

# Celulite juvenil

## *Juvenile cellulite*

**Sílvia Teixeira Cardoso Pereira** - Médica Veterinária autônoma, graduada pela Escola de Veterinária da UFMG, Pós graduanda em Dermatologia Veterinária pela Universidade Anhembi-Morumbi - Clínica Veterinária Sílvia Pereira, SP/S silviapereiravet@gmail.com.

Pereira STC. Medvop - Revista Científica de Medicina Veterinária - Pequenos Animais e Animais de Estimação; Edição 48 - Vol II - 2018; 126-132.

## Resumo

A celulite juvenil é uma doença granulomatosa e pustular rara que acomete predominantemente filhotes em idade inferior a quatro meses. Sua etiopatogenia é desconhecida, porém a marcante resposta a dosagens imunossupressoras de corticoides leva a crer tratar-se de distúrbio imunomediado. Hereditariedade é cogitada devido à possível predisposição de algumas raças. Um ou mais filhotes de uma mesma ninhada podem estar acometidos. Alguns animais podem apresentar sintomatologia sistêmica como dor, linfadenopatia, febre, prostração e até artrite supurativa estéril. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de Celulite Juvenil em um cão de três meses de idade, macho, sem raça definida que apresentou quadro súbito de otite externa, edema de face, pústulas e abscessos subcutâneos difusos e fistulantes sem resposta a antibioticoterapia. Linfadenopatia submandibular foi observada. O diagnóstico foi realizado por meio de anamnese, exame físico, citologia (secreção ótica, exsudato purulento e linfonodo) e exame histopatológico de amostras cutâneas obtidas por punch e biópsia excisional. O tratamento baseou-se na administração de doses imunossupressoras de glicocorticoides e manejo de feridas com excelente resposta.

**Palavras-chave:** cão, filhote, celulite, glicocorticoides.

## Abstract

Juvenile cellulitis is a rare granulomatous and pustular disease that predominantly occurs in puppies under the age of four months. Its etiopathogeny is unknown, but the marked response to immunosuppressive dosages of corticosteroids leads one to believe that it is an immune-mediated disorder. Heredity is considered because of the possible predisposition of some breeds. One or more puppies from the same litter may be affected. Some animals may present with systemic symptoms such as pain, lymphadenopathy, fever, prostration and even sterile suppurative arthritis. The objective of this study was to report a case of Juvenile Cellulitis in a 3-month-old male, without a definite breed who had a sudden onset of external otitis, face edema, pustules and fistulating subcutaneous abscesses without response to antibiotic therapy. The diagnosis was made through anamnesis, physical examination, cytology (discharge of the ear canal, purulent exudate and lymph node) and histopathological examination of cutaneous samples obtained by punch and excisional biopsy. Treatment was based on the administration of immunosuppressive doses of glucocorticoids and wound management with excellent response.

**Keywords:** dog, puppy, cellulitis, glucocorticoids.

## Introdução

A Celulite Juvenil (Piodermite Juvenil, Garrotilho dos Filhotes, Dermatite e Linfadenite Granulomatosa Estéril Juvenil) é uma desordem granulomatosa e pustulosa incomum dos linfonodos submandibulares, face e pavilhões auriculares (1), que acomete predominantemente filhotes entre 5 semanas e 3 meses de idade (2), sem predileção sexual e sempre na espécie canina (1,3).

A primeira descrição da doença se deu em 1957 por Frank Král (4). Na ocasião foi chamada de Linfadenite Apostematosa (purulenta). Ainda hoje a causa e a patogênese desta enfermidade não estão completamente elucidadas, porém a ocorrência de granulomas e pústulas estéreis que respondem dramaticamente à administração de doses imunossupressoras de glicocorticoides sugere a participação de mecanismos imunomediados. Hereditariedade é cogitada devido à possível predisposição de algumas raças (Dachshund, Golden Retriever, Labrador, Setter Gordon, Rottweiler). Um ou mais filhotes de uma mesma ninhada podem estar acometidos (5). Como em geral a doença ocorre em filhotes em idade de vacinação, a hipótese de desencadeamento por vacinas foi aventada, no entanto filhotes não vacinados podem apresentar o quadro. Tentativas de transferir a doença por inoculação de tecido de cães afetados em neonatos foram frustradas (5).

Além das lesões cutâneas os filhotes podem apresentar febre, anorexia, prostração, linfadenopatia focal ou difusa e dor articular (1,3,6). Há relatos de artrite supurativa estéril. Cicatrizes são sequelas comuns e alguns casos podem ser fatais (6).

O quadro clínico inicial em geral é relatado pelo agudo acometimento de edema de face e sinais de otite externa (3). O edema é bilateral e simétrico e o quadro evolui para lesões como eritema, alopecia, pápulas e nódulos em regiões periorbital, perilabial, focinho e queixo. Há exsudação purulenta estéril e com frequência os abscessos são fistulantes. Em alguns casos (como o do presente relato) o quadro pode ter distribuição disseminada. As lesões podem mimetizar angioedema, demodicose, piodermite profunda, piodermite do queixo, reação adversa a medicamentos, pênfigo foliáceo, cinomose e dermatofitose e ainda outras dermatoses pustulares estéreis (1,3,6).

O diagnóstico da Celulite Juvenil deve basear-se na identificação do animal, histórico, sinais clíni-

cos, exclusão de diferenciais, citologia ótica e cutânea, citologia de linfonodo, exame histopatológico de pele. A cultura do exsudato cutâneo em geral é estéril (5). Exames laboratoriais (hemograma e bioquímica sérica) podem ser necessários em pacientes com sintomatologia sistêmica para investigação de comorbidades (7).

O tratamento se faz com doses imunossupressoras de glicocorticoides (Prednisona ou Prednisolona 2mg/kg sid) até a remissão dos sintomas e posterior “desmame”, além de limpeza de feridas e correção de erros de manejo de higiene e nutrição.

O prognóstico é favorável quando o tratamento é prontamente instituído. Boa resposta é percebida em quatro a cinco dias de terapia, porém esta deve ser mantida até completa remissão do quadro lesional. Um relato de 2011 refere a ocorrência de um caso refratário ao tratamento com glicocorticoides, tendo sido bem-sucedido com o uso associado de Ciclosporina (7). Um estudo de 2004 avaliou a eficácia da Griseofulvina no tratamento da enfermidade em seis cães. O uso do fármaco foi bem sucedido, tendo poucos efeitos adversos, contudo os próprios autores recomendam que tal terapia precisa de maiores pesquisas para um maior entendimento dos efeitos imuno regulatórios da Griseofulvina (8). Cães gravemente acometidos e sem tratamento podem vir a óbito (6). Não há relatos de recidivas após cura (9).

## Relato de caso

Um cão, macho, sem raça definida, três meses de idade foi atendido no Centro Médico Veterinário Anchieta, São Paulo em 05/11/ 2017. Proprietário referia quadro de otite e inchaço em região de face (Figuras 1 e 2). Animal onze dias antes já havia sido levado ao veterinário que instituiu antibioticoterapia com injeções de Enrofloxacina a cada 24 horas sem melhora. Após alguns dias de tratamento o paciente começou a apresentar coleções líquidas subcutâneas com drenagem de exsudato purulento. Foi instituída terapia com Cefalexina (25 mg/Kg bid), Meloxicam (0,1 mg/Kg sid) e limpeza das lesões com clorexidina. Foram realizados Exame Parasitológico do Raspado cutâneo (negativo para ácaros) e Hemograma, ALT e Creatinina (sem alterações dignas de nota). Em 06/11/2017 animal não apresentou melhora e foi realizada citologia de linfonodo pré-escapular que revelou em 10/11/2017

achados compatíveis com um quadro de Linfadenite (celularidade leucocitária heterogênea, com predomínio de linfócitos maduros e escassos linfócitos blásticos; importante população de neutrófilos associada e alguns macrófagos apresentando amplo citoplasma vacuolizado e ainda ausência de microorganismos). Nessa ocasião as lesões de face haviam evoluído para alopecia periorbital e em região de focinho e os abscessos subcutâneos haviam aumentado de tamanho e adquirido padrão disseminado de distribuição, muitos deles com ulceração profunda e drenagem intensa de conteúdo purulento (Figura 3). Paciente foi então encaminhado para atendimento com dermatóloga que ao exame físico em 15/11/2017 observou que animal apresentava dor evidente manifestada por agressividade à manipulação. O quadro lesional era composto por alopecia, edema e pústulas em pavilhões auriculares; alopecia, edema, eritema, pústulas e crostas em face (regiões periorbital, perilabial, ponte nasal) com disposição simétrica bilateral e ainda presença de abscessos fistulantes levando à formação de úlceras tenebrantes em dorso, axilas, região torácica e abdominal ventral (Figuras 4 e 5). Foi realizada citologia de secreção ótica, da pele e do exsudato revelando presença marcante de neutrófilos e poucas bactérias cocoides. Novo Exame Parasitológico do Raspado Cutâneo foi realizado (negativo para ácaros). Realizada biopsia por punch de 6 mm (dois fragmentos) em região de ponte nasal e de pele íntegra que recobria abscesso em região torácica. Um terceiro fragmento elíptico foi retirado de borda de lesão ulcerada grave. Baseada na história clínica, quadro lesional, pobre resposta a antibióticos e visto que o paciente estava apresentando piora clínica, foi prescrito Prednisolona (2 mg/Kg sid por dez dias e então 1 mg/Kg sid por cinco dias e então 0,5 mg/Kg sid por mais cinco dias) antes da liberação do laudo histopatológico. A Cefalexina foi mantida por mais cinco dias, completando 15 dias de antibioticoterapia. Proprietário foi orientado a fazer bandagens oclusivas nas lesões graves e, em função da aparência de pelame baço, foi sugerida dieta comercial de melhor qualidade que a que estava sendo oferecida (Figura 6).

O laudo histopatológico foi liberado em 27/11/2017 e confirmou a suspeita clínica. A epiderme exibia acantose moderada e exocitose de neutrófilos. A derme exibia infiltrado inflamatório nodular coalescente composto por histiócitos

epitelioides e neutrófilos. Não foram evidenciados agentes fúngicos, tampouco bacilos álcool ácido-resistentes (BAAR) pelo PAS e Ziehl-Neelsen (Figuras 8 A e B).

Cinco dias após início da terapia imunossupressora o animal apresentou melhora dramática, com diminuição importante do edema de face e da exsudação purulenta e cicatrização de algumas das úlceras (Figura 7). O protocolo terapêutico foi mantido conforme citado anteriormente e em vinte dias de tratamento o animal teve alta. Algumas lesões levaram a cicatrizes e leucodermia/leucotriquia (Figura 9).



**Figura 1** - Alopecia, pápulas, crostas e acentuado edema de face (Fonte: Arquivo pessoal).



**Figura 2** - Otite externa e alopecia regional (Fonte: Arquivo pessoal).



**Figura 3** - Alopecia em pavilhões auriculares; alopecia, edema, eritema, pústulas e crostas em face (regiões periorbital, peri labial, ponte nasal) com disposição simétrica bilateral e ainda presença de abscessos fistulantes levando à formação de úlceras tenebrantes em dorso, axilas, região torácica e abdominal (Fonte: Arquivo pessoal).



**Figura 4** - Coleções líquidas fistulantes com exsudação de aspecto pio sanguinolento e formação de úlceras tenebrantes (Fonte: Arquivo pessoal).



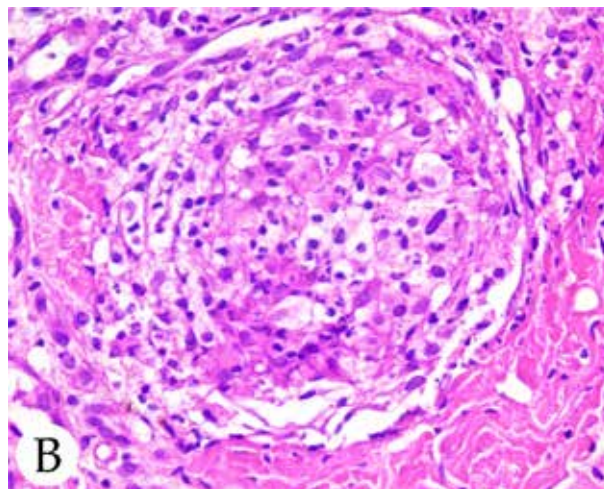
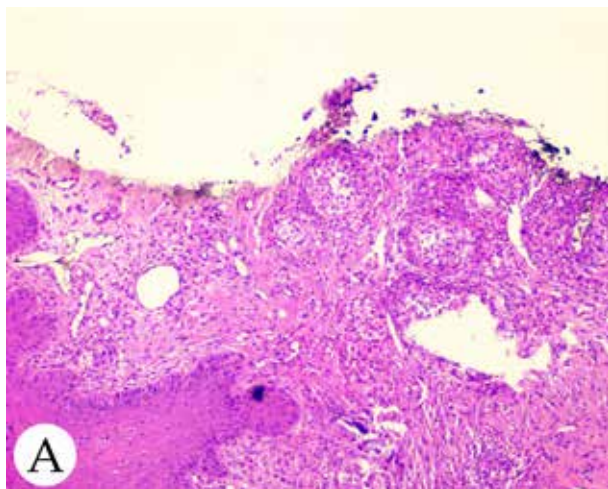
**Figura 5** - Úlcera profunda em região torácica-ventral e rarefação pilosa em região axilar (Fonte: Arquivo pessoal).



**Figura 6** - Tutoros foram orientados a fazer bandagens oclusivas (além de iniciada a corticoterapia em doses imunossupressoras). (Fonte: Arquivo pessoal).



**Figura 7** - Paciente, cinco dias após início da terapia com glicocorticoides. Ausência de exsudação e edema. Ao exame físico animal não mais apresentava dor à manipulação. Algumas das úlceras em franco processo de cicatrização (Fonte: Arquivo pessoal).



**Figura 8** - Secções histopatológicas na coloração por Hematoxilina-Eosina (A e B: aumentos de 40 e 400 X respectivamente). Epiderme exibindo acantose moderada e exocitose de neutrófilos. Derme exibindo infiltrado inflamatório nodular coalescente composto por histiócitos epitelioides e neutrófilos. Não foram evidenciados agentes fúngicos, tampouco bacilos álcool ácido-resistentes (BAAR) pelo PAS e Ziehl-Neelsen (Fonte: Arquivo pessoal).



**Figura 9** - Lesões cicatriciais vinte dias após início de terapia imunossupressora. Presença de leucotriquia e leucodermia em plano/ponte nasal (Fonte: Arquivo pessoal).

## Discussão

As lesões cutâneas do presente relato foram clínica e histopatologicamente compatíveis com um quadro de Celulite Juvenil. Além disso, a marcada resposta à terapia imunossupressora com glicocorticoides demonstrou quadro imunológico compatível com a patogenia.

A Celulite Juvenil é uma doença rara, aguda e grave que, apesar dos sinais clínicos muito clássicos, comumente não é reconhecida por parte dos clínicos veterinários.

No caso relatado houve o agravante da apresentação insólita de disseminada distribuição de abscessos subcutâneos (paniculite intercorrente) e a eutanásia já havia sido cogitada pelos tutores o que reforça a importância do rápido reconhecimento da síndrome e precoce instituição de terapia.

O diagnóstico deve ser baseado na resenha/anamnese, avaliação do quadro lesional cutâneo, exames complementares de triagem, análise citológica (secreção ótica, exsudato e linfonodos) e exclusão de diferenciais, porém o exame histopatológico é condição *si ne qua non* para o estabelecimento do diagnóstico definitivo.

O tratamento deve ser instituído precocemente com uso de drogas imunossupressoras. Apesar de relatos com uso de outros imunomoduladores, optou-se pelo uso de glicocorticoides em função de seu baixo custo e sua rápida ação farmacológica quando comparado como por exemplo a Ciclosporina. O prognóstico é bom desde que instituída terapia adequada e precoce. Na literatura consultada não se viu relatos de recidivas.

## Considerações Finais

Em toda literatura consultada foi consenso a afirmação de que a Celulite Juvenil a despeito de ser uma dermatose rara, deve ser sempre considerada como hipótese diagnóstica em qualquer paciente pediátrico com quadro súbito de otite, edema de face, presença de pústulas em regiões perilabial, periorbital, queixo, espelho, plano e ponte nasal e presença de coleções líquidas subcutâneas com eventual drenagem de conteúdo purulento com ou sem sinais de acometimento sistêmico. A triagem de diferenciais e a precoce realização de exame histopatológico são indubitavelmente determinantes de melhor prognose nos casos da doença, assim como a rápida instituição de terapia imunossupressora.

Poucos são os estudos aprofundados no que tange à etiopatogenia da enfermidade. A boa resposta à terapia com doses imunossupressoras de glicocorticoides reforça a hipótese de dermatopatia imunomediada.

## Referências

1. Gross TL et al. Skin Diseases of the Dog and Cat: Clinical and Histopathologic Diagnosis, 2th ed. Blackwell Publishing 2005.
2. Nagle T. Topics on pediatric dermatology. Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice, Philadelphia, v.36 n.3: p.557-572, May, 2006
3. Scott D.W, Miller WH, Griffin CE. Small Animal Dermatology, 7th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, p.708-709.
4. Král F. Lymphadenitis apothematosa in a dog. 1957 N. Am. Vet. 38: p.375-384.
5. Reimann K.A., Evans MG., Chalifoux, LV. et al. (1989) Clinicopathologic characterization of canine juvenile cellulitis, Vet Pathol 26, p.499-504
6. Medleaux L, Hnilika KA. Dermatologia de Pequenos Animais: Atlas colorido e guia terapêutico. 2ª ed. São Paulo: Roca 2009.
7. Santoro D, Campbell KL. Use of ciclosporin in a dog with canine juvenile sterile granulomatous dermatitis and lymphadenitis. Veterinary Dermatology. v.22 n. 3, 2011 June p.287 (2)
8. Shibata K, Nagata M. Efficacy of Griseofulvin for Juvenile Cellulitis in dogs. Veterinary Dermatology v.15, 2004 August p.26
9. Scott D. W, Miller, W. H. Juvenile cellulitis in dogs: a retrospective study of 18 cases (1976-2005). The Japanese Journal of Veterinary Dermatology, Tóquio, v. 13, n. 2, p. 71-79, 2007.

Recebido para publicação em: 07/06/2018.

Enviado para análise em: 21/06/2018.

Aceito para publicação em: 22/06/2018.