

e localizado no bordo da pelve ou no quadrante posterior direito do abdômen. O tratamento indicado é a intervenção cirúrgica, visando a descompressão do órgão e a correção da torção. O prognóstico é favorável se não há compromisso vascular severo do ceco. Relata-se um caso de touro da raça nelore, com três anos de idade, com queixa de desconforto abdominal iniciado no dia anterior. O animal era mantido em piquete e alimentado com concentrado, feno e silagem de sorgo. Ao exame físico o animal apresentava conjuntivas levemente congestionadas, desidratação intensa, aumento de frequências cardíaca e respiratória, estase rumenal, polaquiúria, fezes escassas líquidas enegrecidas e intenso desconforto abdominal. À palpação retal constatou-se ampola retal vazia e alças tensionadas que, devido à grande resposta dolorosa do animal, não foram devidamente identificadas. Como não houve melhora clínica após a administração de 1 mg/kg de meperidina intramuscular e suspeitando-se de intussuscepção, optou-se pela laparotomia exploratória. O animal foi tranquilizado com 0,02 mg/kg de acepromazina e mantido na fluidoterapia com cloreto de sódio a 0,9%. Após anestesia infiltrativa com cloridrato de licocaína 2% no local da incisão e assepsia prévia, foi feita incisão oblíqua postero-anterior de pele no flanco direito seguida de divulsão do tecido subcutâneo, incisão dos músculos oblíquo abdominal externo, interno e transversal do abdômen e abertura do peritônio. No momento da exploração e manipulação do cólon espiral e do ceco o animal manifestou muita dor, sendo administrados 20 mg de butilbrometo de escopolamina por via intravenosa. O animal deitou no tronco, manifestando quadro de torpor seguido de parada respiratória, e veio a óbito em poucos minutos. À necropsia observou-se grande quantidade de fibrina sobre as alças intestinais e torção dorso-cranial do ceco, que apresentava áreas vermelho-escuras a enegrecidas na mucosa e grande quantidade de líquido sanguinolento no lúmen. À microscopia foi observado infiltrado inflamatório mononuclear moderado difuso na mucosa, edema de submucosa, congestão difusa e necrose das placas de Peyer, criptas e vilosidades.

## Anuloplastia mitral por sutura externa subanular em corações excisados de suínos

Meira de Andrade, J.N.B.<sup>1</sup>;  
Kubrusly, L.F.<sup>2</sup>;  
Bolfer, L.H.<sup>3</sup>;  
Belerenian, G.<sup>3</sup>;  
Alcântara, M.A.<sup>1</sup>;  
Polydoro, L.A.<sup>1</sup>

1- Universidade Tuiuti do Paraná – PR  
2- Instituto do Coração – Curitiba – PR  
3- Diretor do Grupo de Cirurgia Cardiovascular de Buenos Aires – AR

A dilatação do anel mitral pode ocorrer secundariamente a defeitos no aparato valvar (displasia de mitral) ou a condições que levem à sobrecarga de volume do ventrículo esquerdo, como o defeito septal ventricular, a persistência de ducto arterioso e, mais freqüentemente, a cardiomiopatia dilatada canina. O defeito causa ou piora a regurgitação mitral, aumentando a sobrecarga de volume e diminuindo ainda mais o débito cardíaco. A correção cirúrgica pode ser realizada pela substituição da valva por prótese, pela valvoplastia ou pela anuloplastia, realizadas com circulação extracorpórea (CEC) e o coração aberto. Em seres humanos com cardiomiopatia dilatada a presença de regurgitação mitral severa é um fator indicativo de prognóstico desfavorável, estando diretamente relacionado com a taxa mortalidade e a correção cirúrgica é indicada, visando eliminar a regurgitação e contribuir com a reversão do remodelamento e da restauração da relação geométrica do ventrículo esquerdo. O objetivo dos autores, com este trabalho, foi avaliar a possibilidade de redução do anel valvar mitral propondo uma nova técnica, que pode ser realizada sem CEC, com o intuito de ser aplicada futuramente em casos de dilatação deste anel, com regurgitação. Foram utilizados dez corações frescos de suínos. O átrio esquerdo foi removido e o anel mitral foi medido com medidor cirúrgico (cujo número corresponde ao diâmetro menor do anel, em milímetros). Após a aferição, foram aplicados três pontos de sutura no

padrão de Lembert na parede livre do ventrículo esquerdo, imediatamente abaixo e paralelamente ao sulco átrio-ventricular. Em seguida, mediu-se novamente o anel com o mesmo medidor e medidores de número inferior a este, até que se chegasse ao número adequado, correspondente ao novo diâmetro. Os dados foram tabulados e os diâmetros foram comparados estatisticamente, antes e após a sutura, pelo teste T de Student, com nível de significância de 5%. Houve redução significativa ( $p < 0,05$ ) do diâmetro médio do anel mitral nos corações estudados (de  $21,5 \pm 3,04$  mm para  $18,6 \pm 2,58$  mm). Observou-se, em todos os casos, redução do número do medidor utilizado para, no mínimo, dois números abaixo. Quando se faz anuloplastia em humanos a redução de magnitude similar a esta geralmente é suficiente para diminuir o grau de regurgitação. As diversas técnicas utilizadas para este fim são realizadas com circulação extracorpórea, recurso caro e pouco acessível na Medicina Veterinária. Buchanan e Sammarco realizaram a sutura circunferencial externa do anel mitral em cães com dilatação deste e insuficiência cardíaca congestiva refratária, reduzindo a regurgitação, porém com alta taxa de mortalidade. Recentemente uma técnica de plicatura subanular foi realizada com sucesso experimentalmente em cães, reduzindo o diâmetro do anel mitral, como no presente estudo. A redução do anel causou aproximação dos folhetos septal e mural, o que poderia reduzir a regurgitação em casos de dilatação do anel mitral. A anuloplastia mitral por sutura externa subanular do miocárdio foi suficiente para reduzir significativamente o anel mitral. Entretanto, estudos *in vivo* devem ser realizados para avaliar o comprometimento miocárdico e coronariano causados pela sutura, bem como a sua interferência na regurgitação e os seus benefícios clínicos.

## Estudo da ocorrência de lesões gástricas em cavalos de vaquejada (resultados preliminares)

Buonora, G.S.<sup>1</sup>;  
Bastos Afonso, J.A.<sup>2</sup>;  
Almeida, H.B.<sup>3</sup>;  
Silveira Alves, G.E.<sup>4</sup>

1- Programa de Pós-Graduação em Ciência Veterinária - UFRPE – PE  
2- Médico Veterinário da Clínica de Bovinos, Campus Garanhuns - UFRPE – PE  
3- Gerente de Mercado de Equínos da Merial Saúde Animal do Brasil – SP  
4- Escola de Veterinária - UFMG – MG

Em equínos as lesões que compõem a síndrome da úlcera gástrica ocorrem principalmente na mucosa escamosa e/ou aglandular do estômago, podendo ser focal ou multifocal. Observa-se em alguns casos gastrite difusa, refluxo gastresofágico e desordens de natureza obstrutiva. Na vaquejada, considerado esporte tradicional no nordeste do Brasil, os cavalos competem três dias consecutivos, desenvolvendo altas velocidades sob exigência física extrema, onde o manejo alimentar e o descanso nos intervalos das provas são negligenciados muitas vezes. Diante dessa condição esportiva equëstre e por não existir relatos na literatura consultada, este trabalho teve como objetivo estudar a ocorrência das lesões gástricas em equínos utilizados no esporte do tipo vaquejada. Foram selecionados 70 equínos, sendo 52 machos e 18 fêmeas, 36 da raça Quarto de Milha e 34 sem raça definida (SRD). 42 animais eram mantidos encocheirados em tempo integral e 28 semi-encocheirados, ou seja, mantidos por no mínimo 12 horas a pasto. A idade dos animais variou entre 3 e 17 anos, todos em competição, ou em fase de treinamento intenso. Através de questionários obteve-se informações sobre a idade, problemas clínicos, uso de medicamentos, tempo de confinamento e manejo alimentar dos equínos. Os exames clínicos dos animais foram realizados de acordo com Radostits et al. (2000). Os equínos foram submetidos a jejum alimentar por no mínimo 10 horas antes da gastroscopia. Utilizou-se um vídeogastrosópio, com processadora digital de imagem e sonda de 3,0m de comprimento e 13,0mm de diâmetro (Marca ILO). Para contenção usou-se “cachimbo” e, quando necessário, xylazina 0,6mg/Kg/iv. Durante as