



Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:

Resumo

Relato de Caso

QUILOTÓRAX SECUNDÁRIO A CARDIOPATIA EM UM CANINO

AUTOR PRINCIPAL: Analaura Pereira

CO-AUTORES: Cássia Souto Frazão, Maraína Basso Guterres, Marcela Palm

ORIENTADOR: Carlos Eduardo Bortolini

UNIVERSIDADE: Curso de Medicina Veterinária da Universidade de Passo Fundo

INTRODUÇÃO

O quilotórax é o acúmulo de quilo, no interior da cavidade torácica. Resulta do extravasamento de quilomícrons, do sistema linfático, no espaço pleural. Quanto a classificação pode ser congênito (principalmente cães da raça Afghan Hound), traumático (natureza cirúrgica ou atropelamento), não-traumático (neoplasias, cardiomiopatia, dirofilariose, insuficiência cardíaca direita, torção do lobo pulmonar, hérnia diafragmática e linfangiectasia sistêmica) e idiopático. Os sinais clínicos incluem dispnéia, letargia, anorexia, perda de peso, intolerância ao exercício e em alguns casos tosse. O diagnóstico se dá por meio da visualização do líquido pleural, nos exames de imagem e através da identificação citológica e bioquímica do quilo colhido, por toracocentese. O objetivo deste trabalho foi relatar o caso de um canino, fêmea, Shih-Tzu de seis anos de idade que manifestava dispneia em consequência do quilotórax secundário a cardiopatia.

DESENVOLVIMENTO:

Foi atendido no Hospital Veterinário da Universidade de Passo Fundo (HV-UPF), um canino, fêmea, não castrada, da raça Shih-tzu, com seis anos de idade, pesando 5,9 kg de massa corporal, com manifestações respiratórias há um mês, intolerância ao exercício e hiporexia. No exame físico foi possível constatar arritmia cardíaca, sopro cardíaco grau IV, dispneia expiratória, com padrão restritivo, mucosas pálidas e algia abdominal em porção epigástrica direita. Para melhor avaliar o paciente realizou-se hemograma, perfil bioquímico sérico (ALT, FA, albumina, creatinina, colesterol total, triglicerídeos), ecografia abdominal e radiografias do tórax. Os resultados encontrados foram o aumento de ALT e a congestão venosa hepática passiva sugestiva de uma insuficiência cardíaca. No exame radiográfico evidenciou-se o aumento do espaço pleural, com presença de conteúdo homogêneo, sugestivo de efusão pleural. A presença de líquido livre, na cavidade impediu a visualização das demais estruturas. Ainda, foi realizado, toracocentese para

drenagem. O conteúdo resgatado apresentava aspecto quíloso e foi encaminhado para análise de fluidos. Posterior à punção indicou-se nova radiografia, que demonstrou cardiomegalia. O critério apontado para a confirmação de quilo é o aumento da concentração de triglicéridos no fluido e relação colesterol/triglicérido do fluido menor que um (1). Desta forma confirmou-se o quilotórax. A ecocardiografia solicitada devido à possibilidade de uma cardiopatia demonstrou hipertrofia concêntrica dos átrios e ventrículos e redução dos diâmetros intraventriculares revelando que se tratava de uma cardiomiopatia hipertrófica. Para melhor acompanhar o quadro clínico e a melhora do padrão respiratório foi requisitado internamento. Como terapia disponibilizou-se oxigenioterapia, fluidoterapia com ringer lactato de sódio (10 ml/kg/h), cefalotina sódica (30 mg/kg, TID, IV), benazepril (0,5 mg/kg, SID, VO), cloridrato de ranitidina (2,0 mg/kg, BID, SC), furosemida (5,0 mg/kg, TID, IV) e a drenagem do tórax (BID). No quarto dia de internação apresentando uma boa evolução e a drenagem improdutiva foi proposto a terapia domiciliar. Na prescrição recomendou-se benazepril (0,5 mg/kg, SID, VO) por tempo indeterminado; dieta substituída, como indica a literatura com baixo conteúdo de gordura, nutricionalmente completa, como as rações Prescription Diet w/d (2). A paciente retornou em dez dias para reavaliação, apresentando-se mais ativa e com menor dificuldade respiratória. No entanto, a toracocentese foi produtiva. O paciente passou pelo procedimento cirúrgico, de ligadura do ducto torácico, associada à pericardiectomia parcial, pois os tratamentos cirúrgicos mostram melhores resultados (1). A paciente segue em acompanhamento clínico e terapêutico domiciliar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Conclui-se que o quilotórax deve ser incluído no diagnóstico diferencial das efusões pleurais. A busca pela origem irá direcionar a conduta clínica e terapêutica para cada paciente. Desta forma, análise do fluido irá confirmar o achado e os exames de imagem poderão auxiliar na pesquisa pelo fator predisponente. Mesmo com a intervenção cirúrgica o prognóstico deve ser sempre reservado.

REFERÊNCIAS

1. SHERDING, Robert G.; BIRCHARD, Stephen J. Efusão Pleural. In: BIRCHARD, Stephen J.; SHERDING, Robert G.. **Manual Saunders Clínica de Pequenos Animais**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2008. Cap. 164. p. 1735-1746.
2. HAWKINS, Eleanor C. Distúrbios da Cavidade Pleural. In: NELSON, Richard W.; COUTO, C. Guillermo. **Medicina Interna de Pequenos Animais**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. Cap. 25. p. 317-321.