



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Reporte de casos

Quiste dermoide orbitario. Reporte de un caso Orbital dermoid cyst. Case report

José Antonio García Usta, MD*, Francisco Javier Revollo Zúñiga, MD*,
Gustavo Adolfo Romero Caballero, MD**

* Médico Especialista en Otorrinolaringología. Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello,
Clínica Fundación Cardiovascular Instituto del Corazón Santa Marta.

** Médico Especialista en Otorrinolaringología y Cirugía Plástica Facial. Santa Marta.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: Noviembre 2 de 2012

Revisado: Noviembre 15 de 2012

Aceptado: Diciembre 7 de 2012

Palabras clave:

quiste dermoide, órbita, dermoide nasal.

Key words:

Dermoid cyst, orbit, nasal dermoid.

RESUMEN

Los quistes dermoides son lesiones benignas que se producen a partir de tejido ectodérmico ectópico que queda atrapado en la fusión de los procesos embrionarios, alrededor de la quinta semana de vida intrauterina. Su conformación histológica es definida por una pared revestida de epitelio, con un número variable de anexos cutáneos y una cavidad central que contiene queratina descamada, grasa y pelos. Constituyen la tumoración orbitaria no neoplásica más frecuente en la infancia; su crecimiento es lento, y a nivel orbitario se asocian a las suturas frontocigomática y frontoetmoidal. Se presenta un caso clínico que demuestra la historia natural de esta condición a nivel de la órbita izquierda, junto con los detalles de su diagnóstico y tratamiento.

ABSTRACT

Dermoid cysts are benign lesions that develop from ectopic ectoderm tissue that stay capture in the embryonic process around the fifth intrauterine week of life. Its histology is compound by a wall of epithelium with a variety of cutaneous annexes and a great central cavity that contains desquamated keratin, fat and hair. Dermoid cysts are the more frequently orbitary tumors in childhood. It growth slowly and its orbital locations are in the zygomaticofrontal suture and the frontoethmoidal suture. We present the natural behavior of a left orbital dermoid cyst, diagnosed and surgical treatment.

Correspondencia:

Francisco Javier Revollo Zúñiga

Calle 12 N° 18-122, bloque 1, apto. 404, Santa Marta, Colombia

franciscorevollo@hotmail.com

Introducción

Los quistes dermoides son lesiones no tumorales que se originan por el desplazamiento de la epidermis hacia una localización subcutánea, durante la vida embrionaria. Al ser atrapados restos de ectodermo en las suturas óseas, se crea un quiste con residuos dérmicos y epidérmicos, recubierto por un epitelio queratinizado que puede contener glándulas sebáceas, sudoríparas y folículos pilosos (1).

El cráneo es el sitio de localización más usual, en especial la órbita y las estructuras paraorbitarias, donde se originan el 50% de los casos de tumoración orbitaria no neoplásica más frecuente en la infancia; su crecimiento es lento y se asocian a las suturas frontocigomática y frontoetmoidal. El quiste epidermoide posee un epitelio estratificado sin anexos en su interior (folículos y glándulas), razón por la cual se diferencia del anterior (2).

A pesar de su origen embrionario, su diagnóstico es más tardío, debido a su lento crecimiento. Según el sitio de localización, se tornan sintomáticos por su efecto de masa, y frecuentemente generan proptosis, desplazamiento del globo ocular y diplopía.

El diagnóstico presuntivo es clínico, y la lesión siempre debe someterse a estudio por imágenes y a confirmación anatomopatológica (3).

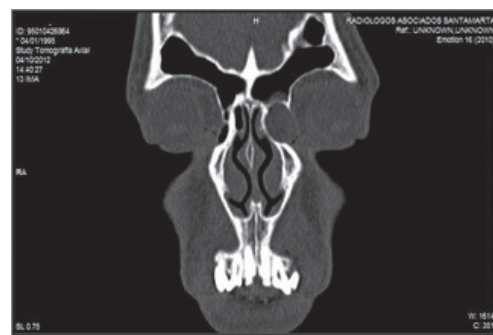
Toda masa de estas características invita a una adecuada evaluación imaginológica, especialmente en quistes de larga evolución, por la mayor probabilidad de compromiso profundo, extensión encefálica, sin olvidar las lesiones de la línea media. Se solicita tomografía (TC) con cortes a un milímetro y/o resonancia magnética nuclear (RM) cuando se sospecha extensión intracraneal. Por su crecimiento lento, los quistes dermoides producen remodelación ósea. En imágenes se observa una lesión quística unilocular, encapsulada, de bordes bien definidos, rodeada por un aro óseo denso. El contenido en los epidermoides es proteináceo, y puede verse similar al líquido cefalorraquídeo en TC y RM. Los dermoides son de contenido sebáceo (lípidos), no realzan con el contraste (aunque su pared puede realzar) y presentan calcificaciones (4).

El único tratamiento curativo de los quistes dermoides es la extracción quirúrgica completa. Las lesiones que no son tratadas oportunamente crecen de forma progresiva y, según su localización, pueden producir deformidades faciales, infecciones locales recurrentes y alteraciones visuales. La extensión intracraneal puede llevar a meningitis y absceso cerebral. El dermoide debe ser extirpado en su totalidad, ya que incluso una pequeña cantidad de epitelio residual puede ser origen de recidiva; por este motivo, la incisión y drenaje, la aspiración, el curetaje o la extirpación parcial son formas incompletas de tratamiento asociadas a una tasa de recidivas entre 50 y 100% (5, 6).

Caso clínico

Paciente masculino de 17 años de edad, natural, procedente y residente del municipio de El Retén, departamento

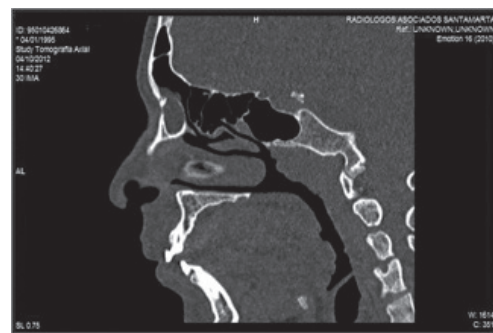
del Magdalena (Colombia), estudiante de bachillerato, que consulta a la Clínica Fundación Cardiovascular Instituto del Corazón Santa Marta por una sintomatología de siete años de evolución, caracterizada por una tumoración blanda a nivel paranasal izquierdo, con extensión al canto interno y región frontal, a la cual se le había realizado en otra institución, en el año 2005, un drenaje por un episodio de sobreinfección interpretado como dacriocistitis. Se examina cuidadosamente al paciente y se solicita tomografía de senos paranasales (fotografías 1, 2 y 3), que revela una masa encapsulada por una fina capa ósea que remodela la pared medial de la órbita, el piso del seno frontal y parte del etmoides anterior izquierdo. Después de un análisis minucioso, se propone exploración y resección quirúrgica por abordaje externo.



Fotografía 1. Tomografía de senos paranasales. Corte coronal que demuestra lesión y remodelación a nivel de pared medial orbitaria izquierda (flechas negras).

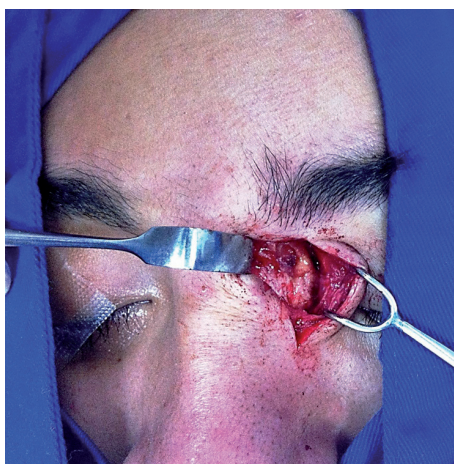


Fotografía 2. Tomografía de senos paranasales. Corte axial que señala lesión y remodelación a nivel etmoidal anterior izquierdo (flechas negras).



Fotografía 3. Tomografía de senos paranasales. Corte sagital que exhibe lesión y remodelación a nivel del piso frontal (flechas negras).

Se practica intervención quirúrgica el 27 de noviembre del año 2012, a través de una incisión en arco que comienza en la cabeza de la ceja y se extiende inferiormente entre el dorso y el canto interno; se identifican vasos angulares, los cuales se ligan; se eleva el periostio, se rechaza el contenido orbitario y se encuentra una lesión encapsulada de apariencia blanca, escamosa y friable, la cual se disecciona en forma metódica para su posterior extracción (fotografías 4 y 5). Se recoloca ligamento cantal medial, se reaproxima periostio y se cierra por planos. El paciente es dado de alta con orden de antibiótico, analgésico y control por consulta externa. El resultado de patología reporta una lesión quística tapizada por epitelio escamoso con capa muscular, glándulas sebáceas y queratina laminar concluyente con quiste dermoide.



Fotografía 4. Exposición intraquirúrgica (flechas negras).



Fotografía 5. Exposición quirúrgica posterior a resección.

Conclusiones

Destacamos la importancia de realizar un correcto examen clínico y un estudio radiológico a todos los pacientes con lesiones en esta región anatómica, y puntualizamos que en todos los quistes dermoides el único tratamiento efectivo es la extirpación quirúrgica temprana y completa de la masa.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

REFERENCIAS

1. Zapata and Kearns. Nasal dermoids. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 2006, 14: 406-411.
2. Post G, McMains KC, Kountakis SE. Adult nasal dermoid sinus cyst. *Am J Otolaryngol*, 2005; 26: 403-405.
3. Vaghela HM, Bradley PJ. Nasal dermoid sinus cyst in adults. *J Laryngol Otol*, 2004; 118: 955-962.
4. Wilches C, Henao L, Serrano L. Imágenes de tumores benignos y malignos de la órbita en la población pediátrica. *Rev Colomb Radiol*, 2009; 20 (3): 2719-27.
5. Barkovich AJ, Moore KR, Grant PE, Jones BV, Vezina G, Koch BL, et al. *Diagnostic imaging: Pediatric Neuroradiology*. 1a. Ed. Altona Manitoba: Friesens; 2007.
6. Rahbar R, Shah P, Mulliken JB, et al. The presentation and management of nasal dermoid: a 30-year experience. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2003; 129: 464-471.