



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL GOIANO CAMPUS URUTÁI
GRADUAÇÃO EM MEDICINA VETERINÁRIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO
(Clínica Médica e Cirúrgica de Grandes Animais)

Aluno: Luiz Fernando Cavalcante Faria
Orientador: Prof. Dr. Pedro Augusto Cordeiro Borges

URUTÁI
2025

LUIZ FERNANDO CAVALCANTE FARIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO

(Clínica Médica e Cirúrgica de Grandes Animais)

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Medicina Veterinária do Instituto Federal Goiano – Campus Urutaí como parte dos requisitos para conclusão do curso de graduação em Medicina Veterinária.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Augusto Cordeiro Borges

Supervisor: Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Campebell

URUTAÍ

2025

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema Integrado de Bibliotecas do IF
Goiano - SIBi**

Faria, Luiz Fernando Cavalcante de
C377m Manejo clínico-cirúrgico de síndrome cólica equina
associada à compactação de íleo - relato de caso / Luiz
Fernando Cavalcante de Faria. Urutaí 2025.

50f. il.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Augusto Cordeiro Borges.
Coorientadora: Profª. Dra. Rita de Cássia Campebell.

Tcc (Bacharel) - Instituto Federal Goiano, curso de 0120124 -
Bacharelado em Medicina Veterinária - Urutaí (Campus Urutaí).

I. Título.

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR PRODUÇÕES TÉCNICO-CIENTÍFICAS NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DO IF GOIANO

Com base no disposto na Lei Federal nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, AUTORIZO o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano a disponibilizar gratuitamente o documento em formato digital no Repositório Institucional do IF Goiano (RIIF Goiano), sem resarcimento de direitos autorais, conforme permissão assinada abaixo, para fins de leitura, download e impressão, a título de divulgação da produção técnico-científica no IF Goiano.

IDENTIFICAÇÃO DA PRODUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA

- Tese (doutorado)
 Dissertação (mestrado)
 Monografia (especialização)
 TCC (graduação)
- Artigo científico
 Capítulo de livro
 Livro
 Trabalho apresentado em evento
- Produto técnico e educacional - Tipo: []

Nome completo do autor:
Luiz Fernando Cavalcante Faria

Matrícula:
2021101202240082

Título do trabalho:
Manejo clínico-cirúrgico de síndrome cólica equina associada à compactação de íleo - relato de caso

RESTRIÇÕES DE ACESSO AO DOCUMENTO

Documento confidencial: Não Sim, justifique:

[]

Informe a data que poderá ser disponibilizado no RIIF Goiano: 12 / 12 / 2025

O documento está sujeito a registro de patente? Sim Não

O documento pode vir a ser publicado como livro? Sim Não

DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO-EXCLUSIVA

O(a) referido(a) autor(a) declara:

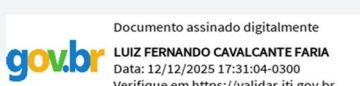
- Que o documento é seu trabalho original, detém os direitos autorais da produção técnico-científica e não infringe os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade;
- Que obteve autorização de quaisquer materiais inclusos no documento do qual não detém os direitos de autoria, para conceder ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano os direitos requeridos e que este material cujos direitos autorais são de terceiros, estão claramente identificados e reconhecidos no texto ou conteúdo do documento entregue;
- Que cumpriu quaisquer obrigações exigidas por contrato ou acordo, caso o documento entregue seja baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano.

Urutáí

12 / 12 / 2025

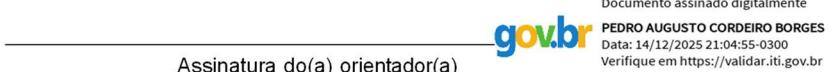
Local

Data



Assinatura do autor e/ou detentor dos direitos autorais

Ciente e de acordo:



Assinatura do(a) orientador(a)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO

Ata nº 22/2025 - CCBMV-URT/GE-UR/DE-UR/CMPURT/IFGOIANO

ATA DE APROVAÇÃO DE TRABALHO DE CURSO

Às 10 horas do dia 11 de dezembro de 2025, reuniu-se no auditório do Hospital Veterinário do IF Goiano - Campus Urutaí, a Banca Examinadora do Trabalho de Curso intitulado " Relatório de Estágio Supervisionado e Trabalho de Conclusão de curso: Manejo Clínico-Cirúrgico de Síndrome Cólica Equina Associada a Compactação de Íleo - Relato de Caso, composta pelos membros Pedro Augusto Cordeiro Borges, Saulo Humberto de Ávila Filho e José Roberto Ferreira Alves Júnior, para a sessão de defesa pública do citado trabalho, requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Medicina Veterinária. Abrindo a sessão o orientador e Presidente da Banca Examinadora, Prof. Pedro Augusto Cordeiro Borges, após dar a conhecer aos presentes a dinâmica da defesa, passou a palavra ao bacharelando Luiz Fernando Cavalcante Faria para apresentação de seu trabalho. Para fins de comprovação, o discente Luiz Fernando Cavalcante Faria foi considerado, APROVADO por unanimidade, pelos membros da Banca Examinadora.

Assinatura dos membros da Banca Examinadora	Situação (Aprovado ou Não Aprovado)
1. Pedro Augusto Cordeiro Borges	APROVADO
2. Saulo Humberto de Ávila Filho	APROVADO
3. José Roberto Ferreira Alves Júnior	APROVADO

Urutaí-GO, 11 de dezembro de 2025.

Documento assinado eletronicamente por:

- Pedro Augusto Cordeiro Borges, PROFESSOR ENS BASICO TECN TECNOLOGICO , em 11/12/2025 13:40:39.
- Saulo Humberto de Avila Filho, MEDICO VETERINARIO, em 11/12/2025 13:49:19.
- Jose Roberto Ferreira Alves Junior, PROFESSOR ENS BASICO TECN TECNOLOGICO , em 11/12/2025 15:29:13.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 11/12/2025. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.ifgoiano.edu.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 773516
Código de Autenticação: ec45a1175c



INSTITUTO FEDERAL GOIANO
Campus Urutaí
Rodovia Geraldo Silva Nascimento, Km 2.5, SN, Zona Rural, URUTAÍ / GO, CEP 75790-000
(64) 3465-1900

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pela força, sabedoria e luz que me guiaram em cada etapa desta jornada, permitindo que este dia tão almejado se concretizasse.

Direciono meu agradecimento mais afetivo a toda a minha família. Em especial à minha mãe, Valcirene Cavalcante Morais, pelo amor incondicional, pela força constante e por ser meu maior exemplo de resiliência. Ao meu padrasto, Amadeu Jorge de Faveri, pelo apoio fundamental que me manteve durante toda a faculdade. Aos meus avós, Donizete Divina de Fátima Cavalcante e Antônio Donizete de Morais, pelos valores transmitidos e pelo carinho que sempre me guiou. Às minhas irmãs, Mariana Morais de Faveri, Ana Clara Pires Faria e Isadora Pires Faria, pelo carinho e incentivo durante esta fase. A minha namorada, Kamila Alves de Souza, pela parceria, e apoio inabalável em todos os momentos.

Aos meus amigos Caio Henrique Silva Souto, Marcelo Santos Olímpio Barbosa, Luan Filipe Oliveira Alves, Isac Duarte Morais e Danilo Vatanabe de Menezes, agradeço pela parceria, apoio e pelas conversas que tornaram esta etapa mais leve.

Expresso minha sincera gratidão aos Médicos Veterinários que foram mentores essenciais na minha formação prática: Fernando Marcondes, Suyan Brethel, Ana Carolina Camargo, Humberto de Lima, Breno Portella, Julliano Augusto de Oliveira, Flávia Rejane e Álvaro Lúcio Romano. Sou profundamente grato pela oportunidade de ter acompanhado seu trabalho, pela paciência com meu processo de aprendizado e pela forma generosa com que compartilharam conhecimento técnico e experiência.

Aos preceptores e residentes do Hospital Veterinário de Grandes Animais da UnB, em especial à Profª. Rita de Cássia Campbell, pela orientação, supervisão e confiança depositadas em mim durante o estágio. Sua mentoria foi um pilar fundamental para meu crescimento.

Aos meus professores, que foram faróis de conhecimento, em especial a Carla Faria Orlandini, José Roberto Ferreira Alves Júnior, Hugo Perón, Wesley José de Souza e Ruan da Cruz Paulino, cuja paixão pelo ensino e pela Medicina de Grandes Animais foi verdadeiramente inspiradora e crucial para me aproximar a esta área.

Por fim, agradeço ao meu orientador, Prof. Pedro Augusto Cordeiro Borges, por ter me guiado com tanta paciência e sabedoria, compartilhando seu conhecimento e me auxiliando nesta reta final da jornada. Sua orientação foi fundamental para a concretização deste trabalho.

“O verdadeiro profissional não se limita pelas dificuldades: ele cuida, persiste e transforma obstáculos em degraus para alcançar seus sonhos.”

— Albert Schweitzer

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO 1 - RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO

Figura 1 – Área central do galpão principal do Hvet-UnB. (A). Brete de contenção de bovinos. (B) Baia adaptada à animais debilitados. (C) Bretes de contenção de equideos.....	14
Figura 2 - Área central do galpão principal do Hvet-UnB. (A) Recepção. (B) Farmácia. (C) Almoxarifado. (D) Refeitório e área de descanso.....	15
Figura 3 - Bloco cirúrgico do Hvet-UnB. (A) Centro cirúrgico. (B) Sala de cirurgias em estação. (C) Sala de Indução e recuperação anestésica. (D) Sala de esterilização. (E) Lavanderia.....	16
Figura 4 - Baias do galpão secundário do Hospital Veterinário de Grandes Animais da UnB.....	17
Figura 5 - Setor de isolamento I do Hospital Veterinário de Grandes Animais da UnB.....	18
Figura 6 - Galpão de isolamento II do Hvet-UnB. (A) Baias e brete do isolamento II. (B) Baias de pequenos ruminantes ou suínos. (C) Baia contendo placa de aviso sobre animal positivo para AIE.....	19
Figura 7 - Sala de necropsia do Hospital Veterinário de Grandes Animais da UnB	20
Figura 8 - Área de piquetes do Hvet-UnB. (A) Piquetes. (B) Coleta de líquido ruminal em bovino doador pertencente a instituição.....	20
Figura 9 - Área do curral do Hvet-UnB. (A) Curral de manejo. (B) Brete de contenção	21
Figura 10 - Distribuição percentual dos grupos de afecções por espécie animal dos pacientes atendidos no Hvet-UnB no período de 10 de agosto à 10 de novembro de 2025	28

CAPÍTULO 2 - MANEJO CLÍNICO CIRÚRGICO DE SÍNDROME CÓLICA EQUINA ASSOCIADA À COMPACTAÇÃO DE ÍLEO - RELATO DE CASO

Figura 1 - Animal apresentando desvio angular de oclusão inerente ao procedimento de osteossíntese mandibular.....	34
Figura 2 - Imagem ultrassonográfica de corte transversal de segmentos de intestino delgado, demonstrando distensão por líquido e gás.	36

Figura 3 - Procedimento de drenagem do conteúdo do intestino delgado no transoperatório. (A) Exposição das alças de intestino delgado. (B) Drenagem do conteúdo.....	37
Figura 4 - Lavagem do conteúdo intestinal em equino submetido à celiotomia exploratória.....	38
Figura 5 - Dinâmica dos níveis séricos de fibrinogênio durante o período pós-operatório de equino submetido à celiotomia exploratória.....	40
Figura 6 - Curativo com bandagem compressiva em equino no período pós-operatório de celiotomia exploratória	41
Figura 7 - Evolução da cicatrização da ferida cirúrgica em equino no período pós-operatório de celiotomia exploratória. (A) Ferida no dia 7; (B) Ferida no dia 20; (C) Dreno tubular utilizado para higienização da ferida; (D) Ferida no dia 45; (E) Ferida no dia 60.	41

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO 1 - RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO

Tabela 1 - Quantitativo de casos atendidos Hvet-UnB no período de 10 de agosto à 10 de novembro de 2025 e respectivas espécies.....	24
Tabela 2 - Casos atendidos no Hvet–UnB no período de 10 de agosto a 10 de novembro de 2025, classificados por modalidade de atendimento (Clínica Médica e Clínica Cirúrgica).....	25
Tabela 3 - Contabilização de afecções atendidas no Hvet – UnB no período de 10 de agosto à 10 de novembro de 2025, classificadas por tipo de afecção e espécie acometida.....	25
Tabela 4 - Procedimentos cirúrgicos realizados no Hvet - UnB no período de 10 de agosto à 10 de novembro de 2025, por sistema alvo.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SEAGRI – DF - Secretaria de Agricultura do Distrito Federal

SID - *Semel in die* (Uma vez ao dia)

QID - *Quater in die* (Quatro vezes ao dia)

AIE - Anemia Infecciosa Equina

HVET UnB - Hospital Veterinário de Grandes Animais da Universidade de Brasília

BPM - Batimentos por minuto

FC - Frequência Cardíaca

FR - Frequência Respiratória

RPM - Respirações por minuto

TPC - Tempo de preenchimento capilar

IV - Intravenosa

IM - Intramuscular

SC - Subcutânea

PHMB – Polihexametileno-biguanida

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO.....	11
1 IDENTIFICAÇÃO	11
1.1 Nome do aluno.....	11
1.2 Matrícula	11
1.3 Nome do supervisor	11
1.4 Nome do orientador	11
2 LOCAL DE ESTÁGIO	12
2.1 Nome do local estágio.....	12
2.2 Localização	12
2.3 Justificativa de escolha do campo de estágio	12
3 DESCRIÇÃO DO LOCAL E DA ROTINA DE ESTÁGIO	13
3.1 Descrição do local de estágio	13
3.2 Descrição da rotina de estágio.....	21
3.3 Resumo quantificado de atividades	24
4 DIFICULDADES VIVENCIADAS.....	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
 CAPÍTULO 2 - MANEJO CLÍNICO-CIRÚRGICO DE SÍNDROME CÓLICA EQUINA ASSOCIADA À COMPACTAÇÃO DE ÍLEO - RELATO DE CASO.....	 31
RESUMO	31
ABSTRACT.....	31
INTRODUÇÃO	32
RELATO DE CASO.....	34
DISCUSSÃO.....	42
CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

CAPÍTULO 1 - RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO

1 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome do aluno

Luiz Fernando Cavalcante Faria, nascido e criado na zona rural de Piracanjuba – GO, onde desenvolveu desde cedo uma afinidade natural pelos grandes animais. Essa vivência no campo despertou o interesse pela área motivando-o a seguir carreira na medicina veterinária. Em 2021, ingressou no curso de bacharelado em Medicina Veterinária no Instituto Federal Goiano – Campus Urutáí, onde participou de diversos projetos acadêmicos que fortaleceram sua formação e ampliaram sua experiência prática na área de grandes animais.

1.2 Matrícula

2021101202240082.

1.3 Nome da supervisora

Professora Doutora Rita de Cássia Campebell, graduada em Medicina Veterinária pela Universidade Estadual de Londrina (1987-1991), possui residência em Cirurgia de Grandes Animais pela UNESP (1993-1994), mestrado em Medicina Veterinária (1995-1997) e doutorado em Cirurgia Veterinária (1999-2003), também pela UNESP. Atualmente é Professora Adjunta de Clínica Cirúrgica de Grandes Animais da Universidade de Brasília (UnB), onde também coordena o Conselho de Residência em Medicina Veterinária. Integrou o Conselho Deliberativo do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Anestesiologia Veterinária (2019-2020) e atua como relatora em revistas científicas da área. Tem experiência consolidada em Medicina Veterinária, com ênfase em Clínica Cirúrgica de Grandes Animais, especialmente em equinos e bovinos, além de ter atuado como docente e gestora em diferentes instituições de ensino superior.

1.4 Nome do orientador

Professor Doutor Pedro Augusto Cordeiro Borges, Bacharel em Medicina Veterinária pela Universidade Federal Rural do Semi-Árido (2009 - 2013). Em 2014 Aprimoramento profissional no Hospital Veterinário Jerônimo Dix-Huit Rosado Maia, na área de Clínica e Cirurgia de Grandes Animais. Realizou Residência em Área Profissional da Saúde, com ênfase em Clínica e Cirurgia de Grandes Animais, pela mesma instituição (2015-2017). Concluiu o Mestrado em Ciência Animal (Clínica,

Cirurgia e Patologia) pela Universidade Federal de Goiás – EVZ/UFG, em 2019, e o Doutorado em Ciência Animal pela mesma universidade, em 2025. Atualmente é Professor no curso de Medicina Veterinária do Instituto Federal Goiano – Campus Urutaí, com experiência em Clínica e Cirurgia de Grandes Animais, especialmente em Medicina Equina, além de atuar em ensino, desenvolvimento de produtos educacionais e metodologias de ensino e avaliação.

2 LOCAL DE ESTÁGIO

2.1 Nome do local estágio

Hospital Veterinário de Grandes Animais da Universidade de Brasília (Hvet-UnB). Fundado em 2002 através de uma parceria entre Governo Federal e a Universidade de Brasília, possui o objetivo de proporcionar a formação qualificada de alunos de graduação e médicos veterinários através da vivência prática instituída por programas de estágio, projetos de ensino, pesquisa e extensão, além de programas de pós - graduação nas modalidades *latu sensu* (residência profissional) e *stricto sensu* (Mestrado e doutorado), que são conduzidos e supervisionados por professores da universidade em conjunto com os responsáveis técnicos.

2.2 Localização

SRB – Área Especial, galpão 4, Granja do Torto, Brasília-DF.

2.3 Justificativa de escolha do campo de estágio

Ao longo da graduação, sempre houve maior interesse pela área de grandes animais, especialmente nas áreas de clínica, cirurgia, reprodução e nutrição. Esse interesse motivou a participação em projetos de ensino e extensão, além de diversos estágios que fortaleceram a experiência prática. Assim, a escolha do estágio ocorreu de forma natural, com o intuito de aprofundar os conhecimentos na área. O Hospital Veterinário de Grandes Animais da Universidade de Brasília foi selecionado pela sua ampla casuística, pela qualidade de sua equipe e pela intenção futura de ingressar em seu programa de residência.

3 DESCRIÇÃO DO LOCAL E DA ROTINA DE ESTÁGIO

3.1 Descrição do local de estágio

O Hvet-UnB realizava atendimento clínico, cirúrgico e diagnóstico a equídeos (equinos, muares e asininos), bovinos, suínos e pequenos ruminantes (caprinos e ovinos), incluindo cirurgias de diversas especialidades e níveis de complexidade, exames de imagem como ultrassonografia, radiografia e endoscopia além de exames laboratoriais variados e procedimentos como artroscopias, biópsias e necropsias. O hospital funcionava de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, oferecendo plantões 24 horas para atendimentos emergenciais, além de atendimentos a campo mediante agendamento prévio.

A equipe do Hospital-Escola de Grandes Animais da UnB era composta por um corpo técnico e acadêmico diversificado, sendo três Médicos Veterinários responsáveis técnicos, além de seis docentes que atuavam nas disciplinas de clínica médica, cirurgia de grandes animais e anestesiologia. O hospital também contava com oito Médicos Veterinários residentes, sendo seis dedicados ao programa de residência em clínica médica e cirúrgica de grandes animais e dois à anestesiologia animal.

Além disso, o hospital recebia o apoio de estagiários da UnB e de outras universidades, que estavam no último período da graduação, contribuindo para o bom funcionamento da rotina hospitalar. A equipe administrativa e de suporte incluía um administrador de finanças e mercadorias e profissionais terceirizados: quatro seguranças que atuavam 24 horas, quatro tratadores, três auxiliares de limpeza e uma auxiliar de lavanderia.

No que diz respeito à infraestrutura, esta era organizada em setores que permitiam o manejo adequado dos animais conforme o estado clínico e as necessidades de cada caso, garantindo eficiência, biossegurança e bem-estar animal. O complexo era dividido em cinco principais áreas: galpão principal, galpão secundário, setor de isolamento, piquetes e um galpão destinado à atividades acadêmicas e administrativas, que dispunham de três salas de aula, um escritório, almoxarifado, refeitório e banheiros masculino e feminino.

O galpão principal, localizado na área central do hospital, abrigava os animais que requeriam cuidados intensivos, incluindo casos críticos e pós-operatórios imediatos. Esse setor contava com sete baías em funcionamento, sendo uma

adaptada como baia maternidade e outra preparada para receber animais com dificuldade em se manter em estação (Figura 1 A), equipada com uma talha para auxiliar na sustentação do animal quando necessário, além de sistema de oxigênio para suporte respiratório durante o tratamento e estabilização dos pacientes em estado crítico. Além disso, o setor contava com quatro bretes de contenção, sendo três destinados a equídeos (Figura 1 B) e um a bovinos (Figura 1 C).

Figura 1 – Área central do galpão principal do Hvet-UnB. (A). Brete de contenção de bovinos. (B) Baia adaptada à animais debilitados. (C) Bretes de contenção de equideos.



Fonte: Arquivo pessoal, 2025.

Na mesma área se localizava a sala de recepção (Figura 2 A), farmácia (Figura 2 B), laboratório clínico, almoxarifado (Figura 2 C), refeitório e área de descanso para residentes e estagiários, que dispunha também de banheiro com ducha (Figura 2 D). O espaço contava ainda com cinco salas de professores e uma sala de descanso destinada aos guardas.

Figura 2 - Área central do galpão principal do Hvet-UnB. (A) Recepção. (B) Farmácia. (C) Almoxarifado. (D) Refeitório e área de descanso.



Fonte: Arquivo pessoal, 2025.

O setor dispunha de um centro cirúrgico completo (Figura 3 A), com sala de paramentação, uma sala equipada com brete para realização de cirurgias em estação (Figura 3 B), sala de indução e recuperação anestésica (Figura 3 C), área de esterilização (Figura 3 D), lavanderia e espaço para armazenamento de materiais (Figura 3 E), além de uma sala de revelação radiográfica.

Figura 3 – Bloco cirúrgico do Hvet-UnB. (A) Centro cirúrgico. (B) Sala de cirurgias em estação. (C) Sala de Indução e recuperação anestésica. (D) Sala de esterilização. (E) Lavanderia.



Fonte: Arquivo pessoal, 2025.

O galpão secundário era destinado à acomodação de animais em fase de recuperação, porém em condição clínica estável. Esse espaço era dividido em duas áreas de utilização. A primeira sendo de responsabilidade do hospital, onde haviam baias que abrigavam animais internados e aqueles utilizados em projetos de pesquisa e experimentação. Nesse mesmo ambiente, se encontravam baias destinadas ao armazenamento de feno, ração e sal mineral utilizados na alimentação de pequenos ruminantes, bovinos e equídeos (Figura 4 A).

A segunda área era utilizada pela Secretaria de Agricultura do Distrito Federal (SEAGRI-DF), que realiza atividades de fiscalização sanitária, inspeção de produtos de origem animal, controle de trânsito agropecuário e apoio a programas de defesa animal e vegetal.

Figura 4 – Baias do galpão secundário do Hospital Veterinário de Grandes Animais da UnB.



Fonte: Arquivo pessoal, 2025.

O setor de isolamento era subdividido em Isolamento I e Isolamento II. O Isolamento I era destinado a animais que apresentavam alguma condição infectocontagiosa, confirmada ou suspeita, ou que ainda não possuíam os exames sanitários exigidos para liberação (como o teste de Anemia Infecciosa Equina). Por esse motivo, esse galpão era fisicamente separado das demais áreas do hospital, garantindo maior biossegurança.

Nesse ambiente, havia uma pia destinada à higienização das mãos e equipamentos, um armário para armazenamento de materiais de limpeza, equipamentos de proteção individual (EPIs) e materiais para curativos. O galpão contava ainda com seis baías, sendo cinco teladas, a fim de impedir a entrada de mosquitos, potenciais vetores de doenças, e duas baías destinadas ao suporte de animais mais debilitados (Figura 5).

Figura 5 – Setor de isolamento I do Hospital Veterinário de Grandes Animais da UnB.



Fonte: Arquivo pessoal, 2025.

Logo atrás desse setor, situava-se o Isolamento II, onde permaneciam, por determinado período, os animais que testavam positivo para AIE, até que todas as medidas sanitárias necessárias fossem devidamente cumpridas. Esse galpão era subdividido em uma área de utilização pelo Grupo de Estudos em Equideocultura (GEMEQ), que contava com três baías, sendo duas destinadas à alocação dos animais utilizados no projeto e uma voltada ao armazenamento de equipamentos e mantimentos empregados nas atividades do grupo. Ainda no Isolamento II, havia um brete de contenção, utilizado para a realização de exames físicos, curativos e tratamentos de suporte, além de quatro baías teladas (Figura 6 A) e nove baias adicionais destinadas a pequenos ruminantes e/ou suínos (Figura 6 C).

Figura 6 - Galpão de isolamento II do Hvet-UnB. (A) Baias e brete do isolamento II. (B) Baias de pequenos ruminantes ou suínos. (C) Baia contendo placa de aviso sobre animal positivo para AIE.



Fonte: Arquivo pessoal, 2025.

Adjacente aos galpões de isolamento situava-se a sala de necropsia (Figura 7), destinada à análise *post mortem* dos animais que, por motivos de agravo do quadro clínico vinham a óbito no hospital ou chegavam sem vida, seja em decorrência de enfermidades ou por eutanásia, com o objetivo de se obter o diagnóstico anatomo-patológico e determinar a causa da morte. Essa sala era equipada com uma mesa de inox, uma bancada para a confecção de amostras de órgãos para o envio aos laboratórios responsáveis, duas pias, uma mangueira e tambores específicos para o descarte adequado de órgãos e carcaças dos animais necropsiados.

Figura 7 - Sala de necropsia do Hospital Veterinário de Grandes Animais da UnB.



Fonte: Arquivo pessoal, 2025.

Logo abaixo do galpão de isolamento, localizavam-se quatro piquetes, destinados ao alojamento de animais clinicamente estáveis ou de indivíduos saudáveis pertencentes à própria instituição, frequentemente utilizados como doadores de sangue ou de líquido ruminal, no caso dos ruminantes (Figura 8 B). Esses espaços permitiam que os animais permanecessem em ambiente aberto e arejado, favorecendo o bem-estar e a recuperação.

Figura 8 – Área de piquetes do Hvet-UnB. (A) Piquetes. (B) Coleta de líquido ruminal em bovino doador pertencente a instituição.



Fonte: Arquivo pessoal, 2025.

Na área superior ao galpão de isolamento, situava-se o curral (Figura 9 A), área ampla e funcional voltada ao manejo de bovinos, equipada com embarcador, corredor de contenção e brete (Figura 9 B), estruturas que possibilitavam a realização de

curativos, procedimentos em estação, além de atividades reprodutivas e sanitárias. O local era projetado de forma a garantir a segurança tanto dos animais quanto dos profissionais envolvidos nas atividades de contenção e manejo. Ao lado do curral, haviam ainda quatro piquetes adicionais, utilizados para a alocação temporária de animais sob cuidados hospitalares, oferecendo suporte ao fluxo de internação e contribuindo para uma melhor organização e distribuição dos pacientes entre os diferentes setores do hospital.

Figura 9 – Área do curral do Hvet-UnB. (A) Curral de manejo. (B) Brete de contenção.



Fonte: Arquivo pessoal, 2025.

3.2 Descrição da rotina de estágio

A rotina no hospital iniciava-se às oito horas da manhã, momento em que eram reunidos os estagiários, residentes e técnicos para a ronda geral. Durante essa atividade, percorria-se todos os setores do hospital, visitando cada paciente internado e discutindo o estado clínico do animal no dia anterior, bem como o plano terapêutico a ser seguido no presente dia. Nessas discussões, os estagiários, com a autorização e supervisão dos residentes, tinham a oportunidade de participar ativamente, expondo as observações e sugerindo condutas, o que proporcionava um ambiente de aprendizado dinâmico e colaborativo.

Após o término da ronda, todos se dirigiam para o galpão principal, em frente ao quadro organizacional, onde constavam os setores, os respectivos animais internados, o residente responsável por cada setor e os estagiários designados para auxiliar nas atividades do dia. Buscava-se realizar um revezamento entre os estagiários, de forma que todos tivessem a oportunidade de acompanhar diferentes

casos clínicos e vivenciar as diversas rotinas hospitalares.

A distribuição dos residentes seguia uma organização definida: o residente plantonista do dia assumia a responsabilidade pelo galpão principal, onde se encontravam os pacientes em estado mais crítico, enquanto os demais residentes ficavam alocados nos outros setores, prestando suporte sempre que necessário. Em seguida, nos deslocávamos para os setores aos quais havíamos sido designados. Ao chegar na baia do animal, realizava-se inicialmente uma análise visual do ambiente, observando a presença e o aspecto das fezes, bem como o consumo de água e alimento. Em sequência, avaliava-se o próprio paciente, levando em consideração seu estado geral, comportamento, atitude e posição corporal, se ele estava em estação ou em decúbito.

Após essa avaliação inicial, o paciente era contido de forma adequada, seja na própria baia, curral ou piquete (no caso de bovinos e pequenos ruminantes), ou conduzido aos bretes de contenção, no caso de equinos, para a realização do exame físico completo. Nesse exame, eram aferidos parâmetros como frequência cardíaca e respiratória, turgor cutâneo, tempo de preenchimento capilar, temperatura retal, estado de hidratação e motilidade intestinal. Todas essas informações eram documentadas na ficha de acompanhamento clínico do paciente, que se encontrava na sala de recepção do galpão principal.

Quando o paciente apresentava alguma condição patológica, o tratamento era instituído conforme as recomendações descritas no receituário elaborado pelos residentes, sob orientação dos preceptores. Na mesma ocasião, eram administrados os medicamentos prescritos, respeitando-se as dosagens, frequência, duração do tratamento e observações adicionais pertinentes a cada caso. Quando o indivíduo apresentava alguma ferida, seja cirúrgica ou adquirida, o curativo era realizado de acordo com as orientações do receituário, sempre sob supervisão direta do residente. Preconizava-se que o estagiário observasse previamente o procedimento sendo executado por um profissional mais experiente, para depois realiza-lo, a fim de reduzir a ocorrência de erros e garantir a segurança e o bem-estar do indivíduo.

Ao longo do estágio, foi possível acompanhar a rotina de atendimento a animais provenientes de apreensões realizadas por órgãos de segurança pública, como Corpo de Bombeiros, Polícia Civil e Polícia Militar. Após o resgate, esses animais eram inicialmente encaminhados à Secretaria de Agricultura do Distrito Federal (SEAGRI), onde recebiam cuidados básicos, incluindo alimentação, abrigo e medicação. Quando

apresentavam alterações clínicas durante a permanência no curral da SEAGRI, ou já chegavam com algum tipo de afecção, eram direcionados ao Hospital Veterinário para avaliação especializada e acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos mais avançados. Nesses casos, o atendimento era realizado sem custos, exceto quando o proprietário reivindicava o animal, situação em que assumia as despesas referentes ao tratamento.

Durante o período de atuação, foi possível observar uma ampla variedade de procedimentos cirúrgicos, desde intervenções de urgência e emergência até cirurgias eletivas e procedimentos realizados com finalidade didática, vinculados a projetos de iniciação científica e de mestrado. A rotina exigia constante organização para conciliar as demandas cirúrgicas com as atividades hospitalares diárias, como curativos, administração de medicamentos, exames físicos e atendimento de novos pacientes.

Antes das cirurgias, os animais passavam por exames pré-operatórios, incluindo hemograma, perfil bioquímico, ultrassonografia e radiografia, conforme as particularidades de cada caso. Em seguida, eram submetidos a jejum hídrico e alimentar, medida essencial para reduzir o risco de regurgitação e aspiração durante a anestesia. Nos equinos, a preparação incluía limpeza dos cascos, higienização corporal, tricotomia da área cirúrgica e lavagem da cavidade oral, de modo a minimizar desconfortos e possíveis complicações respiratórias.

A indução anestésica era realizada em sala específica, projetada para proporcionar segurança e reduzir o estresse, equipada com piso antiderrapante, acolchoamento e baixa ressonância sonora. Após sedação e indução à anestesia geral, a equipe procedia à intubação orotraqueal e, com auxílio de guincho e talha fixada ao teto, transportava o animal de forma segura até a mesa cirúrgica. Uma vez posicionado no decúbito adequado, o paciente era conectado ao ventilador mecânico, e a anestesia, geralmente inalatória, era mantida em associação à infusão contínua de fármacos intravenosos. Durante todo o procedimento, os parâmetros fisiológicos eram rigorosamente monitorados pelo setor de anestesiologia.

Nesse contexto, os estagiários desempenhavam papel fundamental no preparo do paciente, realizando tricotomia, antisepsia, abertura estéril de materiais, reposição de insumos e suporte à equipe cirúrgica. Os residentes auxiliavam diretamente na instrumentação, sob supervisão dos preceptores, e, quando possível, realizavam algumas cirurgias.

Ao término da cirurgia, a equipe realizava o transporte do animal de volta à sala

de recuperação anestésica, utilizando novamente a talha. Nesse momento, o paciente recebia um cabresto reforçado para sustentação da cabeça e uma corda para elevação da cauda, garantindo maior estabilidade durante o despertar.

A recuperação ocorria em duas fases: inicialmente em decúbito, até o retorno dos reflexos, e posteriormente em estação, quando a equipe oferecia suporte para evitar quedas e assegurar o equilíbrio do animal. Após a recuperação anestésica, o paciente era encaminhado para uma das baias do galpão principal, onde permanecia sob observação contínua e recebia cuidados intensivos compatíveis com sua condição clínica e com o procedimento realizado.

3.3 Resumo quantificado de atividades

O estágio foi realizado no período de 10 de agosto a 10 de novembro de 2025, com uma carga horária de 8 horas diárias e 40 horas semanais, totalizando 420 horas de atividades. Ao longo desse intervalo, foi possível acompanhar ampla variedade de atendimentos, abrangendo diferentes espécies animais e distintas subáreas da clínica e da cirurgia de grandes animais.

No total, foram acompanhados 124 casos, distribuídos entre equídeos, bovinos, pequenos ruminantes e suínos. O atendimento a equídeos representou a maior demanda do hospital durante o período, somando 71 casos, o que corresponde a 57,25% de todos os atendimentos. No que concerne as demais espécies, foram atendidos 34 (27,41%) pequenos ruminantes, 11 (8,87%) bovinos, e 8 (6,45%) suínos (Tabela 1).

Tabela 1 - Quantitativo de casos atendidos Hvet-UnB no período de 10 de agosto à 10 de novembro de 2025 e respectivas espécies.

ESPÉCIES	NÚMERO DE CASOS ATENDIDOS	%
EQUÍDEOS	71	57,25%
BOVINOS	11	8,87%
PEQUENOS RUMINANTES	34	27,41%
SUÍNOS	8	6,45%
TOTAL	124	100,00%

Fonte: Hvet – UnB, 2025.

Foram acompanhados 85 (68,55%) atendimentos na modalidade de clínica

médica e 39 (31,45%) atendimentos na clínica cirúrgica. Em equídeos foram acompanhados 58 (68,23%) atendimentos clínicos e 13 (33,33%) clínico-cirúrgicos, em pequenos ruminantes 19 (22,35%) atendimentos clínicos e 15 (38,46%) clínico-cirúrgicos, em bovinos, 6 (7%) atendimentos clínicos e 5 (12,89%) clínico-cirúrgicos, e em suíños, 2 (2,35%) atendimentos clínicos e 6 (15,38%) cirúrgicos (Tabela 2).

Tabela 2 - Casos atendidos no Hvet–UnB no período de 10 de agosto a 10 de novembro de 2025, classificados por modalidade de atendimento (Clínica Médica e Clínica Cirúrgica).

MODALIDADE DE ATENDIMENTO	NÚMERO DE CASOS POR ESPÉCIE/MODALIDADE				TOTAL	%
	EQUÍDEOS	BOVINOS	PEQUENOS RUMINANTES	SUÍNOS		
CLINICA MÉDICA	58	6	19	2	85	68,55 %
CLÍNICA CIRÚRGICA	13	5	15	6	39	31,45%
TOTAL	71	11	34	8	124	100,00%

Fonte: Hvet – UnB, 2025.

No que se refere aos tipos de afecções acompanhadas, as alterações do sistema musculoesquelético foram as mais prevalentes, totalizando 27 (31,75%) casos. Em seguida, observaram-se afecções do sistema digestório, com 17 (20,00%) casos, e afecções tegumentares, com 13 (15,29%) registros. As doenças parasitárias e respiratórias apresentaram a mesma frequência, com 8 (9,41%) atendimentos cada. Também foram identificadas enfermidades oftálmicas, com 4 (4,70%) ocorrências, e afecções do sistema reprodutor, com 3 (3,52%) registros. Além disso, registraram-se casos isolados de acidente ofídico, afecções neurológicas e afecções metabólicas, cada um com 1 (1,17%) caso. Por fim, outras afecções sistêmicas totalizaram 2 (2,35%) casos. A Tabela 3 apresenta de forma detalhada a distribuição e a descrição dos casos atendidos, classificando as afecções por sistema acometido e por espécie.

Tabela 3 – Contabilização de afecções atendidas no Hvet – UnB no período de 10 de agosto à 10 de novembro de 2025, classificadas por tipo de afecção e espécie acometida.

TIPOS DE AFECÇÕES	DIAGNÓSTICOS		NÚMERO DE CASOS POR ESPÉCIE		TOTAL	%
	EQUINO	BOVINO	PEQUENO RUMINANTE	SUÍNO		
MUSCULOEQUELÉTICAS	Caquexia por deficiência nutricional	5			5	
	Poliartrite séptica		1		1	
	Luxação coxofemoral	1			1	
	Fratura de Metacarpo	2			2	
	Fratura de rádio	1			1	
	Fratura de tíbia	1			1	
	Broca de casco	3			3	
	Ferida lacerante	1	1		2	
	Tenossinovite	1			1	31,75%
	Anquilose da articulação radiocárpica	1			1	
	Osteocondrite dissecante	4			4	
	Contusão	1			1	
DIGESTÓRIAS	Dermovilite	3			3	
	Osteite da articulação metacarpofalangeana	1			1	
	Cólica por compactação	5			5	
	Cólica por ingestão de corpo estranho	1			1	
	Cólica espasmódica	1			1	
	Indigestão vaginal	1			1	
	Abscesso dentário			1	1	
TEGUMENTARES	Timpanismo	1	1		2	20,00%
	Ruptura de abomaso		2		2	
	Indigestão simples		1		1	
	Diarreia		2		2	
	Reticulopericardite traumática			1	1	
	Melanoma	1			1	
	Ectima		1		1	
	Abscesso	2			2	
	Habronemose cutânea	4			4	
	Carcinoma de células escamosas	1		1	2	15,29%
	Linfangite	1			1	
	Enfisema subcutâneo	1			1	
	Mastite	1			1	

Fonte: Hvet – UnB, 2025.

(Continua...)

Tabela 4 (continuação) - Contabilização de afecções atendidas no Hvet – UnB no período de 10 de agosto à 10 de novembro de 2025, classificadas por tipo de afecção e espécie acometida.

TIPOS DE AFECÇÕES	DIAGNÓSTICOS	NÚMERO DE CASOS POR ESPÉCIE			TOTAL	%
		EQUINO	BOVINO	PEQUENO RUMINANTE		
DOENÇAS PARASITÁRIAS	Tripanossomíase	1			1	
	Coccidiose		1	1	2	9,41%
	Babesiose	5			5	
RESPIRATÓRIAS	Pneumonia	3		5	8	9,41%
OFTÁLMICAS	Úlcera de córnea	2			2	
	Laceração ocular	2			2	4,70%
REPRODUTIVAS	Hidrocele	1			1	
	Parafimose	1			1	3,52%
	Parto distóxico			1	1	
OUTRAS AFECÇÕES SISTÊMICAS	Sepse			2	2	2,35%
NEUROLÓGICAS	Tétano	1			1	1,17%
METABÓLICAS	Acidose ruminal			1	1	1,17%
ACIDENTE OFÍDICO	Acidente crotálico	1			1	1,17%
TOTAL		58	6	19	85	100,00 %

Fonte: Hvet – UnB, 2025.

Complementarmente, a Figura 11 ilustra graficamente a distribuição percentual desses atendimentos, permitindo visualizar a representatividade de cada grupo de afecções entre as diferentes espécies atendidas.

Figura 10 - Distribuição percentual dos grupos de afecções por espécie animal dos pacientes atendidos no Hvet-UnB no período de 10 de agosto à 10 de novembro de 2025.



Fonte: Hvet-UnB, 2025.

Ao longo do período de estágio, foi possível acompanhar uma ampla variedade de procedimentos cirúrgicos, abrangendo diferentes sistemas e especialidades, conforme demonstrado na Tabela 4.

Tabela 5 - Procedimentos cirúrgicos realizados no Hvet - UnB no período de 10 de agosto à 10 de novembro de 2025, por sistema alvo.

SISTEMA	PROCEDIMENTO	NÚMERO DE CASOS POR ESPÉCIE				TOTAL	%
		EQUINO	BOVINO	PEQUENO RUMINANTE	SUÍNO		
REPRODUTOR	Penectomia	1				1	
	Orquiectomia	2	1	6	5	14	41,00 %
	Cesariana			1		1	
DIGESTÓRIO	Laparotomia exploratória	2				2	
	Rumenotomia			1		1	
	Rumenostomia e colocação de cânula ruminal			6		6	25,64 %
	Extração dentária				1	1	
MUSCULOESQUELÉTICO	Artroscopia	4				4	
	Colocefalectomia		1			1	
	Recalque de periósteo			1		1	
	Tenotomia do tendão flexor digital superficial + desmotomia do check inferior	1				1	25,63 %
OCULAR	Correção de eventração	1				1	
	Descorna		2			2	
CARDIOVASCULAR	Enucleação	2				2	5,12%
TOTAL		13	5	15	6	39	100,00 %

Fonte: Hvet – UnB, 2025.

4 DIFICULDADES VIVENCIADAS

Ao longo do estágio, a jornada foi marcada por desafios significativos que demandaram considerável resiliência e adaptação. Um dos principais obstáculos foi a distância do local de realização do estágio, que me afastou do convívio familiar e do ambiente social tradicional, elementos fundamentais de suporte emocional. Paralelamente, foi necessário conciliar demandas práticas do estágio com uma intensa rotina de estudos voltada para a prova de residência. Essa dupla responsabilidade, somada à dedicação exigida para a escrita do presente trabalho, representou um esforço contínuo de gestão de tempo e energia, tornando a trajetória profissional e acadêmica desafiadora, porém, igualmente enriquecedora.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o estágio no Hospital Veterinário de Grandes Animais da UnB, tive a oportunidade de me aprofundar na rotina clínica e cirúrgica de grandes animais, o que me permitiu não apenas executar procedimentos, mas também desenvolver um olhar abrangente no que tange a medicina de grande animais. Aprendi, na prática, a construir um raciocínio clínico sólido, conectando os sinais do animal, a história relatada e os resultados de exames complementares para chegar a hipóteses diagnósticas consistentes e definir condutas mais seguras.

Além do crescimento técnico, o convívio diário com uma equipe dedicada e inspiradora teve um papel fundamental. O constante estímulo à reflexão crítica e a troca de conhecimentos com colegas e preceptores motivaram-me, a todo momento, a buscar a minha melhor versão, não só profissional, mas também no desenvolvimento de competências interpessoais cruciais, como comunicação eficaz, trabalho em equipe e gestão de stress em situações de emergência. Esta imersão prática foi, portanto, fundamental na consolidação do meu conhecimento teórico e na construção de uma base sólida para a minha carreira na Medicina Veterinária.

CAPÍTULO 2

Manejo clínico-cirúrgico de síndrome cólica equina associada à compactação de íleo - relato de caso

Luiz Fernando Cavalcante Faria^{1*} Pedro Augusto Cordeiro Borges² Rita de Cássia Campebell³

¹*Graduando de Medicina Veterinária no Instituto Federal Goiano - Campus Urutai. E-mail:farialuizfernando07@gmail.com.

*Autor para correspondência

²Docente no curso de Medicina Veterinária no Instituto Federal Goiano - Campus Urutai. E-mail: pedro.borges@ifgoiano.edu.br

³Docente do Curso de Medicina Veterinária na Universidade de Brasília – DF Brasil. E-mail:Campbell@UnB.br

Resumo: A cólica equina representa a principal emergência médica em equídeos, com a compactação ileal, configurando uma forma clínica de relevância significativa, embora menos prevalente que as compactações do intestino grosso. O manejo dessa condição baseia-se em abordagens clínicas (fluidoterapia intravenosa intensiva, analgesia, uso de emolientes enterais, antiespasmódicos e pró-cinéticos) e cirúrgicas (celiotomia exploratória, com técnicas como infusão intraluminal de fluidos com massagem extraluminal, enterotomias ou jejunocecostomia), selecionadas conforme a gravidade e resposta ao tratamento inicial. Este trabalho descreve o manejo clínico-cirúrgico, bem como a evolução pós-operatória de uma égua crioula, de 9 anos, atendida no Hvet-UnB, internada previamente devido à realização de osteossíntese mandibular, condição que comprometeu a apreensão e trituração do alimento e contribuiu para o desenvolvimento da compactação intestinal. O animal apresentou dor abdominal progressiva, distensão de alças de intestino delgado, refluxo gástrico alcalino e ausência de resposta ao tratamento clínico inicial, sendo indicada a celiotomia exploratória. Durante o procedimento, identificou-se uma massa compactada no íleo, manejada por hidratação local, massagem e ordenha para o cólon, seguida de enterotomia da flexura pélvica para lavagem instestinal. O pós-operatório foi marcado por complicações em ferida cirúrgica, incluindo deiscência, contaminação da ferida e formação de fistulas, exigindo longo período de hospitalização, antibioticoterapia, curativos específicos e terapias adjuvantes como ozonioterapia e laserterapia. O caso evidencia a importância do diagnóstico precoce, da tomada de decisão baseada na evolução clínica e da relevância do manejo pós-operatório rigoroso para reduzir complicações e melhorar o prognóstico em compactações ileais.

Palavras-chave: celiotomia exploratória, contaminação, deiscência, ferida cirúrgica

Clinical and surgical management of equine colic syndrome associated with ileal impaction - case report

Abstract: Equine colic represents the main medical emergency in equines, with ileal impaction being a clinically significant form, although less prevalent than large intestine impactions. Management of this condition is based on clinical approaches (intensive intravenous fluid therapy, analgesia, use of enteral emollients, antispasmodics, and prokinetics) and surgical approaches (exploratory celiotomy, with techniques such as intraluminal fluid infusion with extraluminal massage, enterotomies, or jejunocoecostomy), selected according to severity and response to initial treatment. This work describes the clinical-surgical management, as well as the postoperative evolution of a 9-year-old Criollo mare, treated at the Hvet-UnB, previously hospitalized due to mandibular osteosynthesis, a condition that compromised food apprehension and grinding and contributed to the development of intestinal impaction. The animal presented with progressive abdominal pain, distension of small bowel loops, alkaline gastric reflux, and lack of response to initial clinical treatment, leading to the indication for exploratory celiotomy. During the procedure,

a compacted mass was identified in the ileum, managed with local hydration, massage, and milking of the colon, followed by enterotomy of the pelvic flexure for intestinal lavage. The postoperative period was marked by incisional complications, including dehiscence, wound contamination, and fistula formation, requiring a long hospitalization period, antibiotic therapy, specific dressings, and adjuvant therapies such as ozone therapy and laser therapy. This case highlights the importance of early diagnosis, decision-making based on clinical evolution, and the relevance of rigorous postoperative management to reduce complications and improve the prognosis in ileal impactions.

Keywords: exploratory laparotomy, contamination, dehiscence, surgical wound

INTRODUÇÃO

A cólica equina constitui a principal emergência na clínica médica de equídeos, sendo responsável por significativa morbidade e mortalidade na espécie (ABUTARBUSH *et al.*, 2005). Estima-se que quadros abdominais agudos representem a causa mais frequente de atendimento emergencial em hospitais veterinários de grandes animais, com mortalidade que pode ultrapassar 10% a 15% nos casos gerais e valores mais elevados em afecções que exigem intervenção cirúrgica ou cursam com obstrução de intestino delgado (WHITE; MOORE & MAIR, 2009).

Além do impacto sobre o bem-estar animal, a cólica ocasiona expressivos prejuízos econômicos ao setor equestre, abrangendo custos com diagnóstico, terapias clínicas intensivas, procedimentos cirúrgicos, períodos prolongados de hospitalização e perdas diretas decorrentes de óbitos (ARCHER & PROUDMAN, 2006). Tais repercussões tornam a cólica um problema sanitário e econômico de grande magnitude e justificam a constante investigação de suas causas, desfechos e alternativas terapêuticas.

Os equinos apresentam particularidades anatômicas e fisiológicas que os predispõem ao desenvolvimento de distúrbios gastrintestinais. O trato digestório é longo, volumoso e relativamente móvel, contendo múltiplas curvaturas, segmentos estreitos e regiões de transição brusca entre porções do intestino, o que facilita deslocamentos, distensões e obstruções (MOORE, 2025). O estômago, por sua vez, possui capacidade relativamente pequena em comparação ao tamanho corporal, aliado a um esfíncter cárdo extremamente desenvolvido, fatores que impedem a eliminação retrógrada do conteúdo gástrico e favorecem a ruptura gástrica em quadros de obstrução intestinal (RAMEY & HACKETT, 2019).

Ainda que possua uma relevância clínica elevada, a compactação de íleo, é considerada menos frequente frente às compactações do intestino grosso, constituindo uma parcela minoritária dos casos de cólica obstrutiva (WHITE; MOORE & MAIR, 2009). Esta condição corresponde a 0,5% a 10,8% de todos os casos de cólica e de 12% a 42% das obstruções ileais relatadas em estudos retrospectivos (FLEMING & MUELLER, 2011).

O íleo é particularmente predisposto a compactações devido à sua camada muscular espessa, ao estreitamento progressivo do lúmen, à presença de um esfínter na junção íleo-cecal e à chegada de um conteúdo relativamente mais firme, pobre em água, após absorção proximal (WHITE; MOORE & MAIR, 2009). Estudos apontam forte associação entre a impactação ileal e o consumo de feno do tipo Coast-cross, caracterizado por alta significação e maior teor de fibra indigestível (FLEMING & MUELLER, 2011). Outro fator etiológico relevante é a infecção pelo cestódeo *Anoplocephala perfoliata*, que está associada à disfunção ileocecal e ao aumento da incidência de compactações do íleo (PROUDMAN; TREES & FRENCH, 1998).

Os achados clínicos da compactação ileal variam conforme o tempo de evolução, mas frequentemente incluem dor abdominal moderada a severa, distensão de alças de intestino delgado, refluxo gástrico variável e desidratação. Nos estágios iniciais, o refluxo pode estar ausente, surgindo geralmente com a progressão da distensão intestinal. A palpação retal pode identificar um íleo firme, de superfície lisa, com diâmetro aumentado. Ademais, a ultrassonografia revela alças de intestino delgado distendidas, hipomotílicas e de paredes finas. Contudo, a apresentação clínica pode ser semelhante a outras afecções do intestino delgado, o que torna seu diagnóstico um desafio na rotina clínica (FREEMAN, 2015).

O manejo clínico dessa condição fundamenta-se na suspensão da alimentação, implementação de fluidoterapia intravenosa intensiva, estímulo da motilidade e controle da dor visceral por meio de analgesia contínua, empregando-se fármacos como flunixin meglumine, detomidina, e butorfanol, conforme a intensidade da dor e a resposta terapêutica (FERREIRA *et al.*, 2009). Em casos refratários a correção cirúrgica é indicada (COOK & HASEEL, 2014).

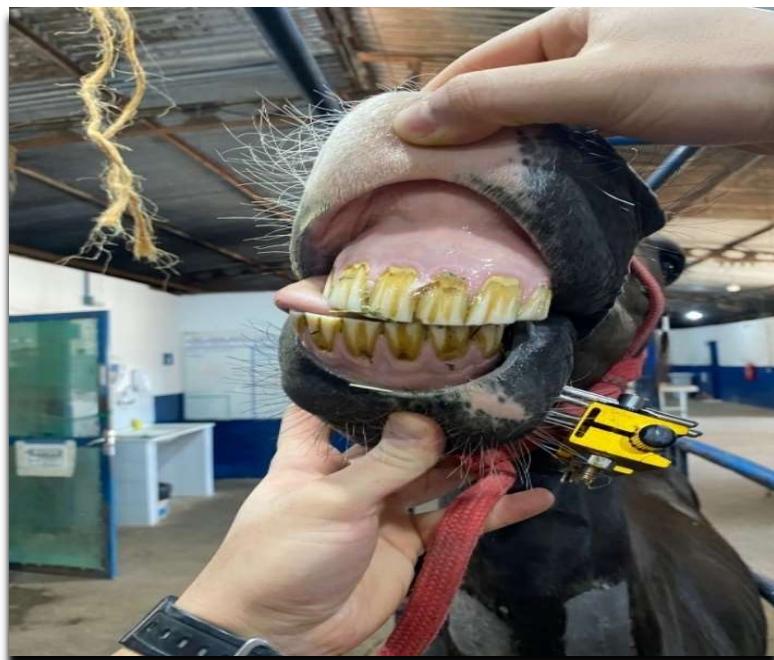
Apesar da relevância clínica da compactação de íleo, a literatura disponível permanece escassa, fragmentada e composta majoritariamente por estudos retrospectivos antigos, com poucos relatos de caso detalhados que abordem fatores predisponentes regionais, características clínicas, protocolos terapêuticos e

desfechos individuais. Assim, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de ampliação da literatura sobre compactações de íleo, especialmente no contexto brasileiro, fornecendo subsídios relevantes para a identificação de padrões epidemiológicos, oferecendo suporte à tomada de decisão clínica e cirúrgica.

RELATO DE CASO

Foi atendido no Hospital Veterinário de Grandes Animais da Universidade de Brasília (Hvet-UnB), um equino, fêmea, da raça crioulo, de pelagem zaina, com 9 anos de idade, pesando aproximadamente 360 Kg, que apresentou episódio de desconforto abdominal. O paciente havia sido encaminhado ao hospital anteriormente para tratamento de uma fratura cominutiva no terço médio da mandíbula esquerda, onde foi realizado o procedimento de osteossíntese mandibular, com fixação externa de pinos metálicos para a correção deste quadro (Figura 1).

Figura 1 – Equino apresentando desvio angular de oclusão inerente ao procedimento de osteossíntese mandibular.



Fonte: Hvet-UnB, 2025.

O mesmo permanecia desde então internado no hospital para a realização dos curativos pós operatórios. Contudo, devido à ferida cirúrgica e à alteração anatômica resultante do procedimento, o animal apresentou dificuldade na apreensão e trituração do alimento, atribuída à presença de um desvio angular de oclusão entre as arcadas dentárias superior e inferior, o que prejudicava os movimentos mastigatórios

fisiológicos.

Durante o período de internação, foram observados episódios intermitentes de desconforto abdominal, compatíveis com cólica leve. Entretanto, no dia 09 de setembro de 2025, durante a ronda matinal, a Médica Veterinária plantonista relatou que o animal apresentava novo episódio de desconforto abdominal, desta vez com sinais clínicos de maior intensidade, exibindo reflexo de Flehmen frequentemente, escavação do solo e inquietação.

Ao exame físico apresentou FC de 44 bpm, FR 20 rpm, TPC de 2 segundos e hipomotilidade dos quadrantes abdominais à auscultação. À palpação retal, evidenciou-se distensão de alças de intestino delgado. Diante do quadro clínico, foi instituída terapia de suporte imediata, iniciando-se com fluidoterapia intravenosa utilizando solução de ringer com lactato. Como medida inicial de controle da dor e do desconforto, foi administrada dipirona (25 mg/kg IV), associada a uma dose inicial reduzida de flunixin meglumine (0,55 mg/kg IV), visando analgesia leve a moderada e controle inicial do processo inflamatório.

Contudo, ao longo do dia notou-se persistência dos sinais de dor, onde optou-se pela complementação da dose de flunixin meglumine, totalizando 1,1 mg/kg. Paralelamente, foi instituída infusão contínua de lidocaína 2% (0,025 mg/kg/min IV) e gluconato de cálcio (0,5 mg/kg IV), contribuindo para analgesia adicional, estímulo da motilidade intestinal e correção de possíveis distúrbios eletrolíticos. Ademais, foi administrado dimetilsulfóxido (0,5 mg/kg IV).

Realizou-se ainda sondagem nasogástrica, seguida de lavagem gástrica, cujo conteúdo apresentava pequena quantidade de fibras vegetais e sem alterações macroscópicas significativas. Durante o suporte clínico, o animal foi movimentado periodicamente, buscando-se estimular a motilidade intestinal. A ultrassonografia abdominal revelou alças de intestino delgado distendidas, com presença de gás e líquido, medindo de 5,2 à 6 cm de diâmetro (Figura 2).

Figura 2 - Imagem ultrassonográfica de corte transversal de segmentos de intestino delgado, demonstrando distensão por líquido e gás.



Fonte: Hvet – UnB, 2025.

O acompanhamento ultrassonográfico, realizado em intervalos regulares ao longo do dia, demonstrou manutenção da distensão das alças de intestino delgado, sem evidências de progressão do conteúdo luminal. Ao final da tarde, o animal apresentou refluxo nasogástrico de coloração amarelo-escura, com pH mensurado acima de 7, indicando características alcalinas e presença de conteúdo duodenal no estômago, sugerindo refluxo secundário à obstrução intestinal. Foi tentada a paracentese abdominal para coleta e análise do líquido peritoneal, porém não houve obtenção de amostra. Diante a ausência de resposta ao tratamento clínico e da progressão dos sinais clínicos, o animal foi encaminhado ao tratamento cirúrgico.

Como parte do manejo pré-operatório, instituiu-se antibioticoterapia profilática com penicilina potássica (40.000 UI/kg, IV) associada à gentamicina (6,6 mg/kg, IV), além da administração de soro antitetânico (5.000 UI, IM). Realizou-se também a higienização dos cascos e lavagem da cavidade oral, seguida de tricotomia ampla abrangendo toda a região entre a cartilagem xifoide e o púbis.

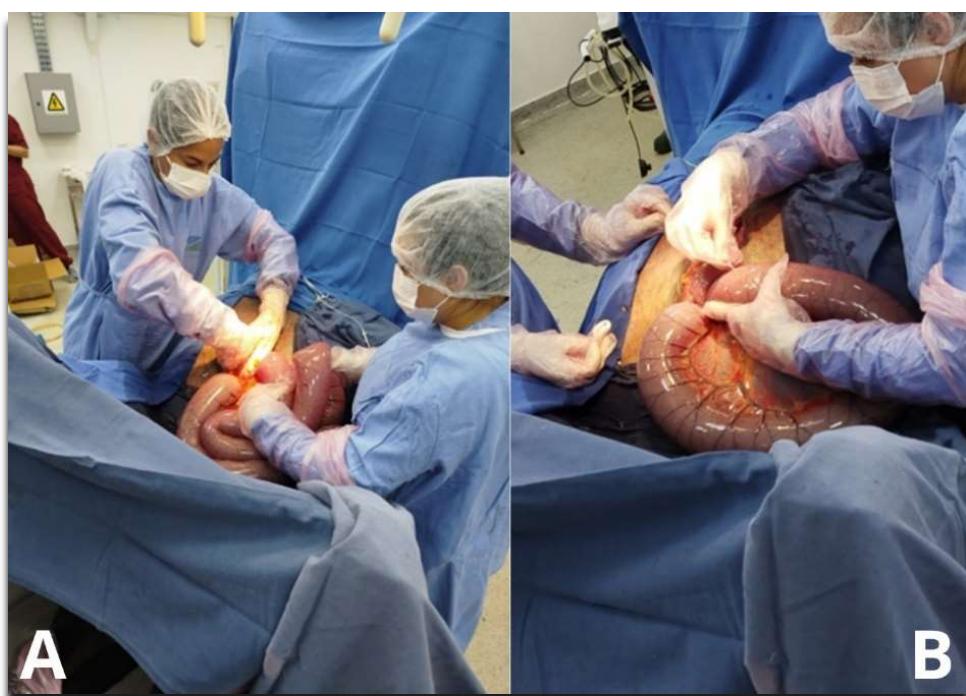
Na sala de indução anestésica, foi administrada xilazina (0,8 mg/kg, IV) como medicação pré-anestésica. A indução anestésica foi realizada com cetamina (2,2 mg/kg, IV) associada a midazolam (0,05 mg/kg, IV). Foi realizada a intubação orotraqueal e o animal foi mantido sob anestesia geral inalatória com isofluorano a 0,5%, associada à infusão contínua de dexmedetomidina (0,5 µg/kg/h), lidocaína 2%

(3mg/kg/h) e dobutamina (0,5 - 2µg/kg/min), para manutenção da analgesia e estabilização cardiovascular.

A abordagem cirúrgica escolhida foi a celiotomia exploratória pela linha média ventral. Realizou-se uma incisão de aproximadamente 20 cm, englobando pele, tecido subcutâneo, tecido adiposo, linha alba e peritônio, com divulsão cuidadosa dos planos anatômicos utilizando bisturi e tenta-cânula, a fim de minimizar o risco de lesão a órgãos adjacentes.

Após o acesso à cavidade abdominal, observaram-se alças de intestino delgado deslocadas para a região normalmente ocupada pelo ápice do ceco, sugerindo distensão e deslocamento secundários a obstrução intestinal. As alças apresentavam-se distendidas, com conteúdo gasoso e líquido, além de vasos mesentéricos congestos, indicando comprometimento circulatório local. Constatou-se ainda a destroflexão da flexura pélvica, reforçando o comprometimento da dinâmica do intestino grosso associado ao quadro obstrutivo. Para promover descompressão das alças, realizou-se a punção com agulha 40x12 acoplada a um equipo macrogotas, posteriormente conectado ao sugador cirúrgico, permitindo a drenagem controlada de parte do conteúdo gasoso e líquido (Figura 3). Em seguida, procedeu-se à exploração sistemática do trato gastrointestinal, em sentido aboral a partir do jejun.

Figura 3 - Procedimento de drenagem do conteúdo do intestino delgado no transoperatório. (A) Exposição das alças de intestino delgado. (B) Drenagem do conteúdo.



Fonte: Hvet-UnB, 2025.

Na região do íleo, foi identificada a presença de uma massa compactada, causando obstrução do lúmen intestinal. Diante do achado, realizou-se hidratação local das alças com solução fisiológica morna (aproximadamente 37 °C) e massagem manual delicada com o intuito de fragmentar a compactação e facilitar o esvaziamento luminal. Posteriormente, o conteúdo foi ordenhado em direção ao ceco, permitindo o restabelecimento parcial do fluxo intestinal. Na sequência, o cólon maior foi exteriorizado e posicionado sobre a mesa de cólon. Uma compressa cirúrgica foi posicionada entre a mesa principal e a mesa de cólon, delimitando área limpa e área potencialmente contaminada da cirurgia.

Procedeu-se então à enterotomia da flexura pélvica, com incisão de aproximadamente 10 cm. Através dessa abertura, foi efetuada a lavagem do cólon maior, utilizando duas mangueiras: uma com ponta em formato de ducha para irrigação das alças, e outra inserida diretamente na incisão para lavagem e drenagem do conteúdo intestinal. Simultaneamente, realizou-se massagem do ceco, promovendo o deslocamento do conteúdo em direção ao cólon e consequente esvaziamento pela incisão (Figura 4).

Figura 4 - Lavagem do conteúdo intestinal em equino submetido à celiotomia exploratória.



Fonte: Hvet – UnB, 2025.

Após a completa lavagem e esvaziamento do cólon maior, a enterotomia foi fechada em duas camadas de sutura invaginante: a primeira no padrão Schmieden, e a segunda no padrão Cushing, utilizando fio absorvível poliglactina 910 (Vicryl® 2-0). Em seguida, as alças intestinais foram lavadas com solução de iodopovidona a 1% e reposicionadas anatomicamente na cavidade abdominal. O fechamento da parede abdominal foi realizado respeitando-se os planos anatômicos. A musculatura abdominal foi suturada em padrão Reverdin, utilizando fio absorvível de poliglactina 6. O tecido subcutâneo foi aproximado em padrão contínuo zigue-zague, com fio absorvível de poliglactina 910 (Vicryl® 2-0). Por fim, a pele foi suturada em padrão Wolff, com fio inabsorvível de nylon 0. Ao final da cirurgia, foi administrado morfina (0,1 mg/kg IV) com o intuito de se promover uma analgesia de maior intensidade.

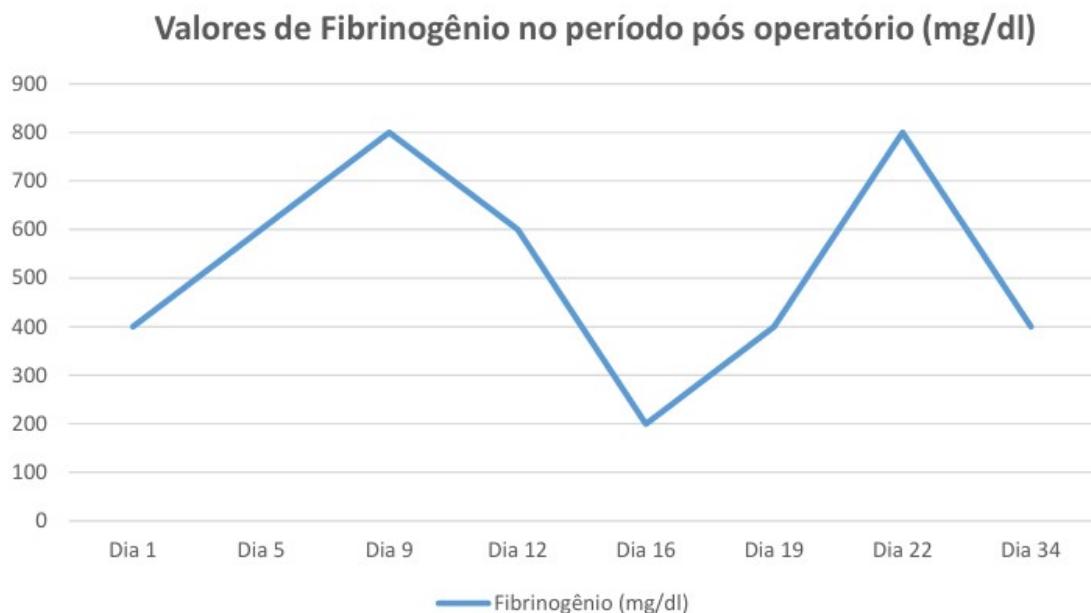
Após a síntese da parede abdominal, realizou-se antisepsia da ferida cirúrgica com clorexidina alcoólica 0,5%, seguida da aplicação de curativo utilizando-se uma compressa fixada com esparadrapo e pontos simples separados na pele. Ao se estabelecer a completa recuperação e estabilização anestésica, o animal foi conduzido ao brete de contenção com declive em relação ao solo, onde foi instituída crioterapia preventiva por imersão dos membros torácicos e pélvicos em água com gelo até a altura da coroa dos cascos, permanecendo nessa condição por 48 horas, com intervalos regulares de descanso na baia. Essa conduta teve como objetivo prevenir o desenvolvimento de laminites pós-operatória.

No período pós-operatório, instituiu-se terapia antimicrobiana com penicilina potássica (40.000 UI/kg, IV, QID), diluída em 1 L de solução fisiológica, durante três dias, associada à gentamicina (6,6 mg/kg, IV, SID), também diluída em 1L de solução fisiológica, durante cinco dias. Para analgesia e controle do processo inflamatório, foram administrados flunixin meglumine na dose antitoxêmica (0,25 mg/kg, IV, QID – nas primeiras 24 horas) e antiinflamatória (1,1 mg/kg, IV, SID, por três dias) além de dipirona (25 mg/kg IV, QID, por cinco dias). Além disso, utilizou-se heparina sódica (50 UI/kg, SC, QID, por cinco dias) com o objetivo de prevenir aderências intestinais e distúrbios tromboembólicos. Realizou-se também infusão contínua de lidocaína 2% (0,025 mg/kg/min) para analgesia visceral e estímulo da motilidade intestinal. Como reforço de analgesia foi administrada cetamina (0,6 mg/kg, IM) conforme a necessidade.

Durante o período pós-cirúrgico, exames hematológicos foram realizados regularmente com o intuito de monitorar parâmetros fundamentais à avaliação da

resposta inflamatória e do estado clínico do animal. Entre as variáveis acompanhadas estavam o eritrograma, contagem total e diferencial de leucócitos, hematócrito, proteínas plasmáticas totais, além de enzimas renais e hepáticas. Uma atenção particular foi direcionada ao fibrinogênio, importante marcador de inflamação sistêmica e potencial indicador de complicações pós-operatórias, conforme ilustrado na Figura 5.

Figura 5 - Dinâmica dos níveis séricos de fibrinogênio durante o período pós operatório de equino submetido à celiotomia exploratória.



Fonte: Hvet-UnB, 2025.

O manejo alimentar pós-operatório consistiu no fornecimento de feno umedecido ou capim verde fresco em pequenas quantidades e intervalos regulares, a fim de reduzir o risco de nova impactação e facilitar a digestão. O curativo da ferida cirúrgica foi realizado a cada 24 horas, em condições assépticas, com limpeza utilizando clorexidina alcoólica 0,5%, aplicação de rifamicina spray (Rifotrat®) e cobertura com compressa estéril e bandagem compressiva (Figura 6).

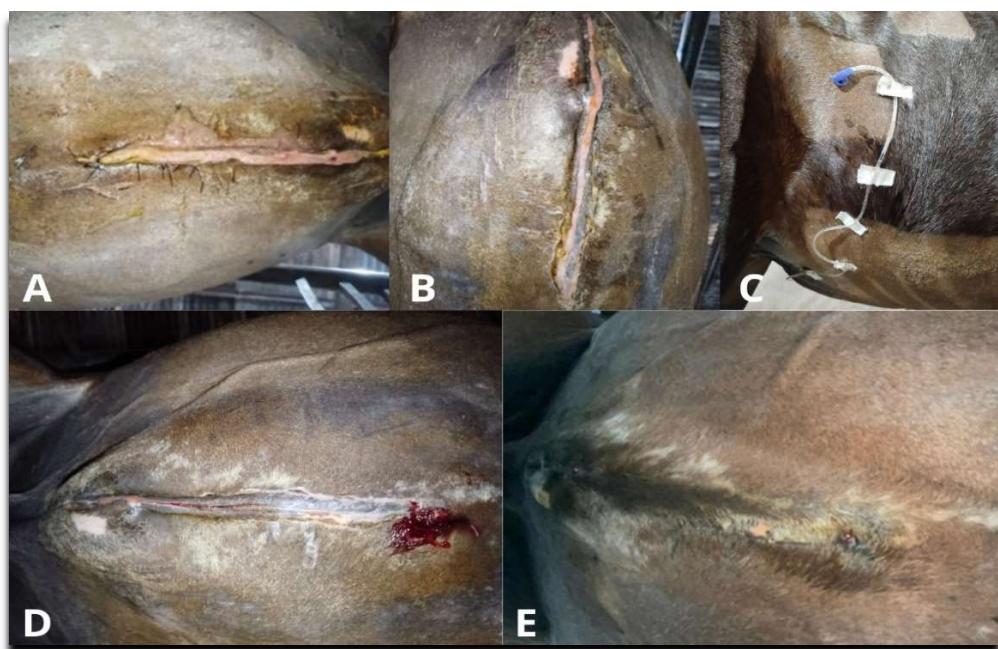
Figura 6 - Curativo com bandagem compressiva em equino no período pós-operatório de celiotomia exploratória



Fonte: Hvet – UnB, 2025.

O animal apresentou no 7º dia de pós operatório, deiscência de sutura e contaminação da ferida cirúrgica, o que prejudicou o processo de cicatrização. O paciente permaneceu no hospital durante 64 dias após a realização da cirurgia para tratar essa condição da ferida, onde passou por diversos manejos e curativos associados à antibioticoterapia. Durante esse período, observaram-se a formação de fistulas e o acúmulo de conteúdo sanguinopurulento no tecido subcutâneo (Figura 7).

Figura 7 - Evolução da cicatrização da ferida cirúrgica em equino no período pós-operatório de celiotomia exploratória. (A) Ferida no dia 7. (B) Ferida no dia 20. (C) Dreno tubular utilizado para higienização da ferida. (D) Ferida no dia 45. (E) Ferida no dia 60.



Fonte: Hvet-UnB, 2025.

O material era drenado periodicamente e o espaço lavado por meio de um dreno de tubular com soluções escolhidas conforme a fase da cicatrização. A solução de Dakin foi utilizada inicialmente por sua ação antimicrobiana e capacidade de redução da produção de exsudato. Com a redução da secreção, empregou-se solução fisiológica hipersaturada (7,5%), para controle da granulação e proliferação bacteriana. A água oxigenada foi usada apenas nas lavagens iniciais e após a realização de escarificações da ferida, pela ação eficaz na limpeza de coágulos e remoção mecânica de debris celulares pelo mecanismo de efervescência, sendo evitada posteriormente devido à citotoxicidade. Em seguida, adotou-se ozonioterapia para controle microbiano, modulação inflamatória e estímulo à angiogênese, e laserterapia de baixa intensidade para favorecer proliferação fibroblástica, síntese de colágeno e epitelização durante as fases proliferativa e de remodelação.

Após o longo período de hospitalização para tratamento da condição de contaminação da ferida cirúrgica, o animal ganhou alta médica sendo encaminhado de volta à sua propriedade de origem.

DISCUSSÃO

Dentre as etiologias possíveis, as compactações configuram uma das formas mais frequentes de cólica não estrangulante (PLUMMER, 2009). No intestino grosso, a flexura pélvica e o ceco representam os locais mais comuns de impactação, respondendo por parcela significativa dos atendimentos, enquanto no intestino delgado as obstruções são menos prevalentes (MERRIT, 2003).

A identificação precoce de sinais de comprometimento instestinal e o encaminhamento imediato para um centro especializado constituem etapas determinantes para o prognóstico em casos de cólica em equinos. A persistência da dor, mesmo após administração sequencial de analgésicos, é um dos indicadores clínicos mais precisos de lesão intestinal grave. No caso apresentado, observou-se resposta apenas transitória à dipirona e ao flunixin meglumine na dose inicial, culminando na necessidade de complementação da dose e associação de lidocaína intravenosa. Cook & Hassel (2014), reforçam que a dor refratária ou que retorna rapidamente após o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) sugere obstrução significativa, isquemia ou distensão severa, sendo parâmetro confiável para indicar intervenção cirúrgica.

O animal do presente relato foi submetido a uma escala de avaliação da

evolução da cólica, a qual atribui pontuações conforme a intensidade dos sinais clínicos, parâmetros fisiológicos e achados complementares, permitindo indicar a conduta mais adequada — clínica ou cirúrgica. Segundo essa metodologia, recomenda-se que exista uma diferença mínima de seis pontos entre as modalidades terapêuticas para justificar a escolha de uma delas. No presente caso, a escala resultou em 24 pontos para o tratamento cirúrgico e 11 pontos para o tratamento clínico, estabelecendo diferença de 13 pontos e indicando claramente a necessidade de intervenção cirúrgica, compatível com um quadro de abdômen agudo com suspeita de obstrução intestinal (Alves *et al.*, 2005).

O refluxo gástrico observado no presente caso, desempenhou papel decisivo na definição do prognóstico e indicação cirúrgica. Fleming & Mueller (2011), em um estudo retrospectivo com 245 cavalos com compactação de íleo, relataram que 15% dos animais tratados clinicamente apresentaram refluxo, enquanto 62% dos que necessitaram de cirurgia exibiam produção significativa de refluxo gástrico, reforçando a relação direta entre a produção tardia de refluxo gástrico e indicação de tratamento cirúrgico.

Cabe destacar que, na mesma semana em que o animal manifestou o episódio mais intenso de cólica, havia chegado ao hospital um lote de feno de má qualidade, caracterizado por elevado teor de talos e fibra indigestível, o que pode ter contribuído para o surgimento dessa condição. Hanson *et al.* (2008), relataram que fenos com alto teor de lignina e fibra indigestível aumentam a formação de massas secas e compactadas de ingesta, e que, somadas à menor ingestão hídrica, favorecem a compactação. Além disso, a literatura também estabelece associação entre problemas dentários e maior risco de obstrução por partículas grosseiras, conforme descrito por Arantes *et al.* (2020).

No que tange os métodos diagnósticos complementares, tanto a palpação retal quanto a ultrassonografia abdominal contribuíram substancialmente para a tomada de decisão. A presença de múltiplas alças de intestino delgado distendidas, com diâmetro superior a 5 cm e conteúdo estagnado, representa achado clássico de obstrução intestinal, estando associada a maior probabilidade de necessidade de laparotomia (Ruohoniemi *et al.*, 2001). Por outro lado, embora a distensão de alças de intestino delgado seja um achado comum e frequentemente detectável ao exame retal, a palpação específica da massa compactada no lúmen ileal constitui um achado diagnóstico menos frequente. Fleming e Mueller (2011) observaram que, em sua série

de casos, a compactação ileal propriamente dita era palpável em apenas 27% dos equinos, destacando que a ausência deste sinal não afasta a suspeita diagnóstica.

No caso relatado, não foi possível realizar a coleta de líquido peritoneal; mesmo com a reposição volêmica adequada. A coleta improdutiva de líquido peritoneal, pode estar relacionada ao quadro de falha na perfusão tecidual, gerada pelo sequestro de líquido para o espaço intraluminal, conforme descrito por Mair & Edwards, 2003. Para Singer e Smith (2002), nos casos em que uma decisão de intervenção cirúrgica pode ser tomada com base no grau da dor, estado cardiovascular, palpação por via retal ou sondagem nasogástrica, não é necessária uma paracentese para confirmar a necessidade de encaminhamento cirúrgico. A não análise do líquido peritoneal, no presente caso, não comprometeu o diagnóstico, uma vez, que os demais achados foram suficientes para realizar o encaminhamento cirúrgico.

As opções cirúrgicas variam conforme o achado intra-abdominal e a viabilidade intestinal. No caso relatado optou-se por drenar o conteúdo do intestino delgado para o intestino grosso ao invés de realizar enterotomia do intestino delgado, estratégia justificável pelo grande volume e consistência firme da massa compactada e pelas complicações associadas à enterotomia ileal/jejunal (WHITE *et al.* 2009).

Como descrito por White *et al.* (2009), a enterotomia em intestino delgado apresenta dificuldades técnicas e riscos específicos: o lúmen mais estreito do íleo favorece estenose luminal decorrente da cicatrização em longo prazo e a parede intestinal delgada associada à vascularização relativamente delicada aumentam a probabilidade de desenvolvimento de íleo pós operatório, deiscência da sutura, o que pode evoluir para peritonite séptica e morte do animal. Por essas razões, quando se é possível, a drenagem do conteúdo para o ceco/colon associado ou não à realização de enterotomia/tiflotomia, é preferível, por possuírem uma parede mais robusta e lúmen de maior tamanho, permitindo remover o material compactado sem a necessidade de incisões no delgado e seus riscos inerentes.

Hanson *et al.* (2008), relataram em um estudo com 28 equinos, a técnica de redução manual sem enterotomia, que envolve a aplicação oral à compactação de solução fisiológica, carboximetilcelulose, lidocaína e drenagem do conteúdo para o ceco. A técnica foi bem-sucedida na maioria dos casos (24/28), embora complicações como aderências (1 caso), recidiva da impactação (1 caso) e necessidade de jejunocecostomia (2 casos) tenham sido observadas. Tal evidência reforça que, embora a redução manual seja uma alternativa viável, a enterotomia permanece como

uma opção crucial e frequentemente necessária em impactações volumosas e firmes, como a aqui descrita.

A literatura demonstra que o fibrinogênio é um marcador sensível de inflamação em equinos submetidos à celiotomia, atingindo o pico entre o segundo e o quinto dia pós-operatório, período correspondente à resposta inflamatória inicial ao trauma cirúrgico (JAIN, 1993). No entanto, em casos complicados por infecção de ferida ou deiscência de sutura, os níveis tendem a permanecer elevados por mais tempo ou apresentar novos picos relacionados à persistência ou ressurgimento do processo inflamatório, como descrito por Di Filippo *et al.* (2009). O paciente do presente estudo apresentou um perfil de fibrinogênio inicialmente condizente com a fase aguda esperada após o trauma cirúrgico, mas posteriormente demonstrando um novo aumento importante do fibrinogênio, sugestivo de processo infeccioso secundário. A evolução observada na avaliação seriada de fibrinogênio é compatível com a deiscência precoce de sutura e a contaminação da ferida cirúrgica relatadas.

A complicações pós-operatória apresentada pelo animal marcada por deiscência dos pontos, contaminação da ferida, formação de fistulas e acúmulo de conteúdo sanguinopurulento são compatíveis com as complicações incisionais mais frequentemente relatadas após celiotomia em equinos. A revisão de escopo de Gandini *et al.* (2022) demonstra que complicações incisionais (44,1%) e infecção da ferida cirúrgica (29,4%) estão entre as complicações mais prevalentes no pós-operatório.

No presente caso, o curativo pós-operatório consistiu na fixação de uma compressa estéril à pele por meio de pontos simples separados com fio de nylon, associada ao uso de esparadrapo. Entretanto, observou-se deiscência precoce dos pontos, motivo pelo qual optou-se por manter a fixação do curativo exclusivamente com esparadrapo e faixa compressiva. Kilcoyne *et al.* (2019), compararam três tipos de curativos aplicados após celiotomia e demonstrou que a proteção inadequada da incisão aumenta substancialmente o risco de infecção. Nesse estudo, o grupo que recebeu gaze iodada fixada à pele com esparadrapo, apresentou a maior taxa de infecção (9/25 - 36%), principalmente devido ao deslocamento precoce do curativo e à baixa vedação. Em contraste, os curativos suturados com compressa estéril (2/24 – 8,3%) e gaze impregnada com PHMB (0/26) registraram maior proteção e poucas complicações incisionais.

Assim, a evolução da ferida no presente caso reforça a relevância da escolha adequada do curativo pós-operatório e a necessidade de monitoramento rigoroso para prevenir complicações que comprometam a cicatrização da ferida cirúrgica.

CONCLUSÃO

O caso relatado evidencia a complexidade do diagnóstico e do manejo da compactação ileal em equinos, destacando como os fatores predisponentes podem desencadear quadros de obstrução cuja gravidade nem sempre é aparente nos estágios iniciais. Apesar da resposta inicial à analgesia mascarar a progressão da afecção, a combinação de distensão de alças delgadas à palpação retal, hipomotilidade intestinal à ultrassonografia e refluxo gástrico permitiu identificar precocemente um padrão clínico compatível com necessidade de intervenção cirúrgica.

A evolução pós-operatória demonstra que o sucesso terapêutico depende não apenas da correção cirúrgica, mas também de um manejo subsequente rigoroso. As complicações observadas, especialmente a deiscência dos pontos e infecção da ferida cirúrgica, refletem desafios comuns e de grande impacto na cirurgia de equinos, exigindo intervenções intensivas e prolongadas, incluindo diferentes abordagens e terapias adjuvantes. Assim, este caso demonstra que o tratamento da compactação ileal é um processo contínuo que integra diagnóstico preciso, intervenção clínica e cirúrgica oportuna e manejo pós-operatório meticoloso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, G. E.; FALEIROS, R.; PIO JUNIOR, S. B. Equívocos de condutas que agravam o prognóstico da síndrome cólica em equinos. **Brazilian Journal of Equine Medicine**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 20-26, 2005. Disponível em: <https://webvideoquest.uff.br/wp-content/uploads/sites/349/delightful-downloads/2018/09/artigo3.pdf>. Acesso em: 01 dez 2025.
- ABUTARBUSH, S. M.; CARMAN, J. L.; SHOEMAKER, R. W. Causes of gastrointestinal colic in horses in western Canada: 604 cases (1992 to 2002). **Canadian Veterinary Journal**, Ottawa, v. 46, n. 9, p. 800-805, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1255747/>. Acesso em: 20 nov. 2025.
- ARANTES, J. A.; REGINATO, G. M.; DÓRIA, R. G. S. Resolução da impactação ileal em um cavalo com cólica por meio de laparotomia em estação do flanco direito – relato de caso. **Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia**, Belo Horizonte, v. 72, n. 4, p. 1369-1374, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-4162-11749>. Acesso em: 20 nov. 2025.
- ARCHER, D. C.; PROUDMAN, C. J. Epidemiological clues to preventing colic. **The Veterinary Journal**, London, v. 172, n. 1, p. 29-39, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tvjl.2005.04.002>. Acesso em: 20 nov. 2025.
- COOK, V. L.; HASSEL, D. M. Evaluation of the colic in horses: decision for referral. **Veterinary Clinics of North America: Equine Practice**, Philadelphia, v. 30, n. 2, p. 383-398, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cveq.2014.04.001>. Acesso em: 20 nov. 2025.
- DI FILIPPO, P.A; SANTANA, A.E.; REZENDE, L.G. Estudo comparativo entre as técnicas de schalm e de clauss na determinação da concentração plasmática do fibrinogênio em eqüinos hígidos e com cólica. **Ciência Animal Brasileira/Brazilian Animal Science**, v. 10, n. 4, p. 1231-1236, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/cab.v10i4.3265>. Acesso em: 02 dez. 2025.
- FERREIRA, C. et al. Compactações do trato gastrintestinal em equinos: achados clínicos de 64 casos. In: **Conferência Sul-americana de Medicina Veterinária**, 8., 2008, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: [s.n.], 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/302936157_COMPACTACOES_DO_TRATO_GASTRINTESTINAL_EM_64_EQUINOS_ASSOCIACAO_ENTRE_ALIMENTACAO_CARACTERISTICA_DAS_FEZES_E_RESOLUCAO_CLINICA. Acesso em: 26 nov. 2025.
- FERREIRA, C. et al. Cólicas por compactação em equinos: etiopatogenia, diagnóstico e tratamento. **Acta Veterinaria Brasilica**, v. 3, n. 3, p. 117-126, 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277161629_COLICAS_POR_COMPACTACAO_EM_EQUINOS_ETIOPATOGENIA_DIAGNOSTICO_E_TRAATAMENTO. Acesso em: 26 nov. 2025.
- FLEMING, K.; MUELLER, P. O. Ileal impaction in 245 horses: 1995–2007. **Canadian Veterinary Journal**, Ottawa, v. 52, n. 7, p. 759-763, 2011. Disponível

em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3119239/>. Acesso em: 20 nov. 2025.

FREEMAN, D. E. Surgery of the small intestine. In: **Surgery Management of Colic**. Philadelphia: W.B. Saunders, 1997. p. 261-301.

FREEMAN, D. E. Diseases of the small intestine. In: SMITH, B. P. (ed.). **Large Animal Internal Medicine**. 5. ed. St. Louis: Elsevier, 2015. p. 844-869.

GANDINI, M.; CERULLO, A.; GIUSTO, G. Scoping review: Occurrence and definitions of postoperative complications in equine colic surgery. **Equine Veterinary Journal**, Hoboken, v. 55, n. 4, p. 563-572, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/evj.13881>. Acesso em: 20 nov. 2025.

HANSON, R. R. Surgical reduction of ileal impactions in the horse: 28 cases. **Veterinary Surgery**, Hoboken, v. 27, n. 6, p. 555-560, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-950X.1998.tb00531.x>. Acesso em: 20 nov. 2025.

JAIN, N. C. The plasma proteins, dysproteinemias, and immune deficiency disorders. In: JAIN, N. C. **Essentials of veterinary hematology**. Philadelphia: Saunders, 1993. p. 349-380. Disponível em: <https://www.scribd.com/document/519918332/Jain>. Acesso em: 02 dez. 2025.

KILCOYNE, I.; DECHANT, J. E.; KASS, P. H.; NIETO, J. E. Evaluation of the risk of incisional infection in horses following application of protective dressings after exploratory celiotomy for treatment of colic. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, Schaumburg, v. 254, n. 12, p. 1441-1447, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2460/javma.254.12.1441>. Acesso em: 20 nov. 2025.

MAIR, T.S. ; EDWARDS, G.B. (2003), Strangulating obstructions of the small intestine. **Equine Veterinary Education**, 15: 192-199. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.2042-3292.2003.tb00243.x> . Acesso em 01 dez. 2025.

MERRITT, A. M. Impactions of the small and large intestine. In: WHITE, N. A.; MOORE, J. N. (ed.). **Current Techniques in Equine Surgery and Lameness**. 2. ed. Philadelphia: Saunders, 2003. p. 437-445.

MOORE, J. N. Doenças associadas à cólica em cavalos por localização anatômica. **Manual Veterinário MSD**, 2021. Disponível em: <https://www.msdbvmanual.com/digestive-system/colic-in-horses/diseases-associated-with-colic-in-horses-by-anatomic-location>. Acesso em: 18 nov. 2025.

PLUMMER, A. E. Impactions of the small and large intestines. **Veterinary Clinics of North America: Equine Practice**, Philadelphia, v. 25, n. 2, p. 317-327, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cveq.2009.04.002>. Acesso em: 20 nov. 2025.

PROUDMAN, C. J.; FRENCH, N. P.; TREES, A. J. Tapeworm infection is a significant risk factor for spasmodic colic and ileal impaction colic in the horse. **Equine Veterinary Journal**, Hoboken, v. 30, n. 3, p. 194-199, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.2042-3306.1998.tb04487.x>. Acesso em: 20 nov. 2025.

RAMEY, D.; HACKETT, R. Equine gastrointestinal anatomy and factors affecting motility. **Journal of Equine Veterinary Science**, Elmsford, v. 78, p. 102-110, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jevs.2019.04.003>. Acesso em: 20 nov. 2025.

RUHONIEMI, M. Abdominal radiography in monitoring the resolution of sand accumulations from the large colon of horses treated medically. **Equine Veterinary Journal**, Hoboken, v. 33, n. 2, p. 183-188, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.2042-3306.2001.tb00599.x>. Acesso em: 20 nov. 2025.

SINGER, E. R.; SMITH, M. A. Examination of the horse with colic: is it medical or surgical? **Equine Veterinary Education**, Hoboken, v. 14, n. 2, p. 87-96, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.2042-3292.2002.tb00147.x>. Acesso em: 20 nov. 2025.

WHITE, N. A.; MOORE, J. N. **Equine Acute Abdomen**. 2. ed. Jackson: Teton NewMedia, 2009. 720 p.