

QUERATOPATÍA BULLOSA AGUDA ASOCIADA A HERPES VIRUS FELINO TIPO 1

M. Fortuny, M. Omaña, L. Riera, P. Pujol.
Palma de Mallorca - España

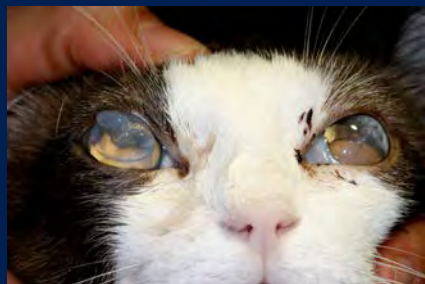
Caso Clínico:

Una gata europea de 9 años, esterilizada, indoor, es remitida por una posible perforación en ojo derecho (OD) de 24h de evolución. Tiene una historia de uveítis crónica anterior en ojo izquierdo (OS) desde hace 4 años que ha sido tratada con cortisona, clindamicina y doxiciclina. El test FIV-FeLV fue negativo y la serología de toxoplasma IgG 1/512 IgM 1/32 indicativo de que no existe infección activa.

En el **examen físico general**, no presenta alteraciones.

En el **examen oftalmológico** la reacción de amenaza es negativa en ambos ojos (OU) y el reflejo de dazzle es positivo OU. Presenta una bulla corneal en OD y rubeosis del iris, catarata y luxación anterior de cristalino en OS, con un Tyndall de 1+ en este ojo. El test de shirmer es >10mm OU, la fluoresceína es positiva en OD y la presión intraocular (PIO) es de 30mmHg en OS e invalorable en OD. El fondo de ojo es difícilmente explorable OU.

Como **pruebas complementarias** se realiza una analítica sanguínea general, urianálisis, radiografías de tórax y ecografía de abdomen siendo todo normal. Se repite la serología de toxoplasma y es negativa.



bulla corneal OD

catarata y luxación anterior de cristalino

El diagnóstico que se establece es de una queratopatía bullosa aguda en OD y uveítis anterior crónica, catarata con una luxación anterior de cristalino y glaucoma secundario en OS.

Tratamiento médico y quirúrgico se describe en la siguiente tabla:

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Quirúrgico	Flap de Membrana Nictitante	Extracción intracapsular de cristalino
Médico Tópico	Cloranfenicol, Diclofenaco*, Tropicamida	Cloranfenicol, Diclofenaco*, Dorzolamida+maleato de timoftol
Médico Sistémico	Córticos y amoxicilina clavulánico	

* Una vez la fluoresceína es negativa se administra dexametasona tópica como tratamiento de mantenimiento OU.

Evolución:

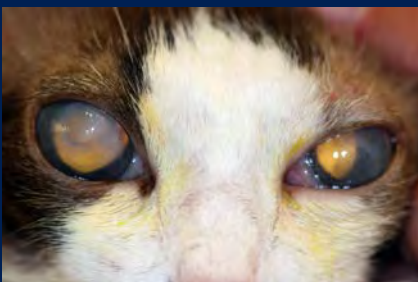
Aparecen nuevas bullas corneales en OS a los 10 días y en OD a los 2 meses postcirugía y se realizan nuevos flaps de membrana nictitante, resolviéndose la queratopatía bullosa. Al volver a reaparecer las bullas, incluso 2 meses postcirugía se decide suprimir los córticos y administrar tratamiento para herpes virus con antivirales orales (famciclovir) y L-Lisina. Se administra diclofenaco tópico para la uveítis.

La PIO se controla con dorzolamida-timoftol. Después de un año de visión y sin recidivas se presenta en la consulta con glaucoma OU y ceguera desde hace una semana. El propietario decide la eutanasia.

El resultado de la histopatología (COPLOW, Wisconsin) es de uveítis linfoplasmocítica anterior OU, marcada queratitis linfoplasmocítica supurativa estromal OU con rotura de la membrana de descemet OD y endotelitis supurativa leve OU. Pérdida de las células ganglionares de la retina indicativo de glaucoma OU.



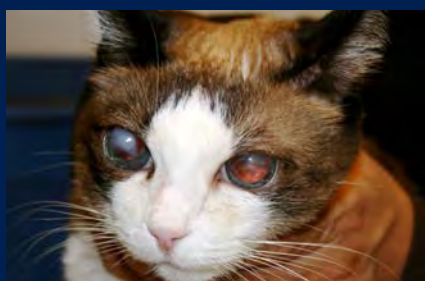
a las 3 semanas



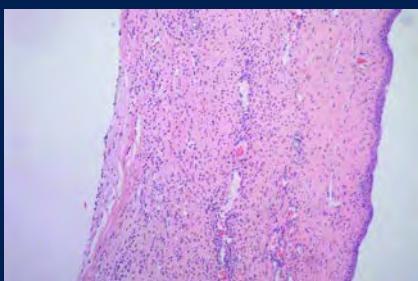
a las 3 semanas



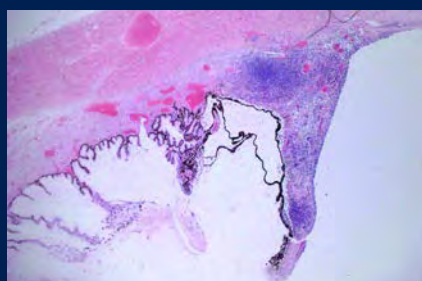
repite bulla en OD 2 meses post



a los 9 meses



HE. Queratitis estromal supurativa linfoplasmocítica



HE. Uveítis anterior linfoplasmocítica con folículos linfoides.

Discusión:

- La queratopatía bullosa aguda es una enfermedad poco documentada en la literatura que se caracteriza por presentar un edema corneal agudo con la formación de grandes bullas que en ocasiones pueden llegar a perforar la córnea. Este proceso puede ocurrir en menos de 24h. Suele presentarse de forma bilateral y la edad media es a los tres años, siendo en nuestro caso a los 9 años de edad.
- La causa se desconoce pero parece que es debido a una posible alteración del estroma más que a una disfunción, local o difusa, del endotelio corneal. La histopatología realizada demuestra un marcado infiltrado linfoplasmocitario en el estroma corneal.
- Se desconoce su etiología pero se relaciona con procesos de uveítis y algunos autores con Herpes virus felino tipo1. La uveítis linfoplasmocítica felina ha sido asociada con FIV, FHV-1, FeLV, toxoplasmosis y bartonelosis, aunque muchas veces permanece idiopática. En casos de cronicidad puede causar daño endotelial y queropatía bullosa. En este caso hasta que no se trata con antivirales no desaparecen las bullas ni se controla la uveítis, siendo el herpes una posible causa de éstas.
- A pesar de la gravedad y magnitud de las bullas el flap de membrana nictitante es una buena opción como tratamiento, siendo el resultado satisfactorio en las tres ocasiones que reaparece el proceso. Otras opciones serían colgajos conjuntivales o transplante corneal de espesor completo.