

# SUMARIO

3

## TOS

---

Autoría · 4  
Algoritmo · 8  
Apuntes prácticos · 10

24

## DISNEA

---

Autoría · 25  
Algoritmo · 28  
Apuntes prácticos · 30

46

## EFUSIONES

---

Autoría · 47  
Algoritmo · 50  
Apuntes prácticos · 54

68

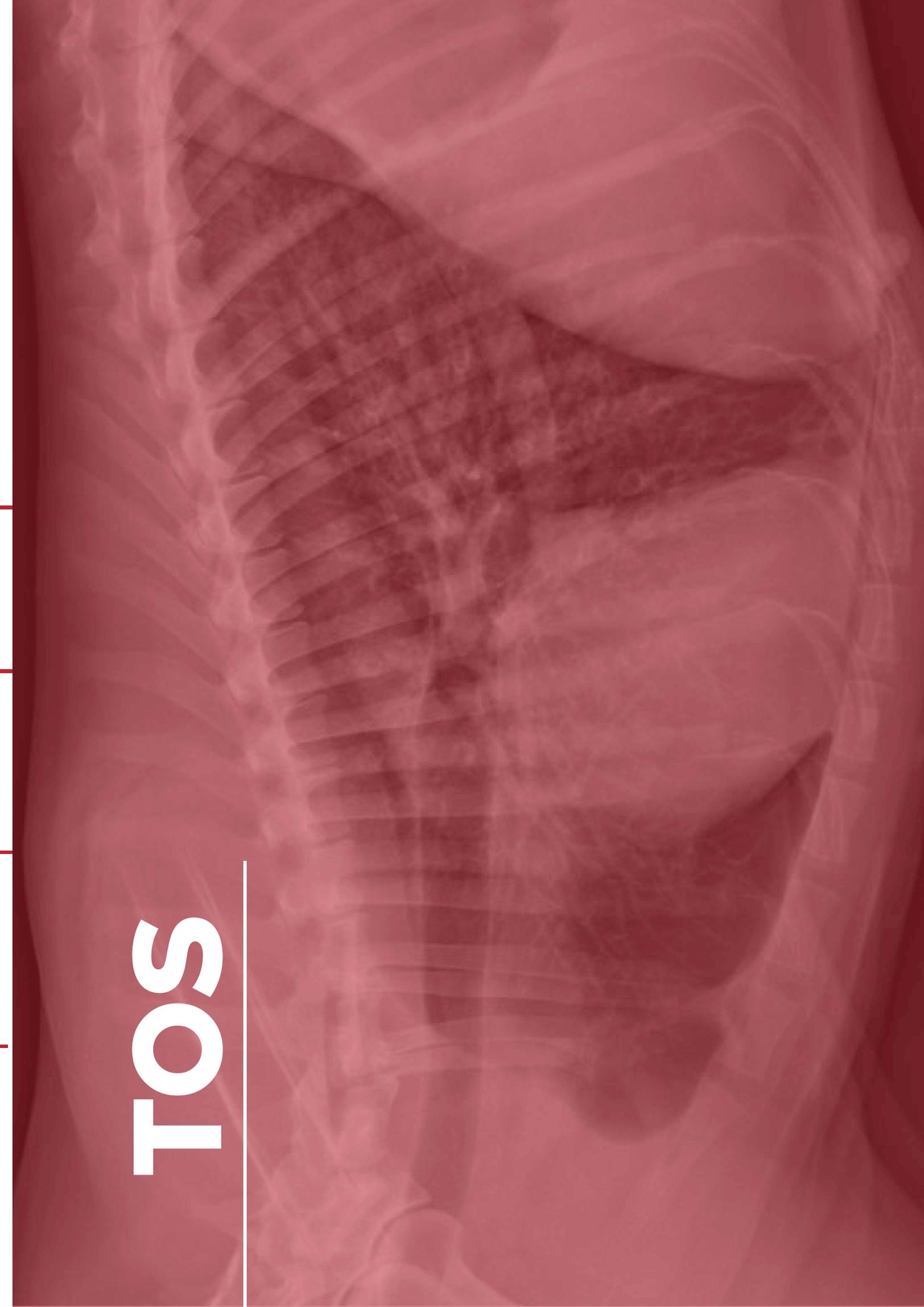
## DIROFILARIOSIS

---

Autoría · 69  
Algoritmo · 70  
Apuntes prácticos · 72

# TOS

---



# ALGORITOMO

---



**Abordaje de la  
tos en perros**

# MEDICINA INTERNA PRÁCTICA DE PEQUEÑOS ANIMALES

¿POCO TIEMPO PERO CON  
GANAS DE FORMARTE?

Pues aquí tienes  
**MEDICINA INTERNA PRÁCTICA**

 Revista práctica y rápida de leer

 Contenidos de todas las áreas de medicina interna, con visión 360°: respiratorio, digestivo, endocrino, nefrouinario, cardio, imagen, infecciosas, parasitarias, onco, urgencias, etc

 6 números en papel (revista bimensual)

 Te ayudará a estar actualizado y formarte

 Encontrarás apuntes prácticos, algoritmos, atlas, quiz y casos rápidos

 **360°** NUEVA VISIÓN



Por solo  
**80€**  
AL AÑO

Por solo  
**7€**  
AL MES

TUS OPCIONES PARA HACERTE CON TU SUSCRIPCIÓN

**A**

**NUESTRA TIENDA ONLINE**

[www.webdeveterinaria.com/tienda](http://www.webdeveterinaria.com/tienda)

**B**

**POR TELÉFONO 972 91 37 08**

Pregunta lo que sea

**C**

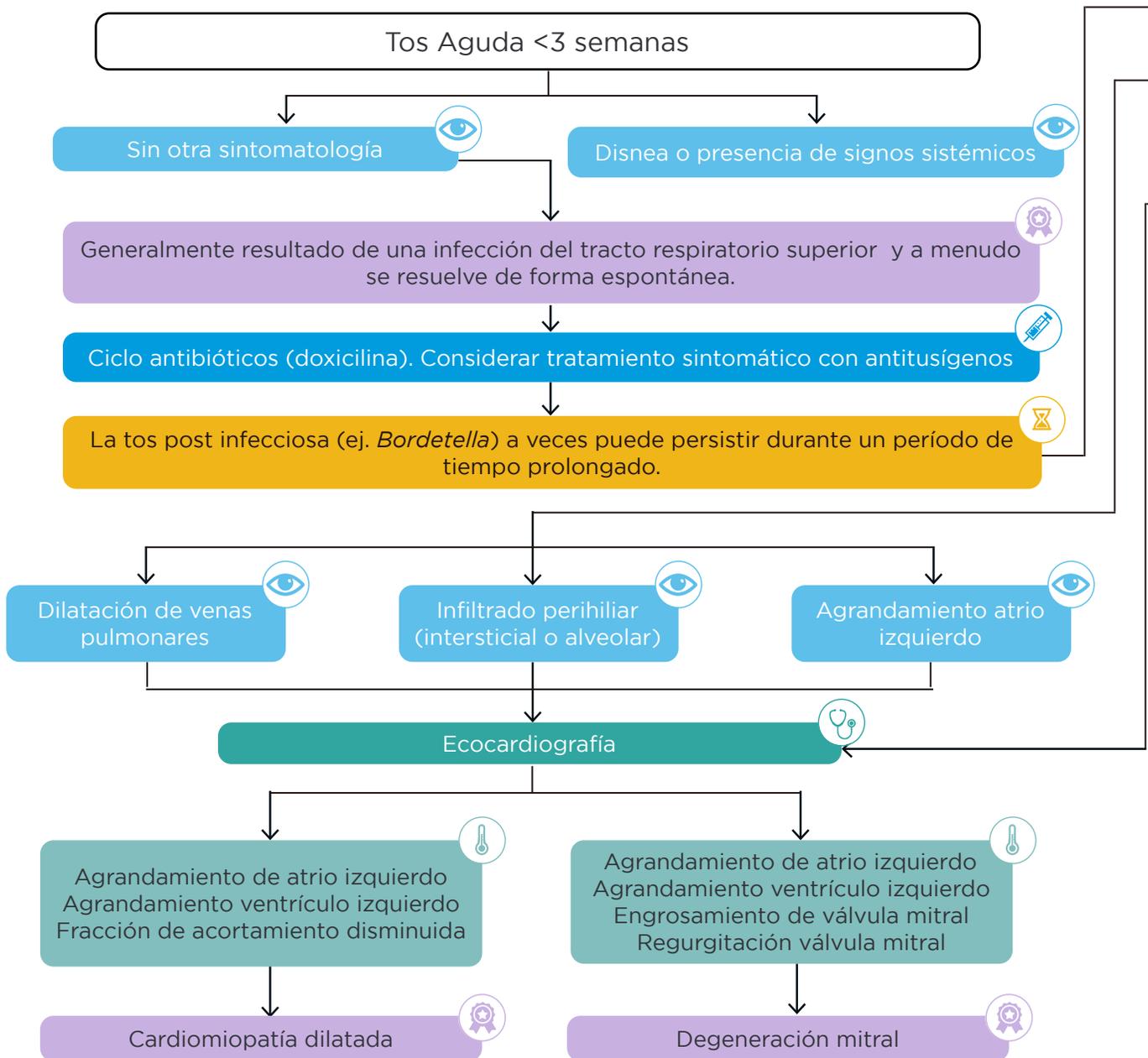
**ENVÍA WHATSAPP 637 68 08 64**

Pregunta lo que sea

## Abordaje de la tos en perros

Las causas de tos en perros son numerosas, y a menudo los pacientes pueden presentar una combinación de causas. En perros de razas pequeñas (< 15 kg) de edades avanzadas es frecuente la coexistencia de enfermedades cardíacas (degeneración mitral crónica) y respiratorias (bronquitis crónica, colapso traqueal/bronquial). Es importante en el abordaje diagnóstico de la tos identificar la presencia de estas alteraciones y su grado de contribución para optimizar el tratamiento.

Del mismo modo los procesos respiratorios primarios causantes de tos pueden ser estructurales (ej. colapso traqueal/bronquial) o inflamatorios/infiltrativos (ej. bronquitis). Las pruebas de imagen (radiografía, endoscopia, TC) son útiles para identificar cambios estructurales macroscópicos. Sin embargo, el diagnóstico de procesos inflamatorios/infiltrativos a menudo precisa de toma de muestras (lavado broncoalveolar, aspirado y/o biopsias) que permita identificar la causa a través de la citología, cultivo o histología.



# TÉCNICAS

## PRINCIPALES



**Cómo abordar  
clínicamente el  
derrame pleural**



**Cómo diagnosticar  
radiológicamente el  
colapso traqueal**



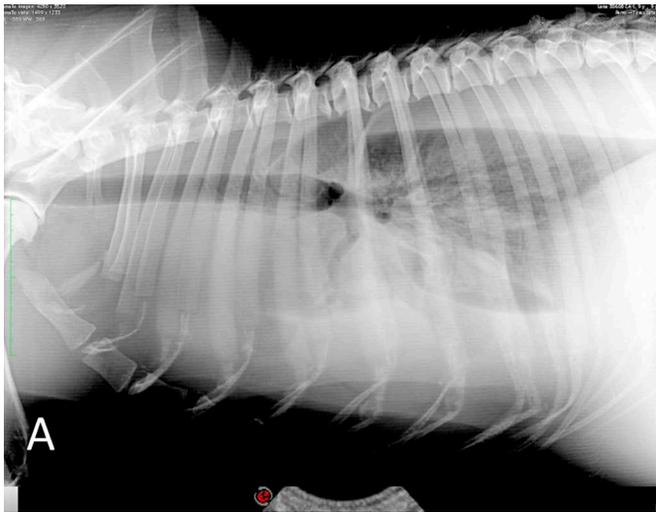
**Cómo interpretar  
radiológicamente  
los patrones  
pulmonares en el  
paciente con tos**



**Cómo realizar una  
biopsia guiada por  
tomografía  
computerizada (TC)**

## Cómo abordar clínicamente el derrame pleural

El derrame pleural (DP) es una afección relativamente frecuente que constituye una manifestación clínica común a numerosos procesos. Su identificación no es compleja, pero determinar su causa requiere una aproximación diagnóstica ordenada dependiendo de los diferenciales establecidos según la anamnesis y alteraciones de cada paciente.



Excepto cuando el DP es claramente secundario a una enfermedad específica, la evaluación debe incluir una toracocentesis. El análisis del líquido genera una información vital para el proceso diagnóstico, y en ciertos casos, suficiente para determinar la causa.

Pasos a seguir para su realización:

1. Ante la sospecha clínica de DP debemos confirmar su presencia. La radiografía (A) suele mostrar incremento de densidad de tejido blando dorsalmente al esternón, pérdida de visualización de la silueta cardíaca y cúpula diafragmática, presencia de fisuras

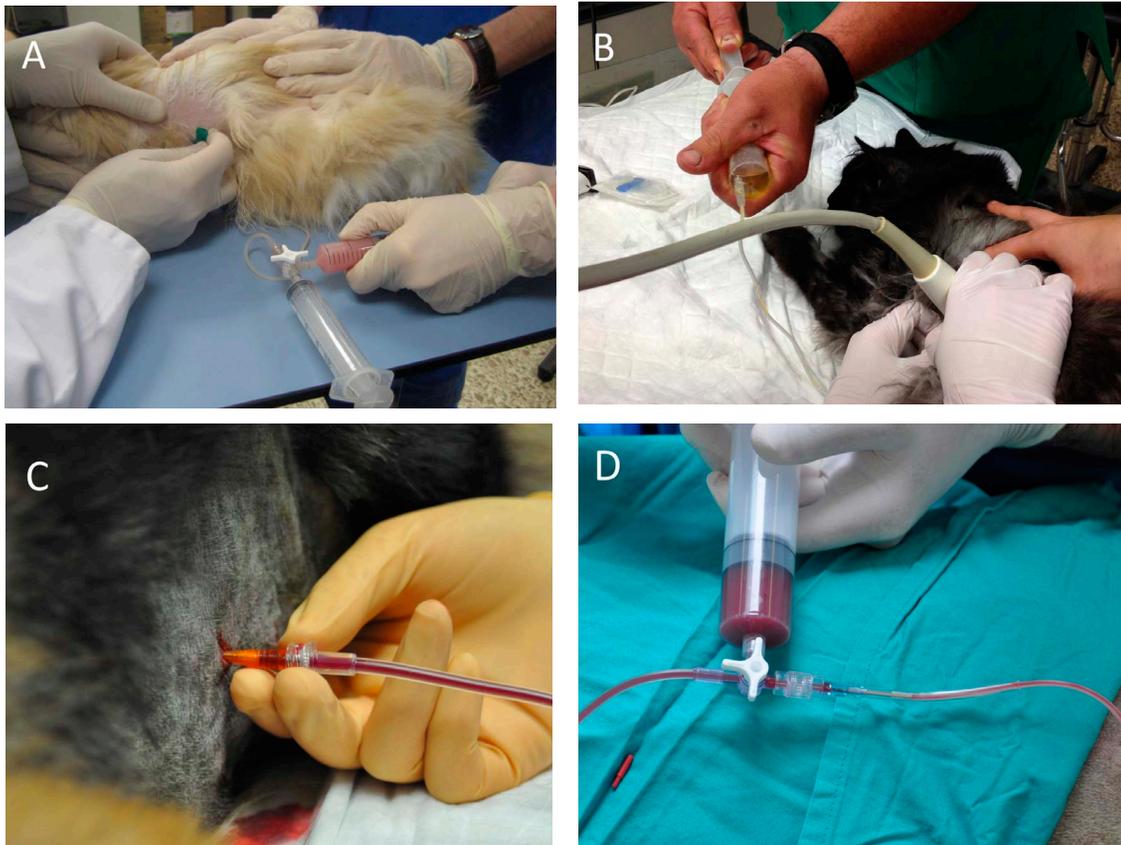
interlobares marcadas y redondeadas con retracción de lóbulos pulmonares y alejamiento de la pared costal. En ecografía (B) se reconoce por la presencia material anecoico o de ecogenicidad variable, dependiendo de la celularidad del fluido, dentro del espacio pleural.

2. La toracocentesis puede realizarse con el paciente en decúbito lateral o esternal y según su temperamento, con el animal despierto o ligera sedación. Se puede hacer con palomilla (A y B) o un catéter y extensión con llave de tres vías (C). El lugar se elige empíricamente (7º a 9º espacio intercostal a nivel de la unión costochondral) o ecoguiado (B). Se prepara asépticamente la zona y se anestesia con lidocaína el trayecto desde la piel hasta la pleura parietal. Se introduce la aguja perpendicularmente a la pared torácica, siguiendo el borde craneal de la costilla, y a medida que se penetra se va aspirando hasta obtener líquido. Si



hemos puncionado con palomilla, una vez dentro angulamos la aguja hasta dejarla lo más paralela posible a la superficie pleural para evitar dañar el parénquima pulmonar. En caso de utilizar catéter lo avanzamos ligeramente e introducimos completamente la cánula a la vez que se va retirando la aguja, y rápidamente para evitar la entrada de aire, lo conectamos al tubo de extensión y comenzamos la evacuación del fluido. En caso de DP masivo es recomendable un drenaje torácico (D) que permitirá extraer mayor cantidad de líquido y estabilizar el animal.

## técnicas principales cómo abordar clínicamente el derrame pleural



3. Los DP se clasifican en función de la naturaleza del líquido. El aspecto macroscópico puede ser de utilidad como primera aproximación en ciertos tipos como trasudado (A), quilo (B) o peritonitis infecciosa (C), pero en la mayor parte de los casos (D) hacer juicios solamente en base a su aspecto conduce a importante pérdida de información.

