

Galería de imágenes - Dermatología

Dermatosis faciales caninas

Gustavo Machicote Goth. Acreditado AVEPA en Dermatología.

DERMAPET. Dermatología veterinaria. Santiago de Compostela y Vilanova de Arousa.

Lo que puede aparentar ser una ventaja en la dermatología, que es el poder ver el órgano directamente observando la presentación de los diferentes cuadros clínicos, también puede ser una de las dificultades que hacen a esta especialidad tan interesante.

Muchos patrones cutáneos de presentación clínica pueden ser parecidos en diferentes enfermedades y son

pocas las ocasiones en que una imagen del cuadro puede ser patognomónica.

En esta galería de imágenes presentamos diferentes dermatosis rostrales caninas donde se pueden observar características que dan prioridad a ciertos diagnósticos diferenciales sobre otros.



Figura 1. Forunculosis eosinofílica facial canina por picaduras generalmente de himenópteros. Este cuadro suele ser más común en razas grandes con un detalle anamnéstico que puede ayudarnos mucho en el diagnóstico y que es el de la "afición" por perseguir insectos. Se caracteriza por un patrón papulopustular costroso y de contenido serohemorrágico afectando principalmente el puente nasal. Los diagnósticos diferenciales menos probables que deberían descartarse son la straelensiosis y la forunculosis por otras causas. Este diagnóstico podrá ser confirmado con una citología donde se puedan ver los eosinófilos y datos anamnésticos que lo apoyen. La mejor resolución para este problema es evitar que le piquen los himenópteros (abejas, avispas y hormigas son los más frecuentes) que suelen ser los insectos más comunes que producen esta patología. La respuesta a corticoterapia suele ser muy buena.



Figura 2. Alopecia canina recurrente en el puente nasal. Este cuadro clínico es poco frecuente y con la anamnesis detallada del caso podemos llegar a su diagnóstico tentativo. Se caracteriza por sus bordes irregulares y, a veces, hiperpigmentación; suele presentarse en épocas de días con menos horas de luz. Una vez descartados sus diferenciales más probables como la dermatofitosis o alguna enfermedad autoinmune, que suelen ser mucho más inflamatorias, podemos inducir que se trata de una alopecia cíclica o recurrente que puede repetirse cada año y presentarse también más frecuentemente en los flancos y, a veces, en las bases de las orejas o en el inicio de la cola. Su diagnóstico definitivo se puede obtener por medio de una estudio histopatológico. La melatonina puede ser interesante como recurso terapéutico para acelerar una recuperación que suele ser espontánea.



Figura 3. Celulitis juvenil canina. Esta presentación de aspecto pustular granulomatoso, que afecta principalmente a cachorros en labios, párpados, orejas y ganglios submandibulares con respecto a la cara, es una enfermedad poco frecuente, pero bastante evidente en el diagnóstico gracias a su cuadro clínico. Los diagnósticos diferenciales que se le podrían asemejar son el acné canino, la demodicosis o una forunculosis bacteriana. La citología del contenido de las pústulas suele evidenciar inicialmente un patrón piogranulomatoso estéril. El manejo terapéutico suele basarse en la utilización de corticoesteroides.



Figura 4. Aspecto rostral de un perro con sarna sarcóptica de larga evolución. Una presentación tan costrosa con la formación de placas secas y duras, que afecta principalmente los pabellones y alrededor de los ojos, puede ser bastante indicativa de esta enfermedad si, además, va acompañada de un alto nivel de prurito. Observando detenidamente veremos que la trufa no se ve involucrada y que el puente nasal no está muy afectado. Los diagnósticos diferenciales más probables irían orientados hacia el pénfigo foliáceo y la dermatofitosis. Los raspados realizados en los bordes auriculares pueden ser confirmatorios. Es una enfermedad que se suele resolver sin inconvenientes con el uso de antiparasitarios externos indicados.



Figura 5. Dermatitis facial en el Yorkshire Terrier. Esta presentación facial alopecica, costrosa y en esta raza predispuesta, hace que el diagnóstico de dermatofitosis sea muy probable. La positividad frecuente a la exposición con la Lámpara de Wood y la presencia de esporas en las raíces de los pelos pueden ser confirmatorias junto con un cultivo positivo, si este hace falta. La raza suele estar predispuesta a esta patología que podríamos diferenciar de una dermatosis autoinmune, que suele afectar también a la trufa. El tratamiento de la dermatofitosis en esta raza suele ser prolongado pero eficaz.



Figura 6. Síndrome uveodermatológico canino. Esta enfermedad autoinmune tiene como diana a los melanocitos y suele afectar principalmente a las zonas cutáneas pigmentadas y a la pigmentación del iris por la presencia de células con melanina. La presentación facial con la característica uveítis y despigmentación de trufa y labios sumada, en este caso, a que la raza afectada es un Akita Inu hace muy probable el diagnóstico. Sus diferenciales podrían enfocarse en otras afecciones autoinmunes o en una pioderma, aunque la uveítis nos orienta fuertemente hacia una enfermedad autoinmune. La biopsia suele ser definitiva. Como toda enfermedad autoinmune, su tratamiento se basa en la inmunosupresión.



Figura 7. Lupus cutáneo canino en presentación facial. Este cuadro clínico con patrón úlcero-costroso en uniones mucocutáneas, principalmente en párpados y en la trufa, es bastante característico de esta enfermedad. La despigmentación de la nariz y alrededores suele ser frecuente y el poder relacionar la exposición al sol con el agravamiento de la enfermedad hace aún más probable el diagnóstico. Sus diagnósticos diferenciales serían el complejo pénfigo en que no suele afectarse la unión mucocutánea con tanta frecuencia, salvo que sea de tipo vulgar, y la pioderma mucocutánea que, a veces, es bastante difícil de diferenciar de esta enfermedad. La respuesta al tratamiento inmunosupresor, a la evitación del sol y la no evidencia de abundantes acantocitos ni bacterias nos hacen sospechar del lupus con más fundamento. Como siempre, su confirmación se logrará a través de estudios histopatológicos.



Figura 8. Pénfigo foliáceo canino facial. La cara suele ser una región del cuerpo frecuentemente afectada por esta enfermedad autoinmune. La reacción pustular y costrosa en el puente nasal, alrededor de los ojos, en los bordes de las orejas y las típicas costras en la cara medial del pabellón auricular hacen de este cuadro clínico una presentación que nos hace sospechar con bastante fundamento de esta enfermedad. Sus diagnósticos diferenciales más probables serían la dermatofitosis, que no suele ser tan costrosa, la sarna sarcóptica y el lupus cutáneo, que suele afectar más la trufa y ser más ulcerativo y menos costroso. El diagnóstico gracias a su presentación clínica y a la presencia de acantocitos en las citologías de pústulas o bajo costras puede ser bastante sencillo, aunque siempre debe confirmarse con una biopsia. Su manejo terapéutico suele inducirse inmunosuprimiendo con corticosteroides para luego buscar una dosis de mantenimiento lo más inocua posible o el uso de otros fármacos alternativos.