

DERMATOLOGÍA

MASTOCITOSIS CUTÁNEA EN UN LABRADOR RETRIEVER

L. Ordeix¹ F. Scarpella¹ G. Romanelli²

¹ Studio Dermatologico Veterinario ² Clinica Veterinaria Nerviano

Caso clínico

Introducción

En medicina veterinaria, las mastocitosis son, a excepción del mastocitoma, condiciones poco frecuentes. Existen distintas formas clínicas clasificadas en mastocitosis cutáneas (dermis) o sistémicas (bazo, hígado, médula ósea, linfonodos y órganos del sistema gastrointestinal). En el perro, la mastocitosis sistémica se ha descrito principalmente asociada a una diseminación de un mastocitoma cutáneo, aunque en raras ocasiones se ha documentado en pacientes sin lesiones cutáneas. Existen distintas manifestaciones clínicas de las mastocitosis cutáneas en el perro. El mastocitoma cutáneo, neoplasia que puede ser solitaria o multicéntrica (10-15% de los casos), es un nódulo alopecico e eritematoso. Se ha descrito en el gato de raza Sphinx y raramente en el perro una mastocitosis cutánea caracterizada por la presencia de pápulas y placas ampliamente distribuidas parecida a la urticaria pigmentosa descrita en medicina humana. La respuesta positiva a los antihistamínicos y la regresión espontánea observada, sugiere que la urticaria pigmentosa es una respuesta hiperplásica hacia un estímulo más que una entidad neoplásica. A continuación se describe el cuadro clínico-patológico, la terapia y la evolución en un perro con mastocitosis cutánea.

Se presentó a la visita dermatológica una perra de raza Labrador Retriever de 1,3 años de edad con un problema cutáneo moderadamente pruriginoso de un año de evolución. Al examen dermatológico se observó la presencia de pápulas múltiples algunas con coalescencia a placa y nódulos dérmicos alopecicos

y eritematosos, algunos con la superficie erosiva y costrosa, en el tronco y extremidades. La consistencia de las lesiones era blanda. Con la misma distribución se observaron áreas múltiples de alopecia completa. Se realizó un examen citológico del material obtenido mediante aspiración con aguja fina de distintos nódulos en el que se observó la presencia de una población de células redondas caracterizadas por la presencia de numerosos gránulos en el citoplasma. Se realizaron biopsias cutáneas de distintas lesiones nodulares mediante una técnica excisional. El examen dermatopatológico mostró un infiltrado denso en la dermis superficial y profunda constituido por células mononucleares con numerosos gránulos intracitoplasmáticos basofílicos. La tinción especial azul de Toluidina reveló que el infiltrado mononuclear estaba prevalentemente constituido por mastocitos con gránulos intracitoplasmáticos metacromáticos. Se realizaron pruebas adicionales con el objetivo de evidenciar una diseminación sistémica mastocitaria. El hemograma no reveló ninguna alteración y no se observaron mastocitos en el frotis sanguíneo. Se realizó un examen ecográfico abdominal en el que los órganos y estructuras abdominales aparecían normales. El examen citológico del material obtenido del bazo, hígado, linfonodos y médula ósea no reveló la presencia de mastocitos.

El paciente fue tratado con cetirizina (1mg/kg q24) sin observarse ninguna respuesta. La terapia oral con prednisona (1mg/kg q24) asociada a cimetidina (6mg/kg q8) causó una mejoría substancial del cuadro clínico en 15 días. Se disminuyó la dosis y la frecuencia

de administración de la prednisona hasta su completa suspensión en dos meses. La administración de la cimetidina (posología idéntica) fue mantenida durante todo el periodo. La respuesta clínica a la terapia, si bien positiva no fue completa. El cuadro clínico fue en remisión completa de manera espontánea durante los meses invernales. Durante la primavera sucesiva se observó una recaída de la mastocitosis cutánea, si bien el cuadro clínico fue de menor entidad. Se trató al paciente con prednisona oral (1mg/kg q24) y oxatomida (0,5mg/kg q24) observándose una respuesta clínica favorable.

Discusión

En este caso se realizó un diagnóstico de mastocitosis cutánea en base a la presencia de lesiones nodulares múltiples y difusas constituidas por mastocitos bien diferenciados aparentemente limitadas a la piel. La falta de alteraciones macroscópicas y citológicas en órganos internos sugieren una ausencia de progresión sistémica de la enfermedad.

La edad del perro, la respuesta favorable al tratamiento con la prednisona y la resolución espontánea del cuadro clínico sugiere una respuesta mastocitaria de carácter hiperplásico más que neoplásico. La recidiva de las lesiones en el periodo primaveral sugiere a los alérgenos ambientales estacionales (pólenes) como posibles estímulos de la respuesta mastocitaria hiperplásica.

Bibliografía en Libro de Ponencias y Comunicaciones 42 Congreso Nacional AVEPA