

Quiste nasolabial (caso clínico)

FABIÁN BLASCO, FEDERICO NALDA, NÉSTOR MAURIÑO

Cátedra de Cirugía y Traumatología
Bucomaxilofacial III.
Facultad de Odontología.
Universidad de Buenos Aires

resumen

Los quistes nasolabiales son clasificados como no odontogénicos y son los únicos quistes de este grupo que ocurren en los tejidos blandos (localización extraósea). Esta condición está reconocida y documentada en la literatura. La revisión de la literatura confirma que esta lesión quística es de desarrollo benigno y comienza en el epitelio del ducto nasolagrimal. El propósito de esta presentación consiste en documentar un caso clínico de un paciente que presentó esta patología.

abstract

The nasolabial cyst is classified as a non-odontogenic cyst and is the only cyst of this group to occur in soft tissue (extra osseous location). The condition is well recognized but documented cases are rarely reported. Review of the literature confirms the fact this lesion is a benign developmental cyst that may arise from epithelium of the nasolacrimal duct. The purposes of this papers are to document and additional example of a patient with a nasolabial cyst.

DESCRIPCIÓN DE LA PATOLOGÍA

El quiste nasolabial (o nasoalveolar) es un raro quiste no odontogénico de tejidos blandos, comprende entre el 0,7% al 2,5%^{1,2} de todos los quistes orales; se localiza en cara en la región del ala de la nariz, siendo usualmente unilateral (se han presentado casos bilaterales), estando el lado derecho más frecuentemente involucrado^{3,4}, siendo el grupo etario más afectado el de mujeres adultas^{1-3,5-9}.

Patogénesis: la teoría más aceptada es la que lo describe como un desarrollo quístico benigno originado en el epitelio del conducto lacrimonasal^{1,2,4,5,10}.

Estudios complementarios

En los estudios radiográficos convencionales no se detecta la lesión^{3,5-8,10,11}. Pero en algunos casos la reabsorción del hueso subyacente (por presión) puede observarse radiográficamente^{3-5,7,10,12}, el uso de medios de contraste ha sido empleado para determinar la dimensión del quiste^{1,3,5,10,11}, pero son la tomografía y la resonancia magnética los métodos complementarios que proveen las mejores imágenes^{1,6,12}.

Cuadro clínico

Las manifestaciones típicas están causadas por la infección del quiste y consisten en dolor y elevación del ala de la nariz, obstrucción nasal (variable) y la ausencia de imágenes radiográficas positivas; este cuadro debe alertarnos ante la posible presencia de un quiste nasolabial^{2,8,11,12}, en algunos casos se ha observado drenaje nasal espontáneo⁹.

Diagnóstico diferencial

- Forunculosis nasal: es la primera patología a descartar, se diferencia en su inicio rápido, con un fuerte dolor pulsátil, la coloración de la piel intensamente rojiza y la mucosa labial progresivamente amarillenta.
- Absceso periapical: debe descartarse realizando diagnóstico de vitalidad pulpar de incisivos y caninos.
- Quistes periapicales, dentígeros y otros tipos: pueden excluirse con el estudio radiográfico (estas patologías darán imágenes positivas)^{9,10}.

Histología

Habitualmente podemos observar una cavidad quística revestida por un epitelio y rodeada por una pared de tejido conectivo. El tipo más frecuente de epitelio es el



Figura 1: Imagen extraoral.

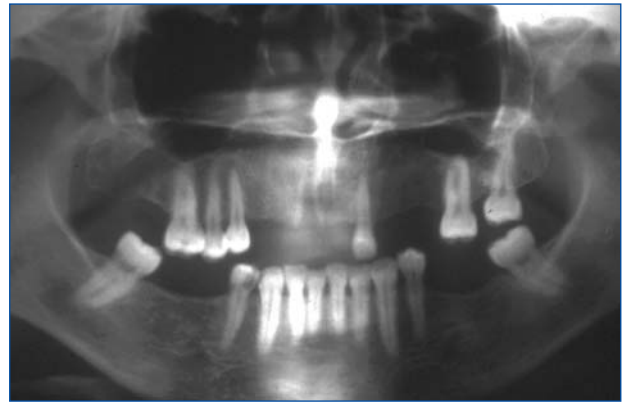


Figura 2: Imagen panorámica.

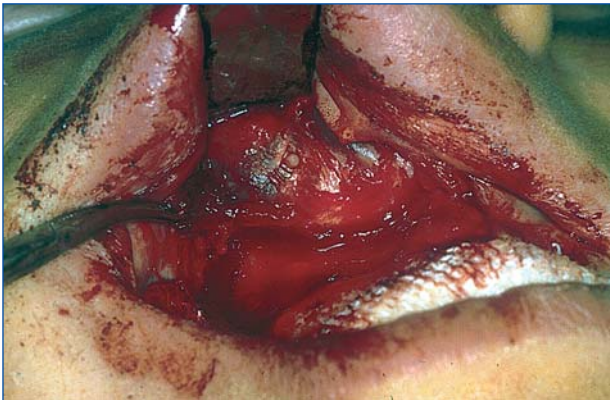


Figura 3: Imagen intraoperatoria.

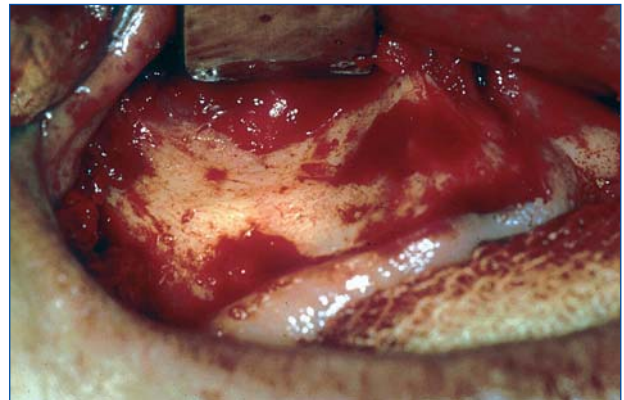


Figura 4: Lecho quirúrgico.

cilíndrico pseudoestratificado observándose entre las columnas de células escamosas numerosas células globulares (globet cells), las cuales se identifican óptimamente como espacios claros^{1,12}.

Tratamiento

El recomendado es la extirpación quirúrgica intraoral¹⁻¹², respondiendo desfavorablemente a la marsupialización².

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta a la consulta una mujer de 32 años de edad, derivada por su odontólogo para evaluar una tumoración dolorosa en la mitad del labio superior derecho. El aumento de volumen bloqueaba parcialmente la narina derecha desplazando el ala de la nariz (Figura 1); el tiempo de evolución de la lesión era de aproximadamente 30 días, y en ese periodo de tiempo se le diagnosticó una infección dental y se realizó la extracción de un incisivo pero la sintomatología siguió incrementándose a pesar de la medicación suministrada por su odontólogo, refiriendo la paciente que ha notado la salida de pus por la nariz.

Los estudios radiográficos (periapical y panorámica) no revelan lesiones óseas (Figura 2).

Tratamiento

La lesión es explorada quirúrgicamente con anestesia local. Se observa una tumoración redondeada con contenido líquido (purulento), su ubicación es en el espesor del labio a nivel del ala nasal derecha y la superficie ósea (tabla vestibular) mostraba una concavidad coincidente con el quiste (Figuras 3 y 4), y un conducto fistuloso que desembocaba en la fosa nasal, que fue resecado con la lesión (Figura 5).

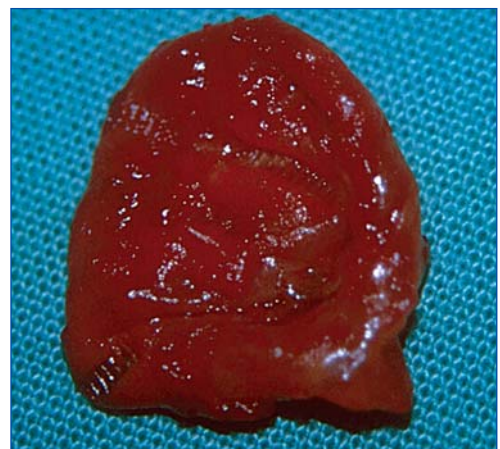


Figura 5: Pieza quirúrgica.

Informe anatomopatológico

Se observa una pared quística formada por epitelio cilíndrico pseudoestratificado con células globulares intercaladas (Hematoxilina y eosina x 25).

BIBLIOGRAFIA

- 1) Cohen MA, Hertzanu Y. Huge growth potencial of the nasolabial cyst. *Oral Surg.* 9:441-445, 1985.
- 2) Vasconcelos RF, Souza PEA, Mesquita RA. Retrospective analysis of 15 cases of nasolabial cyst. *Quintessence Int.* 30:629-631, 1999.
- 3) Reychler H. Revue des pseudo-kystes et lacunes osseuses des maxillaires. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.* 89:190-198, 1988.
- 4) Wesley RK, Scannell T, Nathan LE. Nasolabial cyst: Presentation of a case with a review of the literature. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 42:188-192, 1984.
- 5) Cavadini OA, Palma J, Luberti R. Quiste nasoalveolar. Presentación de un caso. *FOUBA.* 6:17-20, 1986.
- 6) Hashida T, Husui MCT. Image of a nasoalveolar cyst. *Br. J. Oral Maxillo. Surg.* 49:83-84, 1999.
- 7) Montenegro Chinellato LE, Damante JH. Contribution of radiographs to the diagnosis of nasoalveolar cyst. *Oral Surg.* 40:729-735, 1984.
- 8) Precious DS. Chronic Nasolabial cyst. *J. Canad. Dent. Assn.* 4:307-308, 1987.
- 9) Santora E, Patchogue NY, Ballantyne AJ, Hinds E. Nasoalveolar cyst. Report of a case. *J. Oral Surg.* 28:117-120, 1970.
- 10) Allard RHB. Nasolabial cyst. *Int. J. Oral Surg.* 11:351-359, 1982.
- 11) Brandao GS, Ebling Hardy, Souza IF. Bilateral nasolabial cyst. *Oral Surg.* 32:480-484, 1974.
- 12) Lopez-Rios F, Lassaletta-Atienza L. Nasolabial cyst. Report of a case with extensive apocrine change. *Oral Pathol.* 84:404-406, 1997.