

Quisto de Thornwaldt

Caso Clínico e Revisão da Literatura

Thornwaldt's Cyst

Case Report and Literature Review

JC Ribeiro ■ R Cerejeira ■ J Romão ■ A Paiva

RESUMO

O quisto de Thornwaldt representa a persistência de uma comunicação embrionária entre a extremidade cefálica da notocórdio e a endoderme da faringe primitiva.

Descrito com uma incidência de 0,2 a 5 % em séries de RMN e necrópsicas.

A maioria dos casos é assintomática. Pode existir inflamação ou formação de abscesso desenvolvendo-se a doença de Thornwaldt caracterizada por rinorreia posterior, cefaleias occipitais e halitose.

Os autores apresentam um caso de uma doente do sexo feminino, 60 anos, referenciada por obstrução nasal crónica, rinorreia posterior e cefaleias frontais.

A doente apresentava associadamente dacriocistite crónica, patologia tiroideia e duplicação renal à direita como variante anatómica congénita. Sem casos familiares conhecidos.

Após nasofibrosopia e realização de RMN, concluímos pela existência de um quisto de Thornwaldt com 18 mm de diâmetro.

Os quistos de Thornwaldt devem ser recordados como uma causa incomum, mas potencialmente curável de vários sintomas observados na prática clínica otorrinolaringológica.

Palavras-chave: quisto Thornwaldt; quisto nasofaringe.

ABSTRACT

Thornwaldt cysts represent a persistent communication between the roof of the nasopharynx and the notochord.

The incidence of Thornwaldt cyst is reported to be between 0,2 and 5 % on magnetic resonance imaging and series of normal autopsy specimens.

Thornwaldt's cysts are most commonly asymptomatic. Clinical symptoms are usually related with inflammation and formation of an abscess, developing a Thornwaldt's disease characterized by postnasal discharge, occipital headaches and halitosis.

The history, clinical and radiological findings of a patient with an infected Thornwaldt's cyst and dacryocystitis are presented.

The differential diagnosis of cystic nasopharyngeal masses is discussed.

The patient was diagnosed by nasal endoscopy and magnetic resonance imaging (MRI), showing a Thornwaldt's cyst with 18 mm diameter.

Thornwaldt's cyst should be remembered as an uncommon but potentially treatable cause of many symptoms seen in a typical otolaryngology practice.

Key-words: Thornwaldt's cyst; nasopharyngeal cyst.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 60 anos, referenciada por obstrução nasal crónica de predomínio à direita, rinorreia posterior e cefaleias frontais.

A doente apresentava associadamente patologia tiroideia em estudo, dacriocistite crónica e duplicação renal à direita como variante anatómica.

À nasofibrosopia observou-se uma massa na linha média da parede postero-superior da nasofaringe.

Após a realização de RMN concluiu-se pela existência de um quisto de Thornwaldt com 18mm de diâmetro.

Atendendo à intensidade das queixas optou-se por uma atitude de vigilância.

DISCUSSÃO

A incidência do quisto de Thornwaldt (QT) está descrita na literatura como sendo de 0,2% a 5% em séries de

JC RIBEIRO

Interno Serviço O.R.L. dos H.U.C

R Cerejeira

Interno Serviço O.R.L. dos H.U.C

J ROMÃO

Assistente Hospitalar Graduado O.R.L. dos H.U.C.

A PAIVA

Director do Serviço O.R.L.
Hospitais da Universidade de Coimbra

Correspondência:

João Carlos Ribeiro

Serviço de Otorrinolaringologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Al Armando Gonçalves, lote 16, 2º esquerdo

3000-059 Coimbra

Tel: 916442199

e-mail: icarlosribeiro@gmail.com

RMN, mais frequentemente detectado como um achado ocasional.¹⁻⁷ São descritos 4% em séries necrópsicas.^{2,11}

Thornwaldt, em 1885, foi o primeiro a descrever as consequências patológicas relacionadas com esta formação, à qual chamou de bolsa faríngea.⁸ Também é designado como bursa faríngea, bursa nasofaríngea, bursa de Luschka, bursa de Thornwaldt ou quisto de Thornwaldt.

O QT representa a persistência de uma comunicação embrionária entre a extremidade cefálica da notocórdio e a endoderme da faringe primitiva (remiscência da bolsa de Rathke).

Às 6 semanas de desenvolvimento embrionário ocorre a regressão da notocórdio, na continuação do desenvolvimento dos ossos esfenoidal e basioccipital. Quando isso ocorre em comunicação com o epitélio faríngeo, é criada uma bursa. Com a obstrução da abertura dessa bursa faríngea devido a inflamação ou trauma, enche-se com líquido e forma-se um QT.⁴

O QT é composto de epitélio de tipo respiratório e contém relativamente pouco tecido linfóide nas suas paredes.

O QT encontra-se situado na parede postero-superior da linha média da nasofaringe, inferiormente à tonsila faríngea. Possuem a forma de invaginação saculiforme, drenando no cavum através de um curto canal. O seu orifício de drenagem localiza-se imediatamente acima das fibras superiores do músculo constritor superior da faringe e dá acesso a um canal mais ou menos largo, orientado acima do tubérculo faríngeo da apófise basilar do osso occipital, podendo estar em contacto com este.

A maior série encontrada na literatura (64 casos descritos por Eagle), considera que em mais de 75% dos casos os quistos da nasofaringe estão em associação com a adenoidectomia. Outros estudos sugerem a inexistência de qualquer relação.^{10,12}

Os QT predominam no sexo masculino na proporção de 3 para 1.⁴ Podem ocorrer em qualquer idade. A maioria dos casos com relevância clínica é diagnosticada na idade adulta, com uma grande variação entre as séries descritas na literatura, talvez pelo reduzido número de doentes em cada.³

Esta bursa pode ser de pequeno tamanho, assintomática, apenas diagnosticada post mortem, mas também pode atingir grandes proporções, obstruindo a nasofaringe. Encontrámos descrições de QT sintomáticos com 25 mm⁸ e QT assintomáticos de 2 a 15 mm.⁷

A maioria dos doentes com QT é assintomática (10). Menos frequentemente pode existir inflamação ou formação de abcesso a partir do quisto de Thornwaldt desenvolvendo a doença de Thornwaldt. A doença de Thornwaldt inclui rinorreia posterior, cefaleias occipitais

e halitose. Podem também surgir mialgias cervicais, sensação de plenitude auricular e disgeusia.^{5,6}

A nasofiboscopia ou rinoscopia posterior revela uma massa na linha média da parede postero-superior da nasofaringe.

Na TAC observa-se uma massa de baixa densidade na nasofaringe que não se impregna com a injeção de contraste endovenoso. Por vezes observa-se calcificação do quisto.

A RMN, em especial no plano sagital, é a modalidade radiológica de escolha no diagnóstico e estadiamento do QT.⁴ Devido ao seu alto teor proteico e hemorragia intra cística frequente, o QT apresenta um sinal hiperintenso em T1 e T2 na RMN. Por convenção, o QT tem 7 ou mais mm de diâmetro, não tem halo de reacção inflamatória circundante nem envolvimento ósseo e localiza-se entre os músculos "longos capitis" sem os lesar. A RMN é usada após realização de TAC para uma melhor definição anatómica e diagnóstico diferencial de lesões tidas como sólidas na TAC.⁷

O diagnóstico diferencial faz-se com:

- Quisto de retenção adenoideo (localizado cefalicamente em relação ao QT, encontra-se rodeado por abundante tecido linfóide à microscopia e é geralmente inferior a 5 mm de diâmetro, sendo frequentemente múltiplos);
- Quisto do arco branquial (com origem no segundo arco branquial, localizado mais lateralmente em relação à abertura faríngea da tuba auditiva);
- Quistos da bursa de Rathke (localizados inferiormente à sela e antero-superiormente ao QT na nasofaringe. Derivados da abertura faríngea embrionária do canal crânio faríngeo);
- Quisto de retenção de glândulas seromucosas (na parede lateral da faringe. Podem ser múltiplos).
- Encefalocelo
- Meningocelo ou Mielomeningocelo (associados a defeito ósseo, possuem solução de continuidade com as estruturas intracranianas);
- Mucocelo do seio esfenoidal (raramente sofrem erosão inferiormente em direcção à nasofaringe e a sua existência relaciona-se com um defeito ósseo na base do seio esfenoidal);
- Cordoma

Os outros diagnósticos diferenciais são feitos com recurso à imagiologia, em especial a RMN.

O tratamento do QT é muito variável. Dependendo das características do QT, podemos optar pela vigilância, excisão cirúrgica ou marsupialização.

Se de pequenas dimensões e não complicado poderemos optar pela vigilância.

Se clinicamente relevante ou de maiores dimensões, poderemos drená-lo através de cirurgia ou marsupialização.^{2,3} A aspiração do quisto tem tendência a recidivar.

A via de abordagem pode ser realizada por via transoral, transnasal ou transpalatina. Pode usar-se uma abordagem convencional ou endoscópica.

A via de acesso transpalatina oferece uma melhor visualização do leito e uma maior segurança na remoção total da massa, diminuindo as possibilidades de recidiva.⁴

Por vezes o quisto sofre rotura com drenagem espontânea.

Com a crescente rotina de realização de exames endoscópicos, os casos de diagnósticos de QT poderão tornar-se mais frequentes na literatura.

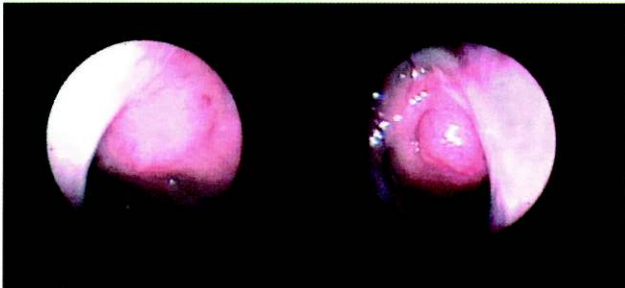


FIGURA 1. Nasofibrosopia com massa de aspecto cístico, bordos regulares, coloração avermelhada e depressível ao toque.

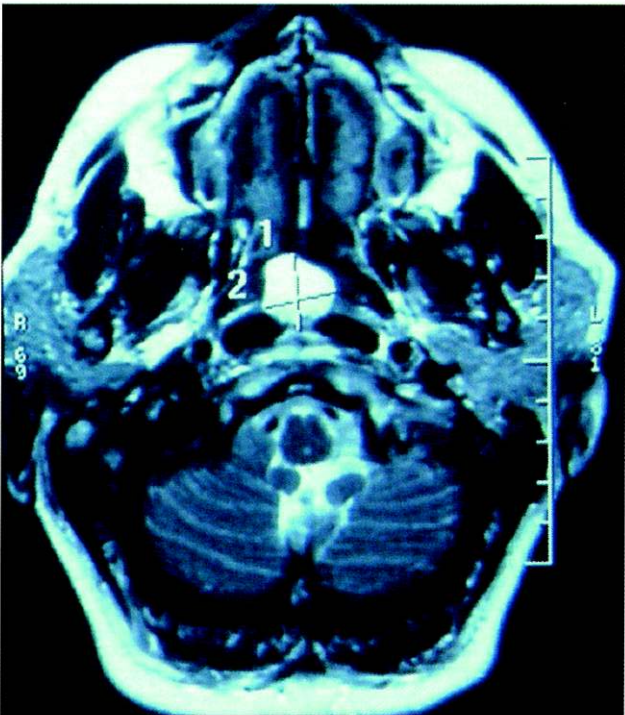


FIGURA 2. Quisto de Thornwaldt aparece como uma imagem hiperintensa na parede postero superior da nasofaringe (corte axial RMN)



FIGURA 3. Corte coronal de RMN

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ford WJ, Brooks BS, el Gammal T. Thornwaldt cyst: an incidental MR diagnosis. *AJNR* 1987;8 (5):922-923.
2. Brant-Zawadzki M, Norman D. *Magnetic Resonance Imaging of the Central Nervous System*. New York, NY: Raven Press; 1987:340-342.
3. Liam J. Skinner, Michael P. Colreavy, John F. Griffin, and Hugh P. Burns. *Radiology Quiz Case*. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;129 (10):1137-1138.
4. Boucher RM, Hendrix RA, Guttenplan MD. The diagnosis of Thornwaldt's cyst. *Trans Pa Acad Ophthalmol Otolaryngol*. 1990;42:1026-1030.
5. Miller RH, Sneed WF. Thornwaldt's bursa. *Clin Otolaryngol*. 1985;10:21-25.
6. Eagle WW. Pharyngeal bursae (Thornwaldt's bursae): a report of 64 cases. *Laryngoscope*. 1939; 49:199-207.
7. Battino RA, Khangure MS. Is that another Thornwaldt's cyst on MRI? *Australas Radiol*. 1990;34:19-23.
8. Kwok P, Hawke M, Jahn AF, Mehta M. Thornwaldt's cyst: clinical and radiological aspects *J Otolaryngology* 1987;16:104-107
9. Braun IE MRI of the nasopharynx. *Radio! Clin NorthAm* 198727:315-330.
10. James J, Macmillan AS, Momose LO. Thornwaldt's cyst. *Br J Radiol* 1968;41:920-924
11. Hollender AR. The nasopharynx: a study of 140 autopsy specimens. *Laryngoscope* 1946; 56:283-304.
12. Ikushima I, Korogi Y, Makita O, et al. MR imaging of Thornwaldt's cysts. *AJR* 1999 Jun;172(6):1663-1665.