



UNIVERSIDAD DE BARCELONA — FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 UNIDAD DE CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL

QUISTE NASOLABIAL. REVISION DE LA LITERATURA Y APORTACION DE 9 CASOS

por

J. RIUS PASTOR* L. BERINI AYLES**

R. CABALLERO HERRERA*** C. GAY ESCODA****

BARCELONA

RESUMEN: Se presenta un estudio retrospectivo de 9 casos de quiste nasolabial, comparándose los principales datos obtenidos con los procedentes de una revisión de la literatura; asimismo se discute su etiopatogenia, su terminología, las principales características clínicas, además de las pruebas complementarias que nos facilitarán su diagnóstico. Por último, se hace hincapié sobre su tratamiento y su pronóstico.

PALABRAS CLAVE: quistes de los maxilares, quistes no odontogénicos, quiste nasolabial, quiste nasoalveolar.

INTRODUCCION

Los quistes epiteliales no odontogénicos están constituidos por un revestimiento epitelial procedente de células embrionarias que permanecieron secuestradas durante el desarrollo de los mamelones máxilofaciales. Entidades de presentación poco frecuente, representan aproximadamente un 5% de los quistes maxilares (1) y suelen plantear problemas de diagnóstico diferencial, y, por lo tanto de enfoque terapéutico, con los quistes de desarrollo odontogénico.

La mayoría de clasificaciones de los quistes de los maxilares son de base etiopatogénica. En 1971, la OMS incluyó en el apartado correspondiente a los quistes no odontogénicos a los quistes nasopalatino, globulomaxilar y nasolabial (2). Posteriormente, en 1984, de nuevo PINDBORG y colaboradores, actualizan la clasificación

añadiendo los quistes medianos palatino, alveolar y mandibular (3).

El quiste nasolabial fue descrito por ZUCKERKANDL en 1882 y ha recibido otras varias denominaciones: nasoalveolar, vestibular nasal, del suelo nasal, mucoide de la nariz, quiste de GERBER, quiste de KLESTADT, etc., algunas de ellas referentes a su topografía habitual (Fig. 1). En 1913, KLESTADT postuló su origen disembrionario, por proliferación de inclusiones epiteliales en la unión de los procesos maxilares, nasales y globulares. Gran parte de autores están de acuerdo en que se desarrollaría a partir de los restos epiteliales embrionarios procedentes de la zona ántero-inferior del conducto lácrimonasal; el hallazgo histológico de epitelio pseudoestratificado columnar con células calciformes es un

(*) Médico Estomatólogo. Master en Cirugía Bucal. Profesor del Master de Cirugía e Implantología Bucal. Universidad de Barcelona.

(**) Profesor Titular de Patología Quirúrgica Bucal y Máxilofacial. Profesor del Master de Cirugía e Implantología Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

(***) Profesor Titular de Medicina Bucal. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.

(****) Catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Máxilofacial. Director del Master de Cirugía e Implantología Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

hecho que prueba el origen glandular de la lesión. Otra corriente de opinión sostiene un origen en las glándulas salivales menores labiales, por causa flogótica o simplemente por retención mucosa (4, 5, 6, 7).

Clínicamente da lugar a una tumefacción indolora bastante típica pues, situada entre la base de implantación de la aleta nasal y el vestíbulo bucolabial, acaba borrando, en su crecimiento, el surco nasolabial. Su diagnóstico es exclusivamente clínico, generalmente

durante el acto quirúrgico, puesto que las pruebas complementarias preoperatorias son anodinas; la anatomía patológica tiene aquí un valor confirmativo. De comportamiento biológico absolutamente benigno, únicamente puede ocasionar problemas intraoperatorios de disección puesto que, en ocasiones, su contacto con la mucosa nasal es íntimo, y fácilmente ésta puede desgarrarse; por otra parte, el índice de recidivas es realmente despreciable (8, 9).

MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio retrospectivo basado en la revisión, con la correspondiente confirmación anatomopatológica, de 1536 quistes de los maxilares intervenidos quirúrgicamente en el Hospital General Vall d'Hebron de Barcelona y en el Hospital General de Granollers (Barcelona), encontramos que 9 casos habían sido diagnosticados como quistes nasolabiales; dicha casuística corresponde al período comprendido entre 1970 y 1988.

Para establecer el diagnóstico se contó con una historia clínica detallada y un examen radiológico rutinario que comprendía proyecciones periapicales, radiografía oclusal y ortopantomografía; además, obligatoriamente, el material obtenido tras la extirpación quirúrgica fue remitido al Servicio de Anatomía Patológica para su correspondiente estudio.

RESULTADOS

Los pacientes eran 2 varones y 7 mujeres, todos ellos de piel blanca, con una edad media de 44 años (límites 32 y 54 años). Se trataba de 9 adultos sanos (ASA grado I). La clínica que presentaron fue similar, en forma de tumefacción indolora del surco nasolabial, que acababa por borrarlo. En 6 individuos la lesión era derecha, mientras que en 3 era el lado izquierdo el afectado, no habiendo ningún caso de bilateralidad. A la palpación se notaba una tumoración nasolabial de consistencia blanda, renitente, siendo ligeramente desplazable; no se detectaron anomalías radiológicas en ninguno de los casos.

Siempre se efectuó, bajo anestesia local, la exéresis

del quiste por vía bucal; la disección fue fácil y en un solo caso hubo un desgarro de la mucosa nasal que obligó a su sutura. El tamaño de las piezas operatorias oscila entre 15x10x5 mm, como mínimo, y 30x12x19 mm como máximo; no se apreció correlación alguna del tamaño de la muestra con la edad del paciente.

El informe histológico refiere que el quiste remitido presentaba en 8 casos epitelio cilíndrico pseudoestratificado, mientras que el restante estaba formado por epitelio escamoso estratificado.

Se ha seguido, por el espacio de 2 años, un control postoperatorio de los pacientes, no habiéndose apreciado ninguna secuela ni tampoco recidiva clínica.

DISCUSION

De los 1.536 quistes maxilares intervenidos, 1.515 (98,6%) fueron epiteliales y 21 (1,4%) no epiteliales, también conocidos como pseudoquistes; los quistes epiteliales se repartían del siguiente modo: 489 (32,2%) eran de desarrollo odontogénico, 29 (1,9%) eran de desarrollo no odontogénico, y 997 (65,8%) eran de origen inflamatorio. De entre los 29 quistes no odontogénicos había 14 del conducto nasopalatino (48,2%, pero 0,9% del total), 6 globulomaxilares (20,6%, 0,4% del total) y 9 nasolabiales (31%, 0,6% del total).

Estos índices de incidencia son similares a los de la literatura, mostrando una clara preponderancia de los quistes inflamatorios, es decir los radicales y los residuales, y la baja frecuencia de los quistes no odontogénicos dentro de esta patología. En concreto, referido a los quistes nasolabiales, ROED-PETERSEN en 1970 había reunido 111 casos procedentes de la literatura mundial (7) aunque como es de suponer debido a su poca sig-

nificancia pronóstica, esta cifra había ya de suponerse bastante superior, tal como advierte muy pocos años después GORLIN quien eleva la cuenta hasta unos doscientos (4).

Para BHASKAR se trata de un quiste poco frecuente que sólo representa un 2,5% de todos los quistes no odontogénicos, incluyendo dentro de éstos también a los quistes no epiteliales o pseudoquistes (1); dicha cifra es realmente bastante más baja que la nuestra. Otro autor con amplia experiencia sobre el tema como es SHEAR, admite haber visto 18 ejemplares en el transcurso de 32 años (10), lo que daría una media de 1,5 casos/año que es bastante parecida a la nuestra (2,0 casos/año).

El quiste nasolabial se presenta con mayor frecuencia entre los 40 y 50 años, afectando de forma predominante a las mujeres (4) lo que también se ve en nuestra casuística; en concreto REGEZI y SCIUBBA citan un índice de 4/1 (9), mientras que el nuestro es de 3,5/1. Todos

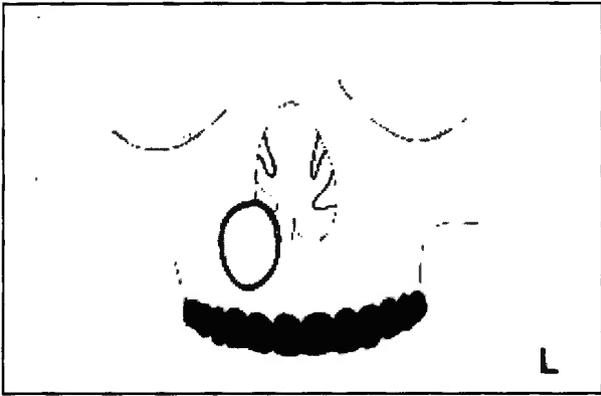


Fig. 1

Esquema mostrando la localización y tamaño habituales del quiste nasolabial.



Fig. 2

Aspecto clínico de la elevación del ala y del borramiento del surco nasolabial izquierdo.



Fig. 3

Paciente en la que se observa una tumefacción del hemilabio derecho y una ligera elevación del ala nasal homolateral.

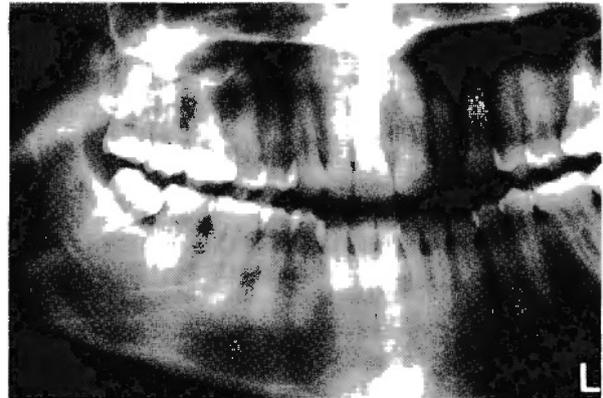


Fig. 4

Ortopantomografía de la paciente anterior en la que no puede detectarse ninguna anomalía ósea.

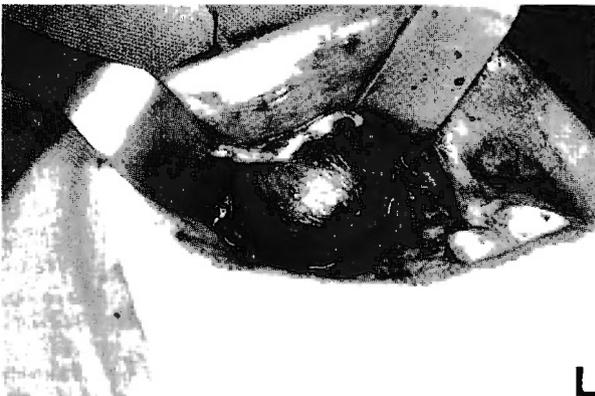


Fig. 5

Visión intraoperatoria de la membrana de un quiste nasolabial derecho, resaltando su ubicación extraósea.



Fig. 6

Aspecto del campo operatorio una vez efectuada la exéresis quística; véase la erosión del hueso alveolar y la estrecha relación con la mucosa nasal.

nuestros pacientes son de raza blanca, recordando ahora esta circunstancia puesto que BHASKAR menciona una mayor frecuencia en la raza negra (1).

Destaquemos que en un 10% de los casos hay presentaciones bilaterales (4) no siempre coincidentes temporalmente (11), hecho que no hemos tenido la fortuna de observar.

La presentación clínica es casi patognomónica (Figs. 2 y 3) tal como ya hemos comentado antes; para algunos autocares, el hecho de palpar bimanualmente un nódulo en la localización típica del fondo del vestíbulo, a nivel de incisivos y canino superiores, que sea desplazable sobre el plano óseo (12) y con ausencia de anomalías radiográficas (Fig. 4) ya es suficiente para establecer un diagnóstico de presunción.

Hay autores que refieren que puede observarse una disminución de la densidad ósea en la región apical de incisivos y caninos, por reabsorción compresiva; nosotros no fuimos capaces de apreciar dichos detalles en nuestra exploración radiológica de rutina. También se cita la posibilidad de ver deformaciones de la pared anterior y del suelo de la fosa nasal en una proyección oclusal (13), así como de observarlo tras una inyección con contraste radioopaco de la cavidad intraquística (4, 13, 14).

A pesar de ocasionar una clínica tan exteriorizada el diagnóstico suele ser tardío, bien porque el curso es recidivante y el paciente le otorga poca importancia (11), bien porque se trata de una entidad poco conocida para quien debiera diagnosticarla. El curso recurrente se debe a que se suelen producir remisiones espontáneas, llegándose a establecer drenajes y fistulizaciones hacia el exterior o bien hacia las fosas nasales (10), hecho este último que debería examinarse de modo sistemático para observar la posible salida de un líquido seromucoso; curiosamente un 30% de los pacientes afectos consultan

tras más de 2 años de evolución (15) lo que coincide con nuestras observaciones en las que la primera visita se hacía entre los 6 meses, como mínimo, a los 3 años como máximo.

Sin embargo, se cita que la distinción con otros procesos tales como un absceso odontógeno o un forúnculo nasal puede ser difícil (4); las dudas diagnósticas pueden ampliarse hasta patología de las glándulas menores de esta zona como un quiste de retención mucoso o un adenoma pleomorfo (16).

Desde el punto de vista histológico lo más común es que el quiste se halle revestido por un epitelio cilíndrico pseudoestratificado aunque de forma más excepcional, tal como hemos comprobado, por un escamoso estratificado o una combinación de ambos (4); se pueden también observar células ciliadas y mucosecretoras, y a menudo cambios con substrato inflamatorio.

El tratamiento es quirúrgico consistiendo en la exéresis simple, lo que se hace mediante un amplio abordaje vestibular (Fig. 5) y bajo anestesia local; es importante observar que el quiste está siempre situado por delante del periostio al que respeta, aunque en su crecimiento puede ocasionar una impronta al hueso alveolar (Fig. 6). Ha de quedar claro que se trata de un quiste extraóseo, y que no requiere ningún tipo de tratamiento dentario. En los casos en los que se ha producido un drenaje nasal puede ser difícil el despegamiento del quiste respecto a la mucosa nasal; ésta, por su fragilidad, acaba desgarrándose lo que obliga a su sutura ulterior.

El porcentaje de recidiva es ínfimo (8, 9), no habiéndose reportado ningún caso de comportamiento agresivo ni de transformación carcinomatosa (8).

Correspondencia:
Dr. Cosme Gay Escoda
Ganduxer, 140
08022 Barcelona

BIBLIOGRAFIA

- BHASKAR SN. Patología Bucal. Buenos Aires: El Ateneo, 1986:175-6.
- PINDBORG JJ, KRAMER IRH, TORLONI H. Histological typing of odontogenic tumors, jaw quists and allied lesions. Geneva: World Health Organization, 1971.
- SHEAR M. Cysts of the jaws; recent advances. *J Oral Pathol* 1985; 14:43-59.
- GORLIN RJ. Quistes de los maxilares, suelo de boca y cuello. In: Thoma. *Patología Oral* (eds.: Gorlin RJ, Goldman HM). Barcelona: Salvat, 1973:502-4.
- ALLARD RHB. Nasolabial cyst: review of the literature and report of 7 cases. *Int J Oral Surg* 1982; 11:351-9.
- WESLEY RK, SCANNEL T, NATHAN LE. Nasolabial cyst: presentation of a case with a review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1984; 42:188-92.
- ROED-PETERSEN B. Nasolabial cysts. *Brit J Oral Surg* 1970; 7:84-95.
- VAN DER WAAL I, VAN DER KWAST WAM. Non odontogenic cysts. In: *Oral Pathology* (eds. Van der Waal I, Van der Kwast WAM). Chicago: Quintessence Publishing Co., 1988:147-8.
- REGEZI JA, SCIUBBA JJ. Cysts of the Oral Region. In: *Oral Pathology. Clinical-Pathological Correlations* (eds. Regezi JA, Sciubba JJ). Philadelphia: WB Saunders Co., 1989:320.
- SHEAR M. Nasolabial (nasolabial) cyst. In: *Cysts of the Oral Regions* (eds. Shear M). Oxford: Wright, 1992:130-5.
- CALATRAVA L. Quistes foliculares. Primordiales (queratoquistes). Fisurarios. Etiopatogenia. Anatomía Patológica, clínica y tratamiento. Seudoquistes. In: *Lecciones de Patología, Quirúrgica Oral y Maxilofacial* (eds. Calatrava L). Madrid: El Oteo, 1979:486-7.
- REYCHLER H. Revue des pseudo-kystes et lacunes osseuses des maxillaires. *Rev. Stomatol Chir Maxillofac* 1988; 89:190-8.
- CINELLATO LE, DAMANTE JH. Contributions of radiographs to the diagnosis of nasolabial cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984; 58:729-35.
- HÖRCH HH. Quistes en la región bucomaxilofacial. In: *Cirugía Odonotomatólogica* (eds. Horch HH). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1992.
- MENIZ C, MARTINEZ C, DEL CANTO M, DONADO M. Quistes epiteliales no odontogénicos. *Avances en Odonotomatólogía* 1992; 8:667-80.
- DONADO M. Quistes de los maxilares. In: *Cirugía Bucal. Patología y Técnica* (eds. Donado M). Madrid: El Autor, 1990; 728-9.