

GINGIVOESTOMATITIS CRÓNICA FELINA

(FELINE CHRONIC GINGIVOSTOMATITIS, FCGS)

Mirko Radice

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

La gingivoestomatitis crónica felina (FCGS, del inglés *feline chronic gingivostomatitis*) es una inflamación crónica persistente de los tejidos mucogingivales, la cual normalmente afecta a gatos adultos^{1,2}. Aunque puede afectar a todos los felinos domésticos, la FCGS se manifiesta de forma más precoz y grave en gatos de raza pura (siameses, abisinios, persas, himalayos, birmanos), tanto de pelo largo como corto^{1,3}. La enfermedad se presenta con cuadros clínicos muy variables: desde las más frecuentes lesiones eritematosas, ulcerativas y/o proliferativas bilaterales, que afectan especialmente a las encías y la mucosa bucal; a zonas de inflamación focal o difusa en la porción distal de la cavidad bucal (faucitis), a nivel de la lengua, la mucosa vestibular de las mejillas, los arcos glosopalatinos y el paladar duro^{1,3} (**Imagen 1**; **Imagen 2**; **Imagen 3**).

Desde el punto de vista histopatológico, la FCGS se caracteriza por densos infiltrados linfoplasmocitarios asociados a focos de inflamación crónica mixta, con predominio de neutrófilos mezclados con linfocitos, macrófagos y mastocitos (**Imagen 4**)^{1,4,5}.

Los signos clínicos de la FCGS incluyen: halitosis, dificultad para agarrar y/o masticar alimentos, disfagia, dolor al abrir la boca, disorexia y anorexia con la consiguiente pérdida de peso, y sialorrea (ptialismo). En ocasiones, pueden aparecer trastornos del comportamiento, como gatos menos ac-

tivos y reacios al aseo diario (*grooming*) o, alternativamente, más agresivos con el propietario y/o con otros animales.

Hasta la fecha, la etiología y la patogenia de la FCGS no están definitivamente establecidas. Hasta el momento se le atribuyen varios agentes etiológicos, entre ellos bacterias de la placa y virus (calicivirus, herpesvirus, virus de la leucemia felina [FELV], virus de la inmunodeficiencia felina [FIV], coronavirus), que actuarían como estímulos antigénicos persistentes capaces de desencadenar una reacción de hipersensibilidad en la cavidad bucal^{1,6,8}. Actualmente, dado que ningún estudio ha demostrado la participación de un solo patógeno, la FCGS se considera una enfermedad multifactorial⁹.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la FCGS se basa principalmente en la evaluación de la apariencia clínica de las lesiones⁴. Es recomendable realizar una biopsia, no solo para confirmar el diagnóstico, sino también para establecer la posible afectación del hueso alveolar. La exploración clínica suele completarse con pruebas de hemograma, bioquímicas y serológicas, destinadas a aislar los microorganismos causales y conocer el estado general del paciente. Un examen radiográfico completo de la cavidad bucal permite evaluar la presencia concomitante de enfermedad periodontal, fragmentos de raíces retenidas o lesiones resorptivas odontoclásticas (*Feline Odontoclastic Resorptive Lesions, FORL*)¹⁰.

TRATAMIENTO

Qué hacer

Se han utilizado muchos tratamientos médicos para la FCGS (p. ej., antibióticos, corticosteroides, interferón, acetato de megesterol, sales de oro, lactoferrina, salicilato de sodio)¹¹⁻¹³. Sin embargo, a día de hoy todavía no es posible identificar un único tratamiento eficaz y duradero. La reducción de la carga bacteriana presente en la cavidad bucal sigue siendo, sin embargo, uno de los pilares del tratamiento. Si el control de la placa no es posible mediante la profilaxis profesional (detartraje y pulido de los dientes), acompañada de una cuidadosa higiene domiciliaria (que, entre otras cosas, es difícil de implementar en pacientes con inflamación activa y, por tanto, dolor elevado), se deberá optar por la cirugía de extracción^{1,7,14}. En la actualidad, esta cirugía parece ser la opción más favorable, en base a un principio muy simple: la ausencia de dientes no permite la formación de placa, formada por aquellas bacterias capaces de desencadenar y mantener el proceso inflamatorio crónico, propio de la FCGS. Como lo confirman algunos trabajos^{1,15}, un alto porcentaje de pacientes tratados con la extracción total o parcial (premolares y molares) de las piezas dentales, sin dejar de presentar de forma más o menos relevante la inflamación, logra llevar una vida normal sin necesidad de tratamientos médicos adicionales. Obviamente, la administración de antibióticos, antiinflamatorios y analgésicos deberá considerarse parte integral del tratamiento de extracción. Entre los antibióticos de elección incluimos: la asociación de amoxicilina y ácido clavulánico, la clindamicina y, en los casos más graves o ante la presencia de resistencia antibiótica, el metronidazol. Incluso el uso de alimentos hipoalérgicos puede ser de ayuda en gatos con FCGS que, por definición, se deberán considerar pacientes hipersensibles e hipérgicos¹⁶. Finalmente, la aplicación local de geles odontostomatológicos a base de almidas (adelmidrol) puede resultar útil, dada la capacidad de estas moléculas de controlar la inflamación y el dolor de forma natural, y de favorecer los procesos de reparación de la mucosa^{17,18} a través de la modulación a la baja de los mastocitos presentes en la cavidad bucal¹⁹.



Imagen 1 - Lesión bucal que afecta a los arcos glosopalatinos durante una FCGS.



Imagen 2 - Afectación de la zona faríngea durante una FCGS.



Imagen 3 - Lesiones bucales erosivas-proliferativas durante una FCGS.

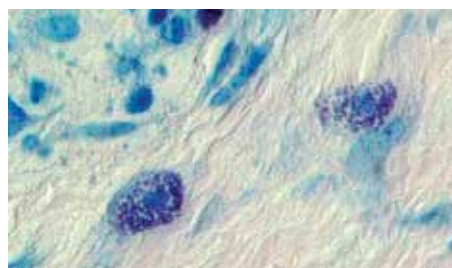


Imagen 4 - En la microfotografía de medio aumento, la tinción de Giemsa destaca la presencia de mastocitos (en azul) en zonas periféricas a la inflamación linfoplasmocitaria (imagen de M. Castagnaro).

No existe un único tratamiento eficaz para la estomatitis felina... la reducción de la placa sigue siendo uno de los pilares del tratamiento.



Qué evitar

Los corticosteroides (metilprednisolona) son eficaces, pero el tratamiento se debería mantener durante toda la vida del animal para mantener el control de los signos clínicos. Sin embargo, los tratamientos prolongados con corticosteroides deberán evitarse por varias razones:

- los efectos secundarios sistémicos conocidos de los antiinflamatorios esteroideos, incluida la disminución de las defensas inmunitarias y, por lo tanto, la mayor probabilidad de desarrollar bacterias patógenas en la cavidad bucal;
- eficacia que disminuye con el tiempo, tanto que es necesario aumentar las dosis y disminuir el intervalo de tiempo entre una administración y la siguiente para asegurar la remisión de los signos clínicos;
- la capacidad de los corticosteroides para promover directamente la placa bacteriana,

lo que facilita la aparición y/o el empeoramiento de una enfermedad periodontal coexistente con la FCGS¹².

El uso de antiinflamatorios esteroideos deberá, por lo tanto, estar exclusivamente orientado al tratamiento de pacientes en condiciones especiales (p. ej., fases hiperagudas de la enfermedad, o en el caso de que sea imposible utilizar otros tratamientos).

Si se opta por la cirugía de extracción, conviene ser especialmente escrupuloso y evitar dejar raíces o fragmentos de raíces *in situ*, que actuarían como un estímulo irritante crónico y, por tanto, comprometerían el éxito de la propia extracción.

CON EL PROPIETARIO

Más que nunca, con una FCGS en curso, es necesario establecer una relación clara y de

colaboración con el propietario. De hecho, los gatos afectados por esta enfermedad requieren controles clínicos constantes y periódicos, así como la administración correcta y prolongada de la medicación prescrita, y una dieta especialmente cuidada y adaptada al grado de deterioro de la masticación²⁰⁻²². Por tanto, explicar con detalle cuál es nuestro conocimiento de la enfermedad en la actualidad, las dificultades del tratamiento, las posibles opciones terapéuticas y, sobre todo, la posibilidad de que todo nuestro trabajo no de los resultados esperados, además de ser una obligación, puede ahorrarnos futuros malentendidos desagradables.

La enfermedad periodontal se aborda desde un punto de vista preventivo...



Caso clínico Gingivostomatitis crónica felina

Reseña

Un gato común europeo, macho castrado de 5 años, acude a la consulta por disorexia.

Anamnesis y diagnóstico

En la última anamnesis se informó sobre tratamientos médicos repetidos (antibióticos, antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos) e intervenciones de profilaxis periodontal (detartraje) para FCGS grave, con lesiones ulcerativas y proliferativas que afectan a la encía y la mucosa bucal (**Imagen 5**), además de a los arcos glosopalatinos (**Imagen 6**). Las pruebas de hemograma y bioquímica manifestaron un cuadro compatible con estas afecciones: **1**) neutrofilia

(atribuible a septicemia periódica); **2**) hipergamaglobulinemia y alteración del cociente IgA/IgG, con un aumento de IgG y una disminución de IgA (atribuible a la estimulación crónica del sistema inmunitario); **3**) aumento de las transaminasas hepáticas (ALT), tras una probable enfermedad hepática reactiva.

Tratamiento

El paciente se somete, con anestesia general y examen radiográfico, a la extracción de todos los premolares y molares. A continuación se prevé hospitalización durante unos días para administrar un tratamiento antibiótico de soporte adecuado y realizar un cuidadoso control del dolor, funda-

mental en estos casos. Una vez reanudada la alimentación espontánea se da de alta al paciente con tratamiento antibiótico por vía oral (amoxicilina y ácido clavulánico, Synulox[®], Pfizer), aplicación diaria de un gel a base de adelmídrol (2%) [Restomy[®] gel, Innovet (Swedencare Goup)], y dieta hipoalérgica.

Evolución clínica

Después de dos meses de tratamiento, el cuadro clínico ha mejorado considerablemente (**Imagen 7**). A los 24 meses de la cirugía de extracción, el paciente ya no presenta problemas inflamatorios en la cavidad bucal.



Imagen 5 - Lesiones bucales que afectan a la encía y la mucosa bucal durante la FCGS.



Imagen 6 - Lesiones bucales que afectan a los arcos glosopalatinos durante la FCGS.



Imagen 7 - Imagen de las lesiones 60 días después de la extracción de todos los dientes, la aplicación de un gel a base de adelmídrol y con dieta hipoalérgica.

Referencias citadas

- Bonello D. *Feline inflammatory, infectious and other oral conditions*. In: Tutt C, Deeprose J, Crossley D. eds. "BSAVA Manual of canine and feline dentistry", Third Edition, 2007, pp. 126-147
- Healey KA, Dawson S, Burrow R et al. *Prevalence of feline chronic gingivo-stomatitis in first opinion veterinary practice*. J Feline Med Surg. 2007; 9(5):373-81
- Harley R. *Feline gingivostomatitis*. *Hill's European Symposium on Oral Care*, Amsterdam, 19th -21st March 2003, pp. 34-41
- Harvey CE. *Feline oral pathology. Diagnosis and management*. In: Crossley DA, Pennans S eds. *Manual of Small Animal Dentistry*, BSAVA Manual, 1990, pp. 129 e seguenti
- Bonello D, Capelletto C, Castagnaro M, Peirone B. *Rilievi istopatologici in 66 casi di gengivostomatite cronica del gatto (FCGS)*. Atti 48° Congresso Nazionale SCIVAC, Rimini, 27-30 maggio 2004, p.457
- Radford AD, Addie D, Belák S et al. *Feline calicivirus infection. ABCD guidelines on prevention and management*. J Feline Med Surg 2009;11(7):556-64
- Lyon KF. *Gingivostomatitis*. Vet Clin North Am Small Anim Pract. 2005;35(4):891-911
- Harley R, Gruffydd-Jones TJ, Day MJ. *Salivary and serum immunoglobulin levels in cats with chronic gingivostomatitis*. Vet Rec 2003; 152(5):125-9
- Quimby JM, Elston T, Hawley J, Brewer M, Miller A, Lappin MR. *Evaluation of the association of Bartonella species, feline herpesvirus 1, feline calicivirus, feline leukemia virus and feline immunodeficiency virus with chronic feline gingivostomatitis*. J feline Med Surg 2008; 10(1): 66-72
- Squarzone P. *Stomatiti*. In: *Odontostomatologia del cane e del gatto*. Poletto editore. 2003, pp. 97-105
- Lyon KF. *Mostly cats! Gingivostomatitis and resorptive lesions*. Proceedings NAVC Conference, January 13-21, 2007, 21: 273-280
- Bonello D. *La stomatite cronica nel gatto. Indicazioni per trattamenti diversi*. Atti 55° congresso nazionale SCIVAC, Milano, 2-4 marzo 2007, pp.23-25
- Southerden P, Gorrel C. *Treatment of a case of refractory feline chronic gingivostomatitis with feline recombinant interferon omega*. J Small Anim Pract 2007; 48(2):104-6
- Bonello D. *Stomatite cronica del gatto: un problema medico o chirurgico?* Atti 38° Congresso Nazionale SCIVAC, Montecatini, 1999 Marzo 18-22, pp. 29-30
- Hennet PR. *Chronic gingivostomatitis in cats: long term follow up of 30 cases treated by dental extractions*. J Vet Dent 1997; 14(1): 15-21
- Diehl K, Rosychuk RA. *Feline gingivitis-stomatitis-pharyngitis*. Vet Clin North Am Small Anim Pract 1993; 23(1):139-53
- Bonello D. *Stomatite cronica nel gatto: gestione dei meccanismi infiammatori*. Atti 46° Congresso Nazionale Multisala SCIVAC, 2003, pp. 35-38
- Bonello D, Squarzone P, Miolo A. *Aliamides: rationale for use in inflammatory diseases of the oral cavity of dogs and cats*. Proceedings 13th European Congress of Veterinary Dentistry, 2004. Krakow, October, pp. 22-24
- Bonello D, Miolo A. *I mastociti nel cavo orale del cane e del gatto: fisiopatologia e vie di modulazione*. Quaderni di Odontostomatologia. 2004;2(1):23-31
- Roudebush P, Logan E, Hale FA. *Evidence-based veterinary dentistry: a systematic review of homecare for prevention of periodontal disease in dogs and cats*. J Vet Dent. 2005; 22(1):6-15
- Hale FA. *Home care for the veterinary dental patient*. J Vet Dent 2003; 20(1): 52-4
- Ray JD, Eubanks DL. *Dental homecare: teaching your clients to care for their pet's teeth*. J Vet Dent 2009; 26(1): 57-60

