

Quiste nasofaríngeo: a propósito de un caso

Nasopharyngeal cyst: report of a case

Escorial Sanz O

Sebastián Cortés JM

Abenia Igalaturre JM

Urpegui García A

Royo López J

Millán Guevara J

Servicio de ORL. Hospital Clínico
Universitario "Lozano Blesa" de
Zaragoza.

RESUMEN

Los quistes nasofaríngeos son una patología poco frecuente. Es importante tener en cuenta, para el diagnóstico diferencial, que pueden tener un origen congénito o adquirido, así como una localización medial o lateral. Presentamos un caso clínico de quiste nasofaríngeo a nivel de la línea media en un varón asintomático de sesenta y tres años. Se comentan los diferentes tipos de quistes que pueden diagnosticarse a nivel nasofaríngeo y se discute el diagnóstico diferencial de los quistes localizados a nivel de línea media, siendo tal el caso que exponemos.

PALABRAS CLAVE:

Quistes nasofaríngeos. Quiste de Tornwald. Quiste de retención adenoideo.

SUMMARY

Nasopharyngeal cysts are uncommon. As far as the differential diagnosis is concerned, it must be noticed its congenital or acquired origin, and the place they are located, midline or lateral. We present a case of a midline nasopharyngeal cyst in a man of sixty three years old. We discuss about the different nasopharyngeal cysts and about the differential diagnosis of midline nasopharyngeal cysts.

KEY WORDS:

Nasopharyngeal cysts. Tornwaldt's cyst. Adenoid retention cyst.

Introducción

Los quistes nasofaríngeos son entidades clínicas infrecuentes, por lo que generalmente aparecen descritos como casos aislados, siendo difícil encontrar en la literatura grandes series. Los quistes pequeños son generalmente asintomáticos, mientras que los quistes mayores, dependiendo de su localización, pueden causar obstrucción nasal con rinolalia posterior e hipoacusia transmisiva.

De acuerdo con la clasificación de Nicolai et al¹, basada en criterios topográficos y etiopatogénicos, los quistes nasofaríngeos se dividen en congénitos y adquiridos, mediales o laterales (Tabla I)

La edad de presentación abarca un rango muy amplio, entre los 14 y los 65 años, con un pico de incidencia en torno a los 40 años. Generalmente los quistes de la línea media aparecen en torno a la cuarta década de la vida y los laterales en torno a la sexta.

Caso Clínico

Paciente de 63 años que es diagnosticado hace un año de edema de Reinke moderado y bilateral a nivel de cuerdas vocales. El paciente rechaza la intervención quirúrgica, por lo que es revisado periódicamente. Coincidiendo con un cuadro catarral de vías respiratorias altas, durante la

Tabla I

Clasificación quistes nasofaríngeos (Nicolai et al, 1989)

Quistes nasofaríngeos de la línea media

- Quistes congénitos:
 - Quistes de la bolsa faríngea embrionaria
 - Quistes de la bolsa de Rathke.
- Quistes adquiridos:
 - Quistes de retención del receso medial de la amígdala faríngea
 - Quistes de retención de las glándulas seromucosas

Quistes laterales

- Quistes congénitos:
 - Quistes de origen braquial.
- Quistes adquiridos:
 - Quistes de retención de las glándulas seromucosas.

revisión endoscópica se aprecia una neoformación de superficie lisa y que protuye a nivel de rinofaringe. Se procede a la toma de biopsia de la lesión, con resultado de hipertrofia adenoidea y se realiza un estudio de imagen mediante TC que muestra la presencia de una lesión quística bien delimitada, a nivel de línea media de nasofaringe, con centro hipodenso, sin repercusión aparente sobre la fascia cervical profunda, ni componente infiltrativo, ni desestructuración loco-regional. El diagnóstico de quiste nasofaríngeo de línea media nos obliga a hacer un diagnóstico diferencial con otras estructuras quísticas nasofaríngeas, por lo que es preciso el estudio mediante RMN, que muestra una imagen quística isointensa en T1 e hiperintensa en T2. La ausencia de desestructuración e infiltración, la captación periférica de contraste mostrando una lámina delgada de grosor irregular y de señal alta en T1, así como la ausencia de adenomegalias locorregionales, sugiere benignidad.



Fig. 1: TAC donde se observa masa quística nasofaríngea bien delimitada en línea media.

Discusión

Los quistes de retención son los más frecuentes a nivel de la línea media. Se consideran debidos a una coalescencia del receso medial de la amígdala faríngea y generalmente se asocian a adenoidectomía previa (1, 2).

Los quistes congénitos de la línea media pueden originarse de la bolsa faríngea (quiste de Tornwaldt's) o de la bolsa de Rathke. La bolsa faríngea se observa en el 40% al 60% de los fetos humanos y puede persistir en el 3% de los adultos. Se ha descrito el origen del quiste de Tornwaldt's como un remanente anterior de la notocorda y el endodermo faríngeo, localizado a nivel de la línea media, como una masa nasofaríngea submucosa. En el embrión humano la

notocorda forma un eje a nivel de la línea media a partir del cual se desarrolla el esqueleto axial (3). Durante la sexta semana de desarrollo embrionario, se produce la regresión de la porción cefálica de la notocorda. Ocasionalmente, este remanente de notocorda puede permanecer, quedar englobado en la ventana posterior faríngea y comunicarse con el epitelio faríngeo, lo que permite una vía de entrada para el desarrollo de epitelio respiratorio y la formación de un espacio potencial a nivel de la línea media, en el ángulo

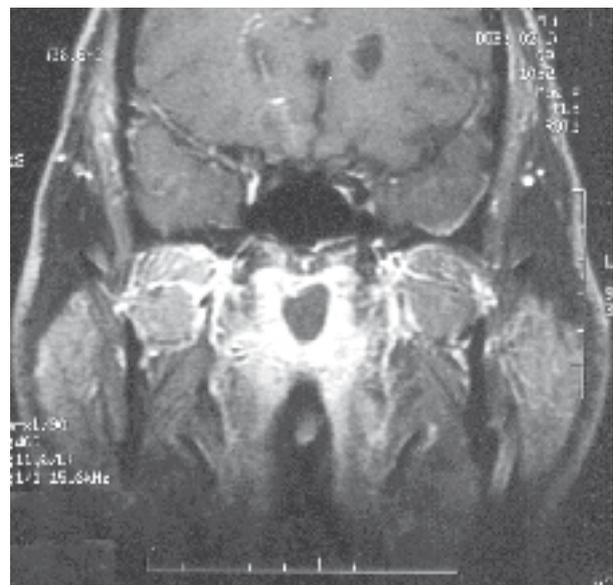


Fig. 2: RMN en secuencia T1, donde se observa imagen quística de contenido hipointenso.



Fig. 3: RMN en secuencia T2, donde se observa masa quística de contenido hiperintenso.

posterossuperior de la nasofaringe. Si dicha puerta de entrada posteriormente se obstruye parcial o totalmente, como resultado de infecciones o tras adenoidectomía, el resultado es la formación de un quiste (4).

La incidencia del quiste de Tornwaldt's es de un 4% de las series de autopsias, con una predilección por la presentación clínica en la segunda y tercera décadas de la vida. No obstante la realización de resonancia magnética, no necesariamente indicada por patología nasofaríngea, muestra picos de máxima incidencia en el periodo de los 40 a 60 años (5). De hecho el quiste de Tornwaldt's es generalmente asintomático. Los primeros síntomas pueden comenzar tras el drenaje espontáneo en la nasofaringe o como resultado del englobamiento de plexos nerviosos a dicho nivel, originando cefalea occipital, mialgia cervical, halitosis y alteraciones en la ventilación del oído medio (6).

La clínica, así como los hallazgos anatomopatológicos, de los quistes de retención y los originados de la bolsa faríngea son similares, por lo que la distinción entre ellos es difícil. Guggenheim (7) sugiere que el criterio diferencial es topográfico dependiendo de la relación anatómica con la fascia faringobasilar. Correspondiendo los quistes superficiales a ésta a quistes de retención y los profundos derivados de la bolsa faríngea.

Los quistes originados de la bolsa de Rathke son extremadamente raros. Se localizan, por razones embriológicas, anterior y superiormente al lugar de origen de los quistes de retención y de los quistes de Tornwaldt's. El único rasgo distintivo es el estudio anatomopatológico, demostrando un epitelio interno escamoso estratificado, relacionado con su origen ectodérmico (8).

El caso que comentamos, al tratarse de una masa quística en la línea media de localización posterior, presenta la dificultad del diagnóstico diferencial entre el quiste de retención adenoidea y el quiste de Tornwaldt. La ausencia de adenoidectomía previa del paciente, el tamaño y la localización profunda con respecto a la fascia faringobasilar nos hacen pensar en el diagnóstico de quiste de Tornwaldt. Sin embargo en la literatura diversos autores otorgan especial interés al contenido quístico para el diagnóstico diferencial de modo que el quiste de Tornwaldt aparece en estudios de RMN como hiperintenso en las secuencias T1 y T2, mientras que el quiste de retención aparece iso o hipointenso en T1 e hiperintenso en T2 (Tabla II)

Al tratarse los quistes nasofaríngeos de una patología benigna, en los casos asintomáticos o en pacientes de edad avanzada, se puede tomar una postura expectante. Una vez decidido actuar, el tratamiento de elección es la cirugía con una total exéresis del quiste con su pared. El abordaje se realiza según el tamaño y la localización de la lesión, se han descrito la vía transoral, el abordaje por vía transpalatina o por faringotomía (9) y en la actualidad la vía endoscópica. Nuestra actitud inicial es expectante, debido a que el paciente permanece asintomático.

Bibliografía

1. Nicolai P, Luzzago F, et al. Nasopharyngeal cysts. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1989;115:860-5.
2. Alarcos E, Morais De, et al. Quistes congénitos de nasofaringe. Presentación de un caso. Acta Otorrinolaring. Esp. 1997;48,5:409-12.
3. Miller RH, Sneed WF. Tornwaldt's bursa. Clin Otolaryngol 1985;10:21-5.
4. Eve C, Shank , et al. Tornwaldt's cyst: Case report with magnetic resonance imaging. Otolaryngology Head and Neck Surg 1990;102(Vol2):169-73.
5. Ikushima I, Korogi Y, et al. MR imaging of Tornwaldt's cysts. AJR Am J Roentgenol 1999;172:1663-5.
6. Magliulo G, Fusconi M, et al. Tornwaldt's cyst and Magnetic Resonance imaging. Ann Otol Rhinol Laryngol 2001;110:895-96.
7. Guggenheim P. Cysts of the nasopharynx. Laryngoscope 1967;75:2147-68.
8. Badrawy R, Safwat F. Cysts of the nasopharynx. J Laryngol Otol. 1974;88:571-8.
9. Robinson PM. Nasopharyngeal cysts. J Laryngol Otol 1988;102:182-3.

Correspondencia

Olga Escorial Sanz.
Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"
Avda. San Juan Bosco, 15
50009 Zaragoza
Tlf: 679 36 48 11

Tabla II:
Imagen característica de algunas patologías quísticas nasofaríngeas (Magliulo et al, 2001)

	TC	RMN-T1	RMN-T2
• Quiste de retención adenoideo:	Tejido sólido	Isointenso	Hiperintenso
• Meningocele	Defecto óseo	Isointenso	Hiperintenso
• Mucocele esfenoidal	Defecto óseo	Isointenso	Hiperintenso
• Quiste de Rathke	Tejido sólido	Isointenso	Hiperintenso
• Quiste de Tornwaldt	Tejido sólido	Hiperintenso	Hiperintenso