

CORNER DIAGNOSTICO

Dermatologia



Miglior Caso Clinico presentato all'incontro SIDEV del 30 marzo 2018



SIDEV
SOCIETÀ ITALIANA DI DERMATOLOGIA
VETERINARIA

Alessandra M. Cucco,
DVM, Clinica Veterinaria Colombo, Lido di Camaiore
alessandram.cucco@gmail.com

Chiara Brachelente,
DVM, PhD, ECVP, Università di Perugia, Perugia

Alessandra Fondati,
DVM, PhD, ECVD, Roma, Lido di Camaiore

PRESENTAZIONE CLINICA

Bea, una gatta europea sterilizzata di 13 anni, viene portata alla visita per un problema di eccessivo leccamento presente da 4 anni. Il proprietario riferisce che un anno prima era comparsa un'ulcera sulla spalla sinistra che nonostante alcuni trattamenti topici non migliorava, per cui, per limitare il leccamento, la gatta vive con fasciatura e collare elisabetiano. Bea mangia con appetito, è vivace e non manifesta altri segni clinici.

All'esame fisico generale si riscontra linfoadenomegalia prescapolare sinistra, mentre all'esame dermatologico si osserva un'ampia area di alopecia parziale nella regione scapolare sinistra associata ad eritema, iperpigmentazione, scaglie, ulcere, croste ed aree cicatriziali (Figure 1 e 2). Si evidenzia anche alopecia autoindotta ventrale. Per tutta la durata della visita la gatta continua a leccarsi la spalla sinistra (Video 1).

- 1) Qual è il problema dermatologico di Bea?
- 2) Quali sono le diagnosi differenziali?
- 3) Come si procede?



Figura 1 - Regione scapolare sinistra con alopecia parziale, eritema, iperpigmentazione, scaglie, ulcere e cicatrici raggriate.



Figura 2 - Veduta ravvicinata della Figura 1: alopecia, scaglie, cicatrici e ulcera a contorno frastagliato.



Video 01
Il gatto si lecca in modo ripetuto e continuato durante la visita
<https://www.scivac.it/it/v/17406/1>

Risposte alle pagine successive

Tabella 1 - Classificazione eziologica proposta per il prurito nel gatto. Adattato da Olivry e Baeumer, 2017	
Tipo di prurito	Malattia
Dermatologico (che origina da una malattia della cute)	Ectoparassitosi e dermatofitosi Dermatiti allergiche (es. sindrome atopica felina) Neoplasie (es. linfoma, mastocitoma)
Neurologico (che origina da disordini del sistema nervoso centrale o periferico)	Es. sindrome dell'iperestesia felina, sindrome felina del dolore orofacciale
Psicogeno (che origina da disturbi del comportamento)	Es. alopecia autoindotta

- 1) Il problema di Bea è rappresentato da manifestazioni cliniche riconducibili a prurito, ma è da valutare se è il prurito a causare le lesioni, oppure se sono le lesioni a causare il prurito, che quindi è secondario.
- 2) Adattando al gatto lo schema di classificazione del prurito proposto da Olivry e Baeumer¹ per il cane (Tabella 1), le diagnosi differenziali per il prurito come causa delle lesioni comprendono il prurito neurologico e il prurito psicogeno. Per il prurito secondario alle lesioni viene considerato il prurito dermatologico indotto da dermatite allergica, anche se meno probabile dato il leccamento confinato alla sola spalla sinistra, e da malattie non allergiche quali dermatofitosi, demodicosi, linfocitosi cutanea e mastocitoma.
- 3) Per escludere malattie infettive si effettua l'esame microscopico del pelo che evidenzia punte spezzate ed assenza di elementi fungini o acari. Si esegue quindi l'esame citologico di un'ulcera in cui si os-

servano macrofagi, neutrofilo e numerosi linfociti, e del linfonodo prescapolare sinistro in cui si evidenzia un quadro reattivo.

L'esame neurologico eseguito per valutare una componente neuropatica del prurito dà esito negativo permettendo di escludere questa ipotesi.

Quindi si esegue un profilo emato-biochimico-urinario che come unica alterazione evidenzia linfocitosi (9660/ μ L, intervallo di riferimento = 850-5850) e un ELISA su siero per FIV-FelV che risulta negativo. Durante il prelievo di sangue si verifica la lacerazione spontanea della cute in corrispondenza della spalla sinistra, quindi, allo scopo di valutare la presenza di lesioni in organi interni associate a fragilità cutanea acquisita, viene eseguita un'ecografia addominale che risulta nella norma.

Infine, si effettuano biopsie della cute lesa della regione scapolare sinistra, e di cute clinicamente normale della regione scapolare controlaterale. All'esame istopatologico della cute lesionale viene osservata un'infiltrazione dermica diffusa di piccoli linfociti con nucleo rotondo od ovalare, citoplasma chiaro, aspetto omogeneo e numero di mitosi pari a 0-1 per 10 campi ad elevato ingrandimento. I linfociti presentano occasionale epiteliotropismo (Figura 3). Anche nel campione di cute macroscopicamente normale si riscontra un'infiltrazione linfocitaria dermica, seppur più superficiale e perivasale, con linfociti con caratteristiche sovrapponibili a quanto descritto per la cute lesionale (Figura 4). Le indagini immunohistochimiche identificano linfociti T (CD3+) come immunofenotipo linfocitario predominante (Figura 3, inserto a). Tra questi si osservano aggregati di linfociti B (CD20+) (Figura 3, inserto b). Anche nel campione di cute sana si osservano prevalentemente linfociti CD3+ (Figura 4, inserto). Le lesioni istologiche risultano quindi compatibili con linfocitosi cutanea. In nessuno dei campioni vengono osservate anomalie del collagene dermico indicative di possibile fragilità cutanea.

In attesa dei risultati dell'esame istopatologico viene suggerito l'utilizzo di una maglia di cotone e di un collare elisabetiano imbottito, e viene prescritto gabapentin alla dose di 100 mg ogni 12 ore. Dopo l'esito

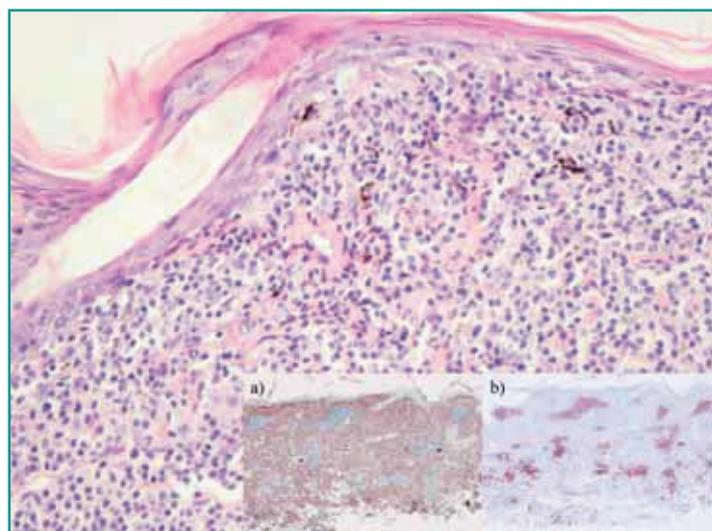


Figura 3 - Esame istopatologico della cute lesionale: infiltrazione dermica diffusa di piccoli linfociti con scarsi criteri di atipia morfologica ed occasionale epiteliotropismo per epidermide ed infundibolo follicolare (Ematossilina-Eosina, 40X). Negli inserti l'immunohistochimica dimostra una infiltrazione diffusa di linfociti T (a, immunohistochimica per CD3, 4X) con aggregati multifocali di linfociti B (b, immunohistochimica per CD20, 4X).

della biopsia vengono associati glucocorticoidi orali (1 mg/kg di metilprednisolone ogni 24 ore, sostituito poi da 0,2 mg/kg di desametasone ogni 48 ore). Dopo 2 mesi di terapia le lesioni appaiono migliorate e Bea non porta più il collare. Il pelo è ricresciuto, l'eritema è lieve e non sono più presenti scaglie e ulcere (Figura 5). Inoltre, la zona di cute inalterata in cui erano presenti lesioni istologiche di linfocitosi persiste clinicamente normale.

A 11 mesi dalla diagnosi le condizioni generali e cutanee della gatta permangono buone.

DISCUSSIONE

La linfocitosi cutanea felina è un disordine linfoproliferativo che si osserva prevalentemente in animali adulti/anziani e si caratterizza per la lenta progressione e variabile risposta alla terapia.^{2,3} L'eziologia non è nota e non è stata dimostrata relazione con l'infezione da FeLV. Il principale problema diagnostico, e prognostico, è relativo alla differenziazione con il linfoma cutaneo in quanto le caratteristiche cliniche ed immunopatologiche delle due malattie possono essere sovrapponibili. Neanche gli studi di clonalità consentono questa differenziazione non permettendo di stabilire la malignità delle lesioni e quindi di prevederne l'evoluzione.⁴

Nel caso della gatta Bea l'interpretazione di alcuni segni clinici è risultata complessa. Se infatti da un lato la durata del problema, l'alopecia autoindotta ed il leccamento insistente in una regione limitata del corpo erano suggestivi di prurito psicogeno o neurologico quale causa delle lesioni, dall'altro la presenza delle scaglie, il contorno frastagliato delle ulcere e la presenza di numerosi linfociti all'esame citologico rimandavano ad una malattia dermatologica con prurito determinato dalle lesioni stesse, e quindi secondario.

Un altro aspetto peculiare di questo caso è stato il riscontro clinico di fragilità confinato alla cute lesionale. Non essendo state visualizzate le alterazioni istopatologiche normalmente associate alla fragilità cutanea acquisita, è possibile speculare che la fragilità, limitata in questo caso alla cute lesionale, sia da attribuire a cause diverse dalle alterazioni del collagene tipiche della fragilità cutanea; la presenza del denso infiltrato linfocitario ha comunque ostacolato la visualizzazione del tessuto connettivale sottostante. Anche il riscontro istologico di lesioni compatibili con linfocitosi in cute clinicamente normale non è mai stato riportato in letteratura scientifica e rappresenta un'ulteriore peculiarità di questo caso.

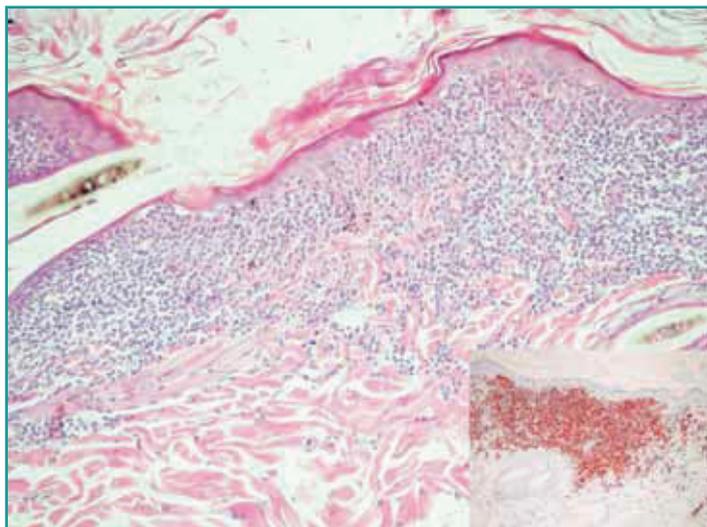


Figura 4 - Esame istopatologico della cute clinicamente normale: nel derma si osserva una diffusa infiltrazione di linfociti (Ematossilina-Eosina, 20X) che l'esame immunocistochemico evidenzia come prevalentemente rappresentati da linfociti T (inserto: immunocistochemica per CD3, 20X).



Figura 5 - Regione scapolare sinistra (2 mesi di terapia): ricrescita del pelo, lieve eritema ed assenza di scaglie e ulcere.

BIBLIOGRAFIA

1. Olivry T, Baeumer W. Treatment of itch in dogs: a mechanistic approach. *Veterinary Dermatology* 28:63-70, 2017.
2. Pariser MS, Gram DW. Feline cutaneous lymphocytosis: case report and summary of the literature. *Journal of Feline Medicine and Surgery* 16:758-763, 2014.
3. Rook KA. Canine and Feline Cutaneous Epitheliotropic Lymphoma and Cutaneous Lymphocytosis. *Veterinary Clinics of North America. Small Animal Practice* 49:67-81, 2019.
4. Gilbert S, Affolter VK, Schmidt P *et al.* Clonality studies of feline cutaneous lymphocytosis. *Veterinary Dermatology* 15 (Suppl. 1):24, 2004.