

REPORTE DE CASO

QUISTE NASOPALATINO

Greivin Rodríguez Rojas *

Adriana Arias González +

RESUMEN:

Se trata de un caso de quiste del conducto nasopalatino en una paciente de 41 años de edad. Dicho quiste presenta las características radiológicas e histopatológicas típicas.

PALABRAS CLAVE:

Quiste, conducto nasopalatino, maxilar

ABSTRACT:

A case of a nasopalatine duct cyst in a 41-year-old female is reviewed. The typical radiologic and histologic findings are presented.

KEY WORD:

Cyst, nasopalatine duct, maxillar

* Director de la Cátedra de Patología de la Universidad de Costa Rica, Especialista en Anatomía Patológica, servicio de Anatomía Patológica Hospital Calderón Guardia, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica; : greivinrr@gmail.com

+ Profesora interina de Anatomía Patológica, Universidad de Costa Rica, Especialista en Anatomía Patológica, servicio de Anatomía Patológica Hospital Calderón Guardia, Universidad de Costa Rica, San José Costa Rica

Recibido: 10 de junio de 2014.

Aceptado: 13 de julio de 2014

INTRODUCCIÓN

El quiste del conducto nasopalatino fue descrito por primera vez por Meyer en 1914 ^[1], es clasificado como el más común de los quistes no odontogénicos en la cavidad oral, originado de remanentes epiteliales del ducto nasopalatino ^[2] y estructuras embriológicas que conectan la cavidad oral y la nasal en el área del canal incisivo ^[3]. Junto al quiste nasolabial o nasoalveolar corresponden aproximadamente al 5% de los quistes maxilares ^[4]. Afecta, aproximadamente una de cada cien personas ^[5, 6]. origen idiopático ^[7].

La mayoría de los casos ocurren entre la cuarta y sexta décadas de la vida ^[8], ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres, con una relación de 3:1. ^[9], sin claro predominio racial ^[10].

Anteriormente estos quistes eran llamados fisurarios pues se creía que se originaban en restos ectodérmicos que quedaban atrapados en la líneas de fusión de procesos embrionarios de estructuras maxilares y faciales, actualmente este término ha quedado en desuso ya que el único proceso embriológico maxilofacial en el que quedan atrapados restos epiteliales es la fusión del paladar secundario.

El desarrollo del quiste se atribuye a varios factores: infección (38%), trauma (16%), retención de moco de glándulas salivales menores, estímulo inflamatorio, proliferación espontánea de remanentes de epitelio presentes en el ducto nasopalatino.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 41 años, portadora de hipertensión arterial y tiroiditis en tratamiento.

Se presenta a la consulta de odontología con lesión radiolúcida bien circunscrita de bordes bien definidos, localizada en maxila superior.

Se realiza escisión quirúrgica extrayéndose abundante líquido de contenido sanguinolento y un tejido quístico para ser estudiado. Se desea descartar quiste residual versus queratoquiste.

DISCUSIÓN

De acuerdo a la definición dada por Kramer, quiste es una cavidad patológica que contiene un material líquido, semilíquido o gaseoso no creado por acumulación de pus, y que a menudo pero no siempre, está revestido por epitelio ^[11].

El desarrollo del quiste nasopalatino se lleva a cabo en el canal nasopalatino óseo que está localizado en la porción anterior de la línea de sutura de las apófisis palatinas de los maxilares.

Comúnmente son asintomáticos aunque en algunas ocasiones puede haber inflamación, dolor, presión y tumefacción ^[4], así como descarga que puede ser mucoide, en cuyo caso los pacientes describen un sabor salado ^[12].

El examen radiológico es de suma importancia para el diagnóstico y el examen histológico es indispensable para corroborar dicho 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 naipe ^[4].

Las características microscópicas pueden variar de acuerdo a la cercanía con la cavidad oral y nasal; se ha afirmado que el recubrimiento del quiste por epitelio respiratorio probablemente origina de la parte más superior del ducto nasopalatino, mientras que si se encuentra tapizado por epitelio cuboidal y/o plano estratificado, usualmente origina de la porción baja del ducto, cerca de la cavidad oral, sin embargo la mayoría de los quistes están tapizados por una combinación de ambos epitelios ^[13].

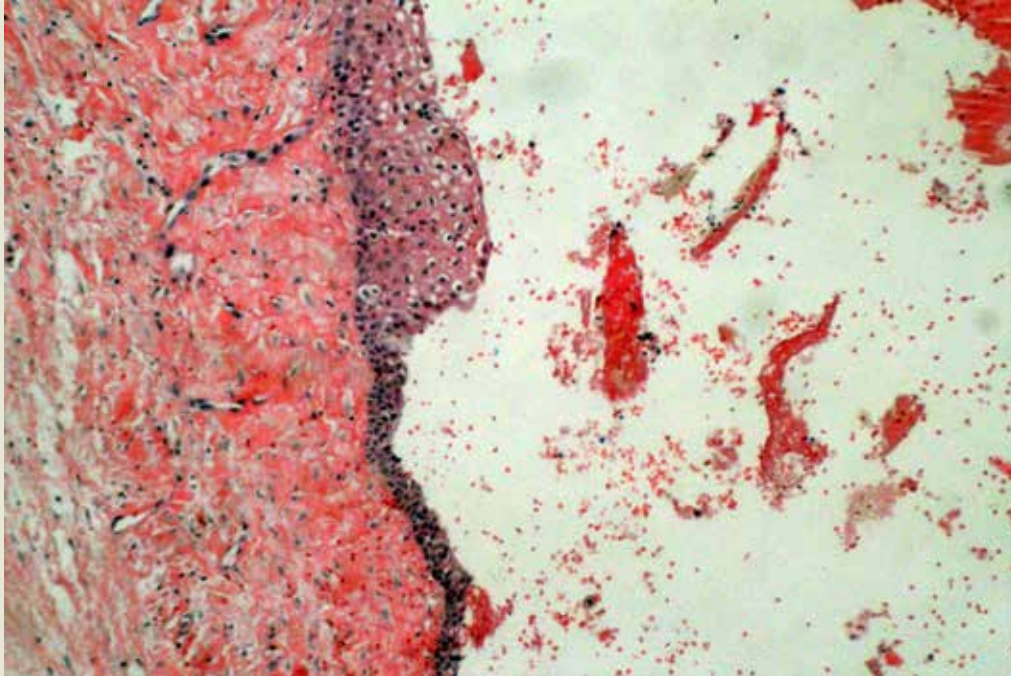


Fig 1. Muestra histológica en H&E (100X) de la cavidad revestida por epitelio plano.

La enucleación quirúrgica es el tratamiento electivo por su baja tasa de recurrencia ^[10], (el tratamiento quirúrgico no es necesaria para quistes pequeños asintomáticos)^[14], mientras que la marsupialización estaría indicada en quistes muy grandes con riesgo de fístula oronasal. La vía de abordaje (palatina o vestibular) depende del tamaño, la situación y el estado bucodentario del paciente ^[10].

Conclusión

El quiste nasopalatino aunque es el más frecuente de los quistes no odontogénicos, representa apenas menos del 5% de los quistes maxilares. Siendo la mayoría asintomáticos su aparición en biopsias es infrecuente. Debe considerarse como diagnóstico diferencial en las biopsias de quistes maxilares recibidas, desde luego con una adecuada correlación clínico-radiológico-patológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Escoda Francolí, Jaume; Almendros Marqués, Nieves; Berini Aytés, Leonardo; Gay Escoda Cosme. Nasopalatine duct cyst: Report of 22 cases and review of the literatura. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008 Jul 1;13(7):438-43.
2. Conte Neto, Nicolau; Souza Bastos, Alliny; De Oliveira Dantas, João Frank; Souza de Carvalho, Waldner Ricardoñ Roberto de Andrade, Cleverton; Hochuli Vieira Eduardo. Nasopalatine duct cyst: a case report within 3. years follow up. *Int J Dent* 2010, jul/sep 9 (3): 155-159
3. Tariq Salamm, AR; Vijay Parthiban; Gopinath; Karpagam R. Extensive Nasopalatine Duct Cyst Causing Nasolabial Protrusion. *Indian Journal of Multidisciplinary Dentistry*, 2011, July-August Vol. 1, Issue 5
4. Molano Valencia, Pablo Emilio; Corrales Arenas, Jaime Alberto; Marmolejo T., Alejandro; Pulgarín Lina María. Enucleación de Quiste Nasopalatino. Reporte de un caso clínico. *ADM* 2012 enero-febrero; 69(1):34-37
5. Brenda L. Nelson; Ronald L. Linfesty. Nasopalatine Duct Cyst. *Head and Neck Pathol* 2010, 4:121–122
6. Batista Basso, Elaine Cristina; Rodrigues de Paula Neto Edson; Lauria Dib, Luciano; Costa, Claudio. An unusual case of nasopalatine cyst in Brazilian population. *J Health Sci Inst*. 2012;30(3):292-4
7. Chena, André; Coelho, Paulo; De Sousac, Daniel; Caramêsd, João. Unusual growth of a nasopalatine cyst. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2011;52(1):35-38

8. Rahul J , Hegde; R Shetty. Nasopalatine duct cyst. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry, 2006: 24 (5): 31-32
9. Joshi Udupi Krishna, Patil Satish Kumar and Siddiqua Aaisha. Nasopalatine Cyst: A Rare Entity. International Journal of Dental Clinics 2010:2 (1): 34-36
10. Torres, Luis M; Benito, José I.; Morais Darío; Fernández Ana. Quiste del conducto nasopalatino: a propósito de un caso. Acta Otorrinolaringol Esp. 2008;59(5):250-1
11. León, Miguel Evelio. Quiste Nasopalatino. Revista Estomatología. 1991, diciembre (1) 2: 46-47
12. Santosh, Patil; Ishita, Agarwal; Suchita, Sharma; Leela, Krishna Prasad. Nasopalatine Duct Cyst A Case Report and Literature Review. World Articles in Ear, Nose and Throat. 2009, June (2) 14
13. Cicciù, Marco; Battista Grossi¹, Giovanni ; Borgonovo, Andrea; Santoro, Giacomo; Pallotti, Francesco, Maiorana, Carlo. Rare Bilateral Nasopalatine Duct Cysts: A Case Report. The Open Dentistry Journal, 2010, 4, 8-12
14. Kalwa Pavankumar, Amar A. Sholapurkar, Vajendra Joshi. Surgical management of nasopalatine duct cyst: case report. Rev. Clín. Pesq. Odontol., Curitiba, 2010, jan./abr. (6) 1:81-86