

Enucleación de Quiste Nasopalatino. Reporte de un caso clínico.

Nasopalatine cyst enucleation: A case report.

Dr. Pablo Emilio Molano Valencia.

Especialista en Periodoncia.
Profesor de pregrado y postgrado.
Universidad Santiago de Cali.
Profesor de postgrado Universidad del Valle.
Colombia.

Dr. Jaime Alberto Corrales Arenas

Especialista en Estomatología y Cirugía Oral.
Profesor de pregrado Universidad Santiago de Cali.
Colombia.

Dr. Alejandro Marmolejo T.

Especialista en Endodoncia.
Profesor de Pregrado y Postgrado.
Universidad Santiago de Cali.
Colombia.

Lina María Pulgarín.

Estudiante de Odontología semestre 07.
Universidad Santiago de Cali.
Colombia.

Recibido: Octubre de 2011.

Aceptado para publicación: Noviembre de 2011.

Resumen.

El objetivo de este trabajo es reportar un caso clínico de enucleación de un quiste nasopalatino y sus características histopatológicas. Paciente de 50 años quien asiste a la clínica docente asistencial de la Universidad Santiago de Cali; en el examen radiográfico de rutina se ve una lesión radiolúcida mayor a 10 mm en el canal nasopalatino. Se decide realizar enucleación y evaluación histopatológica. Se realizó incisión intracrevicular palatina, colgajo mucoperióstico y enucleación del quiste. No hubo ninguna complicación posquirúrgica. La histopatología muestra una banda densa de tejido fibroso conectivo colagenizado, el cual hace una cavidad patológica revestida por epitelio de dos tipos uno plano y otro pseudoestratificado, cilíndrico ciliado; la pared fibrosa es vascularizada, lo que explica la actividad de crecimiento que tiene la lesión. Sin compromiso de vitalidad de los dientes adyacentes y no evidenciando ningún tipo de malignidad, corroborando el diagnóstico inicial Quiste nasopalatino o del canal incisivo.

Palabras Clave. *Quiste, Conducto Nasopalatino, Enucleación.*

Abstract.

The purpose of the present study is to report a clinical case of the enucleation of a nasopalatine cyst and its histopathological characteristics. Routine radiographic examination of a 50-year-old patient attending the teaching clinic of the University of Santiago de Cali revealed a radiolucent lesion measuring over 10 mm in the nasopalatine canal, for which enucleation and histopathological evaluation were performed. The surgical procedure performed involved an intracrevicular palatine incision, a mucoperiosteal flap, and enucleation of the cyst. No postoperative complications were observed. The histopathology study showed a dense band of fibrous, collagenous connective tissue, which created a pathological cavity coated with an epithelium made up of two types: one flat, the other pseudo-stratified, ciliated, and cylindrical. In addition, the fibrous wall was vascularized, which explains the growth activity of the lesion. Given that the vitality of adjacent teeth was not compromised and that no evidence of malignancy was found, the diagnosis of a nasopalatine incisor canal cyst was confirmed.

Key words: *cyst, nasopalatine canal, enucleation.*

Introducción.

Los quistes no odontogénicos o embrionarios de las regiones orales son lesiones que se originan de los restos epiteliales no odontogénicos incluidos en los maxilares. Estos quistes se denominaban fisurarios porque se pensaba que se originaban de restos ectodérmicos atrapados en las líneas de fusión de los procesos embrionarios encargados de la formación de las estructuras maxilares y faciales. En la actualidad no se emplea ese término, pues se ha demostrado que el único proceso embriológico maxilofacial en el que pueden quedar atrapados restos epiteliales es la fusión del paladar secundario. El quiste del conducto nasopalatino es también llamado quiste del conducto incisivo, que es un quiste intraóseo de desarrollo, situado en la línea media de la parte anterior del paladar y se piensa que es derivado de los islotes de epitelio remanentes después del cierre del conducto nasopalatino embrionario.

El quiste nasopalatino es el más frecuente de los quistes de origen no odontogénicos que suceden en la cavidad oral,^{1,2,3} y junto al quiste nasolabial o nasoalveolar, corresponden aproximadamente al 5% de los quistes maxilares. Comúnmente son asintomáticos aunque en algunas ocasiones puede haber inflamación, dolor, presión y tumefacción. Se presenta a cualquier edad pero es más frecuente en varones entre los 40 y 60 años sin un predominio racial claro.¹

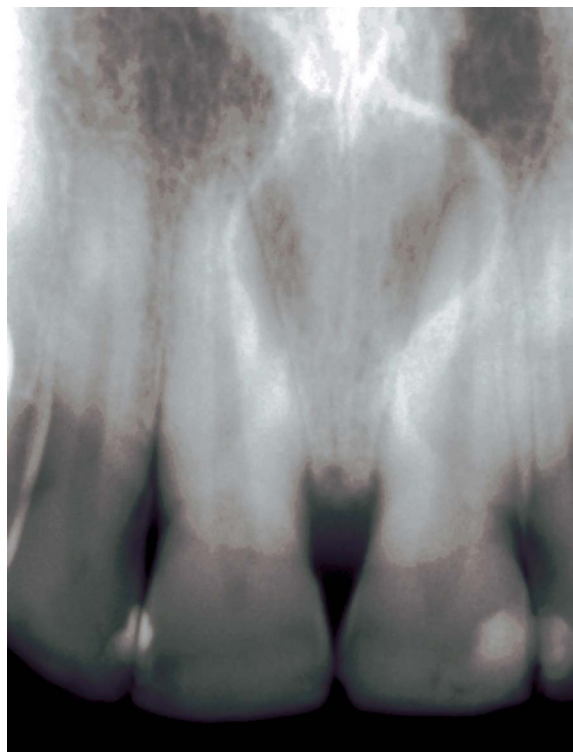
Radiográficamente se evidencia como una imagen radiolúcida bien circunscrita, con una forma oval o de corazón, localizada en la línea media de la parte anterior del maxilar, entre las raíces de los incisivos centrales. Histológicamente se encuentran revestidos por una capa de epitelio cilíndrico ciliado (respiratorio) cuboidal o plano estratificado, o por una mezcla de los dos. La cápsula del quiste presenta también vasos sanguíneos y nervios periféricos.

El tratamiento de este quiste consiste en una escisión quirúrgica, empleando un abordaje palatino; la recidiva de este quiste es rara.^{1, 4, 5, 6, 7, 8, 9.}

Reporte del Caso.

Un paciente de 50 años, sexo masculino, raza blanca sin ningún antecedente sistémico de relevancia, fue atendido en la clínica de VII semestre de Odontológica de la Universidad Santiago de

Cali, para tratamiento integral de Rehabilitación Oral y Odontología general, para lo cual se le realizó la fase de diagnóstico inicial donde encontramos que la radiografía periapical de los dientes 11 y 21 (incisivos central superior derecho e izquierdo) mostraba una lesión radiolú-



Fotografía 1. Radiografía periapical que muestra la lesión.

cida, circunscrita por un halo radiopaco de 16 mm de diámetro (Fotografía 1).

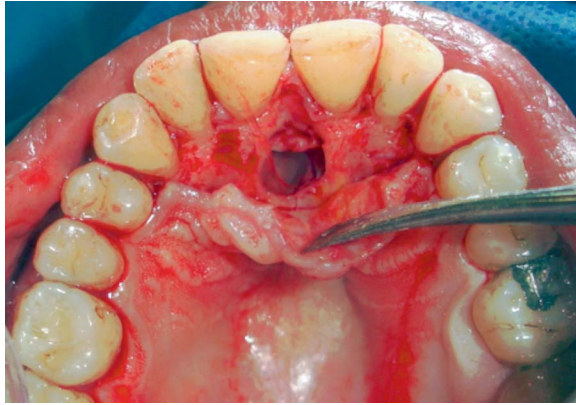
Clínicamente se evidencian recesiones gingivales vestibulares, sin inflamación gingival y sin bolsas periodontales (Fotografía 2). Se realizó la fase periodontal inicial que consistió en higiene oral general e instrucciones de higiene oral.



Fotografía 2. Aspecto clínico vestibular.

Procedimiento Quirúrgico.

Se decidió realizar cirugía de enucleación del

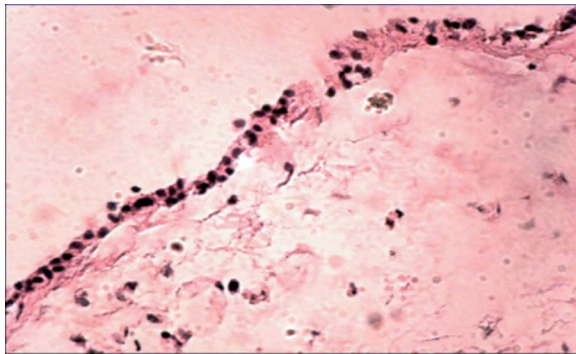


Fotografía 3. Abordaje quirúrgico palatino.

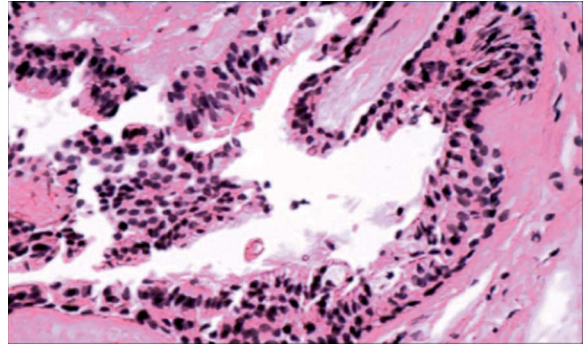
quiste, que consistió en colocación de anestesia infiltrativa por medio de 2 carpules de lidocaína al 2 % con vasoconstrictor, en vestibular y palatino; se realizan incisiones intracreviculares, elevación de un colgajo mucoperióstico del 13 al 23, retiro del quiste por medio de curetas de degranulación y se envió la muestra al laboratorio para evaluación histopatológica.

Al examen macroscópico se observan 2 fragmentos de tejido procedente de la zona nasopalatina, de consistencia blanda, color blanco. Mide cada muestra 3 mm de diámetro mayor. Se envía en formol a proceso de estudio histopatológico.

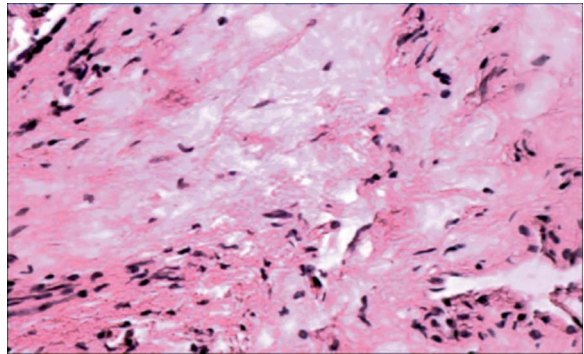
Al examen microscópico de los cortes se identifica una banda densa de tejido fibroso conectivo colagenizado, el cual hace una cavidad patológica revestida por epitelio de dos tipos, en algunas áreas es de tipo plano como se ve en la fotografía 4 y en otras es epitelio respiratorio pseudoestratificado, cilíndrico ciliado, fotografía 5. La pared fibrosa es vascularizada como se ve en la fotografía 6; esto explica la actividad de crecimiento que tiene la lesión. No hay evi-



Fotografía 4. Epitelio Plano.



Fotografía 5. Epitelio cilíndrico ciliado.



Fotografía 6. Vascularización.

dencia de malignidad. El diagnóstico es Quiste Nasopalatino.

Discusión.

El quiste nasopalatino (QNP) se desarrolla en el trayecto del canal nasopalatino óseo situado en la extremidad anterior de la línea de sutura de las apófisis palatinas de los maxilares. Aunque inicialmente se suponía que el origen del QNP era fisural, hoy se cree que deriva de restos epiteliales del conducto nasopalatino embrionario involucionado de forma incompleta.¹ Su tamaño medio oscila entre 6 y 17 milímetros (en una vista radiográfica, si es menor, se considera un agujero incisivo normal).³ En la mitad de los casos la lesión es asintomática; una manifestación clínica habitual suele ser la movilidad de los incisivos centrales superiores y la derivada de una sobreinfección.³ El examen radiológico y el histológico constituyen las dos pruebas indispensables para su diagnóstico. La radiología (panorámica, oclusal o tomografía computarizada) muestra un área radiolúcida entre los incisivos centrales superiores, redonda, oval o con la clásica forma de corazón de naipes.^{3,7} En el estudio histológico el epitelio que tapiza el quiste es de tipo respiratorio, escamoso o una

mezcla de ambos, según la localización.^{1, 3, 7,9}
La enucleación quirúrgica es el tratamiento electivo por su baja tasa de recurrencia, mientras que la marsupialización estaría indicada en quistes muy grandes con riesgo de desarrollo de fístula oronasal.

Conclusión.

Es importante observar con cuidado las radiografías de control que se tienen para encontrar anomalías, ya que existen lesiones asintomáticas que solo son diagnosticadas en exámenes de rutina.

Bibliografía.

- 1.Righini CA, Boubagra K, Bettega G, Verougstreate G, Reyt E. Kyste du canal nasopalatin. Apropos de 4 cas, revue de la littérature. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 2004;121:115-9.
- 2.Bagán JV, Ceballos SA, BermejoFA, Aguirre JM, Peñarrocha DM. *Medicina oral.* Barcelona (España), Ed. Masson, S.A. 1995.
- 3.Sapp JP, Eversole L, Wisocky G. (2005) *Patología oral y maxilofacial contemporánea.* Buenos Aires (Argentina) Ed. Elsevier. 2a Edición. 2005.
- 4.Regezi JA, Sciubba J J, .*Patología Bucal (correlaciones clínico patológicas).* Ed. McGraw-Hill Interamericana. México D:F: 3a Edición. 2010.
- 5.Fawcett MD, et al: *Tratado de Histología.* Madrid, Mc Graw- Hill Interamericana, 2000.
- 6.Laskaris, G, Goteri G, Fioroni M: Atlas de enfermedades orales. Barcelona (España) Ed. Masson,.2005
- 7.Elliott KA, Franzese CB, Pitman KT. Diagnosis and surgical management of nasopalatine duct cysts. *Laryngoscope.* 2004;114:1336-40.
- 8.Albayram MS, Sciubba J, Zinreich J. Radiology quiz case. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001;127:1283-5.
- 9.Vasconcelos RF, Ferreira de Aguiar MC, Castro WH, Cavalcanti de Araújo V, Mesquita RA. Retrospective analysis of 31 cases of nasopalatine duct cyst. *Oral Diseases.* 1999; 5:325-8.

Correspondencia.

Dr. Pablo Emilio Molano.

Calle 5 # 38-25.

Edificio Plaza San Fernando, Oficina 408.

Cali, Colombia.

Email.pablomol42@hotmail.com