

DESCRIPCION DE UN CASO DE ENTERITIS LINFOPLASMOCITICA EN EQUINO

García Lineiro JA, Scipioni H, Delfino Flood I, Duarte Pires E, Estrada Canavese m, Petrone N, Hospital Escuela - Cátedra de Salud y Producción Equina -Facultad de Ciencias Veterinarias UBA. CABA, Argentina

INTRODUCCION La enteritis linfo-plasmocítica (LPE) es un diagnóstico morfológico de un tipo de enfermedad infiltrativa intestinal clasificado dentro del complejo de enfermedad inflamatoria idiopática intestinal. Es una enfermedad poco común en equinos caracterizándose por presencia de linfocitos y células plasmáticas en la lámina propia intestinal. Hay poca información sobre esta enfermedad inflamatoria intestinal en equinos, pero en otras especies como perros y gatos representa una respuesta inmune intestinal inespecífica, pudiendo ser una fase temprana de Linfosarcoma intestinal. La bibliografía (D. L. Kemper¹, et al – *Artic.publicado online: 10 JUN 2010 DOI: 10.1111/j.2042-3306.2000.tb05346.x EVJ*) informa 14 caballos que tenían un diagnóstico histopatológico de LPE; promedio 12 años, sin predilección de raza o sexo siendo los signos clínicos más comunes pérdida de peso, diarrea, letargo, hipoproteinemia e hipoalbuminemia. La prueba de tolerancia a la glucosa oral y biopsias de la mucosa rectales eran anormales en (43%). El tratamiento del corticoide no tuvo éxito en 30 % de los casos. Todos los caballos fueron sometidos a la eutanasia y fue diagnosticada LPE por necropsia. Según los mismos autores, tiene un pobre pronóstico y su diagnóstico es muy difícil ante mortem siendo de muy pobre pronóstico.

OBJETIVO *describir detalles y aspectos relevantes de un caso clínico de enteritis linfoplasmocítica en caballo y la importancia de la biopsia intestinal*

MATERIALES Y METODOS equino macho, silla argentino, 3 años, con diarrea verdosa con condición corporal grado III, deshidratación 3%, T38,4, sensorio normal, se hidrato EV con ringer lactato, mas Bencetimida, Flunixin, Bismuto-silicatoaluminio-pectina, bacteriófagos y probióticos por 7 días, Los análisis revelaron escasa presencia de estrongilideos, tratándose con Moxidectin-praziquantel. A los 8 días mejora pero alternaba boñigas con líquido acuoso. Tras 6 días, reapareció diarrea, desh3 %, T38,3, sensorio normal. Se tomó un seriado de materia fecal 5 días para coproparasitologico, flagelados, y cultivos de anaerobios. Todos los estudios fueron negativos. El cuadro sanguíneo manifestó 6 % de proteínas, y linfocitosis, hipoalbuminemia. Se administró fluidos, bencetimida, Flunixin, Bismuto-Pectina-Sil.lumnio, metronidazole y sulfas mejorando parcialmente. Tras 10 días, reapareció la diarrea abundante y se derivó al Hospital Escuela-F.C.V.-U.B.A. Se tomó muestra de sangre y materia fecal (seriado 5 días), análisis sanguíneo, análisis para flagelados, cultivo de anaerobios, para Micobacterium avium, Salmonella y Rodococcus, realizándose test de absorción de glucosa, ultrasonografía, y biopsia intestinal. Comenzó con sulfasalazina, y corticoides más antidiarreicos orales sin antibióticos, También se realizaron transfaunaciones diarias, con levaduras, y bacteriófagos Se utilizó Bio-sponge, durante 7 días, siendo administrado también fluidos 3 días. Al cabo de 7 días mejora, pero manteniendo las deposiciones acuosas. Su debilidad llevo a una postración de 3 días, que decidió la eutanasia y necropsia.

RESULTADOS Como situación de significancia diagnostica se evidenció aumento de las enzimas sorbitol deshidrogenasa, gammaglutamiltransaminasa (SDH Y GGT), linfocitosis, hipoalbuminemia. Todo el resto de los análisis fue negativo. El test de absorción de azúcar, estaba alterado a los 90 minutos (*indicativo de enteropatía crónica – síndrome de mala absorción – posible enteritis granulomatosa*). La ultrasonografía reveló engrosamiento de las paredes del colon ventral izquierdo, con áreas hiperecoicas compatibles a edema de pared. El tacto rectal demostró paredes edematizadas, y en este acto se realizó una toma de muestra de mucosa intestinal, y se deriva a histopatología y cultivo., El resultado de esta biopsia fue ENTERITIS LINFOPLASMOCITICA. La necropsia, determinó una enterocolitis-proctitis crónica granulomatosa

CONCLUSIONES aumento de las enzimas SDH Y GGT, linfocitosis, hipoalbuminemia y el test de absorción de azúcar, y especialmente la biopsia intestinal parecen ser los datos más significativos y coinciden con la bibliografía, permitiendo un diagnostico precoz de esta condición clínica de tan baja frecuencia.