

Caso Clínico

Quiste de Tornwaldt

Tornwaldt's cyst

M.A. LÓPEZ GONZÁLEZ, J. MORENO VAQUERA, M.L. MURATORI LEÓN
SERVICIO DE ORL, CENTRO DE ESPECIALIDADES DR. FLEMING, HOSPITALES UNIVERSITARIOS
VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

El quiste nasofaríngeo medial congénito, descrito por Tornwaldt en 1885, es una transformación quística del receso faríngeo. El receso faríngeo, descrito en 1842 por Mayer, es una cavidad en la pared media supero-posterior de la nasofaringe, entre el *septum* nasal y el tubérculo ventral del atlas. Alrededor de la décima semana del desarrollo embrionario se forma la *bursa* en la interfase entre el tejido embrionario que forma la notocorda y la faringe por adhesión del ectodermo faríngeo a la notocorda en el final más craneal de la misma. Dicha excavación está siempre rellena de membrana mucosa procedente del tracto faríngeo que puede fijarse persistentemente a la *chorda dorsalis* y termina junto a la amígdala faríngea en su parte inferior, pudiendo incluso pasar al hueso occipital como una hendidura epitelizada rodeada por tejido conectivo. Se convierte en esta malformación quística si el orificio por el que la *bursa* drena hacia la nasofaringe se obstruye. Los frecuentes procesos inflamatorios de la nasofaringe durante la vida son los que inician el desarrollo del remanente embrionario de la *bursa* faríngea y no lo contrario (1-3).

El quiste de Tornwaldt, una vez constituido, puede ser asiento de una inflamación o incluso de un absceso debido a estímulos mecánicos como taponamiento nasal, traumatismos o adenoidectomía, presentando síntomas como dolor occipital, mucosidad purulenta postnasal, obstrucción nasal, halitosis, sensación de plenitud ótica, disfunción de la trompa de Eustaquio, infecciones del oído medio, esputos purulentos abundantes o un molesto silbido espiratorio. Es lo que se denomina enfermedad de Tornwaldt (3-5).

Caso clínico

M.C.C., varón de 54 años. El hallazgo fue casual durante un estudio de resonancia magnética (RM) que se le practicó al paciente debido a su problema cervico-artrosico. Durante el interrogatorio médico, el paciente manifestó taponamiento de oídos y sordera, ambos de forma intermitente, como única sintomatología. Se realizó rinoscopia posterior visualizándose una masa redonda y bien circunscrita en la línea media posterior de la nasofaringe de unos 3 cm de diámetro. La radiografía simple lateral de cráneo localizada en *cavum* definía igualmente la patología. El paciente optó por controles periódicos como medida terapéutica (Figs. 1 y 2).

Discusión

El receso faríngeo está presente prácticamente en todos los embriones, pero únicamente se desarrolla un quiste en el adulto en contados casos, detectándose normalmente de forma fortuita (6). Su incidencia se sitúa en el 3% de los adultos sanos (7), en el 8% de la otitis media crónica serosa del adulto (8) o en el 20% de las RMs de cabeza donde apareció un incremento de señal en la línea media postero-superior de la nasofaringe en la situación de la *bursa* faríngea (9), por lo que el quiste de Tornwaldt puede ser más común de lo que anteriormente se ha publicado. El 62% de los quistes nasofaríngeos congénitos se presentan como asintomáticos (10). No hay confusiones con otros procesos patológicos malignos como el carcinoma de células escamosas, o benignos como la hipertrofia adenoidea o el pólipo solitario de Killian, ya que no tienen esta configuración (11, 12), siendo la RM la técnica más sensible para evaluar las lesiones quísticas de la nasofaringe (13). Por último, mencionaremos que en la literatura consultada también hemos encontrado el quiste de Tornwaldt, como Thornwald o Thornwaldt.

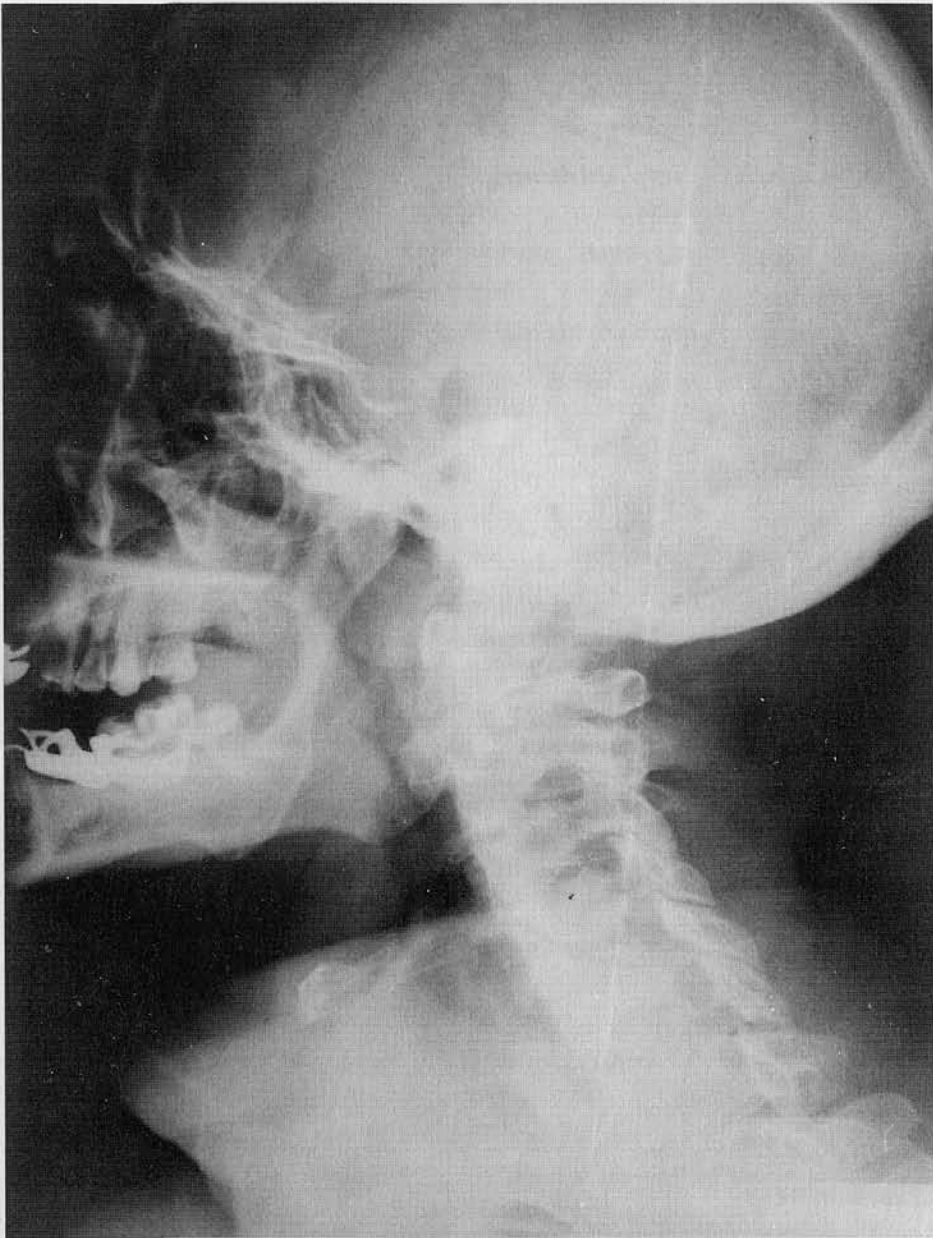


Figura 1. Radiografía simple lateral de cráneo centrada en cavum. Se aprecia una masa redonda y bien circunscrita en la línea media posterior de la nasofaringe.

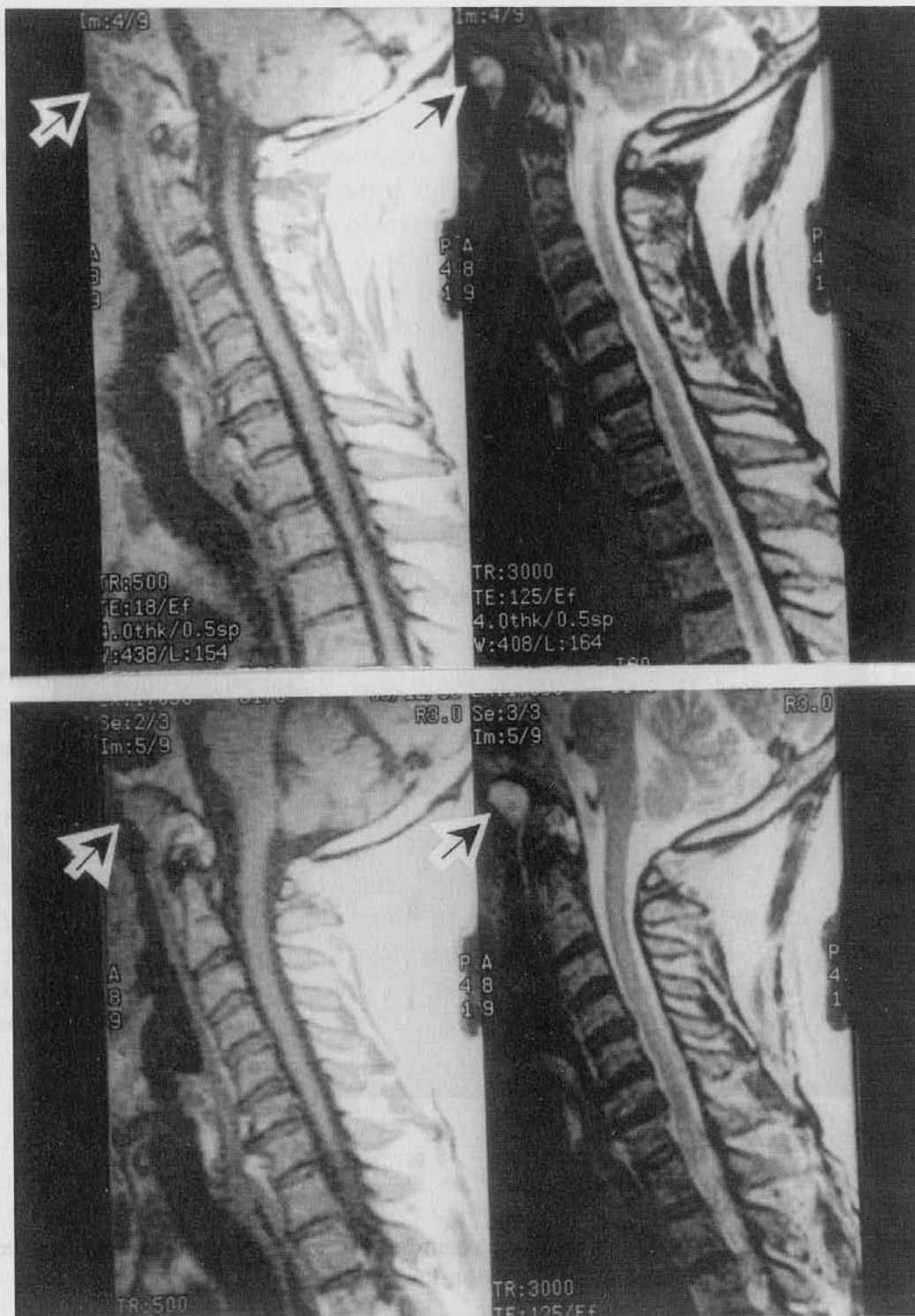


Figura 2. Planos de resonancia magnética con cortes sagitales de 5 mm de espesor, potenciándose la secuencia T1 en las imágenes de la izquierda y la secuencia T2 en las imágenes de la derecha. Las flechas indican el quiste de Tornwaldt. Se observan también alteraciones osteoartrosicas.

Bibliografía

1. Roseman G, Schaupp H. The Pathogenesis of the nasopharyngeal bursa. HNO 1975;23:207-9.
2. Know P, Hawke M, Jahn AF, Mehta M. Tornwaldt's cyst: clinical and radiological aspects. J Otolaryngol 1987;16:104-7.
3. Miyahara H, Matsunaga T. Tornwaldt's disease. Acta Otolaryngol Suppl (Stockh) 1994;517:36-9.
4. Weidauer H, Spenneberg H. A contribution to Tornwaldt's disease. Laryngol Rhinol Otol 1981;60:550-2.
5. Miller RH, Sneed WF. Tornwaldt's bursa. Clin Otolaryngol 1985;10:21-5.
6. Meyer B, Chabolle F, Marsot-Dupuch K, Riu B. Cysts of Thorwald's bursa. Apropos of 3 cases. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1988;105:183-7.
7. Biurrun O, Olmo A, Barcelo X, Morello A, Condom E, Traserra J. Quiste de Thornwaldt. La experiencia de una década. An Otorrinolaringol Ibero Am 1992;19:179-89.
8. Mair IW, Schoroder KE, Kearney MS. Chronic serous otitis media in the adult. J Laryngol Otol 1979;93:135-42.
9. Battino RA, Khangure MS. Is that another Thornwaldt's cyst on M.R.I.?. Australas Radiol 1990;34:19-23.
10. Robinson PM. Nasopharyngeal cyst (report of eight cases). J Laryngol Otol 1988;102:182-3.
11. Marsot-Dupuch K, Meyer B, Tubiana JM. A benign tumor of the cavum: Thornwald's cyst. J Radiol 1988;69:93-7.
12. Weber AL. Computed tomography and magnetic resonance imaging of the nasopharynx. Isr J Med Sci 1992;28:161-8.
13. Boucher RM, Hendrix RA, Guttenplan MD. The diagnosis of Thornwaldt's cyst. Trans Pa Acad Ophthalmol Otolaryngol 1990;42:1026-30.

Dirección para correspondencia:

Miguel A. López González
Centro de Especialidades Dr. Fleming
Consulta 305-ORL
C/ Juan de Padilla, 8
41005 Sevilla

Fax: 955016973 Correo electrónico: malopez@cica.es