

1

CAPÍTULO

QUERATITIS SUPERFICIAL CRÓNICA

M^a del Carmen Tovar Sahuquillo y Victoria Espejo Iglesias

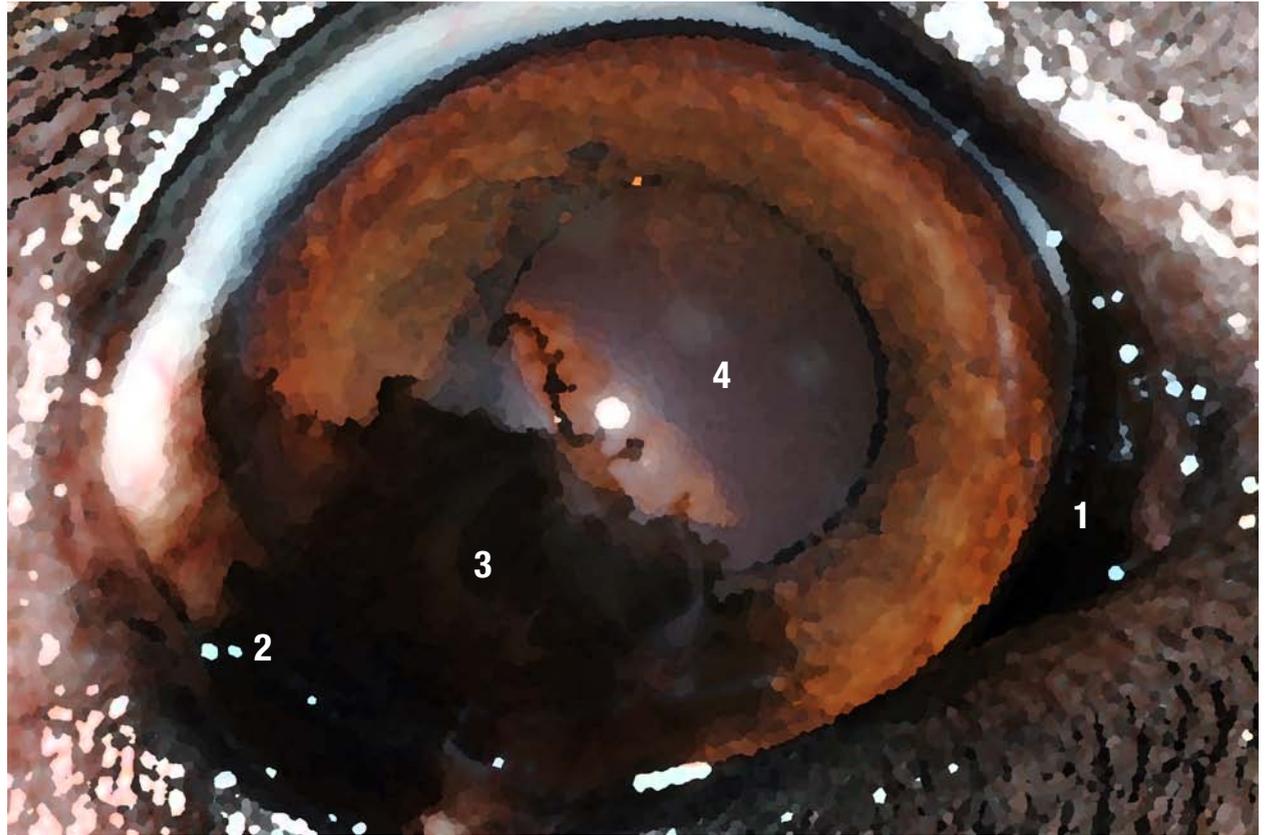
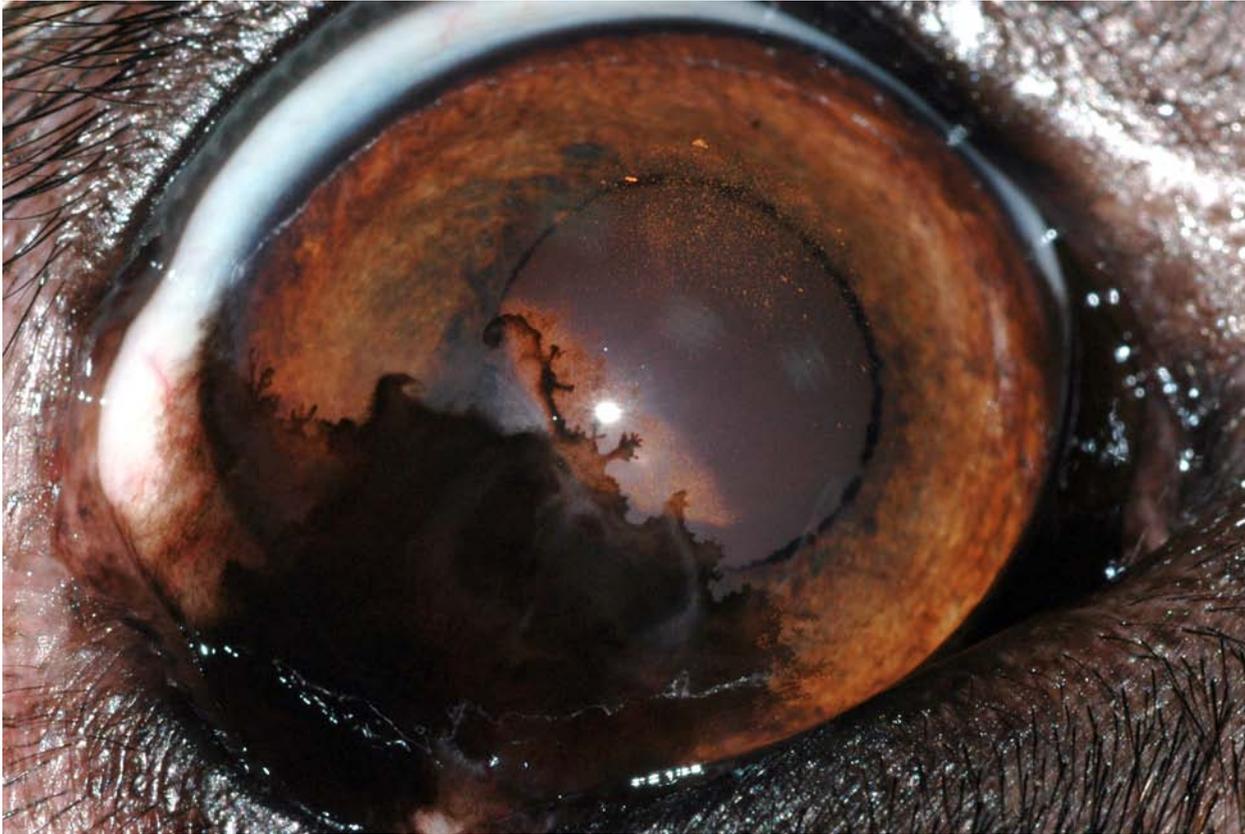


Figura 1.1.

1. Membrana nictitante
2. Conjuntiva (pigmentada)
3. Córnea (pigmentada)
4. Pupila

Perra de raza Pastor Alemán, hembra entera, de 5 años de edad

Presenta pigmentación en el cuadrante inferior y lateral del ojo que afecta a córnea y conjuntiva bulbar. Afección bilateral, progresiva y no dolorosa.



¿QUÉ ES LA QUERATITIS SUPERFICIAL CRÓNICA?

- Es un proceso inflamatorio crónico que compromete la conjuntiva y la córnea, por lo que se conoce también como “queratoconjuntivitis superficial crónica” (QSC).
- Popularmente se le denomina “pannus”, término que hace referencia a la neovascularización de un tejido que es avascular en condiciones normales (como es la córnea).
- Es de presentación insidiosa e indolora.
- Normalmente están afectados ambos ojos, pero las lesiones no son simétricas.
- Es típico que la afección comience en el cuadrante lateral inferior del limbo esclerocorneal y de la córnea. En raras ocasiones comienza por el cuadrante nasal inferior o por los cuadrantes superiores.
- La enfermedad progresa en dirección central. Gradualmente, y con el tiempo, la totalidad de la córnea puede verse afectada, provocando ceguera.
- Es una lesión fibrovascular superficial en la que predominan los linfocitos y las células plasmáticas. Al progresar la enfermedad, los melanocitos, histiocitos y fibrocitos también infiltran la córnea.
- Se localiza principalmente en el epitelio y las primeras capas del estroma corneal.
- Tiene un origen inmunitario con predisposición genética que se agrava con la exposición a la radiación ultravioleta y la altitud.
- Teniendo en cuenta el desarrollo de la QSC, el proceso se puede dividir en 3 fases:
 - 1ª fase: formación de neovasos o fase aguda (enrojecimiento del ojo).
 - 2ª fase: infiltración celular.
 - 3ª fase: infiltración de melanina o fase crónica (mancha oscura en la córnea).
- En ocasiones, el primer signo de inicio de la enfermedad se asienta en la membrana nictitante, mostrando engrosamiento y despigmentación del borde libre. Se denomina conjuntivitis linfoplasmocitaria o plasmoma.
- A veces, la QSC se acompaña de ligera molestia ocular con enrojecimiento, lagrimeo o blefarospasmo.
- Puede haber una cierta fijación de fluoresceína que no tiene por qué estar relacionada con la presencia de úlcera.
- El pronóstico de la enfermedad está en función de la raza y la edad de inicio. En animales jóvenes, suele evolucionar a cuadros más severos y de difícil control.
- Aunque se observa una predisposición racial en Pastor Alemán y Greyhound (“queratitis pigmentaria del Pastor Alemán”, que es otra de sus denominaciones), no debemos descartar este diagnóstico en otras razas. No está descrito en gatos.

PRESENTACIONES



Figura 1.2. QSC en fase aguda, con neovascularización de la córnea y afectación de la membrana nictitante (conjuntivitis linfoplasmocitaria).



Figura 1.3. QSC en fase crónica. Gran parte de la superficie corneal está pigmentada.



Figura 1.4. Infiltrado vascular y melanina en su localización típica en córnea lateral.

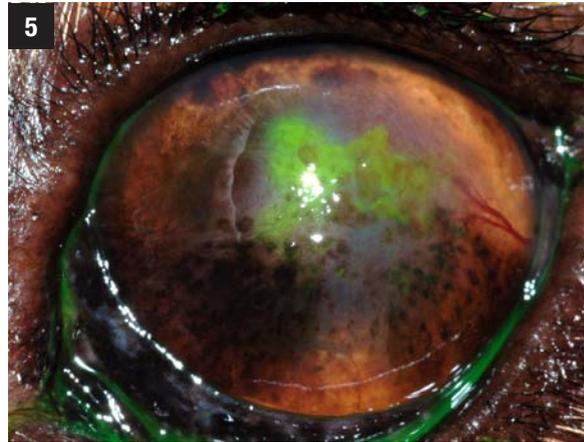


Figura 1.5. Queratitis superficial crónica con fijación de fluoresceína.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

¿Cómo distinguir la QSC de una queratitis pigmentaria?

- La localización más frecuente de la queratitis pigmentaria es medial y/o dorsal.
- Las razas braquicéfalas son las más predispuestas a padecer queratitis pigmentaria.
- Las úlceras corneales se suelen asociar a las queratitis pigmentarias, complicando el cuadro clínico.
- La neovascularización de la queratitis pigmentaria normalmente es consecuencia de una irritación crónica, como falta de lágrima, entropion o alteraciones de las pestañas.

¿Puede tratarse de una queratoconjuntivitis seca crónica (QS)?

- La deficiencia de lágrima puede ocasionar inflamación de la córnea y pigmentación.
- Es fundamental la realización del test de Schirmer y el tiempo de ruptura de la película lacrimal precorneal.
- Buscar signos típicos de QS: sequedad ocular, secreciones mucosas, córnea mate...
- Pueden coincidir de forma simultánea ambos procesos en las razas predispuestas.

No confundir con la melanosis corneal secundaria a una cicatrización

- La anamnesis es de suma importancia para diferenciar estos dos cuadros clínicos (antecedentes de úlcera corneal).
- En una cicatriz corneal pigmentada, la lesión tiene escasa o nula vascularización y suele tener un aspecto blanquecino azulado.
- Tiene distintas localizaciones posibles y no sería bilateral ni simétrica.
- En las razas braquicéfalas, donde las lesiones corneales son frecuentes, este tipo de cicatriz con depósitos de melanina suele ser central.

¿Cómo diferenciarla de un tumor perilímbico?

- El melanocitoma epibulbar emerge desde el limbo y se extiende hacia la esclera y la córnea adyacentes. Podría confundirse, pero su incidencia es baja.
- Se trata de una masa oscura, bien delimitada y con relieve.
- La localización más frecuente es dorsotemporal, aunque puede aparecer en cualquier área.

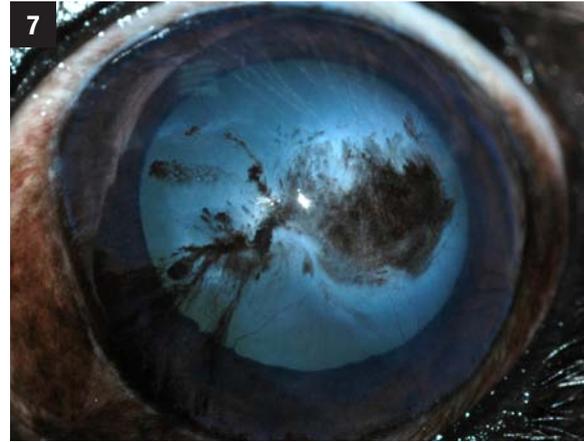
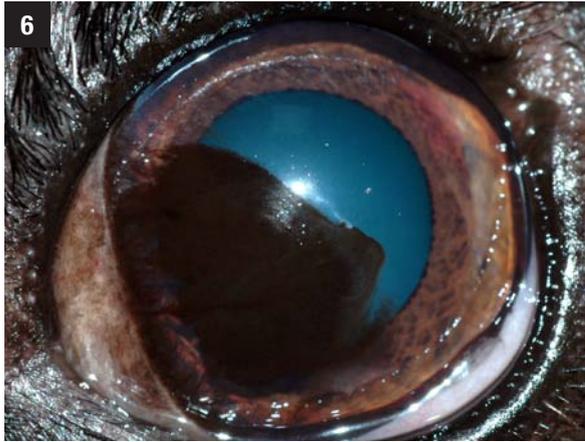


Figura 1.6. Carlino con queratitis pigmentaria medial, secundaria al síndrome ocular del perro braquicéfalo.

Figura 1.7. Cicatriz corneal paracentral. Proceso inactivo con pigmentación, neovasos atenuados y aspecto blanquecino de la córnea.

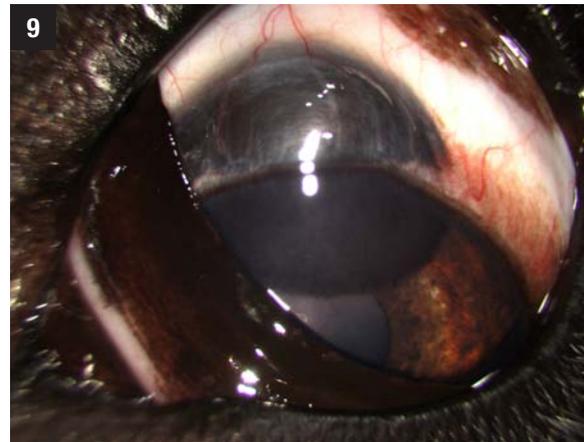
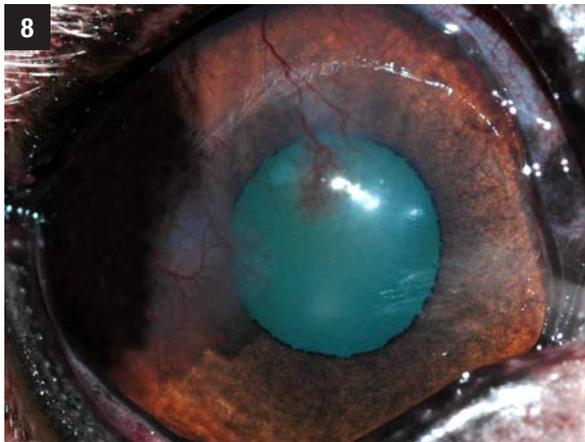


Figura 1.8. Neovascularización y pigmentación de la córnea en un West Highland White Terrier con QS.

Figura 1.9. Melanocitoma perilímico con su típica localización dorsal.

TRATAMIENTO

- Es una enfermedad incurable, pero sí se puede tratar. Hay que medicar al animal de por vida.
- El objetivo del tratamiento es controlar la progresión de la enfermedad e intentar que las lesiones regresen.
- Es importante evitar la exposición solar, principalmente en las horas centrales del día. La utilización de gafas de sol con filtro de radiaciones UVA puede ayudar.
- Inmunomoduladores (Ciclosporina A 0,2-2%, Tacrolimus 0,02%-0,03%, Sirolimus 0,03%). Más interesantes en la fase crónica.
- Se puede combinar el uso de corticoides e inmunomoduladores.
- *Vía subconjuntival:*
 - Corticoides de depósito (Betametasona, Triamcinolona o Metilprednisolona) al inicio del tratamiento o en pacientes en los que la administración tópica sea problemática.

Médico

Es el tratamiento de elección, basado en la administración de inmunomoduladores y/o inmunosupresores.

- *Vía tópica:*
 - Corticoides de gran potencia (Dexametasona 0,1%, Prednisolona 1%). Muy útiles en la fase aguda.

Quirúrgico

En los casos avanzados con pérdida de visión y donde la medicación no haya resultado eficaz.

- Queratectomía superficial para eliminar las capas de la córnea donde se encuentra el pigmento.

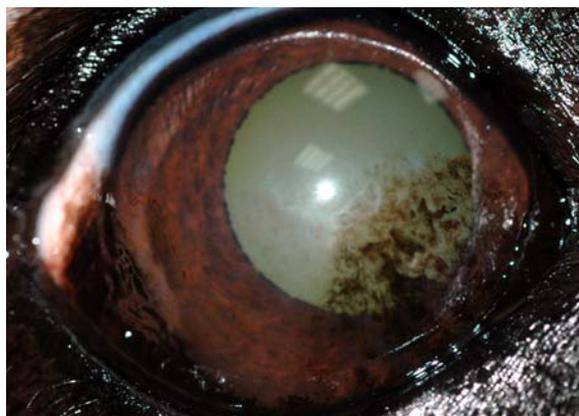


Figura 1.10. Evolución de un caso tras 2 meses de terapia tópica con Ciclosporina A 0,2%.

DATOS DE INTERÉS

- La QSC también se conoce como “síndrome de Ueberreiter” y “síndrome de queratoconjuntivitis crónica de mecanismo inmunitario”.
 - Se trata de un trastorno corneal crónico, progresivo, y que carece de curación. El propietario del paciente ha de comprender que el tratamiento debe mantenerse de por vida.
 - La edad de inicio y la raza del animal tienen importancia pronóstica, siendo más grave cuanto más joven sea el animal y en razas como el Pastor Alemán y mestizos de esta.
 - La gravedad de las lesiones también dependerá del hábitat del paciente. Animales que viven en zonas de mayor exposición solar presentarán cuadros más graves y de evolución más rápida.
 - Hay posibilidad de coincidencia de QSC con otras afecciones inmunomediadas en el ojo, como queratoconjuntivitis seca y blefaritis ulcerativa del canto (Figura 1.11).
 - El epitelio corneal se mantiene intacto en esta enfermedad, pero el infiltrado fibrovascular presente produce una superficie corneal irregular que puede retener la fluoresceína, confundiendo el cuadro clínico con una úlcera corneal.
 - Los ejemplares que padecen QSC deben ser retirados de la cría. No se conoce el mecanismo de transmisión hereditaria de la enfermedad.
 - Es necesario remitir a un especialista aquellos casos en los que se precise realizar una queratectomía.
- Actualmente, la técnica quirúrgica más recomendable es la eliminación de las capas pigmentadas mediante un fresado corneal.

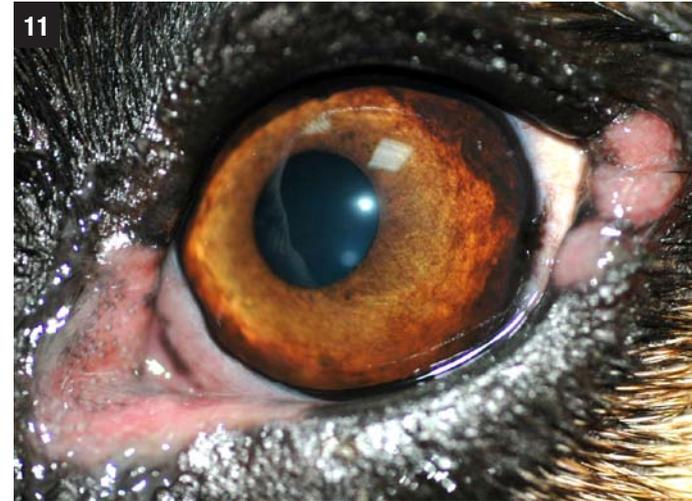


Figura 1.11. Pastor Alemán de 3 años de edad con blefaritis ulcerativa del canto asociada a conjuntivitis plasmocítica de la membrana nictitante y a QSC incipiente.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Joan Dziezyc, Nicholas J. Millichamp, Claudio Peruccio. Atlante a colori di oftalmologia del cane e del gatto. Elsevier. 2005. 246 pp.
- Charles L. Martin. Ophthalmic disease in veterinary medicine. Manson Publishing. 2010. 513 pp.
- Díaz-Delgado, C. Queratitis superficial crónica: Situación clínica en oftalmología. Consulta de Difusión Veterinaria. 2008; 16 (156): 41-45.
- Nell B, Walde I, Billich A, Vit P, Meingassner J.G. The effect of topical pimecrolimus on keratoconjunctivitis sicca and chronic superficial keratitis in dogs. *Veterinary Ophthalmology*. 2005; 8(1):39-46.
- David G. Maggs, Paul E. Miller, Ron Ofri. Slatter's fundamentals of veterinary ophthalmology. 5th ed. Elsevier - Health Sciences Division. 2012. 520 pp.