

Nº 130
2EJ.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**PENFIGO FOLIACEO:
REPORTE DE UN CASO Y REVISION
DE LA LITERATURA.**

Trabajo Final Escrito del III Seminario de
Titulación en el área de: Medicina y
Cirugía de Pequeñas Especies

Presentado ante la
División de Estudios Profesionales de la
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia
de la
Universidad Nacional Autónoma de México
Para la obtención del Título de
Médico Veterinario Zootecnista
por

PATRICIA LEMUS GONZALEZ

Asesor: M.V.Z. LUIS JORGE ALANIS CALDERON

México, D. F. a 28 de abril de 1992



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO	<u>Página</u>
RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
PROCEDIMIENTO.....	8
I. Descripción del caso.....	8
II. Revisión de la literatura.....	14
RESULTADOS.....	24
DISCUSION.....	25
LITERATURA CITADA.....	26

RESUMEN

LEMUS GONZALEZ PATRICIA. Pénfigo foliáceo: Reporte de un caso y revisión de la literatura: III Seminario de Titulación en el área de Medicina y Cirugía de Pequeñas Especies (bajo la supervisión del M.V.Z. Luis Jorge Alanís Calderón).

Se realiza la descripción de un caso clínico de Pénfigo foliáceo en un canino hembra de raza Akita de 8 años de edad que ingresa a consulta al Hospital Veterinario de Pequeñas Especies de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la Universidad Nacional Autónoma de México. Se incluye la historia clínica, la evaluación física, el diagnóstico orientado a problemas, así como también se describe el tratamiento y la evolución del paciente. El objetivo de la revisión de la literatura es describir las cuatro variantes de Pénfigo descritas en caninos y felinos, aunando una breve descripción de Pénfigo vulgar en humanos dada la similitud de este con el Pénfigo vulgar de los caninos. De acuerdo con los datos clínicos obtenidos y la revisión de la literatura se descartaron razonablemente los diagnósticos diferenciales pudiendo esclarecer un diagnóstico definitivo de Pénfigo foliáceo.

INTRODUCCION

Las enfermedades inmunomediadas son el resultado de res
puestas inmunes, éstas dirigidas hacia una gran variedad de _
antígenos que directa o indirectamente conducen a un daño ti-
sular.

Existen dos clasificaciones de las enfermedades immuno-
mediadas, éstas son:

- a) Primarias o enfermedades autoinmunes.
- b) Secundarias o enfermedades inmunodeficientes.

Las enfermedades primarias o autoinmunes son aquellas _
en las que antígenos propios son específicamente reconocidos _
y destruidos. El desarrollo de anticuerpos específicos o lin _
focitos T contra antígenos propios representa un fracaso del _
mecanismo regulatorio del sistema inmune, puesto que su fun-
ción normal es la de limitar la producción de respuestas inmu _
nes. El fracaso de la regulación de la respuesta inmune del _
huesped da como resultado el establecimiento de la tolerancia _
que es un estado de insensibilidad inmunológica hacia antígenos _
propios.

Existen varias hipótesis que explican el fracaso del _
sistema inmune:

- a) Clona Prohibida. Esta hipótesis se basa en que durante el desarrollo temprano del sistema inmune ocurre una supresión _ de linfocitos T y B auto-reactivos, lo cual limita el número _ de colonias prohibidas de linfocitos T y B con la capacidad _ de reconocer antígenos propios. Este mecanismo depende de la exposición temprana de linfocitos auto-reactivos hacia antígenos _ propios. La supresión de linfocitos auto-reactivos no es

perfecta, por lo tanto, muchos linfocitos escapan del proceso de supresión manteniendo el potencial para iniciar una enfermedad autoinmune.

b) Exposición de antígenos ocultos. Esta hipótesis se basa en que ciertos tejidos corporales y sus antígenos asociados no son expuestos al sistema inmune.

c) Reacción cruzada de antígenos. Las respuestas directas inmunes contra antígenos exteriores (antígenos presentes en agentes infecciosos, biológicos o químicos) pueden ocasionar una reacción cruzada con antígenos propios y dar como resultado un daño tisular.

d) Alteración de antígenos propios. Agentes químicos e infecciosos pueden causar una alteración en la estructura de los antígenos propios. El cambio en la estructura antigénica puede estimular una respuesta inmune.

e) Fracaso de la inmunoregulación. La proliferación de linfocitos B y la producción de autoanticuerpos son inhibidas por mecanismos específicos inmunoregulatorios. Estos mecanismos regulatorios se establecen por la interacción de linfocitos B con linfocitos T. Existen dos clases de linfocitos T regulatorios: Los linfocitos T que inducen o estimulan la producción de anticuerpos, y los linfocitos T que inhiben o suprimen la producción de anticuerpos, anomalías en éstos resulta en la expresión de una enfermedad autoinmune.

Las enfermedades secundarias o inmunodeficientes resultan, como su nombre lo indica, de una deficiencia de células

no específicas del sistema inmune, tales como monocitos, macrófagos y neutrófilos: o deficiencia de componentes del sistema inmune, linfocitos T y B.

PENFIGO

El término Penphigus se deriva de la palabra griega ampolla, éste nombre se le da a un grupo de enfermedades dermatológicas causadas por un proceso autoinmune, han sido descritas en humanos, perros, gatos, caballos, cabras y monos.

La enfermedad se caracteriza inmunológicamente por la presencia de autoanticuerpos que reaccionan con un antígeno presente en los espacios intercelulares de las células epidermicas e histológicamente se caracteriza por acantolisis intra epidérmica.

Son reconocidas cuatro variantes de Pénfigo:

a) Pénfigo vulgar. Enfermedad reportada en perros por primera vez en 1975. Enfermedad que afecta a perros y gatos sin predilección de raza, sexo o edad. Esta variante de Pénfigo se ha visto que es similar al Pénfigo vulgar que afecta a los humanos. En los perros es una enfermedad vesiculo-ampollosa erosiva ulcerativa que puede afectar la cavidad oral, uniones mucocutáneas (labios, párpados, prepucio, vulva, ano) lesiones en la piel de ingles y axilas, pudiendo también estar afectados los lechos ungueales. Esta es una enfermedad es muy severa en la que el 90% de los pacientes tienen lesiones orales.

En los gatos el Pénfigo vulgar es una enfermedad vesicu

lo-ampollosa de la cavidad oral, labios y nariz.

b) Pénfigo vegetante. Reportado por primera vez en ___ 1977. Enfermedad que ha sido diagnosticada en perros, sin ___ predilección de raza, sexo o edad. El Pénfigo vegetante es ___ una enfermedad vesiculo-pustular que desarrolla lesiones verrugoides y proliferaciones papilomatosas en espalda y cara.

Esta enfermedad se piensa representa una forma benigna de Pénfigo vulgar en animales que son más resistentes a la enfermedad.

c) Pénfigo foliáceo. Fué reportado por primera vez en ___ 1978. Enfermedad que ha sido reportada en perros y gatos sin predilección de raza, sexo o edad. La enfermedad se caracteriza por lesiones vesículo-ampollosas transitorias de distribución facial estando afectado el plano nasal, espacios periorbitales, orejas, cojinetes plantares y a veces todo el cuerpo.

d) Pénfigo eritematoso. Reportado por primera vez en ___ 1980. Enfermedad que afecta a perros y gatos sin conocimiento de predilección de raza, sexo o edad. Enfermedad caracterizada por lesiones vesiculo-ampollosas transitorias, se piensa que es una forma benigna de Pénfigo foliáceo, su distribución es en el plano nasal, espacios periorbitales y orejas, rara vez se generaliza. Enfermedad exacerbada por los rayos ultravioleta.

El Pénfigo eritematoso y el Pénfigo foliáceo son variantes

tes de la enfermedad de humanos descrita por primera vez en 1926.

Hasta el año de 1989 se reporta que el Pénfigo no es una enfermedad común en perros y gatos, ésto lo explica un reporte del Colegio de Medicina Veterinaria del Estado de Nueva York, en el que explica que alrededor de un .3% de las enfermedades dermatológicas de caninos y felinos es diagnosticado Pénfigo.

PENFIGO VULGAR EN HUMANOS.

Consideraciones generales.

El Pénfigo vulgar es una enfermedad vesicular que anteriormente se describía casi exclusivamente entre los judíos. En la actualidad se encuentra documentada en todas las razas y grupos étnicos. Se ha descrito el Pénfigo vulgar asociado con el Penfigoide vesicular, la Miastenia grave y el Lupus eritematoso generalizado. Antes de la disponibilidad de los glucocorticoides y los antibióticos, el Pénfigo vulgar resultaba mortal en un gran porcentaje de enfermos. Los pacientes fallecían por anomalías hidroelectrolíticas, caquexia y septicemia, consecutivas a la pérdida de grandes superficies de la piel.

El pronóstico ha cambiado radicalmente en las últimas dos décadas. El fallecimiento ocurría durante el primero o segundo año después de la aparición, en aproximadamente 50% de los enfermos durante la era previa a la antibioticoterapia

y al tratamiento con glucocorticoides. En la actualidad, la tasa de mortalidad informada es de 8%. Diversos grupos también han descrito la remisión por largo tiempo (más de dos años), tanto clínica como serológica en los enfermos de Pénfigo vulgar después de la terminación del tratamiento inmunosupresor y con glucocorticoides a dosis altas. No obstante, la morbilidad (sangrado gastrointestinal, osteoporosis, diabetes) asociada a las grandes dosis de glucocorticoides, continúa siendo alta. La edición de un agente inmunosupresor (azatioprina, metotrexato o ciclofosfamida) a dosis pequeñas de prednisona, promete minimizar los efectos colaterales de los glucocorticoides, mientras que controla el padecimiento.

PROCEDIMIENTO

I. Descripción del caso.

El día 7 de febrero de 1992 se presentó en el Hospital Veterinario de Pequeñas Especies de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la U.N.A.M., un canideo hembra de raza Akita de 8 años de edad. La paciente ingresa por un problema de prurito, alopecia y eritema. La última aplicación de vacuna antirrábica y de moquillo, hepatitis y leptospirosis fué en diciembre de 1990, no existe antecedente de la aplicación de otra inmunización (gastroenteritis viral): En la casa no convive con otros animales: Su dieta consiste de alimento concentrado (Kroketas Campeón). Al ingresar se le asigna expediente con número 920224.

1. Historia Clínica.

Desde hace aproximadamente 6 meses la propietaria se percató de la aparición de zona alopécica con granos, enrojecimiento, prurito en región medial y distal de la cara interna de miembros posteriores a nivel del fémur, en ambos miembros. La llevaron con M.V.Z. quién recetó Pentrexil (cápsulas de 500 mg) administrar 1 cápsula cada 12 horas durante 10 días y Neosporín (pomada) aplicación cada 24 horas durante 10 días, con lo que se obtuvo una mejoría del problema. Después de un mes nuevamente se presenta el problema dermatológico extendiéndose a la cara, abdomen y región anal. La propietaria ingresa a la paciente a otros consultorios donde se

le indican diferentes tratamientos sin obtener mejoría. Hace un mes notaron que aumentó su apetito y orinaba más. Menciona la propietaria que presenta mal olor. Hace tres días la han notado deprimida, temblorosa. Come normal, toma agua normal, hoy orinó con sangre, defeca normal.

2. Examen Físico.

Al examen físico la paciente presentó:

Mucosas	Normales
Tiempo de llenado capilar	1 segundo
Ganglios linfáticos superficiales	Normales
Reflejo tusígeno	Negativo
Reflejo deglutorio	Positivo
Campos pulmonares	Normales
Frecuencia cardíaca	160 por minuto
Frecuencia respiratoria	Taquipnea
Palpación abdominal	Normal
Temperatura	39.8 grados centígrados
Frecuencia del pulso	160 por minuto
Características del pulso	Fuerte y lleno

La paciente presenta actitud normal, conformación normal, hidratación normal, estado nutricional normal.

Se observa un patrón de distribución de las lesiones dermatológicas en cara, parte inferior de mandíbula, vulva, parte ventral de la cola, parte interna y externa de muslos y parte ventral de abdomen, zonas pruriginosas, alopecicas, eritematosas con costras, hiperqueratosis, seborrea seca y liquie

nificación.

Secreción mucopurulenta ocular bilateral.

3. Lista de Problemas.

Se procedió a elaborar la siguiente lista de problemas, de acuerdo a la información obtenida en la historia clínica y la exploración física.

1. Prurito.
2. Alopecia.
3. Eritema.
4. Hiperqueratosis.
5. Seborrea seca.
6. Costras.
7. Hipertermia.
8. Depresión.
9. Liquenificación.
10. Hematuria.
11. Secreción ocular.

4. Lista Maestra.

- I. Prurito (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)
- II. Hematuria.
- III. Secreción ocular.

5. Diagnósticos diferenciales.

Se determinaron los posibles diagnósticos diferenciales que pudieran estar ocasionando el cuadro clínico. Se conside

raron los siguientes diagnósticos diferenciales:

- I. Pénfigo foliáceo.
 - Pénfigo vulgar.
 - Pénfigo vegetante.
 - Pénfigo eritematoso.
 - Bulla penfigoide.
 - Lupus eritematoso.
 - Hipersensibilidad fungal.
 - Vasculitis.
 - Deficiencia de zinc.
- II. Urolitiasis.
 - Proestro y estro.
- III. Conjuntivitis bacteriana.

6. Diagnóstico presuntivo.

- I. Pénfigo foliáceo.
- II. Proestro y estro.
- III. Conjuntivitis bacteriana.

7. Tratamiento y procedimientos clínicos iniciales.

Dando una prioridad lógica a los problemas que la pa---
ciente presentaba, se realizó:

- Raspado de piel. Sin hallazgo patológico.
- Toma de muestra para el Laboratorio de bacteriología: Exámen orientado al hallazgo de dermatofitos.
- Toma de muestra para realizar Biometría hemática.

Se envía a casa con el siguiente tratamiento:

1.- Keflex tabletas de 1 gr. 1 tableta cada 12 horas durante 15 días. 2.- Teldane tabletas de 60 mg. 1 tableta y media cada 12 horas durante 7 días. 3.- Cloramfeni oftensol gotas. 2 gotas cada 8 horas durante 7 días. 4.- Sebryl shampoo. 4 baños con intervalo de 1 semana.

Resultados de laboratorio.

Los resultados de la Biometría hemática se encontraron dentro de los parámetros normales.

Los resultados del Examen micológico orientado al hallazgo de dermatofitos fué negativo.

NOTA DE PROGRESO.

Febrero 25, 1992

Al examen físico la paciente presenta invasión del problema a nuevas zonas de la piel: cabeza, orejas, cuello y miembros anteriores. La paciente presenta igual signología, sin mejoría alguna. El padecimiento evoluciona desfavorablemente por ausencia de tratamiento adecuado. Se procede a realizar Biopsia de piel en la región del ijar izquierdo y zona lumbar.

Se envía a casa con el siguiente tratamiento:

1.- Atarax grageas de 25 mg. 3 grageas cada 12 horas durante 7 días. 2.- Keflex tabletas de 1 gr. 1 tableta cada 12 horas durante 15 días. 3.- Sebryl shampoo. Bañar cada semana

hasta la próxima cita.

NOTA DE PROGRESO.

Marzo 3, 1992

La paciente presenta igual signología, sin mejoría alguna con el tratamiento recomendado. El resultado verbal de la bipsia de piel es acantolisis, infiltración de neutrófilos algunos eosinófilos dirigidos hacia la membrana basal. Se toma en cuenta un diagnóstico presuntivo de Pénfigo. Para corroborar el diagnóstico se mandan muestras a Estados Unidos.

Se envía a casa con el siguiente tratamiento:

1.- Meticorten tabletas 50 mg. 2 tabletas cada 12 horas durante 7 días. 2 tabletas cada 24 horas durante 15 días. 2 tabletas cada 48 horas durante 8 ocasiones. 2 tabletas cada 72 horas durante 8 ocasiones. 2.- Genoxal grageas de 50 mg. 4 grageas cada 7 días. 3.- Keflex tabletas de 1 gr. 1 tableta cada 12 horas durante 15 días. 4.- Sebryl shampoo. Bañar cada semana.

Marzo 20, 1992

El resultado de la biopsia de piel que fué enviada a Estados Unidos describe un hallazgo de Pénfigo foliáceo.

II. Revisión de la literatura.

La enfermedad de Pénfigo se caracteriza histológicamente por acantolisis intraepidérmica e inmunológicamente por la presencia de un autoanticuerpo. Se considera estar relacionada con una secreción inapropiada de anticuerpos que presentan especificidad por un antígeno intercelular epidérmico.

Se reporta que los antígenos de Pénfigo son heterogéneos; están presentes en todos los mamíferos y en la piel de las aves, y se encuentran asociados con áreas desmosomales y no desmosomales de las membranas celulares. Algunos autores mencionan que el antígeno se puede localizar dentro o cerca de la membrana citoplasmática de las células epidérmicas. Trabajos recientes sugieren que los antígenos de Pénfigo vulgar y Pénfigo foliáceo son moléculas diferentes.

Existen otros factores que se piensa están involucrados en algunos casos de Pénfigo vulgar en humanos, éstos incluyen la provocación por drogas (penicilamina y fenilbutazona), la luz ultravioleta y los estados emocionales. En perros y en gatos no se ha reportado que la enfermedad se haya precipitado por la administración de drogas o haya sido influenciada por los estados emocionales; sin embargo la luz ultravioleta se reconoce que exacerba el Pénfigo eritematoso canino.

FISIOPATOLOGIA DE PENFIGO.

El mecanismo propuesto para que se lleve a cabo la formación de las vésiculas en Pénfigo es el siguiente:

1. La unión del anticuerpo de Pénfigo al glucocalix de los queratinocitos.
2. La penetración del anticuerpo de Pénfigo y la fusión de éste con los lisosomas intracelulares.
3. El resultado es la activación y liberación de una enzima proteolítica de queratinocitos (factor acantolítico de Pénfigo) el cual se difunde en el espacio extracelular e hidroliza el glucocalix.

El resultado es la pérdida de cohesión intercelular que conduce a acantolisis y formación de vesículas dentro de la epidermis.

Además de la acantolisis habrá una activación de complemento, durante ésta reacción son generados numerosos componentes de complemento, entre éstos los más importantes parecen ser el C3 y C5. El componente de complemento C5 es quimiotáctico para los neutrófilos y por lo tanto el resultado es una acumulación de neutrófilos dentro de la epidermis. Así mismo los componentes C3 y C5 son anafilatóxicos, por lo tanto son capaces de inducir una degranulación localizada de mastocitos lo cual resulta en la liberación de aminas vasoactivas, así como también liberación de factores quimiotácticos de eosinófilos. Debido a la liberación de aminas vasoactivas se incrementa la permeabilidad capilar y el edema. El factor quimiotáctico de eosinófilos conduce a una acumulación localizada de eosinófilos.

Estos eventos se cree son responsables del desarrollo de pústulas intraepiteliales conteniendo neutrófilos o eosinó

filos.

DIAGNOSTICO DE PENFIGO.

El diagnóstico definitivo de Pénfigo se basa en la historia clínica, exploración física, exámenes histológicos e inmunofluorescencia de la biopsia de piel.

PENFIGO VULGAR. El Pénfigo vulgar se caracteriza por ulceración epidermica con predilección por la cavidad oral y las uniones mucocutáneas. Aproximadamente 90% de los perros _____ tienen lesiones orales al momento del diagnóstico, consisten en estomatitis ulcerativa, gingivitis o glositis, las _____ cuales pueden ser la manifestación inicial de la enfermedad en aproximadamente un 50% de los pacientes. Las lesiones cutáneas ocurren más comunmente en las axilas y las ingles, ésta variante de Pénfigo limitada a la piel es rara. Debido a _____ lo delgado de la epidermis de los perros y de los gatos las _____ vesículas y las ampollas son transitorias. El signo de Ni---kolsky puede estar presente. Los pacientes pueden tener do---lor y prurito de la piel afectada y el pioderma secundario es común. Los animales severamente afectados pueden encontrarse anoréxicos, deprimidos o febriles (Síndrome de ataque al esta---do general del paciente). Los resultados de las determina---ciones rutinarias de laboratorio como lo son: Biometría hema---tica, química sanguínea y general de orina son inespecíficos. En el exámen histopatológico de los tejidos epidérmicos se _____ presenta una hendidura supravascular y formación de acantoci---tos. Se recomienda tener mucho cuidado al hacer la biopsia _____

de piel para no provocar un daño iatrogénico a la epidermis. PENFIGO VEGETANTE. El Pénfigo vegetante se cree que sea una variante de Pénfigo vulgar, también se piensa que es un proceso más benigno de la enfermedad. Esta es una enfermedad vesículo-pustular, que evoluciona hasta vegetaciones verrucosas y proliferaciones papilomatosas. El signo de Nikolsky puede estar presente, el prurito y el dolor son variables, los pacientes con frecuencia se encuentran saludables. La histopatología puede demostrar papilomatosis y acumulación de eosinófilos dentro de los abscesos intraepidérmicos. La inmunofluorescencia directa puede mostrar la presencia de inmunoglobulinas dentro de los espacios intercelulares de las células epidérmicas.

PENFIGO FOLIACEO. Se reporta que el Pénfigo foliáceo es una de las enfermedades inmunomediadas de la piel que más comúnmente se diagnostica en perros, y aunque se desconoce una predilección por la edad, se reporta que se puede presentar entre los 2 y 7 años de edad. El Pénfigo foliáceo se caracteriza por presentar una dermatitis vesículo-ampollosa. Las lesiones mecocutáneas y la afección a la cavidad oral son raras. Las lesiones primarias son transitorias presentando lesiones consistentes en eritema, costras, descamación, alopecia y erociones rodeadas por collaretes epidérmicos. Las vesículas y las ampollas son transitorias. Las erociones y las ulceraciones son notadas más frecuentemente en episodios de exacerbación de la enfermedad o secundarias a un traumatismo. El signo de Nikolsky puede estar presente. El dolor es varia-

ble y el prurito se manifiesta en menos del 50% de los pacientes. La enfermedad se localiza en la cara, orejas, cojinetes plantares e ingles. Los animales muy afectados pueden encontrarse anoréxicos, deprimidos y febriles. Los resultados de las pruebas rutinarias de laboratorio son inespecíficos. Los hallazgos histopatológicos revelan formación de hendidura subcorneal con acantolisis.

PENFIGO ERITEMATOSO. Se piensa que el Pénfigo eritematoso es una forma abortiva o un estado inicial de Pénfigo foliáceo, también se reporta que puede ser una reacción cruzada entre Pénfigo y Lupus eritematoso. La enfermedad se caracteriza por una dermatitis vesiculo-ampollosa o pustular de la cara y orejas, su distribución facial de preferencia se localiza en la nariz y espacios perioculares. La enfermedad se caracteriza por la presencia de eritema, escamas, costras, alopecia. El signo de Nikolsky puede estar presente. Frecuentemente la nariz comienza a despigmentarse por lo que la fotodermatitis puede ser un factor agravante. En general la salud de los pacientes no está afectada. Es frecuente que los pacientes puedan ser mal diagnosticados como poseedores de una Dermatitis solar nasal (Nariz de Collie). La histopatología revelará formación de hendiduras subcorneales con acantolisis.

NOTA. Debemos tomar en cuenta para el diagnóstico, que el Pénfigo foliáceo generalmente progresa hacia un desarrollo cutáneo, mientras que el Pénfigo eritematoso se encuentra solo en la cara.

RESUMEN DEL DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO.

Debido a que las lesiones son frágiles y transitorias puede ser necesario hospitalizar al paciente para que pueda ser observada la presencia de lesiones primarias y entonces tomar la biopsia inmediatamente.

Haciendo una breve mención de los hallazgos histopatológicos en las lesiones, me parece conveniente resumirlas:

Pénfigo vulgar. Se caracteriza por acantolisis suprabasilar con una hendidura, las células epidérmicas basales se mantienen adheridas a la membrana basal.

Pénfigo vegetante. Se caracteriza por hiperplasia epidérmica papilomatosis y microabscesos intraepidérmicos que contienen eosinófilos y queratinocitos acantolíticos.

Pénfigo foliáceo y Pénfigo eritematoso están caracterizados por acantolisis intragranular o subcorneal con hendidura y la formación de vesículas o pústulas, pueden estar presentes eosinófilos y neutrófilos dentro de las vesículas.

D.W. Scott y colaboradores efectuaron la evaluación inmunopatológica de 27 perros con Pénfigo con los siguientes hallazgos: La inmunofluorescencia directa en el Pénfigo canino se asemeja en muchos aspectos a la del humano, en ésta serie se demostró la presencia de IgG en los espacios intercelulares en todos los casos de Pénfigo, a diferencia de la IgA, IgM y C3 que se encontraron raramente. En los seres humanos la IgG también es la inmunoglobulina más comunmente demostrada y el C3 se halla sólo en áreas de acantolisis. Estos hallaz-

gos están en concordancia con lo obtenido en estudios de seres humanos y monos, muestran que los anticuerpos de Pénfigo podrían iniciar los cambios en ausencia del complemento. De los perros estudiados por Scott en ésta serie y los datos recopilados en seres humanos se debe enfatizar que los tejidos perilesionales son obligados para ser estudiados con inmunofluorescencia directa, ya que las inmunoglobulinas y el C3 pueden no ser detectables dentro de las ampollas en la epidermis. La inmunofluorescencia indirecta en el Pénfigo canino no es confiable. Los anticuerpos circulantes en el estudio de Scott se encontraron en sólo 1 de 21 perros. Aunque las pruebas de inmunofluorescencia indirecta pueden ser positivas en hasta el 90% de los seres humanos con Pénfigo activo, los anticuerpos circulantes anti-espacio intercelular pueden estar ausentes en presencia de la enfermedad activa o pueden estar presentes en ausencia de la enfermedad.

TRATAMIENTO DE PENFIGO.

El tratamiento de Pénfigo canino y felino es con frecuencia difícil y se requieren grandes dosis de glucocorticoides sistémicos con o sin drogas inmunomodadoras potentes. Aproximadamente un 40% de los perros pueden ser tratados con corticoesteroides sin desarrollo de efectos colaterales. Los efectos colaterales asociados al uso de prednisona incluyen poliuria, polidipsia, ganancia de peso, letargia, pioderma, e infecciones recurrentes del tracto urinario.

La evidencia definitiva de la mejor combinación de dro-

gas inmunosupresoras no está disponible: El uso de ciclofosfamida y de la azatriopina en ocasiones ha permitido la supervivencia de los pacientes. Otra parte del tratamiento está dirigido a la atención de las infecciones sobreagregadas en las lesiones producidas por Pénfigo. El tratamiento debe ser mantenido por períodos muy prolongados si no es que toda la vida.

PRONOSTICO DE PENFIGO.

El Pénfigo vulgar parece ser una enfermedad severa y frecuentemente fatal a menos que se trate. El Pénfigo foliáceo es menos severo pero sin tratamiento puede ser fatal. El Pénfigo eritematoso y el Pénfigo vegetante son enfermedades benignas y raramente producen signos sistémicos.

El pronóstico del Pénfigo felino en la actualidad no es claro, porque son muy pocos los casos reportados y que han tenido un seguimiento.

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES.

Los diagnósticos diferenciales están encaminados a esclarecer los hallazgos dermatológicos e histopatológicos de afecciones tanto inmunomediadas como bacterianas y de alguna deficiencia mineral, de ésta manera tenemos:

BULLA PENFIGOIDE. Esta es una enfermedad vesiculo-ampollosa caracterizada por lesiones que afectan la cavidad oral, las uniones mucocutáneas, cojinetes plantares y la piel de tronco axilas y abdomen. La etiología es desconocida, pero se cree

que existe una producción inadecuada de autoanticuerpos dirigidos hacia el estrato lúcido de la zona de la membrana basal. Los hallazgos histopatológicos demuestran una hendidura entre la epidermis y la dermis (hendidura subepidérmica).

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. Es una enfermedad autoinmune sistémica, presenta lesiones cutáneas con predilección por el área facial con ulceración y despigmentación del plano nasal. Los cojinetes plantares pueden estar hiperqueratóticos o ulcerados. Los hallazgos de las pruebas rutinarias de laboratorio demuestran anemia, trombocitopenia y glomerulonefritis. Las pruebas histopatológicas revelan una dermatitis liquenoide de interfase ó hidropica ó ambas.

LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE. Es la causa más común de ulceración nasal canina y despigmentación en pacientes que no tienen algún otro sitio afectado. El hallazgo histopatológico es una dermatitis liquenoide de interfase.

DERMATITIS SOLAR NASAL (NARIZ DE COLLIE). Es una reacción alérgica debida a una deficiencia de pigmentación de la piel del plano nasal de Collies y Shetland. Es un padecimiento con predisposición hereditaria. Los hallazgos histopatológicos pueden demostrar un carcinoma de células escamosas.

ENFERMEDAD DE ZINC. Es un desorden nutricional, que se caracteriza por la presencia de costras, escamas, eritema y alopecia en las uniones mucocutáneas, cara, cojinetes plantares y abdomen y no siempre es bilateral. Histológicamente se encuentra una paraqueratosis epidérmica.

HIPERSENSIBILIDAD FUNGAL. Hipersensibilidad cutánea debida a

la presencia de candida albicans, se ha encontrado en algunos casos de paroniquia (inflamación de pliegues periungueales) y gingivitis en perros y gatos.

VASCULITIS. Puede ser una afección idiopática o puede presentarse asociada a algún otro proceso, tal como, lupus eritematoso sistémico. Se manifiesta por áreas focales de ulceración usualmente presentes en los cojinetes plantares. El exámen histopatológico de la biopsia de piel confirmará el diagnóstico de vasculitis.

RESULTADOS

La paciente comienza a manifestar notable mejoría después de que el tratamiento médico consiste en la administración de Meticorten (prednisona) y Genoxal (ciclofosfamida), tratamiento reportado como ideal en el diagnóstico definitivo de Pénfigo foliáceo. El seguimiento de éste caso clínico se seguirá llevando a cabo en el Hospital Veterinario de Pequeñas especies de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la U.N.A.M., ya que la paciente a la fecha no ha sido dada de alta.

DISCUSION

Con base en la revisión de la literatura y los datos clínicos obtenidos se descartaron razonablemente las siguientes variantes de pénfigo: Pénfigo vulgar dada la ausencia de lesiones en la cavidad oral, pénfigo vegetante por la ausencia de lesiones papilomatosas y el pénfigo eritematoso porque no se manifestó despigmentación del plano nasal, además de que las lesiones dermatológicas se generalizaron signo no presentado en dicha variante. Sin embargo no fué posible descartar el Pénfigo foliáceo debido a que comparte características clínicas con el padecimiento como lo son la edad de presentación, la evolución, la fiebre, la depresión, la distribución de las lesiones y los hallazgos histopatológicos.

Es factible mencionar que en su mayor parte el caso clínico fué diagnosticado y tratado de manera adecuada, sin embargo es conveniente mencionar que la toma de muestra para la biopsia de piel se debió de llevarse a cabo desde la primera consulta. Debido a que no se efectuó el estudio de inmuno--fluorescencia directa, ni indirecta no fué posible determinar la presencia de inmunoglobulinas, ni de componentes de complemento. (México).

El tratamiento indicado en la fase inicial no produjo la desaparición de los signos. Sin embargo con la administración de prednisona y del agente inmunosupresor, se observó una franca mejoría del padecimiento con la que se ha mantenido hasta la fecha, esperando solamente el momento adecuado para fijar las dosis mínimas útiles en el tratamiento a fin de minimizar los efectos colaterales de dichos medicamentos.

LITERATURA CITADA

- 1) Andersen, H.K.: Pemphigus foliaceus in the cat. Dansk Veterinaertidsskrift, 17:1020-1027 (1988).
- 2) Bradley, G.A.: Immunoperoxidase staining for the detection of autoantibodies in canine. Veterinary Immunology and Immunopathology, 26:105-113 (1990).
- 3) Goodman, G.A.: Bases farmacológicas para la terapéutica medicamentosa. Interamericana, (1989).
- 4) Halliwell, R.W., Goldschmidt, M.H.: Pemphigus foliaceus in the canine, a case report and discussion. J.A.A.H.A., 13:431 (1977).
- 5) Horvitz, A.L., Feldman, E.A.: A disease in dogs resembling human pemphigus vulgaris. J.A.V.M.A., 166:185 (1975).
- 6) Hutter, E.R.: Pénfigo foliáceo canino. Veterinaria argentina, (1987).
- 7) Kirk, M.S.: Small Animal Dermatology. Ed. Saunders, (1989).
- 8) Manning, T.D.: Three cases of canine pemphigus foliaceus and observations on chysotherapy. J.A.A.H.A., 16:189 (1980).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 9) Rosai, J.: Ackermans surgical pathology. Ed. Mosby, _____
(1989).
- 10) Scott, D.W.: Observations on the immunopathology and tera
py of canine pemphigus and pemphigoid. J.A.V.M.A., 67:374_
(1977)
- 11) Scott, D.W.: Pemphigus vegetans in a dog. J.A.V.M.A., _____
180:4852 (1979).
- 12) Stites, P.D.: Inmunología básica y clínica. Ed. El manual
moderno, (1986).
- 13) Wilkinson, J.E.: Studies on the pathogenesis of acantoli--
sis in canine pemphigus vulgaris. Dissertation abstracts
international, 48:2572 (1981).