

QUISTES DERMOIDES NASALES (*)

Dr. Carlos E. Ferratti

Nos ocuparemos de esta malformación congénita de la cara con la intención de aclarar su diagnóstico y tratamiento. En muchos casos estos son erróneamente encarados en razón de la infrecuencia de la afección.

Se han publicado unos 70 casos hasta el presente y ninguno de ellos en países latinoamericanos, por lo que creemos de interés la presentación de un caso tratado por nosotros y una revisión de los relatados previamente.

El interés de este caso individual radica en la forma en que el proceso afectó el desarrollo del esqueleto nasal.

Revisión de la literatura.

El estudio de las publicaciones sobre el tema permite establecer que en el aspecto "*Etiológico*", son procesos congénitos, sin causa conocida. Resultan difíciles de explicar, puesto que no existe línea de fusión en el proceso fronto - nasal donde se desarrollan.

Se trata de una ectopia de elementos ectodérmicos que tiene lugar en una temprana etapa del desarrollo embriológico.

Dos teorías tratan de explicar el origen y pasaremos sobre ellas brevemente para dar lugar a los aspectos de orden práctico.

Así Brunner, sostiene que el secuestro ectodérmico se produce durante la fusión de los segmentos que forman el esqueleto nasal. En esa zona, la membrana ectodérmica quedaría adherente al cartílago embrionario y, al desarrollarse los huesos nasales por delante de éste quedaría el elemento dermoide incluido. En su favor estaría el hecho de que la cavidad que alberga al quiste suele estar tapizada por cartílago.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 25 de julio de 1956.

Según otros en cambio, el origen sería el mismo que para los quistes dermoides de cuero cabelludo. Es decir que el secuestro del ectodermo se produciría por el crecimiento intra-membranoso de los huesos nasales.

El comienzo de la enfermedad es notado desde el nacimiento, aunque en algunos pocos casos sólo haya sido evidenciado en la primera infancia.

Consultan en general al médico de familia o al pediatra, quienes le dirigen al cirujano con un encare diagnóstico habitualmente impreciso.

La localización en los distintos sectores nasales muestra una predilección por el dorso nasal, sobre todo en su parte superior, y luego en orden decreciente en región glabellar, punta, tabique y columela.

El quiste dermoide puede afectar exclusivamente las partes blandas de la nariz, pero es más frecuente que afecte simultáneamente el soporte esquelético.

Uno de cada cien quistes dermoides afecta el área nasal. Sus otras localizaciones posibles y más frecuentes son: cuello trayecto tireogloso, bronquios, ovario y sacro-coxígea.

Por lo común no están asociados a otras *Malformaciones congénitas*, aunque se ha descrito la coexistencia de fisura labio palatina y de nariz bífida. En familiares, se han relatado la misma malformación en un caso y fístulas auriculares en otro.

En los estudios *Anatomo-patológicos* hechos, se vio que en la gran mayoría hay un trayecto fistuloso asociado a la estructura quística.

La observación microscópica muestra en su pared los elementos normales de la piel y sus anexos, unas veces como estructuras completas y otras como restos.

El *Diagnóstico positivo* de esta afección puede ser hecho sobre la base de un cuadro clínico típico que describiremos así: aparición en un niño de una masa situada en el dorso nasal o en su vecindad. Es generalmente mediana, aunque a veces se le encuentra lateral.

Es de forma redondeada, pequeña (de unos pocos centímetros cúbicos de volumen), y de consistencia quística firme. Por debajo de la masa se presenta un orificio cutáneo que representa

la desembocadura de un trayecto fistuloso que conduce hasta el quiste. Puede ser crateriforme o estar cerrado, y un detalle característico es la presencia de un mechoncito de pelo que sale perpendicularmente del orificio.

En ciertos casos orificio y trayecto son permeables y es posible introducir una aguja para inyectar lipiodol y obtener una radiografía contrastada.

Debe distinguirse este orificio fistulos natural, del producido por drenaje quirúrgico o espontáneo, consecutivos a la infección.

Los *Errores de diagnóstico* que se han cometido con más frecuencia son: Absceso, osteomielitis del frontal, meningocele, fístula cerebro - espinal de tipo frontal, y angiomas. El uso más frecuente de la radiografía contrastada hubiera evitado un buen número de estos errores.

La revista de los *tratamientos realizados* enseña que la mitad de los pacientes que son enviados al cirujano plástico u otorino - laringológico ya han sido tratados por métodos inapropiados. El error de diagnóstico conduce al error de tratamiento. Cuando se les confundió con abscesos se hicieron incisiones y drenajes repetidos, curetajes, cauterizaciones eléctricas y químicas. Como la cápsula del quiste dermoide persistía, los tratamientos fracasaban, el drenaje persistía y la deformidad se agravaba.

En otros casos se les interpretó como hemangiomas y se hicieron inyecciones esclerosantes o, peor aún, se les irradió. No curaron, puesto que no son radiosensibles y se afrontó el riesgo de producir radio - dermatitis o radio - necrosis ósea, ya que el esqueleto nasal está protegido por delgada cubiertas de partes blancas.

Finalmente el tratamiento correcto consistió en una intervención quirúrgica secundaria para la resección completa del quiste y sus trayectos fistulosos.

En algunos casos los defectos esqueléticos nasales fueron corregidos más tarde por procedimientos de cirugía reconstructiva. Estos consistieron en injertos de hueso o cartílago para nivelar la línea del dorso nasal deprimido.

Las *comprobaciones operatorias* pueden comprenderse más claramente si las reunimos todas describiendo un caso hipotético,

aunque lo común es que sus elementos se presenten aislados o parcialmente agrupados.

Considerémosla como un núcleo central con dos prolongaciones opuestas en dirección vertical, una superior incrustrada por su extremo en el plano óseo cráneo - facial y otra inferior desembocando en la piel.

El núcleo central es la masa del quiste dermoide. Es adherente al periósteeo nasal en la zona en que se unen los huesos propios, los cartílagos laterales superiores y el tabique nasal. Cualquiera de estos tres elementos esqueléticos puede estar afectado en su desarrollo ya sea por atrofia, ya por deformación.

La prolongación superior y profunda se origina en la sutura fronto - nasal o aún más arriba en el etmoides. Desde esa inserción se dirige hacia abajo pasando por delante de los huesos nasales, por detrás de ellos, o en un hiatus entre ambos.

El trayecto fistuloso inferior o superficial puede llegar hasta la piel por debajo del quiste, desembocando en la línea media del dorso. Puede ser una cuerda maciza, como el superior, o permeable, desembocando en este caso por un orificio ya descrito.

Cuando la cuerda superior existe, es ella la que da atadura ósea al proceso, existiendo un plano de clivaje entre el quiste y los huesos nasales.

En caso contrario, la masa principal es la que se fija al esqueleto mediante firmes bridas fibrosas. En cambio dicha masa es siempre libre de la piel, salvo que tenga un trayecto fistuloso unido a ella.

La *evolución* de este proceso a lo largo del tiempo es benigna, interrumpida a veces episódicamente por una infección recurrente. Esta puede determinar secundariamente alteraciones en el plano osteo - cartilaginoso subyacente, siendo simple deformación mecánica por compresión permanente de esos elementos en su etapa de crecimiento, u osteomielitis, de consecuencias más serias.

Pasemos ahora a la *presentación de un nuevo caso* que tuvimos la oportunidad de tratar nosotros.

El estudio clínico señala un hombre de raza blanca de 25 años de edad, que consulta por una marcada deformación nasal.

Señalemos al pasar el hecho de que en nuestro país las deformaciones congénitas se operan muy tardíamente.

Los pacientes viven sometidos a un traumatismo psíquico durante toda su niñez y adolescencia por carecer de una influencia que les oriente hacia la solución quirúrgica precoz.

En este caso particular el paciente consultó en un Servicio de Oído, Nariz y Garganta de donde nos es enviado sin diag-

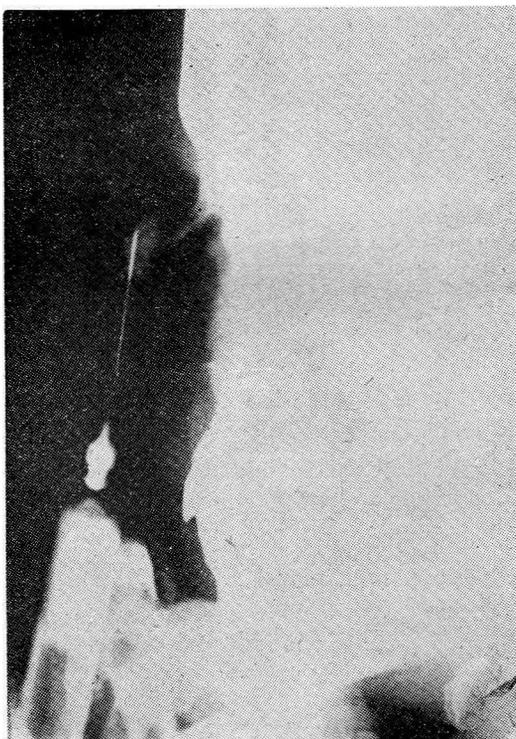


FIG. 1. — Radiografía contrastada de un quiste dermoide nasal, por inyección de lipiodol. Obsérvese el escaso desarrollo óseo del área, y la ubicación del quiste.

nóstico preciso, pero con una correcta indicación quirúrgica para su “tumoración benigna de dorso nasal”.

El *interrogatorio* nos informa que fue notado en la niñez temprana y sin relación con traumatismo local.

Evolucionó creciendo lentamente sin cambios bruscos, sin empujes inflamatorios, episodios dolorosos ni cambios de coloración. No se realizaron tratamientos previos.

Al *examen físico* se observa una tumoración asentando en el tercio medio del dorso nasal. La mayor parte de la masa está situada a la derecha de la línea media. Consta de un solo lóbulo

redondeado de un 4 cc. de volumen. Es de consistencia quística, tenso e indoloro a la palpación.

La piel no está alterada a su nivel, ni presenta orificio fistuloso.

La masa es libre de la piel y se adhiere en cambio firmemente al plano esquelético.



FIG. 2. — Post - operatorio a los 20 días de la extirpación del quiste dermoide. El tabique nasal está muy poco desarrollado careciendo la punta del apoyo cartilaginoso normal.

La nariz es del "tipo de boxeador", con su raíz ensanchada transversalmente y casi nulo soporte de la punta. Al palparla se evidencia una marcada atrofia del tabique que permite deprimir la punta de la nariz hacia atrás hasta llegar al plano óseo del maxilar superior sin resistencia.

La vía aérea nasal es normalmente permeable, sin deformidad de los canales ni trastornos funcionales.

Los *exámenes complementarios* que interesan particularmente son:

1. La punción, que obtuvo un líquido citrino y fluido.

Al examen microscópico se encontraron células epiteliales, células adiposas, cristales de colesterol y leucocitos.

2. El *estudio radiológico*, se inicia con una placa simple con rayos blandos, que en nuestro caso mostró atrofia discreta del esqueleto nasal osteo - cartilaginoso. Se completa mediante la radiografía contrastada en la que se visualizó la sustancia opaca rellenando una cavidad oval verticalmente alargada, por delante y debajo de los huesos propios.

El *diagnóstico diferencial* fue sencillo, descartándose absceso por no haber signos inflamatorios presentes y meningocele por estar la masa lejos y sin relación con el área glabellar.

No podía ser considerado un quiste sebaceo, que es adherente a la piel y libre del plano óseo.

Ni un lipoma, que es libre y desliza sobre todos los planos vecinos.

El *tratamiento* consistió en una resección quirúrgica radical.

Bajo anestesia local se aborda la masa principal a través de una incisión transversa ubicada sobre su domo.

Se libera el quiste con cuidado para no perforarlo, resecando junto con él el sector del periosteó al cual adhiere. No existían trayectos a partir de la masa quística. Esta reposaba sobre un lecho poco profundo excavado sobre el hueso propio y el cartílago lateral superior del lado derecho. La nivelación del lecho se hace utilizando el subcutáneo de ambos bordes, sin necesidad de rellenarlo con hueso o cartílago. Cierre de la piel sin tensión. Se controla el edema mediante una férula de aluminio que se adhiere con colodion y se mantiene comprimida por una banda transversal de lencoplasto.

Post - operatorio sin particularidades. La resección completa de la cápsula quística hace improbable la recidiva.

Al año de la operación el resultado es satisfactorio, con una buena línea de dorso nasal, cicatriz no visible y sin trazas de recidiva.

El *estudio anatomo patológico*, mostró una bolsa íntegra y sin prolongaciones. Al microscopio la superficie interna es un epitelio escamoso poliestratificado que confirma el diagnóstico clínico. Había restos de faneras en su pared.

El *plan post-operatorio* tenderá a corregir la atrofia del tabique cartilaginoso nasal. Se dará sostén a la punta mediante un injerto de cartilago en forma "L" introducido por una incisión columelar.

En *resumen*, se ha hecho una revisión de los casos de quiste dermoide de nariz publicados hasta el presente poniendo énfasis en la explicación embriológica, su correcto diagnóstico y tratamiento. Se presenta un nuevo caso, que creemos es el primero publicado en países de latinoamérica. Advertimos que sería un error encarar esto como pequeña cirugía, pues es necesario estar preparado para adoptar medidas extremas a fin de que la extirpación sea completa. Deben explorarse y researse todos los trayectos accesorios al quiste, inclusive detrás de los huesos nasales y en la zona anterior del etmoides. Así se evitará una posible recidiva. El cirujano debe estar capacitado para hacer en el mismo tiempo la reconstrucción del defecto que resulta de la extirpación, y a veces secundariamente, de las anomalías del desarrollo osteocartilaginoso de la región.

BIBLIOGRAFIA

- BRYANT, F. L. — "J. of Plastic and Reconstr., Surgery". V: 180, 1950.
CRAWFORD, J. K. and NEBSTER, J. P. — "J. of Plastic and Reconstr., Surgery". IX: 235, 1952.
SOMMERS, K. — "J. of Plastic and Reconstr., Surgery". X: 369, 1952.
CHAMPION, R. and PRENDIVILLE, J. B. — "British J. of Plastic, Surgery". V: 94, 1952.
MACOMBER, W. B. and KAI HSI WANG, M. — "J. of Plastic and Reconstr., Surgery". XI: 215, 1953.
ACKERMAN, L. V. — Surgical Pathology, 94, 1953.