



Adenitis sebácea canina: 3 cuadros clínicos y su respuesta a la terapia. Reporte de casos

Canine sebaceous adenitis: 3 clinical cases and their response to therapy. A case report

Michelle Reyes¹, Cynthia Jarrín², Rosa Obregón³

¹ MV. Salud Dermatológica Veterinaria. Quito, Ecuador

² MV. Hospital Veterinario SAVE. Ibarra, Ecuador

³ MV. Clínica Veterinaria Zooluciones. Lima, Perú

E-mail para correspondencia: teamskinvet1@gmail.com

PALABRAS CLAVE: adenitis, cilindro folicular, glándula sebácea

RESUMEN

La adenitis sebácea es una dermatosis idiopática que causa un desorden inflamatorio en las glándulas sebáceas; existen algunas teorías sobre su origen que van desde factores genéticos, autoinmunes, defectos de queratinización y alteración del metabolismo de lípidos. El presente reporte de caso describe tres pacientes caninos con diferentes tipos de pelaje que presentan lesiones costrosas, descamativas, hipotrichosis, alopecia y presencia de cilindros foliculares. En la citología y el tricograma se encontraron abundantes células epiteliales de descamación y cilindros foliculares respectivamente, el diagnóstico definitivo se obtuvo mediante la histopatología concluyendo una adenitis sebácea crónica. Se instauró una terapia tópica con aspersiones de propilenglicol, champús a base de ceramidas, ácidos grasos, peróxido de benzoilo y administración oral de omegas, logrando una progresiva remisión de las lesiones a partir del mes de tratamiento.

ABSTRACT

Sebaceous adenitis is an idiopathic dermatosis that causes an inflammatory disorder in the sebaceous glands; there are some theories about its origin which include genetic factors, autoimmune factors, keratinization defects and alteration of lipid metabolism. The present case report describes three canine patients with different types of coat that present crusts, scaly lesions, hypotrichosis, alopecia and the presence of follicular casts. In the cytology and trichogram, abundant epithelial cells and follicular casts were found respectively, the definitive diagnosis was obtained through histopathology, concluding chronic sebaceous adenitis. Topical therapy was instated with propylene glycol sprays, shampoos based on ceramides, fatty acids, benzoyl peroxide and oral administration of omegas, achieving progressive remission of the lesions after one month of treatment.

Key words: adenitis, folicular cast, sebaceous gland.

INTRODUCCION

La adenitis sebácea es una dermatosis idiopática que genera un desorden inflamatorio en las glándulas sebáceas distribuidas sobre la superficie de la piel de los mamíferos (1). Estas glándulas son productoras de una secreción oleosa que, junto al sudor y lípidos epidérmicos, forman una emulsión que contiene sales inorgánicas, proteínas que inhiben el sobrecrecimiento de microrganismos, inmunoglobulinas (mayormente IgA) e interferón antiviral. Las funciones de la emulsión generada son mantener la hidratación de la piel y actuar como barrera física para patógenos externos (2).

Esta reacción inflamatoria afecta a las glándulas sebáceas llevándolas a la destrucción. Existen diversas hipótesis sobre su origen: factores genéticos, procesos autoinmunes, defectos de la queratinización o desorden en el metabolismo de los lípidos (3). Hay dos formas de presentación clínica en la adenitis sebácea primaria: la que afecta a perros de pelo largo, en donde se evidencia hipotrichosis, eritema, alopecia, escamas amarillo oscuras

en orejas, nariz, cola; y la que afecta a perros de pelo corto generando un manto apolillado con moderada descamación (4). Cuando se presenta de forma secundaria se manifiesta en casos de leishmaniosis, demodicosis, alergia alimentaria y síndrome úveo – dermatológico (5).

El abordaje diagnóstico se realiza con base en la anamnesis, los signos clínicos y la raza del paciente; sin embargo, el diagnóstico definitivo se obtiene con la histopatología, en donde se observa inflamación granulomatosa o piogranulomatosa de las glándulas sebáceas en lesiones agudas y ausencia de glándulas sebáceas en lesiones crónicas (6). El tratamiento consiste en remover el exceso de costras, mejorar la calidad del pelaje, reducir la inflamación y destrucción de las glándulas sebáceas a través de terapia tópica y/o sistémica (4, 7).

En el presente reporte de caso el objetivo es describir el manejo terapéutico de la adenitis sebácea canina en tres pacientes con diferentes tipos de pelaje.

RELATO DE CASO

Caso A

Paciente mestizo de 10 años, castrado y de pelo largo que acudió a consulta debido a que presentó lesiones en ambos pabellones auriculares hace 2 años. Comía balanceado premium a base de pollo, vivía dentro de casa, sin contacto con otras mascotas y no ha realizado viajes. Recibía baños cada 2 a 3 meses con champú cosmético y usaba collar antipulgas constantemente. Le prescribieron tratamientos óticos con corticoides, antibióticos y antifúngicos sin evolución positiva.

Al examen físico clínico el paciente no presentó ninguna alteración. Al examen dermatológico se observó un patrón exfoliativo y descamativo en la cara interna de ambos pabellones auriculares y en los conductos auditivos externos, no presentó signos de inflamación ni estenosis. Las escamas eran finas, secas y de color café con abundantes cilindros foliculares (Figura 1). Escala análoga visual del prurito 0/10. No se encontró ninguna otra alteración dermatológica en el resto del cuerpo.



Figura 1. Descamación y cilindros foliculares en la cara interna de ambos pabellones auriculares y en los conductos auditivos externos.

Se realizaron pruebas complementarias: tricograma con presencia de cilindros foliculares (Figura 2), citología del canal auditivo externo y de la cara interna de los pabellones auriculares evidenciándose abundante cantidad de células epiteliales de descamación. Se realizó biopsia incisional de las lesiones ubicadas en la cara interna de los pabellones auriculares y canal auditivo externo de ambas orejas.

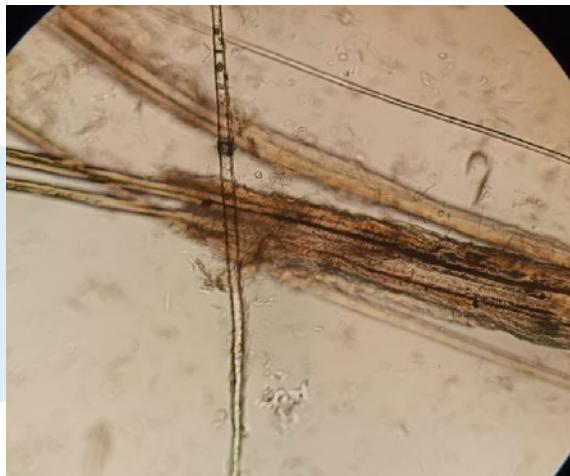


Figura 2. Cilindros foliculares observados en el tricograma de la cara interna de ambos pabellones auriculares.

En el análisis histopatológico se encontró una leve a moderada hiperplasia de la epidermis con marcada hiperqueratosis ortoqueratósica laminar. La dermis perivascular superficial a perianexal estaba infiltrada por un proceso inflamatorio discreto, representado por linfocitos, plasmocitos y pocos histiocitos. Además, los folículos pilosos presentaron leve a moderada dilatación de su infundíbulo, ausencia de glándulas sebáceas, glándulas ceruminosas dilatadas y en unos fragmentos se apreció fibrosis subepitelial moderada. Los hallazgos observados indicaron una alteración en la queratinización de la piel. La ausencia

generalizada de glándulas sebáceas y los hallazgos en el examen dermatológico confirmaron el diagnóstico de adenitis sebácea crónica.

Se instauró tratamiento tópico con aceite de coco orgánico aplicado 2 veces al día sobre el área afectada y tratamiento sistémico con 12.4 mg/kg de EPA, 8.3mg/kg DHA, 2 mg/kg GLA, 3.4 mg/kg LA, 2.7mg/kg Omega 9 y 0.75 mg/kg de vitamina E (Uderm®) vía oral cada 24 horas. Tres meses después el paciente acudió a control con una mejoría total de las lesiones (Figura 3).



Figura 3. Se observan los pabellones auriculares y conductos auditivos externos sin evidencia clínica de lesiones.

Caso B

Paciente Husky siberiano de 5 años esterilizada que acudió a consulta por caída excesiva de pelo y lesiones en la piel hace 3 años. Comía balanceado premium a base de pollo, vivía dentro de casa con un perro sin problemas de piel. Recibió baños semanales con champú de peróxido de benzoilo al 2%. No usaba tratamiento para ectoparásitos. No ha tenido tratamientos anteriores.

Al examen físico clínico la paciente tenía una condición corporal 2/5. Al examen dermatológico presentaba un patrón difuso generalizado con cilindros foliculares, hipotrichosis y costras rojizas que se extendían en la cabeza, pabellones auriculares, cuello, tronco, extremidades y cola (Figura 4). En el plano nasal presentaba una lesión costrosa hipopigmentada con eritema. Escala análoga visual del prurito 0/10.

En la citología se observó abundante cantidad de células epiteliales de descamación y en el tricograma se encontraron abundantes cilindros foliculares. En el análisis histopatológico se halló acantosis regular leve con hiperpigmentación, leve hiperqueratosis, exocitosis linfocítica multifocal, con espongiosis y discreta apoptosis individual de queratinocitos; leve a moderada dermatitis perivasicular superficial a perianexal linfoplasmocitaria, multifocal, crónica, con edema y congestión; queratosis folicular leve a moderada, multifocal, con atrofia / ausencia difusa de glándulas sebáceas compatibles con adenitis sebácea crónica (Figura 5). Las muestras histopatológicas del plano nasal fueron compatibles con complejo pénfigo.



Figura 4. Patrón difuso generalizado con cilindros foliculares, hipotrichosis y costras rojizas.

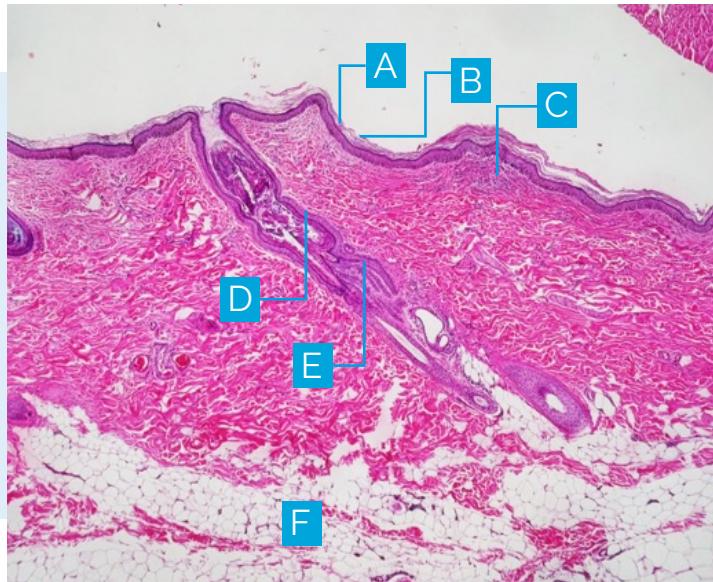


Figura 5. Hallazgos histopatológicos: Acantosis regular (A), hiperqueratosis ortoqueratósica de tipo lamelar (B), dermatitis perivascular superficial (C), acantosis regular que se extiende al folículo (D), dermatitis perivascular perianexal (E) y ausencia de glándulas sebáceas (F).

Se instauró un tratamiento tópico que consistía en baños semanales con un champú a base de una microemulsión de ácidos grasos, ceramidas y monosacárido (Allermyl glyco®), cada 15 días se adicionó un champú a base de peróxido de benzoilo al 2% (Peroxydex spherulites®) como primer paso; y aspersiones sobre las zonas afectadas con una solución de 50% de agua destilada y 50% de propilenglicol cada 48 horas. Además, se indicó tratamiento sistémico con 12.4 mg/kg de EPA, 8.3mg/kg DHA, 2 mg/kg GLA, 3.4 mg/kg LA, 2.7mg/kg Omega 9 y 0.75 mg/kg de vitamina E (Uderm®) vía oral cada 24 horas. Dos meses después la paciente acudió a control con mejoría notable de las lesiones (Figura 6).



Figura 6. Evolución de la paciente con ausencia de lesiones y recrecimiento del pelaje.

Caso C

Paciente mestizo de 6 años, castrado y de pelo corto que acudió a consulta debido a que hace un mes fue rescatado de la calle con lesiones cutáneas generalizadas. Desde su adopción comía balanceado premium a base de pollo y vivía dentro de casa. Recibió baños medicados 2 veces por semana con champú a base de clorhexidina y le dieron afoxolaner en dos ocasiones sin evolución positiva.

Al examen físico clínico el paciente tenía una condición corporal 2/5. Al examen dermatológico el paciente mostró un patrón difuso generalizado con cilindros foliculares, hipotricosis y costras rojizas que se extendían en la cabeza, pabellones auriculares, cuello, tronco, extremidades y cola; tenía zonas alopécicas en los flancos y en la punta de la cola (Figura 7). Escala análoga visual del prurito 0/10.



Figura 7. Lesiones descamativas generalizadas con cilindros foliculares, hipotricosis y zonas alopécicas.

Las citologías cutáneas y el tricograma revelaron abundantes células de descamación y cilindros foliculares, respectivamente. El análisis histopatológico expuso una leve a moderada acantosis regular con hiperqueratosis; dermatitis perivascular a perianexal linfoplasmocitaria y neutrofílica, leve a moderada, multifocal, crónica activa; queratosis folicular, moderada, multifocal y ausencia difusa de glándulas sebáceas (Figura 8).

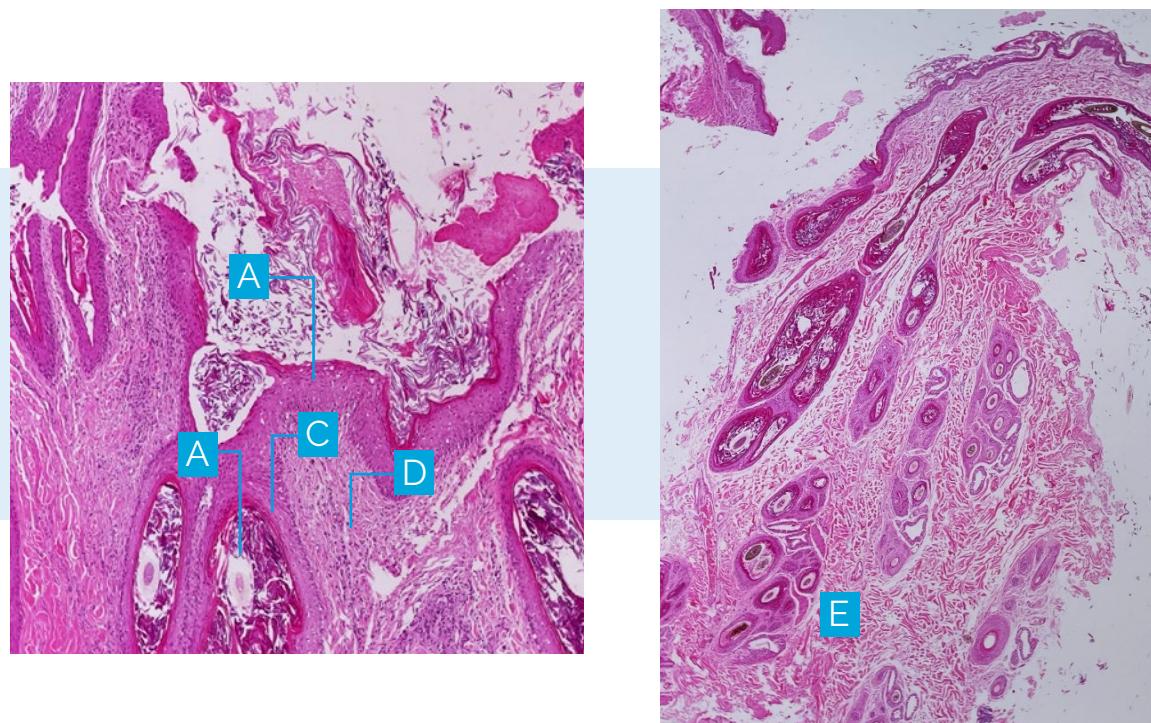


Figura 8. Hallazgos histopatológicos: Acantosis regular (A), queratosis folicular (B), acantosis regular que se extiende al folículo (C), dermatitis perivascular superficial (D) y ausencia de glándulas sebáceas (E).

Se instauró un tratamiento tópico que consistía en baños semanales con un champú a base de una microemulsión de ácidos grasos, ceramidas y monosacárido (Allermyl glyco®), cada 15 días se adicionó un champú a base de peróxido de benzoilo al 2% (Peroxydex spherulites®) como primer paso; y aspersiones sobre las zonas afectadas con una solución de 50% de agua destilada y 50% de propilenglicol cada 48 horas. Además, se indicó tratamiento sistémico con 12.4 mg/kg de EPA, 8.3mg/kg DHA, 2 mg/kg GLA, 3.4 mg/kg LA, 2.7mg/kg Omega 9 y 0.75 mg/kg de vitamina E (Uderm®) vía oral cada 24 horas.

En los controles al mes y a los 8 meses el paciente presentó una mejoría notable de las lesiones (Figura 9).



Figura 9. Paciente sin evidencia de lesiones.

DISCUSIÓN

Las hipótesis sobre la patogénesis de la adenitis sebácea describen varias causas como la destrucción inflamatoria hereditaria y del desarrollo de las glándulas sebáceas, la destrucción mediada por células, una alteración de la cornificación que conlleva a la inflamación con atrofia de los conductos y las glándulas sebáceas, un defecto anatómico en las glándulas sebáceas que ocasiona la pérdida de los lípidos intracelulares con una consecuente reacción a cuerpo extraño y una falla en el metabolismo de los lípidos que resulta en una anomalía de la cornificación y destrucción de las glándulas sebáceas. Al ser una enfermedad que tiene diversas etiologías, no es de presenta-

ción exclusiva de determinadas razas, pudiendo llegar a diagnosticarse en cualquier canino, incluso en pacientes mestizos, siendo éste el primer reporte a conocimiento de las autoras (2).

Las características clínicas de esta enfermedad pueden variar por la raza y por el largo del pelaje. Los perros de pelaje corto, como el caso C, suelen presentar áreas de alopecia y descamación de forma anular que generan una apariencia "apolillada" en el pelaje sobre el tronco y los pabellones auriculares. Las razas de pelaje largo, como el caso B, suelen tener alopecia parcial simétrica, pelos opacos y cilindros foliculares. Además, siempre se observan

escamas de color blanco plateado o marrón amarillento y cilindros foliculares, los cuales también fueron observados en los tres casos reportados (Figura 1, 4, 7) (2, 7).

Según los hallazgos histopatológicos se pueden clasificar a los pacientes en tres fases, encontrándose en la fase 1 un número normal de glándulas sebáceas asociadas a una reacción inflamatoria, en la fase 2 un número reducido de glándulas sebáceas con o sin reacción inflamatoria y en la fase 3 una ausencia de glándulas sebáceas con o sin reacción inflamatoria. Con base en esta clasificación, los resultados histopatológicos de los tres pacientes reportados indicarían que se encuentran en la fase 3 de adenitis sebácea (8).

Tomando en cuenta que los tres pacientes cursaban la fase crónica de adenitis sebácea (fase 3) se decidió instaurar un tratamiento para hidratar y lubricar la piel y el pelo que consistió en ácidos grasos, ceramidas, vitamina E, aceite de coco y propilenglicol, evitando el uso de inmunomoduladores e inmunosupresores. En estos pacientes se prescribieron ácidos grasos orales, aceites tópicos y champú con ácidos grasos considerando que una posible etiología es la anormalidad en el metabolismo de lípidos que afecta la queratinización y la producción de sebo. Así mismo, en otros reportes se obtuvieron respuestas favorables con el uso de ácidos grasos sistémicos y aceites tópicos (4, 9).

CONCLUSIONES

Se describió la aproximación clínica, diagnóstica y el manejo terapéutico de tres pacientes con adenitis sebácea canina, logrando una mejoría clínica a partir del mes de tratamiento con aspersiones de propilenglicol, champús a base de ceramidas, ácidos grasos, peróxido de benzoilo y administración oral de omegas. Esto afirma la importancia de la terapia tópica como parte de los tratamientos dermatológicos de la adenitis sebácea sin necesidad de incluir terapia sistémica con posibles efectos secundarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lortz J, Favrot C, Mecklenburg L, et al. A multicentre placebocontrolled clinical trial on the efficacy of oral ciclesporin A in the treatment of canine idiopathic sebaceous adenitis in comparison with conventional topical treatment. *Vet Dermatol.* 2010;21(6):593–601.
2. Sousa CA. Sebaceous adenitis. *Vet Clin North Am Small Anim Pract* 2006;36(1):243-9.
3. Roldan W. Adenitis sebácea canina. Referencias para consultorio MV. 2015; 42: 25-8.
4. Simpson A, McKay L. Applied dermatology: sebaceous adenitis in dogs. *Compend Contin Educ Vet.* 2012;34(10):E1-7.
5. Spaterna A, Antognoni MT, Cappuccini S, Tesei B. Sebaceous adenitis in dogs: three cases. *Vet Res Commun* 2003;27(1):441-3.
6. Varjonen K, Rest J, Bond R. Alopecia in a black Labrador retriever associated with focal sub-follicular paniculitis and sebaceous adenitis. *Vet Dermatol.* 2010;21(4):415-9.
7. Frazer MM, Schick AE, Lewis TP, Jazic E. Sebaceous adenitis in Havanese dogs: a retrospective study of the clinical presentation and incidence. *Vet Dermatol.* 2011;22(3):267-74.
8. Reichler IM, Hauser B, Schiller I, et al. Sebaceous adenitis in the Akita: clinical observations, histopathology and heredity. *Vet Dermatol.* 2001;12(5):243-53.
9. Pye C. Canine sebaceous adenitis. *Can Vet J.* 2021;62(3):293-6.