

SECCIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Quiste dermoide orbitario roto. Hallazgos ecográficos

María Catalina Ferreira-Salazar, Mónica Rodríguez-Vargas, Cecilio Francisco Velasco-Barona, Abelardo A Rodríguez-Reyes

RESUMEN

El objetivo de esta presentación es describir los principales hallazgos ultrasonográficos del quiste dermoide orbitario roto.

Se presenta el caso de un paciente adulto con una masa orbitaria anterior que se diagnosticó como un quiste dermoide roto. Se discuten los hallazgos histológicos y ecográficos de esta patología y se hace una revisión bibliográfica.

Palabras clave: Tumor orbitario, quiste dermoide roto, ecografía, patología, modo A, modo B.

SUMMARY

Our purpose with this article is to describe the principal echographic findings of a ruptured orbital dermoid cyst.

This is an adult patient with an anterior orbital tumour which diagnosis was a ruptured dermoid cyst. We discuss the ultrasonographic and histopathologic findings and review the literature of this pathology.

Key words: Orbital tumour, ruptured dermoid cyst, echography, pathology, A scan, B scan.

INTRODUCCIÓN

Los dermoides son las lesiones quísticas más comunes que ocurren en la región orbitaria y periorbitaria, además de ser las lesiones más comunes en la edad pediátrica. Corresponden a 37.4% de las lesiones orbitarias en niños entre 0 a 10 años de edad (1, 2).

Estas lesiones pueden volverse clínicamente aparentes durante la niñez o la edad adulta temprana siendo una patología latente desde el nacimiento. Sin embargo, en adultos es una patología rara con una frecuencia de 2.19% de todas las lesiones orbitarias (1).

Son coristomas, lesiones congénitas localizadas fuera del sitio anatómico normal, ya sea en tejido blando o en las suturas de los huesos orbitarios. Su localización en la órbita es más frecuente anterior, en los cuadrantes superotemporal y superonasal, asociados a las suturas frontocigomática y frontoetmoidal.

Estas lesiones son usualmente redondas, de paredes bien definidas y contienen apéndices cutáneos incluyendo folículos pilosos, glándulas sudoríparas y sebáceas (2). Pue-

den volverse sintomáticos por efecto de masa dependiendo de la localización, generando frecuentemente proptosis, desplazamiento del globo ocular y diplopía (3). Rara vez se encuentran desviaciones oculares secundarias a reacción inflamatoria por ruptura temprana con compromiso de los músculos extraoculares (4). Existen casos reportados de sinusitis frontal por compromiso de la sutura frontocigomática (5).

Cerca de 25% de los quistes se rompen traumática y/o espontáneamente, lo cual genera una gran reacción inflamatoria aguda al punto de confundirla con una celulitis orbitaria, dacrioadenitis, granuloma eosinofílico, rabdomiosarcoma o linfangioma.

La evaluación radiológica puede ser útil al diagnóstico por revelar el tumor quístico. Histológicamente puede mostrar reacción granulomatosa a cuerpo extraño por la queratina liberada por el quiste, además de reacción inflamatoria crónica incluyendo depósitos de colesterol que lo rodean (2). Los quistes dermoides no tienen, por lo general, degeneración maligna (1).

En la tomografía computarizada se aprecia una lesión quística, extraconal, cuya pared es densa, delimitada y se encuentra en cercana relación con el hueso. Se producen cambios como moldeamiento (85%), en menor frecuencia se ven erosión y esclerosis que deben ser diferenciadas de

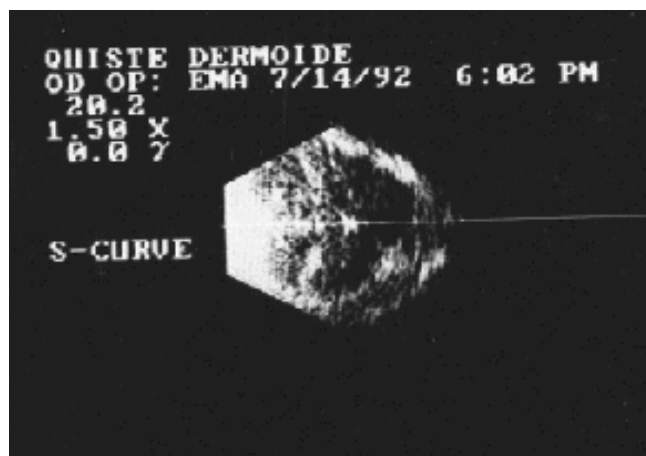


Fig. 1. Imagen bidimensional de quiste dermoide. Lesión ovalada de bordes bien definidos, heterogénea.

malignidad. El interior de esta lesión es generalmente homogéneo pero puede ser heterogéneo por la presencia de zonas de calcificación y nivel líquido en su interior (1, 3, 6).

Ecográficamente se describen como lesiones ovaladas, de bordes bien definidos, usualmente causando moldeamiento óseo, poco compresibles, de densidad variable y en algunos casos es posible observar nivel líquido en su interior.

Al modo A son lesiones con reflectividad variable frecuentemente media alta y estructura interna irregular. Dan imagen de doble pico en el extremo posterior de la lesión debido a la espiga de la pared del quiste y de la periórbita. La atenuación del sonido es variable y no presentan signos de vascularidad interna (7, 8) (figs. 1, 2).

El tratamiento consiste en observación y sólo se realiza resección quirúrgica en caso de haber sintomatología (2, 3).



Fig. 2. Modo A estandarizado con imagen característica de quiste dermoide mostrando una reflectividad media baja, irregular, mediana atenuación del sonido y doble pico posterior.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de 30 años que presenta ptosis del párpado superior derecho de cuatro años de evolución. Dos meses previos a la consulta refiere aparición de masa palpebral superior derecha que ha crecido progresivamente, fistulizada a través del surco palpebral superior con secreción de material purulento. No tenía antecedentes quirúrgicos o traumáticos.

Al examen externo, como se observa en la figura 3, presenta tumoración en región superotemporal de la órbita derecha de consistencia blanda, no móvil, adherida a planos profundos, no pulsátil. Hay eritema palpebral superior derecho con retracción cutánea y fístula a nivel del tercio externo por donde drena material purulento. Se observa un desplazamiento nasal e inferior del globo ocular derecho. El globo y los movimientos oculares son normales.



Fig. 3. Foto clínica con evidencia de masa en región superotemporal derecha y desplazamiento nasal e inferior del globo ocular.

Una ecografía convencional evidencia, en modo B, una masa de aspecto sólido de forma irregular, de bordes definidos, multilobulada, localizada en la región superotemporal abarcando hasta el área nasal. La masa mide 13 mm de profundidad, por 16.4 mm en sentido transversal, por 17.4 mm de altura. En su interior es heterogénea e hiperdensa, desplaza el músculo recto superior sin comprometerlo y produce moldeamiento y erosión de la pared orbitaria superotemporal (fig. 4).

Al estudio A estandarizado muestra una reflectividad media con estructura interna irregular, con mediana atenuación del sonido y sin signos de vascularidad interna. El borde anterior se aprecia bien definido y el posterior no presenta el doble pico característico de las lesiones quísticas (fig. 5).

La tomografía con y sin contraste muestra una lesión hipodensa ovalada en la región superoexterna orbitaria y se refuerza con la administración del medio de contraste. Produce un desplazamiento del globo ocular medial e inferior y moldea la pared lateral de la órbita (fig. 6).

Se realiza resección-biopsia de la masa y fistulectomía. El estudio histopatológico muestra, en algunas áreas, infla-



Fig. 4. Modo B con masa multilobulada heterogénea e hiperdensa, con evidencia de erosión ósea.

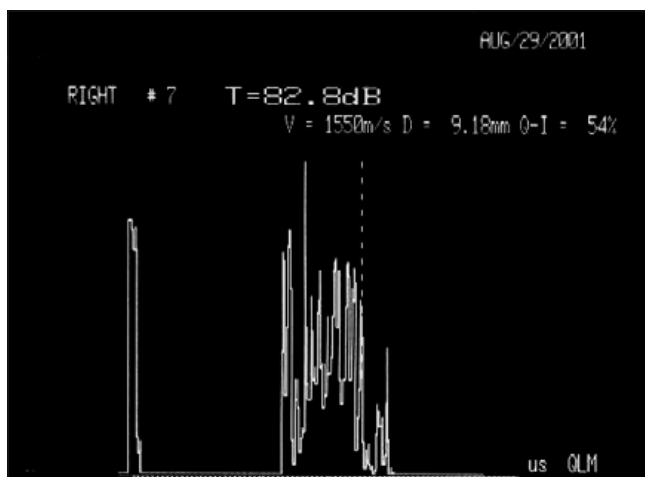


Fig. 5. Modo A con reflectividad media irregular y mediana atenuación del sonido.



Fig. 6. TAC mostrando lesión ovalada, hipodensa, localizada en región supero externa.

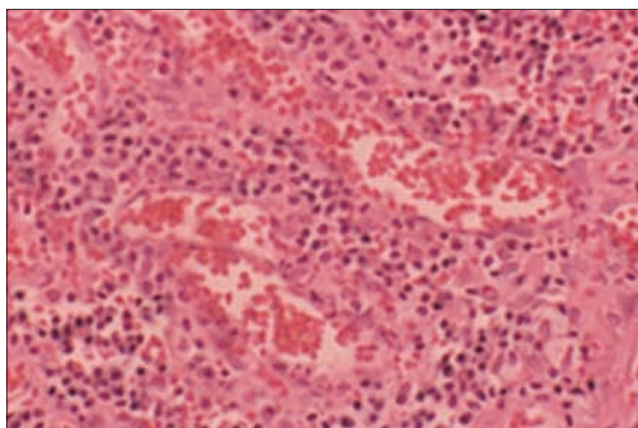


Fig. 7. Fotomicrografía que muestra tejido de granulación (H-E, X40).

mación granulomatosa constituida por células epitelioides y células gigantes multinucleadas de tipo reacción a cuerpo extraño, y en otras, la presencia de numerosos vasos sanguíneos de pequeño calibre e infiltrado inflamatorio a manera de tejido de granulación (fig. 7).

DISCUSIÓN

El quiste dermoide es una patología congénita característica de la edad pediátrica. En adultos corresponde a 2% de las lesiones orbitarias. Sin embargo, en algunas ocasiones, como en el caso presentado, puede existir progresión de la enfermedad haciéndose sintomática en la edad adulta. Por esto esta entidad debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial de masa orbitaria en pacientes mayores.

Alrededor de un cuarto de estas lesiones presenta ruptura que el paciente puede no asociar a un trauma, por ser este un evento menor (2). Al producirse ruptura de la lesión se alteran las características clínicas, patológicas y ecográficas. Esto se debe al gran proceso inflamatorio generado por el contenido irritante del quiste que se libera a la cavidad orbitaria.

Clínicamente la inflamación puede ser tan severa que simula un proceso inflamatorio o infeccioso agudo. En histopatología lo anterior se traduce en un proceso inflamatorio crónico tipo granulomatoso o reacción a cuerpo extraño que produce aumento de la celularidad interna de la lesión y provoca sustitución del epitelio de revestimiento. Esto se ve reflejado en la ecografía donde la lesión se observa en el modo B como una masa sólida de bordes definidos no encapsulada, heterogénea, no compresible. En esta paciente había moldeamiento y erosión de la pared ósea lo cual hacía indispensable descartar patología maligna. Sin embargo, debe recordarse que, por ser una patología de lento crecimiento, puede producir alteración ósea.

Al producirse aumento de la celularidad de la lesión por la ruptura se observa, en el Modo A estandarizado, aumento de la reflectividad y de la irregularidad de la estructura interna. La pared quística no se va a poder definir

ecográficamente y la característica de la imagen bien delimitada con un doble pico en la pared posterior se pierde.

En conclusión, es una patología a tener en cuenta en adultos jóvenes con masa orbitaria anterior y superior. El quiste dermoide roto se presenta como una lesión inflamatoria tanto clínica como histológicamente.

En la imagen ecográfica bidimensional se observa como una masa sólida, de bordes bien definidos, no compresible y heterogénea en su interior. Se puede ver moldeamiento pero, en caso de ver erosión ósea, se deben descartar patologías malignas.

En el Modo A estandarizado aparece como una lesión de bordes bien definidos, sin imagen quística de estructura interna irregular, de alta reflectividad, con una moderada atenuación del sonido y sin vascularidad.

A pesar de ser una lesión de bordes bien definidos no se observa el doble pico de la pared posterior visto en las lesiones quísticas.

Aunque la ruptura de los quistes dermoides orbitarios se presenta con mucha frecuencia, no conocemos casos reportados de sus características ecográficas.

REFERENCIAS

1. Spencer WH: Orbit. En: Spencer WH: Ophthalmic Pathology CD ROM version. Capítulo 12. San Francisco: WB Saunders Company; 1992–1994.
2. Albert DM, Jakobiec FA: Orbit. En: Principles and Practice of Ophthalmology. CD ROM version. Capítulo 168. San Francisco: WB Saunders Company; 1995.
3. Shields JA, Kaden IH, Eagle RC, Shields CL: Orbital dermoid cysts: Clinicopathologic correlations, classification, and management. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*, 1997; 13(4):265–276.
4. Coevet HM, van Minderhout HM, Mooy CM, Simonsz HJ: Perinatally ruptured dermoid cyst presenting as congenital oculomotor palsy. *Strabismus*, 2000; 8(1):15–20.
5. Honig JF: A de novo discharging sinus of the fronto-orbital suture: A rare presentation of a dermoid cyst. *J Craniofac Surg*, 1998; 9(6):536–538.
6. Chawda SJ, Moseley IF: Computer tomography of orbital dermoids: A 20-year review. *Clin Radiol*, 1999; 54(12) 821–825.
7. Byrne SF, Green RL: Orbital tumors. En: *Ultrasound of the eye and orbit*. San Louis: Mosby; 1992. p. 315.
8. Byrne SF, Hughes JR: Orbital dermoid cysts. En: Ossoinig KC (ed.): *Ophthalmic echography*. Netherlands, Martinus Nijhoff/Dr W. Junk publishers, 1987. p. 465–477.

Cita histórica:

Hace 100 años, Claud Worth desarrolla la teoría fusional del estrabismo al estudiar, mediante el haploscopio, la percepción simultánea, la fusión y la estereopsis. [Worth C. *Squint: Its causes, Pathology and Treatment*. Philadelphia, Blakiston, 1903.]