



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG**  
**MEDICINA VETERINÁRIA**

**ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DE UM FELINO COM  
ALTERAÇÕES GÁSTRICAS E ESOFÁGICAS RARAS: RELATO DE CASO DE  
DIVERTÍCULO GÁSTRICO VERDADEIRO E INTUSSUSCEPÇÃO  
GASTROESOFÁGICA**

**Méllane Hermisdorf Souza Hastenreiter**

**Manhuaçu / MG**

**2025**

**MÉLLANE HERMISDORF SOUZA HASTENREITER**

**ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DE UM FELINO COM  
ALTERAÇÕES GÁSTRICAS E ESOFÁGICAS RARAS: RELATO DE CASO DE  
DIVERTÍCULO GÁSTRICO VERDADEIRO E INTUSSUSCEPÇÃO  
GASTROESOFÁGICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no  
Curso de Superior de Medicina Veterinária do  
Centro Universitário UNIFACIG, como requisito  
parcial à obtenção do título de Bacharel em  
Medicina Veterinária.

Orientador: Raquel de Abreu Pereira

Manhuaçu / MG

2025

**MÉLLANE HERMISDORF SOUZA HASTENREITER**

**ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DE UM FELINO COM  
ALTERAÇÕES GÁSTRICAS E ESOFÁGICAS RARAS: RELATO DE CASO DE  
DIVERTÍCULO GÁSTRICO VERDADEIRO E INTUSSUSCEPÇÃO  
GASTROESOFÁGICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no  
Curso de Superior de Medicina Veterinária do  
Centro Universitário UNIFACIG, como requisito  
parcial à obtenção do título de Bacharel em  
Medicina Veterinária.

Orientador: Raquel de Abreu Pereira

Banca Examinadora:

Data da Aprovação: 24/11/2025

---

Prof. MSc. Raquel de Abreu Pereira – UNIFACIG (Orientador)

---

Prof. Dra. Maria Larissa Bitencourt Vidal – UNIFACIG

---

Prof. Esp. Luiza Carrascosa Von Glehn Silveira – UNIFACIG

## RESUMO

Os distúrbios gastrointestinais são comuns na rotina clínica veterinária e podem apresentar sinais inespecíficos, que torna o diagnóstico desafiador. Essas alterações podem ter origem anatômica congênita ou adquirida e manifestam-se por sinais clínicos semelhantes. Dentre elas, incluem-se o divertículo gástrico verdadeiro, a hérnia de hiato e a intussuscepção gastroesofágica, consideradas condições raras em felinos. Este trabalho teve como objetivo relatar o caso de um felino com alterações gástricas e esofágicas raras, caracterizadas pela presença de divertículo gástrico verdadeiro e intussuscepção gastroesofágica, além da suspeita de hérnia de hiato e úlcera gástrica. Um felino sem raça definida, macho, castrado, com três anos de idade e 5,4 kg, foi atendido com episódios persistentes de vômito e regurgitação. Exames laboratoriais indicaram aumento de ureia e creatinina séricas, sugerindo comprometimento renal. A persistência dos sinais motivou exames complementares, e a endoscopia digestiva alta revelou divertículo gástrico verdadeiro, suspeita de hérnia de hiato deslizante e úlcera gástrica associada, confirmando a origem gastrointestinal dos sintomas. O tratamento clínico com Domperidona, Sucralfato e Omeprazol resultou em melhora significativa dos sinais clínicos e estabilização dos parâmetros laboratoriais. Os achados reforçam que o divertículo gástrico verdadeiro pode estar relacionado ao surgimento de alterações secundárias, como hérnia de hiato, úlcera gástrica e intussuscepção gastroesofágica. Conclui-se que, embora raras, essas condições devem ser consideradas em felinos com sinais gastrointestinais persistentes, pois o diagnóstico precoce e o manejo adequado são determinantes para um bom prognóstico.

**Palavras-chave:** Alterações esofagogástricas. Endoscopia digestiva alta. Gastroenterologia. Regurgitação. Vômito.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1. Divertículo gástrico verdadeiro.....</b>	<b>5</b>
<b>1.2. Hérnia de hiato.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3. Intussuscepção gastroesofágica .....</b>	<b>7</b>
<b>1.4. Objetivo .....</b>	<b>7</b>
<b>2. RELATO DE CASO .....</b>	<b>8</b>
<b>3. DISCUSSÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>15</b>
<b>5. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>16</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

Os distúrbios gastrointestinais são comumente observados na rotina clínica veterinária. Entretanto, a ampla variedade de possíveis patologias, associada a sinais clínicos inespecíficos, torna o diagnóstico ainda mais desafiador. Entre os sinais clínicos mais frequentes estão vômito, anorexia e perda de peso, sendo o vômito uma das queixas mais comuns na clínica de felinos, podendo estar associado não apenas a problemas gástricos, mas também alterações sistêmicas, metabólicas e endócrinas (MARTINS, 2020).

A diferenciação entre vômito e regurgitação é fundamental para auxiliar no diagnóstico. O vômito é um processo ativo, com contrações abdominais e eliminação de conteúdo gástrico parcialmente digerido, enquanto a regurgitação é passiva, caracterizada pelo retorno de alimento não digerido em forma tubular e associada ao reflexo de engasgo (SHERDING, 2013; MARTINS, 2020). É importante destacar que estes sinais podem ocorrer de forma simultânea, mas por causas diferentes (MARTINS, 2020). As úlceras gástricas podem causar vômito, enquanto a regurgitação é um sinal típico de doenças esofágicas e incomum na espécie felina (LITTLE, 2015; MARTINS, 2020).

Além disso, distúrbios gastrointestinais podem resultar de alterações anatômicas congênitas ou adquiridas, que se manifestam pelos mesmos sinais clínicos anteriormente citados, de forma intermitente estando ainda associados à hipomotilidade, dilatações (como divertículos) e outras condições, como a hérnia de hiato (MARTINS, 2020).

### **1.1. Divertículo gástrico verdadeiro**

O divertículo gástrico (DG) é considerado uma alteração anatômica rara em humanos e animais. Ele é definido como uma bolsa que se projeta a partir da parede do estômago, sendo classificado em dois tipos: congênito (verdadeiro) e adquirido (falso ou pseudodivertículo). O DG congênito é caracterizado pela projeção de todas as camadas da parede gástrica (mucosa, submucosa, muscular e serosa) e geralmente localiza-se na região esôfago-cardiotuberositária. Já o DG adquirido não envolve a camada muscular, é mais frequente no antro e pode ser subdividido em: (i)

de pulsão, associado ao aumento da pressão intragástrica e (ii) de tração, decorrente de retração da parede gástrica ou processos inflamatórios (BICALHO, 1980).

Em humanos os sinais clínicos são inespecíficos como, desconforto epigástrico, náuseas, vômitos, dispepsia, saciedade precoce, halitose e disfagia (BICALHO, 1980). O diagnóstico é realizado principalmente por exames radiográficos contrastados e pela endoscopia digestiva alta (EDA), que permite a visualização direta do divertículo, bem como a detecção de inflamações, hemorragias ou outras lesões associadas (BICALHO, 1980). Quando removido cirurgicamente, o DG também pode ser confirmado por exame histopatológico (PAULICK, 2021).

Não há um padrão estabelecido sobre o tratamento, mas de acordo com a revisão de Shah *et al.*, (2018), em humanos assintomáticos não é necessário tratamento, enquanto nos casos sintomáticos podem ser usados inibidores da bomba de prótons (IBP), antagonistas dos receptores H<sub>2</sub> da histamina ou terapia antiácida. Quando não há resposta clínica, a ressecção cirúrgica do DG é considerada a conduta mais indicada.

## **1.2. Hérnia de hiato**

Assim como o DG, a hérnia hiatal (HH) é considerada uma anomalia pouco frequente em pequenos animais. A HH é uma condição congênita ou adquirida que afeta o trato gástrico, caracterizando-se pelo deslocamento de parte do estômago através do hiato esofágico. Em cães e gatos os três tipos de HH mais encontrados são: o tipo I, ou deslizante, e a mais comum ocorre quando parte do estômago migra cranialmente através do hiato esofágico; o tipo II, ou paraesofágico, em que a junção gastroesofágica permanece na posição normal, mas parte do fundo gástrico hernia lateralmente para dentro do mediastino; e o tipo IV, caracterizado pelo deslocamento da junção gastroesofágica, do estômago e de outras vísceras para a cavidade torácica (WASHABAU, 2013).

A fisiopatologia da HH em felinos é pouco esclarecida, entretanto, presume-se que fatores como aumento da pressão intra-abdominal, vômitos crônicos e obstruções das vias aéreas possam contribuir para o seu desenvolvimento (WASHABAU, 2013). Os sinais clínicos incluem regurgitação, vômitos, esofagite de refluxo, hipersalivação, disfagia, anorexia, dispneia, tosse, obstrução e pneumonia por aspiração (SIVACOLUNDHU, READ e MARCHEVSKY, 2002; WASHABAU, 2013; PHILLIPS *et*

*al.*, 2014). O diagnóstico pode ser realizado por radiografia contrastada com bário e, por endoscopia, que permite identificar o deslocamento cranial do esfíncter esofágico e oferece maior precisão na avaliação do esôfago, estômago e duodeno (SANTOS; AULER, 2015).

Nos casos assintomáticos de HH, o tratamento não é necessário. Contudo, quando há manifestação clínica, pode-se optar por intervenção cirúrgica, como esofagopexia e gastropexia, ou pelo manejo clínico com antiácidos, protetores de mucosa e agentes pró-cinéticos, além do fracionamento alimentar em três a quatro porções diárias para ajudar no esvaziamento gástrico (SIVACOLUNDHU *et al.*, 2002; PHILLIPS *et al.*, 2014).

### **1.3. Intussuscepção gastroesofágica**

A intussuscepção gastroesofágica é uma afecção rara caracterizada pela invaginação do estômago no lúmen esofágico, manifestando-se por sinais clínicos inespecíficos, como vômito ou regurgitação, dispneia, hematêmese e desconforto abdominal (WASHABAU, 2013). Geralmente é uma condição adquirida e secundária à dilatação esofágica, sendo mais frequentemente observada em animais jovens (WASHABAU, 2013).

O diagnóstico pode ser realizado por meio de exames de imagem, como radiografia, e endoscopia digestiva alta (EDA). Quando identificado pela EDA, é possível visualizar as pregas rugosas do estômago preenchendo o esôfago torácico caudal (WASHABAU, 2013). O tratamento recomendado é a redução endoscópica ou correção cirúrgica, uma vez que a intussuscepção configura uma emergência de alto risco de óbito (WATERLOO *et al.*, 2021).

### **1.4. Objetivo**

Diante da complexidade do caso o presente trabalho tem como objetivo relatar o caso de um felino com alterações gástricas e esofágicas raras, caracterizadas pela presença de divertículo gástrico verdadeiro e intussuscepção gastroesofágica, além da suspeita de hérnia de hiato e úlcera gástrica como possível complicação. Ademais, busca-se descrever os aspectos clínicos, diagnósticos e a conduta terapêutica.



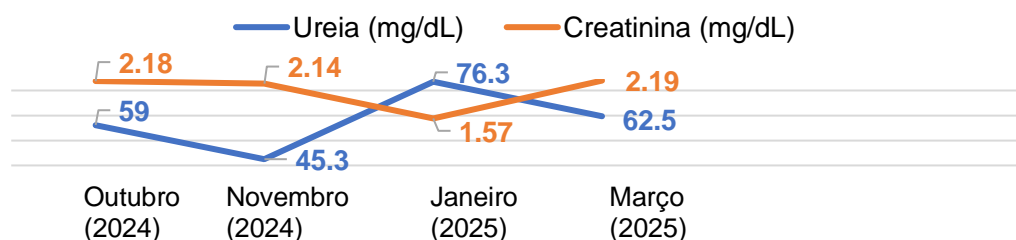
## 2. RELATO DE CASO

Um felino sem raça definida (SRD), macho, castrado, com três anos de idade e pesando 5,4 kg, foi atendido em uma clínica veterinária particular em Manhuaçu/MG, no dia 24 de outubro de 2024, apresentando episódios persistentes de vômito e regurgitação, cuja frequência havia aumentado ao longo do tempo. A responsável relatou que os sintomas começaram cerca de dois meses antes da consulta e foram se tornando progressivamente mais frequentes, ocorrendo praticamente semanalmente no mês de outubro. Em algumas ocasiões, o animal regurgitava logo após a alimentação, em outras, apresentava vômitos ao longo do dia. Além disso, foi relatado diminuição do apetite e observou-se presença de gengivite e halitose no exame clínico.

No exame físico, o animal estava alerta, bom escore corporal e sem sinal evidente de desidratação. Exames laboratoriais revelaram alterações no perfil bioquímico renal. A ultrassonografia abdominal evidenciou rins com aspecto sugestivo de doença renal policística bilateral, conduzindo ao diagnóstico de doença renal crônica (DRC). Posteriormente, foi realizada a dosagem da relação proteína/creatinina urinária (RPCU), que resultou em 0,08.

Foi instituído como tratamento para a DRC fluido terapia subcutânea Ringer com Lactato (150 mL, duas vezes por semana) por tempo indeterminado, Ondasentrona 5 mg (meio comprimido, via oral, a cada 12 horas) de uso contínuo, e suplemento vitamínico mineral, a qual não foi administrada devido à recusa alimentar do paciente. Foi também orientada a troca da dieta para ração renal. Para manejo da gengivite, foi prescrito Spiramicina + Metronidazol 10 mg (meio comprimido, via oral, uma vez ao dia, por 10 dias) e Prednisolona 5 mg (meio comprimido, via oral, uma vez ao dia, por 5 dias). O paciente felino foi monitorado por exames bioquímicos, cujos resultados estão apresentados no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Resultado de ureia e creatinina sérica do paciente em tratamento para DRC

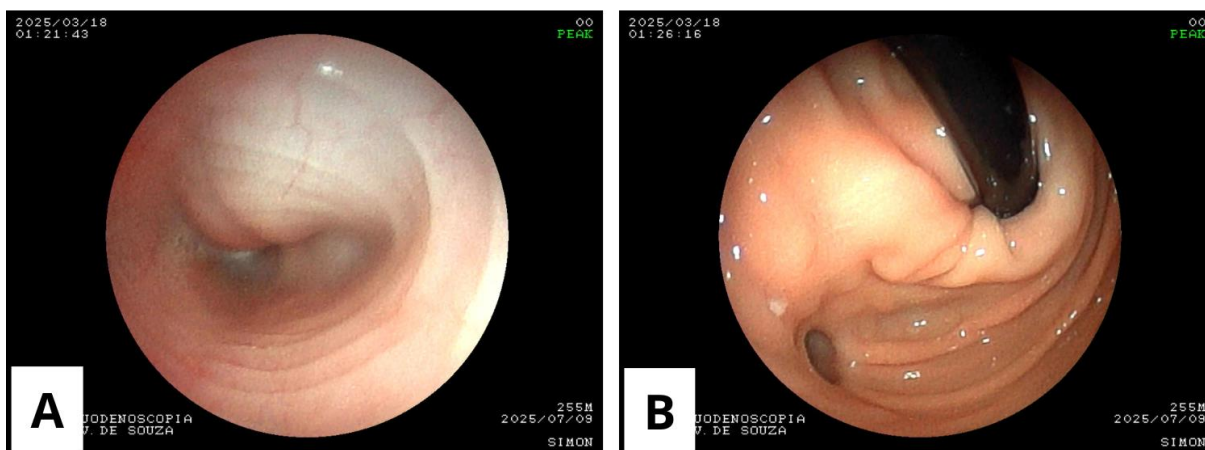


Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Apesar do tratamento, os episódios de vômito e regurgitação persistiram, com frequência média de quatro a cinco vezes por mês, mesmo com o uso contínuo do antiemético. Em março de 2025, o animal foi levado para uma consulta em outra clínica particular, onde foi indicado a realização da endoscopia digestiva alta (EDA) para investigação complementar. A primeira EDA foi realizada no dia 13 de março de 2025, com o animal em jejum de 8 horas, sob anestesia inalatória com isoflurano e medicação pré-anestésica (MPA) conforme protocolo interno da clínica, acompanhada de profilaxia dentária para remoção de tártaro.

A EDA evidenciou a suspeita de hérnia de hiato deslizante no esôfago (lado A). Além disso, foi identificada uma formação cavitária, com borda elevada e interrupção das pregas gástricas próximas à cárdia, compatível com divertículo gástrico verdadeiro, apresentando ainda suspeita de úlcera associada e risco de ruptura (lado B) (Figura 1).

Figura 1 – Endoscopia: A) suspeita de hérnia de hiato deslizante no esôfago, B) divertículo gástrico verdadeiro.



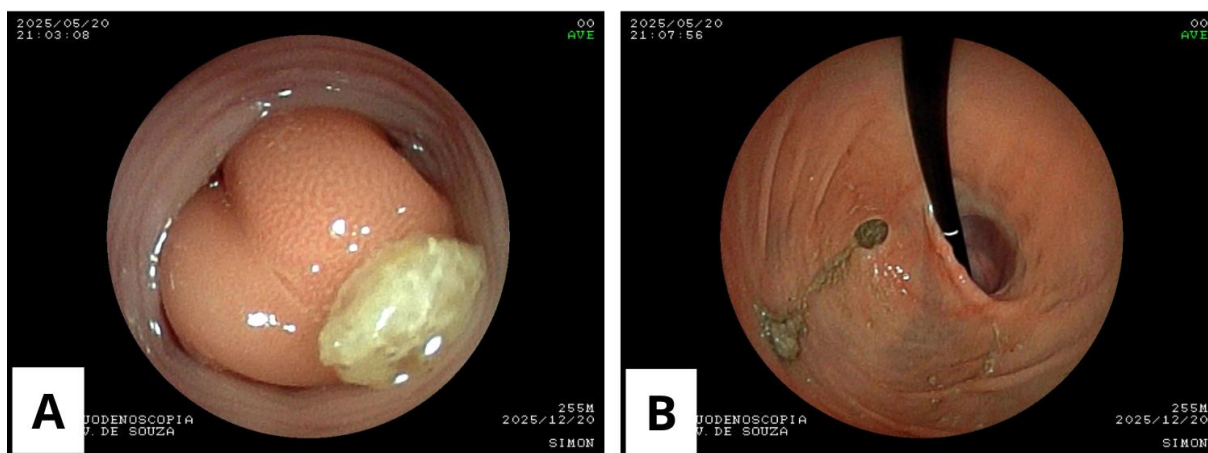
Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Diante dos novos achados, o tratamento foi redirecionado para o trato gástrico onde suspenderam as medicações anteriores e a ração renal. Para o novo tratamento foi instituído Domperidona (0,12 ml, via oral, a cada 12 horas), Sucralfato (0,75 ml, via oral, de 6 em 6 horas) e Omeprazol 20 mg (via oral, a cada 12 horas). No primeiro mês o paciente ainda apresentava episódios de vômito, sendo necessário a introdução de Ondansetrona (via subcutânea, a cada 8 horas) para sua estabilização. Posteriormente, a Ondansetrona foi utilizada apenas em situações pontuais, com progressiva melhora clínica e suspensão da medicação. As posologias adotadas seguiram as

recomendações de Viana (2007), exceto o Omeprazol, que foi prescrito em dose maior devido à complexidade do caso.

No dia 21 de maio de 2025, o animal foi submetido a uma segunda EDA para acompanhar a resposta terapêutica ao tratamento. O exame evidenciou esôfago com mucosa de aspecto normal, exceto na região de transição esôfago-gástrica, onde se observou esofagite sugestiva de refluxo gastroesofágico, associada a intussuscepção gastroesofágica (lado A). No estômago, identificou-se uma estrutura circular e cavitária, sem borda elevada, com interrupção das pregas próxima à cárdia, sugestiva de divertículo verdadeiro, porém sem evidência de úlcera gástrica (lado B) (Figura 1). O peristaltismo antral estava preservado, com piloro centrado e pérvio, e a mucosa do fundo, corpo e antro apresentava aspecto normal.

Figura 2 – Endoscopia: A) intussuscepção gastroesofágica no esôfago com presença de conteúdo alimentar, B) divertículo gástrico verdadeiro com presença de conteúdo alimentar.

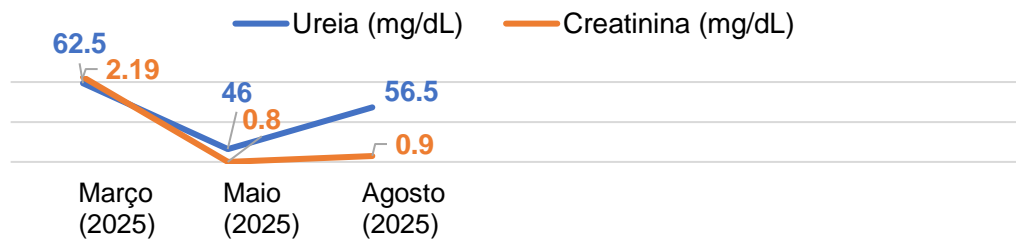


Fonte: Dados da pesquisa (2025)

No mês de julho de 2025 foi feita a tentativa de retirar as medicações gradualmente, entretanto houve retorno dos episódios de vômito e regurgitação, acompanhado de piora na inflamação gengival. Diante dessa regressão as doses dos medicamentos foram restabelecidas, resultando em reestabilização do quadro em aproximadamente uma semana. O episódio reforçou a necessidade de manutenção da terapia contínua e monitoramento do animal a longo prazo.

Durante o acompanhamento do segundo tratamento observou-se que os valores séricos de ureia e creatinina retornaram à faixa de referência (ureia: 42,8–64,2 mg/dL; creatinina: 0,8–1,8 mg/dL), conforme apresentado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Resultado de ureia e creatinina sérica do paciente em tratamento para úlcera gástrica e divertículo gástrico verdadeiro



Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Para monitorar a progressão do quadro clínico, em 6 de agosto de 2025, o paciente foi submetido a radiografia simples, nas projeções lateral esquerda (LLE), lateral direita (LLD) e dorso-ventral (DV). O exame evidenciou traqueia bem posicionada, sem desvios ou sinais de colapso; diafragma com contornos definidos em todas as projeções; e ausência de sinais radiográficos de hérnia. O estômago apresentava-se em posição normal, com conteúdo misto (gás e material fluido), sem evidência de distensão anormal (Figura 3).

Figura 3 – Radiografia sem contraste na projeção lateral direita (LLD)



Fonte: Dados da pesquisa (2025)

O paciente permanece em uso das medicações Domperidona (0,12 ml, via oral, a cada 12 horas) e Omeprazol 5 mg (via oral, uma vez ao dia, em jejum), cuja a dose foi ajustada de acordo com a literatura de Viana (2007). O Sucralfato foi gradualmente desmamado até sua completa suspensão. Até o término deste estudo, o paciente

manteve-se clinicamente estável, apresentando apenas episódios esporádicos de vômito, com frequência máxima duas vezes ao mês, e sem ocorrência de regurgitação. Observou-se ainda melhora do apetite, apesar da persistência de gengivite leve ao longo de todo o tratamento.

### 3. DISCUSSÃO

O presente relato de caso caracteriza-se pela elevada complexidade clínica e diagnóstica. Mesmo que o paciente apresentasse apenas uma das alterações identificadas, o quadro já representaria um desafio significativo. No entanto, a presença simultânea de um DG verdadeiro, intussuscepção gastroesofágica, além de suspeita de HH e úlcera gástrica torna este caso particularmente incomum e de grande relevância clínica.

Apesar de a ultrassonografia evidenciar a presença de doença renal policística (DRP), uma enfermidade congênita caracterizada pelo desenvolvimento de cistos renais (CORDATELLAS *et al.*, 2012), a persistência dos sintomas no início do quadro clínico, mesmo com o paciente em tratamento, levantou a suspeita de algo além do acometimento renal. A ureia e creatinina séricas se elevam significativamente quando aproximadamente 75% dos néfrons já estão comprometidos, sendo irreversível, desse modo considera-se que a elevação transitória desses parâmetros no paciente deste relato provavelmente refletiu azotemia pré-renal, secundária às alterações gástricas, e não disfunção renal primária (MEUTEN, 2015).

A oscilação dos valores séricos de ureia, demonstrado no Gráfico 1, mesmo com a administração de fluidoterapia para correção da azotemia, sugere a atuação de fatores não renais, como hemorragias gastrointestinais, redução da perfusão renal com aumento da reabsorção tubular de ureia e jejum prolongado, que pode elevar o catabolismo proteico (MEUTEN, 2015). Dessa forma, o acúmulo de produtos nitrogenados, como a ureia, provavelmente decorreu de um ou mais desses mecanismos. O fato de a creatinina sérica ter retornado aos valores de referência, conforme demonstrado no Gráfico 2, mesmo sem administração de fluidos e após o tratamento das alterações gástricas, não exclui o comprometimento renal, entretanto, conforme explica Meuten (2015), isso indica que mais de 25% dos néfrons permanecem funcionais.

Tais dados reforçam que, embora o paciente deste relato possa vir a desenvolver DRC devido à DRP, a condição foi identificada precocemente. Considerando os parâmetros laboratoriais e seguindo a classificação da International Renal Interest Society (IRIS, 2023), felinos com DRC em estágio 1 apresentam diminuição leve da função renal, com valores bioquímicos ainda dentro da faixa de referência. No presente caso, a relação proteína creatinina urinária (RPCU) foi de 0,08, valor considerado não proteinúrico segundo os critérios estabelecidos pela IRIS (2023). Assim, o paciente poderia ser enquadrado, no máximo, nesse estágio, sem comprometimento funcional significativo, evidenciando que, apesar da presença de DRP, esta não se manifestava clinicamente no momento do diagnóstico.

Considerando que os sinais clínicos do DG são inespecíficos e se assemelham aos de diversas outras afecções do trato digestório, como vômitos, náuseas, dispepsia, halitose e anorexia, seu diagnóstico pode ser complexo, o que contribui para o subdiagnóstico, especialmente em animais (BICALHO, 1980; SHAH *et al.*, 2018). E essas manifestações foram as primeiras evidências clínicas detectadas no paciente deste relato.

O DG verdadeiro é mais comum que o adquirido (pseudodivertículo) em seres humanos, embora ainda pouco documentado (SHAH *et al.*, 2018). Em felinos, os casos são ainda mais raros, tendo sido descritos recentemente por Bahlmann, Bailey e Brooks (2022) em uma série de seis gatos com histórico de vômitos crônicos. A predisposição por raça, sexo e idade ainda é desconhecida, porém, neste estudo, metade dos animais eram da raça Maine Coon, sendo dois machos e uma fêmea com idade superior a 10 anos.

Até onde se tem conhecimento, não há registros documentados de felinos com DG verdadeiro e HH associados, tornando este o primeiro relato dessa associação na literatura veterinária. Paulick (2021), em seu relato, descreveu o caso de um felino da raça British Shorthair com HH deslizante, porém com a presença do DG adquirido (pseudodivertículo). O autor sugere que o vômito crônico e o aumento da pressão intra-abdominal, especialmente em casos de síndrome braquicefálica, podem favorecer o surgimento concomitante dessas alterações. Essa hipótese também é apoiada por Phillips *et al.*, (2014), em um estudo retrospectivo com 31 gatos portadores de HH, que relataram que alterações anatômicas características da síndrome braquicefálica podem aumentar a pressão abdominal e intratorácica, predispondo a vômitos crônicos, refluxo

e regurgitação. No mesmo estudo, a forma tipo I (deslizante) foi observada em 85,7% dos casos, principalmente em animais com mais de três anos de idade.

Embora o paciente do presente relato seja sem raça definida e não apresente conformação braquicefálica, ele compartilha algumas semelhanças com os achados descritos na literatura, como idade, histórico de vômito e a suspeita de HH tipo I. A literatura também aponta que alterações como HH e DRP são mais frequentemente observadas em raças braquicefálicas, o que sugere a possível influência de fatores genéticos no desenvolvimento dessas condições (CORDATELLAS *et al.*, 2012; PHILLIPS *et al.*, 2014).

A intussuscepção gastroesofágica observada na segunda EDA foi considerada transitória, uma vez que o exame tinha como objetivo apenas o acompanhamento do paciente, e não a investigação específica desse evento. O estômago invaginado foi reposicionado por meio de insuflação controlada de ar, restaurando sua anatomia normal sem necessidade de intervenção cirúrgica, procedimento que, segundo Washabau (2013), pode ser considerado uma alternativa definitiva, visto que a intussuscepção representa uma emergência potencialmente fatal quando não tratada.

Posteriormente, a estabilização clínica e o exame radiográfico (Figura 3), que não evidenciou deslocamentos, reforçaram a hipótese de que a intussuscepção havia sido temporária. Esse achado corrobora Washabau (2013), que descreve que, assim como a HH, a intussuscepção pode ocorrer de forma intermitente em decorrência da frouxidão do hiato esofágico, manifestando-se por vômitos, regurgitação, dispneia e desconforto abdominal. Trata-se também de uma condição rara em felinos, sendo mais relatada em cães, principalmente em filhotes machos da raça Pastor Alemão (WASHABAU, 2013; TAYLER *et al.*, 2021).

No que diz respeito aos métodos diagnósticos, a radiografia simples sem contraste pode não evidenciar algumas alterações esofágicas e gástricas, entretanto a ausência de achados não exclui doença nestes órgãos (GASCHEN, 2014). Já a ultrassonografia apresenta sensibilidade limitada para alterações gástricas devido a artefatos gerados pelo gás (SCHAEFFTER, 2020). Embora o estudo de Bahlmann, Bailey e Brooks (2022) recomende o exame gastrointestinal superior com contraste negativo (NCG) para o diagnóstico do DG, no presente caso a EDA se mostrou o método mais preciso para identificar o DG, além de permitir a detecção de comorbidades associadas, como a suspeita de HH e úlcera gástrica. O exame destaca-se por possibilitar a visualização direta do lúmen gastrointestinal e de alterações como

inflamações, erosões, úlceras, corpos estranhos e outras lesões (SANTOS e AULER, 2020).

Não há um padrão estabelecido para o tratamento clínico ou cirúrgico do DG em humanos e animais, sendo a abordagem determinada pela gravidade dos sintomas, com preferência inicial pela terapia conservadora antes da intervenção cirúrgica, conforme discutido por Shah *et al.*, (2018). Em contraste, no estudo de Bahlmann, Bailey e Brooks (2022), todos os seis gatos foram submetidos à ressecção cirúrgica do DG, o que resultou na redução dos episódios de vômitos.

Considerando a estabilização do paciente do presente caso, a cirurgia de remoção do DG não foi realizada. No entanto, faz-se necessário o uso contínuo de terapia com IBP, procinético e antiemético por tempo indeterminado, visando controlar a secreção ácida, preservar a motilidade gástrica e prevenir a recorrência de complicações secundárias. Além disso, dado ao risco futuro de progressão para DRC é preconizado que o paciente permaneça sob acompanhamento clínico e laboratorial regular.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Portanto, o presente relato sugere, com base na evolução clínica e nos achados dos exames, que o DG verdadeiro desempenhou papel central no surgimento das alterações subsequentes, incluindo úlcera gástrica, HH e intussuscepção gastroesofágica. Embora a DRC possa causar náuseas e vômitos, a persistência da regurgitação deve levantar suspeita de outras comorbidades, especialmente doenças esofágicas. A investigação endoscópica mostrou-se essencial para a identificação dessas alterações, que podem ser pouco detectáveis por outros métodos. A resposta favorável à terapia conservadora, associada à estabilização dos parâmetros renais, reforça a importância de intervenções precoces e direcionadas, capazes de proporcionar bom prognóstico.

A simultaneidade do DG verdadeiro, HH e intussuscepção gastroesofágica reforça a raridade e a complexidade clínica do caso, evidenciando que sinais inespecíficos podem se cruzar com múltiplas doenças e destacando o valor da avaliação multidisciplinar para evitar subdiagnósticos. Este relato contribui para o reconhecimento dessas condições raras em felinos, e aprimoramento dos métodos diagnósticos e conduta terapêutica.



## 5. REFERÊNCIAS

- BAHLMANN, Kaitlin N.; BAILEY, Steven J.; BROOKS, Toni S. Gastric diverticula in six cats: a case series (2011–2020). **Journal of Feline Medicine and Surgery**, v. 24, n. 4, p. 407–412, 2022. DOI: [10.1177/1098612X211026252](https://doi.org/10.1177/1098612X211026252).
- BICALHO, Sérgio Assumpção. **Divertículos, vólvulo, dilatação gástrica aguda, corpos estranhos (bezoar) e outras doenças raras**. In: OTTENJANN, Rudolf; ELSTER, Kurt (Editores executivos); COHEN, Sidney; CUMBERLAND, David C.; KAWAI, Keiichi; TRUMP, Benjamin F.; WALAN, Anders (Editores). **Atlas of diseases of the upper gastrointestinal tract = Atlas de enfermidades do trato gastrointestinal superior**. [S.l.]: SmithKline, 1980.
- CORDATELLAS, Ó. **Manual de nefrologia e urologia clínica canina e felina**. São Paulo: MedVet, 2012. p. 131.
- GASCHEN, Lorrie. O esôfago de cães e gatos. In: THRALL, Donald E. (org.). **Diagnóstico de radiologia veterinária**. Tradução da 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. cap. 27, p. 1081–1121.
- INTERNATIONAL RENAL INTEREST SOCIETY. **IRIS Staging of Chronic Kidney Disease (modified 2023)**. London: IRIS, 2023. 5 p.
- LITTLE, Susan E. Doenças do estômago. In: LITTLE, Susan E. **O gato: medicina interna**. Tradução de Roxane Gomes dos Santos Jacobson e Idília Vanzellotti. 1. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2015. p. 654–667.
- MARTINS, Christine Souza. Regurgitação/disfagia. In: MARTINS, Christine Souza; COSTA, Fernanda Vieira Amorim da (Editoras). **Manual de clínica médica felina**. 1. ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2023. p. 862–873.
- MEUTEN, D. Avaliação e interpretação laboratorial do sistema urinário. In: THRALL, M. A. et al. (org.). **Hematologia e bioquímica clínica veterinária**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. cap. 23, p. 689–806.
- PAULICK, L.; UNGER, M. Diagnosis and treatment of sliding hiatal hernia and false gastric diverticulum in a British shorthair cat. **Veterinary Record Case Reports**, v. 10, e282, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1002/vrc2.282>.
- PHILLIPS, H.; CORRIE, J.; ENGEL, D. M.; et al. Clinical findings, diagnostic test results, and treatment outcome in cats with hiatal hernia: 31 cases (1995–2018). **Journal of Veterinary Internal Medicine**, v. 33, p. 1970–1976, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/jvim.15583>.
- SANTOS, M. C. F. P.; AULER, F. A. B. Doenças gástricas. In: JERICÓ, M. M.; KOGIKA, M. M.; ANDRADE NETO, J. P. (ed.). **Tratado de medicina interna de cães e gatos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2015. cap. 115, p. 2943–2958.
- SCHAEFFTER, Claudia Oliveira Domingos. Avaliação por imagem: ultrassonografia. In: JERICÓ, Márcia Marques; KOGIKA, Márcia Mikiko; ANDRADE NETO, João Pedro (org.). **Tratado de medicina interna de cães e gatos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2015. cap. 113, p. 2925–2942.
- SHAH, Jamil; PATEL, Kalpesh; SUNKARA, Tagore; PAPAFRAGKAKIS, Charilaos; SHAHIDULLAH, Abul. Divertículo gástrico: uma revisão abrangente. **Inflammatory Intestinal Diseases**, v. 3, p. 161–166, 2018. DOI: [10.1159/000495463](https://doi.org/10.1159/000495463).
- SHERDING, Robert G. Esophagus. In: WASHABAU, Robert J.; DAY, Michael J. **Canine and Feline Gastroenterology**. St. Louis: Elsevier Saunders, 2013. p. 570–598.

SIVACOLUNDHU, R. K.; READ, R. A.; MARCHEVSKY, A. M. Hiatal hernia controversies: a review of pathophysiology and treatment options. **Australian Veterinary Journal**, v. 80, n. 1-2, p. 48–53, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1751-0813.2002.tb12046.x>.

TAYLER, S.; MULLOWNEY, D.; LATARETU, A.; PLESTED, M.; TUAN, J.; KATHRANI, A. Gastroesophageal intussusception and extreme esophageal dilatation secondary to bilateral laryngeal paralysis in a cat. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, v. 35, p. 1088–1092, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/jvim.16056>

VIANA, Fernando A. Bretas. **Guia terapêutico veterinário**. 2. ed. [S.l.]: Editora CEM, 2007.

WASHABAU, Robert J. Esophagus. In: WASHABAU, Robert J.; DAY, Michael J. **Canine and Feline Gastroenterology**. St. Louis: Elsevier Saunders, 2013. p. 570–598.

WATERLOO, M. de M. L.; GONÇALVES, S. R. F.; ARAÚJO, E. L. S.; FERREIRA, A. P. dos S.; ALBUQUERQUE, P. P. F. de; OLIVEIRA, A. A. da F.; PEREIRA, M. de F. Intussuscepção gastroesofágica em canino. **Acta Scientiae Veterinariae**, v. 49, supl. 1, p. 625, 2021. DOI: <https://doi.org/10.22456/1679-9216.116780>.