

III SEMANA DO CONHECIMENTO

Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:

Resumo

Relato de Caso

Cetoacidose Diabética - Relato de Caso

AUTOR PRINCIPAL: Mariana Knorr Silva

CO-AUTORES: Aline Zanotto, Jordana Ceconello, Mariana Spanholi Tessaro, Martina Hermes Mentges, Paloma Bramatti Jacobsen, Priscila Secchi, Samantha Bolze Zilio

ORIENTADOR: Carlos Eduardo Bortolini

UNIVERSIDADE: Universidade de Passo Fundo

INTRODUÇÃO:

A Diabete Mellitus (DM) é uma doença crônica decorrente de uma deficiência absoluta ou relativa de insulina. Pode ocorrer por diversos fatores, como pré-disposição genética, insulinite imunomediada, pancreatite crônica ou aguda e fatores que levam à resistência a insulina como obesidade, progestágenos, infecções, diestro e corticoides. A totalidade dos cães diagnosticados, são classificados como DM tipo 1, insulino dependente, sendo necessário terapia insulínica por toda a vida. Em muitos casos, ocorre a produção elevada de corpos cetônicos pelo fígado, levando a Cetoacidose Diabética (CAD). A CAD é uma complicação aguda que ocorre com maior frequência em animais com DM sem diagnóstico prévio e leva a consequências metabólicas como acidose severa, hiperosmolaridade, diurese, desidratação, desequilíbrio eletrolítico e morte. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo descrever a abordagem clínica e terapêutica referente a um caso clínico de CAD.

DESENVOLVIMENTO:

Uma cadela, sem raça definida, doze anos de idade, peso corporal 7,7kg chegou ao Hospital Veterinário da Universidade de Passo Fundo com queixa de polidipsia, poliúria, anorexia e depressão há 30 dias, vômito intermitente há 15 dias. A tutora relatou que foi realizado tratamento anterior com Metronidazol e Sulfadimetoxina, porém não houve melhora. Também, que eram fornecidos ração, alimentação caseira, chocolate como agrado e que havia sido realizada OSH como controle reprodutivo.

No exame clínico apresentou FC de 98bpm, FR de 16mrpm, TR de 36,6°C, TPC 2 segundos, mucosas rosadas, linfadenomegalia submandibular bilateral, catarata

III SEMANA DO CONTECUMENTO

37 DE OUTUBRO
2016

bilateral, gengivite e doença periodontal. Elasticidade cutânea reduzida, escore corporal 3, desidratação 6%, hepatomegalia e algia epigástrica moderada. Desta forma, foi mensurada a glicose sanguínea, a qual acusou glicemia HI(acima dos valores mensurados pelo glicosímetro), levando a suspeita de DM associada a CAD. Assim, optou-se pela internação do paciente e tratamento com fluidoterapia NaCl 0,9%, Cloridrato de tramadol 2mg/kg, Enrofloxacina 10% 5mg/kg, Insulina Regular 0,2UI/kg, controle do débito urinário através da sondagem uretral, sistema fechado e oferta de alimentação pastosa e água.

O hemograma indicou anemia microcítica normocrômica e leucocitose por neutrofilia e monocitose. O exame bioquímico mostrou aumento significativo da enzima FA, a qual pode indicar hiperadrenocorticismismo como possível origem do processo patológico. A colesterolemia, também evidenciada, leva a resistência á insulina e contribui para o estado mórbido da DM secundária, neste caso. Além disso, colesterol, GGT e glucagon elevados, justificam a hepatomegalia. Ademais, a ureia e creatinina estavam elevadas, e associadas às manifestações clínicas de vômito e anorexia, indicam crise urêmica. Esta pode ser oriunda de uma insuficiência renal aguda causada pela desidratação e/ou glomerulopatia provocado pela infecção bacteriana periodontal. A urinálise apresentou glicosúria e cetonúria. A glicosúria associada à hiperglicemia persistente em jejum confirmou o diagnóstico de DM. A cetonúria confirma o diagnóstico de Cetose. No entanto, para confirmar a Cetoacidose seria necessário realizar a gasometria, a qual não estava à disposição. Além disso, apresentou proteinúria, presença de muco e bactérias, os quais indicam infecção do trato urinário que é bastante comum como complicação da DM devido à glicosúria e presença de substrato para o desenvolvimento bacteriano.

No segundo dia, foi incluído ao tratamento Metronidazol 15mg/kg, Ondasentrona 0,2mg/kg, Omeprazol 0,5mg/kg e Furosemida 2mg/kg. A glicose era dosada a cada hora antes da aplicação da Insulina Regular, e caso a glicemia estivesse inferior a 200mg/dl deveria ser administrada glicose 5%. Ao quinto dia, foi instituída a nutrição parenteral composta por lipídeos, aminoácidos e vitaminas do complexo B, pois não aceitava alimentação oral. Ao sexto dia, por complicações, a paciente veio a óbito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A importância do diagnóstico precoce de DM é imprescindível. Sinais clínicos de poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso, associados aos exames laboratoriais, confirmam a suspeita. Desta forma, seria possível tratar previamente, evitando possíveis complicações. No entanto, caso manifeste CAD, o paciente deve ser tratado emergencialmente na tentativa de reestabelecer o equilíbrio hidroeletrólítico e a hiperglicemia, buscando a estabilização e reduzindo o risco de óbito do animal.

REFERÊNCIAS:

NELSON, R. W.; COUTO, C. G. Medicina interna de pequenos animais. 4.ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, p. 768 - 786, 2010.

III SEMANA DO CONHECIMENTO

Universidade e comunidade
em transformação

3 a 7 DE OUTUBRO
DE 2016

NÚMERO DA APROVAÇÃO CEP OU CEUA (para trabalhos de pesquisa):

ANEXOS: