

Relato do uso do cefalótomo na técnica de artroplastia excisional da cabeça e colo femoral em dez cães (*Canis familiaris*)

Castro, J.L.C.¹;
Lopes, M.A.¹;
Pires, M.V.M.¹

1- Curso de Medicina Veterinária - Universidade Castelo Branco – RJ

A ortopedia veterinária a cada década se faz mais atuante nas diferentes afecções do sistema músculo esquelético; visando sempre o melhor procedimento, melhor recuperação e rápido retorno à função do membro. Nas afecções coxo-femorais; como a displasia, a necrose asséptica da cabeça do fêmur e a luxação traumática um dos tratamentos indicado é o cirúrgico, e entre eles a osteotomia da cabeça e colo femoral, modificando a conformação articular como preconizam Braden e Prieur² e Melo et al. Na rotina a osteotomia realizada com osteótomo e um martelo cirúrgico, resulta numa superfície óssea com irregularidades, sendo necessário o uso da goiva para acertar essas irregularidades. O uso do cefalótomo promove uma superfície osteotomizada lisa (sem incongruência) e no ângulo desejado. O presente trabalho tem como objetivo relatar o uso do instrumento cirúrgico denominado cefalótomo na técnica de artroplastia excisional da cabeça e colo femoral em 10 (dez) cães. Foram utilizados 10 cães, encaminhados ao setor de cirurgia para a realização de artroplastia excisional da cabeça e colo femoral. Após prévio jejum de 12 horas, radiografia pré-cirúrgica e tricotomia ampla da articulação coxofemoral. A anestesia geral associada com regional (peridural) foi padronizada. Os pacientes foram posicionados, com o membro a ser operado (voltado para cima) oposto ao decúbito lateral e anti-sepsia foi feita com iodo polividona. O acesso à articulação coxofemoral foi crânio-lateral como descrito em Brinker et al. Realizou-se no colo femoral uma transfixação no sentido medial-lateral ou crânio-caudal com pino de *Steimann*, e, enlace da cabeça com fio serra envolvendo o pino transfixado. Após, o cefalótomo (estabilizador da cabeça femoral) foi posicionado no sentido paralelo a diáfise do fêmur. A osteotomia com fio serra realizada mediante irrigação com solução fisiológica, retirando a cabeça e o colo com o pino transfixado. Após a osteotomia realizou-se uma palpação do local com o dígito para a verificação ou não de irregularidades ósseas. A sutura dos tecidos muscular, subcutâneo e a pele foram realizadas com técnica padrão. Uma nova radiografia ao final da cirurgia. Os animais foram acompanhados aos 7 e 21 dias de pós-operatório. A artroplastia excisional com o cefalótomo resultou em uma superfície osteotomizada lisa sem a presença de irregularidades verificadas nos exames radiográficos após os procedimentos cirúrgicos. A artroplastia excisional é considerada como uma osteotomia corretiva, como define Melo et al. ela altera a conformação articular passando de sinovial segundo Brinker et al. a formação de pseudo-articulação fibrosa; também denominada de excisão artroplástica ou ostectomia da cabeça e colo femorais (OCF). Braden e Prieur também indicam este procedimento para displasia coxofemoral; como Vasseur, que indica a técnica também para a Doença de Legg-Calvé-Perthes e a luxação. A utilização do osteótomo, cisalha, fio-serra, serras elétricas oscilatórias ou pneumáticas são alguns instrumentos descritos por Anson e Brinker et al., como utilizados para realizar as osteotomias corretivas. Anson define o osteótomo como eficaz para osteotomias corretivas em ossos compactos embora relate o risco de fraturas longitudinais além do trauma na pelve oposta (contralateral) e Brinker et al., também associam o uso da cisalha a fraturas. Neste trabalho o cefalótomo um misto de fio serra, pino de *Steimann* e um estabilizador, resultou em ostectomia sem traumatismo contínuos na pelve tendo no cefalótomo a função de estabilização da cabeça evitando a avulsão da mesma, os danos aos tecidos moles foi mínimo. Concordamos com Anson, onde a necrose no local da osteotomia deverá ser evitada e uma irrigação com solução fisiológica na execução da técnica evita o calor gerado pelo atrito do fio serra. Harari define a ostectomia (OCF) como procedimento de alívio da dor alterando a articulação coxofemoral (congruência), em uma superfície lisa sem irregularidades; irregularidades que

lesionam os tecidos moles (músculos, vaso e nervos) com conseqüente claudicação persistente como também relata Brinker et al. A ausência de irregularidades verificada pela palpação da região e pela radiografia no pós-operatório; impedem a dor que quando presente será umas das principais causas de prognóstico ruim para retorno da função do membro. Concordamos que deverá haver a preservação dos tecidos moles no trans-cirúrgico como define Melo et al., e o uso do cefalótomo forneceu um trans-cirúrgico sem risco de trauma com retorno à função do membro considerado satisfatória nos dez animais após 21 dias. O presente trabalho nos permite concluir que o cefalótomo pode ser utilizado na técnica de artroplastia excisional da cabeça e colo femoral com bons resultados cirúrgicos.

Laringectomia total associada à traqueostomia definitiva como tratamento da paralisia laríngea grave em um cão

Bicalho, A.F.¹;
Savassi-Rocha, G.L.¹;
Alencar, C.A.D.¹;
Paolinelli, D.R.S.¹;
Lamouniere, A.R.¹

1- Curso de Medicina Veterinária - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – MG

Trata-se de uma cadela da raça Labrador Retriever, de quatro anos de idade, que apresentava sinais de disfagia, sialorréia intensa, aspiração traqueal e dispnéia grave. O histórico clínico incluía traumatismo cervical, resultante de contenção por coleira, o que caracteriza paralisia adquirida de origem traumática. Os sintomas se agravavam progressivamente, exigindo tratamento cirúrgico. Para correção da insuficiência respiratória, realizou-se uma traqueostomia temporária pela técnica do flape em "H", suturando-se a borda traqueal à pele. Houve melhora significativa do distúrbio respiratório, porém, a disfagia e a aspiração traqueal de água e alimento persistiram. Após laringoscopia, chegou-se ao diagnóstico de paralisia laríngea com disfunção das cartilagens aritenóides. O acesso cirúrgico se deu por uma incisão cervical, na linha média ventral, que se estendeu desde a região da sínfise mandibular até a o terceiro anel traqueal. Realizou-se a desconexão laringotraqueal pela secção transversal da traquéia entre o segundo e terceiro anéis e o tecido adjacente foi dissecado no sentido cranial até atingir a cavidade oral. Toda a laringe foi removida, inclusive a epiglote. A mucosa faríngea foi suturada com pontos isolados simples e o espaço morto abolido com sutura contínua, utilizando-se o fio de Poliglecaprone (Monocryl[®]) n^o 4-0. Em seguida, instalou-se um tubo de faringostomia para nutrição no pós-operatório. O paciente do caso ora relatado é mestiço da raça Labrador Retriever que, segundo Reimer, apresenta predisposição ao desenvolvimento de paralisia laríngea. Após a operação, houve melhora no estado geral do animal, que ganhou peso, associado à remissão dos sinais de disfagia e aspiração traqueal. O animal permanece sob acompanhamento sem apresentar nenhum sinal clínico após 40 dias de pós-operatório. A realização simplesmente da laringectomia parcial, que é indicada na maioria dos casos de paralisia laríngea, não teria indicação neste paciente, uma vez que as principais complicações pós-operatórias - tosse, engasgamento e aspiração - já eram observadas na paciente e poderiam inclusive se agravar. A laringectomia total com traqueostomia definitiva foi uma técnica adequada para o tratamento da paralisia laríngea grave, não se acompanhando de nenhuma complicação pós-operatória, o que proporcionou ao animal o retorno às suas atividades normais. A faringostomia teve grande auxílio no tratamento suporte pós-operatório, interrompendo os sinais clínicos relacionados à afecção e possibilitando alimentação enteral com nutrição adequada ao paciente.