

ça de dois pinos intramedulares lisos e esquirolas não coaptadas. Ao exame físico, foi constatado que os pinos não proporcionavam estabilização e havia secreção proveniente do foco da fratura. O animal apresentava impotência funcional do membro acometido, com sensibilidade superficial e profunda preservadas. Diante do quadro clínico descrito, foi necessário um novo procedimento cirúrgico, objetivando promover estabilização da fratura e tentar recuperar a funcionalidade do membro. O animal foi anestesiado com a associação de cetamina e xilazina por via intramuscular ainda no cativeiro, possibilitando a realização dos procedimentos pré-cirúrgicos. Foi realizada anestesia epidural na região lombo-sacra, com butorfanol e lidocaína. A manutenção anestésica foi feita por anestesia inalatória com halotano, vaporizado por oxigênio em circuito circular com reinalação. O acesso cirúrgico ao foco da fratura foi o de rotina, pela face lateral do membro. Para estabilizar a fratura, foi utilizada uma placa de aço inoxidável de 4mm de espessura e 14 furos posicionada na superfície lateral do fêmur, estendendo-se desde o trocânter maior até o epicôndilo lateral. Poliuretana de mamona sob a forma líquida foi infundida no canal medular para preencher as falhas proporcionadas pela ausência dos fragmentos menores. Enxerto autógeno de osso esponjoso foi colhido da crista ilíaca ipsilateral e, juntamente às esquirolas menores, foram fragmentados e distribuídos em torno do foco da fratura. A síntese da fásia, tecido subcutâneo e cutis foram feitas como de rotina. Fios de aço inoxidável foram utilizados sob a forma de amarrilhas, no intuito de evitar que o animal produzisse lesões por lambadura no local. A opção pelo uso de placa metálica foi por tratar-se de um animal selvagem, minimizando desta forma a necessidade de contenção diária para a realização de um manejo mais complexo. A possibilidade de o animal vir a danificar uma estabilização do tipo externa, além do grau de complexidade da fratura, também foram importantes fatores nesta decisão. O implante metálico associado à poliuretana de mamona mostrou-se suficiente para promover a estabilização do membro. Haja vista que, aos sessenta dias, o animal já esboçava reação de apoio do membro, o qual até então sofria os efeitos deletérios da grave atrofia muscular proporcionada pelo longo tempo de desuso. Após três meses da cirurgia, o animal iniciou o apoio do membro de forma gradativa, podendo ser observado pelas radiografias a formação do calo ósseo, o que juntamente à melhora clínica, confirma a eficiência do tratamento instituído.

Corpo estranho em parênquima pulmonar

1- Curso de Medicina Veterinária - Universidade Federal de Santa Maria -RS

Segundo Nelson, foram relatados corpos estranhos leves localizados no trato respiratório inferior de cães, sendo alguns localizados na região da árvore brônquica. Os pacientes que apresentam corpos estranhos nesta região manifestam sinais de tosse e possível dispnéia. Os materiais mais comumente encontrados são detritos vegetais e pequenas pedras, sendo as raças caçadoras as mais predispostas a apresentarem corpos estranhos nesta região. Corpos estranhos localizados nos brônquios induzem inicialmente um processo edematoso seguido de inflamação, fazendo com que as secreções brônquicas acumulem-se distalmente a eles, permitindo assim o estabelecimento de infecção no lobo pulmonar afetado. O diagnóstico é baseado nos sinais clínicos e por imagem, como a endoscopia e o raio X. O tratamento consiste na remoção do corpo estranho, seja por endoscopia, como relatam Lotti e Niebauer, ou por procedimento cirúrgico. Considerando a escassez de relatos da literatura veterinária em relação à ocorrência de corpos estranhos de localização intra-parenquimatosa no pulmão, o presente trabalho tem por objetivo relatar um caso de ocorrência de corpo estranho radiopaco no parênquima pulmonar de um cão. Foi encaminhado ao Hospital Veterinário um cão macho Cocker spaniel, de dois anos de

Salbego, F.Z.¹;
Raiser, A.G.¹;
Mazzanti, A.¹

idade e pesando 16 kg, com histórico de tosse seca. Ao exame clínico o paciente encontrava-se alerta, apresentava taquicardia e sons respiratórios normais, temperatura corporal de 38,2°C e tempo de reperusão capilar de dois segundos. Apresentava tosse seca e reflexo tussígeno aumentado. Na avaliação radiográfica do tórax constatou-se a presença de um corpo estranho radiopaco de aspecto filiforme localizado no lobo cranial esquerdo do pulmão. Após a pré-medicação com acepromazina (0,1 mg/kg), por via intravenosa, o paciente foi encaminhado para cirurgia. Como terapia inicial, foi instituída ampicilina sódica (20 mg/kg), por via intravenosa, cerca de 30 minutos antes do procedimento cirúrgico. A indução anestésica foi realizada com etomidato (0,5 mg/kg) e midazolam (0,1 mg/kg) sendo o paciente mantido em plano cirúrgico por vaporização de halotano com oxigênio em circuito sem reinalação. Após o posicionamento em decúbito lateral direito foi feita anti-sepsia da parede lateral esquerda do tórax pelo esquema álcool-iodo-álcool. Em seguida à colocação dos campos cirúrgico efetuou-se toracotomia intercostal, pelo terceiro espaço intercostal esquerdo para exposição do lobo cranial do pulmão. Aberta a cavidade torácica aberta, o paciente foi mantido com ventilação mecânica durante o procedimento cirúrgico. Após a localização e exposição do lobo cranial esquerdo, palpou-se, em seu parênquima, um corpo estranho de aspecto metálico e formato filiforme, compatível com um alfinete. Na seqüência realizou-se a dissecação e isolamento da artéria e veia lobar, assim como o brônquio respectivo, procedendo-se clampeamento e ressecção do lobo pulmonar acometido. A ligadura dos vasos foi realizada com fio de poliglactina 910 n° 2-0 e a ligadura do brônquio com fio de polipropileno n° 4-0. A síntese da musculatura costal foi realizada com fio de poliglactina 910 n° 2-0 em um padrão contínuo simples, após a aproximação dos arcos costais mediante a aplicação de pontos isolados simples com fio de náilon monofilamentar n° 0. A síntese da pele constou de suturas simples isolada com fio de nylon monofilamentar n° 4-0. Ao final da toracotomia a reposição da pressão negativa intra-torácica foi reconstituída por meio de punção torácica realizada no terço superior do tórax na altura do 6° espaço intercostal com auxílio de um escalpe n° 21, seringa de 20 ml e torneira de três vias. No pós-operatório imediato o paciente recebeu flunixin meglumine na dose de 1,0 mg/kg por via subcutânea por um período de três dias. A presença do corpo estranho pulmonar e o processo inflamatório localizado no brônquio justificam a tosse apresentada pelo paciente, como relata Fingland. Embora ocorresse inflamação no lobo pulmonar, não foram constatadas manifestações clínicas de um quadro de pneumonia, como hipertermia, estertores ou leucocitose durante a avaliação hematológica. Devido às dimensões do objeto encontrado no parênquima pulmonar e ao espaço restrito na região dos cornetos nasais, acredita-se que a sua penetração ocorreu por via oral, seguida de aspiração traqueal, ao contrário da via mais comum de penetração, a nasal, como comentam Hawkins. Outro fator que tende a reforçar a suspeita da penetração via oral é a ausência de espirros ou epistaxe, visto ser pouco provável que a penetração ocorresse sem causar trauma à mucosa ou aos cornetos nasais. O procedimento terapêutico empregado demonstrou ser o mais indicado em virtude da forma e localização do corpo estranho. A opção por lobectomia total foi decorrente do comprometimento maciço do lobo pulmonar afetado. O protocolo terapêutico empregado demonstrou-se adequado para esta situação, em virtude da proporção e localização do objeto estranho.