

CORNER DIAGNOSTICO

Dermatologia



Nicla Furiani, Med Vet, Dipl ECVD
Studio di Dermatologia Veterinaria,
Perugia, Ospedale Veterinario
I Portoni Rossi, Bologna

Chiara Brachelente,
Med Vet, Dipl ECVP
Dipartimento di Medicina Veterinaria,
Università degli Studi di Perugia,
Perugia

PRESENTAZIONE CLINICA

Un cane di razza Setter inglese, femmina intera, di 5 anni viene portato in visita per la presenza di lesioni rilevate sulla faccia interna di entrambi i padiglioni auricolari non associate a prurito. Il proprietario riferisce che l'autunno precedente l'animale è stato trattato con griseofulvina per una dermatofitosi caratterizzata da aree alopeciche associate a scaglie e croste distribuite sui padiglioni auricolari, sulla testa e sul tronco. Dopo alcune settimane di terapia tutte le lesioni si sono risolte tranne quelle sulla faccia interna dei padiglioni auricolari. In questa sede è stata quindi applicata una pomata a base di clotrimazolo 1% per oltre due mesi senza miglioramento. Nello stesso periodo è stata eseguita una sierologia per *Leishmania* risultata negativa.

Il cane, che è utilizzato per la caccia, vive in un box esterno, è regolarmente vaccinato, riceve una profilassi mensile per pulci e zecche ed è alimentato con diete commerciali.

L'esame obiettivo generale è nella norma. All'esame dermatologico si osservano, sulla faccia interna della porzione apicale dei padiglioni auricolari, aree alopeciche con papule e placche associate a lieve eritema, scaglie adese giallastre ed alcune croste (Figura 1). Viene così eseguito un esame citologico dalle lesioni papulari e dalle placche con il quale si evidenzia la presenza di un moderato infiltrato infiammatorio misto, costituito da linfociti, monociti, alcuni neutrofili e rari eosinofili. Si prescrivono applicazioni locali giornaliere di una soluzione a base di clorexidina 4% e una pomata a base di fluocinolone 0,01% e viene fissata una visita di controllo per la settimana successiva. Il proprietario non potendo tornare al controllo imposta solo la terapia antisettica e dopo un mese riferisce che le scaglie e le croste si sono ridotte ma che le placche persistono. Si concorda pertanto di applicare la sola pomata cortisonica e di rivedere il cane dopo cinque giorni. Al quarto giorno il proprietario riporta il cane per un marcato peggioramento delle lesioni cutanee. L'esame obiettivo generale è nella norma mentre all'esame dermatologico si osservano erosioni, ulcere e croste ben circoscritte in corrispondenza delle aree con papule e placche trattate con cortisone locale (Figura 2). Il quadro dermatologico iniziale di dermatite papulare con placche si è modificato in una dermatite erosivo-ulcerativa-crostosa.

- 1) In base ai dati anamnestici e al quadro clinico presentato alla prima visita dermatologica (Figura 1), quali sono le principali diagnosi differenziali e quale esame complementare è necessario per formulare la diagnosi?
- 2) L'evoluzione del quadro clinico (Figura 2) a seguito dell'applicazione di un cortisonico locale cosa suggerisce?

Risposte alle pagine successive

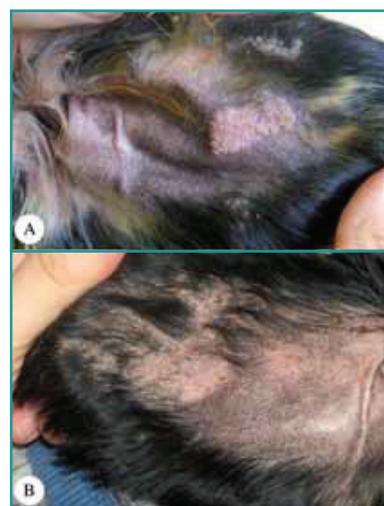


Figura 1 - Aree alopeciche con papule e placche ipercheratosiche sulla faccia interna del padiglione auricolare sinistro (A) e destro (B).



Figura 2 - Lesioni ulcerativo-crostose sul padiglione sinistro (A) e destro (B) sulle cui precedenti lesioni (papule e placche) è stata applicata la pomata cortisonica.



Figura 3 - Immagine microscopica. Diffusa ed irregolare iperplasia dell'epidermide con ipercheratosi diffusa di tipo ortocheratosico e focale paracheratosi, associata a spesse croste sierocellulari (Ematossilina-Eosina, 2X).

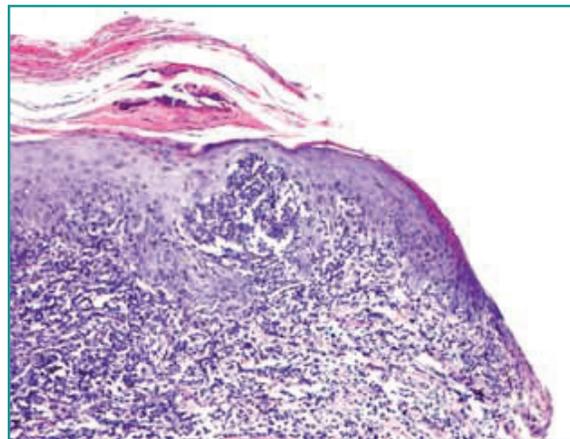


Figura 4 - Immagine microscopica. Presenza di pustole intraepidermiche ripiene di granulociti neutrofili degenerati e non, frammentati a detriti cellulari e di un infiltrato dermico da interstiziale a diffuso, di tipo misto (Ematossilina-Eosina, 10X).

1) Le principali diagnosi differenziali in questo caso sono reazione a farmaco, dermatosi (o cheratosi) lichenoidale, infezione virale, dermatosi lichenoidale psoriasiforme dello Springer spaniel inglese e dermatosi attinica. Ciascuna di esse associata o meno a sovracrescita/infezione batterica o da lieviti. In questo caso l'ultima diagnosi differenziale viene considerata molto poco probabile per i dati anamnestici non compatibili e per le sedi coinvolte da lesioni, solitamente non esposte al sole.

L'iter diagnostico comprende l'esecuzione di esami citologici sia per apposizione (al di sotto delle scaglie) che per ago-infissione, del test con nastro adesivo e dell'esame dermatopatologico, che è l'indagine necessaria al fine di ottenere una diagnosi definitiva.

2) Il peggioramento del quadro clinico a seguito dell'applicazione di un cortisonico potente come il fluocinolone suggerisce una causa di natura infettiva batterica o virale, primaria o secondaria. Allo stesso tempo una possibile reazione avversa a farmaco, da applicazione della pomata antifungina, viene invece considerata poco probabile.

L'esame citologico eseguito alla seconda visita dermatologica rivela un importante infiltrato infiammatorio con neutrofili degenerati con numerosi cocchi intracellulari, macrofagi, alcuni dei quali fagocitanti neutrofili, linfociti e alcune plasmacellule. Non è possibile invece evidenziare nei cheratinociti alterazioni riconducibili ad una infezione virale. Si prescrive la sola terapia con cefalessina (25 mg/kg *per os* ogni 12 ore per tre settimane) e dopo pochi giorni, si procede ad eseguire una biopsia cutanea con punch da 6 mm al margine delle placche ulcerate.

L'esame dermatopatologico rivela un quadro caratterizzato da diffusi e marcati fenomeni crostosi con formazione di spesse croste sierocellulari pluristratificate con presenza di granulociti degenerati e numerose colonie batteriche.

Al margine delle aree ulcerate l'epidermide è diffusamente, irregolarmente e marcatamente iperplastica (Figura 3) con intensa esocitosi linfocitaria e neutrofilica, multifocale spongiosi ed occasionale formazione di pustole subcorneali ed intraepidermiche (Figura 4). Nel derma superficiale e medio è presente un diffuso e grave infiltrato composto prevalentemente da macrofagi e linfociti, da un numero inferiore di neutrofili e plasmacellule e rari mastociti (Figura 4). La diagnosi morfologica è di una dermatite a banda, superficiale, mista, associata ad iperplasia, ipercheratosi e pustole subcorneali/intraepidermiche.

In base ai dati clinici e di laboratorio, al quadro istologico e alla completa risposta alla terapia antibiotica effettuata (come evidenziato al controllo), viene formulata una diagnosi di dermatosi lichenoidale attribuibile ad una reazione tissutale alla presenza di infezioni stafilococciche.

La dermatosi o cheratosi lichenoidale è una rara malattia cutanea di causa e patogenesi non ben conosciute anche se i riscontri clinici ed istopatologici fanno sospettare un meccanismo immunomediato in risposta a stimoli esterni come infezioni batteriche da *Malassezia* spp. o da ectoparassiti.^{1,2} Non sono riportate chiare predisposizioni di razza, genere o sesso, anche se i cani di razza Dobermann sono spesso coinvolti. Le lesioni tendono ad avere una distribuzione simmetrica e possono osservarsi in qualunque sede corporea o anche sui soli padiglioni auricolari. Clinicamente si presenta con pa-

pule sormontate da scaglie che generalmente si uniscono a formare placche ipercheratosiche. Nei casi descritti è riportata la remissione spontanea dopo un periodo variabile da 6 mesi a 2 anni.¹ Non vi è una unica terapia riconosciuta; l'asportazione chirurgica delle lesioni focali, quando possibile, può essere risolutiva e la laser terapia può essere di beneficio. Nei casi in cui c'è risposta alla terapia antibiotica le lesioni possono tuttavia recidivare nel tempo.

La dermatosi lichenoidale presenta aspetti clinici e istologici sovrapponibili alla dermatosi lichenoidale psoriasiforme dello Springer spaniel inglese. In quest'ultima però le lesioni compaiono generalmente nei primi 4-18 mesi di vita, tendono a presentare un andamento altalenante ma progressivo e non regrediscono spontaneamente.²⁻⁴

Benché il quadro clinico sia abbastanza peculiare, la diagnosi definitiva di dermatite lichenoidale può essere raggiunta solo mediante un completo iter diagnostico e terapeutico.

BIBLIOGRAFIA

1. Miller WH, Griffin CE, Campbell LK. Miscellaneous skin diseases. In: *Muller and Kirk's: Small Animal Dermatology*, 7th ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Co. 2013; pp 700-701.
2. Gross TL, Ihrke PJ, Walder EJ, Affolter VK. Hyperplastic diseases of the epidermis. In: *Skin diseases of the dog and cat, clinical and histopathologic diagnosis*, 2nd ed. Blackwell Science Ltd, Oxford. 2005; pp 152-155.
3. Gross TL, Halliwell RE, McDougal BJ *et al.* Psoriasiform lichenoid dermatitis in the springer spaniel. *Veterinary Pathology*; 23:76-78, 1986.
4. Mason KV, Halliwell RE, McDougal BJ. Characterization of lichenoid-psoriasiform dermatosis of springer spaniel. *Journal of American Veterinary Medical Association*; 189:897-901, 1986.



DERMATOLOGIA



SIDEV

SOCIETÀ ITALIANA
DI DERMATOLOGIA VETERINARIA

SOCIETÀ FEDERATA ANMVI



Presidente 2013-2016:
FEDERICO LEONE

e-mail: mrfeleo@gmail.com



AGGIORNAMENTI IN ENDOCRINOLOGIA

Cremona, 15 Novembre 2015

Aperto ai soci SIMIV 



PREVISTE SESSIONI INTERATTIVE CON TELEVOTER

RELATORI

Ian Ramsey, MRCVS, PhD, Dipl ECVIM-CA, Glasgow (UK)
Federica Rossi, Med Vet, SVR, Dipl ECVDI, Sasso Marconi (BO)

- 08.30 Registrazione dei partecipanti
- 09.00 Ipercortisolismo o ipotiroidismo: diagnosi differenziale (Parte 1) - *I. Ramsey*
- 09.45 Ipercortisolismo o ipotiroidismo: diagnosi differenziale (Parte 2) - *I. Ramsey*
- 10.30 Pausa
- 11.00 Diagnosi di ipercortisolismo canino: non solo esami di laboratorio - *F. Rossi*
- 11.45 Terapia e monitoraggio dell'ipercortisolismo canino spontaneo: cosa c'è di nuovo? - *I. Ramsey*

- 12.30 Comunicazioni del CD SIDEV
- 13.00 Pausa pranzo
- 14.30 Ipercortisolismo iatrogeno: come trattare il paziente ed evitare brutte sorprese - *I. Ramsey*
- 15.15 Casi clinici: altre malattie endocrine canine - *I. Ramsey*
- 16.00 Casi clinici presentati dai soci SIDEV
- 17.00 Consegna degli attestati di partecipazione e chiusura dei lavori



SEDE DELL'EVENTO

Centro Studi - Palazzo Trecchi, Cremona
Via Trecchi, 20 - 26100 Cremona (CR)
Tel. +39 0372 460440 - Fax +39 0372 457091

ISCRIZIONE

L'incontro è gratuito per tutti i soci SIDEV/SIMIV in regola con l'iscrizione 2015.
NON è necessaria la pre-iscrizione.
Presentarsi in sede congressuale per la registrazione.

QUOTE DI PARTECIPAZIONE (COMPRESIVE DI IVA 22%)

- Soci SIDEV/SIMIV 2015: **GRATUITO**
- Soci SCIVAC: **€ 90,00**
- Non soci: **€ 180,00**

INFORMAZIONI

Segreteria Società Specialistiche SCIVAC
Tel. +39 0372 403509 - Fax +39 0372 403558
E-mail: socspec@scivac.it

Per ulteriori informazioni e per visualizzare i programmi definitivi e i curricula dei relatori consultare il sito www.scivac.it sezione SOCIETÀ SPECIALISTICHE