

Aula 26 – Doença do Disco Intervertebral (DDIV): Decifrando a Coluna Vertebral

Imagine a cena: final de um dia agitado na clínica. Entra um tutor, visivelmente angustiado, carregando no colo seu Dachshund de 5 anos, "Bolinha", que até de manhã corria pela casa e agora não consegue mover as patas traseiras. Ele apenas choraminga de dor. Este cenário, infelizmente comum, é o ponto de partida da nossa jornada de hoje. A suspeita principal? Uma das síndromes neurológicas mais impactantes na rotina de pequenos animais: a Doença do Disco Intervertebral, ou simplesmente DDIV.

Compreender a DDIV não é apenas sobre decorar classificações ou técnicas cirúrgicas. É sobre ser capaz de olhar para um animal paralisado e entender a cascata de eventos que o levou àquele estado. É saber explicar ao tutor, com segurança e empatia, qual o prognóstico e quais as batalhas que virão pela frente. Ao final desta aula, você será capaz de diferenciar os tipos de DDIV como se fossem duas histórias distintas, classificar o estado do paciente para prever suas chances de voltar a andar e, mais importante, fundamentar a complexa decisão entre um tratamento conservador e uma intervenção cirúrgica de emergência.

Nossa exploração começará no coração do problema: o disco intervertebral, aquele pequeno "amortecedor" que pode se tornar um grande vilão. Em seguida, vamos decodificar os sinais clínicos, transformando uma avaliação neurológica em um prognóstico claro. Por fim, mergulharemos nas trincheiras do tratamento e dos cuidados de enfermagem, onde a atenção aos detalhes define o sucesso. Prepare-se para conectar a anatomia que você já conhece com a urgência da neurologia clínica.

Hansen Tipo I vs. Tipo II: Duas Histórias Contadas Pela Coluna

Toda espinha dorsal, seja de um imponente Dogue Alemão ou de um pequeno Chihuahua, é uma obra de engenharia. É uma série de blocos ósseos (as vértebras) intercalados por estruturas macias e resilientes: os discos intervertebrais. Pense nesses discos como um pneu de alta performance: uma capa externa resistente, o **ânulo fibroso**, e um centro gelatinoso e absorvedor de impacto, o **núcleo pulposo**. Essa estrutura permite que a coluna se curve, torça e absorva o impacto de cada pulo ou corrida, protegendo a preciosa medula espinhal que passa por seu interior.

O problema começa quando esse "pneu" falha. E, assim como falhas em pneus podem ser um estouro súbito ou um esvaziamento lento e progressivo, as falhas nos discos intervertebrais também seguem dois enredos muito diferentes. Essa distinção é a base para entender tudo sobre a DDIV. Não se trata de uma única doença, mas de duas condições com origens, pacientes-alvo e velocidades de progressão completamente distintas. Compreender essa dualidade é o primeiro passo para se tornar um detetive neurológico eficaz.

📄 **Conceito-chave:** A DDIV não é uma única doença, mas duas condições distintas com fisiopatologias, pacientes-alvo e progressões completamente diferentes.

Isso nos leva à clássica divisão proposta por Hansen. Imagine a primeira história, a **Hansen Tipo I**, como um evento explosivo. É a história de uma *extrusão*. O centro gelatinoso do disco (núcleo pulposo) sofre uma alteração, tornando-se duro e calcificado, como uma gelatina que virou pedra. Então, com um movimento brusco — um pulo do sofá, uma corrida mais intensa —, a capa externa (ânulo fibroso) se rompe e esse material calcificado é expelido violentamente para dentro do canal medular, causando uma concussão e compressão agudas na medula espinhal. É um trauma súbito e devastador, típico de cães de raças condrodistróficas (as de "perninhas curtas"), como Dachshunds, Beagles e Buldogues Franceses, geralmente entre 3 e 6 anos de idade.

A Segunda História: Hansen Tipo II

Agora, vamos mudar completamente o cenário para a segunda história: a **Hansen Tipo II**. Se a Tipo I era uma explosão, a Tipo II é uma erosão lenta. Aqui, o protagonista é um cão de raça grande e mais velho, como um Pastor Alemão ou um Labrador de 9 anos. Com o envelhecimento, o disco inteiro sofre um processo de degeneração e fibrose. Ele não se calcifica e explode, mas sim enfraquece, desidrata e começa a protruir lentamente, como um pneu que cria uma "bolha" gradual por desgaste. Essa protrusão vai comprimindo a medula espinhal de forma crônica e progressiva ao longo de meses ou até anos.

A analogia aqui seria a de uma gota d'água pingando insistentemente sobre uma pedra. Não há um evento único e catastrófico, mas sim um dano cumulativo. O tutor não relata um acidente, mas sim uma história de que o cão "vem ficando mais fraco das patas traseiras", com dificuldade para se levantar e um andar cambaleante que piora com o tempo. A dor pode ser mais sutil e crônica. Essa é a história de uma *protrusão*, um processo degenerativo que reflete o desgaste natural da vida, contrastando fortemente com a falha estrutural aguda vista na Hansen Tipo I.

Entender essa diferença fundamental muda toda a abordagem. Na Tipo I, lutamos contra o tempo para aliviar uma compressão aguda e lidar com uma lesão inflamatória severa. O tratamento precisa ser agressivo e rápido. Na Tipo II, o desafio é manejar uma condição crônica, focado em controlar a dor, melhorar a qualidade de vida e frear a progressão da doença, muitas vezes com fisioterapia e medicações. A urgência é diferente, as expectativas são outras e as ferramentas terapêuticas também.

Conectando com a prática, ao receber um Dachshund com paralisia súbita, seu raciocínio deve imediatamente se voltar para a DDIV Hansen Tipo I e a necessidade de um diagnóstico de imagem urgente. Já diante de um Pastor Alemão idoso com fraqueza progressiva, a DDIV Hansen Tipo II entra na lista de suspeitas, mas o processo diagnóstico pode ser mais ponderado, incluindo outras doenças degenerativas.

Para consolidar essas duas "personalidades" da DDIV, veja o quadro abaixo.

Característica	Hansen Tipo I (Extrusão)	Hansen Tipo II (Protrusão)
Fisiopatologia	Degeneração condroide e extrusão aguda do núcleo pulposo calcificado.	Degeneração fibroide e protrusão crônica de todo o disco.
Início dos Sinais	Agudo a hiperagudo, geralmente após um movimento.	Crônico e progressivo, ao longo de meses ou anos.
Raças Predispostas	Condrodistróficas (Dachshund, Beagle, Buldogue Francês).	Não condrodistróficas, de porte médio a grande (Pastor Alemão, Labrador).
Idade Comum	Adultos jovens (3-6 anos).	Idosos (geralmente > 8 anos).

Classificação Clínica: O Termômetro do Prognóstico

Agora que distinguimos os dois tipos de falha no disco, precisamos de uma forma de medir o tamanho do estrago. Quando o material do disco comprime a medula espinhal, ele interrompe a comunicação entre o cérebro e os membros. A questão é: essa interrupção é parcial ou total? Avaliar isso é crucial, pois a classificação clínica do paciente é o principal fator que nos dirá o prognóstico e guiará a escolha do tratamento. É como um médico de emergência que classifica a gravidade de um trauma para decidir quem vai para a cirurgia imediatamente.

Imagine a medula espinhal como um cabo de fibra óptica incrivelmente complexo, contendo milhões de fios. Alguns fios são responsáveis por saber onde a pata está no espaço (propriocepção), outros por mover os músculos (função motora), e outros, mais profundos e protegidos, por transmitir a sensação de dor profunda. A compressão medular vai danificando esses fios de fora para dentro. Os primeiros a serem afetados são os mais superficiais (propriocepção), e os últimos são os mais resistentes (dor profunda). A classificação clínica nada mais é do que um exame para ver quantos "fios" ainda estão funcionando.

01

Grau 1 - Apenas Dor

Hiperestesia espinhal. O cão tem dor na coluna, pode estar relutante em se mover, ter o dorso arqueado ou chorar ao ser tocado, mas ainda anda normalmente.

02

Grau 2 - Ataxia e Paresia

Incoordenação e fraqueza, mas ainda consegue caminhar, ainda que de forma descoordenada, como um "marinheiro bêbado".

03

Grau 3 - Paraparesia Não Ambulatória

Ainda consegue mover as pernas, mas não tem força suficiente para se sustentar e caminhar.

04

Grau 4 - Paraplegia com Dor Profunda

Paralisia completa das patas traseiras, mas ainda possui percepção de dor profunda.

05

Grau 5 - Paraplegia sem Dor Profunda

Paralisia completa com ausência de percepção de dor profunda. O cenário mais grave.

O Divisor de Águas: Dor Profunda

Finalmente, chegamos ao **Grau 5**, o cenário mais grave: *paraplegia com ausência de percepção de dor profunda*. Aqui, o "cabo de fibra óptica" foi tão danificado que nem mesmo o sinal mais forte e resistente consegue passar. Ao pinçar o dedo do pé, a perna pode até encolher (um movimento reflexo, chamado *reflexo de retirada*, que ocorre na própria medula e não depende do cérebro), mas o cão não demonstra nenhuma reação consciente. Ele não sente. A ausência de dor profunda é o divisor de águas prognóstico.

❏ **Atenção:** É fundamental não confundir o reflexo de retirada com a percepção de dor profunda. Pense no reflexo como o alarme de incêndio de um prédio (barulhento, mas local), enquanto a dor profunda é a chamada para a central dos bombeiros (a resposta consciente do cérebro).

É fundamental não confundir o reflexo de retirada com a percepção de dor profunda. Pense no reflexo como o alarme de incêndio de um prédio (barulhento, mas local), enquanto a dor profunda é a chamada para a central dos bombeiros (a resposta consciente do cérebro). Você pode ter um sem o outro. A presença de dor profunda, mesmo em um animal paralisado (Grau 4), indica que a medula espinhal, embora severamente comprimida, não foi completamente seccionada funcionalmente. Isso nos dá uma chance muito maior de recuperação com o tratamento adequado.

80-95%

Grau 4

Chance de voltar a andar com cirurgia

50-60%

Grau 5

Chance de recuperação se cirurgia em 24-48h

A regra de ouro é: um cão Grau 4 tem um prognóstico de bom a excelente (cerca de 80-95% de chance de voltar a andar com cirurgia). Já um cão Grau 5 tem um prognóstico reservado a grave. As chances de recuperação caem para cerca de 50-60% se a cirurgia for realizada nas primeiras 24-48 horas, e diminuem drasticamente após esse período. Essa classificação é a sua bússola. Ela transforma a incerteza em probabilidades, permitindo uma conversa honesta e baseada em evidências com o tutor.

Isso nos leva diretamente à questão mais crítica no manejo da DDIV: com base nessa classificação, qual caminho seguir? O repouso absoluto ou a mesa de cirurgia? A resposta para essa pergunta definirá o futuro do paciente.

Tratamento: O Dilema Entre Repouso e Bisturi

Com o paciente devidamente classificado, o relógio começa a correr. A decisão entre o tratamento conservador e o cirúrgico é uma das mais importantes na neurologia veterinária e depende quase inteiramente da gravidade dos sinais clínicos que acabamos de discutir. Não se trata de uma opção ser "melhor" que a outra em absoluto; trata-se de escolher a ferramenta certa para o nível de dano apresentado.

Tratamento Conservador

O **tratamento conservador** é a abordagem de escolha para pacientes com Grau 1 (apenas dor) e a maioria dos casos de Grau 2 (fraqueza, mas ainda caminhando). A lógica aqui é dar ao corpo a chance de se curar. Pense nisso como o tratamento de uma hérnia de disco em humanos que não causa paralisia: o objetivo é reduzir a inflamação e evitar novos traumas para que o material do disco possa ser reabsorvido e a medula espinhal se recupere.

O pilar absoluto e inegociável do tratamento conservador é o **confinamento estrito**. Isso significa repouso absoluto em uma gaiola ou espaço muito restrito por 4 a 6 semanas. O cão só pode sair para fazer suas necessidades, sempre na coleira e com auxílio. A analogia perfeita é a de um osso quebrado: você não permitiria que o paciente andasse com uma perna fraturada sem imobilização. A coluna vertebral precisa da mesma estabilidade para cicatrizar. Qualquer pulo ou corrida pode causar uma nova extrusão, piorando drasticamente o quadro. O tratamento se completa com o manejo da dor, utilizando analgésicos e anti-inflamatórios, e, em alguns casos, relaxantes musculares.

Mas o que acontece quando a compressão é tão severa que o paciente já não consegue andar? A história muda completamente.

Indicações

- Grau 1 (apenas dor)
- Maioria dos casos Grau 2
- Pacientes com contraindicações cirúrgicas

Componentes Essenciais

- Confinamento estrito (4-6 semanas)
- Analgésicos e anti-inflamatórios
- Relaxantes musculares (quando indicado)
- Monitoramento rigoroso

A Missão de Resgate: Tratamento Cirúrgico

Para pacientes em Grau 3, 4 e 5, o **tratamento cirúrgico** torna-se a opção mais recomendada, sendo uma emergência para os graus 4 e 5. O tratamento conservador para esses casos tem uma taxa de sucesso muito menor e um risco maior de deterioração ou danos permanentes. A cirurgia não é uma tentativa de "consertar" o disco, mas sim de realizar uma missão de resgate: descomprimir a medula espinhal.

O objetivo da cirurgia, como uma *hemilaminectomia*, é abrir uma pequena "janela" na vértebra para acessar o canal medular e remover fisicamente o material do disco que está esmagando a medula. A analogia é a de um resgate em um túnel desabado. Não adianta apenas esperar que os escombros se mexam; uma equipe precisa entrar e remover ativamente o que está bloqueando o caminho para salvar quem está preso. O cirurgião é essa equipe de resgate, aliviando a pressão sobre as estruturas neurológicas vitais.

Grau 4 - Cirurgia

90% de chance de recuperação da capacidade de andar

Grau 4 - Conservador

50% de chance de recuperação

Grau 5 - Cirurgia Emergência

50-60% de chance se realizada em <24h

Grau 5 - Conservador

<5% de chance de recuperação


A conversa com o tutor, neste ponto, deve ser guiada pela Medicina Veterinária Baseada em Evidências. Para um cão Grau 4, a cirurgia oferece cerca de 90% de chance de recuperação da capacidade de andar, enquanto o tratamento conservador oferece cerca de 50%. Para um cão Grau 5, a cirurgia de emergência (idealmente em menos de 24h) oferece 50-60% de chance, enquanto o tratamento conservador oferece menos de 5%. Os números falam por si. A decisão, portanto, é um balanço entre a gravidade, o prognóstico com cada abordagem, o custo e a capacidade do tutor de se comprometer com os cuidados intensivos necessários em ambos os cenários.

Seja qual for o caminho escolhido, a jornada está longe de terminar após a decisão inicial. O verdadeiro campo de batalha pela recuperação, especialmente para os pacientes paralisados, é o cuidado de enfermagem.

O Herói Anônimo: Cuidados de Enfermagem com o Paciente Paralisado

A cirurgia pode ser um sucesso técnico, ou o plano conservador pode ser perfeitamente traçado, mas a recuperação de um paciente com DDIV é frequentemente vencida ou perdida na qualidade dos cuidados de enfermagem. Um paciente que não consegue se mover ou sentir partes do seu corpo é incrivelmente vulnerável a uma série de complicações secundárias que podem ser tão devastadoras quanto a lesão inicial. É aqui que o conhecimento técnico se encontra com a compaixão e a atenção meticulosa.

Imagine um paciente recém-operado. Ele está sem dor pela primeira vez em dias, mas suas patas traseiras continuam imóveis. Ele não consegue se levantar para urinar, não consegue mudar de posição quando está desconfortável e não consegue se manter limpo. O manejo desse paciente é uma arte que se baseia em três pilares fundamentais: manejo da bexiga, prevenção de feridas e suporte nutricional e emocional. Negligenciar qualquer um desses pilares é abrir a porta para infecções, dor e um sofrimento que pode comprometer toda a recuperação.

 **Bexiga Neurogênica:** Um cão com lesão medular toracolombar frequentemente perde o controle voluntário da micção, resultando em uma bexiga que enche, enche, e não esvazia. Pense em uma bexiga como um balão de borracha. Se ele for esticado além de sua capacidade por muito tempo, suas paredes musculares se danificam e ele perde a elasticidade, tornando-se flácido e incapaz de se contrair.

O primeiro e mais urgente desafio é a **bexiga neurogênica**. Um cão com lesão medular toracolombar frequentemente perde o controle voluntário da micção, resultando em uma bexiga que enche, enche, e não esvazia. Pense em uma bexiga como um balão de borracha. Se ele for esticado além de sua capacidade por muito tempo, suas paredes musculares se danificam e ele perde a elasticidade, tornando-se flácido e incapaz de se contrair. Isso é o que chamamos de *atonia vesical*, uma complicação grave. Além disso, a urina parada é um meio de cultura perfeito para bactérias, levando a infecções do trato urinário (ITUs) que podem se tornar sistêmicas. Portanto, é vital que a bexiga seja esvaziada manual e gentilmente (por compressão) ou através de um cateter urinário, em intervalos regulares, geralmente a cada 4 a 6 horas.

Prevenção de Úlceras e Cuidados Integrals

O segundo pilar é a pele, o maior órgão do corpo e, em um paciente paralisado, um dos mais frágeis. A incapacidade de mudar de posição leva a uma pressão constante sobre as proeminências ósseas, como o quadril e os ombros. Essa pressão comprime os vasos sanguíneos, interrompendo o fluxo de sangue para a pele naquela área. Em questão de horas, o tecido começa a morrer, formando as temidas **úlceras de decúbito**, ou escaras. A analogia aqui é a de pisar em uma mangueira de jardim: o fluxo de água (sangue) é interrompido.



Reposicionamento

A cada 2 a 4 horas, religiosamente, dia e noite. Cada turno da equipe deve incluir uma verificação completa da pele.



Colchão Adequado

Macio e espesso, que distribua o peso uniformemente, reduzindo pontos de pressão.



Higiene

Manter o paciente sempre seco e limpo, pois a umidade da urina pode macerar a pele.

A prevenção é a única cura eficaz. Isso exige um colchão macio e espesso, que distribua o peso uniformemente, e o reposicionamento do paciente a cada 2 a 4 horas, religiosamente, dia e noite. Manter o paciente sempre seco e limpo também é fundamental, pois a umidade da urina pode macerar a pele, tornando-a ainda mais suscetível a lesões. Cada turno da equipe de enfermagem deve incluir uma verificação completa da pele, procurando por áreas de vermelhidão que são o primeiro sinal de alerta.

Finalmente, não podemos esquecer o paciente como um todo. A dor deve ser controlada, a nutrição e a hidratação garantidas, e o bem-estar emocional considerado. Integrar práticas *Fear Free* é essencial. Falar com o paciente, fazer carinho, e proporcionar um ambiente calmo reduz o estresse, que sabidamente interfere na cicatrização. A reabilitação, na forma de fisioterapia passiva (movimentar suavemente as articulações) e massagem, pode começar cedo para prevenir a atrofia muscular e contraturas, além de fornecer estímulo sensorial.

Esses cuidados não são glamorosos, mas são eles que constroem a ponte entre a paralisia e os primeiros passos vacilantes rumo à recuperação.

A Longa Estrada de Volta: Reabilitação e Fisioterapia

Após a fase aguda ter sido controlada, seja pela cirurgia ou pelo repouso estrito, uma nova fase se inicia: a reabilitação. A ausência de complicações como infecções ou escaras nos dá a base para começar a reconstruir as vias neurais e a força muscular. A fisioterapia veterinária evoluiu imensamente e hoje é uma peça central no quebra-cabeça da recuperação da DDIV, transformando prognósticos que antes eram sombrios.

Pense no cérebro e nos membros como dois amigos que costumavam conversar todos os dias por telefone, mas a linha foi cortada pela lesão na medula. A reabilitação funciona como um técnico que tenta, de todas as formas, restabelecer essa comunicação. No início, quando o paciente ainda não tem movimento voluntário, o trabalho é passivo. A **amplitude de movimento passiva (PROM)**, onde o fisioterapeuta move as articulações do paciente, evita que elas enrijeçam e mantém uma "memória" do movimento nos proprioceptores locais. A massagem ajuda na circulação e alivia a tensão muscular.



Fase Passiva

Amplitude de movimento passiva (PROM) e massagem para manter articulações e circulação



Primeiros Movimentos

Estimulação elétrica neuromuscular (NMES) para contrair músculos específicos



Hidroterapia

Exercícios de baixo impacto em esteira aquática para reaprender a andar

À medida que os primeiros sinais de movimento voluntário retornam — um leve tremor, uma tentativa de contrair um músculo —, a abordagem muda. A reabilitação se torna ativa. Exercícios de baixo impacto, como a **hidroterapia** em esteira aquática, são fantásticos. A água sustenta o peso do corpo, diminuindo o estresse nas articulações, enquanto oferece resistência para fortalecer os músculos. É como aprender a andar novamente, mas com um "flutuador" que torna tudo mais fácil e seguro. Ver um cão que estava paralisado dar seus primeiros passos na água é um dos momentos mais gratificantes da profissão.

Outras modalidades, como a estimulação elétrica neuromuscular (NMES) para contrair músculos específicos e o laser terapêutico para reduzir a dor e a inflamação, também são ferramentas valiosas. O importante é criar um plano individualizado. A recuperação neurológica é lenta e, por vezes, frustrante. É uma maratona, não uma corrida de 100 metros. Celebrar as pequenas vitórias — o primeiro abanar de rabo, a primeira vez que o cão consegue se manter em pé por alguns segundos — é fundamental para manter a motivação tanto do paciente quanto do tutor.

Esta fase final de cuidados reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar, onde o cirurgião, o clínico, a equipe de enfermagem e o fisioterapeuta trabalham em conjunto. É a sinergia entre a intervenção de alta tecnologia e o cuidado manual e paciente que oferece a melhor chance de um final feliz para a história de "Bolinha", o Dachshund do início da nossa aula.

Síntese e Conexão: Do Diagnóstico à Recuperação

Nesta aula, viajamos pela complexa realidade da Doença do Disco Intervertebral. Vimos que ela não é uma entidade única, mas se manifesta em dois enredos principais: a extrusão aguda e explosiva da **Hansen Tipo I**, típica de raças condrodistróficas, e a protrusão crônica e lenta da **Hansen Tipo II**, comum em cães idosos de porte grande. Aprendemos que a chave para o prognóstico está em nossas mãos, através de uma classificação clínica cuidadosa de 1 a 5, onde a presença ou ausência de **dor profunda** é o fator decisivo que separa a esperança da incerteza.

Exploramos a encruzilhada terapêutica, compreendendo que o **tratamento conservador**, com seu pilar de repouso absoluto, é a escolha para casos mais leves, enquanto a **cirurgia descompressiva** é uma missão de resgate urgente e necessária para pacientes que não conseguem andar. Por fim, destacamos que, independentemente do caminho escolhido, a vitória final é construída sobre a fundação de **cuidados de enfermagem** meticulosos — manejando a bexiga, protegendo a pele e nutrindo o corpo e o espírito do paciente em sua jornada de volta ao movimento.

Em Prática

- 1** Ao atender um cão de raça condrodistrófica com dor aguda nas costas, sempre considere DDIV Hansen Tipo I como um diagnóstico diferencial principal e explique a urgência ao tutor.
- 2** A avaliação da dor profunda não é opcional; é o fator prognóstico mais crítico para a recuperação da deambulação e deve ser realizada com técnica e interpretação corretas.
- 3** A decisão entre tratamento conservador e cirúrgico é uma conversa baseada em evidências, que equilibra a gravidade neurológica, as taxas de sucesso e as expectativas do tutor.
- 4** O sucesso no manejo de um paciente com DDIV depende tanto da habilidade na intervenção inicial quanto da excelência e consistência nos cuidados de enfermagem e reabilitação.

Autoavaliação

Teste seus conhecimentos sobre os conceitos essenciais que abordamos.

Questões Objetivas

- Um Dachshund de 4 anos é apresentado com paralisia súbita dos membros pélvicos após pular do sofá. Ele não consegue andar, mas demonstra resposta consciente (choraminga e vira a cabeça) ao pinçamento dos dígitos. Qual é a classificação mais provável para este paciente?**
 - a) Grau 2
 - b) Grau 3
 - c) Grau 4
 - d) Grau 5
- Qual das seguintes afirmações descreve corretamente a fisiopatologia da DDIV Hansen Tipo II?**
 - a) Extrusão aguda de material nuclear calcificado em um cão jovem.
 - b) Protrusão crônica e fibrose do disco em um cão idoso de raça grande.
 - c) Uma condição primariamente inflamatória, sem compressão mecânica.
 - d) Fratura da vértebra adjacente ao disco.
- (Estilo Concurso) No manejo de um paciente canino com DDIV toracolombar classificado como Grau 5, a ausência de percepção de dor profunda por mais de 48 horas está associada a um prognóstico:**
 - a) Excelente, com alta probabilidade de recuperação mesmo com tratamento conservador.
 - b) Bom, indicando que a cirurgia deve ser realizada de forma eletiva.
 - c) Reservado a grave, mesmo com intervenção cirúrgica de emergência.
 - d) Favorável, desde que a fisioterapia seja iniciada imediatamente.
- O pilar fundamental e inegociável do tratamento conservador para a DDIV Graus 1 e 2 é:**
 - a) Uso de anti-inflamatórios em altas doses.
 - b) Confinamento estrito (repouso em gaiola).
 - c) Sessões diárias de hidroterapia.
 - d) Cateterização urinária intermitente.

Questão Discursiva

Descreva brevemente por que a avaliação da "dor profunda" é mais importante para o prognóstico do que a observação de um "reflexo de retirada" em um cão paralisado.

Gabarito

Questão 1

c) Grau 4. O paciente está paralisado (paraplégico), mas ainda tem percepção de dor profunda, o que o classifica como Grau 4.

Questão 2

b) Protrusão crônica e fibrose do disco em um cão idoso de raça grande. Esta é a definição clássica da degeneração fibroide vista na Hansen Tipo II.

Questão 3

c) Reservado a grave, mesmo com intervenção cirúrgica de emergência. A perda prolongada da dor profunda indica dano medular severo, e as chances de recuperação funcional diminuem drasticamente.

Questão 4

b) Confinamento estrito (repouso em gaiola). Sem o repouso absoluto para evitar novos traumas, qualquer tratamento medicamentoso pode falhar.

Resposta à Questão Discursiva

O "reflexo de retirada" é um arco reflexo espinhal, ocorrendo localmente na medula sem necessidade de envolvimento cerebral. Ele apenas indica que os nervos periféricos e um segmento da medula estão intactos. Já a "percepção de dor profunda" implica que o sinal de dor viajou por toda a medula espinhal até o cérebro, e o cérebro processou essa informação, gerando uma resposta consciente. Portanto, a presença de dor profunda confirma a integridade funcional, mesmo que parcial, da medula espinhal, sendo um indicador prognóstico muito mais confiável para a recuperação da capacidade de andar.

Próximos Passos

Dominar as emergências neurológicas como a DDIV é vital. Mas a base de uma clínica de sucesso está na prevenção. Na nossa próxima aula, vamos mudar o foco da cura para a profilaxia, mergulhando no mundo dos **Calendários de Vacinação para Cães e Gatos**, a principal ferramenta para garantir uma vida longa e saudável para nossos pacientes.

Recursos Adicionais

- **Artigo de Revisão do ACVIM:** Procure pelo consenso mais recente sobre o diagnóstico e manejo da DDIV toracolombar canina da *American College of Veterinary Internal Medicine* para um aprofundamento técnico e baseado em evidências.

❏ **NOTA IMPORTANTE:** As informações regulatórias/legais/técnicas desta aula estão atualizadas até 2025. Consulte sempre fontes oficiais para verificar alterações.

