

# CORNER DIAGNOSTICO

## Dermatologia



Fabiano Necci,  
Med Vet, Libero professionista, Roma  
fabiano.necci@gmail.com

Un cane meticcio, maschio di 6 anni viene riferito per una progressiva perdita di pelo sulla regione del muso, non associata a prurito.

Il cane è regolarmente vaccinato, viene eseguita una profilassi antiparassitaria regolare, mensile con un prodotto contenente fipronil e vive prevalentemente in casa e con un gatto sano.

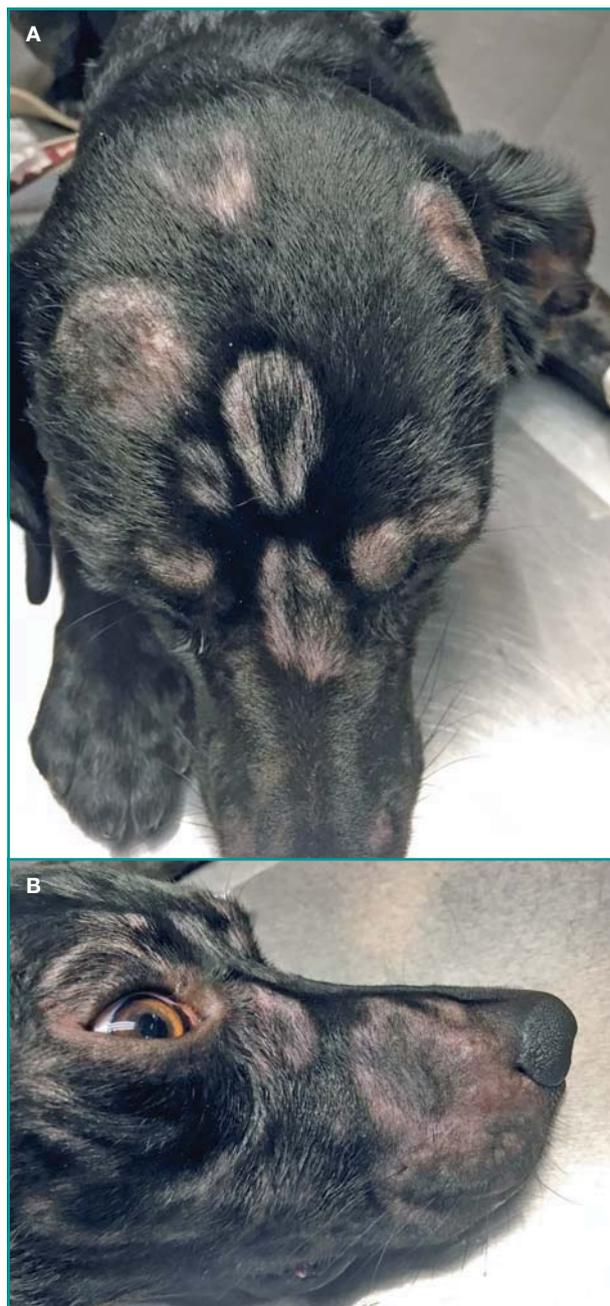
La perdita di pelo è stata progressiva negli ultimi 5 mesi, con iniziale interessamento del muso e del ponte nasale. Il paziente è stato sottoposto, prima della stessa visita dermatologica, a terapia antimicrobica (*Cefadroxil* 20 mg/kg PO sid) per 4 settimane e poi antifungina (*Itraconazolo* 5 mg/kg PO sid) per 3 settimane, senza evidente miglioramento clinico.

All'esame obiettivo generale le condizioni cliniche sono buone e non si riscontrano alterazioni delle principali funzioni organiche, mentre l'esame dermatologico evidenzia alopecia multifocale sulle regioni frontale, del ponte nasale e sul muso (Fig. 1), nonché un'area alopecica sulla zampa posteriore sinistra. In particolare, le lesioni presenti sul muso appaiono anche eritematose e lievemente rilevate alla palpazione (Fig. 2).

1. In base al quadro clinico, quali sono le diagnosi differenziali più probabili?
2. Quali esami complementari occorrono per formulare una corretta diagnosi?

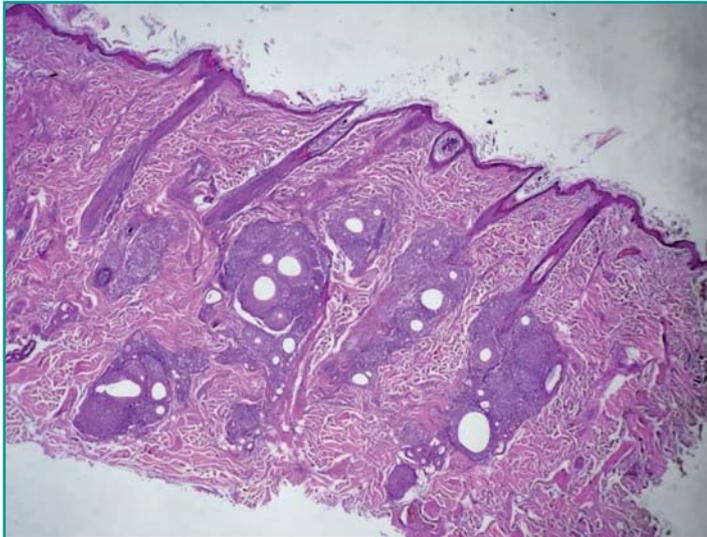


**Figura 1** - Le aree del muso appaiono alopeciche, eritematose e debolmente rilevate.



**Figura 2** - **A)** alopecia multifocale della regione frontale. **B)** alopecia, eritema della regione perioculare, ponte del naso e del muso.

Risposte alle pagine successive



**Figura 3** - Nelle sezioni esaminate l'epidermide presenta ipercheratosi ortocheratosica, mentre il derma profondo è sede di infiltrazione flogistica mista. L'infiltrato infiammatorio si dispone in sede periannessiale, organizzandosi in formazioni nodulari di varie dimensioni che raggiungono, senza tuttavia un coinvolgimento diretto, l'area bulbare. (Colorazione EE). Per gentile concessione Dr. Francesco Albanese.

Le principali diagnosi differenziali prese in considerazione sono la demodicosi, la dermatofitosi e l'alopecia areata. Gli esami microscopici dei peli, i raschiati profondi e gli scotch test<sup>®</sup> sono negativi per parassiti e/o elementi fungini. La lampada di Wood e, successivamente, l'esame colturale per funghi dermatofiti su terreno DTM/Sabouraud<sup>®</sup> risultano negativi.

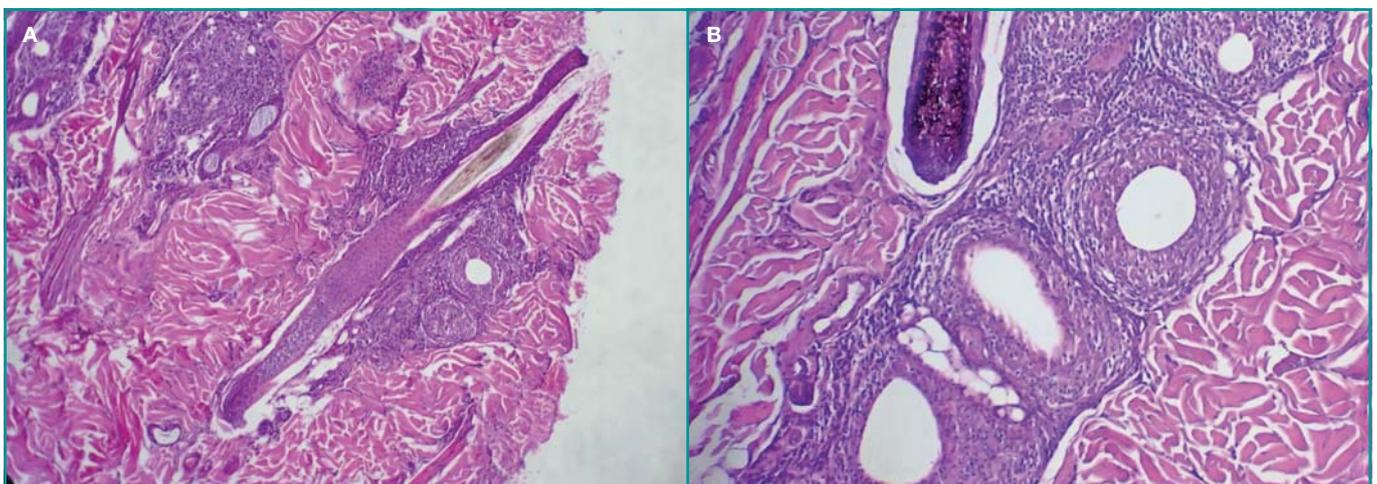
Seguendo l'iter diagnostico, si decide di effettuare un esame dermatopatologico utilizzando punch bioptici da 8-mm e direttamente dalle aree alopeciche presenti sulla regione del muso. La diagnosi morfologica è di dermatite nodulare periannessiale istiocitica-linfocitica con associata adenite sebacea. Nelle sezioni istopatologiche esaminate si osserva una ipercheratosi ortocheratosica e, nel

derma medio e profondo, un infiltrato infiammatorio organizzato in formazioni nodulari di varie dimensioni e distribuite in sede periannessiale che raggiungono, senza tuttavia un coinvolgimento diretto, l'area bulbare (Fig. 3). L'infiltrato infiammatorio è rappresentato da macrofagi epitelioidi e piccoli linfociti disposti intorno ad aree otticamente vuote verosimilmente di origine lipidica, mentre le strutture ghiandolari sebacee risultano completamente assenti e sostituite da detto infiltrato granulomatoso (Fig. 4). Considerato quindi il tipo di infiltrato, si decide di eseguire colorazioni istochimiche del tipo PAS e Ziehl-Neelsen che tuttavia non evidenziano funghi e micobatteri rispettivamente, e una PCR tissutale per leishmaniosi che risulta anch'essa negativa. A seguito della mancanza di disponibilità economica da parte dei proprietari, non è possibile richiedere un esame batteriologico su tessuto e a fresco, in quanto sarebbe necessario un nuovo esame bioptico.

Sulla base dell'aspetto istomorfologico e dell'assenza di agenti eziologici si formula una diagnosi di sindrome del granuloma sterile. Viene prescritta *Doxiciclina* (10 mg/kg PO sid) considerando la sua attività antinfiammatoria-immunomodulatrice riportata in corso di malattie granulomatose-piogranulomatose idiopatiche.

Il paziente già dopo 10 giorni di terapia mostra un netto miglioramento clinico delle lesioni, con parziale ricrescita del pelo nelle aree alopeciche (Fig. 5, 6). La terapia viene mantenuta per un periodo di 6 settimane fino a remissione completa della sintomatologia e ad oggi, a distanza di un anno, il soggetto non mostra recidive.

La sindrome del granuloma/piogranuloma sterile (SGPS) rappresenta una malattia dermatologica rara nel cane e nel gatto. Cani ad esempio di razza Alano, Boxer, Boston Terrier, Collie, Bassotti, Weimaraner, sembrano predisposti anche se può osservarsi in qualsiasi altra razza, senza una predilezione di sesso ed età<sup>1,2</sup>.



**Figura 4 (A-B)** - L'infiltrato infiammatorio si dispone intorno ad aree otticamente vuote verosimilmente di origine lipidica. Nelle sezioni esaminate le strutture ghiandolari sebacee risultano completamente assenti o sostituite da infiltrato granulomatoso. (Colorazione EE). Per gentile concessione Dr. Francesco Albanese.



**Figura 5** - Iniziale regressione delle lesioni con ricrescita del pelo nelle aree alopeciche a carico della regione frontale e ponte del naso.

I quadri clinici dermatologici variano dal papulo-nodulare al nodulare, con noduli di varie dimensioni che possono anche confluire e ulcerarsi. Le sedi di lesione più frequentemente coinvolte sono la facciale con palpebre, muso e padiglioni auricolari, anche se i noduli possono osservarsi in qualsiasi altra parte del corpo. In rari casi, le lesioni possono manifestarsi in forma di aree alopeciche, eritematose e con lieve desquamazione<sup>3,4</sup> e l'infiltrato flogistico non determina la formazione di noduli e/o placche ma fa assumere alla cute un aspetto rigonfio, tumefatto ed a volte dolorante alla palpazione.

Una peculiarità di questo caso è rappresentata da questo raro aspetto clinico, caratterizzato da aree alopeciche e non da lesioni nodulari come solitamente accade in corso di SGPS e da un pattern istopatologico costituito da una dermatite granulomatosa periannessiale sterile con interessamento secondario delle ghiandole sebacee.

In alcuni casi le lesioni istopatologiche della SGPS possono essere simili a quelle osservate in corso di adenite sebacea. In questo caso la localizzazione dei granulomi è sì in sede periannessiale istmica e quindi interessante le aree di pertinenza delle ghiandole sebacee come accade nell'ASGI, ma noduli granulomatosi multipli e confluenti, sono presenti anche in sede periannessiale profonda e sotto la regione bulbare, aree molto distanti dalla sede anatomica delle suddette ghiandole. Questo aspetto istopatologico ha così consentito di esclu-



**Figura 6** - Si noti il miglioramento delle lesioni sul muso con ricrescita del pelo.

dere l'ASGI e di diagnosticare le lesioni osservate come appartenenti alla SGPS. La SGPS è una malattia idiopatica sterile e, anche se alcuni autori hanno suggerito che un antigene infettivo possa causare una disfunzione immunitaria, tale da provocare una risposta istiocitica aberrante<sup>4</sup>, la vera patogenesi è ancora sconosciuta. Le caratteristiche istologiche e la buona risposta ai farmaci immunomodulatori suggeriscono una natura sterile delle lesioni.

Per quanto riguarda le lesioni incluse nel gruppo SGPS, il termine sterile deve essere attribuito solo dopo aver escluso la presenza di eventuali agenti eziologici mediante colorazioni PAS, Ziehl-Neelsen e test PCR per leishmaniosi, così com'è stato verificato nel caso in esame<sup>5,6</sup>. Ulteriori studi sono necessari per determinare la vera natura sterile delle lesioni incluse nel gruppo SGPS o se possa esistere la possibilità di uno stimolo di attivazione legato ad agenti infettivi.

## RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia la Dr.ssa Laura Pinto per aver riferito il caso.

## BIBLIOGRAFIA

1. Miller WH, Griffin CE, Campbell KL. Sterile granuloma/pyogranuloma syndrome. In: Muller&Kirk's - Small animal dermatology, 7th edn. Elsevier, 2013, pp 704-706.
2. Gross TL, Ihrke PJ, Walder EJ et al. Sterile granuloma and pyogranuloma syndrome. In: Skindiseases of the dog and cat: clinical and histopathological diagnosis, 2nd edn. Blackwell Science, 2005, pp 320-323.
3. Cornegliani L, Fondevilla D, Vercelli A et al. PCR technique detection of *Leishmania* spp. but not *Mycobacterium* spp. in canine cutaneous 'sterile' pyogranuloma/granuloma syndrome. *Veterinary Dermatology* 16(4):233-23, 2005.
4. Santoro D, Prisco M, Ciaramella P. Cutaneous sterile granulomas/pyogranulomas, leishmaniasis and mycobacterial infections. *J Small Anim Pract* 2008; 49(11):552-61.
5. Panich R, Scott DW, Miller WH. Canine cutaneous sterile pyogranuloma/granuloma syndrome: a retrospective analysis of 29 cases (1976-1988). *Journal of the American Animal Hospital Association* 27:519-528, 1991.
6. Scott DW, Buerger RG, Miller WH Jr. Idiopathic sterile granulomatous and pyogranulomatous dermatitis in cats. *Veterinary Dermatology* 1(3):129-137, 1990.