

# Situación clínica en oftalmología

## Masa blanquecina de crecimiento lento

### CASO CLÍNICO:

Un perro de raza mestiza, macho entero, de 16 años de edad, correctamente vacunado y desparasitado, es referido a la Clínica Ocular Veterinaria para una evaluación oftalmológica por la presencia de una masa blanquecina de crecimiento lento en el ojo derecho (OD). El proceso ha aparecido de forma gradual hace unos 6 meses y no responde al tratamiento tópico con antibióticos y corticoides. No hay evidencias de haber sufrido trauma alguno. (figura 1).

La exploración física y el estado general son buenos.

En el examen oftalmológico se aprecia ligero disconfort ocular en OD. La respuesta a la amenaza y los reflejos fotopupilares son normales en ambos ojos (OU). Los párpados están en los límites adecuados. El globo ocular posicionado correctamente en la órbita y con movimientos normales. El test de Schirmer es de 22 mm en OD y 24 mm en OS en un minuto. La presión intraocular (PIO) es de 21 mm de Hg en OD y 19 mm de Hg en OS. Hiperemia conjuntival leve en OD. El examen mediante biomicroscopía con lámpara de hendidura revela la presencia de una masa blanquecina lisa de unos 4 mm de diámetro haciendo prominencia sobre la superficie de la córnea a unos 2 mm del limbo esclerocorneal en la posición de las 9 horarias (figura 2). Hay vascularización corneal hacia la lesión en el OD y la tinción a la fluoresceína es negativa. Depósito de cristales lipídicos en estroma corneal superficial de ojo izquierdo (OS). Se observa opacidad fisiológica del cristalino por esclerosis senil bilateral. No se encuentran otras anomalías en cámara anterior, iris, cristalino o fondo ocular.



Figura 1.  
Paciente referido.



Figura 2. Masa blanquecina lisa de unos 4 mm de diámetro haciendo prominencia sobre la superficie de la córnea en un perro mestizo.

### CUESTIONES:

1. ¿Cuáles son sus diagnósticos diferenciales?
2. ¿Qué otras pruebas diagnósticas llevaría a cabo?
3. ¿Cuál es su diagnóstico final?
4. ¿Cuáles son los tratamientos posibles para este perro?

**Clinio Díaz Delgado**  
Diplomado en  
Oftalmología  
Veterinaria  
Miembro del ESVO y  
REOVVA.

CLÍNICA OCULAR  
VETERINARIA  
c/ Daoiz, 3.  
Las Huesas.  
35212. Telde.  
Gran Canaria.  
928 696 510

**1 - DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES**

Hay que considerar todas aquellas opciones que puedan relacionarse con alguna estructura haciendo relieve sobre la superficie corneal. El diferencial por tanto en un perro abarcaría: neoplasia corneal (normalmente con un mayor componente inflamatorio), absceso corneal (mayor molestia ocular, uveítis y no suele sobresalir), dermoide despigmentado (congénito y con presencia de pelos), queratopatía bullosa (importante edema corneal y discomfort), tejido de granulación (asociado a queratitis ulcerativa crónica) y prolapso de iris por perforación de córnea (discoria, uveítis, dolor) (figuras **3 a 8**).



Figura 3. Carcinoma de células escamosas en córnea de un Bulldog inglés.



Figura 4. Absceso corneal acompañado de inflamación ocular en un mestizo (Cortesía de D. Javier Esteban).



Figura 5. Quiste dermoide amelanótico en un cachorro de Bulldog francés.



Figura 6. Bulla corneal importante en un Bulldog inglés.



Figura 7. Tejido de granulación corneal secundario a un entropion superior en un Shar pei.



Figura 8. Perforación corneal con prolapso de iris y tapón de fibrina asociado a intensa uveítis en un Caniche.

## 2 - OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

La sospecha diagnóstica es que se trata de un Quiste de inclusión epitelial. Para confirmarlo se propone realizar una biopsia excisional de la córnea afectada. Tras el pertinente estudio prequirúrgico, el animal es sedado, inducido con propofol, intubado y mantenido con anestesia general con isoflurano. Una vez posicionado bajo el microscopio quirúrgico, la masa es extirpada mediante Queratectomía superficial comenzando cerca del limbo y extendiéndose hasta el estroma superficial de la córnea (figura 9). Debido a que el defecto quirúrgico no afecta a una profundidad importante de la córnea, llevar a cabo un injerto de cualquier tipo (corneal, conjuntival o de biomaterial) suele ser innecesario. La muestra es conservada en formalina al 10% y se envía para su análisis histopatológico.

## 3 - DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

El examen anatomopatológico revela una formación quística en el interior de la pared corneal constituida por un epitelio escamoso estratificado bien diferenciado y rellena de células descamadas en distintos grados de queratinización hasta la formación de láminas acidófilas sin núcleos. Los bordes del quiste muestran un ligero infiltrado linfoplasmocitario. El estroma corneal circundante contiene unos pocos vasos sanguíneos de pequeño tamaño. Estos hallazgos confirman el diagnóstico inicial: se trata de un **quiste de inclusión epitelial**.

Este tipo de patología en perros tiende a ser una masa única, redondeada y unilateral no asociada generalmente a otra anomalía ocular. Tanto en humanos como en caninos puede tener un origen congénito o traumático. La mayoría de los casos documentados en perros revelan que la causa en principio suele ser un pequeño trauma o accidente corneal normalmente imperceptible, y como consecuencia se "introducen" algunas células epiteliales en el estroma superficial que después, durante el propio proceso de reparación, quedan secuestradas, proliferan y con el tiempo y el acúmulo de células descamadas y secreciones, se forma el quiste. No se describe como causa un cuerpo extraño corneal. No se conoce predisposición racial a la formación de estos quistes epiteliales. Pueden variar en tamaño y en posición afectando en mayor o menor medida a la capacidad visual del animal.

## 4 - TRATAMIENTOS

En este caso, el mismo procedimiento diagnóstico cumple funciones terapéuticas. Tras la intervención quirúrgica, sólo se requiere tratamiento convencional para la úlcera corneal a base de colirios de antibiótico de amplio espectro, ciclopérgico y AINE (preferiblemente sistémico). Es trascendental una protección con collar isabelino. A los 10 días, la úlcera corneal ha cicatrizado correctamente, dejando sólo un tejido cicatricial discreto (figura 10).



Figura 9. Queratectomía superficial englobando al tejido enfermo.



Figura 10. Cicatriz corneal fluoresceína negativo a los 15 días de la cirugía.

### BIBLIOGRAFÍA

Reed JW, Dohlman CH. Corneal cysts: a report of 8 cases. Arch Ophthalmol 1971; 86:648-652.

Bedford PGC, Grierson I, McKechnie NM. - Corneal epithelial inclusion cyst in the dog. J Small Anim Pract 1990;31:64-68.

Riis, R.C. - Small Animal Ophthalmology Secrets. Ed. Hanley & Belfus; 1st ed. 2002.