

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XVII Jornada de Extensão

SÍNDROME CÓLICA EM ÉGUA PURO SANGUE INGLÊS¹

**Gabriel Diel Schneider², Eder Lucio Bernardi³, Natalia Raber⁴, Denize Da Rosa Fraga⁵,
Cristiane Elise Teichmann⁶.**

¹ Relato de experiência acompanhado durante estagio clínico I do curso de Medicina Veterinária da Unijui

² Aluno do curso de Graduação Medicina Veterinária da UNIJUI, gabrieldiel_schneider@hotmail.com

³ Médico Veterinário, Sócio-proprietário da Confort Equi. Pós Graduado em clínica e cirurgia de pequenos animais. Especialista em Clínica, Cirurgia e Reprodução Equina. ederlucio@hotmail.com

⁴ Médica Veterinária, Sócia-proprietária da Confort Equi. Especialista em Clínica, Cirurgia e reprodução Equina. natyraber@yahoo.com.br

⁵ Professora Mestre do Departamento de estudos Agrários, UNIJUI, denise.fraga@unijui.edu.br

⁶ Professora Mestre do Departamento de Estudos Agrários, UNIJUI, cristiane.teichmann@unijui.edu.br

Introdução

A síndrome cólica é uma das principais enfermidades que afeta o trato gastrointestinal da espécie equina. Sendo uma patologia a qual é caracterizada por um conjunto de sinais clínicos que oriundos de alguma alteração fisiológica, refletem ao trato gastrointestinal onde evidenciam o desconforto abdominal (LARANJEIRA & ALMEIDA, 2008). De acordo com Campelo & Piccinin (2008), as dores abdominais são causadas por diversas alterações no aparelho digestório, e pode ser desencadeada por vários fatores como, produção excessiva de gases, fermentação de alimentos, obstruções e torções intestinais.

Independente da causa da cólica, a sintomatologia é semelhante, variando na intensidade. Geralmente o animal pode demonstrar desconforto com diversos sinais, como cavar, coicear o abdome, deitar-se e levantar-se, rolar, olhar para o flanco (FRASER, 1996). Os equinos, quando mantidos sob manejo inadequado, perdem a seletividade dos alimentos e podem apresentar cólica por sablose, nessas situações, pode ocorrer a ingestão de areia a partir da água, forragem oferecida no solo ou por distúrbios comportamentais, que se acumula no intestino (BARTOLATO et al., 2014).

O prognóstico para sobrevivência após síndrome cólica em equinos é melhor se a cirurgia for realizada antes que ocorra os estágios iniciais do choque, o qual leva a um quadro de insuficiência circulatória aguda, ocasionando à isquemia intestinal e endotoxemia (FRASER, 1996).

Este relato de caso tem como objetivo, descrever uma síndrome cólica em uma égua, acompanhada durante o Estágio Clínico I.

Metodologia

Durante o Estágio Clínico I, da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, foi acompanhada uma fêmea equina três anos de idade, da raça PSI (Puro Sangue Inglês), pelagem castanha, com aproximadamente 480kg, com sinais clássicos de síndrome cólica na cidade de Boa Vista do Incra – RS.

Na anamnese o responsável relatou que o animal apresentava-se inquieto, escavando e rolando na cocheira, não recebia alimento no mínimo há dois dias e permaneceu estabulada por apresentar um temperamento indócil.

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XVII Jornada de Extensão

Ao exame clínico evidenciou-se apatia, desidratação de 10%, temperatura de 39°C, frequência cardíaca 100 batimentos por minuto (bpm), tempo de preenchimento capilar (TPC) de quatro segundos, mucosas congestas e ausência do peristaltismo intestinal.

A paciente foi submetida a uma sondagem nasogástrica, possibilitando a eliminação de gás e conteúdo gástrico que apresentou-se com refluxo espontâneo de coloração marrom avermelhada e conteúdo compatível com casca de arroz. Também realizou-se fluidoterapia com ringer lactato (RL) 30 litros, por via intravenosa (IV), para a reposição de desequilíbrios hidroeletrólíticos. Administrou-se flunixin meglumine na dose de 1,1mg/kg, intravenosa, para a terapia da dor e inflamação. Realizou-se ultrassonografia transabdominal para avaliação, na qual se constatou edema visceral e ausência de peristaltismo. Após o período de uma hora utilizando a terapia medicamentosa e o animal não apresentar melhora clínica, optou-se pela realização de laparotomia exploratória.

Administrou-se como medicação pré-anestésica (MPA) xilazina 10% (1 mg/kg, IV) e após a paciente foi encaminhada a sala de indução onde realizou-se a indução anestésica com cloridrato de cetamina (2 mg/kg, IV) e diazepam (0,5 mg/kg, IV). Após o decúbito, foi realizada a intubação orotraqueal e acomodação na mesa cirúrgica em decúbito dorsal. Para a manutenção anestésica, foi utilizado isofluorano vaporizado em O₂ a 100%. Deu-se início ao processo de antisepsia, iniciando com tricotomia ampla e após a utilização de iodo degermante e limpeza com álcool 70%.

Deu-se início a laparotomia, com incisão cirúrgica na região pré-umbilical de aproximadamente 30 cm, onde incizou-se pele, subcutâneo, aponeuroses e peritônio. Após avaliação imediata e descarte de deslocamentos ou torções, realizou-se a exposição do cólon maior para a realização da enterotomia. Procedeu-se a incisão de aproximadamente 10 cm na flexura pélvica, onde com o auxílio de uma mangueira acoplada a uma torneira com água morna retirou-se por lavagem intestinal aproximadamente 10Kg de areia e casca de arroz, tendo assim o diagnóstico definitivo de sablose. Após comprovar a retirada de todo o conteúdo, foi realizada a enterorrafia em dois planos com vicryl 2.0 em sutura de lembert e cushing. Posteriormente, iniciou-se o fechamento da cavidade abdominal, onde a musculatura foi suturada com pontos sultan utilizando fio de vicryl 2. Após, realizou-se a síntese intradérmica com fio vicryl 2.0 em zig-zag. A síntese de pele foi realizada com festonada reverdin onde utilizou-se fio nylon 2.0. Terminado o procedimento, o animal foi encaminhado para a sala de indução para recuperação anestésica.

No pós-operatório utilizou-se ceftriaxona sódica 8,3mg/kg, por via intravenosa (IV), três vezes por dia (TID) e durante 7 dias, gentamicina 20mg/kg, IV, uma vez por dia (SID), durante 7 dias, flunixin meglumine 1,1mg/kg, IV, TID, durante 4 dias, omeprazol 10%, via oral (VO), SID, fluidoterapia com Ringer Lactato 12 litros, IV, BID, e uma dose de soro antitetânico, 5.000 unidades internacionais (UI) em dose única pela via intramuscular (IM).

A paciente permaneceu internada durante vinte dias, apresentando uma boa recuperação. Após este período a alta foi dada, permanecendo com alimentação controlada.

Resultados e Discussão

Diversos relatos discutem a relação de sexo, idade e raça com a ocorrência da síndrome cólica. Segundo Mehdi & Mohammad (2006), há maiores incidências da patologia em cavalos PSI, não havendo relação entre sexos. No entanto, o maior risco de ocorrência está entre cavalos de 2 a 10 anos de idade. No presente caso, tratava-se de uma fêmea da raça PSI, 3 anos, entretanto o problema foi ocasionado por manejo inadequado do animal.

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XVII Jornada de Extensão

Segundo White (2005), os equinos que vivem em regiões com solo arenoso, tendem a ingerir areia ao pastar ou ao beber água, podendo levar a uma obstrução em locais onde ocorre diminuição do diâmetro intestinal. Não sendo o caso da paciente relatada, pois havia relatos da mesma ter se alimentado da cama presente na cocheira, devido ao não fornecimento de alimento e água.

Segundo Ferreira et al. (2008) apud Ferreira et al. (2009), a dor é normalmente moderada e frequentemente intermitente, e os sinais incluem olhar para o flanco, cavar, deitar e rolar. No caso descrito, o animal apresentava dor intermitente e todos os sinais compatíveis com síndrome cólica, sendo assim, a sintomatologia apresentada pelo animal, condiz com a literatura.

De acordo com Ferreira et al. (2008) apud Ferreira et al. (2009), a frequência cardíaca pode estar levemente aumentada (40-60 bpm), estando relacionada à hipovolemia e grau de dor. No caso acompanhado, a paciente apresentava frequência cardíaca de 100 bpm, apatia, desidratação, alterações de temperatura corporal, tempo de preenchimento capilar aumentado, mucosas congestionadas e ausência do peristaltismo intestinal. White & Byars (1990) afirmam que a auscultação abdominal revela diminuição dos sons intestinais e a motilidade progressiva quase sempre está ausente. Deste modo, é imprescindível executar exame clínico geral e específico completo, assim como exames laboratoriais e outros exames complementares (MORA, 2009). Segundo Amaral (2014), a técnica da ultrassonografia é de grande valia e apresenta boa sensibilidade na detecção de processos obstrutivos. Após a realização da ultrassonografia abdominal constatou-se a presença de massas compactadas e edema visceral. Desta forma, a realização deste método de diagnóstico condiz com a literatura. Exames laboratoriais foram realizados somente no pós-operatório para controle de inflamação, infecção, função hepática e renal.

Segundo Fernandes (2009), os equinos apresentam algumas características anatômicas e fisiológicas que os predispõem ao desconforto abdominal. De imediato, o animal do caso relatado foi submetido a uma sondagem nasogástrica para descompressão do estômago por esvaziamento. A fluidoterapia tem por objetivo restabelecer os desequilíbrios hidroeletrólíticos e equilíbrio ácido-básico (FRASER, 1996). No caso acompanhado, foi realizada administração de fluidoterapia com RL para a reposição de perdas hidroeletrólíticas utilizando o cálculo de reposição (volume = % de desidratação x kg + manutenção 50-100mL/kg/dia).

A maioria dos equinos com compactação do cólon maior responde bem ao tratamento clínico (FERREIRA et al., 2008 apud FERREIRA et al., 2009). Porém, algumas compactações resistem ao tratamento clínico, sendo necessária intervenção cirúrgica (DABAREINER & WHITE, 1995). Como foi o caso apresentado pela paciente, pois mesmo após o tratamento clínico a compactação não foi solucionada. Optou-se então pela remoção cirúrgica.

Segundo Hendrickson (2010), em equinos utiliza-se como métodos de tranquilização e sedação os agonistas α_2 , como o cloridrato de xilazina e detomidina. Para a indução anestésica são utilizados de forma associativa diazepam, xilazina e cetamina. Como manutenção o isoflurano e sevoflurano possuem boa eficácia, oferecendo recuperação suave e rápida, além de indução rápida, sendo que foi oferecido um protocolo anestésico semelhante à paciente, concordando com a literatura. Porém, para a indução somente foi ofertado cetamina e diazepam.

A preparação cirúrgica é feita com o paciente em decúbito dorsal, sob anestesia geral. Faz-se tricotomia ampla do púbis até o processo xifoide para a realização da assepsia. A técnica cirúrgica inicia-se com incisão pré-umbilical com comprimento de 30 a 40 cm aproximadamente. Ao abrir o abdome, o problema pode ser descoberto rapidamente ao exame superficial (HENDRICKSON,

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XVII Jornada de Extensão

2010). Todos os passos descritos pela literatura foram executados pelo cirurgião onde após exposição do cólon maior observou-se o processo de compactação. De acordo com Watanabe ([s.d.]) realiza-se introdução de uma sonda de silicone acoplada a uma torneira com água aquecida através da enterotomia onde parte do conteúdo é retirado. No presente caso o mesmo método foi utilizado, tendo um bom resultado final. A enterorrafia é realizada com sutura contínua invaginante em dois planos e fio absorvível sintético (VIANA et al., [s.d.]), semelhante ao caso relatado. A linha alba é fechada em pontos simples, interrompidos ou contínuos, podendo utilizar fios absorvíveis sintéticos ou ainda, fios mais resistentes como os inabsorvíveis. O subcutâneo é fechado com pontos contínuos simples de fio sintético absorvível 2.0. A pele é fechada com grampos, proporcionando um fechamento satisfatório e rápido (HENDRICKSON, 2010). No caso relatado utilizou-se na linha alba pontos sultan com fios inabsorvíveis 2.0 oferecendo uma maior segurança da sutura. No subcutâneo utilizou-se pontos zig-zag com fios absorvíveis 2.0. Entretanto a sutura de pele difere da literatura pois a mesma foi realizada com festonada reverdin onde utilizou-se fio nylon 2.0, proporcionando maior sustentação.

De acordo com Machado et al. (2011), no pós-operatório utiliza-se penicilina potássica 10.000UI/kg IV, BID, durante 7 dias, ceftriaxona 10 mg IV BID, durante 7 dias, flunixin meglumine, 1,1mg/kg IV BID, durante 4 dias. Neste caso a antibioticoterapia instituída difere da citada na literatura. Utilizando diferentes classes e doses de medicamentos, porém ambos de amplo espectro (G+ e G-). Na utilização do flunixin somente difere-se na posologia ofertando uma analgesia mais prolongada. Sendo assim através do desenvolvimento deste relato de caso, foi possível compreender que episódios de abdômen agudo equino estão relacionados com as alterações na fisiologia digestiva do cavalo e também com o manejo alimentar a que são submetidos. A experiência e conhecimento técnico do Médico Veterinário tanto no diagnóstico clínico, quanto no procedimento cirúrgico são de suma importância para a recuperação da paciente.

Conclusão

Conclui-se que neste caso relatado a fêmea teve seu diagnóstico clínico de cólica por sablose, confirmada após o procedimento cirúrgico, demonstrando o quanto a intervenção é de urgência e se conduzida adequadamente e com cuidados pós-operatórios pode favorecer a recuperação clínica do animal, como neste caso.

Palavras-chave: equino; abdômen agudo; compactação; manejo.

Referências Bibliográficas

- AMARAL, C. H. Ultrassom transabdominal na cólica equina: avaliação da normalidade e interferência na conduta terapêutica. 2014. 61p. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.
- CAMPELO, J.; PICCININ, A. Cólica equina. Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária, ano VI, n. 10, jan. 2008. Disponível em: <faef.revista.inf.br/.../K2zHbx7QrPNAPId_2013-5-29-10-40-19.pdf>. Acesso em: mar. 2016.
- DABAREINER, R. M.; WHITE, N. A. Large colon impaction in horses: 147 cases (1985-1991). J. Am. Vet. Med. Assoc., 206:679-685, 1995.
- FERNANDES, C. S. Factores de prognóstico da cólica em equinos. 2009. 106p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Veterinária), Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Medicina Veterinária, Lisboa, 2009.

Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: XVII Jornada de Extensão

FERREIRA, C. et al. Cólicas por compactação em equinos: etiopatogenia, diagnóstico e tratamento. *Acta Veterinaria Brasilica*, 3(3):117-126, 2009. Disponível em: <revistas.bvs-vet.org.br/avb/article/download/7507/7736>. Acesso em: mar. 2016.

FRASER, C. M. Manual Merck de veterinária: um manual de diagnóstico, tratamento, prevenção e controle de doenças para o veterinário. 7. ed. São Paulo: Roca, 1996.

HENDRICKSON, D. A. Técnicas cirúrgicas em grandes animais. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LARANJEIRA, P. V. E. H.; ALMEIDA, F. Q. Síndrome cólica em equinos: ocorrência e fatores de risco. *Rev. de Ciên. da Vida*, 28(1):64-78, jan./jun. 2008.

MACHADO, R. R. et al. Síndrome cólica em equino – relato de caso. In: XVI SEMINÁRIO INTERINSTITUCIONAL DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO. XVI MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA. IX MOSTRA DE EXTENSÃO. Cruz Alta, 2011.

MEHDI, S.; MOHAMMAD, V. A farm-based prospective study of equine colic incidence and associated risk factors. *Journal of Equine Veterinary Science*, 26(4), apr. 2006.

MORA, S. C. F. Resolução cirúrgica de cólicas em equinos – critérios, desenvolvimento e pós-operatório. 2009. 88p. Dissertação (Mestrado em Clínica e Cirurgia de Equinos), Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Medicina Veterinária, Lisboa, 2009.

VIANA, A. N. et al. Enterolitíase no cólon dorsal direito de um equino. [s.l., s.d.].

WATANABE, M. J. Utilização da técnica de sifonagem para esvaziamento do cólon dorsal direito em caso de sablose: relato de caso. In: XI CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA DO CBACV E I CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA DO CBCAV. Anais. [s.d.].

WHITE, N. A. Prevalence, demographics, and risk factors for colic. 2005. Disponível em: <https://www.vetmed.vt.edu/.../white/epidemiology_o...>. Acesso em: mar. 2016.

WHITE, N. A.; BYARS, T. D. Analgesia. In: WHITE, N. A. Equine acute abdomen. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990.