



CESARIANA EM FÊMEA EQUINA: RELATO DE CASO

AGUIAR, Paulo Felipe¹; MENTZ, Daiane Andréia¹; CARDONA, Rodrigo Otávio²

Palavras-chave: Distocia. Feto. Cesariana.

Introdução:

A duração da gestação na égua varia de 315 a 360 dias e é influenciada pelo tamanho da égua, pelo genótipo fetal e pela fase de estação de monta do período de concepção (HAFEZ, 2004). O parto na espécie equina é extremamente rápido e transcorre sob contrações vigorosas da musculatura uterina, abdominal e diafragmática (PRESTES, 2000). Diferente de outras espécies, o parto é precedido por uma diminuição nas concentrações de estrógeno circulantes e um aumento na progesterona (ALLEN, 1994).

A endometrite é o processo infeccioso que acomete o endométrio das éguas e pode ser causado por processos não específicos (THOMASSIAN, 1996). A endometrite infecciosa deve ser confirmada pelos sinais de infecção mais a confirmação da presença de microrganismos (REED e BAYLY, 2000).

A complicação mais frequente durante o parto é a distocia, sendo definida como parto difícil onde condições de origem materna ou fetal impedem a passagem e saída do feto através do canal do parto (LANÇA, 2010). A distocia pode resultar em lesão ou morte da égua ou do potro, e as ocorrências de distocia em égua estão abaixo de 1% (REED e BAYLY 2000). As opções de tratamento, no caso específico das éguas, são limitadas, destacando-se a repulsão e correção das anormalidades dos membros, cabeça e pescoço, a tração forçada, a fetotomia parcial ou total e a cesariana.

Este trabalho tem objetivo relatar e revisar o caso clínico de distocia e realização de uma cesariana em fêmea equina e posteriores complicações.

¹ Acadêmico do Curso de Medicina Veterinária da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ, felipevieira_aguiar@hotmail.com.

² Méd. Vet., Docente da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ.



Material e Métodos

Foi atendida no Hospital Veterinário da Universidade de Cruz Alta (HV-UNICRUZ), uma égua prenhe, da raça Crioula, com 10 anos de idade, pesando em torno de 600 kg. O proprietário relatou que o animal apresentava-se em trabalho de parto há três dias. Foi solicitado o auxílio de um médico veterinário local o qual encaminhou o animal para o HV – UNICRUZ.

Ao exame clínico, a paciente apresentou temperatura retal de 37,6°C, frequência cardíaca de 84 bpm, teste de reperfusão capilar (TRC) em 1,5sg, e mucosa rosada. Ao exame físico o animal apresentou-se com quadro abdominal álgico. Em seguida foi realizada a palpação transvaginal, na qual verificou-se o mau posicionamento fetal, onde apresentava-se longitudinalmente com flexão escapulo-umeral e lateral do pescoço e cabeça o que resultou em distocia. Após a tentativa frustrada de extração forçada do feto, optou-se pela intervenção cirúrgica.

Para o procedimento cirúrgico, foi realizado a medicação pré-anestésica (MPA) 0,5mg/kg de Xilazina 10% IV, e encaminhada para a sala de indução anestésica, onde recebeu pela mesma via 2,2mg/kg de Cloridrato de Cetamina, associada a 1mg/kg de Diazepam. Em seguida foi intubada com sonda endotraqueal nº 24 e acomodada na mesa cirúrgica em decúbito dorsal. Na manutenção anestésica utilizou-se oxigênio a 100% em sistema semiaberto.

Após o preparo da região para cirurgia asséptica, incidiu-se a linha media ventral a fim de ter acesso a cavidade abdominal, onde verificou-se a posição do útero gravídico, o qual foi exteriorizado e em seguida foi realizada a histerotomia e a retirada do feto, o qual encontrava-se em avançado estado de decomposição. Para a aproximação das bordas uterinas foi utilizado fio absorvível sintético nº 1 e padrão de sutura invaginante em duas camadas, nesse momento foi feito a lavagem abundante do local com solução salina morna, após a inspeção da cavidade abdominal foi realizada a miorrafia com fio absorvível sintético nº 2 em padrão de sutura tipo Sultan. O espaço morto foi reduzido com fio absorvível sintético nº 2-0, em padrão de sutura isolado simples.

Durante o procedimento foi administrado 11L de Ringer lactato e feito antibiótico profilaxia com 25mg/kg de Cefalosporina. Após adotou-se a terapêutica com 6.6mg/kg de Gentamicina IV/CID, associado a 15.000 UI de Penicilina Potássica IV/BID, durante dez dias. Como analgésico e anti-inflamatório, optou-se pela associação de 1.1mg/kg de Flunixin



Meglumine IV/BID e 4.4mg/kg de Fenilbutazona IV/CID ambos por 14 dias. Após o quarto dia de tratamento, utilizou-se como protetor gástrico 10ml de Omeprazol VO/BID, e para prevenir micro trombos administrou-se 2ml de heparina IV/CID durante 7 dias.

No terceiro dia pós-operatório, foi realizada uma lavagem intrauterina com 2L de Ringer Lactato, a fim de diminuir a alta carga de contaminação bacteriana.

A paciente demonstrou uma excelente recuperação ao procedimento cirúrgico e uma desejável involução uterina, porém, apresentou complicações de endotoxemia, levando a sinais clássicos de laminite e uma discreta endometrite a qual foi tratada terapêuticamente associado a lavagem intrauterina. Para a resolução da laminite adotou-se o tratamento terapêutico associado a intensa fluido terapia, tratamento térmico com água gelada e ferrageamento com ferradura de alumínio.

Resultados e Discussão

Segundo Reed e Bayly (2000) as causas fetais de distocia são a maior parte dos partos difíceis. Acredita-se que a principal razão razoável por isto sejam as anormalidades posturais dos membros fetais longos, já as causas maternas de distocia incluem torção uterina, pelve normalmente pequena, inércia uterina, imaturidade, constrição da cérvix ou da vagina e outras causas não relacionadas ao feto. No presente relato a causa da distocia foi o mal posicionamento fetal, concordando com os autores acima citados

De acordo com Smith (2006) a fêmea pode tentar repetidamente deitar-se e ficar em pé, isso é característico de fêmeas com distocia causada por desproporção feto-pélvica, má postura ou retenção fetal. Alternativamente, a fêmea pode ficar em pé tranquilamente, com esforço mínimo ou sem esforço, como nos casos de inércia uterina, ruptura uterina ou exaustão associada a distocia prolongada, por qualquer causa. Tal observação de Smith (2006) corrobora com o quadro observado neste relato, em que a égua encontrava-se em inércia uterina, provavelmente devido a inércia uterina.

Para Reed, Bayly (2000) e Allen (1994) as indicações para a cesariana incluem pelve anteriormente fraturada ou outra obstrução que provocou redução no diâmetro pélvico, pelve pequena de ocorrência natural, feto absolutamente grande parede abdominal ou ruptura de tendão pré-púbico, torção uterina incorrigível dentre outras. Essa cirurgia é eleita para casos de distocia irreduzíveis, ou quando é considerado que a cirurgia pode elevar a sobrevivência do potro. No presente caso optou-se pelo procedimento cirúrgico, devido ao mal posicionamento



e a morte do feto associado ao adiantado estado de decomposição do mesmo, concordando com os autores acima citados

Reed e Bayly (2000) recomendam os locais operatórios possíveis num animal em decúbito incluem as abordagens baixas por ambos os flancos, paramediana e na linha média. A incisão pela linha média ventral é mais comumente utilizada e apresenta vantagem de conferir excelente exposição ao útero. O local da cirurgia pode torna-se infectado com qualquer das abordagens. A drenagem de uma incisão infectada na linha média é excelente, porém necessita de uma incisão mais longa que nas demais abordagens. No presente caso optou-se pela cesariana, devido a impossibilidade da extração forçada ou fetotomia, pela relação tamanho feto-mãe e pelo estado que se encontrava o potro e a égua.

Conclusão:

A distocia na espécie equina é rara de ocorrer, devido à conformação anatômica e alto potencial de contração muscular; entretanto quando se utiliza cruzamentos inadequados que possam aumentar a proporção de tamanho feto mãe esse índice tende a aumentar. Para a resolução do parto distócico existem variadas técnicas, cada uma adequando-se as situações individuais. Ressaltando que durante a gestação o estado nutricional da égua tem relevante importância na hora do parto e posteriores problemas.

Referencias:

ALLEN, W. E. **Fertilidade e obstetrícia equina**. São Paulo: Varela, 1994.

HAFEZ, E. S. E.; HAFEZ, B. **Reprodução animal**. 7. ed. São Paulo: Manole, 2003.

LANÇA, F. **O parto da égua e suas possíveis complicações**. Disponível em:
<http://byvet.blogspot.com.br/2010/09/o-parto-da-egua-e-suas-possiveis_26.html> Acesso em: 08 Set 2014.

PRESTES, N. C. O parto distócico e as principais emergências obstétricas em equinos / Dystocic parturition and main obstetric emergencies in equines. **Revista Educação Continuada**. CRMV-SP / Continuous Education Journal CRMV-SP, São Paulo, volume 3, fascículo 2, p. 40 - 46, 2000.

REED, M. S.; BAYLY, M. W. **Medicina interna Equina**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

SMITH, B. P. Alterações na Função Sexual. In: **Medicina Interna de Grandes Animais**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2006.



**XIX
Seminário**
Interinstitucional
de Ensino, Pesquisa e Extensão

**XVII
Mostra**
de Iniciação Científica

**XII
Mostra**
de Extensão

**I
Mostra**
de Pós-Graduação



THOMASSIAN, A. **Enfermidades dos cavalos**. 3. ed. São Paulo: Varela, 1996.

TONIOLLO, G. H., VICENTE, W. R. R. **Manual de Obstetrícia Veterinária**. São Paulo: Varela, 1993.