

COMPLEJO GRANULOMA EOSINOFILICO FELINO

M^a Luisa Palmero Colado
Gattos Centro Clínico Felino
Miembro de GEMFE
(Grupo de especialistas de Medicina Felina de AVEPA)
Av. Menéndez Pelayo, 37
Madrid 91 504 06 51
www.gattos.net

Casi todos nosotros nos hemos encontrado alguna vez ante cuadros del Complejo Granuloma Eosinofílico (C.G.E) ya que es una patología cutánea muy frecuente en el gato. Como iremos exponiendo es un cuadro fácil de diagnosticar, pero del que todavía queda mucho por comprender.

Cuando nos encontremos ante un gato que padezca una o varias de las tres formas de presentación del C.G.E, esto es, Úlcera indolente, Granuloma lineal y Placa eosinofílica, debemos sobre todo saber que no son más que patrones de reacción debidos a un agente primario: mediante varios estudios clínicos se comprobó que entre las causas principales subyacentes están la Alergia alimentaria, la Alergia a la picadura de pulga y la Atopia, ya que al controlar estas hipersensibilidades desaparecían las lesiones del C.G.E.

Pero no siempre es así de sencillo y aparte de lo poco fácil que resulta el control de las hipersensibilidades en gatos, en algunos casos no es suficiente.

Otros estudios intentan correlacionar la presencia de enfermedades víricas o bien la participación de agentes bacterianos en este cuadro, pero sin resultados hasta el momento.

ULCERA INDOLENTE

Aparece con mayor frecuencia en la cavidad oral, pero puede presentarse también en cualquier lugar de la piel y unión mucocutánea. No deja de sorprender que a pesar de la apariencia de estas lesiones, los gatos afectados no presenten ningún tipo de molestia o dolor ni tampoco prurito.

La forma más frecuente afecta de forma unilateral o bilateral a el labio superior bien en el rafe medio o frente a la punta del canino inferior, presentando una superficie erosionada de color rojo, con bordes elevados y bien delimitadas.

Si no son tratadas correctamente, éstas pueden evolucionar a erosiones más graves con pérdida de tejido y engrosamiento inflamatorio crónico y no es raro encontrarnos casos en los que la úlcera presenta focos de tejido conjuntivo necrótico de color amarillento.

Debido a que un pequeño porcentaje de casos evoluciona a carcinoma de células escamosas, es considerada como una lesión precancerosa.

Aparece en gatos de cualquier edad y raza si bien las hembras tienen tres veces más probabilidad de padecerla. Ultimamente se comienza a contemplar la posibilidad de que los lamidos constantes mantengan o contribuyan de algún modo a la evolución de la úlcera.

Durante la exploración podemos apreciar infartación ganglionar periférica y como ya hemos comentado, podemos encontrar además en el mismo paciente, el granuloma lineal, la placa eosinofílica o ambos al mismo tiempo.

Las analíticas sanguíneas no suelen detectar eosinofilia ni ninguna otra alteración.

La biopsia revela una dermatitis hiperplásica ulcerada con un infiltrado perivascular de neutrófilos y células mononucleares gigantes.

Debemos hacer un diagnóstico diferencial con úlceras infecciosas de naturaleza bacteriana o fúngica, con infecciones por virus de la Leucemia felina, traumas o con tumores como el carcinoma de células escamosas, los mastocitomas o el linfoma.

PLACA EOSIONFILICA

El signo clínico que la diferencia con la úlcera eosinofílica y el granuloma lineal, es la presencia de un prurito muy severo, que se manifiesta con un lamido constante de la zona, observable incluso por el propietario.

Aparecen placas únicas o múltiples, de un color rojo brillante y de superficie ulcerada, redondeadas, alopecicas y de bordes elevados generalmente en el abdomen y en la cara medial de muslos. Podemos encontrarlas también en la cavidad oral y en las extremidades si bien son mucho menos frecuentes.

Si no son detectadas y tratadas correctamente, las lesiones cercanas pueden coalescer formando grandes placas de hasta 7 cm. de diámetro.

No hay predisposición de edad o raza.

Las analíticas sanguíneas revelan siempre una eosinofilia severa.

Al igual que en la úlcera, podemos encontrar linfadenopatía regional en algunos casos. La biopsia de las lesiones muestran dermatitis perivascular profunda con eosinofilia. Los cultivos microbianos son negativos.

Debemos hacer un diagnóstico diferencial con granulomas de naturaleza fúngica o bacteriana y con tumores como los mastocitomas y algunos linfomas.

GRANULOMA LINEAL

También son empleados los términos de Granuloma Eosinofílico o Granuloma Colagenolítico. El lugar clásico de presentación es en la región medial y caudal del muslo donde las lesiones adquieren una configuración lineal, de color amarillento a rosado, alopecicas, firmes y de bordes elevados. Cuando la superficie del granuloma se encuentra ulcerada o erosionada, es frecuente ver una zona amarillenta puntual que se corresponde con colágeno degenerativo.

Es típico que el propietario nos comente que vió la lesión de forma casual debido a que la zona afectada es difícil de observar con claridad y también debido a que en ningún momento tiene sintomatología prurítica ni es molesta para el gato.

También pueden presentarse en el paladar, la lengua y/o las arcadas donde adoptan una configuración nodular con un diámetro que oscila entre los 2 y los 10 mm. En este caso debemos tener particular precaución de no confundirlas con lesiones tumorales.

Otro aspecto interesante se refiere a la afectación del mentón y labio inferior, siendo el granuloma lineal la causa más frecuente de las inflamaciones asintomáticas de éste. Las lesiones adquieren la apariencia de una tumefacción brillante del mentón y coloquialmente se le conoce como "mentón graso".

Se desconoce la causa de que muchos de los granulomas que observamos en nuestras consultas ocurran en gatos menores de un año, y que desaparezcan espontáneamente en un periodo de 3 a 5 meses.

Al igual que en las otras lesiones del complejo granuloma, no hay predilección de edad o raza, pero las hembras se encuentran más afectadas y pueden presentar además la úlcera indolente, la placa eosinofílica o ambas.

Las analíticas sanguíneas, sobre todo en lesiones orales, presentan aumento de eosinófilos. La Biopsia será de especial utilidad debido a lo atípico de su forma de presentación tanto en cavidad oral como en mentón: revela dermatitis granulomatosa nodular o difusa con áreas multifocales de degeneración del

colágeno. Eosinófilos e histiocitos multinucleados son frecuentes. También pueden estar presente mucinosis de la epidermis y folículo piloso, foliculitis o forunculosis y paniculitis eosinofílica. Las lesiones crónicas tienen menor predominio de eosinófilos.

Debemos realizar un diagnóstico diferencial con infecciones bacterianas o fúngicas granulomatosas y neoplásicas.

TRATAMIENTO DEL C.G.E

Como ya hemos indicado, debemos en la medida de lo posible detectar la causa desencadenante de este cuadro y tratarla específicamente -realizar un buen control de pulgas, controlar la dieta y alergenios ambientales- según el tipo de hipersensibilidad que sospechemos.

El tratamiento con glucocorticoides sistémicos es generalmente muy efectivo: La utilización de Prednisona o Prednisolona oral en dosis de 4.4 mg/kg/24h resulta generalmente eficaz. También la dexametasona con dosis de 0.4 mg/kg/24h o la Triamcinolona a 0.8 mg/kg/24h de forma oral pueden ser administradas hasta la resolución de la lesión.

Como alternativa, podemos utilizar el acetato de metilprednisolona en inyección subcutánea a dosis de 20 mg/gato/cada 2 semanas hasta que se controle la lesión. Presenta la ventaja de un control muy cómodo debido a la dificultad del tratamiento oral de un gato. Hemos comprobado que en la mayoría de los casos una administración única de acetato de metilprednisolona es suficiente para el control de la lesión.

Ante cuadros recidivantes, podemos aplicar inyecciones subcutáneas de acetato de metilprednisolona dejando al menos dos meses entre cada una de ellas, o bien utilizar prednisona o prednisolona oral en días alternos y por la noche. Si no controla el cuadro este tratamiento podemos usar Dexametasona oral con dosis iniciales de 1 a 2 mg/día para luego bajar la dosis a 0.25-0.5 mg. en días alternos.

La utilización conjunta de ácidos grasos omega-6 y omega-3 consiguen una remisión más temprana en algunos casos, y en otros una disminución de la dosis de corticoides administrada.

Algunas lesiones responden al uso de antibióticos sistémicos como la amoxicilina-clavulánico, el cefadroxilo y la enrofloxacin, pero de forma menos eficaz y con resultados variables. Se desconoce si su efecto se debe la acción

antimicrobiana del antibiótico a algún efecto antiinflamatorio ya que no se han conseguido aislar bacterias de las lesiones.

Progestágenos como el acetato de megestrol o la medroxiprogesterona acetato, han sido efectivos en el tratamiento de la úlcera indolente, pero sus elevados efectos secundarios –obesidad, piómetra, hiperplasia mamaria, diabetes mellitus- les hacen muy poco recomendables.

Están descritos el uso de tratamientos alternativos como la excisión quirúrgica, laserterapia, radioterapia y drogas inmunomoduladoras como el levamisol y el tiabendazol también con resultados variables.