

Cólica por Compactação em Eqüinos

***Milena Cristina Leite Godoy**

milegodoy@yahoo.com.br

1 Introdução

A palavra cólica significa dor abdominal. Com o tempo tornou-se um termo abrangente para varias afecções que levem o eqüino a exibir sinais de condizentes com os de dor abdominal. Conseqüentemente é utilizado para se referir a afecções de etiologias e gravidades variadas (MERCK, 2001)

Dentre as variadas causas da síndrome cólica, estão as compactações intestinais, que são acúmulos de ingesta que se ressecam, podendo ocorrer em qualquer segmento do cólon maior, resultando em obstrução total do livre trânsito intestinal. O segmento que apresenta maior ocorrência de compactação é a flexura pélvica, decorrente do estreitamento do lúmen nessa região (THOMASSIAN, 1995).

Assim como nas demais causas de cólica, cabe ao médico veterinário decidir-se pela melhor terapia a ser instituída, sendo essa médica ou cirúrgica (THOMASSIAN, 2000).

Essa revisão tem como objetivo, apresentar as principais causas que levam a uma compactação de cólon maior, bem como tratamentos que podem ser adotados pelo médico veterinário.

2 Epidemiologia

Animais que permanecem estabulados por mais de 12 horas por dia, apresentam um risco maior de apresentarem sinais de cólica (WHITE, 1995 por SOARES, 2001).

Entre as diferentes causas desta síndrome tem-se a obstrução do cólon maior sem estrangulamento vascular como responsável por 40% dos casos (THOMASSIAN, 1995)

3 Etiologia

Muitas são as condições predisponentes ao desencadeamento da compactação no cólon maior, sendo o mais importante a qualidade do alimento volumoso e da água disponível (THOMASSIAN, 1995).

Quando o alimento verde ou volumoso é picado de modo excessivo, os eqüinos podem deglutir as partículas sem mastigar (demasiadamente grandes). Assim como, quando tem problemas dentários, predispondo à compactação (MEYER, 1995).

Fenos ressecados, rações a base de rolão de milho de baixa qualidade, cana triturada, podem também resultar em ingestas ressecadas (THOMASSIAN, 1995).

A falta de água (problemas nos bebedouros, ou grandes perdas de suor) dificulta o trânsito no intestino grosso e com isso a água é absorvida do trato gastrointestinal para compensar a deficiência, o conteúdo se concentra e engrossa. Durante a cólica esse processo se acentua quando cessa a ingestão de água, e através da sudorese prossegue a perda de água e há interrupção da passagem desta do intestino delgado para o intestino grosso, ressecando ainda mais o conteúdo (MEYER, 1995).

Eqüinos intoxicados pelo amitraz podem apresentar como sinal uma compactação de grande segmento do intestino grosso, especialmente na região de cólon maior (AUER et al, 1984, citado por DEARO e GANDOLFI, 1995). O amitraz inibe a liberação de acetilcolina, causando diminuição da atividade intestinal, conseqüente compactação, podendo evoluir para morte (BOTTON, 1998).

Pode ainda citar a ausência de exercícios, exaustão, deficiência mineral, como influenciantes (GOLOUBERFF, 1993).

Qualquer evento que interfira no fluxo sanguíneo, como aneurisma e trombose, parasitismo intestinal severo, estresse em geral, são circunstâncias primárias fundamentais na formação de uma compactação (THOMASSIAN, 1995).

Os eqüinos mantidos em jejum antes da cirurgia, tendem a comer vorazmente assim que recebem seu alimento, devendo ter sua alimentação

controlada, bem como a cama não deve ser palatável para evitar sua ingestão que poderá levar a uma sobrecarga intestinal (BLOOD et al 1991).

4 Patogenia

A compactação pode ocorrer pela natureza do alimento ou secundária a baixa motilidade intestinal causando atraso na passagem dos alimentos pelo intestino, resultando em condensação excessiva do material fecal de forma que o movimento da massa pelo peristaltismo torne-se prejudicado. Se o processo for prolongado, o cólon se torna insensível aos estímulos causados pela distensão, que normalmente provocariam a defecação, levando a um quadro crônico (BLOOD et al, 1991).

O acúmulo de material fecal ocorre gradativamente, até que a distensão cause dor (BLOOD et al, 1991).

5 Sinais clínicos e diagnóstico

Vários sinais clínicos se associam com uma cólica. Os mais comuns incluem pisoteios repetidos com os pés dianteiros, olhar para o flanco, levantamento do lábio superior e arqueamento do pescoço, coices no abdome, deitar-se, rolar-se, sudorese, estender-se como se fosse urinar, tenesmo, distensão abdominal, perda de apetite (MERCK, 2001)

TABELA 1 Dados que devem ser obtidos na anamnese do paciente com cólica

| |
|------------------------|
| DADOS GERAIS |
| Habitat |
| Dieta |
| Rotina diária |
| Utilidade do Animal |
| História Médica |
| Controles Parasitários |

| |
|--|
| DADOS RECENTES CLÍNICOS |
| Duração da cólica |
| última alimentação |
| Consumo de alimento e água |
| Mudanças recentes de alimento, água e medicação |
| Mudanças recentes de alimento, água e medicação estábulo, cama de caixa, viagens, rotina do exercício, tratadores, etc. |
| Corpos estranhos |
| Gestação |
| Parasitoses recorrentes |
| Trauma recente ou ofensa recente |
| DADOS DE DOENÇAS ANTERIORES |
| Grau de doenças e mudanças da dor |
| Última defecação |
| Sudorese |
| Sinais observados: olhar em direção ao lado, dar voltas inclinadas pra traz, andar sem sentido, roda sobre o eixo, moléstias abdominais, permanece recostado |
| Necessidade de ajuda para caminhar |
| Resposta ao tratamento |
| Episódios de cólica anterior ou cirurgia abdominal |

A conjuntiva, freqüência respiratória, freqüência cardíaca e tempo de preenchimento capilar geralmente encontram-se dentro do limite de normalidade. No início do processo a desidratação costuma não passar de 5% (THOMASSIAN, 1995).

As membranas tornam-se secas à medida que o eqüino se desidrata. A freqüência cardíaca aumenta devido à dor (MERCK, 2001).

O abdome poderá estar abaulado na região ventral. Na auscultação poderá ser observada hipomotilidade (THOMASSIAN, 1995).

Durante o exame físico, é importante a passagem de uma sonda nasogástrica para ver se há refluxo e auxiliar a saída de gás (MERCK, 2001).

A parte definitiva do exame é a palpação retal. Pode-se encontrar o reto vazio ou com fezes escassa, ressecadas e cobertas por muco, indicando grande absorção de líquido pelo cólon descendente ou menor, devido ao aumento de tempo de retenção das fezes (THOMASSIAN, 1995).

O diagnóstico poderá ser elaborado com base na anamnese (Tabela 1), nos achados da palpação retal, e demais sinais clínicos encontrados. Quando a compactação atinge a flexura pélvica, a mesma poderá ser palpada junto ao rebordo da pelve, no quadrante esquerdo no plano horizontal e ventral da cavidade abdominal. A flexura estará repleta de ingesta de consistência firme (THOMASSIAN, 1995).

6 Exames complementares

No exame hematológico poderá ser encontrada leucopenia, que evidencia peritonite aguda difusa. O hematócrito e a proteína encontrar-se-ão elevados, proporcionalmente ao grau de desidratação. Entretanto, em um caso de peritonite, os níveis de proteína tornam-se baixos, pela exudação massiva de plasma para a cavidade peritoneal (GOLOUBEFF, 1993).

Os exames de líquido peritoneal não costumam demonstrar resultados anormais, exceto um pequeno aumento do número de leucócitos e proteína (THOMASSIAN, 1995).

A ultra-sonografia pode auxiliar na localização da massa, contribuindo para o diagnóstico, sendo usada principalmente em potros. A radiografia pode ser usada para detectar enterólitos e presença de areia no aparelho digestório de potros (SMITH, 2002).

7 Achados de necropsia

Toda morte deveria ser seguida de uma necropsia cuidadosa, que fornece tanto ao profissional quanto ao proprietário, a certeza de terem sido tomadas as atitudes corretas e a irreversibilidade dos sinais frente às atitudes corretas e irreversibilidade dos sinais frente às condutas clínicas e cirúrgicas disponíveis (GOLOUBEFF 1993).

Em casos de compactação, encontrar-se-á o intestino grosso cheio de material fecal duro e seco. A ruptura pode ter ocorrido (BLOOD et al, 1991).

8 Tratamento

O tratamento eletivo para as compactações no cólon maior é o médico. O prognóstico é bom quanto à cura do animal (THOMASSIAN, 1995).

O primeiro procedimento deve ser a sondagem nasogástrica, objetivando a evacuação de gás ou refluxo, impedindo a possibilidade de ruptura do estômago (THOMASSIAN, 2000).

A trocarização percutânea do ceco e eventualmente do cólon maior, alivia a distensão gasosa quando essa for severa. A trocarização deve ser realizada após a tricotomia e anti-sepsia da região (THOMASSIAN, 2000).

Deve-se rapidamente proceder o tratamento com fluidoterapia. É fundamental a manutenção da volemia para que não haja absorção de líquido suficiente para manter a massa ressecada (THOMASSIAN, 1995).

A fluidoterapia enteral pode ser utilizada administrando-se 10 litros a cada 30 minutos. Além de hidratar a massa, ela estimula a motilidade intestinal (LOPES et al 1999).

A via intravenosa deve ser utilizada em desidratação moderada a severa, em que grandes volumes de fluido devam ser infundidos em poucas horas, ou até que se tenha o quadro volêmico sob controle e seja avaliada a capacidade de trânsito de fluídos pela parede do intestino. Deve-se evitar fluidoterapia enteral na presença de íleo adinâmico ou obstruções localizadas no intestino delgado (THOMASSIAN, 2000).

Segundo THOMASSIAN, 2000, a terapia analgésica é necessária. Dentre as drogas de eleição pode-se citar:

- flunixin meglumine (Tabela2): ação antiinflamatória, antipirética e anti-endotoxêmica; eficaz em dores viscerais.

- fenilbutazona: pequena analgesia visceral.

- dipirona: ação muito curta (1 a 3 horas), eficiente em dores leves. Potencializa a vasodilatação periférica, agravando os sinais de insuficiência circulatória nos casos mais graves.
- meperidina: analgésico potente.
- xilazina: produz boa analgesia, porém reduz a motilidade intestinal.

TABELA 2 Doses recomendadas

| Droga | Dose | Via |
|--------------------|--|-----------------|
| Flunixin meglumine | 0,25 mg/kg a cada 6h 0,5mg/kg a cada 12 horas | IV, IM VO |
| FENILBUTAZONA | 4,5 – 9,0 mg/kg a cada 8 horas | VO, IV |
| Dipirona | Até 25 mg/kg a cada 8 h | IV, IM, SC, VO. |
| Meperidina | 2 – 4 mg/kg/im ou 0,5 – 1,0 mg/kg IV | IM,IV |
| Xilazina | 0.5 – 1,0 mg/kg | IV |

(VIANA, 2003).

Os laxantes suaves podem ser administrados objetivando estimular a peristalse, movimentar líquidos na luz intestinal e penetrar na massa ressecada, desfazendo-a. Prefere-se o dioctil-sulfosuccinato de sódio ao óleo mineral que não penetra na massa compactada, além de irritar a mucosa. Deve ser administrada pela via oral na dose de 20 mg/kg de peso, repetindo-se após 48 horas (THOMASSIAN, 1995).

Os purgantes salinos só devem ser utilizados quando se tiver certeza de não haver obstrução intestinal e, portanto, um seqüestro de líquido já existente, para a luz intestinal (BLOOD et al, 1991).

Poderá utilizar-se cálcio intravenoso para auxiliar nos movimentos peristálticos, se estes estiverem diminuídos (THOMASSIAN, 1995).

A endotoxemia pode ser combatida com drogas antiinflamatórias não hormonais como o flunixin meglumine a 0,25 mg/kg a cada 8 horas (THOMSSIAN, 2000).

Tem-se ainda, como terapia alternativa, a acupuntura e a eletroacupuntura que podem ser utilizadas junto às demais medidas adotadas a qualquer tipo de íleo. O ponto preconizado situa-se junto à face lateral do membro posterior na depressão abaixo da crista da tíbia. Este acuponto é denominado TSU SAN LI (THOMASSIAN, 2000).

Caso a compactação não se desfaça e o quadro clínico não se reverta com a terapia médica, o que poderá levar até 24 - 48 horas, mesmo com a manutenção estável do quadro, deve-se instituir imediatamente o tratamento cirúrgico para o massageamento da massa compactada ou a sua drenagem através de enterectomia. Os casos de compactação com evolução de vários dias podem levar à necrose do segmento entérico comprometido e seu rompimento no período pré ou trans operatório. O animal pode ir a óbito (THOMASSIAN, 1995).

O tratamento cirúrgico constitui fundamentalmente em uma laparotomia pela linha média, seguida de exposição do cólon maior, enterotomia na região da flexura pélvica, ao longo de sua face antimesentérica, drenagem do conteúdo compactado com auxílio de água corrente introduzida pela abertura com uma sonda nasogástrica e massageamento simultâneo dos segmentos compactados. Após a drenagem procede-se a sutura de parede intestinal em dois planos (Schmieden e Cushing) com fio catagute cromado número 2.0, lavagem do cólon maior esquerdo com solução fisiológica 0.9% aquecida e reposicionamento das víceras na cavidade abdominal. A sutura da parede intestinal pode ser feita com Sultan, com fio catagute cromado número 0.6 e sutura de Wolf com fio seda número 2.0 para o fechamento da pele (DEARO e GONDOLFI, 1995).

Não se deve operar indiscriminadamente ou precipitadamente. Após decidir-se pelo tratamento cirúrgico deve-se considerar o valor do animal, o alto custo cirúrgico e os riscos quanto a sobrevivência do animal. O médico veterinário deve dispor de centro cirúrgico equipado e com equipe especializada para a realização da laparotomia (THOMASSIAN, 1995).

9 Profilaxia

A profilaxia consiste em um manejo adequado, observando regras alimentares e fornecimento de capim de boa qualidade, não picado (GOLOUBEFF, 1993).

Além disso, pouco ou excesso de movimentação, excitação, estresse, parasitismo, intoxicações, infecções podem levar ao aparecimento da síndrome cólica, portanto devem ser cuidadosamente controlados na propriedade (MEYER, 1995).

10 Referências Bibliográficas

BLOOD, D. C. et al, Clínica veterinária, editora Guanabara Koogan, 7 edição, 1991, RJ.

BOTTEON, P. T. L. et al, Cólica eqüina associada ao uso de amitraz, em Revista brasileira de medicina veterinária, volume 20, número 5, 1998.

DEARA, A. C. O. & GANDOL, W., Síndrome cólica em eqüinos após o uso de amitraz, em Revista brasileira de medicina veterinária, volume 17, número 4, 1995.

GOLOUBEFF, B, abdome agudo eqüino, editora varela, São Paulo, 1993, 174p.

LOPES, M. A., et al, Treatment of larg colon impaction , AAEP proceedings, volume 45, 1999.

MEYER, H., Alimentação de cavalos, editora varela, São Paulo, 1995, 303p.

Manual Merck de Veterinária, editora Roca, 8 edição, São Paulo, 2001, 1861p.

SMITH, B.P., Large animal Internal Medicine, Editora Mosty, 3 edicao, EUA, 2002.

THOMASSIAN, A., Enfermidade dos cavalos, editora varela, 3 edição, são Paulo, 1997.

Reestabelecimnto do transito intestinal em eqüinos, em revista da educação continuada CRMV, Volume 3, fascículo 1, São Paulo, 2000.

VIANA, F. A. B., Guia terapêutico veterinário, editora Cem, Lagoa Santa, MG, 2003, 324p.

“Todas as informações contidas nessa obra são de responsabilidade da autora.”

* Milena Cristina Leite Godoy
Médica Veterinária
CRMV MG 8180
Rua Vereador Eli Araújo, 306 apto 301
São João Del Rei – MG
CEP 36301202
E-mail: milegodoy@yahoo.com.br

Artigo gentilmente cedido pela autora para publicação no Portal Somática Educar.

