**COLAPSO BRONQUICO EM CADELA- RELATO DE CASO**

FONSECA, Ana Flávia Silva¹\*; ARAUJO, Lívia Roberta Costa¹; MOREIRA, Thais Lara dos Santos¹; MUNIZ, Ariane Teles¹; PEIXOTO, Yasmim Rezende¹; REZENDE, Manoela Pereira¹; SANTOS, Renata da Silva¹; CALOVI, Letícia de Carvalho Santos².

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

O colapso brônquico é a redução do lúmen dos brônquios principais ou secundários, devido a fraqueza da parede brônquica, por doenças respiratórias crônicas e predisposição genética. Essa enfermidade compromete a função pulmonar levando a dificuldades na passagem do ar, resultando em complicações respiratórias graves. Os sinais clínicos incluem tosse crônica, dispneia, estertores e, em casos graves, sinais de insuficiência respiratória, como cianose e hipoxemia. A tosse seca, é um dos sinais mais prevalentes. O diagnóstico é feito por radiografia e confirmado por broncoscopia e, em casos severos, pode ser necessário o uso de stents brônquicos. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de colapso brônquico em uma cadela Shih-Tzu, 11 anos, 4,2 kg, atendida na Policlínica da Unipac, com histórico de tosse crônica, com piora significativa nos últimos 3 dias, cansaço e secreção nasal. A paciente fazia uso de anlodipino 0,2 mg/kg/BID. Ao exame físico foi evidenciado tosse seca, leve cianose, estertor pulmonar, secreção nasal serosa e doença periodontal leve. No RX de tórax LLE, LLD e VD demonstrou padrão bronquial e colapso de brônquio principal. O tratamento foi nebulização com Clenil A® (1/2 flaconete, BID/7 dias), depois nebulização com NACL 0,9% BID, uso contínuo, aminofilina 6 mg/kg/BID/ uso contínuo e codeína 1 mg/kg/BID/10 dias. Os retornos com 15 e 30 dias demonstraram progressiva melhora, sem ajuste na prescrição. Após 5 meses do último retorno, houve agravamento do quadro respiratório após procedimento realizado em outra clínica de ovariohisterectomia (OH) devido a piometra, nesta clínica foi instituída a terapia com prednisolona (1 mg/kg/SID/7dias), mucomucil® (BID) e amoxicilina 25mg/kg/BID, por 10 dias. A responsável relatou frequente nebulizações com NACL 0,9%, e uso de Clenil A® por três dias, e a suspensão por conta própria da aminofilina. Frente ao diagnóstico, foram prescritos aminofilina uso contínuo, codeína21 dias e Clenil A® BID/7 dias, nas mesmas doses anteriores. Em 7 dias, houve melhora, porém ainda tosse eventual, cansaço e leve cianose, sendo então acrescentado a prescrição sildenafila 2mg/kg/BID/ uso contínuo, com melhora clínica significativa. Na reavaliação, com 30 dias manteve-se anlodipino sildenafila, aminofilina e nebulizações com NACL 0,9% como uso contínuo. A codeína e o Clenil A® foram reservados para crises respiratórias. No caso relatado, a paciente apresentava sinais respiratórios compatíveis com colapso brônquico, como tosse seca crônica, estertores e cianose leve. O diagnóstico foi confirmado por radiografia torácica, evidenciando padrão bronquial e colapso de brônquio principal. A piora após o procedimento cirúrgico relacionado à manipulação anestésica, especialmente à intubação orotraqueal. Por fim, a paciente apresentou melhora do quadro clínico geral, embora ainda com episódios esporádicos de tosse, permanecendo com prognóstico reservado.

**Palavras-chave:** broncoconstrição, hipoventilação e obstrução.