

SINDROME CÓLICA EM NEONATOS

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Autores

SOUZA, Wagner Amaral de

ZANGIROLAMI, Darcio Filho

MEIRA, Fernanda Queiroz

Discentes da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia de Garça – FAMED

ROSA, Eric Pivari

PEREIRA, Daniela Mello

Docentes da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia de Garça – FAMED

RESUMO

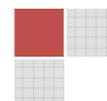
A manifestação clínica da síndrome cólica em potros é de ocorrência variada e o diagnóstico deste quadro, torna-se mais trabalhoso, pois não há possibilidade de lançar mão de métodos de avaliação clínica utilizado em animais adultos, como a palpação por exemplo, que forneça importantes informações sobre o quadro clínico do jovem animal. Considerando-se essa limitação associada à rápida degradação de parâmetros do animal lactante que para de se alimentar devido a dor, o atendimento imediato e a decisão cirúrgica, tornam-se imprescindíveis para preservação da vida do potro.

Palavras chaves: síndrome cólica, neonatos eqüino.

Tema central: Medicina Veterinária.

ABSTRACT

The foal colic syndrom manifestation has varied occurrence, the diagnosis may be hard because the clinician can't use all the procedures that are used in adult horse to help the evaluation, like the palpation, that provide essential information about young animal clinical situation. Considering the fast parameters degradation at foal that stop feeding when it's painful, the decision about surgery must to be earlier than in the adult to preserve the foal health.



Keywords: colic syndrom, equine neonate.

1. INTRODUÇÃO

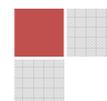
Assim como nos eqüinos adultos, a síndrome cólica em potros neonatos e lactentes assume posição de destaque entre as patologias do trato digestivo (SILVA,1995).

Além das causas de cólica comum em animais adultos deve-se considerar ainda patologias com retenção de mecônio, ruptura de bexiga em potros neonatos (SILVA,1995).

Devido ao fato da avaliação clínica em potros com dor abdominal ser mais difícil que em cavalos adultos, conseqüentemente à inabilidade para realização de exame retal (DUCHARME & LOWE, 1988). Deve-se ter maior atenção para o histórico e completo exame físico, incluindo palpação abdominal e exames auxiliares, tais como sondagem nasogástrica, paracentese abdominal, radiografia abdominal, gastroscopia e exame laboratorial (SILVA,1995).

A manifestação de cólica em potros é variável, podendo suar, abanar a cauda e olhar no flanco como os cavalos adultos, ficam deitados a maior parte do tempo, podendo rolar de um lado para outro, colocar-se em posições anormais, como decúbito dorsal com um ou ambos os membros anteriores estendido por sobre a cabeça. Com o agravamento do quadro, podem agressivamente morder o flanco e rolar de um lado para outro (WHITE, 1987). Deve-se observar a freqüência dos sinais e ocorrência deste próximo à amamentação, presença de bruxismo, distensão abdominal e outros sinais que possam orientar o exame clínico (WILSON,1987).

2. CONTEÚDO



2.1 RETENÇÃO DE MECÔNIO

Denomina-se mecônio as primeiras fezes do potro neonato, de coloração escura, verde amarronzada, e consistência firme e pegajosa (WILSON, 1987). Normalmente se dá a passagem de mecônio durante as 6 a 12 semanas de vida, mudando gradualmente para fezes normais nos dias subseqüentes (THOMASSIAN, 1990). É causa mais comum de cólicas em potros (WILSON, 1987), principalmente em potros machos, a ingestão de colostro auxilia a passagem de mecônio, e muitos potros com retenção de mecônio podem ter tido um retardo na ingestão de colostro (WHITE, 1988).

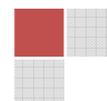
Inicialmente o animal apresenta esforço de defecação, após 12 horas o quadro se agrava, havendo decúbito constante, olhar ao flanco, rolamento e polaquiúria, o toque retal normalmente revela sílabas fecais endurecidas no reto, a ausência desta não descarta a possibilidade da retenção de mecônio (SILVA, 1995).

O diagnóstico é feito pela história de não passagem de mecônio, acompanhado por mímica de defecação e presença de mecônio ressecado no reto (WILSON, 1987).

Inicialmente o tratamento conservativo através de enema com óleo mineral ou produtos comerciais, passado por cateter urinário ou sonda nasogástrica de potros. A retirada das massas fecais pode ser realizada manualmente ou com uso do fórceps (SILVA, 1995).

Como terapia adicional pode-se utilizar administração oral de 100 ml de óleo mineral a cada 12 horas (WILSON, 1987).

Analgésicos devem ser usados com cautela, pois os narcóticos aumentam as contrações austrais e diminuem a progressão da ingesta, aumentando a absorção de água (BOOTH, 1983). Antiinflamatórios não esteróides são nefrotóxicos e ulcerogênicos, tendo sua toxicidade aumentada em pacientes hipovolêmicos, a xilazina e o butorfanol possuem melhor efeito analgésico (MORRIS, 1987).



2.2 UROPERITÔNIO

A ruptura de bexiga é a causa mais comum de uroperitonio, sendo mais observados em machos devido a um diâmetro maior da uretra (WILSON, 1987), outras causas de uroperitonio são as alterações congênitas ou traumáticas em ureteres e úraco (KOTERBA & ADAMS, 1988).

Inicialmente o animal apresenta mímica de micção com nenhuma ou pouca eliminação de urina, os primeiros sinais são de depressão e anorexia com distensão abdominal gradativa (RICHARDSON & KOHN, 1983). A percussão auscultatória acusa a presença de grande quantidade de líquido na cavidade abdominal (SILVA, 1995).

O diagnóstico é feito através da abdominocentese, pode se utilizar a infusão de azul de metileno ou fluoresceína seguida de abdominocentese (RICHARDSON & KOHN, 1983).

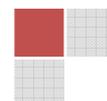
Tratamento médico apropriado de potros com ruptura de bexiga antes da intervenção cirúrgica reduz os associados com anestesia, aumentando as chances de sucesso. O prognóstico será maior quanto menor for a distensão abdominal, a depressão, a desidratação e as alterações de parâmetros fisiológicos do potro (SILVA, 1995).

2.3 ÚLCERA GASTRODUODENAL

Possuem alta freqüência em potros lactentes, ocorrendo normalmente até o quarto mês de vida, o animal pode desenvolver esofagite e pneumonia por aspiração de corpo estranho, conseqüentemente à regurgitação de conteúdo gástrico, nos casos de perfuração de úlceras gástricas, teremos associados sinais de peritonite (SILVA, 1995).

O diagnóstico é feito pela sintomatologia, exame endoscópico, medida de pepsinogênio sérico, abdominocentese e radiografia abdominal contrastada (NAPPERT et al, 1989).

O tratamento baseia-se em retirar a causa protegendo a mucosa do ataque ácido, medicamentos usados são: cimetidina, ranitidina, sucralfato,



antiácidos como hidróxido de magnésio e hidróxido de alumínio (NAPPERT et al, 1989). Para alívio da dor , droga antiinflamatória não esteróides devem ser usadas somente em caso de urgência, pode ser usado também a xilazina, butorfanol, sondagem nasogástrica e a metoclopramida (SILVA,1995).

A gastrojejunostomia produz alívio da dor e diminuição da pressão intraluminal do estômago. Nesta manobra pode se aproveitar para fazer uma checagem das úlceras que tenham perfurado ou estejam próximas a perfurar. Se houver peritonite pode lavar o abdome com solução anti-séptica ou antibiótica (SILVA, 1995).

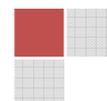
2.4 OBSTRUÇÃO INTESTINAL COM ESTRANGULAMENTO VASCULAR

Essas patologias ocorrem principalmente em potros de 2 a 4 meses, época que há alteração na alimentação e desenvolvimento do intestino grosso (CROWHURST et al, 1975).

Apresenta um quadro de evolução aguda, dor intensa que não responde com analgésicos (SILVA,1995).

A princípio pode haver ruídos intestinais sem distensão abdominal, que com o tempo será substituída por atonia e distensão de moderada a severa, o refluxo gástrico pode ou não estar presente, sendo que quanto mais anterior a lesão, mais precoce será o refluxo (SILVA,1995).

O tratamento para esta causa é exclusivamente cirúrgico tendo que ser realizado o quanto antes para termos mais chances de recuperação e evitar uma peritonite. Após laparotomia exploratória, o trecho intestinal comprometido deve ser ressecado. Em alguns casos não há necessidade de ressecção, dependendo da viabilidade do segmento intestinal, avaliado quanto ao pulso, coloração e peristalse (SILVA, 1995).



No pré-operatório deve ser com analgésico, fluidoterapia, correção da glicemia e entrar com antibioticoterapia sistêmica (SILVA,1995).

2.5 COMPACTAÇÃO POR CORPOS ESTRANHOS E ASCARÍDEOS

A compactação por corpos estranhos acomete animais de dois a quatro meses de idade, já a causada por ascarídeos acomete animais com mais de quatro meses (SILVA, 1995).

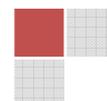
Refluxo nasogástrico e distensão abdominal podem ou não estar presente, dependendo do ponto de obstrução e do tempo de evolução (SILVA,1995).

Ingestão de grandes quantidades de areia ou barro podem levar a cólica, timpanismo e volume fecal escasso, nesses casos, exame digital retal, flotação das fezes e exame radiográfico podem auxiliar no diagnóstico. O tratamento é a base de mucilóde hidrófilo psillium, benzimidazole. Nunca utilizar organofosforados e piperazina pois matam rapidamente os parasitas e podem causar uma obstrução total ou perfuração intestinal e peritonite (SILVA,1995).

2.6 DEFEITOS CONGÊNITOS DO TRATO GASTROINTESTINAL

Atresia ou agenesia do intestino grosso normalmente leva ao desenvolvimento de distensão abdominal e dor progressiva após o nascimento. No exame digital retal não há evidencias de manchas fecais, ao contrario da obstrução por retenção de mecônio na ampola retal, que apresenta manchas fecais acompanhadas de tenesmo (SILVA, 1995).

O diagnóstico pode ser feito através de radiografia contrastada, enema com contraste para diagnosticar atresias ate o cólon transverso, caso contrário deve ser realizado por administração oral (CROWHURST et al, 1975).



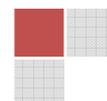
O sucesso de tratamento por correção cirúrgica depende do tipo de patologia diagnosticada. A estenose de piloro pode ser corrigida através da piloromioplastia na qual é feita uma incisão seromuscular longitudinal por sobre o piloro com 3 cm de extensão, tomando-se o cuidado de não incisar a mucosa, e suturar uma prega no omento por sobre a região no intuito de se realizar o tamponamento da ferida. (CROWHURST et al, 1975).

3 CONCLUSÃO

Com a realização deste trabalho concluímos que a síndrome cólica em neonatos é diferente a de cavalos adultos, há diferenças para se chegar ao diagnóstico não podemos lançar mão de todos os exames. Considera-se importante o diagnóstico e o tratamento mais rápido que em um adulto por 2 motivos que são o acometimento exclusivamente do potro (uoperitonio e retenção de mecônio), e a evolução rápida do quadro do lactante que desidrata e entra no quadro de hipoglicemia com maior rapidez pois não mama devido a dor.

4. REFERÊNCIAS

- ADAMS,R; KOTERBA,A.M. et al. **Exploratory celiotomy for suspected urinary tract disruption in neonatal foals: a review of 18 cases.** Equine Vet. J., Kent, v.20, n. 1,p.13-17,1988.
- CROWHURST, R.C. et al. **Intestinal surgery in the foal.** J. S. Afr. Vet. Ass., Pretori, V.46, n.1, p. 59-67, 1975.
- DUCHARME. N. G., LOWE, J. E. **Decision for surgery.**Vet. Clin. North Am.: Equine Pract., Phyladelphia, V.4, n.1, p. 51-61, 1988.
- MORRIS, D.D. **Medical management of equine colic.** Equine Pract., Santa Barbara, p. 158-176, 1987.



NAPPERT, G., VRINS, A., LARYBYERE, M. **Gastroduodenal ulceration in foals. Comp. on Cont. Ed. Pract. Vet., Lawrenceville, V. 11, n.3, p. 339-345, 1989.**

RICHARDSON, D. W., KOHN, C. W. **Uroperitoneum in the foal. J. Am. Vet. Med. Ass., Schaumburg, V. 182, n.3, p. 267-271, 1983.**

SILVA, L.C.L.C., **Guia de neonatologia eqüina, p.91-100, 1995.**

THOMASSIAN, A. **Afecções do potro neonato: retenção de mecônio.** In: *Enfermidades dos cavalos.* 2 ed. São Paulo: Livraria Varela, 1990. p.9.

WHITE, S.L. **Diagnostics and management of foal colic.** In GORODN, B. J., ALLEN JR., D. *Fiel guide to colic management in the horse: the praticoner's reference.* Lenexa: Vet. Med. Publishing Co., 1988. p.177-188.

WILSON, J. H. **Gastrointestinal problems in foal.** In: ROBINSON, N. E. *Current therapy in equine medicine.* 2 ed. Phyladelphia: W.B. Saunders Company, 1987. p.232-241.

