

## DERMATITE ATÓPICA CANINA – RELATO DE CASO

CAMILA ZEFERINO CARLOS<sup>1</sup>, FLÁVIA MARTINS DA SILVA<sup>1</sup>; JOSÉ ROBERTO DE SOUZA NETO<sup>1</sup>; MARIA LUCIA MARCUCCI TORRES<sup>2</sup>

1 Graduando de Medicina Veterinária do Centro Universitário da Fundação de Ensino Octávio Bastos - UNIfueb.

2 Professora Ms. da Faculdade de Medicina Veterinária do Centro Universitário da Fundação de Ensino Octávio Bastos – UNIfueb, nas disciplinas de clínica médica de pequenos animais, semiologia veterinária e medicina preventiva - São João da Boa Vista - SP.

**RESUMO:** A dermatite atópica canina é uma doença de pele de origem genética que ocorre em resposta a uma reação de hipersensibilidade à antígenos do ambiente, caracterizada por prurido intenso e lesões auto-induzidas e avermelhadas na pele, podendo levar a infecções secundárias. Algumas raças são mais acometidas; o diagnóstico na maioria das vezes é presuntivo e pode ser fechado por meio de testes alérgicos específicos. A terapia pode se prolongar por toda vida do animal. Um animal macho da espécie canina da raça labrador com cinco anos de idade deu entrada no hospital veterinário devido a afecção cutânea grave onde foram realizados exame físico, raspado de pele e lâmpada de wood e foi solicitado cultura de pelame afim de se chegar a um diagnóstico conclusivo. Entretanto, apenas a cultura do pelame foi positiva para dermatofito. Foi realizado o tratamento para dermatofitose com o xampu a base de: clorexidina 2%, miconazol 3%, troca de ração devido a suspeita de hipersensibilidade alimentar, uso de ectoparasiticidas pela suspeita de Dermatite Alérgica a Picada de Pulga e o tratamento com antibiótico (cefalexina) pela presença de infecção bacteriana secundária. Devida a persistência da dermatopatia foi diagnosticada como atópica por exclusão de outras suspeitas.

**PALAVRAS-CHAVE:** hipersensibilidade, cães, dermatite, alérgenos

## INTRODUÇÃO

A atopia canina é uma doença de origem genética, na qual o cão se torna alérgico a antígenos ambientais, ocorrendo uma reação imunológica mediada pela imunoglobulina E (Ig E) (HALLIWELL, 2006; DEBOER, 2004). Sendo a segunda afecção cutânea mais diagnosticada em cães, apresenta uma casuística inferior apenas à dermatite alérgica à picada de pulga (BIRCHARD e SHERDING, 2003; PRÉLAUD, 2005 apud VIEIRA, 2008; GRIFFIN, 2001 apud ZANON et al., 2008). A ocorrência desta enfermidade é estimada em 10% da população canina (HILLIER E GRIFFIN, 2001 apud VIEIRA, 2008), podendo, também, acometer gatos, entretanto com menor frequência que cães (BIRCHARD, e SHERDING, 2003). Segundo Silva et al., (2005) a sensibilização dos animais atópicos por ácaros de poeira ocorre nos primeiros anos de vida, sendo necessário alguns cuidados ambientais contínuos específicos, como utilização de capas, protetores de colchões e travesseiros.

Segundo Birchard e Sherding (2003) esta doença afeta cães de ambos os sexos, entretanto a cadela apresenta uma incidência ligeiramente maior que os cães machos. Existem algumas raças que apresentam predisposição genética para esta afecção, como por exemplo, Shar Pei, West Highland White Terrier, Scotch Terrier, Lhasa Apso, Shih Tzu, Fox Terrier de Pêlo Duro, Dálmata, Pug, Setter Irlandês, Boston Terrier, Golden Retriever, Boxer, Setter Inglês, Labrador, Schnauzer Miniatura, Pastor Belga e Buldog Inglês. Esta enfermidade pode acometer outras raças, porém com menor frequência (GRIFFIN, 2001)

O objetivo deste trabalho é descrever um caso de Dermatite Atópica Canina diagnosticado no Hospital Veterinário Octavio Bastos em São João da Boa Vista – SP.

## DIAGNÓSTICO E SINAIS CLÍNICOS

Os sinais clínicos começam a aparecer entre seis meses a sete anos, mas em 70% dos casos o cão desenvolve os sinais entre um e três anos de idade (BIRCHARD e SHERDING, 2003). Porém, existem cães que podem apresentar atopia antes dos seis meses de idade como é o caso das raças Shar Peis, Akitas e Golden Retrievers. (ZANON et al, 2008). A doença se inicia, geralmente, como uma dermatopatia sazonal pruriginosa, com sinais mais intensos no verão e

outono, entretanto o problema pode se tornar não sazonal (BIRCHARD, 2003). No exame físico, 60 a 70% dos cães apresentam lesões cutâneas visíveis como eritema, pápulas, descamação, alopecia, hiperpigmentação e liquenificação (BIRCHARD, 2003). O sinal clínico mais característico é o prurido, que leva o animal a se esfregar, coçar e lambê-lo. As áreas de prurido mais comuns são focinho, orelhas, extremidades e/ou ventre, podendo também apresentar uma combinação destas áreas (GRIFFIN & DEBOER, 2001 apud VIEIRA, 2008; BIRCHARD e SHERDING, 2003). Esse prurido intenso leva a diversas lesões como alopecia, edema, liquenificação, hiperpigmentação das regiões perioculares, perilabiais, interdigitais, ventrais, axilares e antebraquiais do corpo. Este quadro pode ainda ser acompanhado de outros sinais como otite externa, piodermite e dermatite seborreica (BIRCHARD e SHERDING, 2003).

Além dos sinais clínicos, existem testes específicos para diagnosticar a atopia que são o Teste Intradérmico (TAID), Teste Radioalergoal (TRAS) e Ensaio Imunoabsorvente Ligado a Enzima (ELISA) (BIRCHARD e SHERDING, 2003).

Segundo Prélud et al., (1998) apud Vieira (2008) existem alguns critérios a serem considerados para o diagnóstico desta doença; estes são divididos em primários e secundários, sendo que deve se ter presente pelo menos três características primárias e três secundárias para o diagnóstico, à saber:

- Primária: prurido com envolvimento facial e/ou digital; liquenificação da zona flexora do tarso e/ou da zona extensora do carpo; dermatite crônica ou recidivante; história individual ou familiar de atopia e/ou predisposição racial.

- Secundária: início dos sintomas antes dos três anos de idade; eritema facial e queilite; conjuntivite bacteriana; piodermite superficial estafilocócica; hiperhidrose (secreção sudorípara excessiva); teste intradérmico positivo a alérgenos ambientais; níveis elevados de IgE alérgeno-específica; níveis elevados de IgG alérgeno-específica.

Normalmente o diagnóstico definitivo da dermatite atópica não ocorre na primeira consulta, leva em média dois meses para ser dado (SILVA, 2005). Além disso, pode ser confundida com outros problemas de pele como alergia alimentar, alergia a picada de pulga (DAPP), piodermite superficial, sarna sarcóptica, sarna notoédrica (em gatos), dermatite por malassezia, demodicose, dermatofitose, hipersensibilidade a parasitas intestinais (raro) entre outras, sendo necessário fazer o diagnóstico diferencial para estas doenças (BIRCHARD e SHERDING, 2003).

## TRATAMENTO

A primeira possibilidade terapêutica seria a retirada dos agentes causadores da hipersensibilidade do ambiente em que o animal vive, entretanto nem sempre isto é possível. Outra possibilidade seria o uso da hipossensibilização, onde é realizada uma série de injeções de alérgenos diluídos (vacina) no animal, para que este se torne menos sensível ao agente. Porém é indicado apenas para animais com sensibilidade identificada (NUTTAL, 2008; BIRCHARD, 2003).

São necessárias também ações combinadas que controlem o prurido e as lesões. Estas ações envolvem evitar ou controlar ao máximo os locais colonizados por ácaros, controle de ectoparasitas (pulgas) e infecções bacterianas, podendo ser necessário o uso de antibióticos; controle de *Malassezia pachydermatis*, e inicialmente o uso de anti-histamínicos ou corticoides. São necessários também, a diminuição da frequência e tempo de banhos, podendo lançar mão de hidratantes, e ácidos graxos essenciais. Sendo assim o sucesso do tratamento também depende muito do proprietário (NUTTAL, 2008; FARIAS, 2007;).

O controle das infecções bacterianas deve ser feito por meio do uso de antibióticos de amplo espectro como a cefalexina, pois esta também possui a característica de atingir bem a pele e subcutâneo (ANDRADE, GIUFFRIDA e RIBEIRO, 2002).

Os corticosteróides de curta ação, como a prednisolona na dose de 0,5 a 1 mg/kg, podem ser indicados no controle da inflamação aguda e do prurido, até a diminuição dos sinais clínicos. Nos casos crônicos ou casos em que o animal não responde a outras terapias, os corticoides são essenciais para controlar o prurido. Entretanto o uso prolongado de corticóides deve ser restrito, devido a seus efeitos adversos (NUTTAL, 2008; FARIAS, 2007).

A suplementação com ácidos graxos essenciais e anti-histamínicos ajuda na redução do prurido, além de permitir a diminuição da dose de corticóides (BIRCHARD e SHERGING, 2003).

## RELATO DE CASO

Um animal da espécie canina, macho, 5 anos de idade, da raça labrador, com 46kg de peso corporal, foi encaminhado ao Hospital Veterinário "Dr. Vicente Borelli", pertencente ao curso de Medicina Veterinária do Centro Universitário da Fundação de Ensino Octávio Bastos (HOVET), localizado em São João da Boa Vista, São Paulo, devido a um problema de pele.

A proprietária relatou que o animal apresentava problemas de pele há cerca de um ano, tendo sido tratado com cefalexina, glicocorticóides e vitaminas E, A e B. Entretanto, após este tratamento o animal apresentou pouca melhora.

As lesões se iniciaram há nove meses, começando com uma pequena lesão na base da cauda que depois se espalhou pelo corpo, e há cinco meses havia apresentado otite. Ele apresentava prurido intenso e generalizado, mas principalmente entre os coxins; segundo o proprietário o cão virava as patas para coçar a face palmar, e parava de comer pra se coçar. O animal vivia dentro de casa, saía apenas para caminhar uma vez ao dia, convivia com outro cão que não apresentava nenhuma sintomatologia; dormia em chão coberto por um edredom, higienizado com álcool perfumado e produto de limpeza de uso doméstico (Veja®); alimentava-se de ração, carne crua, cenoura e biscoito para cães. Devido a dermatopatia, a vacina V10 estava atrasada, mas a antirrábica estava em dia. O animal havia sido castrado a pouco mais de dois anos e o proprietário negava presença de ectoparasitas, dando banhos mensais no cão com xampu contra pulgas.

No exame físico o animal estava agitado e ofegante, apresentava a pelagem espessa com prurido intenso, alopecia parcial generalizada, alopecia periocular, caspas, crostas e prepúcio edemaciado. Teve-se como suspeita clínica dermatopatia atópica canina, DAPP, hipersensibilidade alimentar, dermatofitose (*Microsporum*, *Trichophyton* entre outros) e dermatopatias causadas por ácaros (escabiose e demodicose).

Os exames complementares realizados foram: raspado de pele para a pesquisa de ácaro, lâmpada de Wood e coleta de pelame para cultura e pesquisa de dermatófitos. O raspado de pele foi negativo para ácaros, e lâmpada de Wood negativa, mantendo a suspeita clínica de dermatopatia atópica canina, DAPP, hipersensibilidade alimentar e dermatofitose.

O tratamento prescrito para o animal foi cefalexina 2mg/kg a cada 12 horas durante 30 dias (para combater infecções bacterianas secundárias); prednisolona 20mg/kg (Dermacorten®) a cada 24 horas durante 10 dias, ranitidina 1,6 mg/kg a cada 12 horas durante 30 dias; e ácidos graxos essenciais (Allerdog plus ES®) duas cápsulas a cada 24 horas durante 30 dias, via oral. Para uso tópico foi utilizado o fipronil (Frontiline plus® pipeta) a cada 20 dias; xampu a base de: clorexidina 3%, aloe vera 2%, sulfeto de selênio 1%, Hidroviton 1% e xampu não iônico qsp (500ml) dar banho a cada sete dias. E para uso ambiental foi receitado produto à base de deltametrina (Butox®) na diluição de 1 ml em 4 litros de água.

No retorno após 34 dias, o animal apresentou melhora nas áreas de lesão, diminuição no prurido (ele ainda virava as patas para coçar, mas com menos frequência, e já não para de comer para se coçar) e ganho de peso (1,2 kg). A proprietária relatou que havia retirado os produtos de limpeza e o edredom, e trocado a ração para K&S® frango e cereais. A cultura de pelame colhido na primeira consulta deu positivo para dermatófito. Devido a isso, foi receitado xampu a base de: clorexidina 2%, Miconazol 3% além de manter os medicamentos receitados anteriormente.

No retorno seguinte, após 55 dias, a proprietária relatou que trocou a ração para Royal Canin®, e que houve uma grande melhora no quadro de prurido, mas o animal ainda continuava coçando um pouco ao redor dos olhos. Os medicamentos haviam terminado e ela continuava apenas com o banho uma vez por semana. Ainda havia áreas de alopecia nos membros, na região ventral e na base da cauda, e presença de crostas principalmente na ponta da cauda. Durante o exame clínico foi realizado um exame oftalmológico e diagnosticado uma conjuntivite devido à coceira ao redor dos olhos. Foi receitado novamente Allerdog plus ES®, duas cápsulas a cada 24 horas durante 30 dias; e para o uso oftalmológico: clorafenicol colírio, uma gota três vezes ao dia durante sete dias.

Em um terceiro retorno, após 83 dias, a proprietária relatava melhora no quadro tanto da pele, quanto do problema oftalmológico. Ela continuava usando o xampu e medicamentos receitados

na consulta anterior. Foi feita nova cultura de pelame com resultado negativo para fungos. Foi receitado para uso tópico Eritrex® creme nos locais de lesão uma vez ao dia durante trinta dias e retornar se necessário.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dermatopatia foi encontrada em um animal da espécie canina, da raça labrador, que de acordo com Bichard e Sherding (2003); Prélaud (2005) apud Vieira (2008); Griffin (2001) apud Zanon et al. (2008) é a espécie mais acometida, e ainda segundo (1) é uma das raças predispostas a esta afecção.

O principal e mais característico sintoma da atopia canina é o prurido, que leva o animal a se esfregar, coçar e lamber-se, levando a diversas lesões (BICHARD e SHERDING, 2003), como encontrado neste relato, onde o animal apresentava lesões generalizadas por autotraumatismo. Segundo Prélaud et al. (1998) apud Vieira (2008) pelo menos três características primárias e três secundárias devem estar presentes para o diagnóstico desta doença; no caso relatado, o animal apresentou prurido intenso, envolvimento facial e digital, liquenificação da zona flexora do tarso e da zona extensora do carpo, dermatite crônica e recidivante, eritema facial e piodermite superficial, dando destaque ao envolvimento de grande prurido na região interdigital confirmando a afirmação dos autores.

Segundo Silva (2005) esta doença não é diagnosticada na primeira consulta, podendo ser confundida com outros problemas de pele, conforme citado anteriormente. Neste caso, devido aos exames complementares negativos (raspado de pele e lâmpada de wood) e à persistente dermatopatia, mesmo após o tratamento da infecção secundária por fungo, troca de alimentação, e o uso de ectoparasiticidas, as suspeitas de DAPP, hipersensibilidade alimentar, sarnas e dermatofitose foram eliminadas; além disso houve boa resposta à terapia instituída, levando ao diagnóstico clínico de atopia canina.

Embora sejam necessários alguns testes alérgicos específicos para se obter um diagnóstico preciso, as evidências clínicas e a exclusão de algumas dermatopatias por meio dos testes de triagem da pele são ferramentas importantes nos casos de atopia canina.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S.F.; GIUFFRIDA, R.; RIBEIRO, M.G.; Quimioterápicos, antimicrobianos e antibióticos. In: ANDRADE, S.F.; **Manual de terapêutica veterinária**. 2.ed. São Paulo: Roca, 2002, p. 33-35.
- BIRCHARD, S.J.; SHERDING, R.G. **Atopia**. Clínica de Pequenos Animais. 2ª Edição. Editora ROCA. 2003, p.374-380.
- DEBOER, D. J. **Canine atopic dermatitis: new targets, new therapies**. Madison: American Society for Nutritional Sciences, 2004.
- GRIFFIN, C. E.; HILLIER, A. The ACVD task force on canine atopic dermatitis (XIV): allergen-specific immunotherapy. **Veterinary Immunology and Immunopathology, Amsterdam**, v. 81, n. 3, p. 363-383, 2001.
- HALLIWELL, R. Revised nomenclature for veterinary allergy. **Veterinary Immunology and Immunopathology**, p.207–208, 2006.
- FARIAS, M.R. Dermatite atópica canina: da fisiopatologia ao tratamento. **Revista Clínica Veterinária**. v. 69. 48-62 p. jul/ago 2007.
- NUTTAL, T. Abordagem da dermatite atópica. **Veterinary Focus**. v. 18, 2008. Disponível em [www.ivis.com](http://www.ivis.com)
- SILVA, D.R.; BINOTTI, R.S.; SILVA, C.M; OLIVEIRA, C.H.; CONDINDO NETO, A.; CAPITANI, E.M. Avaliação da Interação Entre Ambiente Domiciliar e Sensibilidade a Ácaros em Pacientes Atópicos na Cidade de Londrina. **Revista Ciências Médicas**, Campinas, v.14, n.2, p.:167-173, 2005.
- VIEIRA, D.B. Infecção Cutânea no Doente Atópico. **Dissertação**. Universidade Técnica de Lisboa-Lisboa,2008.
- ZANON, J.P.; GOMES, L.A.; CURY, G.M.M.; TELES, T.C.; BICALHO, A.P.C.V. Dermatite atópica canina. **Semina: Ciências Agrárias**, Londrina, v. 29, n. 4, p. 905-920,2008.