

## Pioderma profunda en puntos de presión/apoyo, abordaje con Energía Lumínica Fluorescente

**Autora: ANNABEL DALMAU**

- Licenciada en veterinaria por la UAB.
- Miembro del comité científico del GEDA y Acreditada en Dermatología por AVEPA.
- Responsable del área de dermatología de Anicura Mediterrani Hospital Veterinari (Tarragona).

### RESEÑA

Labrador Retriever, hembra no esterilizada de 7 años.

### HISTORIA CLÍNICA Y MOTIVO DE LA CONSULTA

Se presentó en consulta una Labrador Retriever, hembra no esterilizada de 7 años, debido a lesiones crónicas pruriginosas en los laterales de los muslos y a nivel podal en las cuatro extremidades, con prurito 6/10 en la escala pVAS. El paciente tenía antecedentes de dermatitis atópica (DA) diagnosticada desde el año y medio de edad y leishmaniosis estadio II desde los 5 años. Se realizaban controles anuales que no mostraban alteraciones destacables, salvo una serología estable en una titulación de 1/160, siendo el estado general del paciente bueno.

Se describían episodios recurrentes de dermatitis atópica, con prurito y piodermas bacterianos secundarios, que habían sido tratado con diferentes antibióticos, glucocorticoides y oclacitinib. Aunque la respuesta era aceptable, las recidivas eran frecuentes tras la suspensión de los tratamientos.

Se descartó en un inicio una reacción de hipersensibilidad alimentaria con una dieta hidrolizada estricta durante dos meses. En el momento de la consulta, el paciente seguía una dieta seca a base de salmón, vivía en un apartamento con salidas regulares al campo y seguía un protocolo antiparasitario adecuado.

Los tratamientos administrados en el momento de la consulta incluían: alopurinol 10 mg/kg/12h (Zyloric® 300 mg comprimidos, Faes Farma S.A, España) desde el diagnóstico de la leishmaniosis, prednisona 0,5 mg/kg cada 24-48h (Prednicortone® 20 mg comprimidos, Dechra, Países Bajos), desde hacía aproximadamente dos meses y amoxicilina-clavulánico 22 mg/kg/12h (Nicilan® 400mg/100mg comprimidos, Calier, España), desde hacía dos semanas, sin observarse una respuesta adecuada.

### EXAMEN FÍSICO GENERAL Y DERMATOLÓGICO

En la exploración física general se detectó sobrepeso y una leve linfadenopatía periférica, sin otras alteraciones a destacar. En la exploración dermatológica se observaron pododermatitis interdigital



Imagen 1. Imagen clínica que muestra lesiones en la zona del muslo y tarso de la extremidad posterior derecha con hiperpigmentación, nódulos y trayectos fistulosos



Imagen 2. Imagen clínica que muestra una de las lesiones nodulares existentes en una de las extremidades anteriores

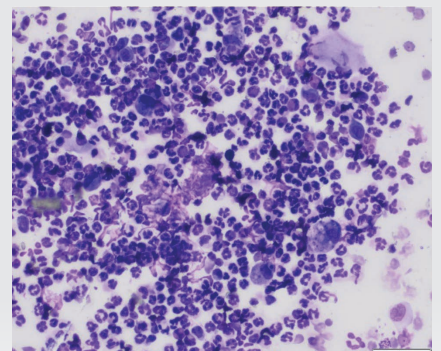


Imagen 3. Imagen citológica de unas de las lesiones, donde se observa una reacción piogranulomatosa con algunos cocos intracelulares

nodular eritematosa en las 4 extremidades de distinta gravedad, lesiones nodulares con trayectos fistulosos y exudado purulento en los laterales de los muslos y tarsos, acompañadas de hiperpigmentación (Figuras 1-2).

## DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

En el diagnóstico diferencial del patrón nodular descrito en este caso sugería una pioderma profundo bacteriana secundaria a diferentes procesos como la dermatitis atópica, leishmaniosis, hipotiroidismo, además de otras causas de foliculitis- furunculosis ocasionadas por demódex, dermatofitos u otros.

## RESULTADOS LABORATORIO / PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Teniendo en cuenta el diagnóstico diferencial, se llevaron a cabo pruebas diagnósticas dermatológicas básicas, como:

- Raspados profundos negativos a *Demodex sp.*
- Se expusieron las lesiones a la lámpara de Wood no observándose fluorescencia.
- El examen tricográfico del pelo no mostró alteraciones morfológicas, ni presencia de estructuras compatibles con dermatofitosis.
- La citología de las diferentes áreas afectadas se pudo observar una reacción piogranulomatosa con presencia de algunos cocos intracelulares (Figura 3).
- La analítica completa (hemograma, bioquímica, uroanálisis, T4/TSH, serología de leishmaniosis y proteinograma), resultaron normales, excepto la serología IFI cuantitativa frente a leishmaniasis que resultó 1/80.
- El cultivo del material de una de las fístulas resultó en crecimiento de un *Staphylococcus sp* MSSP y con un crecimiento fúngico negativo.

## DIAGNÓSTICO

Teniendo en cuenta todos estos resultados, se diagnosticó una pododermatitis nodular y pioderma profundo bacteriana secundarios a un proceso de hipersensibilidad, concretamente dermatitis atópica, ya diagnosticada con anterioridad.

## ABORDAJE TERAPEÚTICO

El plan terapéutico consistió en un programa de reducción de peso a base de dieta hipocalórica, disminuir el tratamiento con glucocorticoides de manera progresiva y del antibiótico por falta de respuesta y administrar para el control del prurito oclacitinib (Apoquel® 16 mg comprimidos, Zoetis, España) 0,5mg/kg/12h 14 días y a posteriori cada 24h, curas locales con clorhexidina 2% cada día y al ser unas lesiones focalizadas y con el objetivo de evitar más fármacos antibióticos sistémicos al paciente, se optó por la aplicación semanal de energía lumínica fluorescente, FLE (PHOVIA® Vetoquinol, España), en las zonas afectadas, programándose 4 sesiones.

## EVOLUCIÓN

La respuesta fue favorable. Tras las cuatro sesiones de FLE, las lesiones estaban prácticamente resueltas, el prurito estaba controlado y se programaron revisiones y sesiones adicionales de FLE. Se realizaron dos sesiones de refuerzo (al mes y a los tres meses) al detectar pequeñas recidivas del problema (Figura 4). El oclacitinib se administró de forma intermitente según la necesidad del paciente. La calidad de vida del paciente y tutor mejoraron considerablemente.

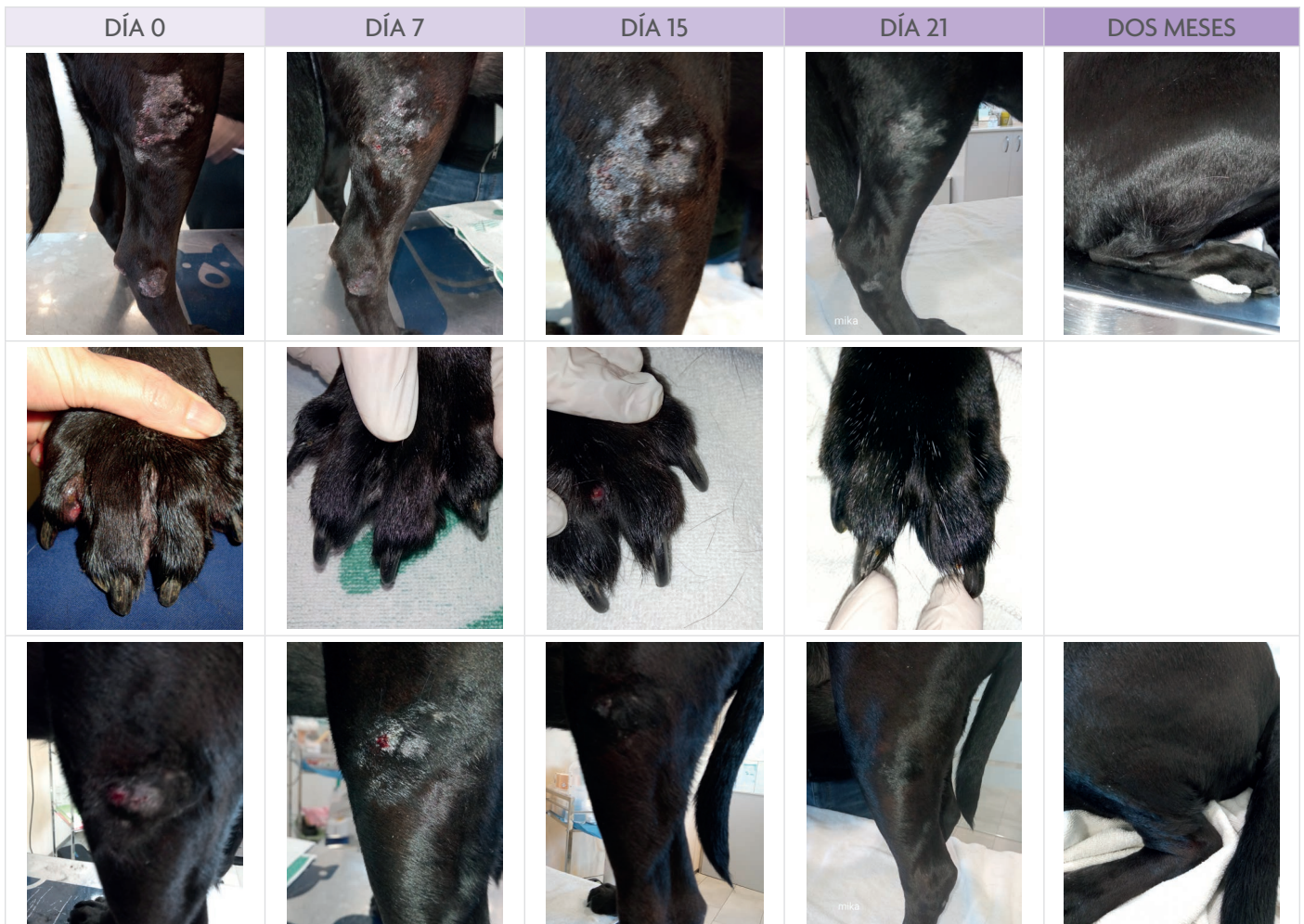


Imagen 4. Imágenes que muestran la progresión en la resolución de las lesiones dermatológicas cronológicamente

## DISCUSIÓN

La pododermatitis nodular y la foliculitis-furunculosis en puntos de presión son condiciones dermatológicas complejas, recurrentes y frustrantes tanto para el clínico como para los tutores.<sup>1-2</sup>

Estas afecciones suelen iniciarse como foliculitis que progresa a furunculosis, generando una reacción de cuerpo extraño y trayectos fistulosos y las infecciones bacterianas son una secuela común del proceso. Factores predisponentes como raza, sobrepeso, alergias, problemas ortopédicos y conformación anatómica, así como condiciones que pueden afectar al sistema inmunológico como por ejemplo, la leishmaniosis o el hipotiroidismo juegan un papel importante. En estos casos también deben tenerse en cuenta la demodicosis, dermatofitosis o cuerpos extraños como causas iniciales del proceso.<sup>1-2</sup>

El tratamiento ante estos casos requiere:<sup>1-5</sup>

- Identificación y control de causas primarias.
- Manejo de infecciones secundarias con antisépticos tópicos y cuando se requiera antibióticos tópicos y, en casos necesarios, sistémicos después de realizar un cultivo y antibiograma.
- Reducción de inflamación y prurito asociados normalmente relacionado con las causas primarias, como la dermatitis atópica, para evitar recidivas.
- Tener en cuenta terapias alternativas como la fototerapia. En este caso, la FLE demostró ser una herramienta adyuvante efectiva, reduciendo la inflamación, mejorando la cicatrización y reduciendo la necesidad de antibióticos.<sup>3-5</sup>

Este enfoque integrador permitió mejorar significativamente el cuadro clínico que afectaba al paciente. Hay reportes científicos que avalan estos beneficios en piodermas profundas y pododermatitis como el caso que nos ocupa, logrando y ayudando a disminuir el uso de antibióticos e inmunomoduladores, necesarios en muchas ocasiones para controlar estas condiciones, siempre con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus tutores.<sup>6-7</sup>

## CONCLUSIÓN

La combinación de un diagnóstico completo, tratamiento individualizado y herramientas innovadoras como la FLE puede optimizar el manejo de casos complejos de pododermatitis nodular y pioderma profundo localizado, formando parte del proceso de curación, reduciendo recidivas y mejorando el bienestar de los pacientes, como en el caso descrito.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Duclos, D. Canine Pododermatitis. Vet Clin N Am Small Anim. 2013. 43, 57-87.
2. Summers, JF., Brodbelt, DC., Forsythe, PJ. et al. The effectiveness of Antimicrobial Treatment in Canine Superficial and Deep Pyoderma: A Systematic Review. 2012. Vet Derm. 23, 305-330.
3. Marchegiani, A., Fruganti A., Spaterna A. et al. The effectiveness of fluorescent light energy as adjunct therapy in canine deep pyoderma: A randomized clinical trial. 2021. Vet Med Int.
4. Marchegiani, A., Fruganti, A., Bazzano, M. et al. Fluorescent Light Energy in the Management of Multi Drug Resistant Canine Pyoderma: A Prospective Exploratory Study. 2022. Pathogens. 11(10):1197.
5. Marchegiani, A., Fruganti, A., Gavazza A, Spaterna A, Cerquetella M. Fluorescent biomodulation for canine interdigital furunculosis: updates for Once-weekly schedule. 2022. Frontiers in Veterinary Science. Vol 9. Article 880349.
6. Spitznagel, MB. Caregiver burden, treatment complexity and the veterinary-client relationship in owners of dogs with skin disease. 2022. Vet Derm. 33(3):208-213.
7. Mosca, M., Briand, A., Carrasco, I., Luciani, L., Fantini, O. Impacto of Fluorescent Light Energy on the Quality of Life of Dogs with Dermatologic Disease and Their Owners. 2023. Open Journal Vet Med. 13, 122-135.



**REGENERACIÓN CUTÁNEA DE LESIONES Y HERIDAS  
HASTA EN LA MITAD DE TIEMPO**