

QUISTE NASOLABIAL DE MÁS DE 20 AÑOS DE EVOLUCIÓN

Rodolfo Belmonte Caro

Miembro del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Olvido Martín - Sánchez

Odontóloga. Alumna del Máster de Cirugía Bucal. Colaboradora clínica de Cirugía Bucal. Universidad de Sevilla.

Rosa Jiménez Villagran

Odontóloga. Alumna del Máster de Cirugía Bucal. Colaboradora clínica de Cirugía Bucal. Universidad de Sevilla.

Dolores Conde Fernández

Profesor Asociado de Cirugía Bucal. Universidad de Sevilla.

Eugenia Asian González

Profesor Asociado de Cirugía Bucal. Universidad de Sevilla.

Quiste Nasolabial de más de 20 años de Evolución
Belmonte R, Martín-Sánchez O, Jiménez R, Conde D, Asian E.
Revista SECIB On Line 2009; 1: 10 – 16

RESUMEN:

Los quistes nasolabiales son lesiones muy poco frecuentes, de crecimiento muy lento, y prácticamente asintomáticas. Producen una afectación de tejidos blandos exclusivamente a excepción de los quistes de muy larga evolución que en su crecimiento pueden afectar la cortical externa del maxilar superior. Presentamos un caso unilateral de más de 20 años de evolución. La paciente sólo nos refirió una leve insuficiencia respiratoria nasal en los últimos años y la presencia de una tumoración blanda, algo fluctuante y de crecimiento muy lento. Tras realizar un diagnóstico de presunción radiológico se procedió a su extirpación total. No ha habido recurrencia de la lesión durante los 6 meses de seguimiento.

PALABRAS CLAVE:

Quiste nasolabial, Quistes del desarrollo no-odontogénicos

QUISTE NASOLABIAL DE MÁS DE 20 AÑOS DE EVOLUCIÓN

INTRODUCCIÓN

Los quistes nasolabiales, clásicamente englobados dentro de los quistes del desarrollo no-odontogénicos, son muy poco comunes. Representan el 0,7% de los quistes maxilares y sólo se han publicado unos 250 casos en la literatura.¹⁻³ Presentamos un caso de quiste nasolabial unilateral de más de 20 años de evolución.

CASO CLÍNICO

El motivo de consulta de nuestra paciente fue la presencia de una leve insuficiencia respiratoria nasal en los últimos años y la presencia de una tumoración blanda, algo fluctuante y de crecimiento muy lento. Se trataba de una mujer de 60 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés. La paciente negó cualquier alteración motora o sensitiva, así como cualquier historia de trauma local,

alergia, o uso de medicación. La lesión era indolora y sin historia de sangrado o de supuración intranasal o intraoral. En el análisis facial extraoral se observaba la elevación del ala nasal, el borramiento del surco naso-geniano y del pliegue nasolabial, y el abombamiento del vestíbulo nasal con obstrucción parcial de la narina (Figura 1). En la exploración intraoral se evidenciaba la tumoración en el vestíbulo superior izquierdo, desplazando el surco gíngivo-labial. Los dientes adyacentes eran vitales, y la exploración neurológica y de pares craneales fue normal. Se realizaron las siguientes pruebas de imagen complementarias: Radiografía antero-posterior de cara, ortopantomografía y resonancia magnética nuclear (Figura 2). En ellas se encontró una lesión quística bien delimitada, que ocupaba una porción grande del espacio nasal izquierdo. También se vislumbró que había causado alteraciones óseas con deformidad a nivel de la apertura piriforme y desviación del septum nasal debido a su larga evolución. No fueron vistos cambios alveolares. La confirmación diagnóstica de sospecha se efectuó mediante el análisis histopatológico de la pieza.

Como modalidad terapéutica se optó por la extirpación total. Se realizó un abordaje sublabial exponiendo la pared quística mediante disección aguda y roma (Figura 3). Entre la pared quística y la mucosa nasal hubo un plano de clivaje casi en toda su extensión, salvo en una pequeña zona en que la mucosa nasal estaba firmemente adherida y requirió su escisión parcial y sutura posterior de la mucosa nasal. No se dejó drenaje. La lesión midió 2'8 x 1,8 mm de diámetro. No ha habido recurrencia de la lesión durante los 6 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

Los Quistes Nasolabiales, según Bhaskar, suponen alrededor de un 2'5 % de Quistes del Desarrollo No-Odontogénicos. Se localizan en la base de las narinas.¹

En su denominación existen multitud de sinonimias: quiste nasoalveolar, quiste de Klestadt, quiste mucoso de la nariz, quiste del suelo nasal, quiste naso-extraalveolar...¹

Su distribución por edad es amplia, con un pico de frecuencia en las décadas 4ª y 5ª de la vida. Hay una considerable predominancia en mujeres y también se ha referido predilección por la raza negra. Afecta solamente a tejidos blandos y generalmente aparecen de forma unilateral (10% bilateral).²

El quiste nasolabial es una entidad enigmática que fue descrita por primera vez por Zukerkandl en 1892. Desde esta descripción original, se han propuesto 2 teorías

principales relacionadas con su patogénesis. Klestadt (1953) sugirió que el quiste nasolabial se desarrolla a partir del epitelio embrionario atrapado en la unión de los procesos nasal medial, nasal lateral, y los procesos maxilares. En contraposición, Brüggemann afirmó que el quiste nasolabial puede originarse de restos desplazados del conducto lacrimonasal, porque su aspecto histológico es similar. Actualmente esta última opción parece ser la más aceptada.^{3,4}

Clínicamente se presenta usualmente como una hinchazón asintomática bajo el ala nasal. Esta tumefacción es de crecimiento lento o muy lento, eleva el ala nasal y borra el pliegue nasolabial homolateral abombando el surco vestibular. Es fluctuante y desplazable. Es una lesión asintomática a menos que se infecte o produzca obstrucción nasal por el crecimiento. Ocasionalmente los pacientes refieren problemas de estabilidad de su prótesis dentaria.¹

En las radiografías simples la lesión suele pasar inadvertida por localizarse en tejidos blandos. Ocasionalmente revelan una erosión ósea difusa característica en la región de los dientes incisivos y/o un aplanamiento en esa región del hueso maxilar. La inyección de contraste intraquística, la RNM o la TAC mostrarán una lesión redonda, que se dispone bajo la apertura anterior de las fosas nasales y sobre el grupo dentario anterosuperior. Debido a la excelente resolución de tejidos blandos de la RNM puede considerarse la mejor técnica para el diagnóstico por imagen de esta patología.^{3,4}

Microscópicamente estos quistes están tapizados por epitelio respiratorio (escamoso estratificado), por epitelio cilíndrico pseudoestratificado o por una combinación de ambos. El contenido es mucoso. Puede haber áreas localizadas de infiltración inflamatoria secundaria.^{1,3}

A pesar de la baja frecuencia de esta entidad clínica es muy importante su conocimiento exhaustivo ya que forma parte del diagnóstico diferencial de múltiples lesiones: otros quistes del desarrollo no odontogénico (Quiste NasoPalatino y GlobuloMaxilar), infecciones o quistes de origen odontogénico, tumores odontogénicos (Ameloblastoma o Mixoma), neoplasias de glándulas salivales accesorias, quistes de retención mucoso, osteosarcoma, condrosarcoma, sarcomas de partes blandas y lesiones linfoproliferativas (especialmente Linfomas No Hodgkin y tipo M.A.L.T.). Con estas últimas pueden confundirse más fácilmente, porque afectan poco al hueso y la apariencia clínica es similar. No obstante, esta localización es rara y suelen afectar más al anillo de Waldeyer. La historia clínica del paciente suele ser otra, pues afectan

más al hueso, a los dientes y a la mucosa que los recubre. La edad suele ser menor. Los estudios histológicos e inmunohistoquímicos serían concluyentes.⁵

Respecto a su tratamiento, la opción más frecuente suele ser la exéresis completa de la lesión mediante un abordaje intrabucal que preserve la estética. No obstante también se han descrito procedimientos de marsupialización endoscópica por abordaje transnasal, especialmente en lesiones más pequeñas.⁶

BIBLIOGRAFÍA

1. Donado Rodríguez M. Quistes de los maxilares. En: Donado Rodríguez M. Cirugía Bucal. Patología y técnica. Editorial Masson. Madrid; 1998. p 589.
2. Spiegel JH, Dowdall J. Bilateral nasoalveolar cysts. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005;133:156-7.
3. Tanimoto K, Kakimoto N, Nishiyama H, Murakami S, Kishino M. MRI of nasoalveolar cyst: Case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 99: 221-4.
4. Hashida T, Usui M. CT image of nasoalveolar cyst. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2000; 38: 83-4.
5. Rinaggio J, Aguirre A, Zeid M, Hatton M. Swelling of the nasolabial area. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 89: 669-73.
6. Chih- Ying S, Chih-Yen C, Chung-Feng H. A new Transnasal approach to Endoscopic Marsupialization of the Nasolabial Cyst. *Laryngoscope.* 1999; 109: 1116-8.

FIGURAS

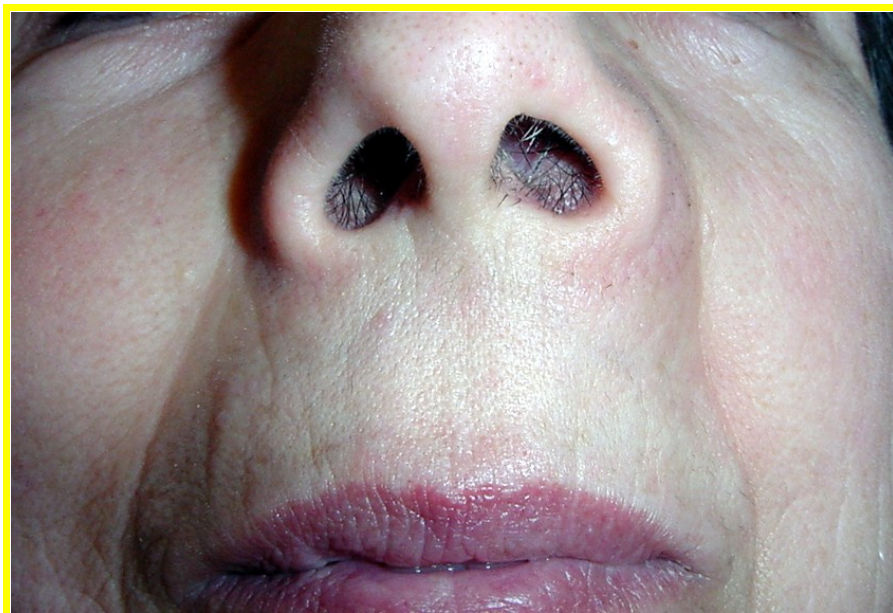


Figura 1.- Exploración extraoral.



Figura 2. RNM, Corte axial.

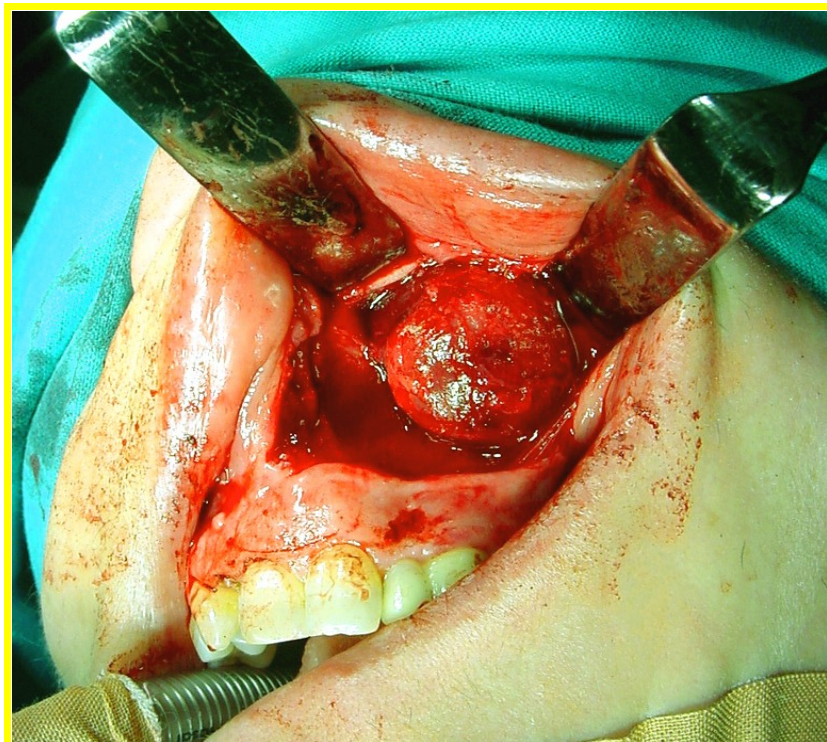


Figura 3.- Imagen preoperatoria de la lesión.