

Rosanna Marsella

# Enfermedades dermatológicas felinas desde un enfoque clínico

Revisor científico:  
César Yotti



# Índice de contenidos

## CAPÍTULO 1

### Abordaje clínico de los pacientes felinos con trastornos cutáneos

Consideraciones generales . . . . .	1
Indicios y anamnesis . . . . .	2
Exploración física . . . . .	2
Definiciones y ejemplos de lesiones primarias . . . . .	3
Ejemplos de lesiones secundarias . . . . .	6
Términos de uso frecuente en dermatología . . . . .	9
Abordaje de la enfermedad . . . . .	13
Observaciones finales . . . . .	13

## CAPÍTULO 2

### Pruebas diagnósticas en dermatología felina

Consideraciones generales . . . . .	15
Citología cutánea . . . . .	16
Raspado cutáneo . . . . .	20
Examen directo de pelos . . . . .	20
Lámpara de Wood . . . . .	21
Cultivo fúngico en medio DTM . . . . .	22
Cultivo bacteriano . . . . .	22
Biopsia de piel . . . . .	24
Pruebas cutáneas . . . . .	24
Pruebas epicutáneas . . . . .	26

## CAPÍTULO 3

### El tratamiento en dermatología

Consideraciones generales . . . . .	27
Tratamiento de las infestaciones por ectoparásitos . . . . .	27
Tratamiento de las infecciones fúngicas . . . . .	29
Tratamiento de las infecciones bacterianas . . . . .	30
Tratamiento de las alergias y enfermedades autoinmunitarias . . . . .	33
Alergias . . . . .	33
Dermatopatías autoinmunitarias . . . . .	34
Tratamiento de los trastornos de la queratinización . . . . .	35

## CAPÍTULO 4

### Abordaje clínico del prurito felino

Consideraciones generales . . . . .	37
Diagnóstico del prurito . . . . .	41
Distribución de las lesiones . . . . .	41
Herramientas diagnósticas . . . . .	43
Diagnóstico etiológico . . . . .	44

**CAPÍTULO 5**

Abordaje clínico de las enfermedades cutáneas alérgicas en los felinos

Consideraciones generales . . . . . 47  
 Alergias alimentarias. . . . . 47  
 Alergias medioambientales. . . . . 50  
 Alergia a las pulgas . . . . . 55

**CAPÍTULO 6**

Abordaje clínico de las infecciones fúngicas superficiales felinas

Consideraciones generales . . . . . 61  
 Dermatofitosis o tiña. . . . . 61  
     Prevalencia y desarrollo de la infección . . . . . 61  
     Signos clínicos. . . . . 62  
     Diagnóstico. . . . . 64  
     Tratamiento. . . . . 67  
     Descontaminación ambiental y consejos para el manejo de la dermatofitosis en criaderos y refugios . . . . . 69  
 Dermatitis por *Malassezia*. . . . . 70

**CAPÍTULO 7**

Abordaje clínico de los ectoparásitos felinos

Consideraciones generales . . . . . 75  
 Pulgas. . . . . 75  
 Ácaros. . . . . 76  
     *Notoedres*. . . . . 76  
     *Otodectes*. . . . . 78  
     *Demodex*. . . . . 78  
     *Cheyletiella* . . . . . 78  
 Piojos. . . . . 81

**CAPÍTULO 8**

Abordaje clínico de la dermatitis costrosa felina

Consideraciones generales . . . . . 83  
 Etiología de la dermatitis costrosa. . . . . 84  
     Bacterias y parásitos . . . . . 84  
     Enfermedades alérgicas . . . . . 84  
     Enfermedades autoinmunitarias . . . . . 85  
     Enfermedades víricas . . . . . 85  
     Enfermedades bullosas y vasculitis . . . . . 86  
     Dermatitis ulcerativa idiopática. . . . . 87  
     Causas metabólicas. . . . . 87  
     Neoplasia . . . . . 87  
     Sobrecrecimiento de *Malassezia* . . . . . 89  
     Trastorno primario de la queratinización . . . . . 90  
 Distribución de las lesiones en la dermatitis costrosa . . . . . 90  
 Signos clínicos. . . . . 90  
 Diagnóstico de las dermatitis costrosas . . . . . 95  
 Tratamiento de la dermatitis costrosa. . . . . 97  
 Péufigo foliáceo . . . . . 98

**CAPÍTULO 9**

Abordaje clínico de la dermatitis nodular felina

Consideraciones generales . . . . . 103  
 Abordaje clínico . . . . . 103  
     Importancia de la descripción del paciente y los signos clínicos . . . . . 103  
     Exploración física . . . . . 104  
     Abordaje diagnóstico inicial . . . . . 104  
 Enfermedades infecciosas. . . . . 104  
     Enfermedades fúngicas . . . . . 104  
     Enfermedades bacterianas . . . . . 109  
     Algas y oomicetos. . . . . 115  
 Enfermedad inflamatoria estéril. . . . . 115

**CAPÍTULO 10**

## Abordaje clínico del complejo granuloma eosinofílico

Consideraciones generales .....	121
Úlcera indolente .....	121
Granuloma eosinofílico .....	122
Placa eosinofílica .....	126

**CAPÍTULO 11**

## Abordaje clínico de las enfermedades ulcerativas felinas

Consideraciones generales .....	129
Importancia de la anamnesis y la exploración física .....	133
Vasculitis .....	134
Eritema multiforme .....	136
Necrólisis epidérmica tóxica .....	137
Pénfigo vulgar .....	137
Penfigoide bulloso .....	138
Lupus eritematoso sistémico .....	138
Enfermedad ulcerativa idiopática .....	138
Úlceras indolentes .....	138
Síndrome de fragilidad cutánea .....	140

**CAPÍTULO 12**

## Abordaje clínico de la alopecia felina

Consideraciones generales .....	143
Distribución y localización de la alopecia .....	145
Abordaje diagnóstico .....	146
Mecanismos de aparición de la alopecia .....	148

**CAPÍTULO 13**

## Abordaje clínico de las otitis felinas

Consideraciones generales .....	153
Factores que intervienen en la otitis externa .....	153
Otitis externa frente a otitis media .....	154
Abordaje diagnóstico de la otitis externa .....	155
Abordaje de la otitis media .....	160
Abordaje de las otitis por pseudomonas ..	162
Observaciones sobre los limpiadores óticos .....	163

**CAPÍTULO 14**

## Abordaje clínico de la dermatitis facial felina

Consideraciones generales .....	165
Alergias .....	165
Parásitos .....	169
Enfermedades inmunomediadas .....	171
Enfermedades nodulares .....	174
Enfermedades víricas .....	175
Policondritis .....	175
Enfermedades del plano nasal .....	175

**CAPÍTULO 15**

## Abordaje clínico de la pododermatitis y las enfermedades de las uñas en los felinos

Consideraciones generales .....	177
Terminología .....	177
Diagnóstico diferencial .....	178
Enfermedades infecciosas .....	178
Enfermedad alérgica .....	182
Pododermatitis de células plasmáticas .....	182
Otras enfermedades .....	182

# Abordaje clínico de las enfermedades ulcerativas felinas

## Consideraciones generales

Las úlceras son lesiones cutáneas secundarias que se caracterizan por un defecto de la epidermis. Pueden producirse por múltiples motivos. Así pues, no son patognomónicas de una única enfermedad, por lo que es importante que el clínico localice lesiones primarias y preste especial atención a la anamnesis y a otros signos que le permitan identificar correctamente las enfermedades desencadenantes.

Existen muchos mecanismos fisiopatológicos que pueden conducir a una enfermedad ulcerativa. Las úlceras pueden aparecer como resultado de un prurito intenso y de los traumatismos infligidos por el propio animal (figs. 11.1 y 11.2),

como en el caso de los gatos con prurito intenso en cabeza y cuello debido a alergia a las pulgas (figs. 11.3 y 11.4), que presentan placas eosinofílicas y úlceras indolentes. En estos casos, es importante hacer pruebas al paciente para descubrir las causas subyacentes del prurito (véase el capítulo sobre enfermedades pruriginosas).

Las úlceras pueden resultar también de la rotura de una lesión primaria, como una vesícula o una bulla (fig. 11.5), que pueden ser una manifestación de una enfermedad vírica o de una enfermedad autoinmunitaria dirigida contra la epidermis o la membrana basal. Algunos ejemplos de estas enfermedades son el pénfigo vulgar, el penfigoide bulloso y la dermatitis herpética, por mencionar algunas. En función de la enfermedad subyacente específica, es



**Figura 11.1.** Lesiones erosivas y ulcerativas en la cabeza de un gato con alergia. El prurito en la cabeza y el cuello es una manifestación común de las alergias en los gatos y es necesario estudiar las posibles causas subyacentes.



**Figura 11.2.** Lesiones ulcerativas graves en el cuello de un gato con alergia a las pulgas. Las lesiones fueron infligidas por el propio animal al rascarse de forma agresiva debido a la exposición incontrolada a las pulgas.

## Abordaje clínico de las enfermedades ulcerativas felinas



**Figura 11.3.** Otro paciente con lesiones ulcerativas graves en cabeza y cuello como consecuencia del prurito intenso causado por la alergia a las pulgas.

importante observar las lesiones oculares u orales, ya que pueden ayudar a clasificar los diagnósticos diferenciales y a elaborar un plan diagnóstico. Es de vital importancia llegar a un diagnóstico correcto, ya que el tratamiento de las distintas enfermedades posibles puede ser totalmente opuesto; así, por ejemplo, el uso de glucocorticoesteroides en los casos de infecciones víricas estaría totalmente contraindicado.

Las úlceras pueden ser también consecuencia de una agresión contra la piel, ya sea debido al contacto directo con un producto químico, un tóxico o una herida térmica (p. ej., herida de fuera hacia adentro). Algunos ejemplos son las mordeduras de arañas, la exposición a sustancias cáusticas o las heridas térmicas. La información relativa al estilo de vida del paciente y su posible riesgo de exposición a tóxicos, junto con la localización y distribución de las lesiones, pueden ayudar mucho a clasificar los diagnósticos diferenciales.

Las úlceras pueden producirse, además, como resultado de una enfermedad primaria que afecta a los vasos



**Figura 11.4.** Lesiones ulcerativas en la parte posterior de las orejas en un paciente con alergia grave y prurito en cabeza y cuello.

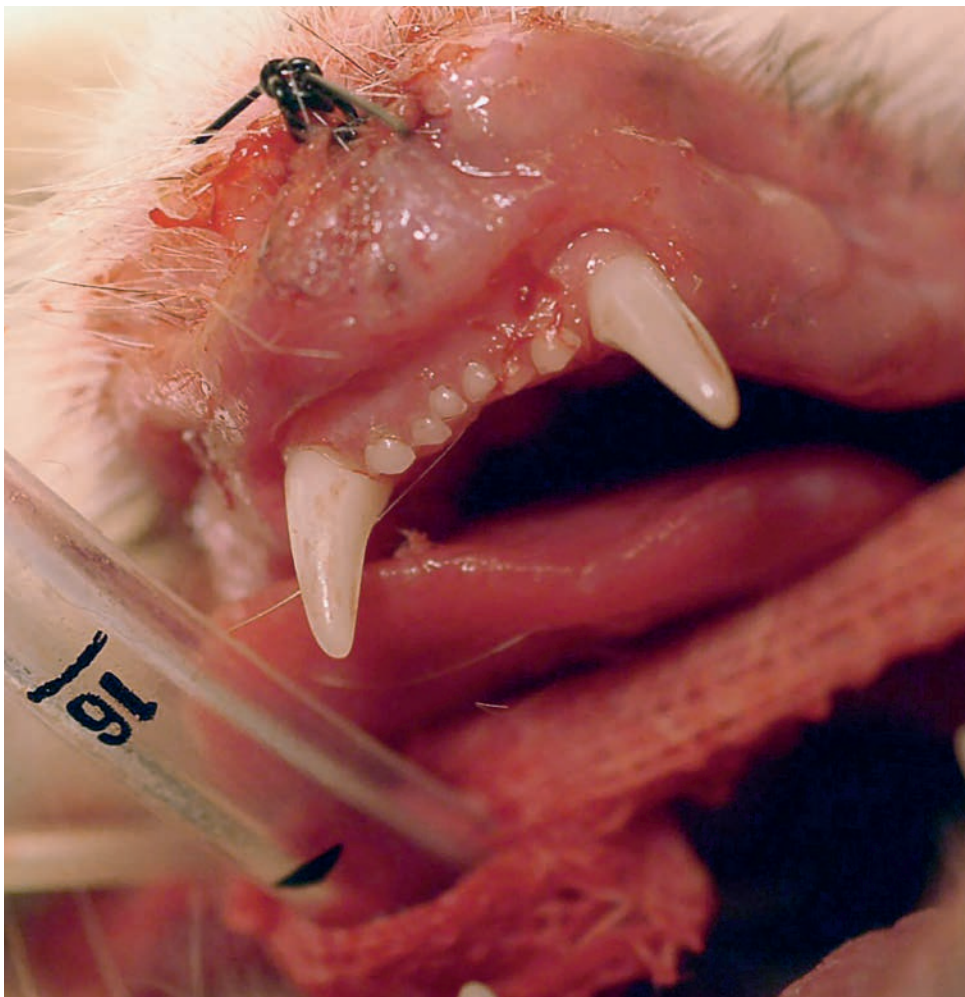
sanguíneos, como ocurre en la vasculitis (figs. 11.6 y 11.7). En estos casos, el tejido que recibía los nutrientes a través del vaso sanguíneo afectado se necrosa y, a continuación, se ulcera. La distribución de las lesiones (p. ej., la punta de la cola, los extremos de las orejas y el centro de las almohadillas plantares) puede resultar indicativa de vasculitis como diagnóstico diferencial. La vasculitis puede tener una serie de desencadenantes antigénicos, que pueden ser desde autoinmunitarios hasta infecciosos, pasando por la exposición a fármacos o vacunas. Una anamnesis minuciosa sobre la administración de fármacos y vacunas, junto con la evaluación de la exposición a agentes infecciosos, puede ayudar a elaborar un plan de diagnóstico que permita identificar la causa desencadenante.

Las úlceras pueden deberse a la ruptura de otras lesiones primarias, como nódulos que se abren y evolucionan hasta convertirse en trayectos de drenaje. Un ejemplo clásico de paniculitis ulcerosa diseminada es la causada por una infección micobacteriana atípica, que cursa con grandes lesiones ulceradas en las zonas inguinales (figs. 11.8 y 11.9).

Estos casos se caracterizan por la presencia de heridas que no cicatrizan y se extienden dando lugar a dehiscencia con cada intento de eliminar el tejido afectado para llegar a obtener unos bordes limpios. La identificación de los nódulos y su distribución puede arrojar luz sobre la causa desencadenante y el clínico tendrá que determinar si se trata de una enfermedad infecciosa o estéril (véase el capítulo sobre dermatitis nodular).

Las úlceras también pueden estar causadas por una importante acumulación de células inflamatorias o neoplásicas, que liberan mediadores que provocan daño tisular en la piel, como los eosinófilos o los mastocitos. Esto puede suceder tanto en enfermedades inflamatorias como neoplásicas, como en el linfoma cutáneo o los mastocitomas.

**Estas son solo algunas de las muchas formas en que pueden desarrollarse las úlceras, por lo que la lista de diagnósticos diferenciales de la enfermedad ulcerosa es extremadamente larga.**

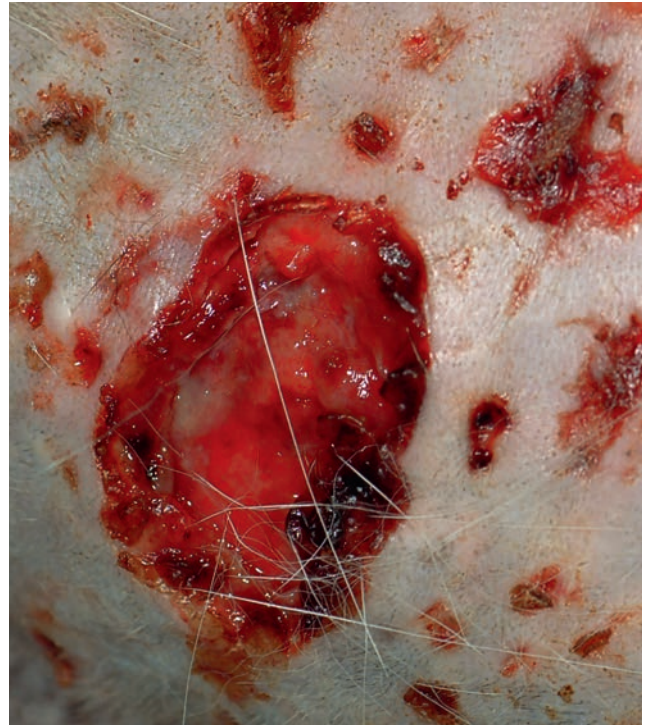


**Figura 11.5.** Vesículas en la mucosa de un gato diagnosticado con lupus sistémico. Estas lesiones son transitorias y rápidamente son reemplazadas por lesiones ulcerativas. La biopsia de una zona con lesiones recientes que todavía no se hayan ulcerado resulta esencial para llegar al diagnóstico definitivo.

## Abordaje clínico de las enfermedades ulcerativas felinas



**Figura 11.6.** Lesiones ulcerativas asociadas a vasculitis. Obsérvense los diferentes tamaños de las lesiones ulcerativas, que dependen del tamaño y la profundidad del vaso afectado. En este paciente la vasculitis estuvo causada por una reacción farmacológica frente a las sulfonamidas.



**Figura 11.7.** Primer plano del mismo paciente de la figura 11.6.



**Figura 11.8.** Úlceras de gran tamaño en un paciente con infección por micobacterias. Esta infección había dado lugar a una paniculitis extendida y a la formación de trayectos de drenaje. A medida que la infección avanzó en profundidad, se vieron expuestos el tejido subcutáneo y los músculos subyacentes.



**Figura 11.9.** Trayecto de drenaje y lesiones ulcerativas aparecidos como manifestación de una infección por micobacterias.

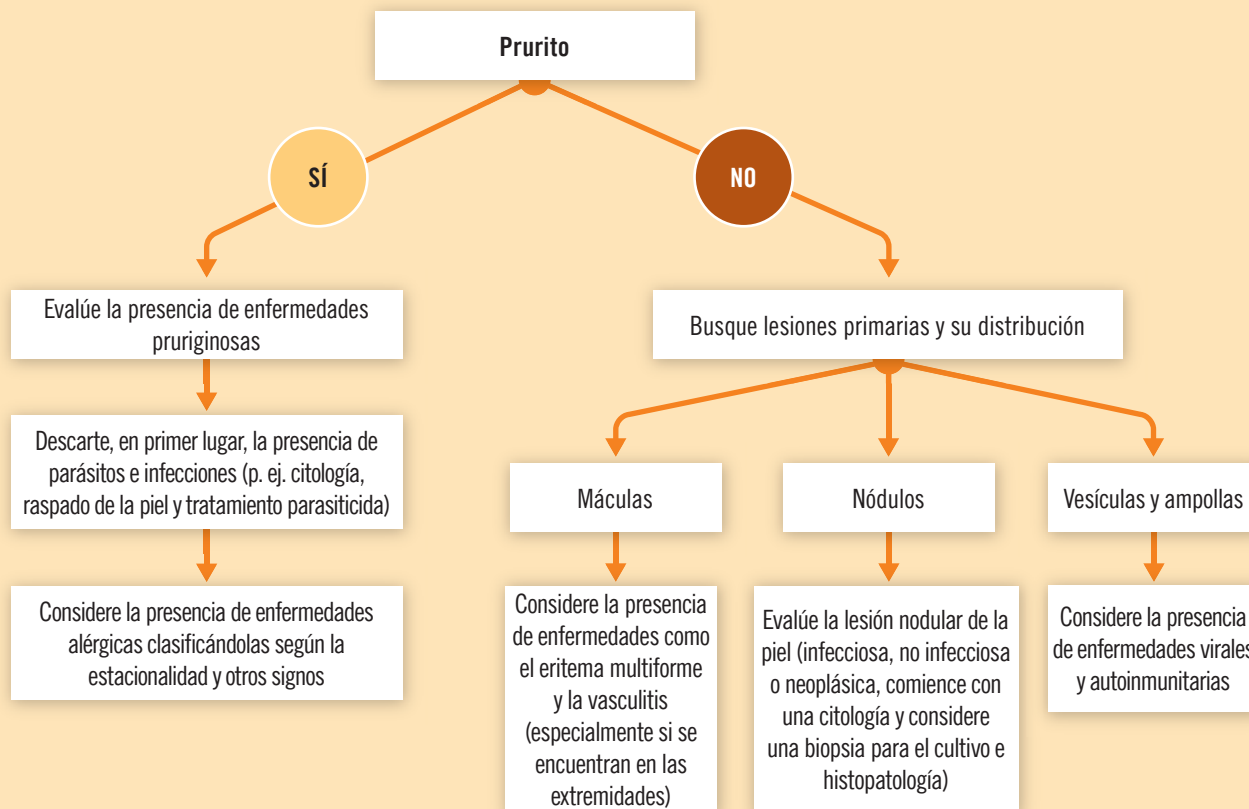


Figura 11.10. Abordaje sistemático de las enfermedades ulcerativas.

En la **figura 11.10** se muestra un ejemplo de abordaje sistemático a las enfermedades ulcerativas.

## Importancia de la anamnesis y la exploración física

Para reducir esta lista, es crucial que los clínicos realicen una buena anamnesis y obtengan información sobre la cronología de aparición de los signos, el desarrollo de las lesiones y el estilo de vida del animal. Es importante realizar una exploración física precisa en busca de lesiones primarias y observar la distribución de las lesiones, así como recoger toda la información sobre los fármacos y las vacunas que ha recibido el animal. De hecho, los fármacos y las vacunas pueden desencadenar vasculitis, así como otras manifestaciones de erupciones medicamentosas como el eritema multiforme o

la necrólisis epidérmica tóxica, que pueden manifestarse con úlceras, tanto en la piel como en la cavidad oral.

La distribución y la progresión de las lesiones es fundamental. Como se ha mencionado, la vasculitis tiende a producirse en las extremidades, en la punta de las orejas y la punta de la cola, o en el lugar de aplicación de una inyección, como ocurre en el caso de las reacciones a las vacunas. Es importante señalar que la vasculitis desencadenada por una inyección no tiene por qué limitarse a la zona en la que se ha administrado esta, sino que puede evolucionar a una vasculitis que afecte a otros órganos u otras zonas de la piel, como una vasculitis más generalizada. Dado que la vasculitis es una reacción de hipersensibilidad, una reexposición posterior puede desencadenar signos más graves, por lo que es crucial identificar la causa y evitarla en el futuro.

También es importante descartar la presencia de lesiones ulcerativas en el interior de la cavidad bucal. Algunas

enfermedades autoinmunitarias pueden afectar a la cavidad oral y, de hecho, pueden empezar en el interior de la boca, como en el pénfigo vulgar y el penfigoide bulloso. Las enfermedades neoplásicas como el linfoma cutáneo (micosis fungoide) también pueden afectar a la cavidad oral y causar gingivitis ulcerativa en los animales geriátricos. Puede observarse estomatitis ulcerativa en pacientes con infección por herpesvirus, y las enfermedades alérgicas también pueden manifestarse con lesiones orales, como en el caso del complejo del granuloma eosinofílico, en el que pueden producirse lesiones ulcerosas en los labios superiores y en el interior de la boca en forma de granulomas ulcerados. Debido a las diversas presentaciones posibles, resulta imprescindible que el veterinario sea capaz de valorar correctamente las diferencias en el aspecto clínico de las úlceras orales y que, en caso de duda, considere siempre la realización de biopsias para asegurar un diagnóstico adecuado.

Es importante observar si el animal presenta una enfermedad sistémica o si el problema es solamente cutáneo. Las enfermedades autoinmunitarias tienen un curso intermitente, con periodos de exacerbación y periodos de mejora, y los signos sistémicos de fiebre, anorexia y malestar aparecen en los momentos de brote. En el caso del lupus sistémico, hay otros órganos afectados, que pueden ser desde las articulaciones hasta los riñones. Las enfermedades infecciosas también pueden causar enfermedad sistémica y es importante detectar la posible existencia de linfadenopatía, enfermedad respiratoria o afectación de otro cualquier otro órgano.

Como parte de la información mínima que se debe recabar de las lesiones cutáneas, se recomienda empezar con una citología, que es una forma rápida y a menudo eficaz de saber el tipo de infiltrado inflamatorio presente en las lesiones. Un infiltrado marcadamente eosinofílico apunta a enfermedades alérgicas, mientras que un infiltrado piogranulomatoso apunta a enfermedades infecciosas y, con menor frecuencia, a enfermedades estériles. Es importante advertir la presencia de células acantolíticas, ya que, si bien estas células pueden considerarse indicativas de pénfigo, su presencia puede estar asociada a otros tipos de enfermedades, como infecciones graves. Conviene observar la presencia y la morfología de los microorganismos que aparecen en las muestras citológicas, que pueden ser desde bacterias hasta hongos. Las bacterias suelen ser cocos y bacilos, mientras que los hongos pueden ser desde levaduras como *Malassezia* hasta hongos del género *Sporothrix*.

Si se constata la existencia de una enfermedad sistémica, es importante considerar realizar un análisis de sangre para identificar anomalías que puedan ayudar a orientar las

pruebas complementarias. En última instancia, es importante identificar las lesiones primarias de manera que se pueda obtener una biopsia. Las lesiones primarias pueden incluir máculas, bullas y nódulos, y son de gran utilidad para llegar a un diagnóstico.

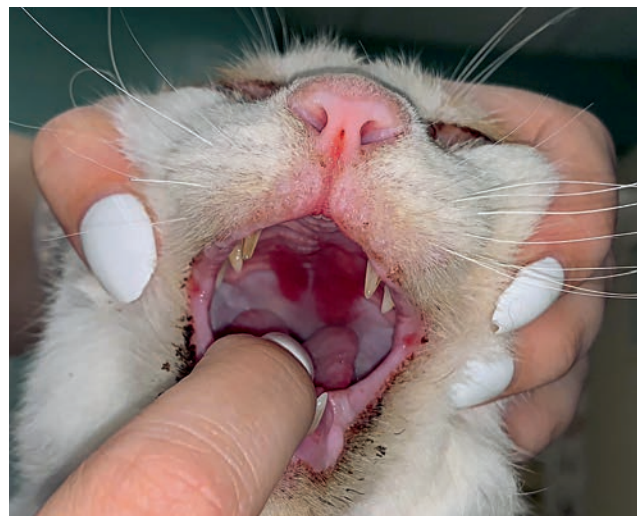
**La biopsia de las lesiones ulceradas casi nunca es útil, por lo que es preciso realizar una búsqueda cuidadosa para encontrar lesiones primarias recientes y considerar, entonces, realizar una biopsia cutánea.**

Este capítulo se centrará especialmente en las enfermedades inmunomediadas y autoinmunitarias que pueden cursar como procesos ulcerativos.

## Vasculitis

La vasculitis es el resultado de un proceso inflamatorio dirigido a los vasos sanguíneos. Dependiendo del tamaño de los vasos sanguíneos afectados, los signos clínicos varían desde la formación de pequeñas úlceras punteadas hasta la aparición de lesiones ulceradas de gran tamaño. Las zonas corporales más habitualmente afectadas suelen ser las extremidades.

La vasculitis es una reacción de hipersensibilidad de tipo III frente a algunos desencadenantes antigénicos, que pueden ser microorganismos infecciosos, fármacos o vacunas, o derivar de procesos autoinmunitarios. La hipersensibilidad de tipo III da lugar al depósito de inmunocomplejos antígeno-anticuerpo, con la cascada



**Figura 11.11.** Lesiones ulcerativas en la cavidad oral asociadas a una alergia alimentaria.

inflamatoria y el daño tisular consiguientes. La vasculitis puede ser solo subcutánea o afectar también a otros órganos, como el riñón y las articulaciones.

La administración de la vacuna contra la rabia se ha asociado a la aparición de vasculitis, aunque muchas otras inyecciones o fármacos administrados por otras vías pueden también causarla. Las sulfonamidas potenciadas son un ejemplo de fármacos que se sabe que pueden generar reacciones de hipersensibilidad, incluyendo reacciones de tipo III. Otros fármacos desencadenantes son con frecuencia las cefalosporinas y los antiinflamatorios no esteroideos. Incluso los alimentos pueden desencadenar una vasculitis, aunque no es una presentación común de la hipersensibilidad alimentaria (fig. 11.11). Las lesiones ulcerativas de la piel se observan con frecuencia en la punta de las orejas (fig. 11.12), la cara, el extremo de la cola y las almohadillas plantares.

En los pacientes de edad avanzada, debe tenerse en cuenta la posibilidad de que una enfermedad neoplásica sea la desencadenante de la vasculitis. En algunos casos en los que no se identifica ningún factor desencadenante claro, la vasculitis puede deberse a un proceso autoinmunitario subyacente. Por otra parte, la vasculitis puede ser también el resultado de enfermedades infecciosas, como por ejemplo las transmitidas por garrapatas. Por ello, es importante tener en cuenta el estilo de vida del animal y el riesgo potencial de picaduras de garrapatas o de exposición a agentes infecciosos. Para un enfoque sistemático de la vasculitis, consulte la **figura 11.13**.

Es esencial realizar una anamnesis exhaustiva, ya que en la mayoría de los casos el contacto con el antígeno responsable se ha producido en las 2-4 semanas anteriores.

Hay que tener en cuenta que el hecho de que un fármaco haya sido tolerado en el pasado no significa que no deba considerarse como sospechoso en la actualidad, ya que las hipersensibilidades tardan en desarrollarse y es necesaria una exposición previa.

La vasculitis puede ser una enfermedad cutánea o sistémica, dependiendo de dónde se localizan los vasos sanguíneos afectados. Además de la piel, otras zonas que suelen estar afectadas son las articulaciones y los riñones. Como parte de la evaluación general, se recomienda realizar un hemograma completo y un panel bioquímico junto con un análisis de orina. En la piel, la lesión inicial es una mácula, seguida de lesiones ulcerosas producidas por una necrosis local. El diagnóstico definitivo de la vasculitis se realiza a partir de una biopsia de la piel, que es mejor llevar a cabo en una fase temprana de la enfermedad y en lesiones de aparición reciente. Una vez establecido el diagnóstico de la vasculitis, el clínico debe identificar el factor desencadenante.

El tratamiento sintomático de la vasculitis suele incluir el uso de glucocorticoesteroides y pentoxifilina, a menos que estén contraindicados, y, obviamente, debe eliminarse el factor que haya actuado como desencadenante. Por lo general, la dosis de glucocorticoesteroides que se emplea se encuentra entre la antiinflamatoria y la inmunosupresora. Por ejemplo, en el caso de la prednisona, la dosis de inducción es de 2-3 mg/kg/día. La fase de inducción es por norma general de entre 7 y 10 días, y va seguida de una pauta de dosis decrecientes a lo largo de 4-6 semanas. La duración y la dosis final dependen de la identificación correcta del factor desencadenante y de su eliminación. Algunos casos no requieren un tratamiento a largo plazo una vez eliminado el factor



**Figura 11.12.** Lesiones ulcerativas compatibles con vasculitis en la cara y los extremos de las orejas. En este caso no pudo identificarse el factor desencadenante.

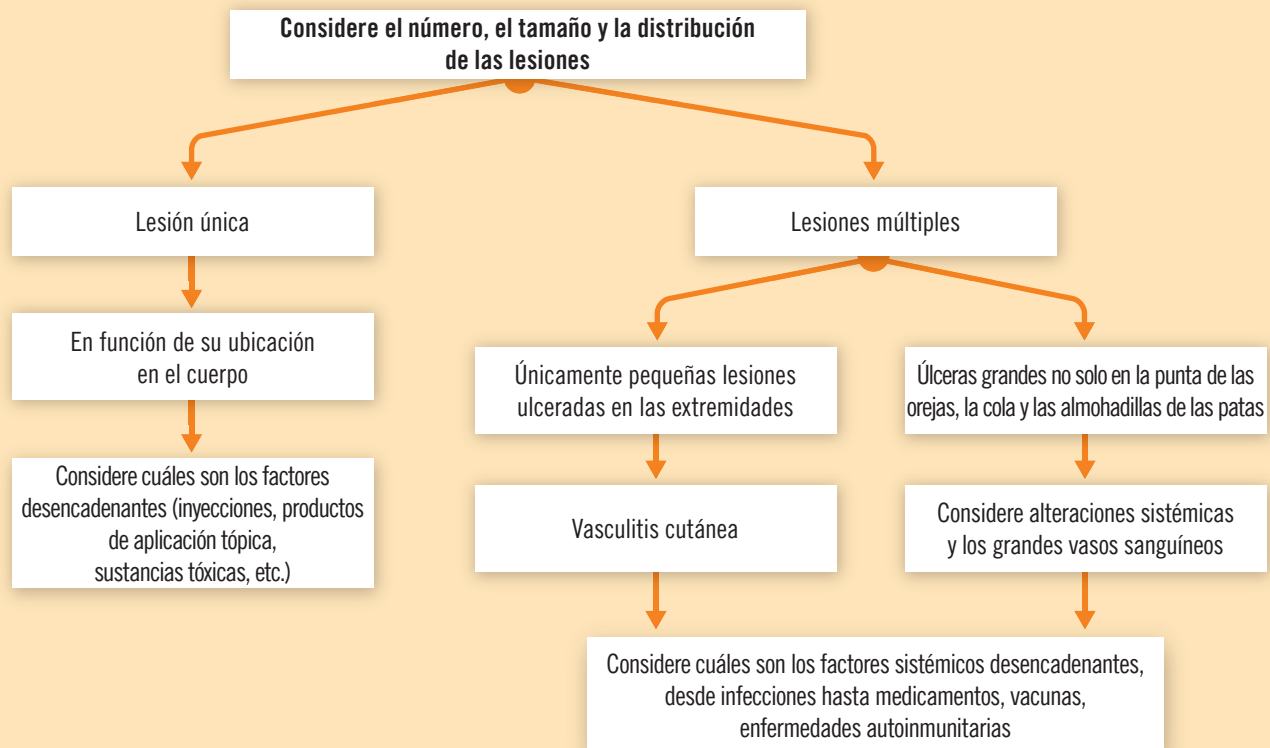


Figura 11.13. Abordaje sistemático de la vasculitis.

desencadenante, mientras que otros parecen tener un curso autopropagante y la eliminación del factor desencadenante puede no ser suficiente para poder suspender la medicación por completo. Estos casos requieren medicación a largo plazo y, en última instancia, no es posible identificarlos hasta que se intenta reducir y suspender el tratamiento.

Otro de los fármacos usados para el tratamiento de la vasculitis es la pentoxifilina, si bien en gatos no se utiliza tan frecuentemente como en otras especies. El inicio de su eficacia (2-3 semanas) es más tardío en comparación con el de los glucocorticoides, pero puede considerarse como una opción para reducir la necesidad y la dosis de glucocorticoides. Algunos gatos son muy sensibles a la pentoxifilina y pueden presentar irritabilidad y eritema cutáneo cuando se les administra. Aunque no se han llevado a cabo estudios farmacocinéticos de la pentoxifilina en gatos, la dosis inicial que se utiliza habitualmente es de 10 mg/kg dos veces al día. Como la presentación de la pentoxifilina es en comprimidos de 400 mg, es preciso preparar cápsulas del fármaco con dosis menores. La pentoxifilina no tiene una buena palatabilidad para los gatos en su presentación en polvo o en suspensión.

Otra opción que puede tenerse en cuenta para reducir la administración de corticosteroides es la ciclosporina. La dosis a la que se utiliza es la misma que para las alergias cutáneas (7 mg/kg una vez al día como dosis inicial, intentando después administrarla a días alternos alternándola con los glucocorticoides). En la experiencia de la autora, la ciclosporina en monoterapia no resulta suficiente para controlar los signos. Aunque el oclacitinib se ha utilizado en algunos casos de vasculitis en perros, su uso en gatos no está bien investigado y no se recomienda en este momento.

De forma anecdótica, el oclacitinib se ha utilizado *off-label* (no recogido en la ficha técnica) como tratamiento complementario para la vasculitis. No obstante, la autora no ha obtenido éxito con esta estrategia, por lo que no la recomienda.

## Eritema multiforme

El término eritema multiforme se utiliza para describir un síndrome clínico caracterizado por la aparición de máculas con una zona central más clara (también llamadas lesiones

en diana), así como de lesiones ulcerativas que pueden afectar al cuerpo y a la cavidad oral, y que se caracterizan por alteraciones específicas a nivel histopatológico.

Dado que estas alteraciones ocurren en la epidermis, resulta vital realizar una biopsia de una lesión que no esté ulcerada. Los cambios histopatológicos característicos del eritema multiforme incluyen apoptosis de los queratinocitos de la epidermis, degeneración hidrópica de los queratinocitos basales y espongirosis. La totalidad de estas alteraciones se produce en la epidermis, por lo que la biopsia de las lesiones no ulceradas es crucial para hacer un diagnóstico histológico del eritema multiforme.

Se trata de un síndrome clínico inmunomediado, por lo que el diagnóstico de eritema multiforme no es un diagnóstico de una etiología concreta, sino más bien una indicación para que el clínico busque un desencadenante subyacente. Si bien en muchos casos puede tratarse de fármacos o vacunas, en los pacientes de edad avanzada también puede tratarse de una neoplasia.

Algunos casos de eritema multiforme son autolimitantes, mientras que otros progresan rápidamente, posiblemente porque no se identifica el factor desencadenante y el sistema inmunitario sigue reaccionando contra él. Además de evitar el antígeno responsable, en muchos casos es importante desactivar la respuesta inmunitaria descontrolada. Para ello suele emplearse un ciclo de glucocorticoesteroides, junto con otros fármacos que permiten reducir su uso. El beneficio más inmediato se consigue con el uso de glucocorticoesteroides. En los casos graves, puede existir el riesgo de aumentar la posibilidad de infecciones, por lo que es prudente utilizar también un antibiótico, distinto de cualquiera que se haya prescrito anteriormente para evitar cualquier posible reacción cruzada. Por ejemplo, si se sospecha una reacción a una cefalexina, pueden seleccionarse fármacos de una clase diferente, como la clindamicina, y deben evitarse otras cefalosporinas.

## Necrólisis epidérmica tóxica

La necrólisis epidérmica tóxica (NET) es la forma más grave de reacción medicamentosa e implica una necrosis aguda de todo el grosor de la piel. En este síndrome, las reacciones se desarrollan rápidamente y son graves, lo que lleva al desprendimiento de grandes áreas de la piel, incluidas las uñas y cualquier zona expuesta a la fricción. Es de vital importancia la identificación del factor desencadenante. La mortalidad es alta si no se trata de forma agresiva y rápida.

Las lesiones ulcerativas son el resultado de la necrosis aguda de la piel. Esta enfermedad afecta tanto a la piel como a la cavidad oral y a las uniones mucocutáneas.

El diagnóstico suele realizarse mediante una biopsia, pero en la práctica esto no siempre es posible debido a que las lesiones se desarrollan de forma tan aguda y progresan tan rápidamente, que, a veces, obliga a los clínicos a decidir el tratamiento antes de disponer de los resultados de la biopsia.

Al igual que en el caso del eritema multiforme, el tratamiento consiste en glucocorticoesteroides a dosis inmunosupresoras y antibióticos de amplio espectro para cubrir el alto riesgo de infecciones bacterianas graves y desarrollo de sepsis. Deben aplicarse cuidados de apoyo para reponer los líquidos perdidos debido a la gran alteración de la función de barrera de la piel.

## Pénfigo vulgar

El pénfigo vulgar es muy poco frecuente y consiste en una reacción autoinmunitaria contra las desmogleínas situadas en los niveles inferiores de la epidermis. Al igual que otros pénfigos, consiste en una reacción de hipersensibilidad de tipo II con la consiguiente reacción citotóxica. La lesión primaria es una bulla que es transitoria y se rompe rápidamente dejando una úlcera. La cavidad oral es una de las primeras áreas que resultan afectadas, y las lesiones a este nivel provocan anorexia y frecuentemente sialorrea. Como ocurre con otras enfermedades autoinmunitarias, el pénfigo vulgar tiene un curso intermitente, con periodos de mejora alternados con periodos de exacerbación. La profundidad de las lesiones explica que los pacientes presenten fiebre, anorexia y una afectación del estado general. Además, puede producirse el desprendimiento de las uñas y las almohadillas plantares, debido al estado de vulnerabilidad de la piel. El pénfigo vulgar puede ser idiopático o desencadenado por un antígeno, que puede ser un fármaco, una vacuna o una enfermedad neoplásica.

El diagnóstico se realiza mediante la biopsia de las lesiones primarias, como las máculas y las vesículas, antes de que se rompan. La biopsia de una lesión ulcerada no resulta de utilidad, ya que en ella falta la epidermis, que es donde se evidencian los cambios patognomónicos de desprendimiento y presencia de células acantolíticas. El tratamiento consiste en el uso de glucocorticoesteroides a dosis inmunosupresoras y de un fármaco que permita reducir el uso de corticoesteroides, como el clorambucilo. Dado que el fármaco que permite reducir el uso de corticoesteroides

requiere algunas semanas para tener un efecto clínico, en el primer mes de tratamiento la remisión depende en gran medida de los glucocorticoesteroides. Es necesario hacer un seguimiento cuidadoso del paciente para evitar el desarrollo de úlceras y diabetes. También resulta útil prescribir un antibiótico de amplio espectro para combatir las infecciones secundarias de la piel y del tracto urinario, ya que el paciente está inmunodeprimido. El pronóstico es reservado, dado que muchos pacientes requieren dosis tan altas de glucocorticoesteroides que suelen acabar desarrollando diabetes.

### Penfigoide bulloso

El pénfigo bulloso es muy similar al pénfigo vulgar desde el punto de vista clínico. Es una enfermedad muy poco frecuente e implica una reacción autoinmunitaria frente a la membrana basal. No obstante, a diferencia de lo que ocurre en el pénfigo vulgar, no se observan células acantolíticas en el estudio histopatológico. La cavidad oral suele ser una de las primeras áreas afectadas. Las lesiones primarias, consistentes en bullas, son transitorias y rápidamente son reemplazadas por lesiones ulcerativas. Los pacientes presentan anorexia, sialorrea y una afectación sistémica de su estado general. También se ven afectadas las zonas en las que existe fricción y las uñas se desprenden con facilidad. Estos pacientes están sistemáticamente enfermos, babean y son anoréxicos.

El tratamiento es el mismo que en el caso del pénfigo vulgar, y el pronóstico es reservado.

### Lupus eritematoso sistémico

Se trata de una enfermedad autoinmunitaria que afecta a múltiples órganos y que cuando afecta a la piel puede dar lugar a vasculitis y lesiones ulcerativas. Las lesiones primarias son muy transitorias y consisten en bullas y vesículas (fig. 11.5) que son de duración muy breve y se sustituyen rápidamente por lesiones ulcerativas. La biopsia precoz de las lesiones intactas ofrece las mayores posibilidades de llegar a un diagnóstico definitivo. La cavidad oral se ve afectada con frecuencia.

El tratamiento consiste en una combinación de glucocorticoesteroides y otros fármacos que permiten su uso. Las decisiones terapéuticas deben tener en cuenta qué órganos están afectados en cada paciente a fin de minimizar la toxicidad. Por ejemplo, los pacientes con

afectación renal no deben recibir medicamentos que se sabe que causan toxicidad renal. En estos casos, resulta fundamental realizar un seguimiento estrecho del animal durante las primeras semanas o meses, ya que se necesitan modificaciones en las dosis.

Es muy importante diferenciar entre enfermedades autoinmunitarias y enfermedades víricas, pues en ambos casos pueden observarse lesiones ulcerosas y la inmunosupresión farmacológica estaría contraindicada en los casos en los que hay infección vírica.

### Enfermedad ulcerativa idiopática

Esta rara enfermedad del gato cursa con lesiones ulcerativas en la zona dorsal del cuello (figs. 11.14 y 11.15). Se trata de una enfermedad poco conocida que se especula que puede estar desencadenada por la administración de inyecciones o por la aplicación tópica de productos antipulgas. Sin embargo, en muchos casos, no se puede identificar un factor desencadenante concreto y estos pacientes presentan lesiones ulcerosas pruriginosas persistentes (véase el capítulo sobre enfermedades pruriginosas). Se ha investigado la posibilidad de que protozoos del género *Leishmania* actúen como factor desencadenante de esta enfermedad, pero no ha podido demostrarse su papel. De forma anecdótica, el uso de gabapentina puede considerarse para aliviar el prurito y la posible alteración de la sensibilidad en la zona (que en algunos casos puede llevar a la automutilación). También de forma anecdótica, se ha descrito que el topiramato, un fármaco utilizado como anticonvulsivo, puede revestir alguna utilidad para el tratamiento de este trastorno poco conocido.

### Úlceras indolentes

Se trata de una de las manifestaciones del complejo del granuloma eosinofílico (véase el capítulo sobre el complejo del granuloma eosinofílico). Las úlceras aparecen en el labio superior y suelen ser no dolorosas y no pruriginosas (figs. 11.16 y 11.17). Son una manifestación de una enfermedad alérgica, frecuentemente a las pulgas. Se especula que la localización de las lesiones en el labio superior puede ser el resultado de la exposición epicutánea al alérgeno debido al comportamiento de acicalamiento de los gatos, que los hace propensos a contactar con el alérgeno de las pulgas en los labios y la boca mientras se acicalan.



**Figura 11.14.** Lesiones ulcerativas idiopáticas en la zona dorsal del cuello.



**Figura 11.15.** Lesiones ulcerativas idiopáticas en la zona dorsal del cuello. Se sospechó una reacción a la aplicación tópica de un producto antipulgas. El prurito extremo se asoció con la lesión.

## Síndrome de fragilidad cutánea

Se han comunicado casos de excesiva fragilidad de la piel y propensión a la formación de lesiones ulcerativas en gatos

como resultado del uso exógeno de glucocorticosteroides y en asociación con síndrome de Cushing endógeno. Muchos de estos gatos son diabéticos y también son propensos al desarrollo de infecciones secundarias. En estos gatos, la piel es muy fina y tiende a desgarrarse fácilmente cuando se manipula (figs. 11.18 y 11.19).



**Figura 11.16.** Úlceras indolentes en un paciente con alergia a las pulgas. Las lesiones son no dolorosas y no pruriginosas.



**Figura 11.17.** Primer plano del mismo paciente de la figura 11.16. La mayoría de los casos son bilaterales y el margen de las úlceras está claramente delimitado.



**Figura 11.18.** Paciente diagnosticado de diabetes *mellitus* en el que la piel se volvió muy fina y con tendencia a desgarrarse con facilidad, lo que provocó la aparición de grandes zonas ulceradas y heridas sin capacidad de cicatrización.



**Figura 11.19.** Paciente que desarrolló fragilidad cutánea como consecuencia de un tratamiento con glucocorticoides. En este paciente, la más mínima manipulación y tracción de la piel provocaba la formación de lesiones ulcerativas.

### INFORMACIÓN A RETENER

- Las lesiones ulcerativas son lesiones secundarias que pueden aparecer en los gatos por muchas razones distintas.
- La anamnesis, la distribución de las lesiones y la localización de lesiones primarias pueden ayudar a los clínicos a clasificar la larga lista de diagnósticos diferenciales para identificar la enfermedad subyacente. La identificación del factor desencadenante es crucial para tratar adecuadamente estos casos.
- La biopsia de zonas con la epidermis intacta es esencial para obtener un diagnóstico histopatológico.
- Dado que muchas enfermedades son de hecho síndromes con muchos posibles factores desencadenantes, es fundamental disponer de información precisa sobre la exposición a fármacos, vacunas y posibles enfermedades infecciosas.

## Referencias bibliográficas útiles

**DI MATTIA D, FONDEVILA D, ABRAMO F** et al. A retrospective histopathological, immunohistochemical and molecular study of the presence of *Leishmania* spp. in the skin of cats with head and neck ulcerative dermatitis. *Vet Dermatol*. 2018;29(3):212-e76.

**GRANT D, RUSBRIDGE C.** Topiramate in the management of feline idiopathic ulcerative dermatitis in a two-year-old cat. *Vet Dermatol*. 2014 Jun;25(3): 226-e60.

**INNERÁ M.** Cutaneous vasculitis in small animals. *Vet Clin North Am Small Anim Pract*. 2013 Jan;43(1):113-34.

**MUELLER R, BOEHM TMSA, KLINGER CJ**, et al. Targeting the skin - erythema multiforme in dogs and cats. *Tierarztl Prax Ausg K Kleintiere Heimtiere*. 2017;45(5):352-356.

**SPATERNA A, MECHELLI L, RUECA F**, et al. Feline idiopathic ulcerative dermatosis: three cases. *Vet Res Commun*. 2003 Sep; 27 Suppl 1:795-8.