**Anestesia em equino com síndrome do abdômen agudo para cirurgia de laparotomia exploratória**

**Isabella Leite Martini1\*, Mariana Pinheiro Mafra Dutra1, Bruna Maia Cerqueira Câmara2**

*1Graduando em Medicina Veterinária – Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH – Belo Horizonte/MG – Brasil – \*Contato: bellamartini.bm@gmail.com*

*2Médica Veterinária, Mestre em Ciência Animal com ênfase em Anestesiologia Veterinária pela UFMG, orientadora do Grupo de Estudo Nativa – UniBH – Belo Horizonte/MG – Brasil.*

**INTRODUÇÃO**

A síndrome cólica ou síndrome do abdômen agudo nos equinos possui vários fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da doença: diminuição ou variações no nível de atividade física, alterações súbitas na dieta, uma alimentação rica em concentrados, volumoso ou ração de má qualidade, consumo excessivamente rápido da ração, privação de água e até mesmo transporte em viagens.7 Estas possíveis causas podem alterar a fisiologia do sistema digestório do equino, resultando em distúrbios digestivos e promovendo o surgimento de um quadro clínico de dor visceral aguda no animal. Não possui predileção por raça, gênero ou idade e sua apresentação clínica ocorre de diversas formas. O equino com cólica pode apresentar demais patologias, como, timpanismo por acúmulo de gás, compactações, torções, deslocamento de alças intestinais, intussuscepção e estrangulamento de alça intestinal decorrente de hérnia. Dentre os sinais de dor abdominal pode-se observar o constante olhar para o flanco, inquietação, patear o chão, sudorese, rolar e deitar¹.

A síndrome do abdômen agudo equino é uma emergência médica a qual deve ser solucionada com rapidez e habilidade8, a resolução dessa patologia poderá ser de forma clínica ou cirúrgica. A evolução clínica de cada paciente deve ser interpretada de forma individual. Estudos anteriores 3,6 demonstram que o índice de complicações durante a anestesia geral em equinos é de 17,5% e estima-se 1,6% de mortalidade dentro do período de 7 dias após ser submetido a anestesia geral para procedimentos cirúrgicos. Sendo agravantes os fatores como: duração do procedimento, peso do animal e o decúbito dorsal que pode promover instabilidade do sistema cardiovascular, a recuperação anestésica arriscada, uma vez que exige que o animal fique de pé. Objetiva-se a realização de relato de caso de um equino macho, submetido à laparotomia exploratória após 48 horas em tratamento clínico para cólica sem evolução, correlacionando o procedimento com a análise dos parâmetros vitais durante a monitoração anestésica.

**RELATO DE CASO E DISCUSSÃO**

Trata-se de um equino macho, da raça Mangalarga Marchador, com 7 anos de idade, pesando 395kg que recebeu atendimento clínico veterinário devido à ruptura da veia jugular do lado esquerdo de seu pescoço com perda sanguínea significativa. Após reparo da jugular o animal apresentou sinais característicos da síndrome cólica recebendo acompanhamento clínico até o dia seguinte. Devido a ausência de melhora nos parâmetros vitais sob o tratamento clínico foi recomendado tratamento cirúrgico para o animal. No preparo do paciente, foi realizado administração de antibióticos, anti-inflamatórios, soro antitetânico de forma profilática, 30 minutos antes do procedimento. Foi realizado coleta de líquido peritoneal, sem alterações e tiflocentese para descompressão do ceco. Após tais procedimentos, o equino foi submetido à laparotomia exploratória, sendo classificado como ASA III em relação a risco anestésico.

Paciente foi encaminhado para sala de indução anestésica, onde foi realizado a mediação pré-anestésica (MPA), o fármaco de escolha foi a Detomidina (15mcg/kg IV), um agonista alfa-2 adrenérgico que promove boa sedação, analgesia e relaxamento muscular em equinos. Após paciente atingir grau de sedação satisfatório, foi realizado a indução anestésica, sendo administrado Cetamina (2,2mg/kg IV), anestésico dissociativo que promove indução rápida e suave da anestesia4, associado com Diazepam (0,05mg/kg IV), um benzodiazepínico ,promove efeito sedativo, hipnótico, amnésico e miorrelaxante5. Assim que o paciente atingiu decúbito lateral, foi intubado utilizando um tubo endotraqueal de silicone com cuff. Após intubação, os membros anteriores e posteriores foram amarrados com cordas que prendiam ao guincho da talha e o animal foi suspenso e levado para dentro do bloco cirúrgico. Ao entrar para sala de cirurgia, este animal foi conectado a um aparelho de anestesia inalatória (LDS3000 SurgiVet), previamente preenchido com Isoflurano à 4% e mantido sob ventilação mecânica durante toda anestesia, o volume corrente variou entre 10 a 12ml/kg e a taxa de oxigênio foi de 10ml/kg/min. Ao início da cirurgia apresentou mucosas hipocoradas, frequência cardíaca (FC) de 40bpm, frequência respiratória (FR) com 24mrpm, temperatura corporal de 36,6ºC. Foi instituída fluidoterapia com Ringer Lactato na taxa de 10ml/kg/h para manutenção hidroeletrolítica, em acesso venoso com cateter 14G.

Durante a cirurgia, o paciente foi mantido sob anestesia inalatória com Isoflurano (1-5%) e infusão contínua de Lidocaína (0,05mg/kg/min), sendo o bolus realizado anteriormente, na dose de 1,3mg/kg, IV. Para manter a pressão arterial média (PAM) acima de 70 mmHg, foi realizado uma infusão contínua de Dobutamina, através de uma bomba de infusão, em taxa de 0,5 a 5mcg/kg/min, regulada de acordo com a resposta do animal ao inotrópico. A cirurgia durou o total de sete horas, e durante esse tempo paciente apresentou os seguintes parâmetros: FC variou entre 40 e 45bpm, FR 10mrpm, PAM com valores entre 70 e 110mmHg, SPO2 se manteve entre 98 e 100%, ETCO2 dentro do intervalo de 30 e 40mmHg e temperatura que decaiu de 36,6Cº para 33,7Cº. Durante a manutenção anestésica foi também, administrado Morfina, opioide agonista total (0,1mg/kg IV lento).

Os achados durante o procedimento cirúrgico exploratório foram: compactação do ceco, encarceramento nefroesplênico, compactações de cólon dorsal direito e cólon transverso. Após o término da cirurgia o animal retornou para a sala de recuperação anestésica, através da talha elétrica, sendo posicionado em decúbito lateral sob um colchão macio. Assim que o animal apresentou nistagmo, foi administrado por via IV, 5mcg/kg de Detomidina, para que este não se recupera-se muito agitado e estivesse apto para se manter em estação. Este animal foi extubado no momento em que apresentou o reflexo de deglutição, antes de retirar a sonda orotraqueal, foi colocado e fixado outra sonda menor em uma das narinas, facilitando a passagem do ar, sendo também administrado uma solução de fenilefrina intranasal. O retorno anestésico do paciente durou uma hora e vinte minutos. O equino se levantou ainda atáxico e com dificuldade de manter os membros torácicos estendidos, flexionando a articulação metacarpofalangeana do membro torácico direito, mas após auxilio da equipe veterinária ele se manteve em estação e foi direcionado ao tronco do hospital.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

****A duração da anestesia tem sido inversamente associada à taxa de sobrevida em várias pesquisas². O paciente do relato acima ficou sob efeito de anestesia durante 7 horas, tal fato levou às complicações, já esperadas, em sua recuperação anestésica, devido ao seu quadro de hipotermia, toxemia, liberação de mediadores inflamatórios e ao longo tempo sob efeito dos fármacos: excitação, tempo prolongado para posição quadrupedal, miopatia². O paciente em questão, recebeu alta médica após 15 dias de cuidados pós operatórios sem apresentar intercorrências.

**APOIO:**