

Quiste del conducto nasopalatino: caso clínico

*P Juiz,
JP Rubio,
A Zubizarreta,
J Rossi*

Servicio ORL Complejo Hospitalario Xeral Calde. Lugo

SUMARIO

Se presenta un caso de quiste nasopalatino en un paciente varón de 48 años, analizando la secuencia de estudio y revisión de la literatura.

PALABRAS CLAVE

Quiste nasopalatino

INTRODUCCION

Los quistes del conducto nasopalatino son los más comunes de la cavidad oral de origen no odontogénico (1,2,3,4,5,6,7). La primera descripción fue realizada por MEYER en 1914. Meyer y Congdon habían descrito el fenómeno como un seno paranasal supernumerario localizado por encima del incisivo superior (1). Ha recibido diferentes denominaciones a lo largo del tiempo: quiste medio anterior, quiste palatino anterior medio y quiste del canal incisivo. Salzman los clasifica incluyendo los del paladar medio como quistes palatinos medios, pero el término más actual es el de quiste del conducto nasopalatino (1).

Anatómicamente el canal incisivo es una comunicación a través del hueso del paladar duro entre fosa nasal y cavidad bucal. En su interior se encuentra el ducto nasopalatino. El interior del canal está ocupado por vasos, nervios y estructuras glandulares (5).

Meyer en una serie de 600 cadáveres encontró una incidencia de QNP de 1,5%. Killey et al en 2394 cráneos sólo encontraron 2 casos. Stafne y Abrams hallaron un 1% (1,7). Sin embargo Burket y Bodin obtuvieron un 33% y 30% respectivamente de QNP (1,3), aunque clínica y radiológicamente indetectables.

CASO CLINICO

Se trata de un paciente varón de 48 años, fumador de 30 cigarrillos y bebedor de 1 litro de vino al día. Es enviado por su estomatólogo por una tumefacción paramedia derecha de paladar duro, que se inflama y drenó espontáneamente en 2 ocasiones.

Se realiza punción obteniendo un contenido purulento, cuya bacteriología revela estreptococo constellatus. En la ortopantomografía se observa una imagen que podría corresponder a una fistulización fig.1.

La TAC muestra una lesión quística ovoidea fig. 2, en línea media derecha, de 20x17x18 mm, rodeada por cortical normal y que levanta el suelo de fosa nasal derecha. Efectuamos exéresis de lesión por vía transpalatina, y su estudio histológico demuestra la existencia de un quiste nasopalatino con dos tipos de epitelio: columnar y cililado respiratorio. Presencia de glándulas mucosas, gran infiltrado crónico (linfocitos y células plasmáticas) y en menor cantidad agudo (polimorfonucleares), y ausencia de vasos y nervios.

DISCUSION

Los QNP son los más comunes de la cavidad oral de origen no odontogénico. La edad en el momento del diagnóstico se sitúa entre la segunda y quinta décadas, siendo muy raro en los niños (1,6). El predominio en el sexo masculino ha sido comunicado por diversos autores (7), aunque otros no hallan diferencias (1,3,5). Su etiología es incierta. Se sugiere un origen en restos epiteliales del ducto nasopalatino (1,7), hipótesis no compartida por todos (5). También se ha propuesto como posible causa el epitelio de los órganos de Jacobson (5). Varios factores han sido considerados para estimular la proliferación de los restos epiteliales: traumatismo directo o indirecto (masticación), infecciones, retención por bloqueo de ductos glandulares (1). El papel de las estructuras glandulares es discutido, así Keith publica 1 caso de quiste de posible origen glandular, pero otros autores consideran que la presión de la glándula obstruida es insuficiente para producir reabsorción ósea (3). Se han hallado pigmentaciones en el ducto nasopalatino sugestivas de degeneración de neuronas olfatorias, pensándose entonces en la posibilidad de que el QNP se origine del epitelio de los órganos vomeranasales de Jacobson(1). Otra hipótesis consiste en la proliferación espontánea de restos epiteliales del ducto nasopalatino puesto que se han visto quistes en conductos incisivos y en la línea media del paladar de fetos (1). En nuestro caso el paciente no presenta ningún antecedente que pueda sugerir una posible causa.

Los QNP son asintomáticos en 39-50% de los casos, siendo frecuente su hallazgo casual en exámenes radiológicos (1,2,3,5,7). Entre los principales síntomas está la tumefacción del paladar y abombamiento del suelo de la fosa nasal. Hyde presenta un caso con obstrucción nasal que origina hiposmia (1). Otro síntoma frecuente es el dolor por presión del nervio nasopalatino, que puede irradiar a incisivos, nariz u ojos (4). El drenaje intermitente produce alivio de los síntomas y tal vez sea el artifice del lento crecimiento y estabilización durante años (5). En nuestro caso la única manifestación era tumefacción de paladar, abombamiento de suelo de fosa nasal y drenaje recurrente.

El aspecto radiológico es el de un área radiolúcida bien circunscrita, en línea media o su proximidad, rodeado por una línea blanquecina correspondiente a la cortical, de forma redondeada, ovoidal o en corazón, con quistes accesorios en raros casos (1). El diagnóstico con la fosa incisiva normal puede ser difícil, siendo su diámetro máximo de 6 mm, entonces algunos autores consideran que un área radiolúcida menor o igual a 6 mm en ausencia de sintomatología debe considerarse normal (1,7). Las radiografías oclusales producen buena información de la lesión, pero si el quiste es alto, es mejor realizar una

ortopantomografía. Las radiografías contrastadas y las tomografías sagitales dan una información más detallada. El máximo tamaño alcanzado en las series publicadas está entre 2-4 cm, señalándose además que el tamaño no muestra relación con la sintomatología (2). En nuestro caso la imagen era de una tumefacción radiolúcida, ovoidal, rodeada de una línea blanquecina cortical, y con un tamaño de 20 mm.

El estudio histológico confirmaría el diagnóstico. Puede haber un único epitelio o una combinación de varios como ocurre en nuestro caso, siendo predominante uno u otro dependiendo de la localización del quiste, así en la proximidad de la fosa nasal el epitelio de tipo respiratorio sería el más frecuente, en tanto en la de la cavidad bucal sería el escamoso (1), aunque algún autor no está de acuerdo con esta distribución según la localización (3). El contenido del quiste con presencia de vasos, nervios y pequeñas glándulas orientarían a su diagnóstico (1,3,5), así, Abrams considera la presencia de vasos y nervios como patognomónico (3). Cartílago hialino y formaciones óseas reactivas son raras. También se pueden encontrar eritrocitos, leucocitos, células epiteliales descamadas y bacterias. En el caso que nos concierne encontramos glándulas mucosas, linfocitos,

células plasmáticas, polimorfonucleares, pero no vasos o nervios. Quistes diagnosticados preoperatoriamente y confirmados por la cirugía no presentaban datos histológicos que lo corroborasen en un 30% de los casos (20% tenían un tejido ductal normal, 10% tejido patológico sin características quísticas, que podría ser debido a un fallo del cirujano al enviar la pieza o del patólogo al cortarla) (3).

El tratamiento es quirúrgico sólo si existe clínica o si es un quiste muy grande en el que sería conveniente hacer el diagnóstico histológico (1). Lo indicado sería hacer la enucleación por vía transpalatina, a menos que haya un riesgo de fístula oroantral u oronasal o desvitalización de dientes por el tamaño del quiste, en que se procedería a su marsupialización. (1,3). En nuestro paciente realizamos un abordaje transpalatino con exéresis completa del quiste, con resultado satisfactorio y sin complicaciones. Tras la cirugía suele haber regeneración ósea en un gran porcentaje de casos independientemente del tamaño del quiste (1,5), pudiendo estar indicada una reintervención si no se produjese, para lo cual es importante un control anual. El porcentaje de recidiva es muy pequeño 0-11% (1,5,7) y no se observó ninguna malignización.



Fig. 1



Fig. 2

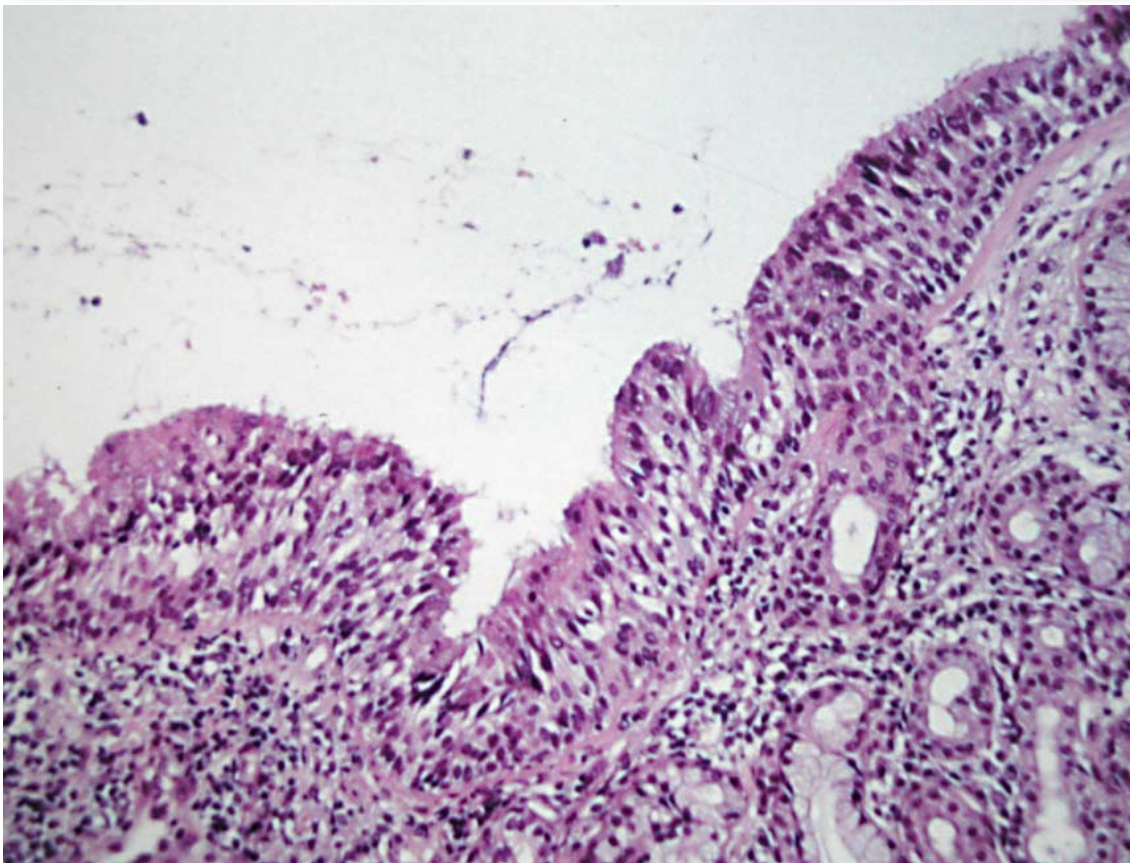


Fig. 3

BIBLIOGRAFIA:

- 1- RHB Allard, Van Der Kwast, Van Der Waal.
Nasopalatine duct cyst. Review of the literature and report of 22 cases. *Int J Oral Surg* 1981; 10: 447-461
- 2- G Anneroth, G Hall, U Stuge. Nasopalatine duct cyst. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1996; 15: 572-580
- 3- I Bodin, G Isacson, P Julin. Cysts of the nasopalatine duct. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1986; 15: 696-706
- 4- K Gulabivala, P Briggs. Diagnostic dilemma: An unusual presentation of an infected nasopalatine duct cyst. *International Endodontic Journal* 1992; 25: 107-111
- 5- M Hedin, A Klamfeldt, G Persson. Surgical treatment of nasopalatine duct cysts. A follow-up study. *J Oral Surg* 1978; 7: 427-433
- 6- C Nortjé, A Farman. Nasopalatine duct cyst. An aggressive condition in adolescent negroes from South Africa?. *Int J Oral Surg* 1978; 7: 65-72
- 7- K Swanson, G Kangars, J Gunsolley.
Nasopalatine duct cyst. An analysis of 334 cases. *J Oral Ma*