



QUISTE NASOPALATINO

Miguel Evelio León A, D.O.^(*)

INTRODUCCION

Algunos de los procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo dentro de la cavidad oral, son los relacionados con patología de tipo quístico.

De acuerdo con la definición dada por "Kramer", Quiste es una cavidad patológica que contiene un material líquido, semilíquido o gaseoso no creado por acumulación de pus, y que a menudo, pero no siempre, está revestida por epitelio.

CLASIFICACION

Existen muchas clasificaciones de las lesiones quísticas de los maxilares. De acuerdo con la sugerida por Lester W. Kay y Daniel M. Laskin, la clasificación de los quistes es la siguiente:

I. ORIGEN EPITELIAL ODONTOGENICO:

1. Quiste Queratinizante (Queratoquiste)
 - A. Quiste Primordial
 - B. Quiste Dentífero Extrafolicular
2. Quiste no Queratinizante
 - A. Quiste Periodontal (Periapical, Lateral, Residual).
 - B. Quiste Dentífero (Pericoronario, Lateral, Residual).
 - C. Quiste de Erupción.

II. ORIGEN EPITELIAL NO ODONTOGENICO:

1. Quiste Nasopalatino
2. Quiste Nasoalveolar
3. Quiste Palatino Mediano

III. QUISTES OSEOS:

1. Quiste Oseo Solitario
2. Quiste Oseo Aneurismático

DIAGNOSTICO

Para el diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas es necesario tener en cuenta parámetros como localización, edad, tiempo de evolución, sintomatología, características radiológicas, consistencia, aspiración, etc. Sin embargo, en muchas ocasiones el diagnóstico final sólo lo determina el examen histopatológico de la lesión, el cual debe ser llevado a cabo por un reconocido patólogo oral.

QUISTE NASOPALATINO

El quiste nasopalatino, como ya se describió, está clasificado como un quiste de origen epitelial no odontogénico.

Este tipo de quistes también se denominan quistes fisurales, puesto que se originan por atrapamiento epitelial en las líneas de cierre de las apófisis embrionarias.

El nombre de cada uno de estos quistes fisurales se determina por su localización anatómica, y es así como el quiste nasopalatino se encuentra

relacionado con el conducto incisivo y representa restos embrionarios del conducto nasopalatino.

Según Stafne y Seward el quiste nasopalatino es el más común de los quistes fisurales de los maxilares.

CARACTERISTICAS CLINICAS Y RADIOLOGICAS

El crecimiento del quiste nasopalatino es lento y en ocasiones se puede detener por algún tiempo. Sin embargo, es inusual que adquiera un tamaño mayor de 2 cms. de diámetro, de acuerdo con los estudios realizados por Abrams, Huwel y Bullock.

En la mayoría de ocasiones no causa ningún tipo de sintomatología dolorosa por lo que su descubrimiento puede ser casual mediante estudio radiológico de rutina o realizado por otra causa.

En sus etapas iniciales se puede confundir radiográficamente con la sombra radiolúcida del conducto incisivo. Algunas veces el motivo de consulta puede ser un abultamiento en la zona palatina anterior (ver fotografía No. 1). En otras ocasiones la infección secundaria o sobreagregada al quiste representa la única sintomatología referida por el paciente. Esta infección puede ser originada por infecciones de nariz o senos paranasales, dientes adyacentes o puede estar asociada a prótesis mal adaptadas por estímulo traumático de tipo mecánico.

(*)Odontólogo Universidad del Valle, residente tercer año Cirugía Maxilofacial, Hospital Militar Central Bogotá - Colombia

TRATAMIENTO

Una vez realizado el diagnóstico presuntivo si el quiste está sobreinfectado se debe dar tratamiento inicialmente al proceso infeccioso.

Resuelta esta fase aguda, el tratamiento indicado consiste en la enucleación completa de la lesión con su correspondiente membrana, la cual debe ser enviada para análisis anatómico-patológico para confirmar el diagnóstico. La cavidad ósea remanente debe ser cureteada generosamente y llenada con coágulos para su correspondiente cicatrización (Ver fotografía No. 2).

Durante el procedimiento quirúrgico deberá tenerse especial cuidado con el paquete vasculonervioso del agujero incisivo, así como también de la adecuada posición del colgajo muco-perióstico levantado (Ver fotografía No. 3). Una vez suturado el paladar es de mucha utilidad colocar una férula palatina para sostener el colgajo en posición, evitar la formación de hematomas y espacios muertos y facilitar la cicatrización postoperatoria.

SUMMARY

In the literature there are many classifications done by different authors, to classify cysts of the oral cavity.

Laskin and Lester classify them according to their origin:

- Odontogenic
- Non-odontogenic
- Bone cysts

This article will specifically concern about the nasopalatine cyst, an epithelial, non-odontogenic cyst, which is among the commonest fissural cyst of the oral cavity.

It is generally diagnosed during a routine examination, because it gives little symptoms. X-ray examination is difficult because it can be confused with anatomical structures (the incisive duct).

The local excision, preserving the anatomical structures of the adjacent zone is the treatment of choice, with good results.

BIBLIOGRAFIA

1. COHEN, I.R.H.; KRAMER, B. (1981) Fundamentos Científicos de Odontología. Editorial Salvat.
2. DOLBY, A.E. (1982); Oral Mucosa in Health and Disease. Blackwell Scientific Publications.
3. KABAN, L.B. (1990): Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery W.B. Saunders Company.
4. KRUGER, G.O. (1974). Tratado de Cirugía Bucal. Editorial Interamericana.
5. LASKIN, D.M. (1987). Cirugía Bucal y Maxilofacial. Editorial Médica Panamericana.
6. SHAFER, W.G.; LEVY, B.M. (1986). Tratado de Patología Bucal. Editorial Interamericana.
7. THOMA, K.H. (1979) Patología Oral. Salvat Editores.

