

Pythiosis cutánea canina en un paciente proveniente del litoral argentino

Edgardo A. Erbetta MV; SKINVET Clínica Veterinaria

Pythium insidiosum un miembro de la clase Oomycetes, infecta perros, caballos y humanos que viven en zonas tropicales y subtropicales con más incidencia, incluyendo sudeste Asiático, este de Australia, sudamérica y sudeste de USA. En el estado infectivo es una zoospora flagelada y móvil que se produce más en medios acuáticos en asociación con vegetales y es el agente causal de la patología en la invasión y posterior daño de la piel o mucosa intestinal.

En perros, la pythiosis cutánea se caracteriza por heridas que no cicatrizan o nódulos con ulceración y tractos drenantes, más frecuentemente envolviendo las extremidades, ventral del cuello, cola, cabeza o perineo. Perros con cuadros gastrointestinales, desarrollan severo engrosamiento de mucosa en estómago, intestino delgado, colon, recto o raramente esófago. Signos asociados son vómitos, diarrea y hematoquexia son frecuentes.

El reporte es de un caso de pythiosis cutánea en un perro procedente de la provincia de Corrientes, un Irish Setter, 3 años de edad, sexo macho. Se presentó en Marzo 2013 para la evaluación de una úlcera y flogosis en tejidos blandos circundantes sobre párpado superior ojo izquierdo y región frontal con dos semanas de evolución. Su propietario que a la fecha de ingreso a la clínica estaba radicándose en la ciudad de Córdoba, relató que solía ir de cacería de patos en su provincia natal. Esa masa que inició como un pequeño foco pruriginoso, no respondió en ningún momento a ciprofloxacina, ketoconazol ni dexametasona administrada desde su fecha de inicio. Al examen físico revelaba una masa ulcerada de 6 cm x 3 cm x 7 cm que se extendía desde caudal de la porción izquierda de la boca (próximo a la comisura labial) comprometiendo hasta región periorbital izquierda mas sobre el ángulo nasal de la órbita y parte de región inferior del frontal. En la citología del exudado sanguinolento que drenaba la masa, reveló una inflamación piogranulomatosa sin agentes infecciosos. Se requirió una TAC de cráneo y se observó una masa de tejido blando en plano izquierdo de maxilar superior y hueso frontal extendiéndose en rostral hasta el seno frontal izquierdo. La masa exhibía tejido blando homogéneo con el uso de material de contraste; agrandamiento del ganglio retrofaringeo izquierdo con características homogéneas mediante contraste.

Biopsia mediante punch (7 mm diámetro) se remitió para cultivo bacteriano, micológico e histopatología. Esta última reveló severa y difusa inflamación piogranulomatosa y eosinofílica de aspecto coalescente, más severo en profundidad de la dermis extendiéndose hacia el subcutis con escasas hifas de coloración eosinófilas. Tinción de Gomori-Grocott (metenamina de plata) mostró hifas de paredes finas, irregulares no paralelas con ramificaciones cortas. Ausencia de bacterias en la coloración de Gram. Cultivos para aeróbicos y anaeróbicos con un crecimiento irrelevante de un *staphylococcus* no

hemolítico. Se envió para cultivo micobiótico (Sabouraud, cerebro-corazón de ovino agar) dando negativo.

Por su aspecto e histopatología se pensó en posible pythiosis, lagenidiosis o zygomycosis por lo que se decide el envío de suero al servicio de micología del laboratorio de la Univ. de Tennessee, Knoxville, TN, USA. Test ELISA para anticuerpos *P. insidiosum* dio ligeramente positivo a un 38 % (valores considerados positivos son > 40 %) para dar como consistente en una infección activa ya que pueden dar positivos en un 3 a 15 % de pacientes sanos, en el mismo laboratorio se efectúan cultivos en agar de extractos vegetales suplementados con estreptomycin y ampicilina, desarrollando un organismo que fue identificado como *P. insidiosum*, basado en la estructura morfológica como también en la amplificación de especificidad mediante análisis por PCR.

Llegado al diagnóstico se instauró un protocolo terapéutico con itraconazol (10.4 mg/kg P.O. una vez al día; Sporanox; Janssen Cilag, Arg) y terbinafina (6.5 mg/kg P.O. una vez al día, Lamisil, Novartis, Arg) se adicionó meprednisona (0.25 mg/kg P.O. una toma diaria, Deltisona B, Sanofi Aventis, Arg) para reducir la inflamación y evitar autotrauma. Cinco meses posteriores la lesión estaba prácticamente resuelta pero la inflamación en región periorbital recurrió cuando se redujo la dosis de meprednisona a 0.12 mg/kg/día.

Reevaluado serológicamente a 5.5 y 12 meses después de diagnosticado, mostro un porcentaje de anticuerpos anti-*P. insidiosum* de 20 y 31% respectivamente. Este perro aún vive y siendo tratado con itraconazol, terbinafina y meprednisona a 17 meses de su diagnóstico definitivo.