica positiva. O caso reforça a importância da ultrassonografia como método diagnóstico e da abordagem rápida, estabilização adequada e correta execução da técnica cirúrgica para o sucesso terapêutico.

Referências

ÁVILA FILHO, Saulo Humberto de; LAMARO, Luana; QUEIROZ, Paulo José Bastos; FERREIRA,

Kamilla Dias; SILVA, Luiz Antônio Franco da. Aspectos gerais dos fios de sutura utilizados ou com potencial aplicabilidade na medicina veterinária. Enciclopédia Biosfera, Goiânia, v. 11, n. 22, p. 319-350, dez. 2015.

COLOMÉ, Lucas Marques; CONTESINI, Emerson Antonio; BECK, Carlos Afonso de Castro; FERREIRA, Márcio Poletto; BEHEREGARAY, Wanessa Krüger; VIEIRA JÚNIOR, Antônio Roberto Pinheiro; MARTINS, Carla Gabriele. Intussuscepção jejunoileal dupla em um cão. Acta Scientiae Veterinariae, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 225-228, 2006.

CORREA, Caian Silva; BERTUZZI, Cristian André; KUCHARSKI, Anna Julia Aparecida; WILMSEN, Maurício Orlando. Obstrução mecânica gastrointestinal intraluminal por ingestão de corpo estranho em cães – revisão. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v. 8, n. 8, p. 57568–57582, ago. 2022.

DIAS, Isabella Talita Sousa. Intussuscepção intestinal em cadela: relato de caso. 2022. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina Veterinária) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Rurais, Campus Curitibanos, Curitibanos, 2022.

FOSSUM, T.W. Cirurgia de Pequenos Animais. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

FOSSUM, T.W. Cirurgia de Pequenos Animais. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

FRADE, Andressa Dayanna Acácio. Intussuscepção provocada por corpo estranho linear em cão: relato de caso. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina Veterinária) – Universidade Federal da Paraíba, Areia, 2018.

LAMANO, Lídia Mendonça; SOARES, Maristela Rodrigues. Diagnóstico de intussuscepção intestinal em cães pela ultrassonografia abdominal. PUBVET, Maringá, v. 19, n. 4, e1764, p. 1-6, 2025.

LINHARES, Karla Patrícia Morais. Estágio Supervisionado Obrigatório — Relato de Caso: Intussuscepção em Cão. 2019, 46 f. TCC (Graduação) — Curso de Medicina Veterinária, Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Mossoró, 2019.

OLIVEIRA-BARROS, Leda Marques de; MATERA, Julia Maria. Intussuscepção em cães: revisão de literatura. Revista Acadêmica: Ciências Agrárias e Ambientais, Curitiba, v. 7, n. 3, p. 265–272, jul./set. 2009.

RICHERI, Mauricio. Projeção retal de intussuscepção íleo-ceco-cólica em cão: relato de caso. Revista de Educação Continuada em

Medicina Veterinária e Zootecnia do CRMV-SP, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 42-47, 2017.

SANTOS, B. C. P.; TORRES, D. G.; MAGALHÃES, J. F.; VIEIRA, J. V. S. Tratamento cirúrgico para intussuscepção em pequenos animais. *Studies in Environmental and Animal Sciences*, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 308-312, abr./jun. 2022. DOI: 10.54020/seasv3n2-011.

SILVA, Andreza Bernardi da et al. Diagnóstico ultrassonográfico de intussuscepção intestinal causada por tumor estromal gastrointestinal em canino: relato de caso. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 11, e61111120161, 2022.

SILVA, Tanara Raquel de Oliveira da; HECK, Camila Frantz; VELOSO, Camila Simões; NASCIMENTO, Franciélli Pizzuti; VIER, Larissa

Tais; SERAFINI, Gabriele Maria Callegaro. Prolapsos em pequenos animais. *PUBVET*, Maringá, v. 11, n. 3, p. 285-289, mar. 2017.

SILVEIRA, Aline Alves; SANTOS, Andressa Barros dos. Intussuscepção intestinal em cães: revisão de literatura. Orientadora: Dyeime Ribeiro de Sousa. 2022. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina Veterinária) – Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA), Recife, 2022.