

encefálica. No presente estudo, relata-se um canino com quadro de síndrome cerebral progressiva de forma aguda, apresentando alterações no exame clínico, sintomatologia e evolução compatíveis com quadro inflamatório ou neoplásico cerebral, sendo modificado o diagnóstico presuntivo após a realização de exame de ressonância magnética de crânio para processo degenerativo associado a disfunção cognitiva canina. Um labrador de 13 anos, macho, apresentou andar compulsivo e inclinação da cabeça para o lado direito, “head pressing” e vocalização noturna. No exame neurológico foi evidenciado um estado mental obnubilado e alterações no hemisaltitamento esquerdo, indicando uma lesão em córtex frontoparietal direito. Na ausência de sinais sistêmicos indicativos de outras doenças e com a suspeita clínica de síndrome cerebral foi empregado um tratamento com prednisolona, para descartar uma etiologia inflamatória. Diante da falta de resposta ao tratamento e da evolução relativamente acentuada passou-se a suspeitar de um processo neoplásico e foi solicitada uma ressonância magnética, que revelou: atrofia do parênquima cerebral, perda de definição do tecido cerebral, mais evidentes no córtex frontoparietal, discreta ventriculomegalia e ausência de formação neoplásica, mesmo após administração do contraste intravenoso. As alterações encontradas na ressonância magnética foram compatíveis com processo degenerativo cerebral, indicando um quadro de disfunção cognitiva canina. Após o tratamento com Cloridrato de Selegilina e Complexo vitamínico, o paciente apresentou melhora acentuada no período de dois meses, com redução de 70% da sintomatologia. A realização do exame clínico e neurológico permite a localização da lesão e interfere na escolha do método de imagem a ser adotado, de acordo com a localização e limitação de cada exame. Sendo assim, para o estabelecimento da doença, a realização de ressonância magnética e/ou tomografia computadorizada, bem como a biópsia com histopatológico são fundamentais para um diagnóstico definitivo, já que a sintomatologia é decorrente da localização da lesão.

(1) Faculdade de Zootecnia e Engenharia de Alimentos (FZEA); (2)(3)(4) Hospital Veterinário Pompéia. shirley_szriber@hotmail.com

Osteopatia hipertrófica associada à formação pulmonar em cadela – relato de caso.

FERNANDES, T.V.¹; MARZANO, T.F.²; TOYOFUKU, L.³; CESAR, J.R.F.⁴; LIMA, L.R.⁵; FERREIRA, E.E.⁶; SILVA, C.S.C.⁷;

A osteopatia hipertrófica está associada a causas intratorácicas (processos pulmonares como: neoplásicos, abscesso, dirofilariose e tuberculose) e extratorácicas (adenocarcinomas hepáticos e neoplasias primárias em bexiga urinária); a maior ocorrência é em cães de grande porte, idosos; sendo descritos casos em outras espécies. Algumas das hipóteses de patogênese da doença são: aumento do fluxo sanguíneo na porção distal dos membros; fatores humorais ou hipóxia. Clinicamente, são lesões bilaterais, simétricas e edematosas, acometendo as extremidades distais dos quatro membros, podendo ser dolorosa, progredindo para as porções proximais. Nota-se radiograficamente reações periosteais, que atingem a diáfise dos ossos longos e dígitos, sem envolvimento articular. **Relato de Caso:** Relata-se o caso de um canino, fêmea, labrador retriever, atendida no Centro de Saúde Animal Jardins com hiporexia, claudicação, dor em membros pélvicos e edema em região de carpos e tarsos. Na radiografia notou-se, reação periosteal em paliçada em carpos e tarsos se estendendo até falanges, com aumento de partes moles; e em tórax formação em lobo cranial esquerdo medindo 7x6 cm, sugestivo de osteopatia hipertrófica. Exame ultrassonográfico abdominal sem alteração digna de nota. Os exames laboratoriais apresentaram discreta

leucocitose, trombocitose e aumento de fosfatase alcalina. Após terapia com cloridrato de tramadol (2mg/kg), dipirona (25mg/kg) e carprofeno (2,2mg/kg), houve melhora clínica. A punção de massa em tórax realizada sugeriu ser carcinoma. O protocolo cirúrgico e quimioterápico foi proposto ao proprietário, que recusou por ter caráter invasivo e de sofrimento ao paciente.

Discussão: Os sinais clínicos e radiológicos observados no paciente foram compatíveis com os achados bibliográficos. Para a conclusão do diagnóstico de carcinoma torácico é necessário o exame histopatológico, pela sua precisão comparada ao citológico. Trabalhos citam que após remoção tumoral, os sinais clínicos cessaram ou regrediram, porém, por ser normalmente em regiões de difícil acesso cirúrgico, o prognóstico acaba sendo ruim. Pode-se indicar o protocolo de quimioterapia, pela extensão da lesão pulmonar, reduzindo o tumor e controlando a osteopatia hipertrófica. **Conclusão:** O tratamento terapêutico, posterior remoção cirúrgica e quimioterapia, aumentam a sobrevida e melhora o prognóstico.

1. M.V. Radiologista do Centro de Saúde Animal Jardins; thivacfernandes@yahoo.com.br
2. M.V. Diretor clínico do Centro de Saúde Animal Jardins e responsável pelo setor de anestesiologia veterinária;
3. M.V. Responsável pelo setor de fisioterapia do Centro de Saúde Animal Jardins;
4. M.V. Responsável pelo setor de oncologia do Centro de Saúde Animal Jardins;
5. M.V. Subcoordenador do setor de internação do Centro de Saúde Animal Jardins;
6. M.V. autônoma;
7. Graduanda de Medicina Veterinária; estagiária do setor de internação do Centro de Saúde Animal Jardins.

Angústia respiratória aguda por colapso de traqueia: correção cirúrgica com colocação de stent – relato de caso. KPIRES, A.C.K.¹; MATILDE, K.S.²; MARZANO, T.F.³; SILVA, C.S.C.⁴.

O colapso de traqueia ocorre pelo estreitamento do seu lúmen, redundância da membrana dorsal, ou ambos; relacionada ao hiperadrenocorticismismo, cardiopatia, obesidade, bronquite crônica, entubação recente, síndrome dos braquicefálicos e genética. Acomete a traqueia extratorácica e/ou intratorácica, comum em cães de meia idade de raças pequenas e miniaturas. Seu desenvolvimento é crônico, sendo passível de tratamento medicamentoso; ao agudizar, causa angústia respiratória, sendo necessária correção cirúrgica através da colocação de uma prótese. O diagnóstico definitivo é feito com radiografias torácicas; a cirurgia necessita o auxílio de broncoscopia. **Relato de Caso:** Um cão, Maltês, fêmea, oito anos, foi atendida no Centro de Saúde Animal Jardins em angústia respiratória aguda, com mucosas congestionadas, hipertermia, taquicardia, taquipneia, distrição expiratória e respiração abdominal; proprietária relatou dificuldade respiratória e ruídos similares a engasgos. Histórico de correção cirúrgica de colapso de traqueia em descendente, dois meses antes. Paciente mantida sedada com propofol (50mcg/kg/min em infusão contínua) para viabilizar entubação orotraqueal; ventilando sozinha e mantendo 96% de saturação. Radiograficamente observada redução de lúmen traqueal em região cervicotorácica, sugerindo colapso; diagnóstico confirmado com endoscopia. Realizada cirurgia para colocação de prótese de Nitinol por toda a extensão da traqueia. Mantida internada para controle de tosse e tratamento de pneumonia. Mantida terapia com codeína (2mg/kg), enrofloxacin (5mg/kg), ceftriaxona, (30mg/kg), tramadol (2mg/kg), omeprazol (1mg/kg) e sucralfato; descontinuado o corticoide após hematoemese. Após quatro dias recebeu alta; nos retornos relatado tosse apenas quando paciente muito excitada. **Discussão:** Mesmo na presença de pneumonia optou-se pela correção cirúrgica imediata do