



pequeños animales

CASO CLÍNICO

# Una localización singular de demodicosis canina, el peligro del abuso de medicamentos

ANTONELLA TROTTA

Veterinaria,  
Clínica Veterinaria ANTOVET. Badajoz

## Introducción

La demodicosis es una patología bastante frecuente en perros, cuyo agente etiológico más frecuente es el ácaro *demodex canis*, siendo menos frecuentes el *demodex injai* y el *demodex cornei*.

Menos frecuente es en gatos, aunque en la última década la incidencia (dependiendo de la zona) parece haber aumentado, o por lo menos su diagnóstico clínico.

Históricamente se ha considerado una patología cutánea no contagiosa con predisposición genética, mas actualmente se están revisando las formas de transmisión.

Además que por especie, la demodicosis se clasifica por topografía de las lesiones. Por lo que podemos hablar de:

1. **Demodicosis juvenil localizada;** generalmente autolimitante en el 90 % de los casos no complicados por infecciones secundarias bacterianas y debido a un fallo inmunitario transitorio. Es la típica forma hereditaria que se contagia en las mismas camadas.
2. **Demodicosis juvenil generalizada;** es la forma de demodicosis más grave y requiere de un tratamiento más agresivo, siendo el pronóstico reservado.
3. **Demodicosis en adulto.** La demodicosis generalizada en adulto (DCAG) por definición es la que aparece en el individuo adulto por primera vez. En caso de que el paciente haya tenido varios episodios de demodicosis, se considera como una recaída de la forma juvenil de base hereditaria.

La forma adulta clásica suele ser

secundaria a otros factores y presentarse a partir de los 5 años de edad. Los factores predisponentes en este tipo de sarna secundaria son, entre otros, endocrinopatías (hipotiroidismo o hiperdrenocorticism) neoplasias, o el uso repetido de corticoides sistémicos o tópicos.

El diagnóstico se basa sobre la observación directa al microscopio del raspado cutáneo (test de Müller) o con un tricograma y permite identificar el ácaro, los huevos, larvas y ninfas, sin embargo si el número de ácaro por individuo es bajo puede haber falsos negativos. Más difícil de identificar con estas técnicas son los casos crónicos o en razas con piel muy gruesa, como el Sharpei.

Como profesional recomiendo dos pautas a la hora de realizar este raspado cutáneo profundo:

- Elegir una zona sin hiperqueratosis o engrosamiento cutáneo y que sea una lesión de las más reciente (preguntar al propietario). Además elegir la parte marginal de la lesión a raspar, puesto que demodex tiene un comportamiento centrífugo y tiende a desaparecer de las zonas centrales para expandirse hacia la periferia. De este modo aumentaremos las probabilidades de encontrar el parásito en nuestro raspado.
- Presionar la zona entre el pulgar e índice antes de realizar el raspado: teniendo en cuenta que el parásito se aloja preferencialmente en el bulbo piloso. De esta forma lo obligamos a ascender a la superficie cutánea y facilitamos su aislamiento.

## Presentación del caso clínico

Llega a la consulta KEKO, un labrador, macho no castrado de 11 años de edad con sus vacunas y despa-

rasitaciones al día. El motivo de la consulta es la presencia de un bultoma en la cara interior de pabellón auricular izquierdo que empezó hacía una semana y que se hizo más grande en pocos días.

## Anamnesis

Otitis recurrentes, sobre todo en el oído actualmente afectado. Dolor a la palpación; sacudidas energéticas y frecuentes de la cabeza. Comenta la propietaria que en anteriores ocasiones las otitis han sido tratadas con terapias a base de soluciones limpiadoras, antibióticos y corticoides tópicos, hasta su completa remisión.

## Examen general

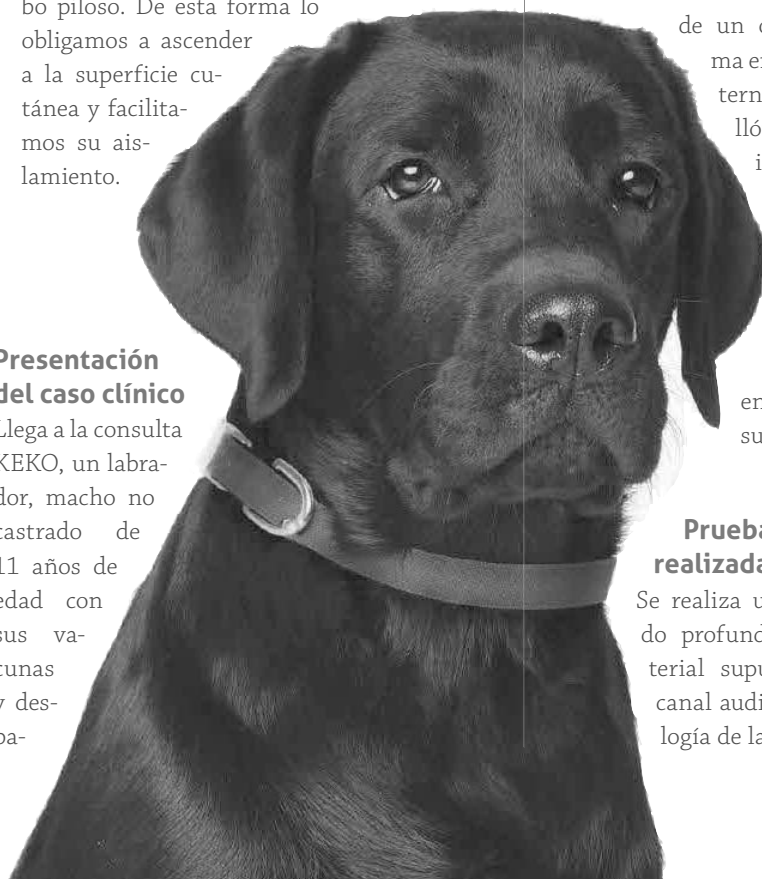
Signos indirectos de un proceso alérgico localizado en patas. Disminución de la oxigenación evidenciada en la mucosa oral aunque TRC normal. Temperatura corporal 38.4°C. Ganglios explorables normales en tamaños y consistencia. Resto de exploración normal.

## Examen particular

Se confirma la presencia de un otohematoma en la cara interna del pabellón auricular izquierdo que ocupa casi la mitad del mismo empezando en el tercio superior.

## Pruebas realizadas

Se realiza un extendido profundo del material supurativo del canal auditivo y citología de la misma se-





Tras la intervención quirúrgica

creción de apariencia negruzca.

En la citología, con tinción diff quick, se aprecia *staphylococo* y *malasezia* en abundancia. En el extendido se aísla *demodex canis*.

Para su abordaje terapéutico, el caso requiere:

- El tratamiento farmacológico de la otitis subyacente y causa del prurito (a su vez causa del otohematoma).
- La resolución del mismo otohematoma.

Al tratarse de una otitis recurrente el tratamiento tópico consistió en:

- Lavados con soluciones limpiadoras.
- Potenciadores de la terapia antibiótica y antimicótica, que rompen el biofilm de las bacterias y de las levaduras presentes.

Mientras que por vía sistémica se trató la sarna demodéica localizada en el canal auditivo con afoxolaner/milbemicina oxima por vía oral, una toma al mes, durante tres meses.

En el primer control, transcurrido un mes de tratamiento, el extendido dio un resultado negativo. Tras este resultado se realizó un segundo control, que aportó un negativo de nuevo, por lo que se procedió a emitir el alta de sarna demodéica a KEKO.

Tras la experiencia clínica, podría decir que la mejor opción para el tratamiento del otohematoma es quirúrgica con plantilla hemostática para otohematomas, sin embargo en este caso en concreto, a fin de evitar una anestesia general debido a la disminución de la capacidad respiratoria del paciente evidenciada en la exploración previa, se optó en primera instancia por un tratamiento quirúrgico alternativo con anestesia local.

Previo aplicación de una crema a base de anestésico local, se procedió a una incisión quirúrgica en forma de S (como en la cirugía clásica) y vendaje almohadillado que tiene que extender el pabellón auricular intervenido por encima de la cabeza.

Debido a la tendencia alérgica de KEKO optamos por poner una fijación más suave y respetuosa con su dolencia. Hay que evidenciar que este tipo de vendaje sue-

le ser bastante molesto y precisa de collar isabelino 24 horas al día para evitar autolesiones. Muy importante destacar que el vendaje tiene que dejar el conducto auricular abierto para permitir la aplicación de tratamientos tópicos de la otitis.

Aún así el vendaje resultó molesto para el paciente que terminó quitándose. Finalmente la propietaria aceptó proceder a una anestesia general y se pudo realizar correctamente el procedimiento quirúrgico completo, previo estudio preoperatorio.

Se utilizó el corte en S hecho el día anterior y se pusieron puntos con sutura absorbible monofilamento 2/0 y con la punta recta para un mejor manejo. Se recomienda dar siempre todos los puntos en patrón vertical, y sin acercarse demasiado al borde del pabellón. De esta manera se respeta el recorrido anatómico de los capilares terminales de

esta zona, minimizando el riesgo de micro infartos vasculares con consecuente necrosis de las zonas terminales de la oreja. Este es en concreto el riesgo más destacable de esta cirugía. Además es imprescindible que el anudado se quede en la parte de la almohadilla (parte interna del pabellón donde se ha realizado el corte en S).

El corte en S permite que los márgenes queden más alejados y permiten la absorción de todo el exudado mientras se realizan los procesos fisiológicos de hemostasia y cicatrización. Un corte recto tendería a cerrarse más rápidamente y podríamos tener recidivas.

A las 24 horas se retiró el vendaje porque el mismo paciente lo des-

plazaba y se dejó solo con collar isabelino y plantilla absorbente, de esta manera no le producía molestias y ya no había ladeo de la cabeza ni sacudidas.

Al cabo de unos 12 días y con revisiones cada 24 horas los primeros dos días y sucesivamente cada 48 horas, se retiraron los puntos con una resolución completa del otohematoma y sin molestias.

#### **Material utilizado Durante la cirugía:**

- Hoja de bisturí del nº 18.
- Sutura monofilamento absorbible 2/0 punta triangular.
- Esponja hemostática específica para otohematoma.

#### **Para el vendaje compresivo:**

- Algodón en rollo de 10 cm
- Venda algodón elástica de 10 cm
- Venda cohesiva de 10 cm
- Esparadrapo hipoalergenico

#### **Conclusiones**

La localización de la demodicosis canina en el conducto auditivo es bastante inusual.

El hallazgo casual de este ectoparásito nos hace reflexionar sobre las posibles causas de ello y cuanto puede influenciar la acción terapéutica que, como veterinarios, elegimos en cada caso.

Siendo la demodicosis en adultos casi siempre secundaria a otras enfermedades y, teniendo en cuenta el historial médico de KEKO, contemplamos el siguiente orden etiológico:

- 1.** El uso crónico de antibióticos y corticoides tópicos.

Debido a la edad avanzada no podemos descartar:

- 2.** Neoplasias
- 3.** Endocrinopatías

Actualmente KEKO sigue un control de ectoparásitos y de la atopía subyacente evitando, en la medida de lo posible, el uso innecesario de antibióticos y/o corticoides.

#### **Para más información:**

En el Colegio Oficial de Veterinarios de Badajoz, se podrá consultar la bibliografía completa correspondiente a este artículo para todos aquellos interesados.

