



DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE QUISTE DERMOIDE. (REPORTE DE UN CASO)



Dra. Laura Nayetzi Cabrera Trejo*, Dra. Natalia Peraza, Dr. Adelaido López Chavira***.**
Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Central Militar, México.

Resumen

La incidencia de las malformaciones congénitas de la línea media son de 2 a 5 casos por cada 10000 habitantes de los cuales la mas frecuente son los quistes dermoides en un 61%; estos son malformaciones de origen ectodérmico y mesodérmico, en este trabajo se presenta el caso de una paciente femenina escolar la cual presenta una tumoración en la línea media congénita a la cual se le agrego un proceso infeccioso el cual se resolvió (antibioticoterapia), posterior a la resolución del caso se realizo la resección del mismo, actualmente evolucionando de manera favorable, el objetivo de este cartel es la presentacion del caso asi como reconocer sus principarles diagnosticos diferenciales .

Introducción.

Los quistes dermoides, gliomas y encefaloceles son lesiones congénitas infrecuente, la incidencia es de 2 a 5 casos por cada 10000 habitantes, estas malformaciones que resultan de un desarrollo embriológico aberrante, pueden tener una extensión intracraneal como consecuencia de un cierre anormal del tubo neuronal anterior. Las lesiones congénitas de la línea media son mas comunes en la nariz, aunque estas anomalías también pueden encontrarse en el paladar blando, la nasofaringe y senos paranasale. Los quistes dermoides son malformaciones de origen ectodérmico y mesodérmico, por lo regular se diagnostican durante los primeros tres años de vida. Los quistes dermoides nasales ocurren en cualquier sitio a lo largo de la nariz desde la glabella hasta la punta nasal o la columela, el sitio mas habitual es el tercio inferior del pueden nasal, son tumoraciones firmes de crecimiento lento que no translucinan o comprimen, no se expanden con el llanto, pueden ocasionar ampliación del dorso nasal y deformación de los huesos y los cartílagos nasales, el vello que protuye a partir del sitio de la lesión es patognomónico, pueden tener una conexión intracraneal en hasta 20 a 45%. Los principales diagnosticos diferenciales son los encefaloceles ocurren como resultado de la herniación de las meninges con o sin tejido cerebral a través de una malformación congénita en la base de cráneo, los gliomas tienen un origen similar aunque han perdido su conexión meníngea intracraneal después del cierre de la fontanela anterior, estas tumoraciones por lo general están presentes al nacimiento como tumoraciones nasales, los encefaloceles con masa compresibles blandas que traslucinan y cuya aparición puede confundirse con pólipos nasales, pueden aparecer con rinorrea de liquido cefalorraquideo o meningitis; los gliomas nasales son tumoraciones firmes, no compresibles, no aumentan con el llanto, a veces pueden presentar telangiectasias por tanto pueden confundirse con hemangiomas nasales. Las tumoraciones congénitas de línea media requieren un diagnóstico temprano para evitar complicaciones infecciosas locales e intracraneales por tanto, la reparación quirúrgica temprana es fundamental.

Presentación del caso

Antecedentes: Paciente femenina 3 años de edad originaria del Distrito Federal radicando en el mismo, escolar, cuadro de vacunación completo, niega alergias, cuenta con todos los servicios; sin antecedentes patológicos.

Padecimiento: Refiere la madre tumoración desde el nacimiento, que hace 2 semanas posterior a probable contusión directa en dorso nasal inicia con edema de dorso nasal y aparente salida de secreción purulenta. Inicio tratamiento medico con Amoxicilina con Acido Clavulanico, sin mejoría, y desde hace 48 horas presenta aumento de edema, por lo que acude a valoración medica.

A la exploración otoscopia bilateral con conductos auditivos externos permeables, membrana timpánica integra con reflejo luminoso, se observa tumoración en línea media a nivel de dorso nasal de 2 cm x 1cm aproximadamente con edema y eritema dolorosa a la palpación, la cual no aumenta de volumen con esfuerzo., se realiza rinoscopia anterior con septum central, cornetes en ciclo sin presencia de secreción purulenta, cavidad oral dientes en regulares condiciones, faringe euremica eutrófica, cuello simétrico sin masas palpables.

Protocolo de manejo quirúrgico.



I. Se observa masa en dorso nasal.

II. Tomografía de la tumoración en dorso nasal.

III. Preparación preoperatoria de la paciente.



Discusión.

Es importante considerar el diagnóstico de un quiste dermoide frente a todo niño con un nódulo subcutáneo y/o un orificio cutáneo fistuloso en el dorso nasal, aunque pueden localizarse en cualquier punto de la línea media entre la glabella y la base de la columela. Todo paciente con sospecha de un dermoide requiere de una adecuada evaluación imagenológica especialmente en quistes de larga evolución por la mayor probabilidad de compromiso óseo profundo y de extensión meningoencefálica. Además de confirmar el diagnóstico, éstas permiten determinar el grado de compromiso de estructuras vecinas, descartar la presencia de malformaciones asociadas, presentes hasta en 19% de los casos y establecer una potencial extensión intracraneal². El único tratamiento curativo de los quistes dermoides nasales es la extirpación quirúrgica. Las lesiones que no son tratadas oportunamente crecen progresivamente, pudiendo causar deformidades nasales, infecciones locales recurrentes y obstrucción de la vía aérea nasal. La extensión intracraneal puede causar meningitis y absceso cerebral. El dermoide debe ser extirpado completamente, 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 de entre.

Conclusiones.

En conclusión los quistes dermoides nasales son una patología poco frecuente, que no debe ser subestimada, requiriendo conocimientos de embriogénesis de las estructuras faciales y su estrecha relación con el SNC. Además es necesario en todos los casos de una adecuada evaluación de imagen preoperatoria. Las características anatómicas singulares exigen un manejo quirúrgico específico en cada caso y la participación de un equipo multidisciplinario, sugiriéndose la colaboración de un neuroradiólogo y/o neurocirujano, ante la posibilidad de fistulas al SNC. A pesar de la evaluación de imagen completa, existe la posibilidad de falsos negativos para extensión intracraneal, por lo que el cirujano debe estar preparado para reparar una fístula o comunicación al SNC, que se descubra intraoperatoriamente. Ante la confirmación preoperatoria de una extensión intracraneal, es importante la planificación de un abordaje combinado con un neurocirujano. Finalmente como en todos los quistes dermoides, el único tratamiento efectivo es la extirpación quirúrgica precoz y completa de la lesión, cuyos objetivos son evitar las infecciones recurrentes o remanentes epiteliales.

Bibliografía:

- Quistes dermoides nasoetmoidales manejo quirúrgico Carlos Giugliano V¹, Paulo Castillo. 2002
- Congenital lesions of the naso-frontal midline . A.J. Fernandez, A.J. Burgos , Sanchez.A.J.
- Median Nasal Dermoid Fistula R. A. C. Graham-Brown M.R.C.P. and D. Shuttleworth M.R.C.P. 31 MAY 2007
- Imaging and surgical approach of nasal dermoids David C. Bloom, Daniela S. Carvalho, Christopher Dory , Douglas F.

*Dra. Laura Nayetzi Cabrera Trejo Residente de 1/0 Año de la Especialidad y Residencia en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, E.M.G.S.- Hospital Central Militar.

** Dra. Natalia Peraza, adscrita al Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, del área de pediatría. Hospital Central Militar.

***Dr. Adelaido López Chavira, Jefe del Curso de Especialidad y Residencia en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, E.M.G.S.-Hospital Central Militar.