

TORÇÃO E RUPTURA UTERINA EM ÉGUA DA RAÇA PURO SANGUE INGLÊS NO TERÇO FINAL DA GESTAÇÃO

Milena Miolo Antunes¹; Isabella Mitteregger Susin², Bianca de Fátima Dallo²; Leandro Américo Rafael²; Carlos Eduardo Wayne Nogueira²; Bruna da Rosa Curcio³

¹Universidade Federal de Pelotas - milenaantunes2@outlook.com

²Universidade de Caxias do Sul - imsusin@ucs.br

²Universidade Federal de Pelotas - biancadallo@ufpr.br

²Universidade Federal de Pelotas – leandro_arvet@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – cewnogueira@gmail.com

³ Universidade Federal de Pelotas – curciobruna@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

As torções uterinas são responsáveis por 5 a 10% das distocias graves em equinos, sendo caracterizada pela rotação longitudinal do útero sobre seu próprio eixo, podendo ocorrer em sentido horário ou anti-horário. Seu tratamento é variável de acordo com a gravidade da torção e a presença de ruptura uterina.

O grau de torção influencia diretamente nos sinais clínicos e no tratamento, pois quanto maior o grau, maior será a restrição sanguínea para o útero, placenta e conseqüentemente para o feto, causando em alguns casos congestão, isquemia, ruptura uterina e morte fetal. A manifestação clínica se manifesta com presença de sudorese, cavar, jogar-se no chão, rolar, olhar para o flanco, entre outros sinais de síndrome de cólica equina, e por estar relacionado ao terço final da gestação, pode se assemelhar a mímicas de parto ou aborto.

O objetivo deste trabalho é descrever um caso de torção e ruptura uterina em uma égua da raça Puro Sangue Inglês no terço final da gestação.

2. RELATO DE CASO

Um equino, fêmea, da raça Puro Sangue Inglês, de 15 anos utilizada para reprodução, mantida exclusivamente a campo e com gestação de 10 meses, foi encaminhada ao Hospital de Clínicas Veterinárias – HCV UFPEL após episódio de desconforto abdominal. Segundo o histórico, o quadro iniciou na propriedade no dia anterior, sendo realizado atendimento emergencial, administrado flunixin meglumine 1.1 mg/kg IV, sedacol 200 ml IV e gluconato de cálcio 0,05 mg/kg IV diluído em 10 litros de ringer com lactato, sendo 20 ml por litro. Mesmo com a terapia instituída, apresentava dor severa, sudorese, jogava-se no chão, rolava e cavava.

Ao chegar no HCV foi realizado exame clínico geral e exame clínico específico de sistema digestório, sondagem nasogástrica, ultrassonografia transabdominal e palpação transretal para avaliação do quadro.

No exame clínico imediato apresentava sudorese, frequência cardíaca de 120 batimentos por minuto, frequência respiratória de 40 movimentos por minuto, temperatura corpórea de 37,0° C, mucosa ocular congesta e mucosa oral rósea com fundo ictérico e motilidade intestinal reduzida e com presença de distensão abdominal moderada em todos os quadrantes. Demonstrava sinais de dor intensa se jogando no tronco de contenção. A fim de controlar a dor, foi administrado

dipirona acrescido de hioscina (Buscopan) 25 mg/kg IV, porém não houve remissão do desconforto.

Na sondagem nasogástrica foi recuperado de forma espontânea dois litros de conteúdo fermentado, fétido, com pH 7,0 compatível com conteúdo intestinal. Já na palpação transretal foi possível recuperar do reto apenas uma síbala ressecada e com muco e possível palpar o útero gravídico, sendo constatado a tensão dos ligamentos largos, espiralando na direção da torção (sentido anti-horário). O ligamento direito se encontrava tenso e atravessado sobre o útero, enquanto o esquerdo se estendia no sentido ventral sob o órgão.

Na abdominocentese recuperou-se grande quantidade de sangue, não sendo possível avaliar o lactato peritoneal. Além disso, apresentava desidratação moderada com hematócrito de 51%, proteínas plasmáticas totais de 9,0 g/dL e lactato sérico de 4,2 mmol/dL.

Durante o exame de ultrassonografia transabdominal foi possível visualizar a parede uterina espessada com edema, representada por parede dupla por todo abdômen ventral, medindo 4,91cm. Na avaliação fetal, houve a constatação de que não havia batimentos cardíacos, indicando que o feto se encontrava em óbito.

Após os achados do exame clínico, ultrassonografia transabdominal e transretal, dor não responsiva a analgesia e suspeita de torção uterina, optou-se pelo encaminhamento cirúrgico da paciente para realização de celiotomia e cesariana de emergência. Como terapêutica pré-operatória instituída, foi realizada a administração de hidrocortisona 4 mg/kg, solução hipertônica (2 litros) e fluidoterapia parenteral.

No procedimento cirúrgico, antes mesmo da incisão do peritônio foi possível visualizar líquido sanguinolento na cavidade. Ao acessar a cavidade houve a drenagem de muito sangue livre advindo do útero. Durante a exploração da cavidade abdominal, a torção foi confirmada e pode-se palpar, do lado direito, uma ruptura uterina com cerca de 30 centímetros, se estendendo no sentido ventrodorsal. Após a localização do útero, foi realizada manobra para reposicionamento em sentido horário, na sequência uma porção do corno gravídico foi exteriorizada e após localizado o membro pélvico do feto, foi realizada uma incisão do corno gravídico e envoltórios fetais, com posterior tração e retirada do feto que se encontrava sem vida, sendo o cordão umbilical imediatamente rompido. Para a manobra de retirada do potro o útero foi mantido ancorado, na tentativa de evitar a contaminação da cavidade abdominal. Já sem o potro, e finalizada a sutura da incisão do corno gravídico foi realizada tentativa de suturar a ruptura uterina, porém como não foi possível exteriorizar toda sua extensão, e devido a localização até o ligamento largo esquerdo do útero, não foi possível concluir a síntese.

Levando em consideração as condições gerais da égua, como a hipotensão advinda da anestesia e massiva hemorragia uterina, além de que não era possível exteriorizar o útero para realizar a hemostasia e sutura da ruptura, a eutanásia foi realizada. Na necropsia foi possível identificar a torção uterina, indicando uma rotação de mais de 360° em sentido anti-horário, além de a ruptura ter uma extensão maior do que 30 cm, se estendendo da base uterina e paralelo ao ligamento largo do útero.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As rupturas uterinas em éguas normalmente ocorrem no terço final da gestação e a sua origem ainda não é bem esclarecida, porém existem relatos relacionados ao excesso de movimento da matriz e/ou do feto, por hipertonia

uterina, flacidez do miométrio, entre outros. No caso relatado, a paciente também estava em terço final de gestação, porém não foi relacionado a alguma causa específica, devido à falta de histórico prévio do comportamento do animal. No Brasil, ainda há poucos casos relatados sobre este assunto, sendo ainda mais raro relatos de torções em sentido anti-horário com posterior ruptura da parede uterina.

Os sinais clínicos descritos em torções maiores de 180° são compatíveis com os apresentados pela paciente, como sudorese, cavar, coices em direção ao flanco, jogar-se no chão, taquicardia, hipovolemia, depressão, peritonite e hipertermia. No presente relato, hipertermia não foi constatado. A paciente apresentava desconforto não responsivo a analgesia, tentando jogar-se no chão, com taquicardia variando do momento em que chegou ao HCV, com 120 batimentos por minuto (bpm), baixando até 72 bpm pré-indução anestésica.

A desidratação foi constatada através do valor de hematócrito de 51%, proteínas plasmáticas totais de 9,0 g/dL e prega cutânea de 4 segundos. A peritonite e possível hipovolemia constatou-se pela presença de sangue livre no abdômen. Dessa forma, foi administrada a solução hipertônica além da fluidoterapia, na tentativa de corrigir a hidratação e volemia dentro dos vasos. A apatia apresentada corrobora com a depressão citada na literatura

O diagnóstico se dá através da palpação transretal, em que estará presente em uma torção de sentido horário a restrição do cólon e do intestino delgado, limitando a exploração do abdômen. Em uma torção de sentido anti-horário, torna-se palpável mais cranialmente o ligamento uterino direito, em espiral e distendido, como no caso relatado. Através da palpação vaginal, caso a cérvix se encontre aberta, estará restrita pela torção.

Pode-se utilizar a ultrassonografia transretal para avaliação dos vasos uterinos e dos ligamentos e ultrassonografia transabdominal, podendo ser utilizado as janelas da técnica FLASH, como nesse caso foi visualizado espessamento de 4,91cm da parede uterina (valor de referência até 1cm), líquido livre, pregas uterinas, dobras placentárias e ausência de batimentos cardíacos do feto.

4. CONCLUSÕES

Conclui-se com o presente relato que emergências em éguas gestantes possuem grande impacto na criação de equinos, sendo necessário atendimento precoce e imediato, tornando viável a sobrevivência da égua e do potro. Além disso é de extrema importância avaliações gestacionais constantes, associadas a fatores de manejo, diminuindo assim os riscos de perdas materno-fetais.

5. AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Universidade Federal de Pelotas. Os autores agradecem ao Ministério de Educação (MEC), a Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão das bolsas de Residência Multiprofissional e de Mestrado em Medicina Veterinária, respectivamente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, Mayara et al. **Uterine torsion in mare in the middle third of gestation: case report**. Scientific Eletronic Archives, [S. l.], vol. 15, out. 2022.
2. ANAIS DO XXV CONGRESSO BRASILEIRO DE REPRODUÇÃO ANIMAL (CBRA-2023), 2023, Belo Horizonte, MG. **Manejo das principais anormalidades gestacionais em éguas [...]**. [S. l.: s. n.], 2023.
3. Barber, S. M. **Torsion of the Uterus: A Cause of Colic in the Mare**. Canadian Veterinary Journal, vol. 20, p. 165-167, June 1979.
4. MARTENS, K.A et al. **Uterine torsion in the mare: a review and three case reports**. Vlaams Diergeneeskundig Tijdschrift, [S. l.], p. 77, 2008.
5. ROBINATO, Anna et al. **Torção uterina em égua - relato de caso**. Revista Agrária Acadêmica, [S. l.], p. 6, Nov/Dez 2021.
6. W. WESLEY SUTTER, DVM. **Diagnosis and Surgical Treatment of Uterine Lacerations in Mares** (33 Cases. CABI Digital Library Terms & Conditions, [S. l.], p. 357-360, 2003.