

## CELULITIS JUVENIL CON PATRON NODULAR

*Elena Dieguez Ordoñez<sup>1</sup>*

1) HOSPITAL VETERINARIO ABROS

### INTRODUCCIÓN

P { margin-bottom: 0.21cm; }

La celulitis juvenil es un proceso poco frecuente caracterizado por una inflamación piogranulomatosa estéril de la dermis y puede extenderse al tejido subcutáneo. Su patogénesis no está clara, se sospecha de una disfunción del sistema inmune. El carácter hereditario ha sido probado por la predisposición racial (Golden Retriever) y presentaciones familiares. También se ha sugerido que se trata de una linfadenopatía primaria con lesiones dermatológicas. (Martens 2016)

Como su nombre indica, se trata de una entidad propia de los primeros meses de vida. Si bien se considera autolimitante, la profundidad de las lesiones, la posibilidad de aparición de infecciones secundarias, así como el hecho de que sea un proceso doloroso, hacen indispensable un tratamiento agresivo en casi todos los casos.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO/S CLINICO/S

P { margin-bottom: 0.21cm; }

### Historia clínica

Se trata de un cruce de Labrador de dos meses de edad. Se presenta a consulta por apatía, anorexia, letargia y llamativas lesiones en el rostro, tronco y periné, de dos días de evolución. Las condiciones higiosanitarias en las que vive son deficientes y recibe una alimentación de gama baja.

### Exploración general y dermatológica.

Su condición corporal es de 2/5. Temperatura rectal 40,2°C (38,5-39°C). Linfadenomegalia periférica generalizada, resaltando los linfonodos submandibulares por su tamaño y dureza.

A la exploración dermatológica se aprecia tumefacción, eritema, pápulas, pústulas y costras de material seropurulento en belfos, mentón, puente nasal, periocular y pabellones auriculares. Otitis bilateral con descarga purulenta. Nódulos firmes (algunos fistulizados) en tronco, prepucio y región perianal. Presenta dolor a la manipulación de las zonas afectadas.

Las lesiones conforman un patrón pápulo-costroso y nodular.

Como **diagnósticos diferenciales** se plantean: celulitis juvenil, pioderma, piodemodicosis, leishmaniosis y micosis profundas.

Se realizan las siguientes **pruebas clínicas**: citología por punción con aguja fina (PAF) de un nódulo, citología por aposición de una costra, tricograma y raspado cutáneo profundo.

En la citología por PAF se observa un infiltrado inflamatorio neutrofílico y macrofágico con predominio de neutrófilos no degenerados y macrófagos en menor cantidad. Fenómenos de neutrofagocitosis y vacuolas grasas intercelulares. Fibroblastos reactivos y mastocitos. Estos hallazgos son típicos de una inflamación piogranulomatosa estéril de panículo adiposo (Albanese 2010) (Noli 2010).

En la citología por aposición se visualizan neutrófilos, macrófagos y ocasionalmente bacterias cocoides intra y extracelulares.

Ni en el tricograma, ni en el raspado se hallan elementos parasitarios o fúngicos.

A tenor de los resultados de las pruebas clínicas se llega al diagnóstico presuntivo de celulitis juvenil.

### **Tratamiento y evolución**

Se trata con prednisona (Prednisona<sup>®</sup> 10), VO; 2 mg/kg/24 h, dos semanas, 1,5 mg/kg/24 h, una semana y 0,7 mg/kg/24 h, una semana. Cefalexina (Tsefalem<sup>®</sup> 500), 22 mg/kg/12 h, VO, dos semanas.

Limpieza de los exudados con clorhexidina 3%, delicadamente.

Se desparasita con Pirantel, Febantel y Praziquantel (Drontal plus<sup>®</sup>), se cambia la dieta a una de alta gama y se aísla para evitar que los hermanos lo lesionen.

A las 24 horas muestra una importante mejoría del estado general.

Tras 2 semanas, las fístulas están cerradas, los nódulos disminuidos de tamaño y las costras se desprenden.

A las cuatro semanas recibe el alta médica.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

P { margin-bottom: 0.21cm; }

### **Discusión**

En perros de entre tres semanas y seis meses de edad, con aparición aguda del cuadro clínico y la distribución de lesiones citada anteriormente, una celulitis juvenil estéril es el principal diagnóstico diferencial.

En el protocolo diagnóstico debería incluirse un cultivo bacteriano y estudio histopatológico de las lesiones primarias, para confirmar su origen estéril (Toops 2008). Cuando no es posible realizarlos, la respuesta a los corticoides descarta un origen infeccioso y ayuda a confirmar el diagnóstico. En nuestro caso se decide no realizar

biopsia e iniciar el tratamiento, en base a la alta sospecha clínica de celulitis juvenil, los resultados de las pruebas inmediatas y el estado de urgencia que presentaba el paciente.

El resultado citológico de inflamación piogranulomatosa con implicación del panículo adiposo, al observarse fibroblastos y vacuolas lipídicas, es indicativo de una paniculitis asociada. La manifestación clínica nodular tan exacerbada agrava la sintomatología general del paciente y aunque en nuestro caso la evolución ha sido satisfactoria, suelen requerir tratamientos más prolongados hasta la remisión completa

Se incluyen leishmaniosis y micosis profundas entre los diagnósticos diferenciales. Por citología no se evidencian promastigotis de *Leishmania* ni esporas o hifas fúngicas y a pesar de ser una prueba poco sensible, teniendo en cuenta que la sospecha de estas patologías es baja, no se proponen pruebas adicionales para su descarte.

Esta patología tiene un origen estéril, sin embargo son frecuentes las infecciones secundarias, como en este caso. Aunque no se observen bacterias, se debe prescribir antibioterapia puesto que provocamos inmunosupresión con el tratamiento.

La anorexia y pirexia suelen verse en los casos de celulitis estéril. Estos signos clínicos también aparecen en piodermas severas secundarias a demodicosis generalizada (Miller y otros, 2013) por lo que se debe descartar siempre, antes de iniciar la corticoterapia.

## **Conclusiones.**

La celulitis juvenil es una patología poco frecuente y el caso que se describe es especialmente excepcional por la severidad y la presentación nodular. El resultado de las pruebas básicas (citología, raspado y tricograma) son fundamentales para una correcta aproximación diagnóstica y poder instaurar un tratamiento agresivo de forma inmediata. Sin embargo, sólo mediante el estudio histopatológico y cultivo bacteriano y fúngico de las lesiones nodulares se podría confirmar el origen estéril del proceso.

## **BIBLIOGRAFÍA**

P { margin-bottom: 0.21cm; }

1- Martens, S. Juvenile cellulitis in a 7-week-old golden retriever dog. *Can Vet J.* 2016; 57 (2), pp. 202-203

2-Albanese, F. Citología inflamatoria cutánea. Capítulo 3. *Atlas de citología dermatológica del perro y el gato.* 1ª Edición, Milán, AGF Italia 2010; pp. 87-90

3- Noli, C. y Ghibaudo G. Enfermedades inmunomediadas. Capítulo 10. *Dermatología clínica y microscópica del perro y del gato.* 1ª Edición, Zaragoza, Grupo Asís Biomedica, S.L., 2010; p.156

4- Miller, W., Griffin, C. y Campbell, K. Dermatitis diversas. Capítulo 11. *Dermatología en pequeños animales.* 3ª Edición, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Inter-Médica 2014; pp. 777-778

5- Toops, E., Kennis, R. y Macintire D. Juvenile cellulitis. *Standars of care emergency and critical care medicine.* August 2008; Vol. 10 (7), pp. 6-9