

A propósito de un caso: Quiste nasofaríngeo

Sanatorio Las Lomas - San Isidro - Provincia de Buenos Aires - Servicio de TC y RM
 ; Guglielmo, Romina; Salgado, Diego, Illa, Lisandro



CASO CLINICO

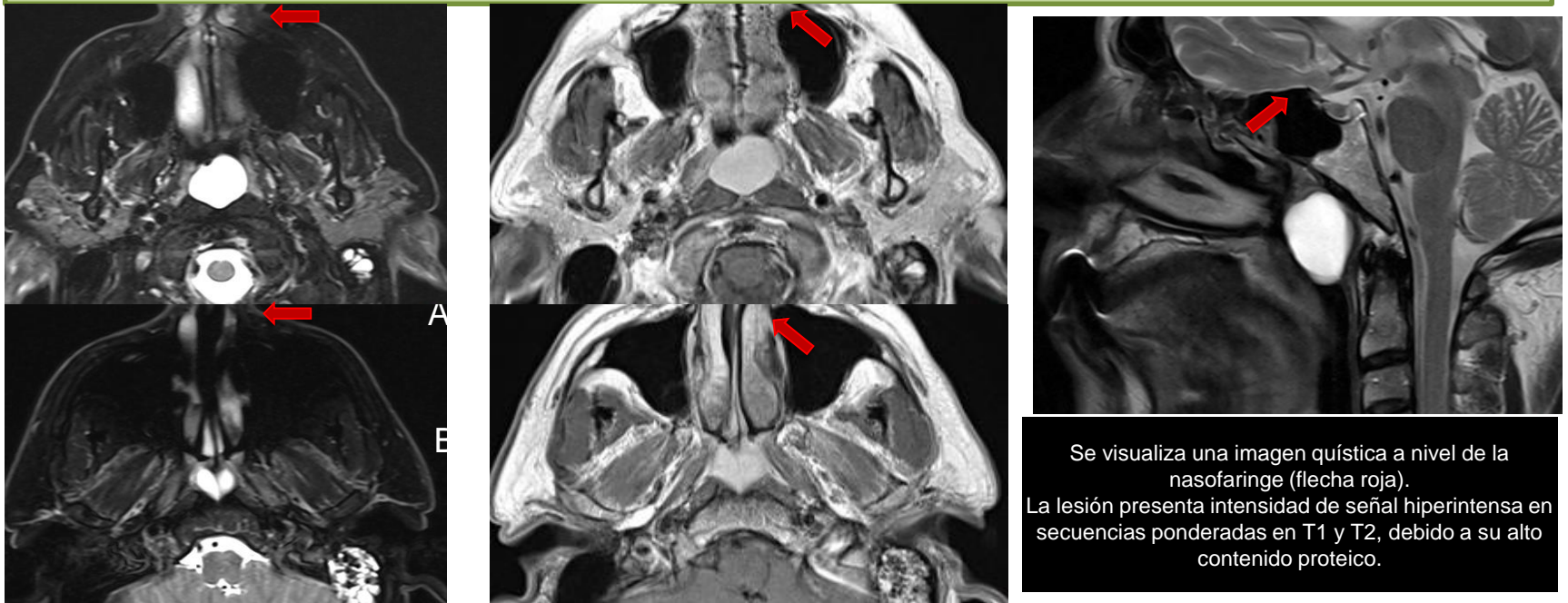
Paciente varón de 60 años que consulta por cefaleas, y antecedentes de sinusitis y rinorrea. La exploración física reveló la presencia de un abombamiento en la nasofaringe, por lo que fue remitida al servicio de Imágenes para su estudio por Resonancia Magnética.

INTRODUCCION

Los quistes nasofaríngeos son entidades poco frecuentes que aparecen descritos como casos aislados. Los quistes pequeños son generalmente asintomáticos, mientras que los de mayor tamaño, dependiendo de su localización, pueden causar obstrucción nasal con rinolalia posterior e hipoacusia de transmisión. El quiste de Tornwaldt es un quiste/saco congénito revestido por ectodermo en el interior del espacio mucosos nasofaríngeo. Se trata de una lesión benigna del desarrollo que generalmente se localiza en la pared posterior de la nasofaringe, no muestra predilección según sexo y la edad pico de incidencia es de 15-30 años. Se desarrolla a partir de la persistencia de una adherencia focal entre el ectodermo y la notocorda, que luego se cierra formando un quiste. Su contenido es generalmente rico en proteínas, por lo que suele verse hiperintenso en la imágenes potenciadas en T1 como en las potenciadas en T2 en Resonancia Magnética.

Los principales hallazgos en RM son:

- Lesión quística de bordes bien definidos, de hasta 3cm de diámetro, hiperintensa en secuencias ponderadas en T1 y T2.
- Sin erosión ósea ni realce luego de la administración de contraste endovenoso



Se visualiza una imagen quística a nivel de la nasofaringe (flecha roja). La lesión presenta intensidad de señal hiperintensa en secuencias ponderadas en T1 y T2, debido a su alto contenido proteico.

DISCUSION

Los quistes de retención son los mas frecuentes a nivel de la línea media. Se atribuyen a coalescencia del receso medial de la amígdala faríngea y por lo general, se asocian a adenoidectomía previa.

Los quistes congénitos de la línea media pueden originarse de la bolsa faríngea (quiste de Tornwaldt) o de la bolsa de Rathke. La bolsa faríngea observa en el 40-60% de los fetos humanos y puede persistir en el 3% de los adultos, siendo generalmente asintomáticos.

La clínica, así como los hallazgos anatomopatológico de los quistes de retención y los originados de la bolsa faríngea son similares, por lo que la distinción entre ellos es difícil.

Guggenheim sugiere que el criterio diferencial es topográfico dependiendo de la relación anatómica con la fascia faringobasilar, correspondiendo los quistes superficiales a esta a quistes de retención y los profundos, a derivados de la bolsa faríngea.

Los quistes originados de la bolsa de Rathke son extremadamente raros y se localizan, por razones embriológicas, por encima y por delante del lugar de origen de los quistes de retención y de Tornwaldt. El único rasgo distintivo es el estudio anatomopatológico, demostrando un epitelio interno escamoso estratificado, relacionado con su origen ectodérmico.

El caso que comentamos, al tratarse de una masa quística en la línea media de localización posterior presenta un diagnostico diferencial entre el quiste de retención adenoideo y el quiste de Tornwaldt. La ausencia de adenoidectomía previa, el tamaño y la localización profunda con respecto a la fascia faringobasilar nos orientan hacia el diagnostico de quiste de Tornwaldt.

Sin embargo en la literatura, diversos autores otorgan especial interés al contenido quístico para el diagnostico diferencial, de modo que el quiste de Tornwaldt aparece en estudios de RMN como hiperintenso en secuencias T1 y T2, mientras que el quiste de retención aparece iso o hipointenso en T1 e hiperintenso en T2.

Al tratarse los quistes nasofaríngeos de una patología benigna, en los casos asintomáticos o en pacientes de edad avanzada, se puede tomar una conducta expectante. Una vez decidido actuar, el tratamiento de elección es la cirugía con una total exéresis del quiste con su pared. El abordaje se decide según el tamaño y la localización de la lesión, pudiendo optar entre las vías transoral, transpalatina o endoscópica. En nuestro caso, la conducta fue expectante, debido a que el paciente no refería ningún síntoma.

BIBLIOGRAFIA

1. Nitish B, Prasad D, Vinod P. *Tornwaldt Cyst: A Cause of Neck Pain and Stiffness*. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. July 2011;63-1:S147-S148
2. Ichiro I, Yukunori K, Osamu M. *MR Imaging of Tornwaldt's Cysts*. AJR. June 1999;172:1663-1 665.
3. Köksal Y, Yasin Kürşad V. *Thornwaldt's Cyst*. Eur J Gen Med 2012;9 (Suppl 1):26-29
4. Weissman JL. *Thornwaldt cyst*. Am J Otolaryngol 1992; 13(6):381-5. 13(6):381-5.