

Octubre 2022

Caso clínico: perro con alergia alimentaria y dermatitis atópica

Dra. Maria Christian



Fuente: Dra. Maria Christian

Anamnesis

Horsti es un macho castrado, mestizo de terrier, adoptado de una protectora con 4 años de edad y con un historial poco claro. En el momento de la consulta, presentaba mal estado nutricional, conjuntivas moderadamente enrojecidas, secreción ocular mucosa y picor de alto grado (Fig. 1). Defecaba varias veces al día y las heces eran blandas.

Examen dermatológico

El examen dermatológico reveló alopecia parcial en hocico, cuello, entrada del pecho, axilas, abdomen, parte interna de los muslos y cola. La piel estaba hiperpigmentada, especialmente en las axilas y las ingles. El manto era seco y sin brillo.

Pruebas de laboratorio

La bioquímica sanguínea no presentaba alteraciones, el hemograma mostraba anemia leve y marcada eosinofilia. El título de anticuerpos frente a sarcoptes fue negativo. Se realizó serología frente a alérgenos alimentarios, ya que el prurito, las lesiones cutáneas y las heces blandas y frecuentes sugerían una alergia a los alimentos.

Epicrisis

Las pruebas de alergia no se utilizan para el diagnóstico: la alergia es siempre un diagnóstico clínico. Se realizan en pacientes con signos clínicos típicos (prurito primario, eritema y lesiones asociadas al prurito como alopecia, infecciones secundarias, ...) tras descartar otras enfermedades pruriginosas.

Las pruebas de alergia, que deberían llamarse mejor pruebas de alérgenos, ayudan a identificar los alérgenos que desencadenan la alergia, midiendo anticuerpos específicos



Fig. 1: Horsti a la edad de unos 4 años

Fuente: Dra. Maria Christian

frente a ellos. Cuando se investiga la sospecha de alergia alimentaria, las pruebas simplifican la selección de los ingredientes para la dieta de eliminación mediante la cual se confirma o descarta el diagnóstico. Durante 8-12 semanas el animal recibirá una dieta de eliminación estricta compuesta por una única fuente de proteínas y otra de carbohidratos, frente a las cuales no se han identificado ni IgE, ni IgG.

Horsti mostró numerosas reacciones positivas tanto en la panel de alimentos básicos como ampliado. El pato fue la única proteína con una reacción de clase cero (RK 0) en IgE e IgG. Por lo tanto, la dieta de eliminación se inició con una dieta de alta calidad a base de proteína de pato. En pocas semanas hubo una clara mejoría de los signos clínicos, el prurito desapareció por completo, el pelo se volvió más tupido y sedoso

y las heces se normalizaron. Tras 4 meses de dieta, Horsti era un perro nuevo, para alegría de los propietarios. La primavera siguiente, Horsti comenzó a rascarse de nuevo con más frecuencia. Sin embargo, no había lesiones y el propietario no quiso tratar médicamente. Baños regulares con champú Douxo® Calm (ingredientes activos: Ophytrium, Panthenol, Pentavitin, Vit PP, extractos de Jojoba) ayudaron a reducir la intensidad del prurito que remitió durante los meses de otoño e invierno. En años sucesivos, el picor estacional se hizo cada vez más intenso y finalmente no cesó ni siquiera en invierno. Para evaluar si Horsti había desarrollado alergia a su dieta a base

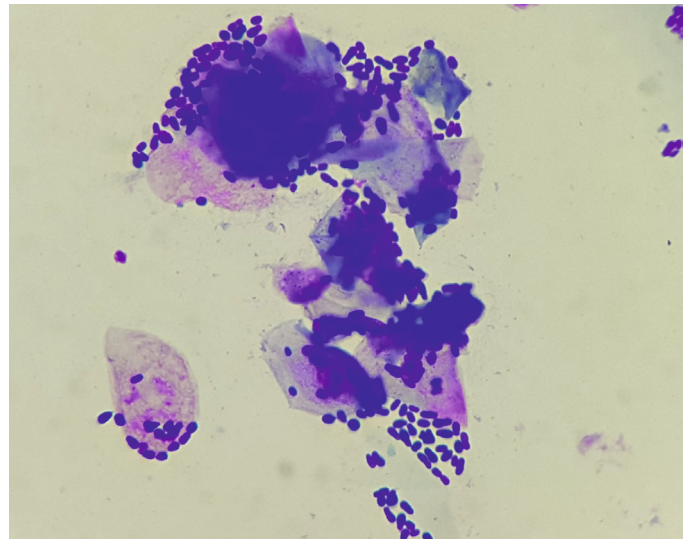


Fig. 2: Citología ótica: numerosas Malassezias (azul oscuro), muchas de ellas adheridas a los corneocitos.

Fuente: Laboklin

de pato, se cambió a otra dieta monoproteica, pero al cabo de 2 días comenzó a rascarse intensamente, su oreja izquierda estaba enrojecida y había abundante cerumen marrón con olor intenso. La citología ótica reveló la presencia de numerosas Malassezias (Fig. 2). La alimentación se cambió de nuevo a pato. La otitis por malassezia se trató con limpieza ótica con Epiotic® dos veces al día.

Como el cambio de dieta produjo un empeoramiento del cuadro clínico y el prurito no podía controlarse con champúterapia y tratamiento de la barrera cutánea, se extrajo sangre para serología frente a alérgenos ambientales. La evolución clínica de Horsti indicaba que no sólo era alérgico a los



Fig. 3: Alopecia con eritema y descamación en el antebrazo
Fuente: Dra. Maria Christian

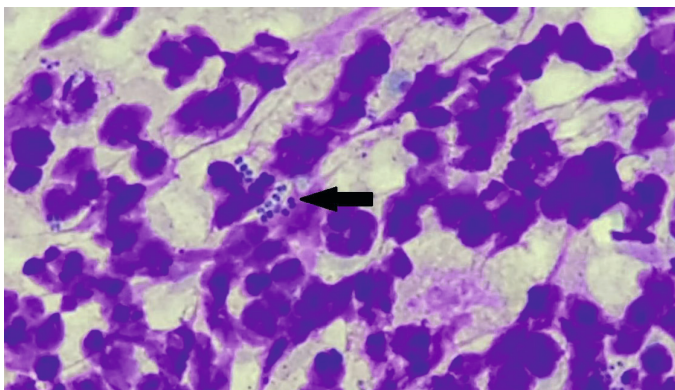


Fig. 4: Citología de pioderma; Numerosos neutrófilos degenerados con presencia de bacterias cocoides intracelulares (flecha).
Fuente: Laboklin

alimentos, sino también atópico. Tras la extracción de sangre, se prescribió prednisolona oral a dosis antiinflamatorias. Al cabo de unos días, Horsti presentaba lesiones alopecias eritematosas con descamación y parcialmente costrosas en el antebrazo, el tórax ventral y el abdomen (Fig. 3).

Algunas de las lesiones presentaban exudado bajo la costra, el cual se evaluó citológicamente observándose abundantes neutrófilos con presencia de cocos extra e intracelulares (Fig. 4). Se diagnosticó un pioderma, infección secundaria común en los pacientes alérgicos. Se inició tratamiento tópico con un champú antibacteriano y protector de la piel (Douxo® Pyo, ingredientes activos: fitoesfingosina, clorhexidina 3%, climbazol 0,5%, Lipacide C8G) y con Allerderm® Spot-on (Skin Lipid Complex™, Glycotechnology, Defensin Technology) para apoyar la restauración de la función barrera de la piel. La espuma Peptivet® (los ingredientes activos incluyen AMP2041, digluconato de

clorhexidina máx. 0,07%, Tris-EDTA) se masajéo en las zonas lesionadas dos veces al día y se aplicó Cytopoint® (lokivetmab) en lugar de prednisolona. El pioderma resolvió en unas semanas y el prurito disminuyó, aunque no desapareció por completo.

En la serología frente a alérgenos ambientales se obtuvieron resultados positivos al abedul, avellano, artemisa, ambrosía y *Dermatophagoides farinae*. Este resultado encajaba con el cuadro clínico de aumento estacional del prurito. A sus 9 años, Horsti inició la inmunoterapia alérgeno específica (ASIT o hiposensibilización).

La ASIT es la única terapia causal frente a la dermatitis atópica, ya que puede modificar la patogenia de la alergia. Pero, ¿cuál es mecanismo de desarrollo de la dermatitis atópica? La reacción alérgica se produce cuando el sistema inmunitario identifica antígenos de superficie (alérgenos) de elementos inofensivos (ej: polen, ácaros o alimentos) como patógenos y, consecuentemente los combate. Los alérgenos penetran a través de la piel favoreciendo la sensibilización, que activa a las células inflamatorias, la degranulación de los mastocitos y la liberación de numerosos mediadores inflamatorios. Los pacientes que padecen dermatitis atópica también presentan una alteración de la estructura cutánea con deterioro de su función de barrera, lo que favorece aún más la penetración de alérgenos y la inflamación. La comprensión de la patogenia

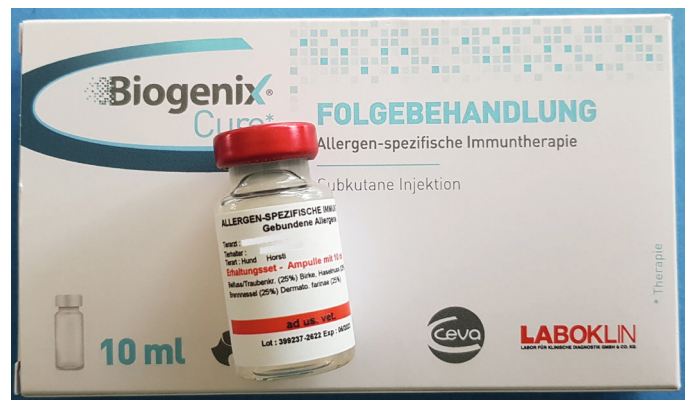


Fig. 5: Solución de ASIT (tratamiento posterior de mantenimiento)
Fuente: Dra. Maria Christian

ilustra la importancia del tratamiento de la barrera cutánea y de la ASIT en el manejo de la enfermedad. El modo de acción de la ASIT se basa en enseñar al sistema inmunitario hiperreactivo que los alérgenos a los que reacciona son inofensivos. Esto se consigue administrando pequeñas cantidades en dosis crecientes de los alérgenos implicados en la

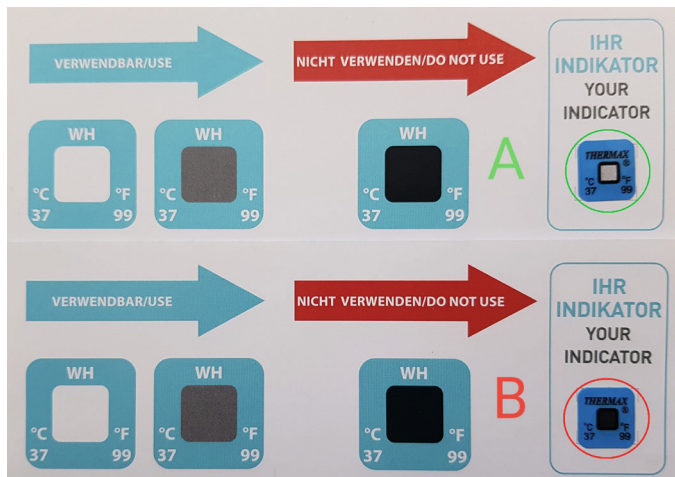


Fig. 6: Secciones de dos tarjetas con indicador de temperatura; A: el indicador es blanco (círculo verde), la solución es adecuada; B: el indicador es negro (círculo rojo), la solución no debe usarse.

Fuente: Dra. Maria Christian

alergia del individuo. La solución de ASIT clásica para aplicación subcutánea (Fig. 5) contiene los alérgenos naturales a los que el paciente ha dado positivo y que se correlacionan con la historia clínica y la clínica del paciente. Los alérgenos se someten a un complejo proceso de purificación sujeto a estrictos controles de calidad y se elabora la solución inyectable específica para cada paciente, por ello la producción de la solución individual de ASIT tarda de 2 a 3 semanas. Los viales de inyección, que deben mantenerse refrigerados tras su apertura, pueden ser transportados/ almacenados sin refrigeración durante varios días, siempre que la temperatura ambiente no supere los 37°C. Durante los meses de verano se envían con un indicador de temperatura que vira a color negro si han estado expuestos a altas temperaturas durante el transporte o almacenamiento (Fig. 6 B).

Si el indicador de temperatura es de color negro en el momento de la entrega, el ASIT no puede utilizarse. Tome inmediatamente una foto de la tarjeta indicadora y notifíquelo a Laboklin para elaborar una nueva solución. La nueva solución de ASIT se encargará inmediatamente y el producto defectuoso deberá enviarse a Laboklin.

Volvamos a nuestro paciente, en el caso de Horsti, el ASIT se inició en otoño, recomendado para todos los alérgicos estacionales, porque los signos clínicos son más leves y apenas hay efectos secundarios de las inyecciones. Al principio, Horsti fue tratado adicionalmente de forma sintomática debido a que seguía manifestando prurito. Se inyectaron dos dosis de Cytopoint®, y se bañó dos veces por semana con Douxo® Pyo y Douxo® Calm alternativamente y una vez por semana se aplicaba Allerderm® Spot-on. Horsti no mostró efectos secundarios, a los 2 meses presentaba una clara mejoría y se suspendió la terapia antipruriginosa. Pero continuó siendo tratado regularmente con Douxo® Calm (champú y mousse) así como con Allerderm spot on. Cinco meses después de comenzar con la ASIT, Horsti estaba libre de signos clínicos. A lo largo de los años, tuvo algún episodio -especialmente en primavera y finales de verano- con un ligero aumento del prurito, que se trató sintomáticamente (como se ha descrito anteriormente). El caso de Horsti ilustra muy bien lo valiosa que es la ASIT como parte del tratamiento de la alergia, incluso en un paciente de casi 10 años de edad que llevaba varios años sufriendo de dermatitis atópica.