



XXIV
Mostra
de Iniciação
Científica

SEMANA DO
CONHECIMENTO

A Universidade em movimento

De **7 a 10** de outubro de 2014



RELATO DE CASO **HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA EM FELINO**

AUTOR PRINCIPAL:

Luana Santos de Oliveira

E-MAIL:

125625@upf.br

TRABALHO VINCULADO À BOLSA DE IC::

Não

CO-AUTORES:

Aparício Mendes de Quadros, Renan Idalencio, Indaia Bisognin, Bianca Medeiros.

ORIENTADOR:

Renan Idalencio

ÁREA:

Ciências Agrárias

ÁREA DO CONHECIMENTO DO CNPQ:

5.05.01.00-3 - Clínica e Cirurgia Animal

UNIVERSIDADE:

Universidade de Passo Fundo

INTRODUÇÃO:

A hérnia diafragmática ocorre quando a extensão do diafragma é rompida, ocasionando uma eventual migração dos órgãos abdominais para o interior da cavidade torácica. A grande maioria das hérnias diafragmáticas é causada por trauma, acidentes automobilísticos, quedas ou até mesmo interação animal, há ainda hérnias pleuroperitoneais congênitas que são dificilmente diagnosticadas porque os animais acometidos morrem ao nascer ou pouco tempo depois, não há predisposição racial e alguns animais podem ter hérnia crônica, vivendo por anos sem apresentar sinais. O tratamento indicado é a correção cirúrgica da ruptura e o prognóstico é reservado (HUNT, 2007). O objetivo deste trabalho é relatar um caso de hérniorrafia diafragmática crônica em um felino.

RELATO DO CASO:

Foi atendido no Hospital Veterinário da Universidade de Passo Fundo (HV-UPF), um felino, fêmea, sem raça definida com 3Kg de massa corporal. O mesmo foi adotado há 50 dias e teria vindo para uma avaliação e posterior castração. Durante a avaliação clínica o paciente apresentou dificuldade respiratória, sendo necessário fornecer oxigênio em máscara. Após estabilização solicitou-se exame radiográfico de tórax, confirmando-se hérnia diafragmática. Foram solicitados exames complementares: hemograma, bioquímica sérica (ALB, ALT, creatinina, FA e uréia), os quais estavam dentro dos parâmetros fisiológicos para a espécie. Após a paciente foi encaminhada para procedimento cirúrgico de herniorrafia diafragmática. O protocolo anestésico constou de cloridrato de tramadol 3mg.kg-1 e midazolam 0,5 mg.kg-1, pela via intramuscular como medicação pré anestésica, após pré oxigenação via máscara, 5 minutos depois indução com propofol 2 mg.kg-1. Para manutenção anestésica foi utilizado isoflurano, ao efeito pela via traqueopulmonar. Foram usados medicações trans-operatórias como cefalotina 25 mg.kg-1 (IV), meloxicam 0,2 mg.kg-1 (SC) e fentanil 2,5 µg.kg-1 (IV). Após ampla tricotomia e antissepsia do campo operatório, procedeu-se o acesso cirúrgico através de uma incisão do apêndice xifoide a cicatriz umbilical. Realizou-se a inspeção da cavidade abdominal, constatando-se o rompimento do diafragma, presença de alças intestinais, baço e parte do fígado na cavidade torácica. Reposicionou-se os órgãos novamente para o abdômen, introdução de dreno de tórax no oitavo espaço intercostal, sutura do diafragma com fio náilon 2-0 em padrão contínuo simples e antes de ocluir a sutura realizou-se a máxima insuflação pulmonar a fim de restabelecer a pressão negativa no tórax. Após irrigação da cavidade abdominal com 2 litros de ringer lactato de sódio, sutura da musculatura com náilon 2-0 em padrão contínuo simples, redução de espaço subcutâneo com náilon 3-0 em padrão contínuo simples, dermorrafia

RELATO DO CASO - CONTINUAÇÃO:

com náilon 4-0 em padrão interrompido simples. Prescreveu-se no pós-operatório fluidoterapia com ringer lactato de sódio, metronidazol 20 mg.kg-1, BID por 07 dias, cefalotina 30 mg.kg-1, TID por 07 dias, meloxicam 0,1 mg.kg-1, SID por 03 dias, cloridrato de tramadol 4 mg.kg-1, TID por 04 dias e cloridrato de ranitidina 2 mg.kg-1, BID por 07 dias. Além de drenagem torácica de hora em hora nas primeiras 24 horas, após aumentou-se o intervalo para 4 em 4 horas e após 3 vezes ao dia até cessar o conteúdo. Depois de 4 dias do procedimento cirúrgico, realizou-se a remoção do dreno de tórax. Após 10 dias a paciente retornou ao HV - UPF para reavaliação, momento no qual constatou-se a completa cicatrização da ferida.

CONCLUSÃO:

Através do presente relato pode-se concluir que a realização de radiografias simples associada aos sinais clínicos. Foi fundamental para o diagnóstico definitivo de hérnia diafragmática. O procedimento cirúrgico para correção do defeito na musculatura do diafragma, proporcionou melhora clínica do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

FOSSUM, T. W. Cirurgia de Pequenos Animais. São Paulo: Elsevier Editora, 2008. Parte II, cap 30, p 903.
HUNT, G. B. et al. Hérnia Diafragmática, Pericárdica, Hiatal. In: SLATTER, D.,v.1 cap.33, 3 ed. Manole: SP2007 p. 471-487.

Assinatura do aluno

Assinatura do orientador