

Autoría

Susana García Pérez de Ayala

Licenciada en veterinaria por la Universidad Complutense de Madrid. Titulada por la *European School of Veterinary Postgraduate Studies* con el grado de *General Practitioner* de Medicina Felina y de Cardiología. Acreditada en Medicina Felina por AVEPA desde 2019.

Miembro del comité científico de GEMFE y coordinadora del comité científico de AMVAC, miembro de AVEPA (Asociación de Veterinarios Españoles de Pequeños Animales), GEMFE (Grupo de Especialistas de Medicina Felina), GECAR (Grupo de Especialistas en Cardiología) de AVEPA, de la ISFM (*International Society of Feline Medicine*) y de AMVAC. Directora de la revista centro veterinario.

Coautora de dos libros de patologías respiratorias en gatos. Autora de artículos y ponente en congresos nacionales y formaciones sobre medicina felina.

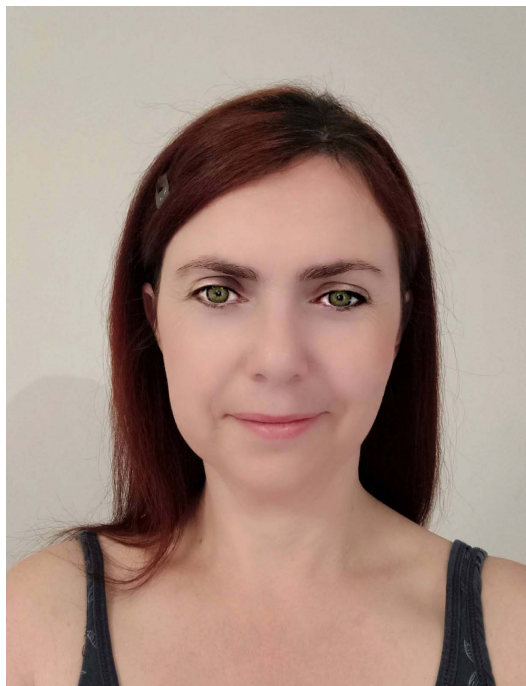
Directora Técnica en la Clínica Veterinaria Moncan-Mivet.

Tania Velasco Rubio

Licenciada en Veterinaria por la Universidad Complutense de Madrid en 2001. Socia fundadora de la Clínica Felina NEKO, especializada en medicina felina, con especial interés en la medicina interna, enfermedades infecciosas y nutrición.

Miembro de AVEPA (Asociación de Veterinarios Españoles de Pequeños Animales), GEMFE (Grupo de Especialistas de Medicina Felina), Grupo de Especialistas en Nutrición de AVEPA y de la ISFM (*International Society of Feline Medicine*). Titulada por la *European School of Veterinary Postgraduate Studies* con el grado de *General Practitioner of Feline Medicine* en 2011 y Acreditada en Medicina Felina por AVEPA desde 2019. Miembro del comité científico de GEMFE.

Ponente en congresos nacionales y diversas formaciones de medicina felina. Fundadora y administradora del grupo de FB sobre Enriquecimiento Ambiental Felino. Colaboración habitual con asociaciones de protección animal.



Sumario

Casos rápidos

| | |
|---|----|
| 1. Anisocoria, deglución forzada, Esperanzo | 2 |
| 2. Anorexia, alteraciones urinarias, Morse | 4 |
| 3. Anorexia, diarrea, Tai Chi | 5 |
| 4. Anorexia, dolor al orinar, Gaspar | 7 |
| 5. Anorexia, dolor, Sam | 8 |
| 6. Anorexia, esfuerzo de vómito, Magoo | 9 |
| 7. Anorexia, masa abdominal, Cañas | 11 |
| 8. Anorexia, poliuria-polidipsia, Sahori | 13 |
| 9. Anorexia, ptialismo, Johana | 15 |
| 10. Anorexia, ptialismo, Maiko | 17 |
| 11. Anorexia, sialorrea, Sami | 18 |
| 12. Anorexia, vómitos, Mia | 19 |
| 13. Caquexia, diarrea sanguinolenta, Iris | 21 |
| 14. Caquexia, <i>shock</i> , gato feral | 22 |
| 15. Diarrea sin respuesta al tratamiento, anorexia, Carrillón | 23 |
| 16. Diarrea, ileo, aerofagia, Moka | 25 |
| 17. Diarreas profusas, Noelia | 27 |
| 18. Disnea, arcadas, Ramsés | 28 |
| 19. Elevación de ambas membranas nictitantes, heces blandas, Bagheera | 29 |
| 20. Estreñimiento, debilidad posterior, Bolita | 30 |
| 21. Estreñimiento, Gatitos | 31 |
| 22. Herida sangrante y prurito, Mortimer | 32 |
| 23. Hiporexia, diarreas, Blanquita | 33 |
| 24. Hiporexia, distensión abdominal, Loles | 35 |
| 25. Hiporexia, ictericia y vómitos, Micky | 37 |
| 26. Hiporexia, úlceras perineales, Luna | 39 |
| 27. Hiporexia, vómitos espumosos, Trini | 40 |
| 28. Jadeo, signos de deglución, Fénix | 42 |
| 29. Masa perineal, alteraciones al defecar, Pelusa | 44 |
| 30. Patas hinchadas, Kandra | 45 |
| 31. Pérdida de peso, diarrea, Michi | 47 |
| 32. Pérdida de peso, lf | 49 |
| 33. Pérdida de peso, mal pelaje y a mechones, Yulin | 50 |
| 34. Pérdida de peso, masa abdominal, Pietro | 52 |
| 35. Protusión moderada bilateral del tercer párpado, Jasper | 54 |
| 36. Rechinar de dientes, distensión abdominal, Nina | 55 |
| 37. Vómito continuo, Chiqui | 57 |
| 38. Vómito crónico de frecuencia progresiva, Atón | 58 |
| 39. Vómito maloliente, Loky | 60 |
| 40. Vómitos agudos, Arya | 61 |
| 41. Vómitos amarillentos, temblores, Iris | 62 |
| 42. Vómitos biliosos, hiporexia, Tommy | 64 |
| 43. Vómitos continuos de baba blanca, Curro | 66 |
| 44. Vómitos crónicos, Sigma | 68 |
| 45. Vómitos de comida digerida y bilis, Nano | 69 |
| 46. Vómitos de comida semidigerida, heces blandas, Puki | 71 |
| 47. Vómitos de comida sin digerir, ruidos al comer, Chuski | 73 |
| 48. Vómitos, distensión abdominal, Microscópica | 74 |
| 49. Vómitos, Mau | 75 |
| 50. Vómitos, náuseas, Lember | 79 |

Anexos

| | |
|---|----|
| Anexo 1. Tabla etiológica: causas de vómito felino | 84 |
| Anexo 2. Caracterización de las diarreas agudas | 86 |
| Anexo 3. Abordaje de la enteropatía crónica en gatos | 87 |
| Anexo 4. Algoritmo: abordaje de la distensión abdominal | 91 |

Casos Rápidos



Caso 1. Anisocoria, deglución forzada, Esperanzo

Se recibe en consulta un gato Común Europeo, macho, esterilizado, de vida interior estricta de aproximadamente 6 años. Sus cuidadores refieren anisocoria leve y gestos marcados de deglución al intentar comer.

Durante la exploración física encontramos una anisocoria moderada, más evidente a oscuras, en la que el ojo derecho presenta un grado moderado de miosis con reflejos pupilares anormales y elevación del tercer párpado, el fondo ocular es normal; se palpa una masa en área submandibular retrofaríngea de consistencia dura, adyacente a ganglios submandibulares; la lengua presenta lateralización hacia la izquierda y cierto grado de edema sublingual (Figura 1), hay ptialismo leve. El resto de la exploración es normal.

Sus resultados analíticos solamente muestran una leve monocitosis y mínima azotemia con la creatinina en 1,9.

Preguntas

1. ¿Qué prueba diagnóstica realizarías a continuación?
2. ¿Qué estrategias terapéuticas existen en esta patología?
3. ¿Qué relación tiene la presentación de anisocoria?

Respuestas

1. Se realizó una punción ecoguiada de la masa retrofaríngea bajo sedación ligera para evitar estrés al paciente. Los resultados de la citología mostraron abundantes restos amorfos compatibles con detritus, un proceso inflamatorio supurativo y una presencia constante de células epiteliales escamosas con criterios evidentes de maduración asincrónica y falso canibalismo, todo ello compatible con carcinoma de células escamosas (CCE) (Figura 2).
2. El CCE oral en gatos se ha intentado con radioterapia, quimioterapia y / o inmunoterapia siendo sus resultados normalmente insuficientes y de corta duración.^{1,2} El tratamiento de elección sería la cirugía pero existen diversas limitaciones, incluyendo la localización sublingual que se produce con frecuencia, la invasión del hueso, la detección tardía y el estadio avanzado del tumor. La escisión quirúrgica

para lograr márgenes quirúrgicos adecuados, o incluso para reseca la enfermedad macroscópica, suele ser limitada dado el pequeño tamaño y la anatomía del cráneo del gato. Además, a diferencia de los perros, los gatos no suelen tolerar una cirugía oral agresiva sin una morbilidad significativa.³

Para decidir si la cirugía era una opción en este gato, se realizó una tomografía computarizada (TC) (Figuras 3 y 4) bajo anestesia unos días después, la cual mostró:

- Masa submandibular derecha con infiltración de múltiples estructuras, comprometiendo de manera importante la vía aérea.
- Nódulo pulmonar sugerente de lesión metastática.
- Linfadenopatía retrofaríngea izquierda, posiblemente metastática.



Figura 1. Infiltración sublingual y desviación de la lengua.

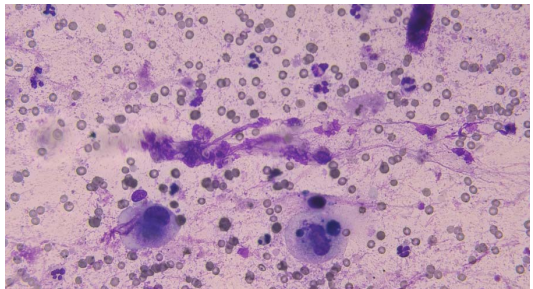


Figura 2. Células epiteliales escamosas. Cortesía de Pablo Cigüenza- Onkos.

Con estos hallazgos, se descartó el abordaje quirúrgico. Se estableció un tratamiento paliativo⁴ con sonda de alimentación esofágica, meloxicam oral cada 24 h y fosfato de Toceranib (Palladia® de Zoetis®) a 2,85 mg/kg tres veces por semana. La evolución fue mala, con un empeoramiento rápido y disnea en pocas semanas, al invadir la masa el área de la glotis (Figura 5), lo cual ocasionó la eutanasia del paciente.

3. La anisocoria se debe a una alteración de la inervación simpática de la pupila (Síndrome de Horner), producida por la compresión de las estructuras en la región del cuello y faringe/laringe.

Referencias

1. Sabhlok A, Ayl R. *Palliative radiation therapy outcomes for cats with oral squamous cell carcinoma (1999-2005)*. *Vet Radiol Ultrasound*. 2014;55(5):565-570. doi:10.1111/vru.12157
2. Soltero-Rivera MM, Krick EL, Reiter AM, Brown DC, Lewis JR. *Prevalence of regional and distant metastasis in cats with advanced oral squamous cell carcinoma: 49 cases (2005-2011)*. *J Feline Med Surg*. 2014;16(2):164-169. doi:10.1177/1098612X13502975
3. Northrup NC, Selting KA, Rassnick KM, et al. *Outcomes of cats with oral tumors treated with mandibulectomy: 42 cases*. *J Am Anim Hosp Assoc*. 2006;42(5):350-360. doi:10.5326/0420350
4. Wiles V, Hohenhaus A, Lamb K, Zaidi B, Camps-Palau M, Leibman N. *Retrospective evaluation of toceranib phosphate (Palladia) in cats with oral squamous cell carcinoma*. *J Feline Med Surg*. 2017;19(2):185-193. doi:10.1177/1098612X15622237

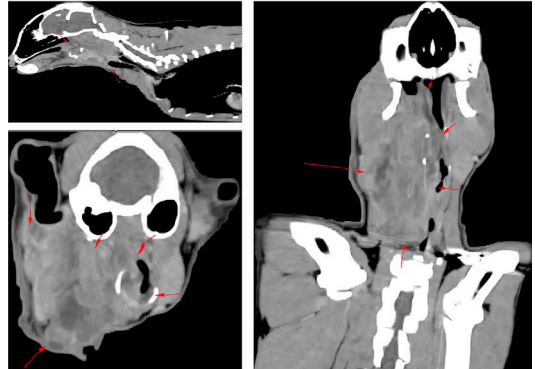


Figura 3. Masa con densidad y realce postcontraste muy heterogéneos, con márgenes muy mal delimitados, de unos 5 cm de longitud x 3,5 cm de ancho, localizada en la parte ventral derecha de la cabeza, infiltrando las glándulas salivares parotídea, mandibular y sublingual derechas, los linfonodos retrofaringeo y mandibular derechos, la musculatura local, la laringe y faringe, con estenosis grave de la vía respiratoria.

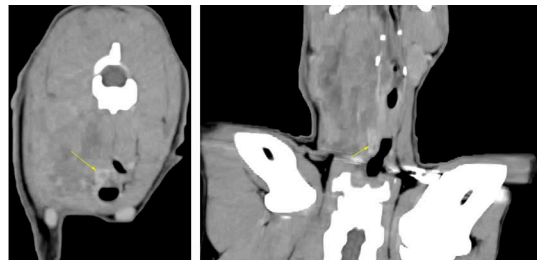


Figura 4. El lóbulo derecho de la tiroides está también infiltrado, con aumento de tamaño y realce postcontraste heterogéneo (flechas amarillas).

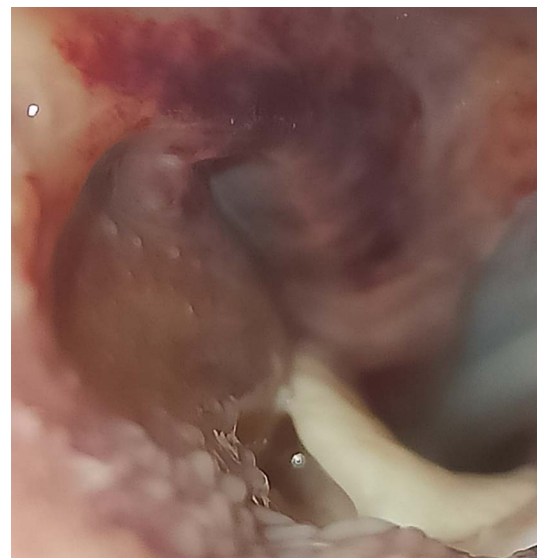


Figura 5. Invasión de glotis por la neoplasia.

Caso 2. Anorexia, alteraciones urinarias, Morse

Gato de 8 años, de interior, obeso, vacunado, desparasitado y con historial de alteraciones urinarias con cristaluria. Se presenta en consulta porque ha perdido peso y ha dejado de comer. Además, lleva varios días sin defecar y le encuentran muy decaído.

La exploración física muestra deshidratación moderada, BCS 7/9 e ictericia (Figura 6). En la ecografía abdominal se observa hepatopatía difusa con aumento de la ecogenicidad.

Análítica: anemia normocítica, normocrómica, no regenerativa. GPT:321 CREA:1.9 FA:>1183 GGT:44 TBil:9.8 Glu:290 Alb:1.9 Na:138 K:3.2 Cl:106. Ambos compatibles con lipidosis hepática (LH).

Preguntas

1. ¿Cuál sería el tratamiento más adecuado?
2. ¿Qué pronóstico presenta este paciente?
3. ¿Cuál ha podido ser la causa del desarrollo de LH?

Respuestas

1. El tratamiento más adecuado sería:
 - Anestesia y colocación de tubo de esofagotomía
 - Hospitalización para fluidoterapia y corrección de alteraciones electrolíticas.
 - Tratamiento médico:
 - a. Maropitant a 1 mg/kg/24 h
 - b. Omeprazol a 0,7 mg/kg/12 h
 - c. Vitamina K1 a 0,5 mg/kg/24 h 2 dosis
 - d. Metronidazol a 10 mg/kg/12 h
 - e. Amoxicilina a 22 mg/kg/12 h

- f. N-acetilcisteína a 70 mg/kg/12 h
- g. Micralax® (Citrato / lauril sulfacetato de sodio) intrarectal o Duphalac® a 400 mg/kg por sonda
- h. Mirtazapina pomada a 2 mg/24 h

- Realimentación por sonda (Figuras 7 y 8):
 - Cálculo del RER: $30 \times \text{peso} + 70 \text{ Kcal por día}$
 - Administrar dieta rica en proteínas con densidad calórica elevada (a/d Hill's®, Recovery®, Convalescence®) empezando por un 25% del RER el primer día e ir elevando progresivamente controlando la aparición de síndrome de realimentación. Se administra la misma cantidad de agua al día que se puede utilizar también para limpiar la sonda después de cada administración.
 - Transfusión de albúmina o plasma si es necesario, en caso de hipoalbuminemia o alteraciones de la coagulación (petequias, equimosis, CID).

2. El pronóstico es reservado aún actuando rápidamente ya que se desarrolla una insuficiencia hepática grave. Cuanto más precoz sea el diagnóstico y el tratamiento dietético, más favorable es el pronóstico, recuperándose un 85% de los casos afectados. Por el contrario, si el gato no recibe un tratamiento dietético agresivo o el diagnóstico es tardío, el índice de mortalidad alcanza el 90%.
3. La LH puede ser:

- Primaria: lipidosis hepática idiopática felina.
- Secundaria: diabetes mellitus, pancreatitis, enfermedad inflamatoria crónica intestinal (IBD), neoplasia (ej: linfoma intestinal), otras hepatopatías (ej: colangiohepatitis), enfermedad periodontal, cambios de dieta, estreñimiento, estrés. Los estudios de incidencia demuestran que en más del 85% de los gatos la LH es secundaria y el desencadenante es un periodo de anorexia previo.



Figura 6 Suero icterico.

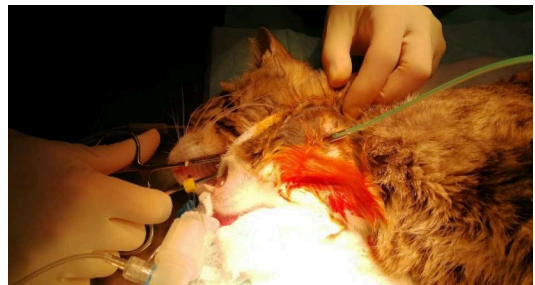


Figura 7. Colocación de sonda de de alimentación esofágica.



Figura 8. Radiografía torácica laterolateral derecha para comprobar la correcta colocación de la sonda de alimentación.

Caso 3. Anorexia, diarrea, Tai Chi

Traen a consulta a un gatito macho, de 2 meses porque se encuentra decaído, no come y ha tenido una diarrea. Recogido de la calle y después de 15 días se hizo una primera prueba de FeLV-FIV con resultado negativo.

A la exploración física se observa decaimiento, mucosas levemente pálidas, T^a rectal 39,8°, palpación abdominal con presencia de líquido en asas intestinales.

Preguntas

1. ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales más probables?
2. ¿Cómo debemos actuar con este paciente?
3. ¿Cuáles son las pruebas que debemos realizar y qué tratamiento instauramos?



Figura 9. Ataxia cerebelar en gato adulto como secuela de la panleucopenia felina.



Figura 10. Gatito con ataxia después de recuperarse de panleucopenia felina.