

6

CAPÍTULO DERMATOSIS EROSIVOULCERATIVAS Y COSTROSAS

CASO CLÍNICO

RESEÑA E HISTORIA CLÍNICA INICIAL

Se presenta a consulta un gato macho esterilizado de 8 años porque desde hace unas semanas presenta una lesión única en la cruz.

ANAMNESIS

Desde que apareció la lesión inicial (Figura 6.1), el prurito es intenso y no se controla a pesar de haber administrado glucocorticoides orales (prednisolona, a 0.4 mg/kg/24 h). Con el objetivo de evitar el autotraumatismo, los

tutores han tenido que poner collar isabelino y un vendaje tapando la zona afectada. Nunca antes había presentado problemas de piel y no han detectado otros cambios patológicos.

Es un gato que no sale de casa (*indoor stricto*), que recibe una correcta pauta de desparasitación (preparaciones tópicas a base de selamectina y sarolaner). La última vacuna administrada fue hace alrededor de 6 meses. No ha habido cambios recientes ni en el ambiente ni en la alimentación.

EXAMEN FÍSICO GENERAL

No se observan cambios patológicos evidentes.

EXAMEN DERMATOLÓGICO

En el examen dermatológico se observa una lesión ulcerativa extensa que afecta a toda la región de la cruz, con secreción de aspecto purulento y costras adheridas (Figura 6.2).

Lista de problemas:

- Lesión ulcerativocostrosa y exudativa, extensiva.
- Prurito intenso.



Figura 6.1. Lesión ulcerativocostrosa única al inicio del cuadro clínico.



Figura 6.2. Evolución de la lesión inicial, dando lugar a una úlcera extensa con costras adheridas y secreción similar a pus.

- Pioderma superficial/profundo (seguramente secundario).
- Dermatofitosis (poco probable por el tipo de lesión).
- Leishmaniosis ulcerativa.
- Dermatosis vírica.
- Lesión autotraumática de origen multifactorial:
 - Dermatosis ulcerativa idiopática de la cruz.
- Neoplasias cutáneas erosivoulcerativas:
 - Carcinoma de células escamosas.

DIAGNÓSTICO

Se llevan a cabo varias pruebas diagnósticas de primera línea:

- Lámpara de Wood: negativa, no se observa fluorescencia de color verde en los pelos de la periferia de las lesiones.
- Examen microscópico del pelo: no se observan alteraciones en la raíz compatibles con dermatofitosis, ni la presencia de parásitos intrafoliculares, aunque muchas de las puntas de los pelos están rotas de forma secundaria al rascado.
- Raspados superficiales: no se observan formas parasitarias compatibles con *Demodex gatoi* ni otros.
- Citología de superficie y bajo las costras: muestra altamente hemocontaminada. En algunos campos se observa una población inflamatoria mixta, principalmente compuesta de polimorfonucleares neutrófilos, con un número elevado de bacterias coccoides intracelulares.

Como pruebas diagnósticas complementarias se realiza un completo examen traumático y neurológico, descartando la presencia

DEFINICIÓN DEL PATRÓN LESIONAL

Se debe definir el patrón principal o patrones de los que dependerá el diagnóstico diferencial. En este caso:

- Dermatosis erosivoulcerativa y costrosa, con prurito asociado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL MÁS PROBABLE

- Lesión autotraumática por prurito:
 - Dermatosis de origen alérgico (alimentario, ambiental, ectoparásitos).
 - Dermatosis de origen parasitario (pulicosis, demodicosis, otros).
- Lesión autotraumática por dolor:
 - Dolor neurológico/neuropático a nivel cervical.
 - Tras una inyección a nivel cervical.
 - Síndrome de hiperestesia.
- Dermatosis ulcerativa de origen vascular:
 - Reacción farmacológica a inyectables/vacunas.
- Dermatosis de origen infeccioso:

de puntos de dolor a nivel cervical, aunque el paciente muestra un comportamiento de rascado compulsivo nada más rozar la región cutánea afectada. Asimismo, en los análisis generales los resultados obtenidos se encuentran dentro de valores fisiológicos.

Diagnóstico: de momento solo se puede afirmar que se trata de una dermatosis ulcerativa, aparentemente secundaria al rascado y con infección secundaria; pero es difícil en este punto saber cuál ha sido el origen de la lesión.

TRATAMIENTO PROPUESTO Y SEGUIMIENTO

Se inicia el tratamiento para el control de la infección bacteriana (clindamicina oral). Se incrementa la dosis de prednisolona que estaba recibiendo, hasta $0.8 \text{ mg/kg}/24 \text{ h}$, y además se incluye gabapentina oral a la terapia en dosis de $10 \text{ mg/kg}/12 \text{ h}$. Con el objetivo de disminuir la inflamación de manera más rápida, y ayudar en el control de la infección y la cicatrización, se realiza una sesión de fotobiomodulación con luz led.

Después de 48 horas, los signos clínicos han mejorado significativamente (Figura 6.3A), pero sigue habiendo infección activa (citología), por lo que se mantiene el mismo tratamiento y se programa revisión en una semana para repetir la sesión de fotobiomodulación. En ese momento, la lesión ha mejorado de manera clara (Figura 6.3B) y la infección está citológicamente controlada, por lo que se interrumpe el tratamiento con clindamicina oral, se disminuye la dosis de prednisolona a $0.5 \text{ mg/kg}/24 \text{ h}$ y se mantiene el tratamiento con gabapentina. Se cita al paciente para una nueva sesión de fotobiomodulación después

de 7 días. En esa visita (Figura 6.3C), se inicia una pauta decreciente de glucocorticoides y se mantiene únicamente la gabapentina oral durante, al menos, 4-6 semanas.

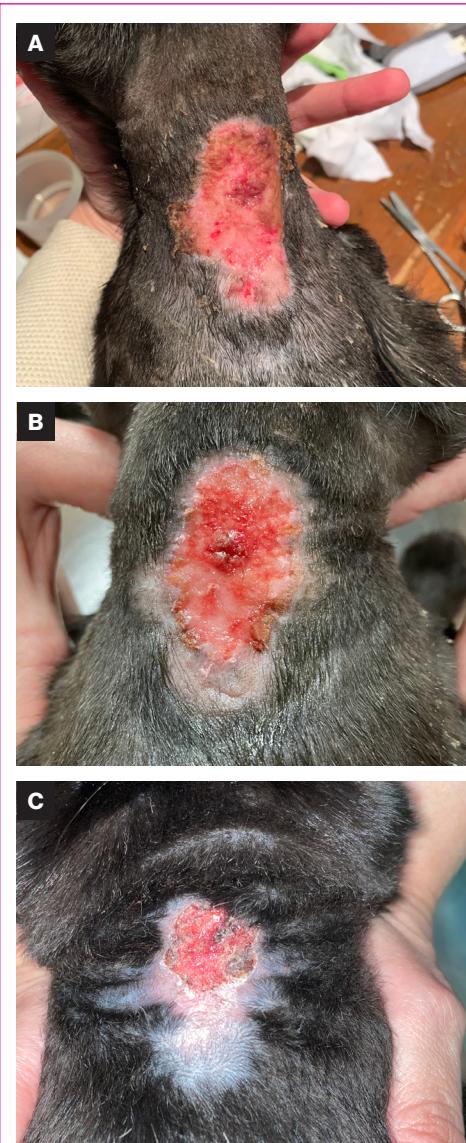


Figura 6.3. (A) Aspecto macroscópico de la lesión después de 48 horas de tratamiento. (B) Después de una semana de tratamiento. (C) Después de dos semanas de tratamiento.

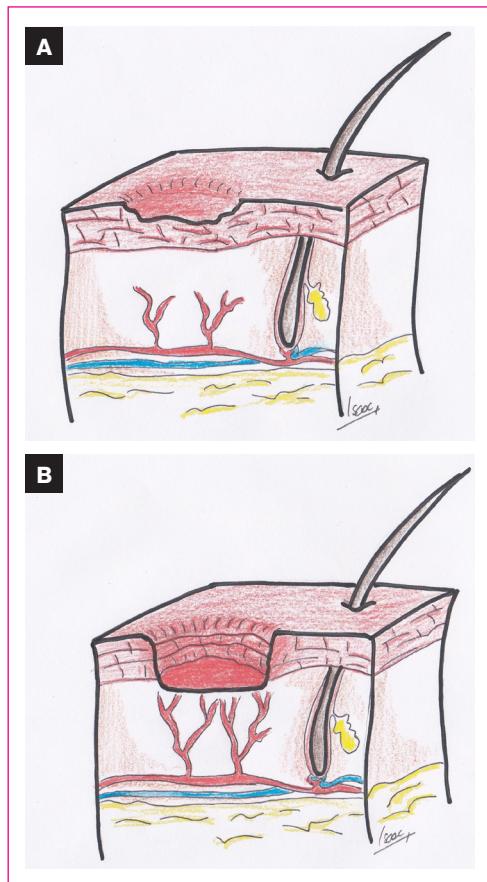


Figura 6.4. (A) Modelo de una lesión erosiva, donde se observa que la pérdida de tejido afecta únicamente a la epidermis. (B) Modelo de una lesión ulcerativa, donde el defecto se extiende más allá de membrana basal, dando lugar a una lesión profunda.

ALGUNOS CONCEPTOS FISIOPATOLÓGICOS

Se habla de erosiones y úlceras en aquellos casos en los que se produce una pérdida de epitelio, con la consiguiente exposición de capas cutáneas profundas. La diferencia entre una erosión y una úlcera es la profundidad de la lesión: la primera es más superficial y afecta únicamente a la epidermis, mientras que en las úlceras la pérdida de epitelio se extiende más allá de la



Figura 6.5. Lesión cictricial con despigmentación a nivel facial en un gato después de presentar una grave lesión ulcerativa autotraumática.

membrana basal, dejando expuesta la dermis o el tejido subcutáneo (Figura 6.4A-B).

Así, las erosiones suelen curar sin dejar cicatriz, mientras que las úlceras pueden dejar una cicatriz irreversible (Figura 6.5).

En general, desde un punto de vista pedagógico, se podría considerar que el tejido que se pierde en una lesión erosivoulcerativa puede desaparecer porque (Figura 6.6):

- Existe un traumatismo o agresión externa que lo destruye (como en los casos de auto-traumatismo relacionado con prurito o en quemaduras físicas y químicas).
- Porque se produce un ataque inflamatorio/inmunitario directo contra las células de la piel, ocasionando su muerte, pérdida o desprendimiento, con la consiguiente desestructuración de la piel (como en los casos de necrosis epidérmica tóxica, reacciones adversas a fármacos, en algunas enfermedades infecciosas o enfermedades autoinmunitarias). En estos casos la erosión/úlcera suele ser la evolución de otras lesiones primarias, como las pústulas o vesículas que se han visto en el Capítulo 5.

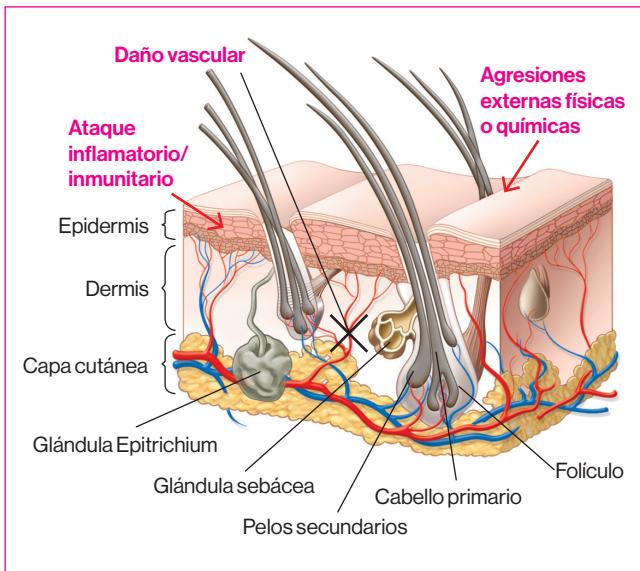


Figura 6.6. Esquema sobre los diferentes mecanismos que pueden afectar la piel, dando lugar a lesiones erosivoulcerativas.



Figura 6.7. Costra hemorrágica adherida en un paciente con lesiones ulcerativas secundarias al auto-traumatismo.



- Porque se produce un problema de vascularización que lleva a la inflamación y necrosis isquémica del tejido, con su consiguiente pérdida (como en los casos de daño vascular local secundario a inyectables).

Las lesiones erosivas y ulcerativas evolucionan a lesiones costrosas. Las costras son estructuras más o menos endurecidas que se forman en la superficie de la lesión erosivoulcerativa por acúmulo principalmente de exudados de células inflamatorias y sangre. De la naturaleza de la secreción dependerá el aspecto macroscópico de la costra, siendo de color rojo-marrón oscuro en costras hemorrágicas relacionadas con lesiones profundas (Figura 6.7) y de un color más amarillento-anaranjado en lesiones erosivas con acumulación de material purulento (Figura 6.8).

Figura 6.8. Costras de color amarillento-anaranjado en erosiones en las que se ha producido una infección secundaria, dando lugar a un acúmulo de secreción purulenta.

CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES EROSIVOULCERATIVAS Y COSTROSAS

Conocer la profundidad de la lesión será fundamental para poder realizar una correcta clasificación, aunque clínicamente puede ser complejo (además, pueden ser lesiones dinámicas, y una erosión puede evolucionar a úlcera durante el curso de la enfermedad). Tanto la lista de diagnósticos diferenciales como el pronóstico pueden variar según si se está ante

una erosión o una úlcera. Como se ha comentado previamente, una lesión superficial suele curar sin problema al tratar la causa primaria, mientras que lesiones más profundas pueden dar lugar a la aparición de cicatrices que necesiten un manejo posterior (Figura 6.9A-B).

El aspecto de la lesión puede orientar el diagnóstico en algunos casos. Cuando las lesiones erosivoulcerativas son lineales reciben el nombre de excoriaciones, como se vio en el Capítulo 3. Se asocian a la presencia de prurito y tienen este aspecto porque siguen la trayectoria de las uñas al rascarse (Figura 6.10A-B). Por su parte, las

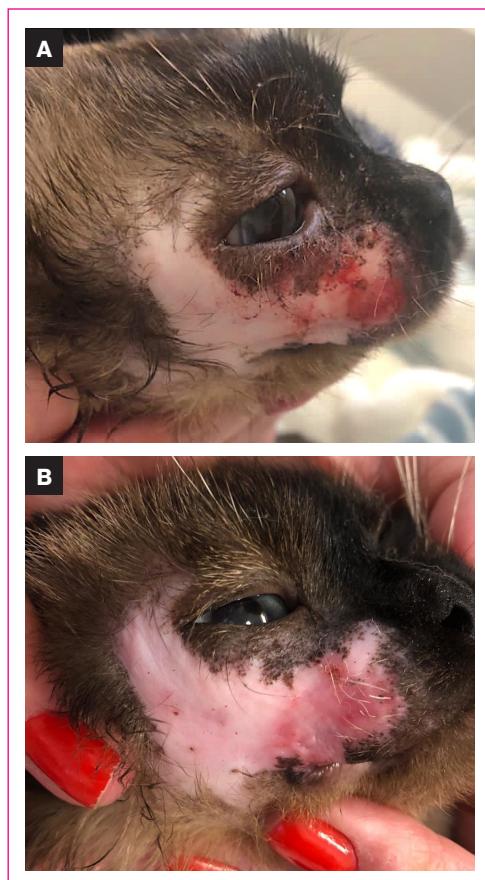


Figura 6.9. (A-B) Grave lesión cicatricial facial en un gato como resolución de un problema ulcerativo extenso.

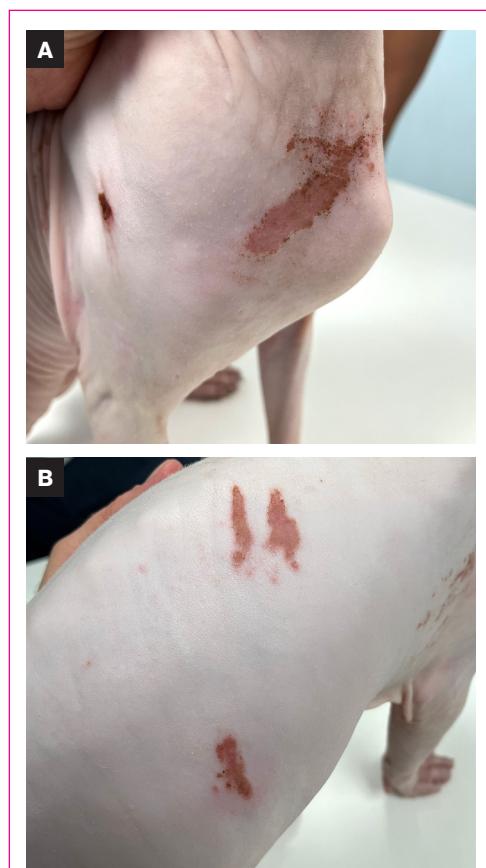


Figura 6.10. (A-B) Lesiones erosivas lineales (excoriaciones) en gato con prurito.