

Dermatitis atópica canina-like: Un caso clínico

Los pacientes atópicos suelen producir IgE frente a alérgenos ambientales. Pero en algunos pacientes, a pesar de presentar un cuadro clínico alérgico característico, no es posible detectar elevación de las IgE. En estos casos, la enfermedad se denomina dermatitis similar a la atópica, atopic-like dermatitis en inglés (ALD). En medicina humana este proceso toma el nombre de dermatitis atópica intrínseca (DAI). Los pacientes con ALD presentan resultados negativos en las pruebas de alergia, tanto en pruebas serológicas como en intradérmicas. En este caso clínico se describen los pasos para realizar el diagnóstico de ALD.

Anamnesis

Rocky es un Bulldog inglés macho de 2 años y 25 kg con una historia recurrente de otitis, prurito, y dermatitis generalizada desde hace 6 meses. Vive en un apartamento sin más

animales. Está activo y atento, come y bebe de forma normal, sus deposiciones son de consistencia adecuada y defeca de 2 a 3 veces al día.

En el momento de la consulta estaba recibiendo una dieta de eliminación a base de carne de caballo y patatas sin haberse observado ninguna mejoría. Anteriormente había recibido alimentos con cerdo, vacuno, cordero, arroz, zanahorias, verduras etc. La intensidad del prurito sin medicación era de 8/10 y con tratamiento 2-4/10 según PVAS (escala analógica visual de prurito) (Fig.1 en página 2).

Rocky recibía, desde el inicio del proceso, el siguiente tratamiento: prednisolona 12,5mg (0,5 mg / kg) cada 24h, limpieza ótica semanal, baños semanales con champú de clorhexidina o Malaseb® y Bravecto® (Fluralaner) cada 3 meses como profilaxis frente a ectoparásitos. El propietario no quería continuar con el tratamiento con prednisolona.



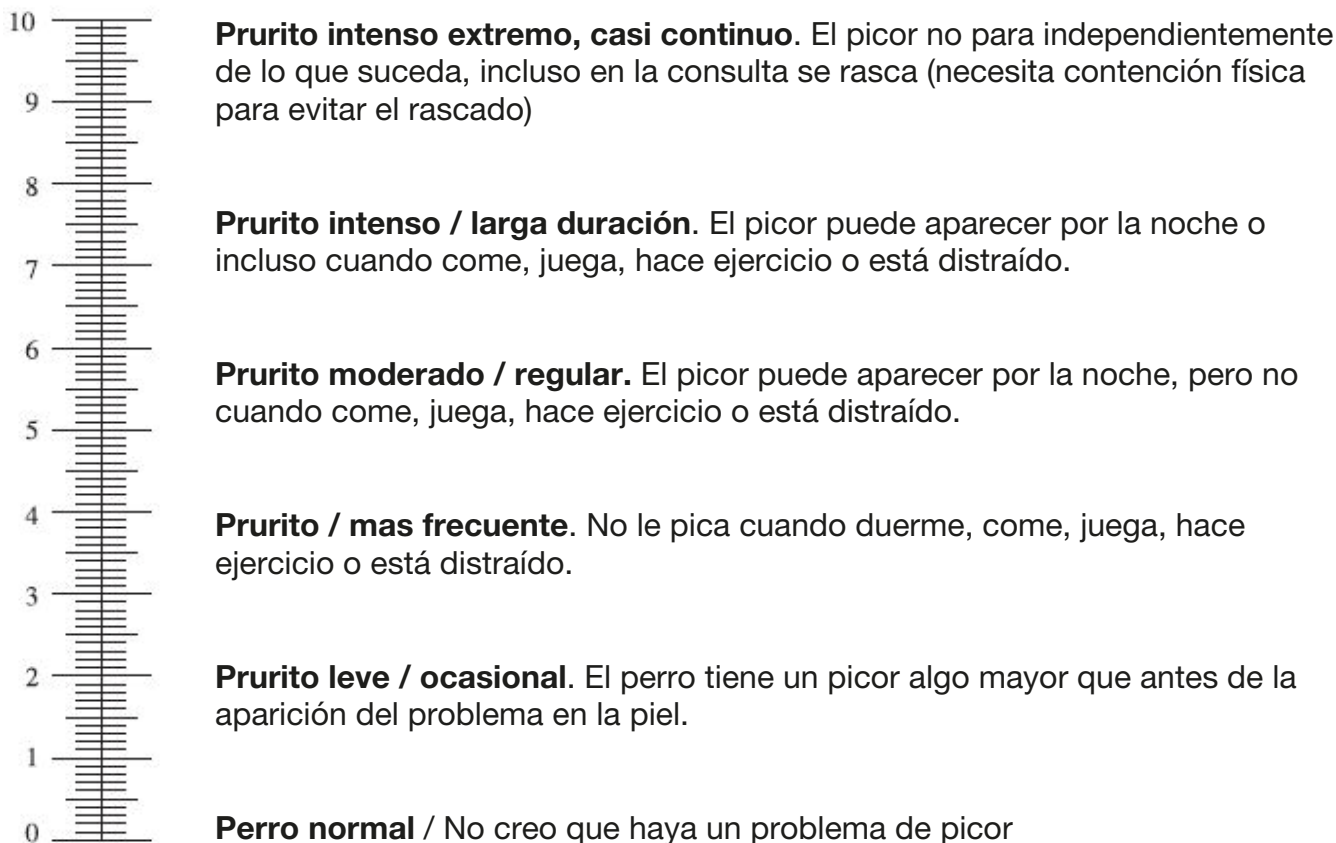


Fig. 1.- Escala visual analógica de prurito en el perro (PVAS)
 Rybníček J, et al. Further validation of a pruritus severity scale for use in dogs. *Vet Dermatol.* 2009;20(2):115-22.

Examen dermatológico

El examen dermatológico evidenció la presencia de eritema de leve a moderado en hocico, axilas y abdomen. Los espacios interdigitales e interalmohadillares de las manos presentaban moderada dermatitis eritematosa y exudativa. Entre los dedos 3 y 4 de las manos se apreciaba ligera alopecia con moderada dermatitis eritematosa. En la zona plantar de los pies se apreciaba leve eritema. La cara interna de los pabellones auriculares, así como la entrada de los conductos auditivos mostraban eritema. A la otoscopia, ambos conductos auditivos se encontraban moderadamente eritematosos y estenóticos. El tímpano solo era parcialmente visible.

En 2010 se publican los criterios de Favrot para el diagnóstico clínico de la dermatitis atópica canina que demuestran una buena especificidad y sensibilidad. Estos criterios se basan en la historia clínica y el examen dermatológico del animal e incluyen:

- Aparición de los primeros signos clínicos antes de los 3 años de edad
- Animal de vida principalmente en interior

- Prurito que responde a los glucocorticoides
- Prurito primario, sin lesiones al inicio del proceso (prurito sine materia)
- Infecciones secundarias crónicas o recurrentes (por *Malassezia* o bacterias)
- Otitis externa crónica o recurrente
- Afección de manos, axilas y pabellones auriculares.
- No afección de los bordes de las orejas,
- No afección dorso-lumbar.

Rocky cumplía la mayoría de los criterios.

Pruebas diagnósticas

Citología

Se tomaron muestras por impronta de hocico, axilas y abdomen sin observarse la presencia de bacterias o *Malassezia*. La citología óptica reveló la presencia de neutrófilos y bacterias cocoides en cantidad moderada.

Se muestreó con cinta de celofán los espacios interdigitales e interalmohadillares, observándose presencia de *Malassezia* en las manos.

En pacientes con prurito crónico, la sarna sarcóptica es uno de los diagnósticos

diferenciales. Pero al recibir Rocky de forma regular Bravecto® no se realizaron otras pruebas diagnósticas (raspado superficial).

Principal sospecha diagnóstica

Pododermatitis recurrente por Malassezia y otitis externa bacteriana bilateral, probablemente secundarias a enfermedad alérgica (dermatitis atópica y/o alergia alimentaria).

Plan diagnóstico y terapéutico

Se inició tratamiento de la pododermatitis por Malassezia con baños con champú Malaseb® y de la otitis externa con Aurizon® (marbofloxacino, clotrimazol y dexametasona) a diario durante 14 días.

Una dieta de eliminación es la prueba estándar para el diagnóstico de alergia alimentaria. Rocky no respondía a la dieta de eliminación a base de carne de caballo y patata que recibía. Aunque la dieta solo incluía una fuente proteica, en principio novel para Rocky, y una fuente de carbohidratos, podría existir un problema de reacción cruzada entre los ingredientes del pienso o errores de la dieta (como lamer platos, comer alimentos presentes en el suelo, o la administración de alimentos por otras personas). Por ello se propuso realizar una segunda prueba de eliminación exclusivamente con pienso hidrolizado (Anallergenic® de Royal Canin) durante 8 semanas.

La administración de prednisolona se fue reduciendo desde la cuarta semana de la dieta de eliminación (la primera semana cada dos días, la segunda semana cada tres días) hasta interrumpirla posteriormente. En esta ocasión, tampoco se observa la resolución de los signos clínicos con la nueva dieta, por lo que se estima descartar la alergia alimentaria y se realiza una prueba serológica frente a alérgenos ambientales.

Pruebas de alérgenos ambientales

Las pruebas serológicas de alérgenos son un método fiable de identificación de los alérgenos ambientales, para la formulación de la inmunoterapia alérgeno específica (ASIT). Los ácaros del polvo y del

almacenamiento, y los pólenes de gramíneas, hierbas y árboles son los alérgenos ambientales más comunes. Pero existen otros alérgenos como esporas de hongos, diferentes epitelios o plumas de animales que pueden producir también dermatitis atópica.

Antes de realizar una prueba de alérgenos, el paciente debe mantenerse sin recibir al menos durante 12 semanas corticoides inyectables depot, 6-8 semanas corticoides orales y 2-4 semanas en el caso de formulaciones tópicas con corticoides (gotas óticas, cremas, sprays).

Para controlar los signos de alergia tras la retirada de la prednisolona y la dieta de eliminación, se administró al paciente Lokivetmab (Cytoint®) cada 4 semanas. Según la literatura, Lokivetmab no influye en los resultados de las pruebas de alérgenos. A los 4 meses de la retirada de la prednisolona, se realizaron a Rocky las pruebas serológicas frente a alérgenos anuales, estacionales, epitelios y plumas de animales. Los resultados de todas las pruebas fueron negativos. En los animales con un diagnóstico clínico de dermatitis atópica y resultados negativos en un tipo de test de alergia (serología o prueba intradérmica), está indicado realizar la otra metodología. La prueba intradérmica en Rocky resultó igualmente negativa.

Diagnóstico

Dermatitis similar a la atópica (ALD) o dermatitis atópica intrínseca.

Tratamiento

La identificación de las IgE alérgeno específicas no es posible en el caso de ALD, por lo que no se puede diseñar una ASIT para estos pacientes. En estos casos es necesario la administración de una terapia activa y proactiva contra el prurito con medicamentos como prednisolona, Apoquel® (oclacitinib), Ciclosporina o Cytoint®. Rocky fue tratado con Apoquel® 16 mg 3/4 de comprimido cada 24h (durante los primeros 14 días, la dosis se administró cada 12h). Se aplicó 1ml de Cortavance® spray (aceponato de hidrocortisona) semanal en ambos oídos y también en la piel como terapia proactiva.

Aunque la posible atrofia de la piel con Cortavance® es menos probable que con otros corticoides, esto debe ser controlado regularmente.

Se prescribió adicionalmente champuterapia 1-2 veces por semana y Bravecto® cada 3 meses.

Para reforzar la barrera cutánea, se aplicaron ácidos grasos esenciales (AGE) tópicos intercalados con los baños. El nivel de prurito con el tratamiento se mantiene en niveles normales entre 1-3 sobre 10. Se realizan revisiones periódicas al menos cada 3 meses para valoración de la enfermedad, la medicación y controlar la no aparición de infecciones secundarias.

Discusión

La ALD es una enfermedad pruriginosa inflamatoria de la piel con los mismos signos clínicos que la dermatitis atópica, pero en la que no se identifican IgE específicas frente a alérgenos ambientales y la IDR resulta también negativa.

Este proceso se conoce en medicina humana desde hace tiempo y se diferencia entre dermatitis atópica intrínseca (DAI) y dermatitis atópica extrínseca (DAE). Al igual que los perros con ALD, los pacientes con DAI no evidencian la presencia de IgE en serología y la prueba epicutánea (prick test) es negativa. La prevalencia de la DAI en medicina humana se sitúa entre el 10% y el 45% de los casos. En veterinaria la literatura describe unos porcentajes en torno al 14-25%. Debido a la ausencia de positividad de IgE alérgeno específica, no es posible formular ASIT en estos pacientes. En medicina humana se ha publicado que los pacientes con DAI pueden producir IgE específica de alérgenos en etapas posteriores, pero esto no se ha reportado en medicina veterinaria. Por lo tanto, no está claro si tendría sentido repetir las pruebas de Rocky a posteriori.

Rocky mostró una buena respuesta al tratamiento antipruriginoso (glucocorticoides, oclacitinib, Lokivetmab). No hay información clara sobre cual es la opción terapéutica más acertada en pacientes con ALD. La ciclosporina (CsA) ha mostrado buena eficacia en dos estudios, pero no tan buena en otros. Hasta el momento no se ha

publicado ningún estudio de eficacia con otros fármacos. Hay poca información sobre ALD en veterinaria y su diagnóstico puede ser un desafío para los veterinarios.

En los pacientes con resultados negativos en las pruebas de alérgenos es importante descartar otras dermatosis pruriginosas, como ectoparásitos, alergia alimentaria, alergia a la saliva de pulgas, y por supuesto, asegurar que los periodos de supresión de medicamentos (glucocorticoides) se han cumplido. Las causas más frecuentes de resultados negativos en las pruebas de alérgenos son el desconocimiento de tratamientos anteriores recibidos, tiempos de espera insuficientes para los corticoides y toma de muestras en periodo no adecuado (ej: en alergias estacionales). Todo ello puede conducir a un sobrediagnóstico de ALD, por ello es esencial remarcar la importancia de la anamnesis y del examen dermatológico completo para evitar diagnósticos incorrectos.

Referencias bibliográficas

- Botoni LS, Torres SMF, Koch SN, Heinemann MB, Costa-Val AP. Comparison of demographic data, disease severity and response to treatment, between dogs with atopic dermatitis and atopic-like dermatitis: a retrospective study. *Vet Dermatol.* 2019; 30(1): 10-e4.
- Favrot C, Steffan J, Seewald W et al. A prospective study on the clinical features of chronic canine atopic dermatitis and its diagnosis. *Vet Dermatol* 2010; 21: 23-31.
- Mueller RS. Update on allergen immunotherapy. *Vet Clin Small Anim Pract.* 2019; 49(1): 1-7.
- Santoro D. Therapies in canine atopic dermatitis: an update. *Vet Clin Small Anim Pract.* 2019; 49(1): 9-26.
- Prelaud N, Cochet-Faivre N. A retrospective study of 21 cases of canine atopic-like dermatitis. *Vet Dermatol* 2007; 18: 385.
- Rybníček J, Lau-Gillard PJ, Harvey R, Hill PB. Further validation of a pruritus severity scale for use in dogs. *Vet Dermatol* 2009; 20: 115-22.

Amir Davoodi