



caso
CLÍNICO



Vázquez Gubianes, J.
Ldo. en Odontología. Alumno del Máster en Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad San Pablo-CEU Madrid.

Loughney González, A.
Coordinadora del Máster de cirugía Bucal e Implantología USP-CEU. Lda. en Odontología. Máster en Cirugía Bucal e Implantología. Máster en Medicina Molecular y daño oxidativo. Profesora en la Facultad de Medicina USP-CEU. Práctica privada en Madrid.

Godín Fernández, P.
Lda. en Odontología. Alumna del Máster en Cirugía bucal e Implantología de la Universidad San Pablo-CEU Madrid.

Pezzi Rodríguez, M.
Cirujano Maxilofacial del grupo Hospitales de Madrid. Profesor del Máster en Cirugía Bucal e Implantología USP-CEU.

Fernández Domínguez, M.
Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del grupo Hospitales de Madrid. Director del Dpto. de Odontología de la Facultad de Medicina en la Universidad San Pablo-CEU. Director del Máster en Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad San Pablo-CEU Madrid.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

correspondencia:

Jaime Vázquez Gubianes
c/ Diego de León 41
28006 Madrid
jaimevazquezgubianes@gmail.com
Tel.: 915 611 517

Fecha de recepción: 3 de noviembre de 2013.
Fecha de aceptación para su publicación:
21 de marzo de 2014.

QUISTE DE KLESTADT. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y PRESENTACIÓN DE UN CASO

Vázquez Gubianes, J., Loughney González, A., Godín Fernández, P., Pezzi Rodríguez, M., Fernández Domínguez, M. Quiste de Klestadt. Revisión de la literatura y presentación de un caso. *Cient. Dent.* 2014; 11; 1: 33-36.

RESUMEN

El quiste nasolabial es un quiste muy infrecuente, no odontogénico y que tradicionalmente se ha clasificado dentro de los llamados fisurados. Su etiología es desconocida, se supone que este origen puede estar en la línea de fusión de los procesos frontonasal y maxilares, por retención de restos ectodérmicos.

Clínicamente se observa una tumefacción de crecimiento lento, consistencia blanda que produce elevación del ala de la nariz y es asintomático, a no ser que exista infección. En algunos casos de gran expansión se puede llegar a producir una reabsorción ósea del proceso alveolar.

Para el diagnóstico son necesarias tomografías computerizadas o resonancias magnéticas, con la finalidad de estudiar los tejidos blandos. El tratamiento de la lesión habitualmente consiste en su resección quirúrgica a través de un acceso intraoral sublabial.

Se presenta un caso clínico de una paciente de 66 años de edad, que acude a consulta con un aumento del volumen de la nariz izquierda y rinorrea derecha. A la exploración extraoral se observa un nódulo en el vestíbulo a nivel de la nariz izquierda. Tras el estudio radiológico se concluye que la lesión es compatible con un quiste nasolabial, por lo que se procede a su exéresis mediante abordaje intraoral sublabial. Posteriormente, el análisis anatomopatológico confirmó el diagnóstico de presunción.

PALABRAS CLAVE

Quiste nasolabial; Quiste nasoalveolar; Quiste de Klestadt.

KLESTADT CYST. REVIEW OF THE LITERATURE AND PRESENTATION OF A CASE

ABSTRACT

The nasolabial cyst is a very infrequent cyst, not odontogenic, that traditionally has been classified within those called fissured. Its etiology is unknown and signifies that this origin can be in the fusion line of the frontonasal and maxillary processes, due to retention of ectodermal residue.

Clinically, a swelling of slow growth and soft consistency is observed that produces the elevation of the lateral part of the nostril and it is asymptomatic, unless there is infection. In some cases of large expansion it can produce an osseous resorption of the alveolar process.

For the diagnosis computerized tomographs or magnetic resonances are necessary, for the purpose of studying the soft tissues. The treatment of the lesion usually consists of surgical resection through an intraoral sublabial access.

A clinical case is presented of a patient of 66 years of age, who comes to the consultation with an increase of the volume of the left nostril and right rhinorrhoea. In the extraoral examination a nodule is observed in the vestibule at the level of the left nostril. After the radiological study it is concluded that the lesion is compatible with a nasolabial cyst, which was removed through a sublabial intraoral approach. Afterwards, the anatomopathological analysis confirmed the presumed diagnosis.

KEY WORDS

Nasolabial cyst; Naoalveolar cyst; Klestadt cyst.

INTRODUCCIÓN

El quiste nasolabial, también conocido como quiste nasolabial y quiste de Klestadt, debe su primera descripción a Zuckerkandl en 1882. El primer caso que recoge la literatura fue publicado en 1892 por Chatelier¹⁻³.

Es un quiste no odontogénico que afecta a los tejidos blandos, se localiza en la parte anterior del maxilar superior en la región nasal. Suele ser unilateral. El lado derecho tiene una mayor incidencia que el izquierdo.

Comprenden entre el 0,7 y el 2,5% del total de los quistes orales. Son más frecuentes que en hombres en una proporción de 3:1. Se suelen presentar en la cuarta década de la vida. Alrededor del 10% son bilaterales⁴.

El origen de estos quistes es un punto de controversia, existiendo varias teorías que tratan de explicar su formación.

La nariz se desarrolla embriológicamente entre la cuarta y la quinta semana de gestación, cuando se produce una proliferación del tejido mesenquimal dando lugar al proceso maxilar, el proceso nasal medial y el lateral. Es en este punto del proceso embriológico donde se produce un atrapamiento celular que dará lugar al quiste³.

Una teoría considera que estos quistes se desarrollan debido al atrapamiento de restos ectodérmicos en la parte interior del conducto nasolacrimal que se encuentra desplazado¹.

Otra teoría más aceptada explica que estos quistes se producen por atrapamiento de restos ectodérmicos en la zona de fusión de los procesos maxilares, lateral nasal y medial nasal. Queda así acuñado el término de quistes fisurales para referirse a los nasolabiales³.

Estas teorías no son necesariamente excluyentes entre sí. El proceso por el cual a través de esos restos epiteliales atrapados se logra consolidar un quiste no es conocido por el momento, manteniéndose una actitud expectante.

Brown-Kelly describió la histopatología de este tipo de lesión por primera vez, en 1898. Se puede observar un epitelio pseudoestratificado ciliado o estratificado ciliado cilíndrico. Entre estas células escamosas se pueden observar células globulares que se identifican como espacios claros. En quistes infectados se puede apreciar también la aparición de metaplasias escamosas^{5,6}.

A nivel clínico se puede observar una masa de consistencia blanda, móvil que genera una protrusión del labio superior. El desarrollo del proceso quístico produce una elevación del ala nasal y/o del suelo nasal, o de ambos. Puede cursar con obstrucción nasal o no. No suelen producir sintomatología, aunque si se infectan sí pueden producir dolor. La lesión puede romperse espontáneamente drenando a nivel oral, nasal o fistulizar a nivel cutáneo. Cuando se produce esta ruptura o en casos de grave expansión se han encontrado lesiones de reabsorción ósea, pudiendo llegar a afectar gravemente las corticales. El contenido quístico suele ser seroso

o mucoso a no ser que esté infectado o exista un componente hemorrágico⁷.

El diagnóstico del quiste nasolabial es clínico y radiológico. La palpación bidigital de la lesión revela su consistencia blanda y fluctuante. La localización en el vestíbulo nasal y la tumefacción labial y del ala nasal ayudan a completar el diagnóstico.

A nivel radiológico, las radiografías convencionalmente utilizadas en odontología (ortopantomografía, proyección de Waters o periapicales) solo mostrarán el defecto óseo, si este existe, por lo que no serán de elección. También se han utilizado algunos medios de contraste para conocer las dimensiones del quiste. Las pruebas radiográficas de elección son la tomografía computerizada (TAC) y la resonancia magnética, ya que permiten estudiar los tejidos blandos. Estas pruebas muestran la naturaleza quística de la lesión, su relación con el ala nasal y el hueso maxilar^{1,6}.

El diagnóstico diferencial del quiste nasolabial no infectado se establece con los quistes de extravasación mucoso grande o el adenoma quístico salivar.

El diagnóstico diferencial del quiste nasolabial infectado se establece con un absceso dentoalveolar agudo, para diferenciarlo habría que realizar una prueba de vitalidad pulpar. También se establece con la forunculosis nasal, granulomas periapicales o quistes odontogénicos^{1,8,9}.

El tratamiento más divulgado en la literatura consiste en la exéresis quirúrgica completa de la lesión por vía intraoral a través de una incisión sublabial¹⁻¹². Los resultados de esta técnica son muy satisfactorios con una una tasa de recurrencias baja.

Otro posible tratamiento es el abordaje endonasal con marsupialización que se realiza con endoscopio. Sin embargo esta técnica tiene pocas ventajas y se limita su uso a aquellos casos en los que la extensión sea en dirección superior³.

El pronóstico del quiste nasolabial es altamente satisfactorio y las recidivas son raras .

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 66 años, que acude a consulta del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Madrid-Sanchinarro por aumento de volumen de la nariz izquierda. Nota ocasionalmente obstrucción de la fosa nasal izquierda y rinorrea derecha. No presenta antecedentes médicos de interés ni alergias medicamentosas. Es fumadora de una cajetilla diaria.

A la exploración intraoral se observó un nódulo a nivel vestibular en relación con el ala nasal izquierda, de consistencia blanda y coloración violácea. A la exploración extraoral se apreciaba también una elevación del ala nasal izquierda y una ligera protrusión del labio superior. Ante las evidencias clínicas se solicitó una Tomografía axial computerizada TAC para obtener un diagnóstico de imagen.

En el TAC se observa una lesión de 2 x 1,5 cm, compatible con un quiste nasolabial, por lo que se decide someter a la paciente a una intervención quirúrgica para la exéresis de la lesión (Figura 1).

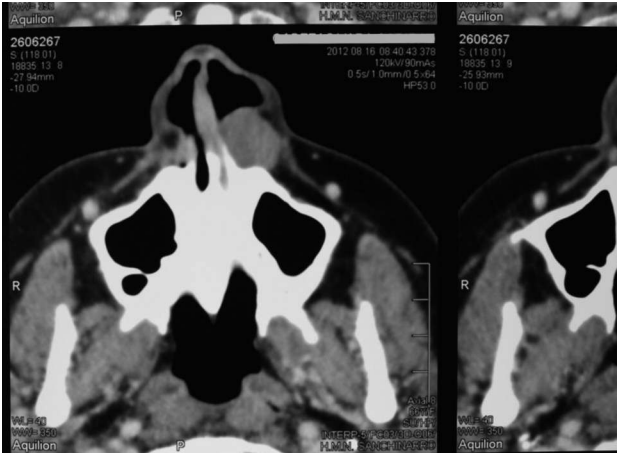


Fig. 1. TAC maxilar superior, corte axial, lesión en la zona paranasal izquierda.

Bajo anestesia general se realiza una incisión a fondo de vestíbulo de 2 cm (Figura 2). Se realiza un despegamiento y una disección pericapsular por planos, respetando la integridad quística para su posterior extirpación en bloque (Figura 3). Quiste nasolabial extraído (Figura 4). Por último se legra la cavidad y se sutura con un Vicril 3/0 (Figura 5).



Fig. 2. Incisión lineal de unos 2 cm.



Fig. 3. Despegamiento y disección por planos.



Fig. 4. Quiste nasolabial extraído.

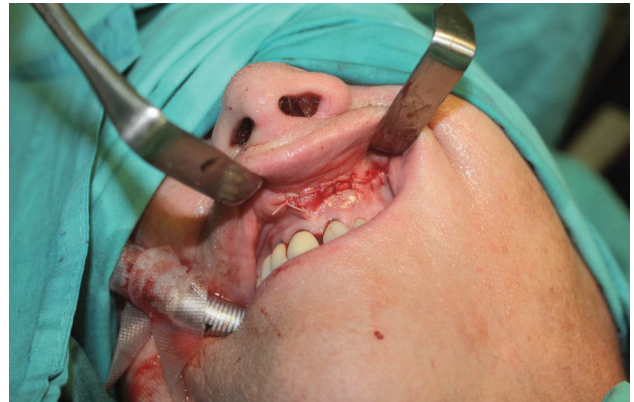


Fig. 5. Sutura continua con Vicril 3/0.

El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de un quiste de Klestadt.

A la revisión se observó una candidiasis orofaríngea, posiblemente derivada de la intubación, por lo que se pautó mycostatin® en suspensión oral, 5 ml cada 12 horas, y se citó en una semana. En la siguiente revisión la candidiasis había remitido y el aspecto de la herida era muy favorable.

DISCUSIÓN

La mayoría de autores coinciden en que la incidencia es mayor en mujeres con una proporción de 3:1. Patil y cols.,¹¹ concluyen con que es más frecuente en el lado izquierdo de la cara, sin embargo Blasco y cols.⁵ consideran el lado derecho el más afectado. Pingarrón y cols.,³ afirman que los casos de quistes bilaterales suponen alrededor de un 10%, al igual que la revisión realizada por Curé y cols.,⁷.

En cuanto a las pruebas diagnósticas existe unanimidad en que las tomografías computerizadas y resonancias magnéticas son las que permiten un estudio más detallado de la patología. Chrcanovic y cols.,¹ afirman que si existe reabsorción ósea por presión esta pueda ser observada en otro tipo de pruebas, como ortopantomografías. También se defiende el uso de resonancias magnéticas como la prueba más eficaz para establecer el diagnóstico. Navarro y col.,⁶ advierten que el diagnóstico clínico también ha de ser tenido en cuenta y

sugieren una palpación bidigital entre el suelo del vestíbulo nasal y la unión gingivolabial. Yerli y cols.,⁸ concluyen con que las tomografías computerizadas son de elección al ser más sensibles a las posibles calcificaciones del contenido quístico, y dan una mejor resolución y detalles óseos, coincidiendo con las conclusiones obtenidas por Choi y cols.,¹⁰. La ultrasonografía también ha sido referida como un método de ayuda en el diagnóstico del contenido de la lesión, así se refleja en un estudio realizado por Kemal y cols.,².

El tratamiento consiste en la resección quirúrgica de la lesión. La mayoría de autores refieren realizar esta intervención por vía intraoral mediante una incisión sublabial. Pingarrón y cols.,³ afirman que la resección por vía intraoral es la mejor técnica y que su pronóstico es excelente. Chrcanovic y cols.,¹ proponen un abordaje endonasal con marsupialización. Pingarrón y cols.,³ en una presentación de un caso clínico añaden que la rinotomía lateral se ha utilizado en casos en los que la extensión del quiste es en dirección superior. Choi y cols.,¹⁰ afirman que ambas técnicas son válidas, pero que es necesaria una cierta experiencia con el endoscopio nasal para realizar un abordaje endonasal.

CONCLUSIONES

- El origen de los quistes nasolabiales es desconocido, aunque existen dos teorías. La primera lo explica por atrapamiento de restos ectodérmicos entre los procesos maxilar y nasal. La segunda afirma que se originan por restos en el conducto nasolacrimal. No son necesariamente excluyentes entre sí.
- La mayoría se producen en mujeres a partir de la cuarta década de la vida. Suelen ser unilaterales, aunque se han publicado casos de quistes bilaterales.
- Para su diagnóstico son necesarias pruebas radiográficas que permitan el análisis de tejidos blandos. Las más solicitadas son la resonancia magnética y la tomografía computerizada.
- El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa de la lesión por vía intraoral sublabial, para su posterior estudio histopatológico, aunque también se puede optar por el abordaje endonasal con marsupialización.



BIBLIOGRAFÍA

1. Chrcanovic BR, López Alvarenga R, Souza LN, De Paula AMB, Freire-Maia B. Quiste nasolabial: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Av Odontoes-tomatol* 2011; 27 (3): 123-7.
2. Kemal R, Dahiya P y Palaskar S. Klestadt's cyst. *J Nat Sci Biol Med.* 2011; 2(1): 128-130.
3. Pingarrón L, Sánchez R, Chamorro M, Navarro I, Mirada E, Burgueño M. Quiste nasoalveolar bilateral. *Rev Esp Cir Oral y Maxilofac* 2009;31 (2): 133-7.
4. Donald R, Peters E. Clinical Presentation and differential Diagnosis of Nasolabial Cyst. *J Can Dent Assoc* 2003; 69 (3): 146-9.
5. Blasco F, Nalda F, Mauriño N. Quiste nasolabial. *Rev Odont* 2006; 21: 50-1.
6. Navarro R, Bazzo V.J, Leocadia N, Eid M. Nasolabial cyst: presentation of a clinical case with CT and MR images. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2008; 74 (3): 467-71.
7. Curé J, Osguthorpe D, Van Tassel P. MR of Nsolabial Cysts. *Am J Neuroradiol* 1996; 17:585-88.
8. Yerli H, Cabbaspur C, Aydin E. CT findings of a nasoalveolar cyst. *Br J Radiol* 2009; 82: 76-8.
9. Bapuso A, Gosavi A, Lanjeur D. Nasolabial cyst. A case report with review of literatura. *Int J Health Sci Res* 2012; 1 (2):161-6
10. Choi J H, Kang H J. Nasolabial cyst: a retrospective analysis of 18 cases. *Ear Nose Throat J* 2002; 81: 94-6.
11. Patil K, Mahima VG, Divya A. Klestadt's cyst: A rarity. *Indian J Dent Res* 2007; 18: 23-6.
12. Granell J, Calvo M, Puig A, Prieto E. Quiste nasoalveolar: características clínico-patológicas y estudio de imagen. *ORL Dips* 2002; 29 (2): 90-2.