



***PHTHISIS BULBI* EM CANINO BRAQUIOCEFÁLICO APÓS CERATITE ULCERATIVA PROFUNDA¹**

Bruna Borges Vaz², Fabiano da Silva Flores³, Marcelo Ferreira Fontana⁴ & Luis Felipe Dutra Correa⁵

¹ Caso acompanhado pelo Serviço de Oftalmologia e Microcirurgia Veterinária do Hospital Veterinário Universitário da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

² Mestranda da Pós-graduação de Medicina Veterinária, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. Bolsista Capes.

³ Mestrando da Pós-graduação de Medicina Veterinária, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. Bolsista CNPq.

⁴ Graduando do Curso de Medicina Veterinária, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

⁵ Professor do Programa de Pós-Graduação em Medicina Veterinária, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

O bulbo ocular canino é composto por diversas estruturas, as quais são encarregadas em proteger, nutrir, acomodar e refletir a luz para formação da visão, como por exemplo a córnea e o cristalino, duas lentes cujo poder de refração deve levar a imagem a se formar na camada neurosensorial retinana (SLATTER, 2005, KONING & LIEBICH, 2016).

A córnea é a porção mais anterior do bulbo ocular, sendo dividida em quatro camadas histológicas: epitélio, estroma, membrana de descemet e endotélio. Ela e as demais estruturas envolvidas no sistema de refração devem fornecer um meio translúcido para passagem da luz, todavia, a perda da continuidade corneana, denominada ceratite ulcerativa, pode acarretar em processos de cicatrização que afetam a transparência da córnea (SLATTER, 2005, SAMUELSON 2013).

Úlceras de córnea são diagnosticadas através do teste de flurosceína agregado com sinais clínicos como blefaroespasmos, epífora, fotofobia, edema de córnea, hiperemia conjuntival entre outros (SLATTER, 2005). Quando não manejada corretamente, úlceras superficiais podem evoluir para indolentes ou profundas, bem como casos mais graves podem levar a inflamação intensa ocasionando córneas em melting, perfurações oculares ou até mesmo atrofia do bulbo ocular (MAZZI & DIAS, 2018; LOBO et al., 2021)

“*Phthisis bulbi*” é o termo dado a atrofia bulbar ou doença ocular terminal, caracterizada pela hipotonia e desorganização do bulbo e de seu conteúdo. Torna-se um olho



base de hialuronato de sódio 2mg/ml [Lunah® TID, em ambos olhos (AO), durante uso contínuo].

Para o procedimento cirurgico foram coletadas amostras sanguíneas para elaboração de hemograma completo e bioquímico sérico com mensuração de creatinina, ureia, fosfatase alcalina (FA), alanina aminotransferase (ALT), albumina, globulinas e proteínas totais. Todos os resultados apresentavam os padrões dentro da normalidade para espécie, portando o paciente foi submetido a medicação pré-anestésica (MPA) constituída por Cloridrato de Midazolam 5mg/ml [Dormire® 0,3mg/kg, IM] associado ao Cloridrato de Cetamina 10% [Cetamin® 10mg/kg, IM]. Após tricotomia das regiões necessárias, efetuou-se venóclise e indução anestésica com Propofol [Propovan® 4mg/kg, IV] e manutenção em circuito semi-fechado com isoflurano vaporizado. Adquirindo plano anestésico adequado, foi realizado antisepsia bulbar e periocular com solução de iodo-polvidona (PVPI) 1%. Após colocação dos campos cirúrgicos, foi realizado debridamento do epitélio corneano utilizando broca diamantada, lavagem com PVPI 1% para retirar os debris celulares e elaboração do flap, ligando a terceira pálpebra com a conjuntiva bulbar superior utilizando fio inabsorvível nylon 3-0 em padrão wolff.

O paciente recebeu alta cirúrgica após recuperação anestésica completa indicando como terapia domiciliar sistêmica Maxicam® [0,1mg/kg, SID, durante 3 dias, V.O], Dipirona® 500mg/ml [25mg/kg, TID, durante 5 dias V.O] e Cloridrato de Tramadol [Cronidor® 4mg/kg, TID, durante 5 dias, V.O], além dos colírios e colar elizabetano já citados, estabelecendo retornos semanais até alta do paciente. Durante as avaliações nos retornos, o flap permaneceu íntegro, sem sinais de hiperemia ou desconforto ocular, retirando o mesmo no 21º dia pós cirúrgico, onde o olho apresentava córnea ainda com aspecto azulado, porém sem sinais de dor, inflamação e também de visão através dos testes de avaliação.

Após 7 dias da retirada do flap, no exame oftalmológico foi constatado diminuição de tônus e córnea ainda azulada em OE, além da PIO no limite máximo dos valores de referência. No segundo retorno a diminuição do tônus foi maior, estabelecendo o diagnóstico deste olho estar em processo de *Phthisis bulbi*, caracterizada pela atrofia bulbar após processo de inflamação intensa. Foi comunicado aos tutores que este olho não seria visual e cada vez diminuiria mais, oferecendo a opção de retirá-lo cirurgicamente ou mantê-lo sob uso do colírio lubrificante já utilizado e atenção a quadros de desconforto, onde foi decidido a segunda opção e estabelecido alta do paciente.

