

OFTALMOLOGÍA

QUERATOPATÍA BULLOSA AGUDA Y CÁLCICA CON UVEÍTS ASOCIADA A INFECCIÓN POR HERPESVIRUS FELINO-1

C. Díaz

Clínica Ocular Veterinaria

Caso clínico

Introducción

Es referido al centro veterinario un gato común europeo, macho entero de 6 meses de edad con antecedentes de estornudos esporádicos y conjuntivitis bilateral desde hacía 2 semanas en que fue recogido de un albergue de animales. Los signos oculares habían empeorado ostensiblemente un par de días después de la vacunación con trivalente, presentando enoftalmia, quemosis, discoria y precipitados queráticos, con una presión intraocular (PIO) de 11mm de Hg en ojo derecho (OD) y 10mm de Hg en ojo izquierdo (OS) medida con tonómetro de aplanamiento (Tonopen XL®).

La exploración física y el estado general son buenos. Se diagnostica uveítis anterior bilateral (OU) asociada a un proceso infeccioso compatible con rinotraqueítis vírica y se da tratamiento tópico con betametasona subconjuntival y colirios de tobramicina, dexametasona y tropicamida.

Dada la poca respuesta, se añade medicación sistémica con meloxicam (Metacan®) a dosis inicial de 0.3 mg/kg/día y reducción gradual, controlándose satisfactoriamente la sintomatología, pero el proceso se manifiesta refractario al tratamiento y con dosis bajas de meloxicam se reactiva la uveítis a la semana, desembocando el OD en bftalmos, midriasis y subluxación lenticular posterior con una PIO = 68mm de Hg y respuesta a la amenaza negativa. Se realiza hemograma, bioquímica y serología de FeLV, FIV, FIP y Toxoplasmosis, siendo todo normal. Se añaden al tratamiento colirios de diclofenaco OU, dorzolamida y maleato de timolol en OD y vía

oral (PO) cefadroxilo al reaparecer los signos respiratorios. Al día siguiente la PIO ya es 17mm de Hg en OD y 9mm de Hg en OS.

Unas 3 semanas más tarde aparece una ampolla evidente en estroma corneal de OD y otra incipiente en OS, con amplio defecto epitelial fluoresceína positivo en OD, y mayores precipitados queráticos bilateralmente. Se suspende la medicación tópica con dexametasona y se mantiene el meloxicam a dosis máxima de 0.3 mg/kg/día con clindamicina y marbofloxacino PO y cloranfenicol tópicamente. Se desbrida el epitelio de la úlcera y se toman muestras para serología resultando PCR positivo a FHV-1. Se añade a la terapia L-Lisina 500 mg/día PO e interferón omega recombinante felino (Virbagen®) vía tópica en colirio preparado con 5MU en 9ml de ClNa 0.9 %, 5 veces/día (1 mes) y vía SQ 3 dosis a intervalos de 48h entre ellas, una primera inyección de 2.5MU/kg y otras dos de 1.5MU/kg.

A los 17 días se detectan en ambos ojos unos depósitos en estroma superficial a modo de placas blanco-parduzcas. Se hace queratectomía superficial bilateral y se mandan muestras a histopatología confirmando la presencia de sales cálcicas alrededor de la membrana basal epitelial y estroma subyacente. En ese momento la calcemia es de 9'9 mg/dl y la fosfatemia de 8 mg/dl. La medicación se fue retirando paulatinamente a lo largo de 2 meses en los cuales el OD fue enucleado por problemas de queratopatía por exposición y el OS recuperó la normalidad con una completa curación a nivel corneal, aunque con presencia de focos de catarata.

Discusión

La queratopatía bullosa aguda felina (QBA) es un trastorno poco común vagamente documentada en la literatura veterinaria. Se caracteriza por la presentación de una ampolla severa y una rápida evolución de apenas 24 horas. Afecta más frecuentemente a gatos jóvenes y suele ser bilateral. La lesión puede resolverse sin ningún incidente y mínima cicatrización con tratamiento médico, o puede progresar hasta la perforación corneal.

La etiopatogenia del proceso es desconocida. Al parecer el edema no es endotelial sino de estroma anterior. Unos autores lo relacionan con infecciones agudas de FHV-1. Otros sugieren un origen inmunomediado. Tampoco se conoce su posible asociación con uveítis, describiéndose algún caso (Carrasco, I. et al), o la relación de queratopatía cálcica con infección por FHV-1 (Geller, G. et al).

Se ha propuesto un amplio abanico de tratamientos, tanto médicos (antibióticos tópicos, antivíricos, ciclosporina...) como quirúrgicos (colgajo de membrana nictitante, injerto conjuntival, queratectomía, termoqueratoplastia, trasplante corneal penetrante...)

Lo particular de este caso clínico, aparte de su carácter marcadamente insidioso, es la aparición conjunta aunque escalonada en el tiempo, de las tres entidades clínicas: Uveítis, QBA y Queratopatía cálcica.

Bibliografía en Libro de Ponencias y Comunicaciones 42 Congreso Nacional AVEPA