



**IX Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG  
& VII Salão de Extensão**

<http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao>

ISSN 2318-8014



**PÊNFIGO FOLIÁCEO EM CÃO SEM RAÇA DEFINIDA - RELATO DE CASO**

Julia Vitória Rodrigues<sup>a</sup>, Angela Restelato<sup>a</sup>, Luiza Gallina<sup>a</sup>, Natascha Carvalho<sup>a</sup>, Tainá Scopel<sup>a</sup>, Diane Alves de Lima<sup>b</sup>, Letícia da Silva<sup>b</sup>, Liziane Bertotti Crippa<sup>b</sup>, Carolina da Fonseca Sapin<sup>b\*</sup>

<sup>a</sup>Curso de Medicina Veterinária, Centro Universitário da Serra Gaúcha, Caxias do Sul, RS.

<sup>b</sup>Docente do curso de Medicina Veterinária, Centro Universitário da Serra Gaúcha, Caxias do Sul, RS.

**Informações de Submissão**

\*Carolina da Fonseca Sapin  
(Júlia Vitória Rodrigues)  
Carolina da Fonseca Sapin, endereço: Rua Os  
Dezoito do Forte, 2366. Caxias do Sul – RS.  
CEP: 95020-472.  
E-mail: [jvitoriarodrigues@gmail.com](mailto:jvitoriarodrigues@gmail.com)

**Resumo**

O pênfigo foliáceo é uma doença autoimune, mais frequentemente observada em cães e gatos. Caracteriza-se por aspecto de dermatite pustular, sendo encontradas lesões secundárias, como erosões superficiais, crostas, escamas, colaretos epidérmicos ou alopecia. Devido à sensação de queimação que piora com o calor ou exposição solar, surgiu o termo fogo selvagem. O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso de um canino, sem raça definida, com diagnóstico definitivo de pênfigo foliáceo, bem como descrever as lesões encontradas e o resultado do tratamento realizado, conforme sugerido pela literatura.

**Palavras-chave:**

Autoimune, dermatite, glicocorticóides.

**1 INTRODUÇÃO**

O pênfigo foliáceo é uma doença autoimune, considerada a dermatopatia desse gênero mais comum na clínica de pequenos animais, acometendo principalmente cães; além disso, é a forma mais comum de manifestação das doenças do Complexo Pênfigo (ZANHOLO, 2011). A deposição de anticorpos no espaço intercelular faz com que as células se separem nas camadas mais superficiais, o que leva a acantólise das mesmas (PEREIRA et al., 2018).

A doença também é conhecida como fogo selvagem, por causar ardência e calor nas lesões (BARBOSA et al., 2012). Apesar da similaridade com a doença na espécie humana, em cães ela se caracteriza por aspecto de dermatite pustular, que não se desenvolve a partir de lesões eritêmato-vesiculares, tal qual é descrito no homem (SCOTT et al., 2001). Algumas lesões secundárias são encontradas, como erosões superficiais, crostas, escamas, colaretos epidérmicos ou alopecia. Mesmo

ao encontrar estas lesões, dificilmente poderá se diagnosticar a doença somente através delas, pois também são encontradas em outras dermatopatias (ZANHOLLO, 2011). Apesar de ser considerada um tipo de dermatite bolhosa, os pacientes normalmente apresentam ceratose seborréica ou múltiplas erosões crostosas sobre uma base eritematosa (BEZERRA, 2017).

Existem três formas de manifestação do pênfigo foliáceo, podendo ser uma doença espontânea, induzida por drogas, ou causada por doenças crônicas. O diagnóstico é fundamental para o tratamento adequado do paciente, visto que não há cura para essa dermatopatia. O tratamento do pênfigo foliáceo se baseia em imunossuprimir o animal e tratar as lesões secundárias, que variam de acordo com cada caso (ZANHOLLO, 2011).

O presente artigo tem como objetivo relatar o caso de um cão com diagnóstico definitivo para pênfigo foliáceo, assim como descrever e comparar as lesões apresentadas e o tratamento de escolha, conforme sugerido pela literatura.

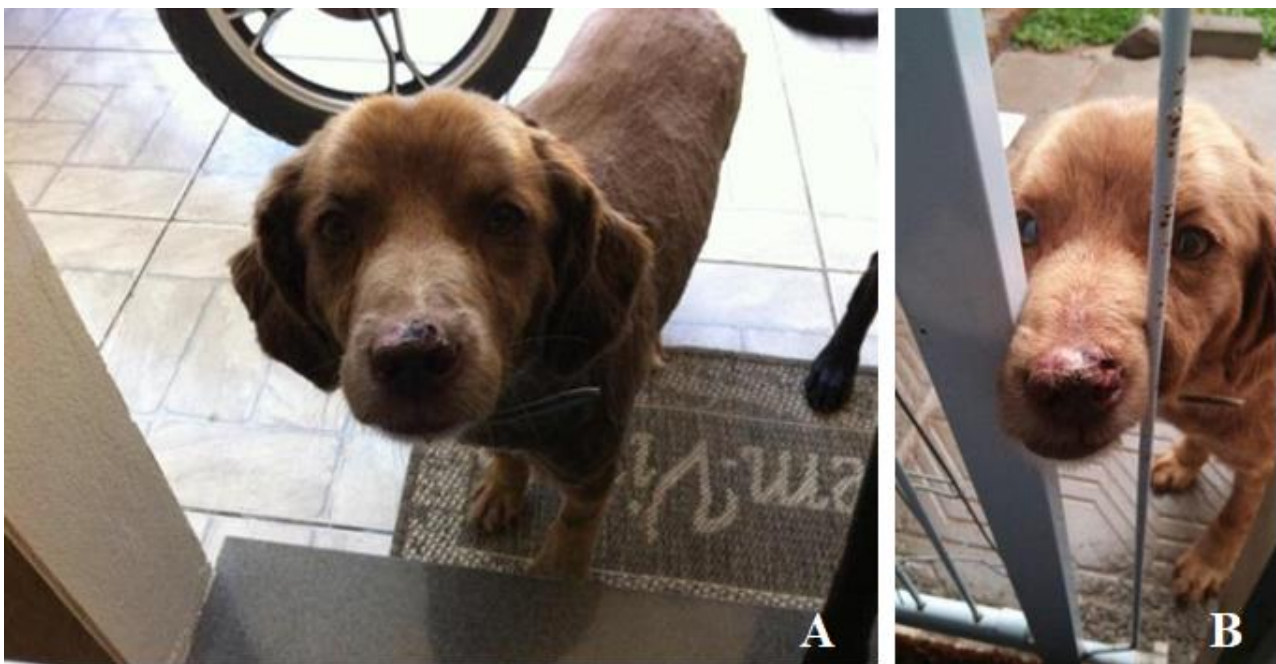
## 2 METODOLOGIA

Trata-se do relato de caso de um cão, adulto, sem raça definida, com diagnóstico de pênfigo foliáceo. Os tutores queixavam-se da presença de lesões no nariz e nas orelhas. Dessa forma, foi realizado exame clínico, no qual foram aferidas as frequências cardíaca e respiratória, assim como tempo de preenchimento capilar, hidratação, temperatura corporal e coloração da mucosa oral. Ainda, foram solicitados, conforme os retornos do paciente, exames de sangue, de imagem, citológico e histopatológicos para o diagnóstico. Dessa forma, neste trabalho, foram evidenciados os sinais clínicos, exames complementares e tratamento estabelecido. Ainda, foram pesquisados artigos disponíveis em plataformas *on-line* para uma breve revisão de literatura e debate dos resultados obtidos.

## 3 RELATO DE CASO

Foi atendido, em uma clínica particular situada em Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, um cão macho, sem raça definida (SRD), de pelagem de coloração marrom escura, com cerca de dois anos de idade e pesando 14,8 kg. A queixa principal dos tutores era que o animal apresentava lesão no

nariz e nas orelhas. Além disso, não souberam informar a quanto tempo o quadro vinha se desenvolvendo, pois o animal havia sido resgatado já apresentando essas lesões. No exame clínico não foram observadas alterações, além das lesões relatadas pelos tutores. As lesões eram eritematosas e se localizavam por toda a extensão dorsal do ápice da narina, que não cicatrizavam; e nas pálpebras (Figura 1). Dessa forma, foi coletado pelo médico veterinário responsável uma biópsia do ápice da narina com dimensões de 0,6x0,4x0,3cm. O exame histopatológico evidenciou lesão inflamatória mista na junção dermo-epidérmica, com foco de separação da derme e epiderme. Devido a escassez de material da amostra, o diagnóstico sugestivo foi de doença autoimune.



**FIGURA 1:** Cão adulto diagnosticado com pênfigo foliáceo. (A) Paciente apresentando feridas no focinho, característica comum do pênfigo foliáceo. (B) Lesão eritematosa em narina, imagem ampliada.

Para obter maiores informações a respeito da causa da lesão, foram solicitados outros exames complementares, como hemograma completo e perfil bioquímico hepático. Até o resultados dos exames, o paciente foi submetido ao tratamento da ferida com protetor solar FPS 30, óleo de argan 0,5% e aloe vera 0,1%, aplicados diretamente na lesão, uma vez ao dia.

No dia seguinte à primeira consulta, o hemograma evidenciou alterações no leucograma, que apresentou contagem de leucócitos de  $5.400/\text{mm}^3$ , indicativa de alteração imunológica. O paciente foi submetido a tratamento com glicocorticóides, recebendo um comprimido de Prednisona 2mg/kg, a cada 12 horas, durante 30 dias. Após esse período, houve redução da frequência da medicação para

uma vez ao dia. Foi receitado também Omeprazol 0,5mg/kg em caso de êmese, sendo administrado um comprimido pela manhã. O tratamento tópico foi realizado com spray dermatológico à base de óxido de zinco, aplicado duas vezes ao dia na lesão nasal, por 10 dias, e após esse período, uma vez ao dia somente, de forma contínua .

Devido ao início de uma terapia com glicocorticóides, foi recomendado que o paciente retornasse a cada três meses para a realização de hemogramas e avaliação da função hepática, através de bioquímicos, para acompanhar o resultado do tratamento e acometimento do fígado, visto que essa classe de fármacos pode causar alterações hepáticas. O segundo hemograma, realizado três meses após o primeiro, apresentou hipersegmentação e discreta hipocromia de hemácias. No exame bioquímico, a enzima Alanina Aminotransferase (ALT/TGP), apresentou valor de 454,0 U/L, indicativo de lesão hepática decorrente da administração de glicocorticóides, já que o valor de referência varia entre 7 e 80 U/L. Manteve-se a medicação anterior e foi receitado antibiótico, sendo um comprimido de Amoxicilina 10mg/kg, a cada 12 horas, por 14 dias, e protetor hepático Silimarina 20mg/kg, sendo administrada uma dose a cada 12 horas, em tratamento contínuo. Dessa forma, foi agendada uma nova avaliação, três meses após essa segunda consulta.

Na terceira consulta, três meses após a segunda foi realizada uma citologia de pele para complementar o diagnóstico, a qual foi negativa para parasitológico de pele, cerúmen, micológico e fúngico. A citologia da pele apresentou discreta presença de queratinócitos e moderada presença de bactérias cocos. Foi coletado, novamente, material para biópsia do ápice nasal, com dimensões de 0,3x0,2cm. O exame histopatológico evidenciou lesão inflamatória, com presença de neutrófilos, linfócitos e plasmócitos. Ainda, havia intensa acantólise e ceratinócitos apoptóticos no estranho espinhoso e granuloso, com áreas de disceratose. O diagnóstico morfológico da amostra foi de dermatite intraepitelial bolhosa com acantólise subepidérmica multifocal leve, indicativo de pêfigo foliáceo. Os exames de imunohistoquímica para fungos e coloração de gram para bactérias foram negativos.

Nessa terceira consulta, recomendou-se manter a Prednisona 2mg/kg e paciente foi submetido a tratamento com Azatioprina 2mg/kg, qual recebeu meio comprimido a cada 24 horas por sete dias, e meio comprimido a cada 48 horas na segunda semana. Após o término desse período, o paciente recebeu somente o Azatioprina a cada 24 horas, de forma contínua e agendou-se avaliação do fígado para daqui três meses. Manteve-se a Silimarina 20mg/kg a cada 12 horas, além de recomendação de utilização de coleira antipulgas e carrapatos para evitar infestações de pele por ectoparasitas, além do

fornecimento de ração light como forma de prevenção de doença hepática por uma alimentação muito gordurosa.

Após aplicação da medicação com Prednisona na primeira consulta, o paciente foi submetido a exames de rotina para acompanhamento do tratamento. No hemograma realizado três meses após a terceira consulta, notou-se que os leucócitos permaneciam abaixo da média (4.800/mm<sup>3</sup>) e a ALT estava acima dos parâmetros normais (245,0 U/L). Nesse período, o tutor relatava que o pelo de toda extensão corporal do animal estava despigmentado, apresentando coloração creme. A medicação foi mantida.

Na reavaliação do hemograma, dois meses após a consulta anterior, notou-se novamente a baixa de leucócitos, o qual estava em 5.400 mm<sup>3</sup>. Foi solicitada ultrassonografia para avaliação do fígado, que apresentou parênquima de aspecto heterogêneo, discretamente granular e difuso, indicando hepatopatia crônica. Foi mantida a medicação e recomendações citadas anteriormente. A aplicação de protetor solar na lesão deveria ser contínua, além da exposição desta a ventilação. A reavaliação do paciente foi agendada para três meses após essa consulta.

Três meses depois, na quarta consulta, para reavaliação do paciente, o hemograma apresentava-se sem alterações, e a avaliação do perfil hepático evidenciou melhora, com ALT 97,00 UI/L. Manteve-se apenas a medicação com Azatioprina, a cada 72 horas.

Após três meses da suspensão do protetor hepático, foi realizado novo exame de perfil hepático, que demonstrou aumento da enzima ALT para 176,00 UI/L. Dessa forma, optou-se por manter Azatioprina e retomar a administração de Silimarina, ambos dois comprimidos por semana. Assim, foram escolhidos dois dias fixos na semana para aplicação das medicações.

Após o diagnóstico e o início do tratamento para pênfigo foliáceo, houve melhora significativa da lesão, que permanece sob cuidados dermatológicos (Figura 2), através da aplicação de protetor solar FPS 30 e spray hidratante a base de óxido de zinco. O paciente segue até hoje em tratamento contínuo com Azatioprina para o pênfigo foliáceo e Silimarina para o fígado. São realizadas reavaliações periódicas hematológicas a cada três meses para avaliar a função hepática, comprometida decorrente do uso de corticoides.



**FIGURA 2:** Perceptível melhora da lesão e da pigmentação do pelo após um ano e seis meses de tratamento.

#### **4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

O pênfigo foliáceo é uma dermatopatia autoimune que consiste em direcionar anticorpos em elementos da epiderme, em especial para as proteínas responsáveis pela junção de membranas, as quais formam a epiderme. Esse processo origina a acantólise, que nada mais é que a separação das camadas da pele, e além disso, formam-se vesículas (PEREIRA et al., 2018). Em um estudo realizado pelo Serviço de Dermatologia do Hospital Veterinário da Universidade de São Paulo, foi observado que o pênfigo tem maior ocorrência em cães com raça definida, em especial raças como Akita, Chow Chow, Dachshund, Collie, Bearded, Newfoundland, Doberman, Pinscher, Finnish Spitz e Schipperke, e pode ocorrer em qualquer idade e sexo. Entretanto, cães até cinco anos são mais susceptíveis a desenvolvê-la (BALDA et al., 2008). O presente trabalho, descreveu um caso de pênfigo foliáceo em um cão sem raça definida, o que demonstra que a doença não é restrita aos cães com raça definida.

Existem condições que podem provocar o pênfigo foliáceo, como por exemplo, a presença prévia de patologias na epiderme, reações medicamentosas e exposição excessiva à luz do sol. Ainda pode ocorrer de maneira espontânea (SCARFF, 2009). Como não houve nenhum outro processo patológico envolvido no relato apresentado, que possa iniciar o pênfigo, presumiu-se que o mesmo surgiu de maneira espontânea, de acordo com o que sugere Scarff (2009).

Normalmente, o pênfigo apresenta lesões em determinadas áreas, como a face, orelhas, plano nasal e região abdominal, sendo que em alguns casos, podem surgir também nos coxins plantares (ARAUJO et al., 2019). Porém, no presente relato, o animal apresentava lesões apenas em plano nasal e pálpebras.

O pênfigo não exhibe apenas manifestações dermatológicas. Sendo assim, para diagnosticar a doença é necessário conhecer o histórico clínico animal, além de realizar exames complementares, como citologia e histopatologia das lesões cutâneas, imunopatologia, bioquímicos e hemograma (SCARFF, 2009). Neste estudo foram realizados os devidos exames para o diagnóstico adequado.

As alterações observadas na citologia para pênfigo, são a presença de uma quantidade moderada de queratinócitos nucleados de forma redonda, com núcleo proeminente e intensa coloração citoplasmática, sugestivo de acantócitos (BALDA et al., 2008). Se houver infecção bacteriana secundária, neutrófilos degenerados e bactérias podem estar presentes (HARGIS & GINN, 2013). No presente trabalho a citologia da pele do paciente apresentou discreta presença de queratinócitos, e concordando com o que é descrito pelos autores, o mesmo também apresentou moderada presença de bactérias cocos.

Na histopatologia do fragmento da pele, é comum observar a presença de pústulas epidérmicas subcorneais e intraespínhosa, contendo em seu interior poucas células acantolíticas, com a existência de infiltrado inflamatório polimorfonuclear na epiderme e derme (LUCARTS, 2010). Ainda, podem ser observadas inicialmente vesículas preenchidas por queratinócitos acantolíticos e raros neutrófilos, que evoluem para pústulas subcorneais, com queratinócitos acantolíticos dispersos (LUCARTS, 2010).

No presente estudo, uma nova biópsia foi realizada pela ausência de material suficiente na primeira. O resultado confere com os autores, revelando grande acantólise, ou seja, células que perderam sua adesão, com presença de ceratinócitos apoptóticos no estrato espínhoso e granuloso, com áreas de disceratose. Os achados da amostra foram indicativos de dermatite intraepitelial bolhosa com acantólise subepidérmica multifocal leve.

O tratamento tem por finalidade diminuir as lesões da pele, visto que a cura do pênfigo por tratamentos nos dias atuais é rara (BALDA et al., 2008). Se prioriza a terapia ortodoxa para as dermatites autoimunes que atingem a epiderme, e por isso se sugere a aplicação de glicocorticóides, que agem de maneira sistêmica em doses imunossupressoras (BARBOSA et al., 2012). A primeira dose de Prednisona oral deve ser de 2 mg/kg a cada 24 horas por via oral, entre sete a 14 dias. Depois, deve-se realizar um reajuste da dose (TATER & OLIVRY, 2010). Conciliando com este estudo, o animal recebeu a dose de Prednisona com diminuição gradativa do número de aplicações, entretanto o tratamento inicial teve uma duração de trinta dias, e somente após este período foi realizado o reajuste da dose.

É essencial considerar possíveis efeitos colaterais do tratamento, como anemia, sangramento gastrointestinal, hepatotoxicidade e pancreatite aguda (BALDA et al., 2008). Além disso, o uso de corticóides pode levar a alterações hepáticas e renais, conforme descrito por Zahnolo (2011). A literatura coincide com o caso aqui descrito, visto que através do exame bioquímico notou-se lesão hepática, decorrente da administração de glicocorticóides. Entretanto, não houve monitoramento da função renal do paciente.

É frequente que o tratamento apenas com glicocorticóides não seja suficiente e não gere a eliminação de todos os sinais clínicos, por isso é comum a realizar terapia heterodoxa por meio da combinação de glicocorticóides com drogas citostáticas, como a azatioprina; com isso se observa a otimização dos resultados anti-inflamatórios e imunossupressores (BARBOSA et al., 2012), conforme descrito nesse caso.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pênfigo foliáceo, quando identificado em sua fase inicial apresenta maiores chances de ser responsivo ao tratamento. Essa é uma enfermidade dermatológica comum em cães, e em sua maioria, são diagnosticadas já em fase crônica, sendo assim, não respondem bem aos tratamentos convencionais.

Com isso, exames como o hemograma juntamente ao histopatológico se mostraram definitivos para a confirmação do diagnóstico. A utilização corticoides revelou eficácia para o tratamento dessa dermatopatia, entretanto, causou lesões hepáticas, evidenciando a necessidade do acompanhamento da função do órgão. Além disso, as lesões descritas, os resultados dos exames complementares e escolha do tratamento foram compatíveis com o que a literatura sugere.

## 6 REFERÊNCIAS

ARAUJO A. K. L. & GONDIM A. L. C. L. Pênfigo foliáceo canino: relato de caso. **PUBVET**, v.13, n.1, p.1-9. 2019.

BALDA A. C. & MICHALANY N. Pênfigo foliáceo canino: estudo retrospectivo de 43 casos clínicos e terapia. **Pesquisa Veterinária Brasileira**, v.28, n.8, p. 2-7. 2008.



BARBOSA, M. V. F.; FUKAHORI, F. L. P; DIAS, M. B. M. C. & LIMA, E. R. Patofisiologia do Pênfigo Foliáceo em cães: revisão de literatura. **Revista do Departamento de Medicina Veterinária da UFRPE**, v.6, n. 3, p. 1-6. 2012.

Bezerra O. M. P. A.; GALVÃO M. A. M.; SILVA D. J. S.; BRITO C. E. L.; ROSSINI M. C. S.; GONÇALVES P. M. S.; BUENO L. S. & SOUZA A. A. Pênfigo Foliáceo Endêmico (Fogo Selvagem) e sua associação com fatores ambientais e ocupacionais em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 225-232. 2017.

FERNANDES, D. F. **PÊNFIGO FOLIÁCEO EM CÃES**. Porto Alegre: UFRGS, 2009. Monografia (Bacharel em Medicina Veterinária) Faculdade de Veterinária, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

HARGIS A. M. & GINN P. E. O tegumento, p.975-1186. In: Zachary J.F., McGavin M.D. (Eds), **Bases da Patologia em Veterinária**. 5ª ed. Elsevier, Rio de Janeiro. 2013.

MCGAVIN, D. & ZACHARY J. F. **Bases da patologia em veterinária**. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 1107- 1261, 2009.

LUCARTS, L. E. B. **Avaliação de exequibilidade e da efetividade da determinação de anticorpos séricos pela IFI, em cães acometidos por pênfigo foliáceo na pré e trans terapia**. São Paulo: USP, 2010. Dissertação (Clínica Veterinária). Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade de São Paulo, 2010.

PEREIRA A. L.; NICCHIO B. O.; SANTOS L. M.; LIMA D. T.; FERREIRA J. L. S. B. A.; SILVA I. G. & CARNEIRO R. L. Pênfigo foliáceo em um cão jovem sem raça definida: relato de caso. **PUBVET**, v.12, n.9, p.1-7. 2018.

SCARFF, D. Pemphigus in the dog and cat. **Companion Animal**, v. 14, n 9, p 53-57. 2009.

TATER, K. C. & OLIVRY, T. Canine and feline pemphigus foliaceus: Improving your chances of a successful outcome. **Researchgate**, v. 105, n. 1, p. 18-30. 2010.

ZANHOLO, Amanda Borges. **Pênfigo Foliáceo em Cães**. Botocatu: UNESP, 2011. TCC ( Bacharel em Medicina Veterinária e Zootecnia), Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade Estadual de São Paulo, 2011.

---