

lesionam os tecidos moles (músculos, vaso e nervos) com conseqüente claudicação persistente como também relata Brinker et al. A ausência de irregularidades verificada pela palpação da região e pela radiografia no pós-operatório; impedem a dor que quando presente será umas das principais causas de prognóstico ruim para retorno da função do membro. Concordamos que deverá haver a preservação dos tecidos moles no trans-cirúrgico como define Melo et al., e o uso do cefalótomo forneceu um trans-cirúrgico sem risco de trauma com retorno à função do membro considerado satisfatória nos dez animais após 21 dias. O presente trabalho nos permite concluir que o cefalótomo pode ser utilizado na técnica de artroplastia excisional da cabeça e colo femoral com bons resultados cirúrgicos.

## Laringectomia total associada à traqueostomia definitiva como tratamento da paralisia laríngea grave em um cão

1- Curso de Medicina Veterinária - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – MG

Bicalho, A.F.<sup>1</sup>;  
Savassi-Rocha, G.L.<sup>1</sup>;  
Alencar, C.A.D.<sup>1</sup>;  
Paolinelli, D.R.S.<sup>1</sup>;  
Lamouniere, A.R.<sup>1</sup>

Trata-se de uma cadela da raça Labrador Retriever, de quatro anos de idade, que apresentava sinais de disfagia, sialorréia intensa, aspiração traqueal e dispnéia grave. O histórico clínico incluía traumatismo cervical, resultante de contenção por coleira, o que caracteriza paralisia adquirida de origem traumática. Os sintomas se agravavam progressivamente, exigindo tratamento cirúrgico. Para correção da insuficiência respiratória, realizou-se uma traqueostomia temporária pela técnica do flape em "H", suturando-se a borda traqueal à pele. Houve melhora significativa do distúrbio respiratório, porém, a disfagia e a aspiração traqueal de água e alimento persistiram. Após laringoscopia, chegou-se ao diagnóstico de paralisia laríngea com disfunção das cartilagens aritenóides. O acesso cirúrgico se deu por uma incisão cervical, na linha média ventral, que se estendeu desde a região da sínfise mandibular até a o terceiro anel traqueal. Realizou-se a desconexão laringotraqueal pela secção transversal da traquéia entre o segundo e terceiro anéis e o tecido adjacente foi dissecado no sentido cranial até atingir a cavidade oral. Toda a laringe foi removida, inclusive a epiglote. A mucosa faríngea foi suturada com pontos isolados simples e o espaço morto abolido com sutura contínua, utilizando-se o fio de Poliglecaprone (Monocryl<sup>®</sup>) nº 4-0. Em seguida, instalou-se um tubo de faringostomia para nutrição no pós-operatório. O paciente do caso ora relatado é mestiço da raça Labrador Retriever que, segundo Reimer, apresenta predisposição ao desenvolvimento de paralisia laríngea. Após a operação, houve melhora no estado geral do animal, que ganhou peso, associado à remissão dos sinais de disfagia e aspiração traqueal. O animal permanece sob acompanhamento sem apresentar nenhum sinal clínico após 40 dias de pós-operatório. A realização simplesmente da laringectomia parcial, que é indicada na maioria dos casos de paralisia laríngea, não teria indicação neste paciente, uma vez que as principais complicações pós-operatórias - tosse, engasgamento e aspiração - já eram observadas na paciente e poderiam inclusive se agravar. A laringectomia total com traqueostomia definitiva foi uma técnica adequada para o tratamento da paralisia laríngea grave, não se acompanhando de nenhuma complicação pós-operatória, o que proporcionou ao animal o retorno às suas atividades normais. A faringostomia teve grande auxílio no tratamento suporte pós-operatório, interrompendo os sinais clínicos relacionados à afecção e possibilitando alimentação enteral com nutrição adequada ao paciente.