



**Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:**

**Resumo**

**Relato de Caso**

## **TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO EM UM CÃO**

**AUTOR PRINCIPAL:** Talita Girardi Bordin

**CO-AUTORES:** Allana Valau Moreira, Aline Nahorny, Diego Costa, Renato Libardoni, Veridiane Da Rosa Gomes.

**ORIENTADOR:** Michelli Westphal De Ataide

**UNIVERSIDADE:** Universidade de Passo Fundo

### **INTRODUÇÃO**

O trauma crânio-encefálico é um insulto resultante de forças mecânicas externas aplicadas ao encéfalo e às estruturas que o circundam, que geram lesão estrutural e/ou interrupção da função encefálica por lesões primárias e secundárias (FREEMAN & PLATT, 2012). Responsável por uma alta morbimortalidade, a causa mais frequente em cães é o atropelamento, porém chutes, mordidas, projéteis, lesões por esmagamento e feridas perfurantes também são relatadas (SANDE & WEST, 2010). Em geral, o óbito ocorre devido ao aumento progressivo na pressão intracraniana com queda na pressão arterial. A primeira abordagem do animal após o evento traumático, com o objetivo de se prevenir as alterações secundárias, irá ditar o resultado final obtido (MACHADO et al., 2010). Os animais podem se recuperar de lesões encefálicas graves, desde que as anormalidades sistêmicas e neurológicas sejam identificadas (PLATT, 2005). O objetivo deste trabalho é relatar um caso de trauma crânio-encefálico em um canino adulto.

### **DESENVOLVIMENTO:**

No Hospital Veterinário da UPF foi atendido um canino, macho, yorkshire terrier, adulto, com 4Kg após ter sido encontrado na rua em decúbito lateral e com sangramento na cabeça. No exame físico foi constatado uma ferida na cabeça, indicando trauma cranioencefálico, além de desidratação de

6%, estertor pulmonar úmido e seu estado mental era depressivo. O diagnóstico presuntivo foi de fratura de crânio juntamente com contusão pulmonar, no entanto foram solicitados exames complementares: hemograma, bioquímica sérica e radiografia da cabeça. Na análise hematológica, constatou-se uma acentuada leucocitose por neutrofilia com desvio à direita, linfopenia e monocitose. Os achados radiográficos demonstraram uma fratura incompleta de frontal, com um fragmento comprimindo o cérebro. O paciente permaneceu internado recebendo nutrição parenteral e prescrição terapêutica de omeprazol ( $1\text{mg.Kg}^{-1}$ ), ceftriaxona ( $30\text{mg.Kg}^{-1}$ ), metronidazol ( $15\text{mg.Kg}^{-1}$ ), meloxicam ( $0,1\text{mg.Kg}^{-1}$ ), todos IV, cetamina ( $1\text{mg.Kg}^{-1}$ ) e tramadol ( $4\text{mg.Kg}^{-1}$ ), pela via SC. Depois de dois dias, iniciou-se a administração de furosemida ( $3\text{mg.Kg}^{-1}$ , IV), além da limpeza da ferida com manutenção da bandagem. Após o quarto dia sem evolução do quadro clínico foi optado pela craniotomia para exérese do fragmento compressor. Para o protocolo anestésico não utilizou-se medicação pré-anestésica e a indução foi realizada com propofol ( $4\text{mg.Kg}^{-1}$ ), pela via intravenosa, foi utilizado isoflurano, ao efeito pela via traqueopulmonar para a manutenção do plano anestésico vaporizado em oxigênio 100%. Foram utilizadas medicações transoperatórias: cefalotina ( $30\text{mg.Kg}^{-1}$ ), diazepam ( $0,2\text{mg.Kg}^{-1}$ ), ambos IV e tramadol ( $4\text{mg.Kg}^{-1}$ , IM). Após tricotomia e antisepsia, procedeu-se o acesso cirúrgico através de uma incisão na linha mediana do crânio em pele e subcutâneo. Com auxílio do elevador de periósteo, o mesmo foi divulsionado para localizar os fragmentos ósseos e realizar incisão na calota craniana com auxílio de uma broca odontológica. Foi removido dois fragmentos que pressionavam a massa encefálica frontal e realizado a meningectomia para remoção de um pequeno coágulo. A hemostasia do local foi obtida com auxílio de esponja hemostática de colágeno hidrolisado liofilizado. Após, realizada a síntese do subcutâneo com fio náilon 3-0 em padrão “zig-zag” e dermorrafia com náilon 4-0 em padrão interrompido simples. No pós-operatório manteve-se a mesma prescrição terapêutica, adicionando-se fluidoterapia com ringer lactato e manitol ( $1\text{g.Kg}^{-1}$ , IV). Um dia após a cirurgia foi retirada a administração de furosemida e percorridos cinco dias, o animal apresentou melhora clínica e recebeu alta. Receitou-se cefalexina ( $30\text{mg.Kg}^{-1}$ ), metronidazol ( $30\text{mg.Kg}^{-1}$ ), dipirona ( $25\text{mg.Kg}^{-1}$ ) e ranitidina ( $2\text{mg.Kg}^{-1}$ ), todos VO, sendo os três primeiros por cinco dias e o último por 10 dias. No retorno, após 10 dias, constatou-se adequada cicatrização dos pontos cirúrgicos e o paciente estava em estado regular.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

O procedimento cirúrgico de craniotomia foi eficaz para retirada dos fragmentos que comprimiam o cérebro e na redução do desenvolvimento de lesões encefálicas secundárias. Observou-se que a

cirurgia, juntamente com a terapêutica utilizada, levaram o paciente a melhora clínica e sem o aparecimento de sequelas neurológicas.

## **REFERÊNCIAS**

FREEMAN, C.; PLATT, S. Head Trauma. In: PLATT, S.; GAROSI, L. Small animal neurological emergencies. 1 ed. London: Manson Publishing, 2012, cap.20, p.363- 382.

MACHADO, T.V., RABELO, R.C., QUEIROZ, I. et al. Abordaje Optimizada em El TEC: Estrategia Basada em Metas. In: CONGRESO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS INTENSIVOS, 2010. ProceedingS of the LAVECCS, Buenos Aires, 2010, p.16-18.

PLATT, S.R.; OLBY, N.J. Neurological Emergencies. In: PLATT, S.R.; OLBY, N.J. BSAVA Manual of Canine and Feline Neurology. Third Edition. England: BSAVA, 2004, cap.19, p.320-336.

SANDE, A., WEST, C. Traumatic brain injury: a review of pathophysiology and management. Journal of Veterinary Emergency and Critical Care, v.20, n.2, p.177-190, 2010.