

SECCION DE OBSERVACIONES CLINICAS

TUMOR DERMOIDE Y DERMOLIPOMA

Dr. Ramón L. Damiano Franco

Médico Ayudante Servicio de Oftalmología Hospital Dr. Salvador B. Gautier
y Profesor Residencial de Postgrado en Oftalmología

INTRODUCCION

El dermoide a que nos vamos a referir es aquel que está ubicado en el limbo esclero-corneal (foto No. 1) flecha blanca), el cual generalmente es bien circunscrito, firme y solitario. Ocasionalmente podemos encontrar más de uno. La mayoría están localizados inferotemporalmente, pero pueden aparecer en cualquier lugar.

La mayoría son superficiales y afectan la mitad externa del estroma esclero-corneal. Pueden variar en tamaño, configuración y color desde 2-3 mm. hasta 12-5 mm. Las lesiones grandes pueden estar asociadas a un alto grado de astigmatismo corneal.

El epitelio corneal adyacente al margen del dermoide puede contener una línea férrica y una capa lipídica puede estar depositada adyacente al estroma superficial en una configuración arqueada.

Están cubiertos por epitelio escamoso estratificado, que algunas veces tiene una capa granulosa y produce queratina pero usualmente es delgada y no queratinizada. El

estroma está compuesto de tejido colágeno denso con folículos pilosos y glándulas sebáceas y sudoríparas.

El dermolipoma (foto No. 1 flecha negra) es un tumor fusiforme, blando, amarillento, generalmente localizado en el aspecto temporal de la conjuntiva cerca del canto lateral.



Foto No. 1



Foto No. 2

Pueden ser lobulados y generalmente se extienden superiormente y posterior entre los músculos rectos lateral y superior; pueden también extenderse hacia la órbita (por lo que es necesario a veces hacer ecografía o tomografía) o anteriormente hacia la córnea. La superficie epitelial es delgada y lisa, aunque en ocasiones es irregularmente gruesa. Histológicamente el epitelio es escamoso, estratificado, y puede ser parcialmente queratinizado. Hay una desproporcionada cantidad de tejido adiposo particularmente en los aspectos más profundos de la lesión.

CASO

Paciente femenina de 17 años quien nos es referida por las tumoraciones en el ojo en un síndrome de Goldenhar. La agudeza visual es de 20/20 en cada ojo. Todo en esta paciente en cuanto a ojos se refiere fue normal, a excepción de las tumoraciones que presentaba.

El dermoide era poco elevado con algunos pelos y un diámetro aproximado de 5 mm.

El dermolipoma tenía una altura de aproximadamente 8–9 mm. y su extensión posterior no se midió, ya que no se

intervino quirúrgicamente. El diagnóstico fue de tumor dermoide y dermolipoma en el ojo izquierdo en un síndrome de Goldenhar. El tratamiento fue ninguno.

DISCUSION

Lo que tenemos que aprender de este caso es que la aparición de tumor dermoide en el Goldenhar es de un 75% de los casos y del dermolipoma es de un 50%. Lo raro es que aparezcan en un mismo ojo.

Hemos tenido 2 casos así; han sido mujeres mulatas y el ojo izquierdo. Una de ellas no tenía el Goldenhar. No hay estadísticas al respecto a pesar de haber consultado personalmente patólogos oculares de la talla del Dr. Ramón Font, Dr. Don Nicholson y Dr. Charles Lee.

Tenemos que hacer énfasis en que los dermoides en el ojo en casi 100% son sólidos, por lo que se les llama tumores y no quistes y que no producen molestias algunas al paciente, por lo que no deben operarse al menos que por razones de estética quieran extirparse.

El dermolipoma es duro en la superficie central, por lo que hay que extirpar esa porción epitelial primero.

CONCLUSIONES

Hemos presentado un caso de tumor dermoide y dermolipoma en un mismo ojo. Recordar que los dermoides en el ojo son sólidos y que no necesariamente deben ser extirpados.

Antes de extirpar el dermolipoma hay que evaluar su extensión a la órbita (tomográficamente).

BIBLIOGRAFIA

Clinical Ophthalmology: Thomas Duane 1987.

Ophthalmic Pathology an Atlas and Textbook. William Spencer 1985.

Ophthalmology (Principles and Concepts). Frank Newell, 1978.