

Estabilização de Paciente Canino com Pneumotórax Hipertensivo – Relato de Caso

Maria Luiza Castilho Baldi, Dhara Miranda Machado Póvoa, Isabela Sixel Estiguer, Felipe Lopes da Silva, Gabriel Henrique Catenacci Barbosa, Victor Hugo Rabelo de Carvalho,, Gabriel Carrilho Roçado da Fonseca, Renato Leão Sá de Oliveira

ODS3
Ciências Biológicas e da Saúde

Introdução

O pneumotórax é caracterizado pelo acúmulo de ar na cavidade pleural, comprometendo a pressão negativa intrapleural, fundamental para a expansão pulmonar. Essa alteração pode levar ao colapso pulmonar e à insuficiência respiratória. A condição pode ser classificada de acordo com o estado do tórax (aberto ou fechado), a etiologia (traumática, espontânea ou iatrogênica) e a progressão (simples ou hipertensiva).

Objetivo

O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma paciente canina, 14 anos, da raça Boxer, admitida no setor de emergência do Hospital Veterinário da UFV com quadro de pneumotórax hipertensivo.

Relato de caso

A paciente apresentava dispneia grave, com estertores e abafamento dos campos pulmonares à ausculta, além de hipoxemia acentuada (SpO_2 : 89%). Para estabilização inicial, foram instituídas oxigenoterapia e sedação com butorfanol (0,4 mg/kg/IV). No exame TFAST, não foram observadas linhas B significativas, porém o deslizamento pleural não estava claramente visível. O exame radiográfico de tórax evidenciou pneumotórax grave em ambos os hemitórax.

Após a realização de toracocentese bilateral, houve melhora do padrão respiratório e da saturação de oxigênio. Contudo, a paciente continuou apresentando pneumotórax, exigindo drenagens seriadas e, posteriormente, a inserção de um dreno torácico.

O protocolo anestésico de indução para inserção do dreno torácico incluiu midazolam, fentanil e propofol. A paciente foi intubada e mantida sob oxigenoterapia e infusão contínua de propofol. Para anestesia regional, realizou-se bloqueio intercostal em quatro pontos com lidocaína a 1% e ropivacaína a 0,37% (volume: 0,1 mL/kg/ponto). Durante o acesso ao espaço pleural para a inserção do dreno, a paciente apresentou hipoxemia grave, com SpO_2 atingindo 55%, prontamente revertida após a drenagem do pneumotórax. Na recuperação, a paciente manteve produção contínua de ar na cavidade pleural, exigindo a conexão do dreno a um sistema de sucção contínua.

Diante do quadro clínico, a principal suspeita diagnóstica foi de bolhas pulmonares que podem ter se rompido após um possível trauma, criando uma comunicação entre a superfície alveolar e o espaço pleural. A paciente permaneceu com o dreno torácico por seis dias, sendo dois deles sob sucção contínua. Após a retirada do dreno, ainda foram necessárias toracocenteses em episódios de agitação e dispneia. Houve melhora clínica progressiva, com reestabelecimento da pressão negativa pleural e alta médica 12 dias após a admissão.



Imagem 1:: Paciente com dreno torácico acoplado a um sistema de sucção contínua.

Fonte: Hospital Veterinário da UFV.

Conclusões

Este relato evidencia a importância do manejo emergencial do pneumotórax hipertensivo, bem como da monitoração contínua até sua resolução, incluindo sedação para tranquilização, oxigenoterapia, toracocentese e inserção de dreno torácico.

Apoio Financeiro