

Deformidad facial asintomática producto de un quiste nasoalveolar. Reporte de caso

Asymptomatic facial deformity resulting from a nasoalveolar cyst. Case report

Melina Barbieri ^{1a}, Jeremias Roman ^{1b}, Johana Carolina Murillo Vidal ^{1c}, Alberto Andres Cordoba ^{1c}, Sebastian Miguez ^{1d}, Sica Guillermo ^{2d}, Jonathan Bavaro ^{1a} Christian Oscar Mosca ^{1d}

¹Hospital Interzonal General de Agudos Presidente Perón, Buenos Aires, Argentina.

²Sanatorio Trinidad Quilmes y Mitre, Buenos Aires, Argentina.

^a Odontóloga(o), ^b Odontólogo. Especialista en Implantología Oral
^c Médico(a). Especialista en Otorrinolaringología.

^d Odontólogo. Especialista en Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial

RESUMEN

El quiste nasoalveolar es un quiste no odontogénico poco frecuente que comúnmente se observa en la zona del ala de la nariz. Por lo general se cursa de manera asintomática y el paciente suele acudir a la consulta por motivos estéticos/cosméticos. Se han descrito varias modalidades de tratamiento para el manejo de esta lesión, siendo las más utilizadas la exéresis y marsupialización. En el presente artículo presentamos la situación clínica de una paciente donde manifiesta desviación nasal y una tumefacción en fondo de surco vestibular por encima de las piezas dentarias anterosuperiores del sector 2. Se realiza quistectomía y se envía la pieza extirpada a anatomía patológica. Existen muchas opciones para el manejo quirúrgico, como la marsupialización endoscópica, la escisión quirúrgica, incisión y drenaje, inyección de agentes escleróticos, aspiración y cauterización. Si bien la resonancia magnética ofrece una excelente visualización de los tejidos blandos, la tomografía computarizada es más económica. La ecografía también puede ser útil y es una técnica poco invasiva. Se recomienda realizar la exéresis (quistectomía) siempre que no haya riesgo de dañar estructuras anatómicas, y la marsupialización cuando la entidad patológica haya desplazado las piezas dentarias.

Palabras clave: Quiste Nasoalveolar; Quistectomía; Cirugía Bucal; Quistes no Odontogénicos. ([Fuente: DeCS BIREME](#))

ABSTRACT

Nasoalveolar cysts are rare non-odontogenic cysts that are commonly seen in the area of the wing of the nose. They are usually asymptomatic and the patient usually comes to the clinic for aesthetic/cosmetic reasons. Several treatment modalities have been described for the management of this lesion, the most used being excision and marsupialization. In this article we present the clinical situation of a patient where she manifests nasal deviation and swelling at the bottom of the vestibular sulcus above the upper anterior teeth of sector 2. A cystectomy is performed and the excised tooth is sent to pathology. There are many options for surgical management, such as endoscopic marsupialization, surgical excision, incision and drainage, injection of sclerotic agents, aspiration and cauterization. Although magnetic resonance imaging offers excellent visualization of soft tissues, computed tomography is less expensive. Ultrasound can also be useful and is a minimally invasive technique. Excision (cystectomy) is recommended whenever there is no risk of damaging anatomical structures, and marsupialization when the pathological entity has displaced teeth.

Keywords: Nasoalveolar Cyst; Cystectomy; Oral Surgery; Non-odontogenic Cysts. ([Source: MeSH NLM](#))

Recibido: 13 de noviembre de 2024

Aprobado: 06 de diciembre de 2024

Publicado: 31 de enero de 2025

Correspondencia:

Christian Oscar Mosca
Correo electrónico: moscach@yahoo.com

© Los autores. Este artículo es publicado por la Universidad de San Martín de Porres (Lima, Perú) Es un artículo de acceso abierto distribuido bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>



Citar como: Barbieri M, Roman J, Murillo Vidal JC, Cordoba AA, Miguez S, Sica G, Bavaro J, Mosca CO. Deformidad facial asintomática producto de un quiste nasoalveolar. Reporte de Caso. KIRU.2025 ene-mar;22(1):44-49. <https://doi.org/10.24265/kiru.2025.v22n1.07>

INTRODUCCIÓN

Dentro del área de la cirugía maxilofacial se encuentran procesos patológicos como los quistes odontogénicos (QO), quistes no odontogénicos (QnO), neoplasias benignas y malignas ⁽¹⁾.

La palabra “quiste” procede del griego kistis (vejiga). Los quistes maxilares constituyen una entidad patológica recubierta por tejido conectivo y tapiz epitelial, con contenido líquido, semilíquido o gaseoso en su interior. Su crecimiento es lento y expansivo, por lo que, a pesar de su comportamiento benigno, se deben diagnosticar y tratar de manera oportuna ^(1,2).

El quiste nasoalveolar es una entidad de desarrollo, epitelial y no odontogénico que aparece en la zona del ala de la nariz ⁽³⁾. Su frecuencia es de alrededor del 0,7% de los quistes de los maxilares y del 2,5% de los quistes no odontogénicos ⁽⁴⁾. Procede del epitelio atrapado en el surco nasomaxilar, entre los mamelones nasal externo y maxilar, o bien de restos del conducto nasolagrima ⁽⁵⁾.

Clínicamente se cursa de manera asintomática, generalmente unilaterales y con predominio del lado izquierdo, variando su tamaño de 1 a 5 cm de diámetro ⁽⁶⁾. Se observa una inflamación y aumento del ala de la nariz indolora, móvil y fluctuante ⁽⁷⁾.

La infección secundaria puede ocasionar dolor y acumulación de pus, lo que puede llevar a una ruptura espontánea y drenaje hacia la cavidad oral o nasal. El diagnóstico se fundamenta en los hallazgos clínicos, radiológicos e histopatológicos ⁽⁸⁾.

Los diagnósticos diferenciales incluyen quistes del conducto nasopalatino, lesiones periapicales inflamatorias y quistes epidermoides ⁽¹⁾.

Al momento de solicitar los estudios complementarios se deberá tener en cuenta que en los estudios radiográficos convencionales (por ejemplo, radiografía panorámica o periapical), la lesión no es detectable. Sin embargo, en ciertos casos, se puede observar radiográficamente la reabsorción del hueso subyacente debido a la presión. Se ha utilizado el uso de medios de contraste para evaluar el tamaño del quiste, pero la tomografía, la resonancia magnética y ecografía son los métodos complementarios que ofrecen las imágenes más detalladas ⁽⁹⁾.

En los estudios de tomografía computarizada (TC), se puede observar una lesión de tejido blando bien definida, redondeada, homogénea y de baja densidad en la zona nasolabial. Además, puede haber indicios de festoneado y remodelación ósea. Por otro lado, la resonancia magnética (RM) puede evidenciar las características de un quiste lleno de líquido, con baja intensidad en las imágenes ponderadas en T1 y alta intensidad en T2. La ecografía también puede revelar la naturaleza quística de estas lesiones, mostrando formas bien delimitadas, redondeadas u ovaladas, así como masas anecoicas que contienen líquido en la región del surco nasolabial ⁽⁵⁾.

La escisión quirúrgica del quiste es tanto curativa como diagnóstica, ya que permite su examen histopatológico ⁽¹⁰⁾.

Existen diversas técnicas para el tratamiento del quiste nasoalveolar: la marsupialización endoscópica, la escisión quirúrgica, la incisión y drenaje, la inyección de agentes escleróticos, la aspiración simple y la cauterización. A excepción de la marsupialización endoscópica y la escisión quirúrgica completa, las demás modalidades presentan una alta tasa de recurrencia ⁽¹⁰⁾.

El tratamiento quirúrgico a través del abordaje intraoral, es el más popular y mejor establecido, permitiendo la escisión completa del quiste. Este procedimiento se puede realizar bajo anestesia local o general. La incisión de Neumann resulta la más útil para su extirpación total y un mejor acceso. Sin embargo, tiene algunas complicaciones como infección de la herida, tumefacción de los tejidos blandos y hematoma. La perforación intraoperatoria de la mucosa nasal es una complicación frecuente que puede suturarse o las perforaciones pequeñas sanarán espontáneamente incluso si no se tratan ^(10,11).

La marsupialización endoscópica, en comparación con la incisión convencional, es rápida y se puede realizar en un entorno ambulatorio, con un tiempo operatorio corto para completar cada procedimiento, sangrado intraoperatorio mínimo y no se reportan casos de dolor ni edema posoperatorio ⁽⁷⁾.

La quistectomía se indica si no existe riesgo de lesionar estructuras anatómicas como el seno maxilar o ápices dentales vitales cercanos. La marsupialización será el tratamiento a realizar si el quiste ha desplazado piezas dentales o se busca favorecer la erupción de un diente impactado ⁽¹⁾.

El paciente deberá cepillar el sitio operatorio con un cepillo de cerdas suave y realizar dieta blanda durante una semana. En caso de que presente prótesis removibles, podrá utilizarlas inmediatamente después de la cirugía ⁽¹²⁾.

En sus características histológicas presenta epitelio columnar pseudoestratificado, no ciliado, con abundantes células mucosas; puede haber igualmente áreas de epitelio escamoso o cuboide ⁽¹⁾.

El objetivo del presente artículo es presentar la situación clínica de una paciente donde manifiesta desviación nasal y una tumefacción en fondo de surco vestibular asintomática, por encima de las piezas dentarias anterosuperiores del sector 2.

REPORTE DE CASO

Para la presente investigación fundamentalmente se protegieron los derechos del paciente bajo el consentimiento firmado y la autorización en el área de docencia del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Presidente Perón, respetando los principios éticos basados en la Declaración de Helsinki.

Se presentó a la consulta del servicio de otorrinolaringología del HIGA Presidente Perón, una paciente femenina de 39 años de edad, manifestando una desviación nasal y una tumefacción en fondo de surco vestibular por encima de las piezas dentarias anterosuperiores del sector 2.

A la inspección extraoral cervicofacial con la paciente de frente se observó desplazamiento y elevación del ala nasal izquierda, proyección anterior del labio superior izquierdo dando un aspecto de asimetría marcada en el tercio medio facial. No presentó adenopatías cervicofaciales a la palpación (Figura 1).

A nivel intraoral, se observa tumefacción en fondo de surco vestibular desde la pieza dentaria 2.1 a la 2.3, a la palpación asintomática, de consistencia blanda, coloración normal de la mucosa oral. Se tomó vitalidad de las piezas dentarias del sector 2 desde la pieza 2.1 a la 2.5, siendo las mismas positivas (Figura 2).

Se solicitaron estudios radiográficos y tomográficos. Se observó lesión radiolúcida de 3 x 3 cm de forma oval, con íntima relación con la

membrana nasal, sin correlación odontogénica (Figura 3).

Una vez realizados los estudios prequirúrgicos correspondientes, se intervino a la paciente bajo anestesia general. Se procedió a realizar antisepsia de campo con yodopovidona 10%; colocación de campos quirúrgicos; colocación de pack faríngeo; infiltración con lidocaína y epinefrina al 2%; incisión paramarginal con bisturí tipo bad Parker n°5 hoja 15 desde pieza dentaria 2.6 hasta pieza dentaria 1.3 con descarga compensadora vertical en mesial de la misma; decolado de colgajo a espesor total, y divulsión roma de la membrana patológica de la mucosa oral; exéresis total de la patología con instrumental roma (Figura 4); sutura de membrana nasal con vicryl 3/0 (Figura 5A); toilette de herida con solución fisiológica estéril; hemostasia; reposición y sutura de colgajo a punto simple con vicryl 2/0 (Figura 5B). Retiro de pack faríngeo y pase a sala. Se administra vía endovenosa cefalotina 1 g cada 6 h, ketorolac 30 mg cada 8 h, dexametasona 2 ml endovenoso las 12 h y plan de hidratación de 28 gotas por minuto. Una vez dado el alta se indica amoxicilina más ácido clavulánico 1 g cada 12 horas durante 10 días, flurbiprofeno 200 mg c/12 h, dieta blanda y fría, colutorio y gel de clorhexidina 3 veces por día durante 14 días, se explican los cuidados post operatorios pertinentes al paciente y familiares.

La pieza extirpada se colocó en formol al 10% para su fijación y se envió a anatomía patológica.

En el control inmediato post quirúrgico se observó reposición del ala nasal y labio a la posición normal, recuperando inmediatamente la simetría en el tercio medio facial (Figura 6).

Se realizaron controles a las 24, 48 y 72 horas de la paciente con evolución favorable. Se retiraron los puntos de sutura a los 15 días post quirúrgicos dando de alta a la paciente.

En el Informe anatomopatológico se identificó fragmento de tejido blando de aspecto membranoso que mide 2,5 x 0,5 cm, superficies anfractuadas y parduzcas, al corte consistencia elástica.

El diagnóstico del cuadro histopatológico junto con los estudios por imágenes evaluados es vinculable a quiste nasoalveolar o nasoalvear.



Figura 1. Foto preoperatoria de la paciente, en donde se puede observar la tumefacción en espacio canino con elevación del ala de la nariz



Figura 2. Se puede observar la tumefacción intraoral, que abarca de la pieza 21 a la 23 sin cambios de coloración



Figura 3. Tomografía Computada. En la misma se puede observar la reabsorción ósea de la pared anterior del maxilar superior y su comunicación con la cavidad nasal

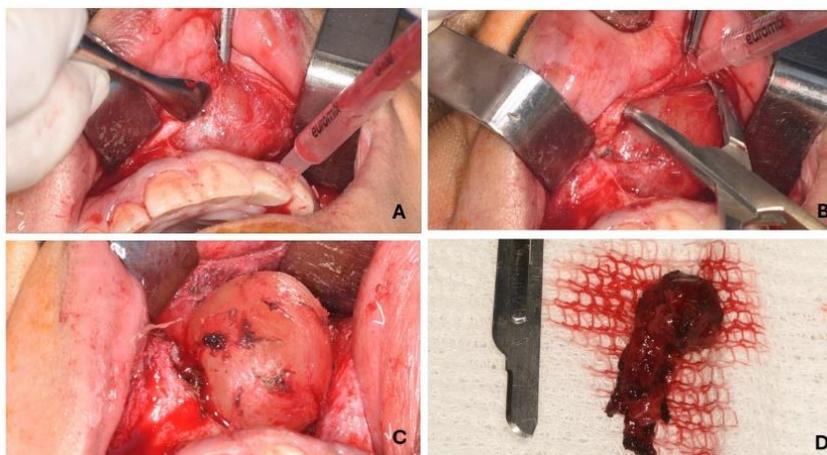


Figura 4. Secuencia quirúrgica de la quistectomía total



Figura 5. A. Se observa la perforación de la mucosa nasal, en donde se la suturo con hilo vicryl 3/0. B. Sutura del abordaje intraoral con vicryl 2/0



Figura 6. Postquirúrgica inmediata

DISCUSIÓN

Los quistes nasoalveares o nasoalveolares 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. Extraoralmente, el quiste puede obliterar el pliegue nasolabial, a menudo levantando el ala nasal y causando deformidad de la fosa nasal (3-8).

Sus manifestaciones clínicas son: tumefacción de crecimiento lento en la zona del ala de la nariz, fluctuante, puede obliterar el pliegue nasolabial. Se suele cursar de manera asintomática, la infección secundaria provocará dolor y acumulación de pus (7,8-13).

Se debe realizar un diagnóstico adecuado, descartando absceso dental de las piezas vecinas mediante radiografías y test de vitalidad; inflamación postraumática y quistes dermoides y epidermoides (estos se asocian a una coloración amarillenta de la mucosa subyacente, en cambio, en el quiste nasoalveolar, la mucosa conserva su color rosado o levemente azulada) (6-8).

El diagnóstico continúa con la solicitud de exámenes imagenológicos, como la tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) y ecografía (EC). Una TC mostrará una masa de tejido blando, redonda, homogénea y circunscripta, mientras que la EC detalla una zona anecoica bien definida. Por otro lado, la RM mostrará el contenido líquido del quiste con baja intensidad en las imágenes ponderadas en T1 y alta intensidad en aquellas ponderadas en T2 (5,14,15).

Existen muchas opciones para el manejo quirúrgico, como la marsupialización endoscópica, la escisión quirúrgica, incisión y drenaje, inyección de agentes escleróticos, aspiración y cauterización. La marsupialización endoscópica y la escisión quirúrgica completa

son las más elegidas por su baja tasa de recurrencia (10). En este caso se optó por la exéresis total bajo anestesia general, realizando una incisión paramarginal desde la pieza 2.6 hasta la 1.3 con descarga a nivel mesial de la misma, decolado del colgajo de espesor total y divulsión roma de la membrana patológica.

CONCLUSIONES

El quiste nasoalveolar es una entidad de tejidos blandos de muy baja incidencia (0,7% de todos los quistes maxilofaciales). Su tamaño varía entre 1-5 cm de diámetro y con poca frecuencia erosionan el hueso subyacente. En el 90% de los casos se presenta de manera unilateral.

Aunque la resonancia magnética ofrece una excelente visualización de los tejidos blandos, la tomografía computarizada es más económica. La ecografía también puede ser útil como método diagnóstico, presentando beneficios frente a técnicas más invasivas.

La resección del quiste es tanto un procedimiento diagnóstico como curativo, ya que permite el análisis histológico. Se recomienda realizar la exéresis (quistectomía) siempre que no haya riesgo de dañar estructuras anatómicas, como el seno maxilar o los ápices dentales vitales cercanos. En cambio, se sugiere la marsupialización si el quiste ha desplazado piezas dentales.

Roles de contribuciones según CRediT

Conceptualización: MB, AAC, JCMV, COM. Metodología: MB, SM, JB, JR, COM. Redacción – Borrador original: MB, COM. Visualización: JB, GS. Supervisión: COM.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado.

Conflictos de interés: Los autores declararon no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Torrecilla-Venegas R, Castro-Gutiérrez I, Rosendiz-Pérez D. Quiste no odontogénico de maxilares: una revisión de la literatura. *Rev Med Electron*. 2022;44(4):714-726.
2. Quintana Díaz JC, Quintana Giralt M. Quistes de los maxilares en el Servicio de Cirugía Maxilofacial de Artemisa. *Acta Odontol Colomb*. 2014;4(1):149-56.
3. Bijou W, Laababsi R, Mennouni MA, Oukessou Y, Raudi S, Abada R, et al. An atypical presentation of a bilateral nasolabial cyst: a case report. *J Surg Case Rep*. 2021;2021(3):1-3. doi: 10.1093/jscr/rjab017
4. Dghoughi S. Quiste nasolabial bilateral. *J Stomatol Oral Maxilofac Surg*. 2017;118:385-388. doi: 10.1016/j.jormas.2017.07.007
5. Ocak A, Duman SB, Bayrakdar IS, Cakur B. Nasolabial Cyst: A Case Report with Ultrasonography and Magnetic Resonance Imaging Findings. *Case Rep Dent*. 2017;4687409. doi: 10.1155/2017/4687409.
6. Sethukumar P, Taghi A, Kuchai R. A rare case of bilateral nasolabial cysts. *BMJ case reports*. 2015;2015:bcr2014203543. doi:10.1136/bcr-2014-203543.
7. Mengyun L, Zhengcai L, Kangfeng J, Junzhi S, Zhongnong C. The feasibility of intranasal endoscopic microwave ablation on the removal of nasolabial cyst: Preliminary case series. *Am J Otolaryngol*. 2021;42(3):103018. doi: 10.1016/j.amjoto.2021.103018
8. Lk SK, Sidharthan D, Stanly B, Mathew CM. Quiste nasolabial: un dilema diagnóstico. *J Dent (Shiraz)*. 2022;23(1):72-75. doi: 10.30476/DENTJODS.2021.87394.1260
9. Blasco F, Nalda F, Mauriño N. Quiste nasolabial (caso clínico), FOUBA. *Rev Fac Odontol Univ Buenos Aires*. 2006;21(50-51):7-9.
10. Almutairi A, Alaglan A, Alenezi M, Alanazy S, Al-Wutayd O. Nasolabial cyst: case report of management options. *BMC Surg*. 2020;20(10). doi: 10.1186/s12893-020-0677-3
11. Lk SK, Sidharthan D, Stanly B, Mathew CM. Nasolabial cyst: a diagnostic dilemma. *J Dent (Shiraz)*. 2022;23(1):72-75. doi: 10.30476/DENTJODS.2021.87394.1260
12. Cabezón AR, Willson EM, García-Huidobro NF, Lira RK, Solar GA. Quiste nasolabial: Reporte de dos casos. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2020;80(2):178-183. doi: 10.4067/S0718-48162020000200178
13. 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 Odontoestomatol*. 2011;27(3):123-127.
14. Yeh CH, Ko JY, Wang CP. Transcutaneous ultrasonography transcutánea for diagnosis of nasolabial cyst. *J Craneofac Surg*. 2017;28(3):e221-e222. doi: 10.1097/SCS.00000000000003403
15. Kalluvalappil Nabeel A, Asish R, Balan A. Nasolabial cyst: presentación of a clinical case with computed tomography and ultrasonography findings. *MAR Case Reports*. 2022;5(4):1-7.

Melina Barbieri

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1450-3429>

Correo: melinabarbieri3@gmail.com

Jeremias Roman

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-9330-6539>

Correo: jeremiasroman1990@gmail.com

Johana Carolina Murillo Vidal

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7864-9372>

Correo: carola713@gmail.com

Alberto Andres Cordoba

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-8176-8096>

Correo: cordova.alberto.andres@gmail.com

Sebastian Miguez

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6751-7276>

Correo: sebamiguez@hotmail.com

Guillermo Sica

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6094-8600>

Correo: guillermosica@yahoo.com.ar

Jonathan Bavaro

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4980-829X>

Correo: jonnybavaro@gmail.com

Christian Oscar Mosca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4968-9796>

Correo: moscach@yahoo.com