



Universidad Nacional del Nordeste

Facultad de Ciencias Veterinarias

Corrientes – Argentina

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

-MÓDULO DE INTENSIFICACIÓN PRÁCTICA-

OPCIÓN: CLÍNICA DE PEQUEÑOS ANIMALES

TEMA: *Caso clínico: Resolución de Gingivo Estomatitis Felina mediante exodoncia de premolares y molares.*

TUTOR EXTERNO: M.V. Giménez, María Eugenia.

TUTOR INTERNO: M.V. Oviedo, Marcelo Adrián.

RESIDENTE: Rey, Tatiana Valeria

E-MAIL: tatianarey76@gmail.com

-AÑO 2020-

INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCION.....	4
OBJETIVOS.....	11
MATERIALES Y MÉTODOS.....	11
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	17
CONCLUSIÓN	18
BIBLIOGRAFIA	19

Resumen

Las patologías orales felinas, conforman una entidad clínica destacada debido a las consecuencias asociadas, por ejemplo, dolor, salivación, incomodidad del animal, imposibilidad de alimentarse adecuadamente, disminución de peso, entre otros; puede relacionarse con enfermedades de tipo sistémicas, metabólicas e inmunológicas. Permitiéndonos prevenir complicaciones principalmente óseas y renales. Dentro de las patologías que pueden afectar a los gatos, la Gingivitis Estomatitis Felina (GEF) corresponde a una enfermedad de presentación frecuente. El objeto del trabajo se basó en la evaluación técnica de la extracción dental en un paciente felino con afección de premolares y molares, en el planteo del uso de diferentes herramientas en la extracción y desarrollo de mayores conocimientos acerca de la terapia para la gingivoestomatitis felina. Se trabajó sobre un felino de raza europea común macho de aproximadamente 2 años de edad. Se realizó la técnica de extracción cerrada, con resultados satisfactorios. Es importante resaltar que una buena salud oral ayuda al funcionamiento normal del organismo y, si ésta no es óptima, puede comprometer la salud en general, lo que produce un deterioro en la calidad de vida del paciente.

INTRODUCCION

La evaluación de la salud bucal, nos permite determinar y valorar el estado general del paciente, como así sus relaciones con enfermedades de tipo sistémicas, metabólicas, inmunológicas, entre otras. Permitiéndonos prevenir complicaciones principalmente óseas y renales. Las patologías orales felinas, conforman una entidad clínica destacada debido a las consecuencias asociadas, por ejemplo, dolor, salivación, incomodidad del animal, imposibilidad de alimentarse adecuadamente, disminución de peso, entre otros.

La odontología veterinaria, una especialidad relativamente reciente, se ha transformado en una de las áreas de crecimiento más rápido de los últimos años, sobre todo teniendo en cuenta que una buena salud oral ayuda al funcionamiento normal del organismo y, si ésta no es óptima, puede comprometer la salud en general, lo que produce un deterioro en la calidad de vida del paciente.

Anatomía y fisiología dentaria:

Los dientes de los felinos están compuestos por una corona, cuello o línea cervical y raíz o porción radicular. El esmalte cubre la corona y el cemento cubre las raíces. Los incisivos y el canino tienen una raíz. Los premolares y los primeros molares maxilares tienen dos raíces, que a menudo, están fusionadas una con otra, lo que da el aspecto de una única raíz. Los terceros y los cuartos premolares mandibulares, los primeros molares mandibulares y los terceros premolares maxilares tienen dos raíces. El cuarto premolar maxilar tiene tres raíces. (Little. 2014). (Cuadro n° 1)

Cuadro N° 1: número de raíces dentales

Diente		Incisivo	Canino	PM1°	PM 3°	PM 4°	M 1°
	Arcada						
Raíces	Superior	1	1	2	2	4	2
	Inferior	1	1	2	2	2	2

La fórmula dentaria del felino consta de:

- Dientes deciduos: 2 (I 3/3 - C 1/1 - PM 3/2): 26 dientes
- Dientes permanentes: 2 (I 3/3 - C 1/1 - PM 3/2 - M 1/1): 30 dientes
(Sisson, 2002)

Los tejidos duros del diente son:

Esmalte: es el tejido más mineralizado del cuerpo y recubre toda la corona,

Dentina: constituye la mayor parte de la corona y la raíz, esta menos calcificada que el esmalte,

Cemento: es un tejido avascular que recubre la superficie de la raíz de los dientes. La deposición de cemento es continua durante toda la vida y es mayor en la zona apical, donde presenta su máximo grosor (Gorrel, 2010).

La pulpa está constituida por tejido conjuntivo muy especializado compuesto por células (fibras de colágeno, fibroblastos, histiocitos, leucocitos y odontoblastos), sustancia fundamental, vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. La pulpa junto con la dentina, forman lo que se denomina **endodonto**, que es responsable de la vitalidad de toda la raíz. El **periodonto** o tejido periodontal constituye el tejido de unión del diente. Está compuesto por la encía, el cemento, el hueso alveolar y el ligamento periodontal. La encía cubre el proceso alveolar del maxilar superior y la mandíbula además, envuelve todo el diente, es de consistencia firme y puede ser de color rosado o estar pigmentada.

Nomenclatura:

El sistema reconocido internacionalmente por la Federación dental nacional y la Organización Mundial de la Salud es la Nomenclatura Triadan, cada diente se representa con un número de tres dígitos; el primer dígito representa la arcada, los dígitos segundo y tercero el tipo de diente, de tal forma que los incisivos comienzan en 01 (el más próximo a la línea media), los caninos son siempre 04 y los primeros molares son 09. Varios premolares y molares se han perdido evolutivamente en la dentición permanente de los felinos. (Little. 2014)

Cuadrante maxilar derecho: 100 (500 cuando se refiere a los deciduos);

Cuadrante maxilar izquierdo: 200 (600 cuando se refiere a los deciduos);

Cuadrante inferior izquierdo: 300 (700 en cuando son los deciduos); y

Cuadrante inferior derecho: 400 (800 cuando son los deciduos)

Dientes Permanentes (Figuras 1 y 2) Dientes Deciduos (Figuras 3y 4).



Figura 1: Dientes permanentes en felinos cuadrante maxilar.



Figura 2: Dientes permanentes en felinos cuadrante inferior.



Figura 3: Dientes deciduos en felinos cuadrante maxilar.

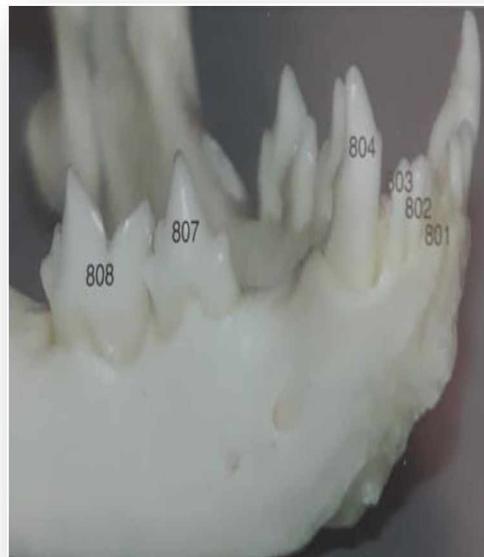


Figura 4: Dientes deciduos felinos cuadrante inferior.

Historia Clínica:

Durante la consulta el objeto es investigar el problema inicial y otras alteraciones que se descubren durante el examen clínico. Se debe recoger datos del historial clínico y dental, hábitos perjudiciales, dietéticos y cuidados en el domicilio.

Examen físico: La exploración oral se realiza en dos partes, primero se examina al animal despierto y después bajo anestesia general. Examen extraoral, se inspecciona la cabeza y la cara; examen intraoral inicial, cuyo objetivo es obtener un diagnóstico presuntivo de los problemas orales y dentales; por último, un examen oral definitivo bajo anestesia (Ascaso S.R. y col. 2014). Los trastornos orales y maxilofaciales requieren anestesia general para un examen, tratamiento clínico y radiográfico apropiado. La anestesia adecuada y la analgesia efectiva desempeñan un papel crucial en la odontología. La mejor opción es la anestesia inhalatoria, pero no siempre está disponible (Brook A. y col. 2015). Aun así, es posible un óptimo tratamiento anestésico/oral con el uso de protocolos de anestésicos inyectables. La anestesia general requiere intubación endotraqueal, administración de terapia de fluidos/oxígeno y un control adecuado de la anestesia y temperatura corporal. Los bloqueos anestésicos locales están ampliamente disponibles y son imperativos en el manejo del dolor perioperatorio. Las técnicas de anestesia local proporcionan analgesia perioperatoria (y postoperatoria inmediata) (Brook A. y col. 2015).

Estudios complementarios: las placas radiográficas son de gran utilidad para evaluar posible ausencia del espacio del ligamento periodontal (anquilosis), malformaciones radiculares patológicas y no patológicas (dilaceración, hiper cementosis, entre otras) fracturas radiculares, lesiones patológicas periapicales y periodontales (abscesos, granulomas, quistes, etcétera) y cualquier anomalía relacionada con el diente a extraer (dientes supernumerarios, impactados, etcétera). (Crossley, 2013)

Gingivitis Estomatitis Felina (GEF): es una de las condiciones orales más dolorosas y más frecuentes en gatos. Hay inflamación y proliferación de la encía y la mucosa oral. La inflamación varía de leve a grave y, a medida que aumenta la cronicidad, la inflamación también lo hace y los tejidos pueden llegar a ulcerarse. Las áreas afectadas pueden incluir encía, mucosa bucal, mucosa palatal, faringe, mucosa de la región caudal de la boca en el área lateral al arco palatogloso, arco glosopalatino y lengua.

Etiología:

La etiología subyacente de la gingivoestomatitis crónica no se conoce y de hecho, puede ser multifactorial o puede haber múltiples síndromes con diferentes etiologías.

Los gatos que presentan esta enfermedad tienen concentraciones en suero de IgG, IgM, IgA significativamente superiores y niveles salivares de IgA inferiores a los gatos sanos. La disminución de las concentraciones en saliva de IgA puede ser un factor en la patogénesis de esta enfermedad.

Se propuso a las infecciones víricas como causas potenciales o factores contribuyentes en el desarrollo de la estomatitis y la faucitis. El calicivirus felino puede causar faucitis aguda y ha sido aislado en gatos con gingivoestomatitis crónica, y probablemente eliminan más calicivirus felino y herpesvirus-1 felino por la mucosa oral, que los gatos sin dicha enfermedad.

El virus de la inmunodeficiencia felina (VIF) y el virus de la leucemia felina (ViLeF) pueden participar en el desarrollo de gingivoestomatitis en algunos casos. Los niveles bajos de IgA en saliva pueden predisponer a enfermedades orales.

En muchos casos de enfermedad inflamatoria oral crónica no se identifica otra etiología primaria que no sea la enfermedad periodontal. Se ha especulado que esos gatos tienen una respuesta inflamatoria exagerada a la placa bacteriana.

La infección por *Bartonella Henselae* se ha sugerido como posible factor en el desarrollo de la gingivoestomatitis crónica felina. Los gatos positivos a *B. Henselae* y VIF tienen mayor aumento de los linfonodos mandibulares y más gingivitis que los gatos no infectados. (DeBowes. 2008.)

Presentación clínica. Los pacientes con GEF usualmente presentan signos inespecíficos de pérdida de peso, anorexia, linfoadenomegalia mandibular y deshidratación. Signos más específicos incluyen disfagia, ptialismo, halitosis, pelaje hirsuto y cambios conductuales producto del severo dolor oral. Frecuentemente, vocalizan al abrir la boca y al estar en presencia de alimento, ya que mantienen su apetito, pero son incapaces de comer por el dolor que estos manifiestan a nivel bucal. La exploración de la cavidad oral en un animal no anestesiado puede ser muy difícil debido al intenso dolor, especialmente al intentar abrir la cavidad oral (Crystal, 2000.)

Las lesiones, por lo general son simétricas, pueden ocurrir en varios lugares como las encías, fauces, orofaringe y lengua. Hay áreas rojas de inflamación de la mucosa oral o áreas de granulación y/o ulceración alrededor de la zona inflamada. Usualmente, la mucosa alrededor de molares y premolares está más afectada que la que rodea los caninos e incisivos, además las lesiones de la lengua y el paladar son inusuales. Las lesiones tempranas aparecen como encías uniformemente rojas e inflamadas con pérdida de los bordes netos en el margen, cerca de la corona dentaria, frecuentemente con una pequeña o incluso ninguna molestia en este estado. El progreso de la enfermedad se observa con proliferación de la encía, la que se vuelve friable a lo largo de la arcada dentaria y en los casos graves, la inflamación y la ulceración pueden extenderse.

Diagnóstico: se realiza por inspección de la cavidad oral. La evaluación diagnóstica se centra en la identificación de cualquier factor subyacente o enfermedad concurrente. Las pruebas deberían incluir la evaluación del estado de retrovirus, calicivirus y la infección por *B. Henselae*. Si hay falta de piezas dentarias, deberían hacerse radiografías dentales para evaluar si hay raíces retenidas. Si hay área de inflamación y ulceración asimétrica, debería tomarse una muestra por biopsia para histopatología y así evaluar posible neoplasia.

Tratamiento: Un gran número de regímenes terapéuticos han sido utilizados en gatos con GEF, sin embargo, rara vez se ha documentado la eficacia de estos tratamientos (Harley, 2003). Dentro de éstos, se puede mencionar el uso de antibióticos, drogas inmunomoduladoras, profilaxis dental, productos de higiene oral, extracciones dentales totales o selectivas y otras drogas misceláneas (Harley, 2003).

Dentro de los tratamientos disponibles la extracción dental parece ser la mejor estrategia a largo plazo ya que elimina las superficies disponibles para la retención de placas. Los dientes con periodontitis o resorción y raíces retenidas deben extraerse. Las placas parecen desempeñar un papel en la perpetuación de la estomatitis aun cuando los dientes estén ubicados a una distancia relativa del sitio de inflamación. Por lo tanto, puede extraerse un diente razonablemente sano en gatos con estomatitis grave que no responde a los medicamentos. Con la extracción de todos los dientes caudales a los caninos, es suficiente. Si la inflamación también ocurre adyacente a los caninos y a los incisivos, podría ser necesario proceder a la extracción de todas las piezas dentales. El

desbridamiento de los tejidos blandos y duros friables e inflamados antes de que cierre la herida con material monofilamento absorbible ayudará a resolver la inflamación. Los gatos toleran las extracciones muy bien, de todas las piezas dentales y puede comer alimento húmedo y hasta seco sin dientes.

Técnica de Extracción cerrada: consiste en introducir una hoja de bisturí número 15 en el surco gingival y se realiza una incisión gingival alrededor del diente. Se pone luego la hoja de un elevador luxador verticalmente en el espacio entre el diente y el hueso alveolar y se rota el mango a lo largo de su eje longitudinal creando una presión suave y regular sobre el diente. Esta fuerza en cuña ensanchará el espacio del ligamento periodontal hasta que el instrumento pueda ubicarse más apicalmente. Luego se aplica presión rotacional con el instrumento y se mantiene durante al menos 10 segundos, para causar el desgarro de las fibras del ligamento periodontal. El elevador luxador debe moverse alrededor de todo el diente al mismo tiempo que se progresiona hacia el ápice radicular. Las pinzas de extracción deben usarse sólo cuando el diente ya está móvil y se aplican tan apicalmente como sea posible, para reducir las posibilidades de fractura del diente. El diente debe examinarse visualmente y por palpación digital, para verificar que se ha extraído toda la raíz. Luego se desborda el alveolo y se lo lava, se alisan los bordes alveolares cortantes y el sitio de extracción se sutura con material absorbible sintético monofilamento con puntos simples separados. Debe quedar un coágulo de sangre en el alveolo para permitir una cicatrización apropiada. Los dientes multiradiculares deben seccionarse antes de la extracción para evitar su fractura. Esto produce múltiples segmentos corona-una sola raíz, cuya extracción no es más difícil que la de múltiples dientes unirradiculares. El corte se realiza con una fresa de fisura montada en un torno de alta velocidad enfriado con agua, se comienza en el punto de furcación (donde dos o más raíces se encuentran con la corona) y se atraviesa la corona. Los dientes con dos raíces se separan en un segmento corona-raíz mesial y otro corona-raíz distal. Los dientes con tres raíces se separan en tres segmentos corona-raíz. El luxador puede colocarse perpendicular al diente, entre los segmentos corona-raíz, y se hace palanca entre ellos para sacarlos de sus alvéolos (Little. 2014).

Objetivos

- 1) Evaluar la técnica de extracción en un paciente felino con afección de premolares y molares.
- 2) Utilizar la técnica de extracción dental cerrada.
- 3) Desarrollar mayores conocimientos acerca de la terapia de gingivoestomatitis felina mediante la exodoncia.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo se llevó a cabo en la Clínica Veterinaria Iberá, ubicada en la calle Carlos Pellegrini 843 de la ciudad de Corrientes Capital, dirigida por el Médico Veterinario Adrian Oviedo.

Se presentó para la evaluación clínica un felino, de raza común europeo, sexo macho, edad aproximada 2 años. El motivo de la consulta consistió en dolor al tocar región de la cabeza, disminución de ingesta de alimento balanceado y eliminación de saliva por ambas comisuras labiales.

Se realizó una anamnesis general, en la cual el propietario manifestó que su mascota come menos de lo habitual hace aproximadamente 30 días por lo que disminuyó de peso, no se acicala, le indicaron alimentación blanda, analgésicos y antibióticos, pero el mismo no mejoró.

La exploración semiológica se comenzó con por la frecuencia cardiaca (80 latidos por minuto), frecuencia respiratoria (32 movimientos por minuto), mucosas y conjuntivas aparentes notándose la mucosa bucal congestiva y el tiempo de llenado capilar de 2"; peso 4,7kg. A la palpación se notó aumento de los nódulos linfáticos mandibulares. La exploración de la cavidad bucal se realizó bajo sedación con (Xilacina 0,5mg/kg SC y Midazolam 0,2mg/kg SC), observándose la presencia de lesiones ulceradas a nivel de encías de los premolares superior (106-107-108/206-207-208), premolares inferiores (307-308/407-408), molares superiores (109-209), molares inferiores (309-409) y carrillos, además manifestó rechazo a la palpación, lo que determinó la presencia de dolor, como así también se observó aumento de la coloración acompañado de halitosis y sialorrea (Figura 5).

Se sugirió al propietario la realización de una radiografía para obtener mayores datos sobre el estado de las piezas dentarias. No se accedió a la misma por decisión del mismo. Luego de la evaluación clínica del paciente, se recomendó como tratamiento la extracción quirúrgica de las piezas dentarias afectadas.



Figura 5: Caso en estudio

Para evaluación del estado general del paciente, se realizó la extracción de sangre para el estudio prequirúrgico (hemograma completo, perfil hepático y perfil renal.)

Con los resultados satisfactorios de la analítica sanguínea, y constatado el buen estado general, se indicó tratamiento médico con: meloxicam 0,2mg/kg (Meloxivet 4mg), amoxicilina más ácido clavulánico 22mg/kg (Rumiclamox 50) ambas por vía oral. También se indicó al propietario la limpieza de la cavidad bucal con Diguconato de Clorhexidina 0,2 % (gel anti placa), por 48 hs. previo al acto quirúrgico. Procedimiento realizado mediante el correspondiente consentimiento quirúrgico del propietario.

El día de la intervención, el paciente fue sometido a un ayuno previo de 8 horas de sólidos y 6 horas de líquidos.

Se realizó una vía permeable endovenosa sin necesidad de utilización de métodos de sujeción ni drogas tranquilizantes, gracias al método cat friendly (práctica amigable), posteriormente se indujo al paciente con propofol a dosis de 2.2mg/kg y como coadyuvante se utilizó fentanilo 5 μ g/kg y midazolam 0,2mg/kg lo que permitió la

intubación con tubo endotraqueal N° 3 (Figura 6). La anestesia local, se realizó con bloqueo regional del nervio maxilar (Figura N° 7) y nervio mandibular tanto derecho como izquierdo con lidocaína 0,5ml en cada punto de inoculación. El mantenimiento anestésico se realizó con propofol y suministro de oxígeno. El control del paciente durante el procedimiento quirúrgico se realizó con un monitor digital (ANLE CONTEC CMS 08 A COLOR)

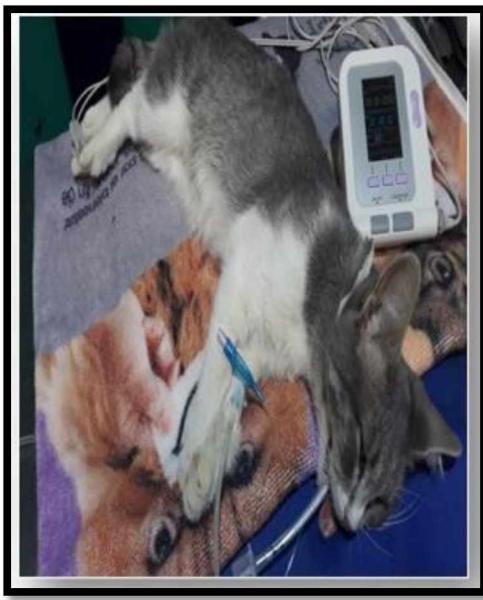


Figura 6: Intubación traqueal.

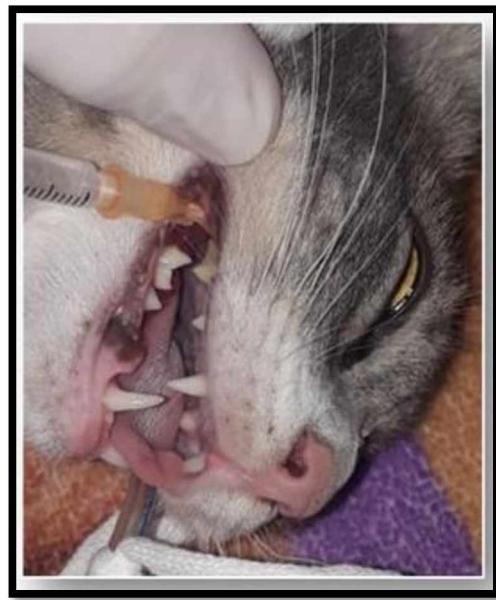


Figura 7: tratamiento de anestesia local

Luego de que el paciente se encontró en el plano anestésico adecuado, se realizó la técnica de extracción cerrada (Figura 8) antes de proceder con el acto quirúrgico se higienizó la cavidad oral con ayuda de un cepillo de dientes y digluconato de clorhexidina al 2%; con bisturí N° 11 se insidió la encía, cuyo objetivo fue crear un colgajo gingival para luego insertar un luxador-elevador entre la raíz y el hueso alveolar en diferentes puntos alrededor del mismo, expandiendo el alveolo a la vez que se seccionaron y estiraron las fibras periodontales hasta que el diente se aflojo y pudo ser extraído (Figuras 9, 10, 11 y 12). Mediante curetaje en dichos alveolos se eliminó tejidos de granulación y se aseguró una hemorragia que permitió la formación de un coágulo adecuado. Se higienizó la cavidad bucal nuevamente con solución de digluconato de clorhexidina al 2% y se procedió a suturar el colgajo gingival con nylon 0,16 mm realizando puntos simples separados (Figura 13). El mismo procedimiento se realizó en todos los dientes.

Como analgesia postquirúrgica se utilizó meloxicam 0,2mg/kg PO cada 24hs durante 4 días, dipirona 25mg/kg EV por única vez y tramadol 3mg/kg PO cada 8 hs durante 4 días.

Antibiótico: amoxicilina más ácido clavulánico 22mg/kg (Rumiclamox 50) PO cada 12hs por 7 días,

Dieta blanda por 10 días (alimento balanceado húmedecido con agua tibia).



Figura 8: Técnica de extracción cerrada.

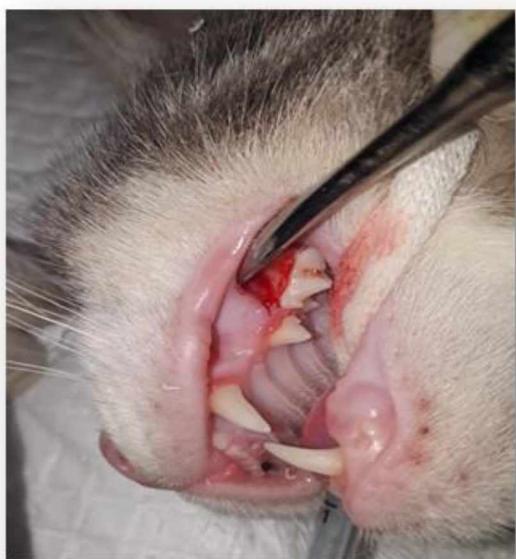


Figura 9: Uso del luxador elevador.



Figura 10: Aflojamiento de la pieza.



Figura 11: Cavidad dentaria



Figura 12: Pieza dental extraída



Figura 13: Sutura de puntos simples.

RESULTADOS

Los resultados de la intervención fueron satisfactorios, ya que al recuperarse de la anestesia no manifestó signos de incomodidad, dolencia y/o agresividad.

En el control físico del paciente a las 48 hs. posteriores al acto quirúrgico se observó mejoría clínica. El propietario manifestó que comenzó a acicalarse, juega con los otros gatos y come el alimento húmedo sin dificultad.

A los 10 días posteriores a la intervención quirúrgica, se lo sometió nuevamente a anestesia general para poder realizar la extracción de los puntos; se observó una buena cicatrización, como así también la cavidad bucal mejoró en su totalidad la coloración y olor; el propietario manifestó que su mascota ya comía el alimento balanceado seco sin ningún inconveniente.

(Figuras 14)

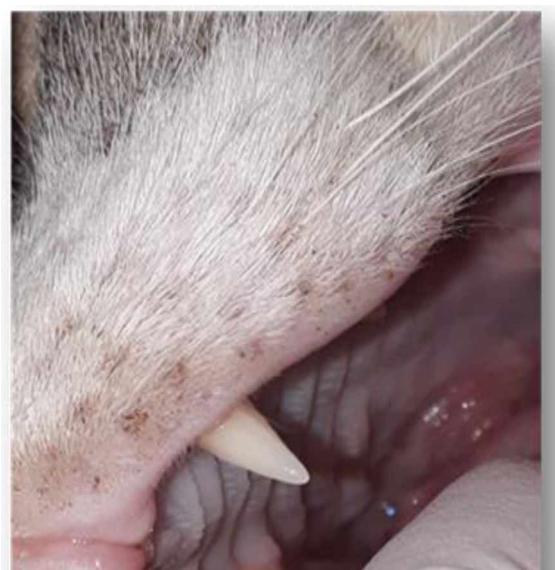


Figura 14: Cavidad bucal con mejoría

DISCUSIÓN

Los resultados fueron satisfactorios, si bien se difirió en partes de las técnicas utilizadas por ciertos autores, los resultados fueron los mismos con una notable mejoría del paciente.

A diferencia de lo citado por Crossley y col. (2013) donde realiza la técnica con una fresa acoplada a una pinza de mano de baja o alta velocidad con irrigación, en nuestro trabajo no se usó la fresa para seccionar los premolares; no se realizaron radiografías, como bien lo indica el mencionado autor, ya que al realizar la sugerencia al propietario, el mismo tuvo diversos inconvenientes en la realización. Los mismos autores también sostienen que la evaluación mediante radiografías orales es de uso cotidiano y muy importante tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de las patologías bucales.

Realizamos anestesia parenteral endovenosa complementada con bloqueo regional de los nervios que inervan dicha región, a diferencia de lo citado por Brook A. y col. 2015 cuyo procedimiento lo lleva a cabo bajo anestesia inhalatoria en conjunto con bloqueos regionales.

En este trabajo se realizó la sutura con nylon 0,16 mm y no como fue citado por Susan E. Little, 2014, donde se realiza la misma con suturas absorbibles.

Así mismo, Harley, 2003, en concordancia con Crossley y col. (2013), citó el uso de diagnóstico complementario como radiografías dentales para asegurar la ausencia de raíces retenidas o remanentes dentales.. En el presente trabajo, como se mencionó anteriormente, no se pudo realizar radiografías pre y post quirúrgico ya que el propietario no contaba con los medios económicos necesarios para llevarlo a cabo.

CONCLUSIÓN

Luego de lo anteriormente expuesto podemos decir que la Odontología Veterinaria está avanzando día a día, ocupando un rol importante en la clínica diaria de las mascotas y en la responsabilidad de sus propietarios. Además del compromiso de los profesionales en seguir capacitándose con respecto a dichos temas.

Se obtuvieron resultados satisfactorios con la técnica cerrada de extracción dentaria de un paciente con afección en premolares y molares, técnica diferente a las habituales y recomendadas para dicho tratamiento.

Este trabajo expone la importancia que tiene el control y el cuidado de la cavidad bucal de los pequeños animales, en este caso los felinos. Además de seguir aprendiendo y mejorando sobre esta rama de la Medicina Veterinaria, sin dejar de crear conciencia en propietarios sobre la prevención y los cuidados dentales, los cuales son fundamentales para la preservación de la salud bucal y general de las mascotas. Esto es imprescindible para concurrir a tiempo a la consulta con el Médico Veterinario de confianza.

BIBLIOGRAFIA

- Ascaso S.R. y col. A.V.E.P.A. Formación continuada. 2014. Descubriendo la cavidad oral.
https://avepa.org/pdf/proceedings/ODONTOLOGIA_PROCEEDINGS2014.pdf.
- Brook A. 2015. WSAVA. Guias dentales de la Asociacion Mundial de veterinarios de Pequeños Animales.
[https://www.wsava.org/WSAVA/media/Documents/Guidelines/WSAVA-Dental-Guidelines-\(Spanish\).pdf](https://www.wsava.org/WSAVA/media/Documents/Guidelines/WSAVA-Dental-Guidelines-(Spanish).pdf)
- Crystal MA. 2000. Gingivitis/ estomatitis/ faringitis. En: El Paciente Felino. Bases del Diagnóstico y Tratamiento. Inter-Médica. Buenos Aires, Argentina. pp. 228-231.
- Crossley D.A. y S. Penman S. 2013. Manual de odontología en pequeños animales. Ediciones S, España.
- DeBowes Linda J. 2008. Transtornos de la cavidad oral. En: Edward J.Hall. James W. Simpson. David A. Williams. 2008. Manual de gastroenterología en pequeños animales. Ediciones S, España.
- Gorrel C. 2010. Odontología de pequeños animales. 1 ed, Elsevier Saunders, España.
- Harley R. 2003. Feline Gingivostomatitis. In: Proceedings of Hill`s European Symposium on Oral Care. Amsterdam, Holanda. 12- 15 march 2003. pp. 34-41.
- Little, Susan E. El gato: medicina clínica y tratamiento. -1^a ed.- Ciudad Autonoma de Buenos Aires: Inter-Médica,2014.
- Sisson S. y J. D. Grossman. 2002. Anatomía de los animales domésticos. Tomo 2. Quinta edición. Editorial Masson S.A. España.