

## Quiste nasolabial: Reporte de dos casos

### Nasolabial cysts: Report of two cases

Rodrigo Cabezón A<sup>1</sup>, Matías Willson E<sup>2</sup>, Francisco García-Huidobro N<sup>2</sup>, Karina Lira R<sup>2</sup>, Antonieta Solar G<sup>3</sup>.

#### RESUMEN

*Los quistes nasolabiales son lesiones quísticas poco frecuentes, que se presentan como ocupación de la fosa canina, el ala nasal o el vestíbulo nasal. Usualmente son asintomáticas, pero pueden infectarse. El diagnóstico se realiza con el examen físico y exámenes imagenológicos, como la tomografía computarizada y/o resonancia magnética. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica completa por abordaje sublabial, o por marsupialización endoscópica transnasal. Se describen dos casos, uno de ellos es una paciente de sexo femenino que presenta deformidad nasal producto del crecimiento progresivo de un quiste nasolabial unilateral, y otro de un paciente de sexo masculino que presenta una celulitis facial severa, con una tomografía computarizada que muestra quistes nasolabiales bilaterales. Los quistes nasolabiales deben ser considerados como parte del diagnóstico diferencial en otorrinolaringología en cuadros de deformidad nasal y aumento de volumen facial.*

**Palabras clave:** Quiste nasolabial, abordaje sublabial, marsupialización endoscópica.

#### ABSTRACT

*Nasolabial cysts are a rare developmental cyst, presenting as a fullness of canine fossa, nasal ala or vestibule of the nose. They are usually asymptomatic but may become infected. The diagnostic approach includes physical examination and imaging studies such as computed tomography and/or magnetic resonance imaging. Treatment is complete surgical excision by sublabial approach, or transnasal endoscopic marsupialization. Here we describe two cases, one female presenting as nasal deformity due to progressive growth of unilateral nasolabial cyst, and a healthy young male presenting severe facial cellulitis, with a computed tomography showing bilateral nasolabial cysts. Nasolabial cyst should be incorporated in the differential diagnosis of nose deformities and facial swelling in otorhinolaryngology.*

**Key words:** Nasolabial cyst, sublabial excision, transnasal endoscopic marsupialization.

<sup>1</sup> Departamento de Otorrinolaringología, Clínica las Condes, Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Departamento de Otorrinolaringología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

<sup>3</sup> Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Los autores declaran no tener conflictos de interés

Recibido el 17 de agosto de 2019. Aceptado el 11 de noviembre de 2019.

## INTRODUCCIÓN

Los quistes nasolabiales, también conocidos como quistes nasoalveolares o de Klestadt, fueron descritos por primera vez por Zuckermandl en 1882<sup>1,2</sup>. Son lesiones poco frecuentes que afectan a 1,6 de cada 100.000 personas por año, con mayor frecuencia a mujeres (4:1), de raza afroamericana, en la cuarta y quinta década de la vida. De éstos, el 90% son unilaterales y frecuentemente son subdiagnosticados<sup>3,4</sup>. Los quistes nasolabiales son quistes no odontogénicos que se desarrollan lateral al frenillo maxilar. Generalmente se presenta como aumento de volumen en el pliegue nasolabial, provocando elevación del ala nasal y proyección del labio superior. Estas lesiones pueden crecer en forma lenta e indolora durante años. Debido a su relación anatómica con la cavidad nasal y las piezas dentales, los quistes nasolabiales tienden a infectarse fácilmente. Esto provoca un rápido aumento en el crecimiento del quiste, lo cual produce dolor<sup>1,5</sup>.

El diagnóstico se realiza con el examen físico y exámenes imagenológicos (como la tomografía computarizada y la resonancia magnética). Se sugiere el uso de contraste en la tomografía computarizada, que es el examen más costo-efectivo para el diagnóstico. Se confirma finalmente con un estudio histopatológico. El quiste puede ser palpa-

do en forma bimanual con un dedo en el piso del vestíbulo nasal y otro en el surco labial. Los diagnósticos diferenciales incluyen quistes del conducto nasopalatino, lesiones periapicales inflamatorias (quistes odontogénicos, granulomas y abscesos) y quistes epidermoides<sup>1,6</sup>, que si bien pueden tener presentaciones similares, las imágenes y estudio histológicos nos harán el diagnóstico final. El tratamiento de los quistes nasolabiales consiste en la extirpación quirúrgica completa de la lesión, siendo el abordaje sublabial el más utilizado. Otros autores han propuesto la marsupialización transnasal como una alternativa terapéutica más rápida, de menor dificultad y con menos complicaciones. Sin embargo, se ha descrito que este abordaje puede presentar mayor tasa de recurrencia de las lesiones<sup>3,5</sup>.

## CASO CLÍNICO 1

Paciente de sexo femenino de 52 años, con historia de aumento de volumen intermitente y doloroso del piso de la fosa nasal izquierda de 3 años de evolución, que ha producido deformidad progresiva del área descrita. La tomografía computarizada mostró una lesión redondeada de 3,2 cm. en la apertura piriforme izquierda compatible con un quiste nasoalveolar (Figura 1). Se realizó un abordaje sublabial,

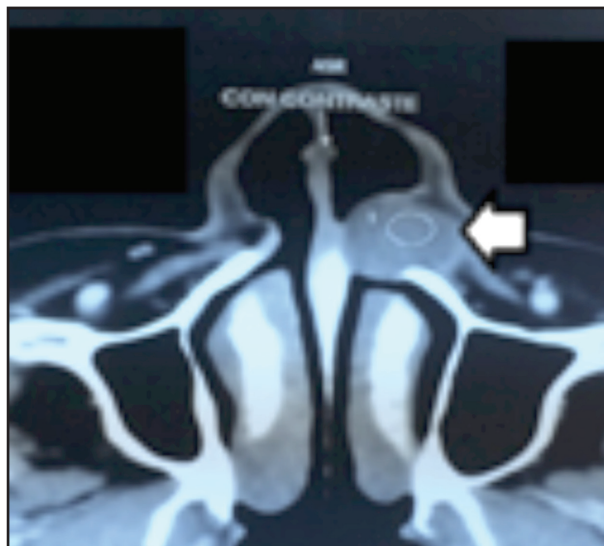


Figura 1. Quiste nasolabial izquierdo en apertura piriforme (corte axial tomografía computarizada).

permitiendo la extirpación completa del quiste (Figura 2). El estudio histológico confirmó la sospecha diagnóstica. La paciente evolucionó en forma satisfactoria, sin complicaciones, ni recurrencia del cuadro en un periodo de seguimiento de 2 años.

### CASO CLÍNICO 2

Paciente de sexo masculino de 37 años, sin antecedentes médicos previos, presenta una celulitis facial que no respondió con terapia antibiótica inicial, por lo cual requirió ser hospitalizado para recibir terapia antibiótica endovenosa. La

tomografía computarizada de órbita y maxilar con contraste (por infección aguda) mostró quistes nasolabiales bilaterales, con signos de infección activa en el quiste derecho (Figura 3). Se completó la terapia antibiótica y se programó la resección del quiste para un mes después. Se realizó un abordaje sublabial extenso y se removieron ambos quistes. El estudio histológico mostró tejido conectivo revestido por epitelio cilíndrico pseudoestratificado ciliado, lo cual confirmó la sospecha diagnóstica (Figura 4). El paciente evolucionó en forma favorable, sin nuevos episodios de celulitis facial o recurrencia de los quistes en un periodo de seguimiento de 14 meses.



Figura 2. Abordaje sublabial de quiste nasolabial izquierdo.

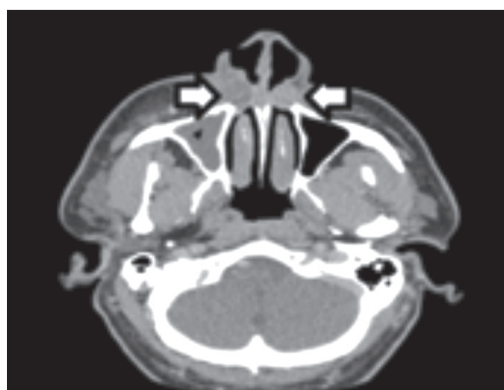


Figura 3. Quiste nasolabial bilateral (corte axial tomografía computarizada con contraste).

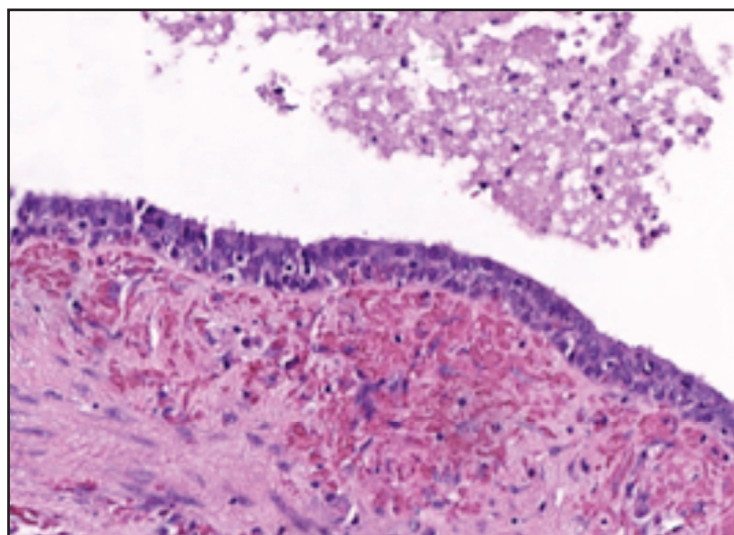


Figura 4. Hematoxilina eosina 20x microfotografía de parte de la pared del quiste. Se observa tejido conectivo.

## DISCUSIÓN

La presentación de la patología es un aumento de volumen facial, en la región nasolabial en general no doloroso, con asociación dependiendo del tamaño a alteraciones estéticas faciales y funcionales del flujo nasal. En caso de dolor, se debe sospechar sobreinfección<sup>6,7</sup>. Dentro de los diagnósticos diferenciales, los quistes odontogénicos tienen una mayor prevalencia que los no odontogénicos, donde se encuentra el quiste nasolabial. Éste solo explicaría 0,7% del total de los quistes no odontogénicos<sup>7</sup>. Para diferenciar al quiste nasolabial de otros diagnósticos diferenciales como los quistes odontogénicos, granulomas apicales y absceso periapicales se pueden realizar pruebas de vitalidad pulpar<sup>8</sup>. Estas pruebas son consideradas positivas si el diente responde a estímulos térmicos y no se observa sensibilidad a la percusión. La respuesta descrita previamente descarta que el aumento de volumen sea de origen odontogénico lo cual apoya la etiología no odontogénica<sup>9</sup>. Otro diagnóstico a considerar son los quistes dérmicos o epidérmicos, pero a diferencia de los quistes nasolabiales, éstos pueden presentar una coloración amarillenta en la mucosa que los cubren. Por otro lado, los quistes nasolabiales generalmente pueden presentar un color azulado en la mucosa o tener un aspecto normal. Además,

los quistes epidérmicos son diagnosticados con más frecuencia en edad pediátrica, mientras que los nasolabiales son más comunes en adultos, como lo fue en los casos presentados<sup>8</sup>.

El origen de los quistes nasolabiales es controversial. Las teorías más aceptadas son que los quistes derivan de remanentes del conducto nasolacrimal o de inclusiones quísticas de células mesenquimales durante la fusión de las prominencias nasales laterales y mediales al maxilar en el proceso de formación esquelética facial<sup>2</sup>.

Para complementar el diagnóstico se sugiere el estudio radiológico, que por largo tiempo consistía en radiografías para evaluar erosiones óseas y deformidades<sup>7</sup>. Actualmente se utiliza mayormente la tomografía axial computarizada de cavidades paranasales con contraste para la evaluación de la anatomía e infiltración<sup>7</sup>. Se puede utilizar en su defecto la resonancia magnética de cavidades donde lo más frecuente es evidenciar una masa quística homogénea, con intensidades variables en fase T1 y T2, que no realiza con contraste<sup>7</sup>. El estudio histológico generalmente muestra un epitelio columnar pseudoestratificado. Además Su y cols, describieron, utilizando microscopía electrónica, que los quistes presentaban una mucosa sumamente plegada, de epitelio estratificado no ciliado, que se diferencia del epitelio columnar ciliado de los senos paranasales y nasales<sup>10</sup>.

El tratamiento de los quistes nasolabiales consiste en la escisión completa de la lesión, con el objeto de prevenir complicaciones infecciosas, realizar un diagnóstico histológico y mejorar estéticamente la zona intervenida. La aspiración con aguja fina puede ser útil para realizar el diagnóstico y aliviar los síntomas, pero la recurrencia es alta, entendiéndose que no es terapéutico<sup>1</sup>. El abordaje quirúrgico es habitualmente sublabial, se sugiere una incisión sobre el borde libre gingival, en la papila interdental<sup>1</sup>, realizando un colgajo mucogingival que permite acceder a la apertura piriforme y al quiste, el cual debe ser disecado en forma cuidadosa para evitar su ruptura y asegurar su escisión completa para evitar recurrencia. Después de la intervención, el colgajo es reposicionado con suturas reabsorbibles.

Las complicaciones son poco frecuentes e incluyen aumento de volumen facial, disminución de sensibilidad gingival, anestesia dental e infección de sitio operatorio. Los pacientes deben cepillar el sitio operatorio con un cepillo de dientes suave y tener un régimen alimentario blando durante la primera semana. Las prótesis dentales pueden utilizarse inmediatamente después de la cirugía<sup>1</sup>. No existe evidencia sobre la necesidad de antibióticos en el posoperatorio en casos sin sobreinfección asociada.

Su y cols describieron en 1999 el uso del abordaje transnasal endoscópico para la marsupializa-

ción de los quistes nasolabiales como alternativa a la técnica sublabial clásica<sup>11</sup>. Asimismo, Lee y cols presentaron en 2009, un estudio comparativo entre el abordaje transnasal y el sublabial, donde se sugiere que la marsupialización endoscópica transnasal es una alternativa de abordaje más simple, que el procedimiento es más corto, y que incluso podría realizarse bajo anestesia local<sup>3</sup>. No obstante, una revisión sistemática realizada en 2016 por Sheikh y cols indica que no existirían diferencias estadísticamente significativas entre las tasas de complicaciones o recurrencias de ambas técnicas<sup>7</sup>. En ambos casos presentados, se utilizó el abordaje sublabial bajo anestesia general, por ser la técnica quirúrgica más utilizada. No hubo complicaciones o recurrencias durante el seguimiento de ambos pacientes.

## CONCLUSIÓN

Los quistes nasolabiales son lesiones poco frecuentes, sin embargo, deben ser consideradas dentro del diagnóstico diferencial de deformidades del piso nasal y aumentos de volumen facial. El abordaje sublabial es el abordaje más utilizado, sin embargo, existen otras técnicas quirúrgicas como la marsupialización endoscópica, la cual ha demostrado tener resultados similares.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ORDONES AB, NERI L, OLIVEIRA IH, TEPEDINO MS, PINNA FDE R, VOEGELS RL. Giant nasolabial cyst treated using neumann incision: case report. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2013; 17: 421-3. doi:10.1055/s-0033-1351674.
2. EL-DIN K, EL-HAMD AA. Nasolabial cyst: a report of eight cases and a review of the literature. *J Laryngol Otol* 1999; 113: 747-9. doi:10.1017/s0022215100145098.
3. LEE JY, BAEK BJ, BYUN JY, CHANG HS. Comparison of Conventional Excision via a Sublabial Approach and Transnasal Marsupialization for the Treatment of Nasolabial Cysts : A Prospective Randomized Study. *Clin Exp Otorhinolaryngol* 2009; 2: 85-9. doi:10.3342/ceo.2009.2.2.85.
4. MARCOVICEANU MP, METZGER MC, DEPPE H, ET AL. Case Report Report of rare bilateral nasolabial cysts. *J Cranio-Maxillofacial Surg* 2009; 37: 83-6. doi:10.1016/j.jcms.2008.11.006.
5. CHOI JH, HOON J, JOON H, WON S. Nasolabial cyst: A retrospective analysis of 18 cases. *Ear, Nose Throat J* 2002; 81: 94-6.
6. AQUILINO RN, BAZZO VJ. Nasolabial cyst: presentation of a clinical case with CT and MR images. *Braz J Otorhinolaryngol* 2008; 74: 467-71.
7. SHEIKH AB, CHIN OY, FANG CH, LIU JK, BAREDES S, ELOY JA. Nasolabial cysts: A systematic review of 311 cases. *Laryngoscope* 2016; 126: 60-6. doi:10.1002/lary.25433.
8. MARTINI EC, COPPLA FM, CAMPAGNOLI EB, BORTOLUZZI MC. Nasolabial Cyst Associated with Odontogenic Infection. *Case Rep Dent* 2016; 2016. doi:10.1155/2016/8690593.

9. ALGHAITHY RA, QUALTROUGH AJE. Pulp sensibility and vitality tests for diagnosing pulpal health in permanent teeth: a critical review. *Int Endod J* 2017; 50: 135-42. doi:10.1111/iej.12611.
10. SU C, HUANG H, LIU H, HUANG C. Scanning Electron Microscopic Study of the Nasolabial Cyst: Its Clinical and Embryological Implications. *Laryngoscope* 2006; 307-11. doi:10.1097/01.mlg.0000199598.37461.8e.
11. SU CY, CHIEN CY, HWANG CF. A new transnasal approach to endoscopic marsupialization of the nasolabial cyst. *Laryngoscope* 1999; 109: 1116-8. doi:10.1097/00005537-199907000-00020.