

Quiste nasopalatino de tamaño inusual. Revisión bibliográfica y presentación de un caso. *Nasopalatine cyst of unusual size: a review of the literature and presentation of a case.*

Carlos Juan Liceaga Escalera,* Rogelio Eliezer Banda Oyervides,**
Oscar Castañeda Sánchez,*** Víctor Manuel González Olmedo****

RESUMEN

El quiste nasopalatino o del conducto incisivo es un quiste que se encuentra ubicado dentro del conducto nasopalatino del maxilar superior. Se llega a su diagnóstico con mayor frecuencia por un hallazgo radiológico, a menos que su tamaño sea considerable y ocasione un aumento de volumen en la zona vestibular del maxilar y/o en la región de la papila palatina, causando inclusive dolor. Es más común en hombres durante la tercera a la quinta década de la vida. El objetivo de este trabajo es la presentación del caso de un paciente masculino, que acude a la consulta por presentar aumento de volumen en la región maxilar anterior, de dos años de evolución y que se desarrolla después de recibir trauma con un objeto contuso. La lesión es de lento crecimiento, ocasionando protrusión labial superior y su consecuente apariencia antiestética. Se expone de igual manera el tratamiento, el cual fue llevado a cabo en el Hospital Juárez de México, así como su evolución postoperatoria.

Palabras clave: Quiste nasopalatino, escisión, quiste conducto incisivo.

ABSTRACT

As its name suggests, the nasopalatine or incisive duct cyst is a cyst located in the nasopalatine duct of the upper maxilla. Diagnosis is most frequently achieved through X-rays, unless the size of the cyst is considerable and causes swelling in the vestibular plate of the maxilla and/or in the region of the palatine papilla, even causing pain. It is more common in males, in the third to fifth decade of life. The aim of the present study is to report the case of a male patient who attended a dental appointment after suffering two years of swelling in the anterior maxillary region caused by blunt trauma. The lesion was slow-growing, causing upper-lip protrusion and the associated unsightly appearance. Furthermore, we describe the treatment performed at the Hospital Juárez de México, along with the patient's postoperative evolution.

Key words: Nasopalatine cyst, excision, incisive duct cyst.

INTRODUCCIÓN

Existen numerosas definiciones de quiste. Una definición concreta sería la siguiente: cavidad patológica o anormal la cual puede o no estar revestida de epitelio, que puede contener o no material líquido, semisólido o gaseoso.

Aunque la mayoría de los quistes de la región maxilofacial suelen ser diagnosticados por hallazgo radiográfico, algunos pueden alcanzar un tamaño considerable haciendo evidente su presencia y deformando inclusive los tejidos

faciales. Dentro de éstos podemos citar el dentígero o folicular, nasopalatino y el radicular. La frecuencia del quiste nasopalatino en cráneos secos es de hasta el 1.8.¹

El maxilar presenta una apófisis palatina, la cual en la línea media se une a la del lado opuesto, formando la sutura palatina media; sobre la cara nasal o superior existe una saliente, la cresta nasal maxilar, la cual termina hacia delante en una prolongación, la espina nasal anterior, por detrás de la cual se observa un canal que con el de la otra maxila forma el agujero o canal incisivo (conducto palatino anterior) por donde pasa el nervio y la arteria nasopalatinos.²

Por su cara inferior o palatina, se presenta como un orificio ovalado, el cual tiene una longitud de 1 cm y un diámetro de 5 mm resultando de la unión de los dos semicanales laterales que pertenecen cada uno a las apófisis palatinas correspondientes; se bifurca en dos conductos secundarios laterales que desembocan en las cavidades nasales a cada lado de la cresta nasal.³

* Jefe de Servicio de Cirugía Maxilofacial.

** Residente de cuarto año de Cirugía Maxilofacial.

*** Residente de tercer año de Cirugía Maxilofacial.

**** Residente de segundo año de Cirugía Maxilofacial.

Hospital Juárez de México.

Recibido: Diciembre 2012. Aceptado para publicación: Marzo 2013.

El agujero incisivo es el punto de fusión del paladar primario con los procesos palatinos laterales en la línea media;⁴ suele presentarse en una radiografía como una radiolucidez redonda u oval en forma de rombo o de corazón de carta de póquer bien definida, esta forma se debe a la superposición de la espina nasal anterior. La localización de este agujero puede variar desde la altura de la cresta alveolar hasta el nivel del periápice de los incisivos centrales superiores sobre la línea media. Esta posición tan variable se debe principalmente a la angulación de los rayos X durante la toma radiográfica, y representa la desembocadura del agujero nasopalatino desde los forámenes superiores nasales a través de los conductos de Scarpa⁵ hasta la localización palatina.

Se cree que el quiste del conducto nasopalatino deriva de los remanentes epiteliales del conducto nasopalatino durante el periodo embrionario y que tanto un proceso infeccioso como un proceso traumático pueden ser el estímulo para la proliferación celular y la consiguiente formación quística.⁶

Radiográficamente aparece como una radiolucidez bien definida en la línea media del paladar anterior. Puede ser identificado con una radiografía oclusal superior. Los órganos dentales asociados se encuentran vitales y la membrana periodontal periapical se mantiene íntegra. Se menciona en la literatura que una radiolucencia de 7 hasta 20 mm de diámetro del conducto nasopalatino debe hacer sospechar la presencia de dicha patología.^{6,7}

Dentro de los diagnósticos diferenciales clínicos debe considerarse: quiste de la papila palatina (hipertrófica), *torus* palatino, así como quiste palatino medio.^{7,8}

En todos los casos se debe obtener una historia clínica completa y la biopsia es el auxiliar más importante para llegar al diagnóstico definitivo. La decisión entre realizar biopsia excisional o incisional va a depender del tamaño de la lesión, así como la contigüidad con estructuras anatómicas importantes. Microscópicamente el quiste nasopalatino va a presentar un epitelio columnar pseudoestratificado.⁶

El tratamiento es quirúrgico y consiste de curetaje local con escisión total del epitelio quístico, sacrificando casi de manera inevitable los vasos y nervios nasopalatinos, lo cual ocasiona una pequeña área de parestesia sobre el paladar anterior. Algunos pacientes, en particular los adultos mayores, tienen cierto problema con esta complicación al momento de articular algunas palabras o durante la masticación. La tasa de recurrencia es nula posterior al tratamiento quirúrgico.

En lesiones mayores es arriesgado realizar una escisión a través de una ventana ósea pequeña, por la alta probabilidad de recurrencia; en estos casos existe la opción de

llevar a cabo una marsupialización (operación de Partsch, descompresión).¹ A través de este procedimiento se realiza la exteriorización quirúrgica de la lesión mediante extirpación de tejido subyacente para exponer su superficie interna a la cavidad oral, y de esta manera disminuir el tamaño de la lesión para su posterior tratamiento.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presentó a la consulta un paciente masculino de 42 años de edad, de raza mestiza, sin antecedentes de relevancia para el padecimiento actual, quien refiere haber recibido un traumatismo con objeto obtuso dos años atrás, en la región de labio superior.

A la exploración física extraoral se observó un aumento de volumen de aproximadamente 4x3x3 cm, que deforma el ángulo nasolabial y protruye el labio superior. La lesión altera la armonía facial, es indolora, de lento crecimiento y sin olores.

En la exploración intraoral se observa un aumento de volumen a nivel del fondo de saco del maxilar anterior, éste es de aproximadamente 5x4x4 cm, el cual deforma de manera importante esta zona; es de superficie lisa, consistencia indurada y coloración similar al tejido circunvecino, rosa pálido. Abarca desde el frenillo labial hasta parte de la cara interna del labio superior (*Figura 1*), indoloro a la palpación y sin fístula que drene secreciones.

Los órganos dentales anterosuperiores resultaron positivos a pruebas térmicas de vitalidad pulpar, así como de percusión.

Se realizó la toma de radiografías posteroanterior y lateral de cráneo, ortopantomografía y oclusal superior, observándose una zona radiolúcida en la región del agujero-



Figura 1. Aumento de volumen intraoral.



Figura 2. Radiografía oclusal superior en la que se observa lesión radiolúcida en la zona del conducto nasopalatino.

ro nasopalatino. La radiolucencia mide aproximadamente 5x4 cm y ocasiona divergencia de las raíces de los incisivos centrales superiores, respetando el ligamento periodontal de los mismos; es de bordes bien limitados (*Figura 2*).

Se indica la realización de tomografía axilar computarizada del macizo facial, en la que se identifica la alteración en la región antes mencionada.

Se realizó punción exploratoria de la tumoración obteniendo fácilmente un líquido amarillo claro, sin observar crepitación al momento de pasar la aguja por la mucosa gingival.

Se diagnosticó la lesión como quiste del conducto nasopalatino. Se informó al paciente acerca del diagnóstico y el plan de tratamiento, el cual acepta, por lo que es llevado a cabo de manera electiva en sala de quirófano.

Bajo anestesia general con intubación nasotraqueal se realiza una incisión contorneante de órganos dentales anterosuperiores con dos incisiones de descarga. Se refleja colgajo hasta observar la lesión casi en la totalidad de su límite superior, llevándose a cabo la escisión íntegra de la misma, corroborando que su superficie se encuentre intacta (*Figura 3*).

Se decide injertar dicha zona con cresta iliaca anterior, debido al enorme defecto del lecho quirúrgico. Posterior a llevar a cabo hemostasia, se realiza el cierre de la herida con puntos simples de seda negra 3-0 (*Figura 4*). El paciente se extuba por el médico anestesiólogo, sin complicaciones y es llevado a la unidad de cuidados postanestésicos sin ninguna relevancia.

Durante las primeras 24 horas postoperatorias se indica analgésico, antiemético y antibiótico de manera intravenosa.



Figura 3. Escisión de quiste nasopalatino mediante abordaje intraoral. Nótese cápsula íntegra.



Figura 4. Incisión suturada con punto simple seda negra 3-0.

El paciente cursa sin mayor problema, salvo ligera molestia a la palpación debido al procedimiento quirúrgico; sin parestesia de la zona intervenida, se decide su egreso hospitalario por mejoría. El resultado histopatológico confirma el diagnóstico clínico de quiste nasopalatino, de lo cual se informa al paciente.

Se llevan a cabo dos citas de control cada semana, y posterior a esto, dos citas más cada mes hasta llegar a una cita de control de manera semestral (*Figuras 5 y 6*). A dos años del tratamiento el paciente no presenta recidiva.

DISCUSIÓN

Posterior a recibir el tratamiento adecuado de escisión total de la cavidad quística bajo anestesia general, el paciente no presentó ningún evento de relevancia du-

rante el postoperatorio. Así mismo, no existen datos de recidiva cumpliendo más de dos años de citas de control y de seguimiento.

Llevando a cabo el tratamiento indicado, como se ha descrito en la literatura, el pronóstico para la función y la vida de nuestro paciente puede ser excelente. De igual manera se cumple en esta lesión, la predilección por el sexo masculino, así como el grupo de edad (el paciente se

encuentra dentro del rango de la tercera a la quinta década de vida).⁸ Así mismo, diversos estudios han demostrado la tendencia del sexo masculino a presentar lesiones de mayores dimensiones, así como de perforación o adelgazamiento de la tabla vestibular maxilar, obteniendo una medición máxima de hasta 45 mm en alguno de sus ejes.⁹

El quiste del conducto nasopalatino deriva de los restos epiteliales del conducto del mismo nombre, localizado



Figura 5.

Fotografías frontales pre y postoperatoria.



Figura 6.

Fotografías laterales pre y postoperatoria.

en la fusión de la premaxila y de las apófisis palatinas, las cuales se fusionan entre la séptima y octava semanas de gestación;⁸ aunque se considera el quiste no odontogénico más común de la región maxilofacial, presentando una prevalencia con un rango muy amplio que va del 1 al 15 %.

Histológicamente se diferencia del resto de los quistes no odontogénicos por la presencia del paquete vasculonervioso nasopalatino. Aunque su recurrencia está descrita en un 2%¹⁰ de los casos, al parecer está ampliamente ligada a un procedimiento de enucleación quirúrgica incompleta. Se han reportado casos en los que se ha observado malignización del quiste del conducto nasopalatino a carcinoma de células escamosas, en los que se han identificado la permanencia de más de 10 años de esta entidad y su ulceración crónica.^{11,12}

El manejo intrahospitalario de este tipo de lesiones por el cirujano maxilofacial disminuye los riesgos derivados del procedimiento quirúrgico; se acompaña de un postoperatorio más confortable y un pronóstico excelente para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burket IW, Eversole LR. Oral medicine diagnosis and treatment, cysts of the jaw and benign odontogenic tumors. 10 ed. Spain: EC Decker Inc; 2010; 153-158.
2. Latarjet M, Ruiz L. Anatomía humana, Huesos de la cara. 4ª ed. Buenos Aires: Ed. Panamericana; 2004: 89.
3. Rouvière H, Delmas A. Anatomía humana. Esqueleto de la cabeza y cuello. 11va ed. Barcelona: Ed. Masson; 2005: 94.
4. Carlson BM. Embriología humana y biología del desarrollo. 2ª ed. Ann Arbor, Ed. Mosby; 2005: 299-300.
5. Donado M. Cirugía bucal, patología y técnica. 3ª ed. España: ed Masson; 2005: 44.
6. Miloro M et al. Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery. 2nd ed. Hamilton Ed. BC Decker; 2004: 608-609.
7. Wood NK, Goaz BS. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. 5ª ed. St. Louis: Ed Mosby; 1997: 245.
8. Pierse JE, Stern A. Benign cysts and tumors of the paranasal sinuses. Oral and Maxillofacial Surgery. Clinics of North America. 2012; 24: 249-264.
9. Suter VGA, Sendi P, Reichart PA. The nasopalatine duct cyst: an analysis of the relation between clinical symptoms, cyst dimensions, and involvement of neighboring anatomical structures using Cone Beam computed tomography. Am Assoc of Oral and Maxillofac Surg. 2011; 69: 2595-2603.
10. Swanson KS, Kaugars GE. Nasopalatine duct cysts: an analysis of 334 cases. J Oral and Maxillof Surg. 1991; 49: 268-271.
11. Takagi R, Ohashi Y, Suzuki M. Squamous cell carcinoma in the maxilla probably originating from a nasopalatine duct cyst. J Oral and Maxillof Surg. 1996; 54: 112-115.
12. Takeda Y. Intraosseous squamous cell carcinoma of the maxilla: probably arisen from non-odontogenic epithelium. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 1991; 29: 392.

Correspondencia:

Dr. Oscar Castañeda Sánchez

Av. Instituto Politécnico Nacional Núm. 5160,
Col. Magdalena de las Salinas, Consultorio 27,
Primer piso, Consulta Externa,
07760, México, D.F.
E-mail: oecasa@hotmail.com

www.medigraphic.org.mx