

PIOGRANULOMA ESTÉRIL IDIOPÁTICO CANINO.

X. Font | Clínica Veterinaria Bestiari
G. Solà | Súria, 4
08240 Manresa

RESUMEN.

En este artículo se presenta un caso clínico de piogranuloma estéril idiopático en un perro, macho, de raza Rottweiler, de seis años de edad, con múltiples nódulos quísticos, ulcerados y sangrantes a nivel perianal, prepucial y del labio inferior. Se discute acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Palabras clave: Piogranuloma; Estéril; Idiopático.

INTRODUCCIÓN.

La mayoría de las lesiones granulomatosas o piogranulomatosas de la piel tienen apariencia clínica de nódulos, placas o pápulas solitarias o múltiples, localizadas o generalizadas que pueden presentarse de forma ulcerada o alopecica y de tamaños que varían del milímetro al centímetro de diámetro. La diversidad de presentaciones hace difícil la diferenciación con las neoplasias cutáneas.

La etiología puede ser de origen bacteriano (*Staphylococcus* sp., *Nocardia* sp., *Actinomyces* sp., *Mycobacterium* sp.), fúngico (*Sporothricosis*, *Faeohifomicosis*, etc.), y por otros agentes infecciosos (*Prototheca*, *Dirofilaria immitis*, *Leishmania*). Las causas no infecciosas incluyen cuerpos extraños endógenos (pelo, sebo, queratina, calcio, uratos), exógenos (material vegetal, suturas, insectos) y el síndrome del piogranuloma/granuloma estéril idiopático canino.

El PEIC es un síndrome poco frecuente en el perro y descrito raramente en el gato. No existe predisposición de edad, es más frecuente en machos y las razas con mayor incidencia son: Collie, Boxer, Gran danés, Weimaraner, Bulldog inglés, Doberman Pinscher, Dachshund y Golden retriever.⁽²⁾

La presentación típica son nódulos, placas o pápulas, de consistencia firme, dolorosas, apruríticas que evolucionan a lesiones ulceradas y alopecicas. La contaminación bacteriana secundaria es frecuente. Preferentemente

ABSTRACT.

In this paper we present a case report of idiopathic sterile pyogranuloma, on a six year-old, male, Rottweiler dog, with multiple haemorrhagic, cystic, ulcerated nodules on the lower lip, prepuce, and perineum. We describe the clinical findings, diagnosis and therapeutical approach.

Key words: Pyogranuloma; Sterile; Idiopathic.

se localizan en la cabeza (región periocular, puente nasal y pabellón auricular) y en las almohadillas plantares que debido a su localización anatómica y a la elevada susceptibilidad al traumatismo se complican secundariamente con infecciones bacterianas dando lugar a úlceras y trayectos de drenaje exudativo. Otras zonas afectadas con menor incidencia son el tronco, los genitales y las extremidades. En un 31% de los casos existe linfadenopatía regional.⁽¹⁾

La Patogenia y etiología del PEIC son desconocidas. La apariencia histológica de inflamación granulomatosa, la ausencia de agentes microbianos o cuerpos extraños y la respuesta favorable a los glucocorticoides sistémicos, sugieren una patogenia inmunomediada.

El diagnóstico definitivo se basa en la historia, examen físico, cultivos y biopsia. El análisis histopatológico muestra una dermatitis nodular o difusa, piogranulomatosa o granulomatosa. El infiltrado de células inflamatorias se localiza en los trayectos de los folículos pilosos formando granulomas orientados verticalmente (en forma de «salchicha») sin invadir el epitelio folicular. El tipo de células que predominan son histiocitos, células plasmáticas, linfocitos, ocasionalmente células gigantes histiocíticas multinucleadas y gran cantidad de neutrófilos si la inflamación es piogranulomatosa. Aunque la presentación clínica y los cultivos estériles sugieren el PEIC, el examen histopatológico confirma el diag-

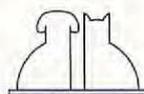




Fig. 1. Nódulo quístico, ulcerado de 2 cm de diámetro, extirpado de la zona perilabial.



Fig. 2. Imagen de los múltiples nódulos existentes a nivel del prepucio.



Fig. 3. Aspecto de la zona perianal. Obsérvese la presencia de exudado purulento indicativo de infección secundaria.

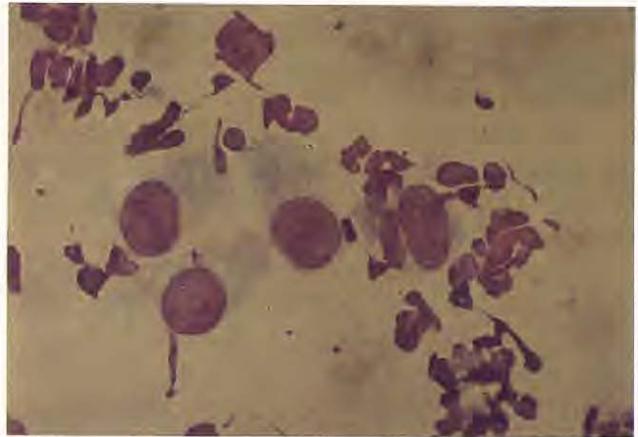


Fig. 4. Imagen citológica de un nódulo perianal. Obsérvese la presencia de células con apariencia de macrófagos, neutrófilos y ausencia de bacterias.

nóstico. La observación de infiltrado inflamatorio en forma de salchichas verticales que siguen la dirección de los folículos pilosos es patognomónica.^(4, 5, 6, 7)

El tratamiento consiste en dosis inmunosupresoras de glucocorticoides (prednisona 2,2-4,4 mg/kg/día). El tratamiento se continúa hasta la remisión de los signos clínicos (normalmente de 7 a 14 días), disminuyendo entonces la dosis gradualmente. La respuesta es rápida, aunque en un 60% de los casos se requieren dosis a días alternos durante un largo período de tiempo.⁽²⁾ Los pacientes que no responden a esta terapia o que son refractarios después de varios períodos de remisión, se tratan con *azatioprina* oral a dosis de 2,2 mg/kg/día hasta la remisión y luego a días alternos. La administración oral de *yodu-*

ro sódico inorgánico ha sido efectiva en algunos casos. La extirpación quirúrgica de lesiones solitarias suele ser curativa. Se han descrito resoluciones espontáneas a los 9 meses en el gato.⁽³⁾

CASO CLÍNICO.

Se presenta a nuestra consulta un perro de raza Rottweiler, macho, de seis años de edad. El animal había sido tratado previamente por otro veterinario con amoxicilina durante 30 días. El perro había realizado una monta hacía un mes y medio.

El animal presentaba múltiples nódulos quísticos ulcerados y sangrantes a nivel perineal, prepucial y en el labio inferior. La zona más afectada era la perianal.

La historia de una monta previa y la localización de las lesiones nos hizo sospechar inicialmente de TVT (tumor venéreo transmisible).

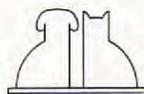




Fig. 5. Resolución completa de las lesiones al mes de instaurar el tratamiento.

Realizamos una punción con aguja fina en la zona perianal. En el examen citológico se observan neutrófilos, un gran número de células con apariencia de macrófagos y ausencia de bacterias, lo que nos indica una inflamación de carácter crónico. Dicha citología descarta la posibilidad de TVT.

Decidimos entonces realizar la extirpación quirúrgica de uno de los nódulos labiales, para realizar su examen histopatológico.

Se instauró provisionalmente un tratamiento a base de amoxicilina y ácido clavulánico, para evitar infecciones secundarias.

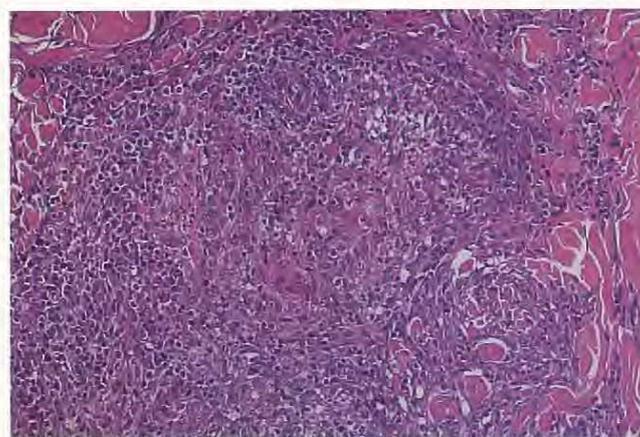
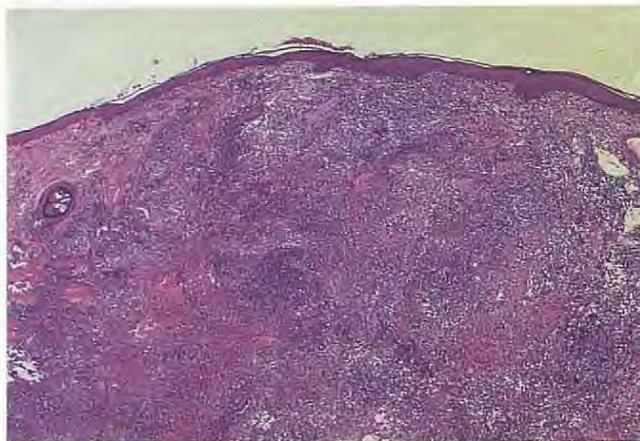
El examen histopatológico, realizado por el departamento de Histología y Anatomía Patológica de la Facultad de Veterinaria de la UAB, confirma el diagnóstico de una inflamación granulomatosa.

Para determinar el origen de la inflamación, se realizó:

- Tinción de PAS (hongos).
- Tinción de Ziehl-Neelsen (micobacterias).
- IPI de Leishmanias.
- Punción de médula ósea.

Todos los resultados fueron negativos, confirmando el diagnóstico definitivo de piogranuloma estéril idiopático canino.

Se instauró inicialmente un tratamiento con prednisona a dosis de 2,2 mg/kg/día 15 días. Transcurrido este tiempo, se reexamina al animal observándose una importante remisión del proceso. Se disminuye la dosis a 1 mg/kg/día y a los 15 días observamos que las lesiones han desaparecido casi totalmente. Para conseguir la remisión completa instauramos 15 días más de tratamiento a días alternos.

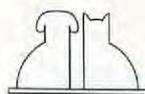


Figs. 6-7. Imágenes histológicas de múltiples granulomas en la dermis superficial y profunda, con abundantes macrófagos con el citoplasma vacuolizado, linfocitos y células plasmáticas (imagen cedida por el Departamento de Anatomía Patológica de la UAB).

El PEIC a pesar de ser un síndrome poco frecuente, debe incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones granulomatosas, y aunque no existe ninguna prueba específica para su diagnóstico, éste queda confirmado por exclusión cuando no se puede encontrar ningún agente infeccioso responsable del proceso.

Aunque la localización típica del PEIC es la cabeza y las almohadillas plantares, y ocasionalmente se describe en el tronco, genitales y extremidades, en nuestro paciente las lesiones más significativas se encontraban en la región perianal. Dicha localización no está descrita en la bibliografía.

La extirpación quirúrgica de lesiones solitarias suele ser curativa, pero en nuestro caso debido a la localización y al elevado número de lesiones optamos por el tratamiento sistémico a base de corticosteroides, que fue resolutivo en un período de unos treinta días. Hasta el momento actual el perro se encuentra en perfectas condiciones, sin signos de recidiva del proceso.



BIBLIOGRAFÍA.

1. Scott, D.W., Miller, W.H., Panich, R. Síndrome de piogranuloma/granuloma estéril canino. En: *Selecciones veterinarias*. Vol. 1, n.º 0. 9-12, 1995.
2. Rada Panic, Sterile pyogranulomatous and granulomatous disorders of dogs and cats. En: Kirk, R.W. *Current Veterinary Therapy XI. Small Animal Practice*. W.B. Saunders Co. 536-539, 1992.
3. Scott, D.W., Miller, W.H., Griffin, C.E. En: *Small Animal Dermatology*. 5ª edición. W.B. Saunders Co. 913-917, 1995.
4. Cowell, R.L., Tyler, R.D. Cytology of cutaneous lesions. *The Veterinary Clinics of North America. Small Animal Practice*. Vol 19: 4. Saunders Co. 776-794, July 1989.
5. Reppas G., Canfield P., Citología diagnóstica de lesiones cutáneas en el perro y el gato. *Veterinary International*. Vol 7 n.º 1. 18-30, 1995.
6. Perman V., Alsaker R.D., Riis R.C. Chronic granulomatous inflammatory lesions. En: *Cytology of the dog and cat AAHA. American Animal Hospital Association*. 40-41, 1979.
7. Rebar, A.H., Citologic Appearance of Inflammatory lesions. En: *Handbook of Veterinary Cytology*. Ralston Purina Co. 23-25, 1987.
8. Orell, S.R., Sterrett, G.F., Walters, M.N., Whitaker, D. *Manual and Atlas of fine needle aspiration cytology* Churchill Livingstone. 2nd Edition, 1992.

ELECTROCARDIOGRAMA DEL TRIMESTRE.



E.Ynaraja Ramírez. Clínica San Francisco de Asís. c/Puenteáreas, 13. 28002-Madrid.
Servicio de Cardiología del Departamento de Patología Animal II. Facultad de Veterinaria de Madrid.

CASO CLÍNICO.

Se presenta en la consulta un Pastor alemán, macho, de 8 años de edad.

Desde hace 6 meses ha disminuido su nivel de ejercicio físico y está constantemente «cansado», no presenta toses o disnea, pero hace 2 meses tuvo un cuadro convulsivo de unos 30 segundos de duración con contracciones tónico-clónicas, pérdida de consciencia y relajación de esfínteres.

Se repitieron los episodios a razón de uno semanal y se diagnosticó un cuadro de epilepsia, instaurándose una medicación con fenobarbital a dosis de 5,0 mg/kg/12 horas por vía oral para tratarlo.

Los episodios convulsivos se mantienen con una frecuencia aproximadamente semanal.

EXPLORACIÓN CLÍNICA.

Se aprecia un soplo sistólico-diastólico principalmente mitral de grado IV/VI y estertores húmedos crepitantes en los campos pulmonares caudales.

Se realiza un ECG en derivación II, con velocidad de 50 mm/s y con una sensibilidad de 1 cm = 1 mV. (Véase trazado).

INTERPRETACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA.

El valor del eje cardíaco, según el estudio de las demás derivaciones, es de +30°; este valor indica

la existencia de un leve eje, aunque su desviación con respecto a los valores normales en el perro es bastante discreta.

La frecuencia cardíaca es de 160 lpm y el ritmo es irregularmente irregular; los intervalos entre dos ondas R consecutivas no son iguales y no hay un patrón constante que permita predecir cuándo se producirá el siguiente complejo QRS, ni si el siguiente intervalo R-R será igual al precedente, de menor a mayor duración.

El análisis de las ondas P de activación auricular no permite detectar ondas P de morfología normal, tan sólo se aprecia una discreta ondulación de la línea isoelectrica. Estas ondulaciones de la línea isoelectrica se interpretan como ondas f^(8, 9).

El análisis de los complejos QRS permite detectar varias anomalías: duración de los complejos de 0,06 segundos, alternancia eléctrica con variaciones constantes de la amplitud (altura, indicada en milivoltios) de las ondas R y, además, un segmento ST deprimido por debajo de la línea isoelectrica.

La conclusión de estos datos electrocardiográficos es que el trazado se corresponde con una fibrilación auricular.

DISCUSIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA.

La fibrilación auricular puede ser de ondas «grandes» o de ondas «pequeñas», siendo este último caso el que presentamos. En estas situaciones, el ritmo ventricular es irregular, pero más

