# **RETENÇÃO PLACENTÁRIA EM ÉGUAS - REVISÃO DE LITERATURA**

CHAVES, Ana Carolina Rezende ¹\*; SILVA, Laysa Karolyni Resende e¹; COURA, Rafaela Santos¹; ALFENAS,Geovanna Regina¹; WINTER, Isabella Caixeta²

¹Graduando em Medicina Veterinária, UNIPAC – Conselheiro Lafaiete, MG, ²Professora do curso de Medicina Veterinária, UNIPAC – Conselheiro Lafaiete, MG. \*chavesanacarolina140@gmail.com

**RESUMO:** A retenção placentária em éguas constitui uma condição patológica de elevado impacto clínico, reprodutivo e econômico, caracterizada pela falha na eliminação parcial ou total das membranas fetais até três horas após o parto. Este estudo objetivou delinear os principais fatores envolvidos nesse distúrbio, incluindo sua etiopatogenia, manifestações clínicas, técnicas diagnósticas e opções terapêuticas vigentes. Fatores predisponentes como desequilíbrios hormonais, deficiências nutricionais e complicações gestacionais aumentam a susceptibilidade à retenção. Do ponto de vista clínico, essa afecção pode variar desde a visualização das membranas fetais em região vulvar até manifestações sistêmicas graves, como endotoxemia e laminite. O diagnóstico baseia-se em exame físico detalhado, avaliações transretais e transvaginais, além de ultrassonografia. As estratégias terapêuticas incluem administração de ocitocina, lavagem uterina, antibioticoterapia e uso de anti-inflamatórios. A identificação precoce, associada à utilização de exames complementares, quando necessários, é imprescindível para garantir um diagnóstico preciso e a adoção de tratamentos eficazes. Destaca-se, nesse contexto, a importância de um manejo adequado durante o período periparto, bem como da atuação de profissionais especializados, com o objetivo de minimizar complicações secundárias e preservar tanto a fertilidade quanto o bem-estar das éguas afetadas.

**Palavras-chave:** distocia, equino, placenta, pós-parto, reprodução

**INTRODUÇÃO**

A retenção placentária em éguas é definida como a falha parcial ou total da expulsão dos anexos fetais no intervalo de trinta minutos a três horas após o parto, podendo ocorrer com ou sem o acoplamento da membrana amniótica (Silva, 2008; Angrimani et al., 2011). Trata-se de uma afecção de grande relevância frequentemente subdiagnosticada (Del Pino et al., 2016), o que contribui para o desenvolvimento de complicações secundárias que podem comprometer a saúde da égua e, em casos mais graves, representar risco de vida (Angrimani et al., 2011). Quando não tratada corretamente, podem ter consequências clínicas como metrite, endotoxemia, laminite, peritonite, ruptura uterina, atraso na involução uterina, redução da fertilidade futura e óbito, além de acarretar prejuízos econômicos importantes (Angrimani et al., 2011; Santos et al., 2014). A etiologia da afecção está frequentemente relacionada à inércia uterina, podendo ser agravada por fatores como partos distócicos que causam exaustão ou lesões na parede uterina, facilitando a proliferação de microrganismos patogênicos e a absorção de toxinas (Santos et al., 2014).

Diante disso, compreender essa patologia é essencial para prevenir sua ocorrência, estabelecer diagnóstico precoce e instituir tratamento eficaz. Assim, este estudo teve como objetivo descrever os principais aspectos relacionados à retenção de placenta, incluindo etiopatogenia, sinais clínicos, metodologias diagnósticas e opções terapêuticas disponíveis.

**REVISÃO DE LITERATURA**

O tempo máximo considerado fisiológico para a terceira fase do parto é variável na literatura. Entretanto, a maioria dos autores considera 3 horas como tempo limite. Como parte da sua etiopatogenia, há descrições sobre debilidade na contratilidade uterina oriundas de desequilíbrios hormonais e eletrolíticos. Segundo Silva (2008), baixas concentrações de ocitocina pós-parto podem contribuir para a retenção placentária, favorecendo a absorção de toxinas e a translocação bacteriana. Consequentemente, desencadeiam alterações vasculares e distúrbios metabólicos sistêmicos, como a laminite. As concentrações plasmáticas de ocitocina endógena, assim como as de prostaglandinas, diminuem ao longo da gestação e aumentam significativamente durante o parto, atingindo seu pico minutos antes do nascimento, estimuladas pela dilatação da cérvix e da vagina (Wrigth,1943).

A retenção de placenta em éguas pode desencadear manifestações clínicas sistêmicas e locais, variando de sinais discretos a complicações fatais (Curcioet al., 2013). Um dos principais sinais observados é a presença de membranas fetais visíveis na vulva após três horas do parto. No entanto, mesmo na ausência de sinais externos evidentes, a retenção pode gerar importantes alterações clínicas detectáveis por exame físico e exames complementares. A retenção de fragmentos placentários no interior do útero pode desencadear processos inflamatórios como endometrite e metrite, comprometendo a adequada involução uterina no período pós-parto (Santos et al., 2014). Na ausência de intervenção terapêutica eficaz, há um elevado risco de infecção bacteriana secundária, o que pode resultar em prejuízos à fertilidade, além de favorecer o desenvolvimento de endotoxemia, sepse, laminite e, em casos graves, levar o animal a óbito (Curcio et al., 2013).

O diagnóstico pode se dar por meio de exame clínico. Na palpação transretal, o útero com placenta retida apresenta-se pouco involuído, flácido e distendido, podendo conter acúmulo de líquido intrauterino, embora esse sinal possa estar ausente nos estágios iniciais. A palpação intravaginal permite identificar fragmentos das membranas retidas e possibilita uma avaliação rápida do conteúdo uterino quanto à sua quantidade, coloração, viscosidade e odor. A ultrassonografia transretal complementa o diagnóstico, evidenciando áreas hiperecóicas no lúmen uterino, compatível com membranas retidas (Angrimani et al., 2011).

O tratamento da retenção placentária em éguas baseia-se, principalmente, na administração de ocitocina entre 2 e 8 horas após o parto, em doses de 10 a 60 UI por via intravenosa ou intramuscular, em bolus ou infusões lentas (Del Pinoet al., 2016; Silva, 2008). Em casos refratários, podem ser utilizadas prostaglandinas como cloprostenol ou dinoprost trometamina. A ocitocina diluída em soluções com cálcio e magnésio mostrou-se mais eficaz que em soro fisiológico (Silva, 2008).

Quando a resposta é insuficiente, a técnica de Burns é utilizada na qual há uma distensão do alantocórion com solução morna, estimulando a liberação endógena de ocitocina e favorecendo a separação placentária (Silva, 2008). A remoção manual, é contraindicada, pois pode deixar restos placentários, causar hemorragia intensa e prolongar a resposta inflamatória (Angrimani et al., 2011). Após a eliminação das membranas ou na presença de fragmentos, a lavagem uterina com solução salina morna ou Ringer Lactato é indicada para limpeza e prevenção de infecções (Silva, 2008). O suporte terapêutico inclui administração de antibióticos e anti-inflamatórios. A antibioticoterapia intrauterina deve ser realizada após a lavagem local e com cuidado caso a placenta ainda esteja presente. Devido à baixa penetração dos antibióticos intrauterinos no endométrio, prefere-se altas doses sistêmicas de amplo espectro (Silva, 2008). Canisso e colaboradores sugerem a associação entre β-lactâmicos e aminoglicosídeos. Seu uso tem como objetivo controlar infecções causadas por microrganismos que penetram no útero durante ou após o parto (Silva, 2008). Em um caso relatado por Silva (2019), a massagem uterina por palpação retal foi empregada com sucesso como técnica auxiliar para estimular contrações em útero em estado de hipotonia devido à exaustão. Realizada em duas ocasiões, a técnica contribuiu para o destacamento progressivo da placenta, apresentando resultados positivos nos dias subsequentes.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A retenção placentária em éguas configura-se como uma condição patológica de grande impacto clínico e reprodutivo. A rápida identificação, aliada ao uso de exames complementares, quando necessários, são essenciais para um diagnóstico preciso e a instituição de um tratamento eficaz. Reforça-se, portanto, a importância do manejo adequado no período periparto e da atenção veterinária especializada, visando reduzir complicações secundárias e preservar a fertilidade e bem-estar das éguas acometidas.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

AGRIMANI, D. S. R. et al. Retenção de placenta em vacas e éguas: revisão de literatura. *Revista cientifica eletrônica de medicina veterinária*, v. 9, n. 16, p. 1-12, 2011.

BRASIL, B. E. D. S.; SILVA, M. D. A. D. Avaliação placentária no pós parto de equinos: uma revisão de literatura**.** *Revista Multidisciplinar em Saúde*, v. 4, n. 2, 2023.

CANISSO, I. F.; RODRIGUEZ, J. S.; SANZ, M. G.; DA SILVA, M. A. C. A clinical approach to the diagnosis and treatment of retained fetal membranes with an emphasis placed on the critically ill mare. *Journal of Equine Veterinary Science*, v. 33, n. 7, p. 570-579, 2013.

CURCIO, B. et al. Avaliação do tempo de eliminação da placenta em éguas puro sangue inglês de diferentes idades. *Veterinária e Zootecnia*, v. 20, n. 4, p. 643-648, 2013.

DEL PINO, T. S. et al. *Complicações no periparto em éguas: relato de cinco casos*. 2016.

SANTOS, F. C. C. et al. Retenção placentária e ruptura uterina em égua – relato de caso.*Science and Animal Health*, v. 2, n. 1, p. 27-41, 2014.

SILVA, G. M. T. D. A. E.*Retenção placentária na égua***.** 2008. 79 f. Tese (Mestrado em Medicina Veterinária) - Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.

SILVA, A. L.C. E. *Distocia fetal em égua-relato de caso*.2019. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina Veterinária) - Centro de Ciências Agrárias, Universidade Federal da Paraíba, Areia.

WRIGHT, J.G. Parturition in the mare. *Journal of Comparative Pathology*, v. 53, p. 212, 1943.