

PRESENTACIONES DE CASO

Quiste dermoide en la cola de la ceja

Dermoid cyst in the eyebrow tail

MSc. Lázara Kenia Ramírez García,¹ Dra. Datia Liset Ortiz Ramos,¹ Dra. Clara Gisela Gómez Cabrera,¹ Dr. Lázaro Vigoa Aranguren,¹ MSc. Irene Rojas Rondón,¹ Dr. Franklyn Alain Abreu Perdomo^{II}

^I Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

^{II} Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El quiste dermoide es un tipo de coristoma que corresponde a una anomalía congénita del desarrollo. Se presenta una transicional de dos años. Desde su nacimiento, la mamá notó un aumento de volumen a nivel de la cola de la ceja del ojo derecho, de bordes delimitados, blanda, móvil, reborde orbitario libre, sin cambios de coloración, con un crecimiento acelerado clínico y ultrasonográfico en meses. Se decidió exéresis y biopsia para estudio anatomo-patológico. Los resultados finales mostraron confirmación del diagnóstico de quiste dermoide en la cola de la ceja. La evolución posoperatoria fue satisfactoria sin recidiva de la lesión.

Palabras clave: quistes dermoides, tumores orbitarios, coristomas.

ABSTRACT

The dermoid cyst is a type of choristoma resulting from congenital development anomaly. A 2-year transitional dermoid cyst from birth was discovered by the mother

when she noticed increased volume at the tail of the right eyebrow, defined edges, soft, movable, free orbital rim, no color changes with rapid clinical and ultrasonographic growth in months. It was decided to perform excision and biopsy for the pathological study. The final results showed confirmation of the diagnosis of dermoid cyst in tail of the eyebrow. The postoperative course was satisfactory without recurrent injure.

Key words: dermoid cysts, orbital tumors, choristoma.

INTRODUCCIÓN

Los tumores orbitarios en niños son poco frecuentes y el quiste dermoide es el más común.^{1,2} Los quistes dermoides se consideran una forma de teratoma quístico derivado del epitelio germinal embrionario. En ocasiones contienen estructuras de otras capas germinales.³ Son lesiones benignas que representan de 3 a 5 % de la patología congénita de la órbita,⁴ y pueden existir desde el nacimiento o aparecer años después. Alrededor del 60 % se desarrollan entre los 15 y 35 años de edad.³

La presentación más frecuente es el cuadrante superotemporal de la órbita, adyacente a la sutura frontocigomática, y la localización medial la segunda en frecuencia.⁵ Son masas ovales, indoloras, lisas, de crecimiento lento, llamados coristomas como resultado del crecimiento excesivo de un tejido histológicamente normal, que durante el desarrollo se desplaza a una región anatómica en la que normalmente no existe.⁴

Por su localización orbitaria el diagnóstico inicial es clínico. Las técnicas imagenológicas confirmarán la presencia de la tumoración y valoran localización y extensión.^{4,6-7} El tratamiento es quirúrgico y consiste en la exéresis completa de la lesión.¹

Se presentó una transicional de dos años de edad con diagnóstico de quiste dermoide en la cola de la ceja, donde se mostraron datos clínicos, complementarios, informe anatomo-patológico y tratamiento quirúrgico realizado.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 2 años de edad con antecedentes personales de salud, producto de parto eutóxico, a término. Los padres la trajeron a consulta del Servicio de Oculoplastia del Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer" porque notaron aumento de volumen en la ceja derecha desde el nacimiento. Fue evaluada a los 6 meses de nacida con conducta expectante y seguimiento. Hace aproximadamente un mes la lesión presentó un crecimiento acelerado, por lo que acudieron nuevamente para su valoración.

Los datos positivos al examen oftalmológico inicial mostraron en ojo derecho (OD) aumento de volumen a nivel de la cola de la ceja, de bordes delimitados, blando, que media aproximadamente 12 x 4,5 mm, móvil, reborde orbitario libre, no cambios de

coloración. El ultrasonido de órbita derecha informó la presencia de imagen ecolúcida de contornos bien diferenciados que medía 4,3 x 14,4 mm, en la porción superoexterna de la órbita, avascular, sin prolongación hacia la porción posterior de la órbita. Durante 17 meses tuvo seguimiento ultrasonográfico sin modificaciones.

Al examen oftalmológico preoperatorio se constató en OD aumento de volumen a nivel de la cola de la ceja, de bordes delimitados, blando, que medía aproximadamente 20 x 7 mm, móvil, reborde orbitario libre, no cambios de coloración ([Figs. 1y 2](#)).



Fig. 1. Quiste dermoide de la cola de la ceja. Preoperatorio.



Fig. 2. Quiste dermoide de la cola de la ceja. Preoperatorio. Vista lateral.

Se indicó hemograma completo, tiempo de sangramiento y coagulación sin alteraciones. El ultrasonido de órbita derecha mostró aumento de tamaño de la lesión;

medía 20,8 x 7,2 mm, ecolúcida, no adherida a planos profundos, avascular, y en la región anatómica antes descrita. La radiografía de cráneo simple no mostró alteraciones.

Se decidió la intervención quirúrgica bajo anestesia general con el objetivo de lograr la exéresis completa de la lesión para estudio anatomo-patológico, previo consentimiento informado de sus tutores.

Se realizó una incisión cutánea supralesional en la cola de la ceja derecha ([Fig. 3](#)). En el acto quirúrgico se detectó una lesión encapsulada, bien definida, la cual pudo ser extirpada fácilmente y enviada al Servicio de Anatomía Patológica ([Fig. 4](#)). Se realizó el cierre de la herida por planos con sutura de ácido poliglicólico 6-0 (reabsorbibles).



Fig. 3. Quiste dermoide de la cola de la ceja. Incisión supralesional.



Fig. 4. Aspecto macroscópico del quiste dermoide antes del procesamiento anatomo-patológico.

El informe anatopatológico reveló como diagnóstico definitivo quiste dermoide de la cola de la ceja (teratoma quístico benigno bien diferenciado) de contenido sebáceo denso, amarillento, integrado por piel, pelos, tejido fibroadiposo, tejido muscular estriado, numerosos vasos de neoformación con áreas muy extensas de tejido de glándula lagrimal que recubría algunas porciones de la cavidad quística por el notable volumen de la lesión. Se citó a las 24 horas, 7, 15 y 30 días, mensual hasta los seis meses y al año para su valoración en consulta, con una evolución satisfactoria sin recidiva del quiste ([Figs. 5y 6](#)).



Fig. 5. Quiste dermoide de la cola de la ceja. Posoperatorio al mes.



Fig. 6. Quiste dermoide de la cola de la ceja. Vista lateral. Posoperatorio al año.

DISCUSIÓN

Los quistes dermoides en la cola de la ceja varían en la edad de presentación, así como la clínica, entre proptosis, diplopía, restricción de los movimientos oculares o tumoración, y los posteriores no se manifiestan hasta la edad adulta.^{2,8} En este caso la paciente es una infante que solo presentó aumento de volumen localizado en dicha área sin alteraciones del globo ocular.

La clínica es muy importante, aunque siempre los exámenes complementarios por imagen y el estudio anatomo-patológico de la lesión son concluyentes para el diagnóstico definitivo, sobre todo si se tiene en cuenta que el tiempo de evolución de estos quistes es muy variable; a pesar de ser congénitos tienen un crecimiento lento, ausencia de inflamaciones y pueden pasar mucho tiempo sin manifestaciones clínicas evidentes.

Existen signos radiológicos fundamentales en los cuales se basa el diagnóstico, entre ellos los defectos marginales óseos que están en contacto con las paredes del quiste, la presencia de muescas y lesiones osteolíticas con bordes esclerosados, el aumento de la densidad y condensación a nivel del área de sutura, así como las alteraciones de la transparencia dentro de este.⁶

En este caso el ultrasonido mostró la imagen ecolúcida de bordes delimitados, que tuvo crecimiento en su diámetro, avascular, no adherida a planos profundos, por lo que coincide con la bibliografía revisada, que plantea que estos tumores presentan dichas características y se presentan con más frecuencia en el reborde orbital superolateral, entre el canto externo y la cola de la ceja. Suelen ser móviles y no presentan afectación ósea.⁹

El diagnóstico diferencial es muy amplio, por lo que siempre es necesario confirmarlo histológicamente. En esta paciente se constató la presencia de lesión encapsulada, con compromiso, dada su ubicación anatómica de la glándula lagrimal principal. El contenido fue de consistencia densa, amarillenta descrita por anatomía patológica, lo que nos permitió diferenciarlo de otros quistes como los epidermoides, los cuales, a pesar de ser encapsulados, son menos frecuentes en la órbita; su contenido es blanco perlado y no presenta anejos cutáneos.²

Lo diferenciamos además de un hematoma calcificante, el cual se caracteriza por antecedentes de traumatismos en el momento del parto o está localizado en el área, de consistencia pétreas, no móvil, de contenido serohemático y el diagnóstico ultrasonográfico nos revela un grado marcado de vascularización. En este caso no se recogen antecedentes traumáticos; la consistencia de la lesión es blanda y de tipo avascular según el ultrasonido.^{5,7}

Es muy importante diferenciarlo de un tumor de la glándula lagrimal, que requiere exámenes adicionales como tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear para ayudar al diagnóstico clínico. Cursa con alteraciones en la porción secretora de la glándula lagrimal con síntomas clínicos propios de esta afección. Además, en casos más avanzados encontramos compromiso de reborde orbital y lesiones más extensas con gran compromiso óseo.¹⁰

Otra entidad para descartar es el pilomatrixoma, ya que este se presenta como un tumor lobulado irregular de tamaño variable, subcutáneo, de consistencia generalmente pétreas, de formas variadas, asintomático, a veces ligeramente doloroso, de crecimiento lento, cubierto por piel normal o atrófica, a veces con un tinte rojo

violáceo, blanquecino o azulado; presenta un detalle diagnóstico significativo porque forma cuerpo con la epidermis, lo que hace imposible que la piel se deslice sobre este, signo de la «tienda» positivo.¹¹

La incisión cutánea supralesional fue la realizada en el caso descrito. Se delimitó con marcador quirúrgico y regla milimetrada; coincide con otros autores que la describen directamente sobre la masa, por encima, debajo o a través de la ceja. En caso de quistes intraóseos y posteriores, el abordaje se realiza mediante una orbitotomía lateral o abordaje neuroquirúrgico debido al grado de infiltración del lecho óseo.^{1,5,12}

El tratamiento definitivo consiste en la extirpación quirúrgica completa. En caso contrario, podría conducir a una recidiva, que justifica en estos pacientes un seguimiento prolongado con estudio radiológico sistemático. Si la cápsula se rompe y se vierte su contenido a los tejidos vecinos, estos deben ser irrigados copiosamente con solución salina para evitar que los restos de la pared del quiste mantengan la producción de queratina y provoquen una severa respuesta inflamatoria granulomatosa.^{4,5,9}

Se concluye que el quiste dermoide es un tipo de coristoma, que se corresponde con una anomalía congénita del desarrollo. Los resultados muestran confirmación del diagnóstico de quiste dermoide en la cola de la ceja. La evolución posoperatoria al año es satisfactoria sin recidiva de la lesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Correa Pérez ME, Sánchez-Tocino H, Blanco Mateos G. Quiste dermoide en la infancia bajo el diagnóstico de ptosis. Arch Soc Esp Oftalmol. 2010;85(6):215-7.
2. Yeola M, Joharapurkar SR, Bhole AM, Chawla M, Chopra S, Paliwal A. Orbital floor dermoid: An unusual presentation. Indian J Ophtahlmol. 2009;57(1):51-2.
3. Albornoz C, Cabrera Yanelys, Machado Aramis, Siré Alexis. Quiste dermoide bilateral en cola de ceja. Presentación de una paciente. Archivo Médico de Camagüey. 2003[citado 8 enero 2012]; 7(5): [aprox 5 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2003/v7supl1/765.htm>
4. Pollina JE. Diagnóstico visual en patología quirúrgica infantil. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11(17):350.
5. Liesegang TJ, Skuta GL, Cantor LB. Curso de ciencias básicas y clínicas: órbita, párpados y aparato lagrimal. Madrid: Elsevier; 2008.
6. Viswanathan S, George S, Ramadwar M, Shet T, Arora B, Laskar S, et al. Extraconal orbital tumors in children-a spectrum. Virchows Arch. 2009;454(6):703-13.
7. Chung EM, Murphey MD, Specht CS, Cube R, Smirniotopoulos JG. From the archives of the AFIP. Pediatric orbit tumors and tumor like lesions: osseous lesions of the orbit. Radiographics. 2008;28(4):1193-214.

8. Cirión G, Herrera M. Anatomía Patológica: temas para la citohistopatología. La Habana: Ecimed; 2010.
9. Singh AD. Oncología clínica oftálmica. Barcelona: Elsevier; 2009.
10. Wilches C, Henao L, Serrano LM. Imágenes de tumores benignos y malignos de la órbita en la población pediátrica. Rev Colomb Radiol. 2009;20(3):2719-27.
11. Avci G, Akan M, Akoz T. Simultaneous multiple pilomatrixomas. Pediatr Dermatol. 2006;23(2):157-62.
12. American Academy of Ophthalmology. Ophthalmic pathology and intraocular tumors (basic and clinical science course; 4). Parte I. Cap 14. EE.UU.: Am Acad Ophthalmol. 2009. p. 219-36.

Recibido: 19 de junio de 2012.

Aprobado: 8 de septiembre de 2013.

Dra. *Lázara Kenia Ramírez García*. Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". Ave. 76 No. 3104 entre 31 y 41 Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico: kramirez@infomed.sld.cu