



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA

DERMATITE E PANICULITE NODULAR EM CANINO (PIODERMITE PROFUNDA
CRÔNICA) – RELATO DE CASO

ALUNA: Leimah de Fátima Ramos Consoni Albuquerque

ORIENTADORA: Ana Paula Monteiro Tenório

SUPERVISOR: Bruce Lins F. Silva

LOCAL DO ESO: Pet Dream Hospital Veterinário

Recife – Pernambuco

Fevereiro, 2019.



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO (ESO)
ÁREA DE CLÍNICA MÉDICA E DERMATOLOGIA DE PEQUENOS ANIMAIS

DERMATITE E PANICULITE NODULAR EM CANINO (PIODERMITE
PROFUNDA CRÔNICA) – RELATO DE CASO

Estágio realizado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharelado em Medicina Veterinária, sob orientação da Profa. Dra. Ana Paula Monteiro Tenório.

Recife – Pernambuco
Fevereiro, 2019.



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA

DERMATITE E PANICULITE NODULAR EM CANINO (PIODERMITE
PROFUNDA CRÔNICA) – RELATO DE CASO

Relatório desenvolvido por
Leimah de Fátima Ramos Consoni Albuquerque
Aprovado no dia 05 Fevereiro de 2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra Ana Paula Monteiro Tenório (Orientadora)
Departamento de Medicina Veterinária da UFRPE

Dr. Bruce Lins F. Silva
(Diretor Médico Veterinário)

Dr. Edbhergue Ventura Lola Costa
(Estagiário de Pós-Doutorando e Médico Veterinário)

Dra. Caroline Isabelle de Souza Milfont (Suplente)
(Médica Veterinária Residente)

Dedico este trabalho a todos aqueles que de alguma forma me incentivaram, apoiaram, acreditaram e tiveram paciência comigo contribuindo assim para a minha formação profissional.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos os professores, que representam a Universidade Federal Rural de Pernambuco e em destaque o Departamento de Medicina veterinária. Principalmente àqueles que acreditaram em mim e de alguma forma me incentivaram a não desistir, a ter foco e a concluir com sabedoria.

Agradeço ao meu Supervisor Dr. Bruce e todos os seus funcionários que de alguma maneira se dedicaram à compartilhar os seus conhecimento e experiências. A todos que reservaram um pedacinho do seu tempo para ensinar e explicar a resolução de muitos casos. Àqueles que sempre mantêm um ambiente constantemente higienizado, fornecendo uma agradável sensação de limpeza e conforto para todos.

Agradeço também à minha orientadora professora Ana Paula e à minha família pela enorme paciência que tiveram comigo nessa jornada. Quero agradecer à minha filha Liz Hamiela que do seu jeitinho pode compreender alguns momentos de ausência, falhas e erros e pelo seu amor imensurável.

Quero agradecer principalmente à Deus por me amar e por simplesmente permitir que eu esteja aqui.

LISTA DE ABREVIACES

%	Porcentagem
ALT	Alanina Amino Transferase
AST	Aspartato Amino Transferase
°C	Graus Celsius
BID	Duas vezes ao dia
ESO	Estágio Supervisionado Obrigatório
FA	Fosfatase Alcalina
g	Gramas
IV	Intravenoso
Kg	Quilograma
L	Litros
mg	Miligramas
ml	Mililitros
pH	Potencial Hidrogeniônico
PPA	Piodermatite do Co Pastor Alemão
spp	“Espécies”
SRD	Sem Raça Definida

SUMÁRIO

1. Introdução.....	07
2. Revisão da Literatura.....	08
3. Relatório de Estágio.....	15
3.1 Introdução.....	15
3.2 Atendimento e Registro de Atividades.....	15
3.3 Material e Métodos.....	17
3.4 Resultados e Discussões.....	25
3.5 Conclusão.....	29
4. Considerações Finais.....	35
5. Referência Bibliográfica.....	36

1. Introdução

Na medicina humana, sabe-se que as especializações nasceram de uma necessidade frente à expansão e diversificação do conhecimento médico. Cada especialista, seja no consultório ou no hospital, exerce a arte da cura, dentro de sua especialidade. Não muito diferente, ocorre na medicina veterinária, uma vez que a necessidade de atendimento especializado têm se mostrado valorizada e muito procurada por aqueles que se preocupam em oferecer uma melhor qualidade de vida para o seu bichinho de estimação. Além disso, favorece um convívio harmonioso no ambiente familiar.

O contato e a proximidade dos pets com os seus tutores têm se mostrado cada vez maior e isso se reflete perfeitamente em estabelecimentos públicos e privados, como shoppings, lojas além de praças e parques. Esse estreito laço afetivo torna o tutor vulnerável às zoonoses além de causar-lhes certos “desconfortos” mediante algumas patologias próprias de cada espécie. Daí o surgimento de um cuidado indispensável com o animal, uma vez que existe um convívio maior com os membros de sua família humana. A procura por um médico veterinário especializado em dermatologia e alergologia se mostrou, durante o período de estágio, alta e significativa. Tal procura revelou uma frequência positiva de pacientes, isso demonstra e reforça a importância do médico veterinário recém-formado especializar-se e procurar sempre estar atualizado quanto à conduta e tratamento de seus pacientes.

Essa vivência pretende mostrar a experiência durante o período de estágio obrigatório em uma clínica particular situada na Região Metropolitana do Recife. Tendo-se acompanhado atendimentos na área clínica, dando-se maior ênfase e atenção nas modalidades de dermatologia e alergologia. Durante esse período pode-se observar que muitos tutores procuraram um médico veterinário especializando em dermatologia e alergologia não apenas quando se existia uma doença já instalada no animal, mas também para receber orientações e prevenir doenças de pele e alergias logo nos primeiros sinais clínicos apresentados pelos pacientes.

2. Revisão de Literatura

Segundo informações constatadas no site oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia, sabe-se que a dermatologia é o ramo da medicina que se estuda as doenças de pele, pelos, unhas e mucosas, bem como as relações das lesões cutâneas com as doenças sistêmicas. Enquanto que a alergologia é o ramo da medicina que estuda, diagnostica e trata das doenças alérgicas. A alergia, conforme o mesmo é uma reação anormal e específica do organismo após sensibilização por uma substância estranha que não gera problemas na maioria dos indivíduos.

A epiderme é um epitélio estratificado não vascular e de espessura variada. Apresenta abertura das glândulas subcutâneas e dos folículos pilosos, e sua superfície profunda é adaptada ao cório (glândulas e seus folículos são invaginações da epiderme) (SISSON/GROSSMAN, 1986, p. 226). Segundo os autores ela pode ser dividida em uma parte seca, dura, superficial, o estrato córneo, e uma parte profunda, úmida, macia, denominado estrato germinativo. As células da última contêm pigmento, e com sua proliferação compensam a perda por descamação da parte superficial do estrato córneo.

O cório consiste essencialmente em fibras brancas e elásticas de percepção de tato. Ele é bem suprido por vasos e nervos e contém as glândulas cutâneas, os folículos pilosos e músculo liso (SISSON/GROSSMAN, 1986, p. 226). Os autores descrevem também que a parte mais profunda do cório, cohecida como túnica própria, consiste em uma rede relativamente frouxa de feixes. Enquanto que na parte superficial, o estrato papilar, é de textura fina e não possui gordura. SISSON/GROSSMAN (1986) afirmam que a sua face superficial é envolvida densamente com proeminências cônicas em forma de agulha, as papilas e que elas contêm novelos vasculares e nervos.

Para SISSON/GROSSMAN (1986) as glândulas da pele são principalmente do tipo sudoríferas ou do tipo sebácea, sendo a primeira conhecida como glândula do suor. As glândulas sebáceas associam-se aos pelos dentro dos folículos nos quais elas se abrem. Seus tamanhos variam muito e são, em geral, inversamente proporcionais aos pelos. Quanto a sua forma, elas podem ser alveolares ramificadas, alveolares simples ou mesmo tubulares. Elas secretam uma substância gordurosa, o sebo cutâneo, que serve como uma proteção contra a umidade e pode e pode também desempenhas um papel importante na vida sexual dos animais (SISSON/GROSSMAN, 1986, p. 226).

Ainda conforme SISSON/GROSSMAN (1986) pelos, chifres, cascos e unhas entre outros são chamados apêndices da pele e são modificações da epiderme. De acordo com eles, os pelos recobrem quase toda superfície do corpo dos mamíferos domesticados e estão se desprendendo e sendo

repostos, quando saudáveis. Conforme esses ainda, os longos pelos tácteis estão presentes ao redor das pálpebras, narinas e olhos; os cílios; traço da orelha externa; e as vibrissas das narinas.

A parte dos pelos acima da superfície da pele é a lança (*scapus pili*), enquanto a raiz está situada em uma depressão chamada folículo piloso (*folliculus pili*) (SISSON/GROSSMAN, 1986, p. 226). Afirmam ainda que existe uma projeção da papila vascular no fundo do folículo sendo essa coberta pela terminação expandida do ramo, o bulbo do pelo. Os pelos são compostos de células epidermais e consistem (de fora para dentro) em três partes: a cutícula, o córtex e a medula. (SISSON/GROSSMAN, 1986, p. 226).

A pele pode ser considerada o espelho do organismo, podendo refletir processos instalados internamente, aumentando ainda mais as queixas de processos cutâneos indicados muitos tutores de animais. (Feitosa, 2004, p.640). De acordo com Feitosa (2004), seu papel também é de suma importância, uma vez que irá proteger o animal contra “ameaças” provenientes do ambiente externo, confere certa flexibilidade, termorregulação, pigmentação, produção de secreção e de vitamina D, produção de estruturas queratinizadas como pelos, unhas e a camada córnea e por fim realiza a imunorregulação além de identificação do animal e percepção. Ele afirmam que o pH da pele é de extrema importância, sendo esse levemente ácido, porém podendo variar conforme a região anatômica, tipo de manto piloso, identificação e status sexual e raça do animal.

Ainda sobre a cobertura natural do corpo, determinou-se que:

O tegumento comum é a cobertura protetora do corpo, sendo contínuo nas aberturas naturais com as membranas mucosas do trato digestivo, respiratório e urogenital. Ele irá consistir em pele, juntamente com certos apêndices ou modificações destes, como cabelo, chifres, penas e daí por diante. Essa cobertura contém ramificações periféricas de nervos sensoriais e é um importante órgão sensorial. É o principal fator de regulação da temperatura corporal, e por intermédio de suas glândulas desempenha um importante papel na secreção e secreção. A espessura da pele varia nas diferentes espécies, em diferentes partes do corpo de alguns animais e também com a procriação, sexo e idade. (SISSON/GROSSMAN, 1986, p.225).

Segundo os autores, a cor é mascarada pela cobertura dos pelos e sobre a sua estrutura, eles afirmam que a pele consiste em dois estratos distintos, uma lâmina epitelial superficial, a epiderme, e uma lâmina profunda de tecido conjuntivo, o cório.

No presente estudo, destaca-se a patologia classificada como piodermite. Define-se como piodermite: “[...] infecção bacteriana da pele,

podendo ser: piodermite superficial e piodermite profunda. A piodermite superficial envolve a epiderme e o folículo intacto. A piodermite profunda envolve a derme e, possivelmente, o subcutâneo.” (Tilley e Smith Jr, 2015, p. 1040).

Em outro ponto de vista, define-se piodermite da seguinte forma:

A piodermatite do cão pastor alemão (PPA) é uma piodermatite profunda e hereditária, quase que exclusivamente observada em cães de meia idade. Na maioria dos animais foi isolado *Staphylococcus intermedius*, mas também são comumente encontrados estreptococos hemolíticos. É duvidoso se estas bactérias iniciam a doença, tendo sido sugerido que pulgas, hipersensibilidade à picada de pulgas, ou hipertireoidismo são fatores precipitantes ou complicadores. Até onde é sabido, cães com PPA são imunologicamente competentes, a despeito do achado de níveis elevados de complexos imunes circulantes. Provavelmente, as funções leucocitárias não são alteradas. Recentemente foi demonstrado que marcadores CD11 e CD18 em neutrófilos localmente infiltrados, como indicadores para a quimiotaxia, estavam presentes em um padrão normal nos leucócitos de cães com GSP. Por outro lado, relatou-se o achado de um número significativamente reduzido de linfócito T CD4+ nesses animais, indicando-se assim alteração na resposta imune celular. . (WILLEMSE, 2002, p. 12).

A piodermite é classificada como de superfície, superficial ou profunda dependendo da profundidade da infecção. A infecção de superfície limita-se à superfície do estrato córneo, e inclui o intertrigo (dermatite das dobras cutâneas), a dermatite piotraumática (dermatite úmida aguda) e algumas piodermites mucocutâneas (Patel e Forsythe, 2010, p.161). Para os autores a infecção superficial envolve a epiderme e/ou o infundíbulo folicular e inclui o impetigo, a foliculite superficial, a piodermite difusa superficial e algumas piodermites mucocutâneas.

A piodermite profunda envolve todas as porções do folículo piloso e a derme. Este grupo inclui a foliculite profunda, a furunculose e celulite, a piodermite do Pastor alemão e a foliculite-furunculosa piotraumática. Além disso, as infecções profundas localizadas são classificadas como: podo-piogramulomas; como foliculite do plano nasal, do focinho, do mento, dos calos de apoio ou pedal; ou ainda furunculose. (Patel e Forsythe, 2010, p.161).

Para Patel e Forsythe (2010) a piodermite profunda pode levar a linfadenopatia localizada do linfonodo que drena a região por exemplo; os linfonodos pré-escapulares ou poplíteos apresentam um volume aumentado quando as extremidades dos membros são acometidas.

A causa mais comum de piodermite nos caninos e felinos é a infecção por *Staphylococcus intermedius*. A piodermite profunda pode ser induzida por qualquer bactéria, incluindo bactérias gram-negativas. Muitas infecções de tecidos moles, incluindo lesões abertas e abscessos, são contaminadas por uma população bacteriana variada; a flora bacteriana aeróbia e anaeróbia da boca está frequentemente envolvida. (Nelson e Couto, 2006, p.1207).

São predisponentes a piodermite, cães de pelagem curta, especialmente aqueles com dobras cutâneas excessivas. Pastor alemão - piodermite profunda e grave que só responde parcialmente a antibióticos e, com frequência, pode sofrer recidiva (Tilley e Smith Jr, 2015, p. 1040).

Comparado a outras espécies, os cães é o único predisposto ao desenvolvimento da piodermite suspeita-se que isto pode ser devido ao fato de que possuem um estrato córneo mais delgado, um pH mais alto da pele e ausência de um tampão lipídico folicular que obliteraria a abertura do infundíbulo do folículo piloso. (Patel e Forsythe, 2010, p.161). Segundo eles, qualquer coisa que perturbe o delicado equilíbrio entre a defesa do hospedeiro e o agente microbiano pode favorecer a proliferação deste último e a infecção.

Em indivíduos atópicos, vale destacar que, “[..] o trauma autoinduzido, que resulta da degradação da barreira cutânea, a maior umidade decorrente de lambedura, a alteração do conteúdo lipídico da barreira epidérmica e tratamento imunossupressor prolongado são outros fatores que predisõem a piodermite em indivíduos atópicos [..]” (Patel e Forsythe, 2010, p.166).

A dermatite atópica subjacente é uma causa bastante comum de piodermite recidivante e a pele dos cães e seres humanos atópicos é intensamente colonizada por estafilococos. Neste sentido, um dos pré-requisitos para a infecção bacteriana da pele é a adesão do micróbio à superfície da mesma, e tem-se observado uma maior aderência dos estafilococos aos queratinócitos em cães e seres humanos atópicos, comparando-se a indivíduos saudáveis (Patel e Forsythe, 2010, p.166).

Há também os que determinam infecção piogênica como:

Infecção piogênica da pele, mas esta é, até certo ponto, errônea, pois em muitos casos não há pústulas, pápulas foliculares, crostas, comedos, colares epidérmicos, escamação, cilindros foliculares, alopecia, eritema, escoriações, úlceras, hiperpigmentação e liquefação. Parece que as lesões dependem da profundidade da infecção e também da duração da doença. Conforme os autores a maioria dos casos de piodermite canina ocorre pela infecção com bactérias residentes, em particular por *Staphylococcus intermedius*, e surgem devido à doença cutânea ou sistêmica subjacente que torna o

microambiente cutâneo mais favorável a proliferação e infecção bacteriana. Doenças ectoparasitárias, hipersensibilidade, endocrinopatias e desordens descamativas primárias estão entre as doenças subjacentes conhecidas. (Patel e Forsythe, 2010, p.161).

As infecções cutâneas ocorrem em casos de perda da integridade da superfície da pele, maceração da pele por exposição crônica à umidade, alteração populacional da flora bacteriana residente, comprometimento da circulação ou impacto negativo sobre a imunocompetência do paciente causado por doença sistêmica ou terapia imunossupressora. (Tilley e Smith Jr, 2015, p. 1040).

Segundo Tilley e Smith Jr (2015), os achados dos exames físicos são: pápulas, pústulas, pústulas crostosas, crostas, colaretes epidérmicos, manchas (máculas) eritematosas ou hiperpigmentadas circulares, alopecia (pelagem com aparência de roído), bolhas hemorrágicas, descamação, liquenificação, lesões em alvo, abscessos, furunculose e celulite.

A respeito das lesões em relação a sua morfologia, segundo estudos, sabe-se que:

Embora a morfologia das lesões cutâneas seja a chave para o diagnóstico, na clínica do dia-a-dia sabe-se que a identificação das lesões e o conhecimento de sua localização e distribuição principais deverão constituir-se no primeiro passo. Numerosas lesões tidas como primárias podem sofrer alterações com a medicação, infecção, ou com o ato de coçar. Portanto, é importante o conhecimento das lesões primárias, diferenciando-as das lesões secundárias. Sabe-se que uma lesão primária é àquela que se forma espontaneamente, exatamente como um reflexo direto de uma doença sistêmica ou dermatológica subjacente. (WILLEMSE, 2002, p. 01).

Para Willemse (2002), vale recordar que são exemplos de lesões primárias: mácula, pápula, nódulo, pústula, vesícula e vergão. Sendo assim crostas, erosões, úlceras, cicatrizes, escoriações, liquefação, fissuras e hiperqueratose são lesões secundárias, isso significa que lesões primárias ao evoluírem tornam-se secundárias e isso também é importante no diagnóstico. Justamente por esta razão é essencial que se conheça os tipos de lesões com as quais tem início um problema dermatológico, e como evoluiu-se o problema.

Ainda conforme Willemse (2002), as lesões mostram-se intensamente pruriginosas sendo comumente dolorosas e consiste-se em um aglomerado de pápulas, pústulas, erosões e crostas, que evoluem até fístulas e úlceras. Ele diz que apenas ocasionalmente as lesões têm uma origem folicular, por isso

apresentam um odor desagradável e uma linfadenopatia, além de apresentar também uma perda de peso, piroxia e pouco apetite.

As doenças endócrinas predispõem à piodermite devido aos fatores imunossupressores e/ou queratinização anormal (Patel e Forsythe, 2010, p.166). Patel e Forsythe (2010), afirmam que doenças imunossupressoras congênitas ou adquiridas, mesmo que tratadas com imunossupressores ou anti-inflamatórios podem predispor a piodermite. Por último, fatores iatrogênicos como excesso de banhos, má nutrição e ambiente mal higienizado podem precipitar o aparecimento da piodermite, segundo os autores.

Muitos autores mencionam a importância de uma abordagem apurada do exame físico e clínico dos pacientes dermatológicos. Levando em consideração uma boa anamnese e o histórico desses pacientes, esse último, sob um olhar mais detalhado e atencioso. No histórico específico do animal devem ser incluídas questões relacionadas ao estado de saúde geral do animal e conduta, e questões mais específicas devem ser feitas com a construção do cenário da condição (Patel e Forsythe, 2010, p.02). Ainda conforme Patel e Forsythe (2010), em relação à conduta, as palavras chaves devem levar a um levantamento sobre a dieta do animal, sobre o ambiente que esse animal frequenta/mora/dorme, se tem carpetes na residência, se costuma passear em local com grama, se fez alguma viagem, se fez uso de algum ecto ou endoparasiticida.

O histórico deve ser obtido por uma sequência lógica, de forma a construir um cenário da condição e uma lista de diagnósticos diferenciais, enquanto o paciente é examinado. Informações sobre a idade no início dos sinais clínicos, raça e sexo do animal devem estar prontamente disponíveis (Patel e Forsythe, 2010, p.01).

Sabe-se que ele precisa ser dividido entre aspectos relacionados à doença de pele e aspectos relacionados com o histórico geral do animal. Conforme Patel e Forsythe (2010) por causa da limitação do tempo uma boa parte do questionamento sobre o histórico pode ser feita durante o exame do animal, com isso otimiza-se melhor o fator tempo no decorrer do atendimento.

No que se refere aos métodos de diagnóstico de um paciente dermatológico, destacam-se:

Raspados cutâneos, tricogramas, cultura para dermatófitos, citologia da superfície cutânea, citologia de pápula/pústula, teste alérgico intradérmico, ensaio alimentar hipoalergênico (dieta de alimentação), testes endócrinos – para identificar a causa subjacente. Biópsia cutânea [...]. Esfregaço direto de pústula intacta - neutrófilos com bactérias intracelulares, tipicamente cocos. Citologia – utilizada para ajudar a diferenciar pênfigo foliáceo (queratinócitos acantolíticos) e infecções fúngicas profundas (blastomicose, criptococose) de

piodermites; grãos teciduais podem identificar microrganismos filamentosos característicos de bactérias superiores. (Tilley e Smith Jr, 2015, p. 1040).

A dermatofitose canina em geral, cursa de forma assintomática. Por se tratar de quadro pouco distinto em relação às demais formas de piodermites superficiais, deve-se sempre tê-la em mente, e recorrer aos exames complementares para a adequada caracterização do agente com sua morfometria típica de moedas empilhadas (“stacket coins”). (Larsson Jr., 2008, p.29)

O exame diagnóstico ideal é aquele que dá um diagnóstico rápido, conveniente e pouco dispendiosa se o paciente tem ou não uma determinada doença. Infelizmente, a maioria dos exames tem um problema inerente de falta de confiabilidade e nem sempre é possível distinguir o normal do anormal, levando a resultados falso-positivos e falso-negativos. (Patel e Forsythe, 2010, p.01).

Por isso é muito importante que o clínico esteja ciente dos limites de qualquer exame e que os resultados devem ser interpretados à luz do histórico e dos sinais clínicos (Petel & Forsythe, 2010, p.06).

Na rotina da dermatologia, em medicina veterinária, em relação a espécie caninas estas enfermidades, principalmente as superficiais, assumem grande importância, uma vez que sua prevalência sobrepuja consideravelmente àquela das piodermites profundas, situação que também se aplica a sua taxa de recorrência. Conceitualmente, corresponde à infecção bacteriana cutânea superficial, de etiologia múltipla, e que, em alguns animais, assume um caráter crônico e recidivante. (Larsson Jr., 2008, p.23)

3. Relatório de Estágio

3.1 Introdução

Durante o período do estágio supervisionado, foram acompanhadas as consultas médicas veterinárias na área clínica e dermatologia. A rotina e o dia a dia desses profissionais de saúde foram muito bem aproveitados. Dentre essas teve-se uma maior atenção e destaque as consultas médicas dermatológicas e em alergologia.

No período da vivência da rotina médica veterinária destacam-se aquelas relacionadas às áreas de dermatologia e alergologia, uma vez que o principal foco era acompanhar a rotina médica nessas duas especialidades.

3.2 Atendimento e Registro de Atividades

Tendo-se acompanhado a rotina de atendimento de um médico-veterinário por dia, registrou-se, por exemplo, no mês de outubro nos período vespertino, cerca de 50 a 55 atendimentos. Destes, 9 eram pacientes felinos sendo (4 machos e 5 fêmeas), e os demais 46 pacientes eram da espécie canina. Desses, 26 eram do sexo masculino e 20 eram do sexo feminino. Em média foram atendidos cerca de 12 pacientes em um intervalo de 6 horas diárias. Lembrando que não se contabilizou as emergências médico-veterinárias.

Para um melhor entendimento, pode-se relatar que no estágio supervisionado em dermatologia e alergologia veterinária presenciaram-se muitos casos, contudo observou-se que apesar de cada um deles ter a sua importância seguia-se sempre um roteiro de avaliação. Após o paciente ser encaminhado para a consulta especializada, se tinha em mãos a ficha do animal (boletim de atendimento) com o nome do paciente, raça, peso, sexo, espécie, nome do proprietário, data, hora de chegada, número da ficha e tipo de serviço. Essa trazia as seguintes opções: procedimentos clínicos, diagnóstico por imagem, enfermagem, cirurgias e internamento.

Os “Procedimentos Clínicos” ofertados eram consultas clínica ou especializada, hemogasometria, vacina Anti-rábica, vacina V-10, vacina Nobivac Puppy, vacina Giardia, vacina Leishtec, vacina Feli-4, vacina Pneumodog, atestado da saúde e retorno. Havia um espaço nesse tópico, denominado “procedimentos clínicos”, caso o profissional precisasse adicionar algum outro serviço.

Como “Diagnóstico por Imagem” tinha-se a opção de raio-X, ultrassonografia, ecocardiograma, eletrocardiograma, pressão arterial, risco cirúrgico e um espaço com três linhas para que o médico veterinário acrescentasse algum outro exame, caso fosse necessário.

Na parte da ficha voltada para serviços de “Enfermaria” aparecia as opções de soroterapia COM ou SEM medicação, soroterapia assistida na enfermaria após 3 horas, oxigenoterapia, aplicação de medicação por kg (nessa parte havia um espaço para que o veterinário escrevesse o nome da medicação), aplicação de CERÊNIA/kg e aplicação de CONVÊNIA/kg. Também existia ai, um espaço pequeno intitulado “Outros” para que pudessem acrescentar algo mais, caso houvesse alguma necessidade . Ainda nesse subtópico tinha-se os seguintes serviços: hemograma, fita de glicose e bioquímicos.

No subtópico da ficha classificado como “Cirurgias” devia-se marcar uma das opções: anestesia inalatória/Kg, anestesia de contenção/kg e logo em seguida identificar o nome do profissional responsável. Abaixo aparecia a opção “Procedimento” e um espaço para descrevê-lo. Havia também um espaço para que se escrevesse o nome do profissional responsável.

Na parte “Internamento” aparecia as opções: “Diária com Medicação/Kg”, “Diária renal/kg”, “Diária gastro-entérite/Kg”, “Diária de observação/Kg”, “Hemogasometria no Internamento”, “Outros” (reservado para adicionar mais alguma informação) e “Nome” (nome do médico veterinário responsável).

Sendo assim nas consulta tinha-se em mãos a ficha do paciente com a numeração e sua identificação. Com essa numeração de identificação podia-se acessar o histórico do animal. Após a leitura desses históricos e queixas clínicas, realizava-se então a anamnese sobre o paciente e em seguida o exame clínico. Observou-se que todos os dados como: histórico do animal, data de entrada, queixa do tutor, diagnóstico e tratamento, se o mesmo foi ou não internado, se realizou exames laboratoriais e/ou de imagem, nome do médico veterinário que o atendeu anteriormente (no hospital veterinário), exame clínico realizado entre outros, ficavam armazenados em um sistema. Todos esses dados são muito importantes para a construção de um diagnóstico preciso do paciente. Esses são todos armazenados em um programa desenvolvido exclusivamente para o hospital veterinário.

Após a leitura do histórico e tendo em mãos a ficha do paciente contendo dados básicos ao seu respeito, prosseguia-se a consulta realizando-se na sequência a anamnese e exames físicos do animal. Quando necessário coletava-se sangue para hemograma e/ou bioquímico, fragmentos de tecido para exame histopatológico e material para cultura e citologia. Em alguns casos o paciente era encaminhado para realizar exames de imagem (ultrassonografia

e radiografia) e quando necessário, dependendo do seu estado geral, o mesmo poderia seguir para a sala de fluido terapia ou para o internamento quando classificado como grave. Nesses dois últimos casos o paciente era liberado só após receber alta do médico veterinário que o atendeu, sendo esse o responsável pelo seu acompanhamento.

Se fosse realizado algum procedimento(s) ou serviço(s), o mesmo era registrado na ficha do paciente, digitado para o programa de computador e em seguida lançado para o sistema com compartilhamento através de uma rede interna. Com isso observou-se uma melhor organização e controle de cada caso, podendo o mesmo ser acompanhado por qualquer médico veterinário do hospital, uma vez que todos tinham acesso ao programa que armazenava informações sobre o animal cadastrado.

Nas consultas especializadas em dermatologia e alergologia, durante o exame físico realizava-se uma avaliação geral da pele do paciente. Esse por sua vez, poderia revelar alterações localizadas ou generalizadas, únicas ou múltiplas, simétricas ou assimétricas, além de mostrar lesões primárias e/ou secundárias. O exame físico geral bem como o exame dermatológico era realizado durante as consultas, sendo assim um completa o outro ajudando ainda mais no diagnóstico do paciente.

3.3 Material e Métodos

No dia 15 de novembro de 2018, chegou ao Hospital Veterinário uma cadela SRD chamada Sofia. Segundo a tutora o animal apresentava-se com 9 anos de idade. Seu peso (naquele dia) era de 8,9Kg, o animal é castrado. A tutora relatou que até os três anos de idade Sofia era uma cadelinha saudável, contudo ao completar aproximadamente três anos e quatro meses apresentou sua primeira crise convulsivo, sendo prescrito FENOBARBITAL 100mg duas vezes ao dia (BID) e depois passou a ser administrado uma vez ao dia (SID). Estava controlada com essa medicação, mas quando suspende volta a ter crises. A tutora informou também que Sofia apresentava-se com “complicações hepáticas” e que quando teve problemas de pele anteriormente, havia tratado com corticoides, antibióticos e imunossupressores. Com isso reviu-se o histórico de Sofia no sistema e realizou-se a sua anamnese. Em seguida fez-se o exame físico da paciente, inspecionando toda sua pele, orelhas e boca (região perilabial), região abdominal e perianal. Foram avaliados os linfonodos e mucosas. Na avaliação da pele especificamente examinou-se o seu brilho, se havia a presença de ectoparasitas além de se avaliar a resistência do pelo ao ser arrancado. Em seguida fez-se uma investigação minuciosa de suas lesões.



Fonte: Arquivo pessoal (15/11/2018)

Sofia apareceu com lesões ulcerativas graves, algumas bem extensas e tratos fistulosos, sendo que a configuração de suas lesões não seguia um padrão circular perfeito estavam mais para assimétricas. Eram múltiplas e algumas delas fundiam-se umas as outras. Apresentavam-se eritematosas, sendo que a borda de algumas das lesões tinha uma aparência hiperpigmentadas.



Fonte: Arquivo pessoal (15/11/2018)



Fonte: Arquivo pessoal (15/11/2018)



Fonte: Arquivo pessoal (15/11/2018)

Todavia, durante a vivência de estágio fez-se uma pesquisa mais aprofundada a respeito do histórico dessa paciente. E, com isso, descobriu-se que predominantemente a frequência do animal ao hospital veterinário estava muito mais relacionada à suas crises convulsivas constantes. Sendo essa a queixa mais marcante e preocupante para a tutora.

Ao estudar seu histórico constatou-se que no dia 11/04/2015 a tutora havia se queixado que o animal tinha demonstrado soluços esporádicos, nunca teve qualquer outra doença anteriormente, mas tem carrapatos frequentes. Neste dia seu exame clínico apresentou-se normal, contudo no exame neurológico constatou-se espasticidade e diminuição da sensibilidade nasal. Sendo assim foi solicitado exames de sangue e tomografia computadorizada do encéfalo. No exame de sangue, em jejum, pediu-se: hemograma, dosagens de ALT/AST, uréia, creatinina, albumina, colesterol total, triglicerídeos, bilirrubinas, cálcio sérico, glicemia, sorologia de hemoparasitas 4DX. Recomendou-se nessa data que a tutora administrasse por via oral meio comprimido de GARDENAL 50mg a cada 12 horas. Recomendou-se também que a tutora anotasse os dias, horários e duração de cada crise convulsiva e que se possível filmasse. Foi recomendado que em caso de uma nova crise, protegesse a cabeça do animal e pressionasse levemente ambos os olhos da paciente. Pediu-se que a tutora retornasse após os resultados dos exames ou se houvesse qualquer alteração o retorno deveria ser imediato. A tutora retornou dia 15, e nesse dia viu-se o resultado do hemograma da paciente e constatou-se um aumento muito relevante do bioquímico. Com base nesse, destacam-se: 26,000 de AST; 73,000 de ALT; 24,00 de Ureia Sanguínea. No

do dia 15/04 do anteriormente citado, Sofia deu continuidade ao tratamento com GRDENAL e mostrando-se bem, não foram constatadas nenhuma alterações nos exames de sangue, clínicos e neurológicos. Apenas aguardou-se os resultados da tomografia computadorizada e dosagem de FENOBARBITAL.

No dia 16/05/2015 a tutora foi para uma consulta junto com o seu animal. Nesse dia ela havia relatado que Sofia estava bem e que não apresentava crises convulsivas desde então. Porém, estava com poliúria, polidipsia e sua concentração sérica de FENOBARBITAL estava em 20.7 MCG/DL. Apresentou-se também com dermatite, dessa forma orientou-se que a tutora desse banho com CLOREXIDERM SHAMPOO duas vezes na semana por quatro semanas e fosse encaminhada para o dermatologista. A dose de FENOBARBITAL foi mantida, mas pediu-se que a tutora retornasse com o animal após 60 dias para uma reavaliação. Lembrou-se que se houvesse convulsão retornasse imediatamente com o animal. Sendo assim, manteve-se a dosagem prescrita anteriormente (GARDENAL 50mg/ meio comprimido a cada 12 horas).

Por se tratar de uma cadela que apresentava convulsões, em seu histórico foram observadas algumas intercorrências no hospital veterinário devido à suas constantes crises convulsivas.

Dentre estas, constatou-se em seu histórico que no dia 27/06/2015, Sofia deu entrada no Hospital Veterinário devido a uma crise convulsiva. Nesses casos, o protocolo elaborado para essa paciente consistia em encaminhá-la para a fluido terapia e aplicar 0,9 ml IV de DIAZEPAM . Em seguida orientava-se que a mesma fosse internada e ficasse em observação até a estabilização do seu quadro. Para sua internação o protocolo usado costumava ser: FENOBARBITAL 0,15ml IV às 8:00h e às 20:00h, DEXAMETASONA 1,1ml IV às 8:00h (depois da primeira dose fazer 0,5ml IV às 8:00h) e MANITOL 15ml IV lento em 20 minutos. Se convulsionasse era aplicado então 0,9ml IV de DIAZEPAM. Dia 28/06/2015 coletou-se sangue da paciente para hemograma, dosagem de ALT/URÉIA/CREATININA/ALBUMINA e dosagem sérica de FENOBARBITAL. O eritrograma não apresentou alterações significativas, o leucograma apresentou neutrofilia e linfopenia, as plaquetas estavam preservadas e o plasma encontrava-se lipêmico, já o resultado da análise bioquímica sanguínea ALT (TGP) estava com o valor elevado (104,000). No histórico correspondente ao período anteriormente citado, foi informado que após três dias internada, o animal mostrou-se estável e recebeu alta hospitalar. Porém, antes dela sair foi coletado sangue para dosagem de colesterol total, triglicerídeos, bilirrubinas e glicemia. Foi prescrito para o animal: GARDENAL 50mg administrado por via oral apenas meio comprimido a cada 12 horas até novas recomendações; PREDINISONA 5mg administrado por via oral um comprimido a cada 12 horas, por 5 dias e OMEPRAZOL 10mg administrado

por via oral um comprimido a cada 24 horas, em jejum, por 10 dias. Sendo recomendado seu retorno. Em seu histórico nos dias 15/07, 28/07 e 26/09 de 2015 Sofia foi internada devido à crises convulsivas, dias 23/01, 13/02 e 27/06 o animal também foi internado por conta das convulsões.

No dia 26/08/2016 a tutora retornou ao hospital veterinário e segundo seu relato Sofia estava bem, não teve mais convulsões, seu comportamento era normal e a sua dosagem sérica estava ótima na faixa de 34,7. Contudo, nesse dia sua principal queixa era que havia surgido no animal um problema de pele ao redor da orelha, esse foi descrito por um colega como dermatite úmida. O mesmo prescreveu para o animal APLONAL (FLUNIXIN), RILEXINE 300 e vitaminas. Descreveu-se também que o animal apresentava-se com seborreia, o mesmo foi encaminhado ao dermatologista veterinário para uma consulta mais especializada. A tutora não levou o animal ao especialista. No dia 13/09/2016 ela retornou com a cadelinha, pois a mesma havia convulsionado novamente, uma vez que não estava tomando o remédio pelo fato de tê-lo jogado da boca. A tutora relatou novamente que o animal apresentava-se com pruridos constantes e frequentes no ouvido, sendo assim coletou-se nesse dia secreção do ouvido para análise citológica, mas o seu pavilhão auricular apresentava-se limpo e sem secreção. Aproveitando-se a consulta explicou-se para a tutora que o animal era epilético e que sendo assim teria convulsão mesmo fazendo uso de GARDENAL e que o fato poderia agravar-se nas vezes em que o animal não estivesse tomando o remédio ou quando o jogasse fora da boca. Após esse período a última vez que foi descrito em seu histórico uma crise convulsiva foi em 22/10/2016 em que a mesma ficou internada por apenas 48 horas, sendo seguidas as recomendações anteriores e acrescentando-se: XAROPE DE BROMETO DE POTÁSSIO 200mg/ml caixa com 120 sendo administrados 2,0ml por via oral durante 15 dias, em seguida dar a cada 24 horas até nova recomendação, até de se evitar comida de panela e petiscos.

No dia 23/02/2017, Sofia retornou ao hospital veterinário, pois a dona relatou que a cadelinha havia tido mais um quadro de convulsão, nesse dia o protocolo estabelecido foi fazer uso do GARDENAL e do BROMETO por via oral e se caso necessário fazer o primeiro injetável. Nesse dia o resultado do hemograma que mais chamou a atenção foi o bioquímico novamente, pode-se destacar então: 106,000 de ALT; 706,000 de FA; 66,000 de Ureia Sanguínea. Enquanto isso observou-se que o resultado do exame de urina, cuja colheita foi de 5,0ml de urina através de cistocentese, não apresentou alterações significativas. Conforme o diagnóstico daquele período, a urina apresentava-se com odor sui generis, aspecto levemente turvo, cor amarelo, densidade de 1028 e pH 8,0. Negativo para corpos cetonicos e bilirrubina, normal para urobilinogenio.

Até então no histórico do animal predominava-se os quadros de convulsão e algumas crises gastrointestinais. Porém, em dezembro de 2017, Sofia foi levada para a consulta com o dermatologista, pois se encontrava com lesões na pele, prurido leve, nódulos pelo corpo, úlceras e pústulas, como úlceras pustulentas. A suspeita clínica era *Mycobacterium* ou neoplasia. Seu histórico era de piodermite recorrente e não responsiva a antibioticoterapia. Com isso, nesse período, coletaram-se amostras da região dorsal para biopsia e macroscopia. Um fragmento tecidual medindo 13x6x7mm, revestido por pele acastanhada com alguns pelos pretos. Ao corte exhibe consistência levemente firme, aspecto regular compacto e coloração esbranquiçada (1B/1F/PI), conforme descrito em seu histórico. Na microscopia da pele, o resultado informou que: atingindo toda a derme e avançando para o panículo adiposo existe reação inflamatória intensa com proliferação de tecido conjuntivo fibroso (fibrose), edema, hemorragia e infiltrado piogranulomatoso ao redor de lipocistos e de algumas hastes de pelos livres na derme (furunculose). Os folículos pilosos, glândulas sebáceas e glândulas apócrinas, quando não obliteradas pela reação inflamatória, não exibem alterações patológicas. Não se observaram parasitas foliculares. Também não se reconheceram sinais de transformação/infiltração neoplásica na amostra. Diagnóstico de piodermite profunda crônica ativa proliferativa (resultado emitido dia 06/12/2017).

Nessa época prescreveu-se para a paciente o uso oral de PREDIDERM 20mg, administrando-se 1/2 comprimido a cada 12 horas até novas recomendações. Para uso externo prescreveu-se: MUPIROCINA pomada, aplicando-se sobre as lesões uma vez ao dia durante 30 dias e PEROXYDEX, dar um banho a cada 5 dias.

Em 19/01/2018, o laudo do exame histopatológico havia sido emitido e nesse constava na macroscopia, que foram retirados três fragmentos através de punch, esses medindo 0,6 cada, revestido por pele e cuja forma era cilíndrica de superfície lisa com coloração amarela. Na microscopia o laudo informou que a lâmina (HE), onde foi observado o fragmento analisado, presença de epiderme dentro dos padrões de normalidade. De acordo com esse laudo, na derme perianexal e panículo, evidenciou-se infiltrado inflamatório nodular piogranulomatoso contendo linfócitos e plasmócitos. Afirmou-se também que havia sido observada uma grande quantidade de granulomas com centro supurado. Nesse, porém, informou-se que não foram observados quaisquer sinais de malignidade, nas amostras analisadas. No outro fragmento foram evidenciadas epiderme e derme dentro dos padrões de normalidade. Em região de panículo foram evidenciados infiltrado inflamatório nodular piogranulomatoso, associado a infiltrado inflamatório composto por linfócitos e plasmócitos. O laudo constou que não foram observados sinais de malignidade. Bem como, não foram observados fungos e parasitas nas

amostras analisadas. A conclusão desse exame histopatológico foi de dermatite e Paniculite Nodular com presença de granulomas com centro supurado. Em nota, esse alertou que a pesquisa histoquímica de agentes infecciosos tinha sido negativa, o processo inflamatório observado poderia ser de natureza estéril (Síndrome do Piogranuloma Estéril ou Paniculite Nodular Estéril). Ele informou também que a presença de piogranulomas ocorreria nos casos de Esporotricose Canina, onde os agentes são escassos e virtualmente ausentes na pesquisa histoquímica, sugeriu-se a realização de uma cultura fúngica para se descartar Esporotricose e confirmar a natureza estéril da lesão (coleta realizada em 11/01/2018 e laudo emitido em 19/01/2018).

Com a conclusão do exame histopatológico ficou registrado em seu histórico, nesse período, que Sofia havia dado início ao tratamento com antibiótico. Encontrou-se apenas que a mesma fez uso de CONVENIA, porém não foram encontrados registros a respeito de quantas aplicações desse medicamento foram realizadas. Pediu-se nessa época que o animal desse continuidade ao tratamento prescrito anteriormente, ou seja, ao tratamento prescrito pelo dermatologista no mês anterior. Lembrando que esse consistia em: fazer uso oral de PREDSIM 20mg, administrando-se 1/2 comprimido a cada 12 horas até novas recomendações. E, para uso externo continuaria-se com a aplicação de MUPIROCINA pomada, aplicando-se essa sobre as lesões uma vez ao dia durante 30 dias e PEROXYDEX, dando-se um banho com esse a cada 5 dias.

Em seu histórico observou-se que na primeira quinzena de janeiro de 2018 a tutora relatou que as lesões do animal estavam mais cicatrizadas. Após essa data não foram mais encontrados em seu histórico registros de como se deu a evolução das lesões após a continuidade do tratamento. Nos registros consta apenas que a tutora não retornou com o animal devido a problemas de saúde pessoal.

No histórico da paciente datado em 31/10/2018 observou-se a realização de uma ultrassonografia abdominal a pedidos do neurologista e ortopedista veterinário que também acompanhava o animal. Nessa pode-se destacar como mais relevante para dermatologia devido ao uso de corticoides, o estado do fígado da paciente. O laudo da ultrassonografia afirmou que o fígado estava ultrapassando os limites do gradil costal e apresentava contornos regulares, bordas finas, ecotextura homogênea e ecogenicidade normal. Arquitetura vascular com diâmetro e trajeto preservado. Ausência de lesões nodulares. Vesícula biliar repleta, com parede de espessura habitual e conteúdo anecogênico homogêneo. A conclusão desse exame, conforme a ultrassonografista, foi a existência de uma hepatomegalia e glomerulopatia bilateral. Os motivos para a realização desse exame não estavam relacionados com o problema de pele do animal, uma vez que a consulta da paciente estava direcionada para outra especialidade médica tendo-se como base as queixas da tutora.

Ficou claro que tratava-se de um paciente com certo grau de dermatite e que já havia feito tratamento com PROTOPIC e corticoide muito anteriormente. Em seu histórico geral, destacou-se principalmente o fato de a paciente apresentar soro lipêmico atribuído ao uso do FENOBARBITAL.

3.4 Resultados e Discussões

Ao vivenciar o atendimento mais recente de Sofia ocorrido no dia 15/11/2018, e tendo-se as informações registradas das queixas dermatológicas anteriores bem como fazendo o uso dos resultados e diagnóstico dos exames de pele e bioquímica anteriores, pode-se afirmar que o animal estava mais uma vez apresentando Dermatite e Paniculite Nodular ou Piodermite Profunda Crônica.

Com base nos históricos anteriores e pelo fato de ainda apresentar alterações significativamente altas da Fosfatas Alcalina, optou-se então por tratar a dermatite da paciente fazendo uso externo de imunossupressor (CICLOSPORINA 25mg), inicialmente. Prescreveu-se também que fizesse uso de protetor hepático. Essa medida foi tomada na tentativa preservar sua função hepática, visto que em exames anteriores recentes a paciente apresentava-se com hepatomegalia e glomerulopatia bilateral. Assim podia-se “esperar” até que se normalizassem ou estabilizassem as taxas enzimáticas relacionadas ao fígado. Como antibioticoterapia optou-se por aplicações de CONVENIA, ainda por preservar a mucosa e microbiota do estômago da paciente, uma vez que a mesma já fazia (e faz) uso contínuo de medicamento controlado, FENOBARBITAL 100mg duas vezes ao dia (BID). De acordo com informações descritas na bula da CICLOSPORINA afirma-se que ela é indicada a pacientes com dermatite atópica grave, quando for necessária terapia sistêmica. Essa também traz a informação de que tal substância ativa é hepatotóxica podendo causar aumentos dose-dependentes e reversíveis da bilirrubina sérica e das enzimas hepáticas.

Sabe-se que a terapia consiste em se utilizar antibióticos, porém para auxiliar o tratamento sistêmico usa-se simultaneamente banhos com xampus anti-sépticos e de produtos bactericidas no paciente acometido por essa dermatopatia. A terapia tópica com banhos irá promover a remoção de sujidades e principalmente das crostas, isso irá diminuir a carga microbiana causadora da infecção secundária.

“O tratamento para Piodermite deve ser ajustado ao indivíduo, caso por caso, e deve incluir: antibioticoterapia sistêmica, tratamento tópico e tratamento da doença subjacente (Petel & Forsythe, 2010, p.166)”.

Sobre o tratamento da piodermite profunda, pode-se constatar que:

Os antibióticos com amplo espectro, como as CEFALEXINAS de primeira geração e AMOXICILINA associada ao clavulonato de potássio, são geralmente os de primeira escolha. Eles afirmam que outras penicilinas resistentes a β -lactamases, como a OXACILINA e CLOXACILINA, também podem ser usadas. As SULFAS potencializadas podem ser usadas no tratamento de cães e gatos com Piodermite, porém, devem ser evitados os tratamentos prolongados, pois a resistência bacteriana se desenvolve rapidamente. Infecções cutâneas e de tecidos moles que não respondem a esses antibióticos podem ser causadas por bactérias gram-negativas, bactérias em forma de L, *Mycoplasma* e *Mycobacterium* spp. atípicos, infecções fúngicas sistêmicas ou *Sporothrix schenckii*. QUINOLONAS são os antibióticos de escolha para o tratamento de infecções por bactérias gram-negativas. (Nelson & Couto 2006, p. 1207).

Para fazer uso da CICLOSPORINA 25mg, sendo que 100mg dessa deveria ser aplicada por via externa. Sendo assim foi elaborado um formulado (preparado), ou seja, uma solução com essa medicação. Tinha-se como veículo spray 100ml de óleo Johnson. Extraiu-se o conteúdo de 5 cápsulas de CICLOSPORINA, sabendo-se que cada cápsula apresentava 25mg da substância ativa. Tendo-se assim uma proporção de 100ml do veículo para 100mg da substância ativa. Vale relatar que os materiais utilizados para a formulação desse composto estavam devidamente higienizados, sendo esses: pinça cirúrgica, luvas de procedimento, lâminas e borrifador. Transferia-se 100ml do óleo Johnson em um borrifador de 500ml, em seguida rompia-se a cápsula de CICLOSPORINA adicionando o seu conteúdo no borrifador junto com o óleo. Prescreveu-se que tal solução fosse aplicada dia sim dia não durante 30 dias.



Fonte: Arquivo pessoal (22/11/2018)

Solicitou então que a tutora borrifasse essa solução em cima das lesões da paciente e aguardasse por 10 minutos. Pediu-se que não deixasse a paciente lamber as lesões, daí orientou-se que a mesma utilizasse o Colar Elisabetano no animal após o uso desse composto. A aplicação foi realizada sempre em dias alternados e no hospitalar, visto que a tutora se mostrou disponível para trazer a paciente.



Fonte: Arquivo pessoal (29/11/2018)

Além disso, prescreveu-se o uso externo de MUPIROCINA POMADA 20mg/g, aplicando-se sobre as lesões, uma vez ao dia por 30 dias. Orientou-se que a tutora diluísse 20mg da pomada em 100ml de água em um recipiente com pulverizador manual, daí borrifasse nas lesões. Essas aplicações, porém, foram realizadas na casa da tutora. A solução com MUPUROCINA POMADA 20mg/g também foi preparada em ambiente hospitalar. Conforme sua bula, a MUPIROCINA é uma pomada que contém o antibiótico mupirocina, para ser aplicado diretamente na pele. Como antibiótico, elimina germes contaminantes e age contra os microrganismos responsáveis pela maior parte das infecções da pele. Essa garante seu efeito assim que se é passada sobre a pele previamente limpa.



Fonte: Arquivo pessoal (29/11/2018)

Ficou acordado que as aplicações da solução com CICLOSPORINA 25mg fossem realizadas no ambiente hospitalar e em dias diferentes da aplicação da solução com MUPIROCINA POMADA 20mg/g, sendo essa última realizada no ambiente doméstico.

Na maioria dos cães com PPA, não pode ser obtida uma cura permanente dessa doença. A resposta à antibioticoterapia prolongada é comumente incompleta, ou temporária (WILLEMS, 2002, p. 13). Segundo o autor, alguns casos, CEFALOSPORINAS e ENROFLOXACINA (MARBEFLOXACINA) podem controlar temporariamente a doença. Willems (2002) orienta que o corte dos pelos e a aplicação de xampus contendo PERÓXIDO DE BENZOÍNA bem como o uso de PREDISONA VO (1 a 2 mg/Kg em dias alterados) funcionam em sinergia com a antibioticoterapia. Sabendo-se dessa entre outras informações, orientou-se que a tutora aparasse os pelos, além de dar banhos utilizando PEROXYDEX uma vez por semana.

3.5 Conclusão

Em dezembro de 2018 verificou-se uma leve melhora das lesões da paciente, muito sutil. Visto que o tratamento tópico com a solução de CICLOSPORINA não estava atingindo resultados tão significativos, aproveitou-se o fato de que os resultados da bioquímica sérica terem diminuído, principalmente a FA (dia 13/11/2018 FA= 175,0) decidiu-se então iniciar o

tratamento via oral da CICLOSPORINA 100mg, 1 comprimido ao dia. Ainda assim, deu-se continuidade com o preparado deste e sua aplicação em ambiente hospitalar.

Registrou-se sua evolução, sendo assim pode-se fazer um comparativo do tratamento via oral com a solução de CICLOSPORINA 25mg manipulada e aplicada na paciente em ambiente hospitalar, e após o início da CICLOSPORINA 25mg via oral. Em seguida segue registro do tratamento tópico do composto desse fármaco.



Fonte: Arquivo pessoal (13/12/2018)



Fonte: Arquivo pessoal (13/12/2018)



Fonte: Arquivo pessoal (17/12/2018)

A paciente sempre se mostrou muito dócil e aceitava ser manipulada sem que precisasse colocar a focinheira ou interromper a aplicação do compostos. Vale ressaltar que orientou-se não espremer os nódulos que não haviam rompido ainda. A seguir pode-se acompanhar algumas imagens de como evoluiu as lesões da paciente após o uso da CICLOSPORINA VO;



Fonte: Arquivo pessoal (28/12/2018)



Fonte: Arquivo pessoal (10/01/2019)



Fonte: Arquivo pessoal (10/01/2019)

Com essa experiência pode-se concluir que o uso da medicação (CICLOSPORINA 25mg) apenas por via externa não demonstrou bons resultados, Contudo, a partir de quando se deu início dessa medicação via oral foi que se observou uma melhora da paciente. Sendo assim, o uso dessa por via oral e por via externa, em conjunto e concomitantemente, acelerou de certa forma a diminuição das lesões e o processo de cicatrização. Vale ressaltar que a paciente realizava exames bioquímicos para acompanhar os níveis da FA.

Após um mês de tratamento com a CICLOSPORINA 25mg VO e via externa através da solução preparada pelo médico responsável observou-se uma melhora considerável da paciente. A tutora relatou que a mesma estava com as lesões mais sequinhas e claras, e que essas haviam diminuído. Segue imagem abaixo.



Fonte: Arquivo pessoal (17/01/2019)



Fonte: Arquivo pessoal (21/01/2019)



Fonte: Arquivo pessoal (21/01/2019)

4. Considerações Finais

Em um aspecto geral a experiência no estágio supervisionado obrigatório (ESO) foi muito construtiva. Permitiu o contato com a realidade da rotina diária do médico veterinário. Sua interação com os tutores e o manejo adequado de cada paciente, respeitando-se assim não apenas o seu temperamento, mas a enfermidade que o levará para um atendimento.

Conseguiu-se perceber que os tutores apresentam respeito e carinhos pelos seus animais e isso fez perceber uma prática “inconsciente” e natural de exercer àquilo que se é proposto na Declaração Universal dos Animais, “*Animais destinados ao convívio e serviço do homem devem receber tratamento dignos.*”.

Vale destacar que a experiência vivenciada auxiliou no aprimoramento dos conhecimentos teóricos adquiridos na graduação, reforçando muito do que se foi visto e estudado durante o período acadêmico. Esse contato com o futuro campo de atuação, através da observação e acompanhamento das consultas médico-veterinárias permitiu enxergar os desafios e realizações na rotina desses profissionais.

Assim através desta experiência pode-se afirmar que a formação profissional tornou-se mais significativa e proveitosa.

Referência Bibliográfica

FEITOSA,F.L.F. Semiologia da Pele In:**Semiologia Veterinária: A Arte do Diagnóstico**. 2ed.São Paulo: Roca, 2004. p.240.

LARSSON,C.E.JR. “*Estudo comparativo da eficácia da imunoterapia com bacterina e de dois esquemas de pulsoterapia antibiótica no manejo de piодermites superficiais idiopáticas recidivantes caninas.*”. 2008. 89f. Dissertação (Mestrado em Medicina Veterinária) – Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade de São Paulo, SP

NELSON,R.W.; COUTO,C.G. Piодermatite. In:**Medicina Interna de Pequenos Animais**. 3ed. Rio de Janeiro:Elsevier, 2006. p.1207.

PATEL,A.; FORSYTHE,P. **Dermatologia em Pequenos Animais**. Rio de Janeiro:Elsevier, 2010. p.01-016, p.161-166.

SISSON,R.G; CROSSMAN,J.D.; **Sisson/Grossman: anatomia dos animais domésticos**. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986. 1v. p.225-226.

TILLEY,L.P.; SMITH.F.W.K.JR. Piодermatite In:**Consulta Veterinária em 5 Minutos:Espécie Canina e Felina**. 5ed.Barueri, São Paulo:Manole, 2015. p.1040-041.

WILLEMSE,T. **Dermatologia Clínica de Cães e Gatos**. 2ed.Barueri, São Paulo:Manole, 2002. p.01 e p.12.

CENTER, S.A. **The declaration Of Animal Rights**. 2011, In: National Animal Rights Day, USA. Disponível em: > <http://declarationofar.org/> <
Acesso em: 01 de fevereiro de 2019.

Dra. Tatiana Mathias. **Bula do Mupirocina-Cristália**. 2019. Disponível em: > <https://consultaremedios.com.br/mupirocina-cristalia/bula> < Acesso em: 01 de fevereiro de 2019.

Dra. Tatiana Mathias. **Bula do Ciclosporina**. 2019. Disponível em: > <https://consultaremedios.com.br/mupirocina-cristalia/bula> < Acesso em: 01 de fevereiro de 2019.

Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2019. Conceito de Dermatologia em Medicina Humana. Disponível em: > <http://www.sbd.org.br/> < Acesso em: 01 de fevereiro de 2019.