

Informe de caso

Cefalea persistente secundaria a un quiste de Thornwaldt gigante

DOI: 10.5377/alerta.v9i1.20770

Javier Isaac Molina Velásquez

Hospital Regional San Miguel. Instituto Salvadoreño del Seguro Social, San Miguel, El Salvador.

Correspondencia

✉ javier_molina100@hotmail.com

0000-0002-0520-2707

ACCESO ABIERTO

Persistent headache secondary to a giant Thornwaldt's cyst

Citación recomendada:
Molina Velásquez JI. Cefalea persistente secundaria a un quiste de Thornwaldt gigante. Alerta. 2026;9(1):4-8
DOI: 10.5377/alerta.v9i1.20770

Editora:
Hazel García.

Recibido:
13 de enero de 2025.

Aceptado:
13 de octubre de 2025.

Publicado:
31 de enero de 2026.

Contribución de autoría:
JIMV: concepción del estudio, diseño del manuscrito, búsqueda bibliográfica, recolección de datos, manejo de datos o software, análisis de los datos, redacción, revisión y edición.

Conflicto de intereses:
El autor declara no tener conflicto de intereses.

Resumen

Presentación del caso. Se trata del caso de una mujer que acudió a la consulta externa del Servicio de Otorrinolaringología con un cuadro de un año de evolución caracterizado por cefalea frontal, sensación de obstrucción nasal predominantemente en la fosa nasal derecha y goteo posnasal de consistencia espesa. En el examen físico de las fosas nasales se identificó mucosa pálida, sin evidencia de lesiones tumorales; los hallazgos en la cavidad bucal fueron igualmente normales. Dado que la paciente no mostró mejoría clínica, se solicitó una tomografía computarizada de senos paranasales, la cual reveló en la nasofaringe la presencia de un quiste de retención mucosa de 20 x 15 mm, de bordes regulares y bien definidos. **Intervención terapéutica.** Se le realizó la cirugía endoscópica como procedimiento quirúrgico, que se llevó a cabo mediante un abordaje transnasal, efectuándose la exéresis de la lesión localizada en la fosa nasal derecha. La masa presentaba apariencia quística en la nasofaringe y medía aproximadamente 6 x 2 cm, observándose en su interior contenido mucoso de tonalidad amarillenta. **Evolución clínica.** En el posoperatorio inmediato, la paciente no presentó complicaciones, por lo que fue dada de alta el mismo día del procedimiento. En la evolución posterior, mostró una recuperación satisfactoria, por lo que se otorgó el alta definitiva por el servicio de Otorrinolaringología.

Palabras clave

Enfermedades Nasofaríngeas, Nariz, Senos Paranasales, Nasofaringe.

Abstract

Case presentation. A woman who attended the outpatient clinic of the Otorhinolaryngology Service with a history of one year of evolution of frontal headache, a sensation of obstruction in the right nostril plus abundant posterior drip of thick consistency. Physical examination of the nostrils shows pale mucosa with no evidence of tumor, as well as in the oral cavity. As there was no evidence of improvement, a computed tomography scan of the paranasal sinuses was indicated, in which a mucosal retention cyst of 20 x 15 mm, with regular and well-defined borders, was found at the level of the nasopharynx. **Treatment.** Endoscopic surgery was performed as a surgical procedure, which was carried out through a transnasal approach consisting of the exeresis of the tumor in the right nostril, with a cystic appearance in the nasopharynx of approximately 6 x 2 cm, with yellowish mucus inside. **Outcome.** In the immediate postoperative period, she did not present complications, and was discharged the same day. Afterwards, she showed satisfactory progress, so she was discharged by Otorhinolaryngology.

Keywords

Nasopharyngeal Diseases, Nose, Paranasal Sinuses, Nasopharynx.

Introducción

El quiste de Thornwaldt es una lesión benigna que se localiza con mayor frecuencia en la nasofaringe. Fue descrito por primera vez por Mayer en 1884 a partir de hallazgos en estudios de autopsia. Posteriormente, el mé-

dico alemán Gustav Ludwig Thornwaldt lo definió y reconoció formalmente como una entidad patológica¹. Se origina a partir de remanentes persistentes de la notocorda; no obstante, en la literatura también se ha descrito su aparición posterior a procedimientos quirúrgicos, como la adenoidectomía^{1,2}.

La mayoría de los quistes nasofaríngeos son asintomáticos y poco frecuentes. Sin embargo, estas lesiones rara vez se descubren durante las endoscopias y pruebas de imagen regulares. Un quiste de Thornwaldt nasofaríngeo superior, generalmente es un quiste congénito benigno de la mucosa³.

Los quistes de Thornwaldt causan una amplia variedad de síntomas que pueden incluir obstrucción nasal, goteo posnasal, dolor de cabeza, rigidez de nuca y disfunción de la trompa de Eustaquio, entre otros^{3,4}. El cuello es una estructura compleja con muchos compartimentos y existen procesos de enfermedades inusuales que pueden imitar afecciones más graves, como la meningitis⁵.

En algunos casos, los quistes de Thornwaldt pueden aumentar su tamaño o inflamarse, lo que provoca síntomas clínicos, como secreción posnasal, halitosis, disfunción de la trompa de Eustaquio y dolor de cabeza. El diagnóstico se basa en la historia clínica y en el diagnóstico por imágenes (nasoendoscopia, tomografía computarizada o resonancia magnética [RM]) y se confirma mediante histopatología⁶.

Los quistes de Thornwaldt, generalmente, no requieren tratamiento, pero ante la aparición de síntomas clínicos, deben extirparse quirúrgicamente⁷. La mayoría de los quistes no se diagnostican debido a su pequeño tamaño⁸, y en muy raras ocasiones, se puede presentar epistaxis⁹.

También se ha descrito que dicho quiste puede aparecer espontáneamente o de forma secundaria por acción traumática, como posterior a una adenoidectomía, a infecciones, o debido a erosiones causadas por cuerpos extraños¹⁰. Estos pueden ser asintomáticos y generalmente no requieren una intervención activa, pero la vigilancia continua sigue siendo fundamental para garantizar resultados clínicos óptimos¹¹.

Las masas benignas que ocupan las vías respiratorias superiores son, principalmente, masas quísticas¹². Si bien se han documentado tumores desmoides en la región de la cabeza y el cuello, los localizados en la nasofaringe son excepcionalmente raros¹³. El examen endoscópico suele revelar una masa a nivel de nasofaringe¹⁴.

Se ha documentado que el quiste de Thornwaldt puede asociarse a diversas afecciones locales, entre ellas el quiste de la bolsa de Rathke, el mucocele del seno esfenoidal y el teratoma dermoide de la pared nasofaríngea posterior¹⁵. Muchas de estas lesiones encontradas son benignas, y se localizan principalmente en la nasofaringe, seguida de la úvula, la pared lateral faríngea y el paladar blando¹⁶. El objetivo del presente infor-

me de caso es dar a conocer el diagnóstico del quiste de Thornwaldt con cefalea frontal como principal manifestación, ya que es una enfermedad poco frecuente y muchas veces se confunde con otras enfermedades; además, conocer el manejo adecuado, a través del abordaje endoscópico transnasal.

Presentación del caso

Se trata de una mujer que asistió a la consulta externa del Servicio de Otorrinolaringología con historia de un año de evolución de cefalea frontal, sensación de obstrucción en fosa nasal derecha, que se acompañaba de abundante goteo posterior, este era de consistencia espesa, por lo cual fue manejada previamente con esteroide intranasal y antihistamínico. En el examen físico, a nivel de las fosas nasales se observó la mucosa pálida sin evidencia de tumor, al igual que en la cavidad bucal. Al no presentar mejoría, se le indica tomografía axial computarizada (TC) de senos paranasales.

En la TC de senos paranasales se encontró a nivel de nasofaringe un quiste de retención mucosa de 20 x 15 mm. También, en el piso del seno maxilar, se observó otra imagen de iguales características, con diámetros de 26 mm, con bordes regulares definidos; y engrosamiento mucoso del seno maxilar izquierdo (Figura 1). Se realizó una nasofaringolaringoscopia, mediante la cual se observó en la fosa nasal derecha una lesión de aspecto quístico localizada en la nasofaringe y la entrada faríngea, acompañada de abundante mucosidad espesa.

Intervención terapéutica

La cirugía endoscópica se realizó mediante un abordaje transnasal, efectuándose la exéresis de la lesión ubicada en la fosa nasal derecha. La masa presentaba aspecto quístico, estaba localizada en la nasofaringe y medía aproximadamente 6 x 2 cm, tenía un contenido mucoso amarillento en su interior (Figura 2). No se evidenció obstrucción de las coanas. Asimismo, se identificó abundante tejido inflamatorio que ocluía el *ostium* maxilar derecho, con apariencia polipoide, además de abundante mucosidad en la fosa nasal derecha y en el seno maxilar (Figura 3).

Evolución clínica

En el posoperatorio se indicó tratamiento con ketorolaco 30 mg cada ocho horas, clorfeniramina 10 mg cada 12 horas y dexametasona 8 mg cada ocho horas, todos por vía intravenosa. La paciente no presentó complicaciones y fue dada de alta.

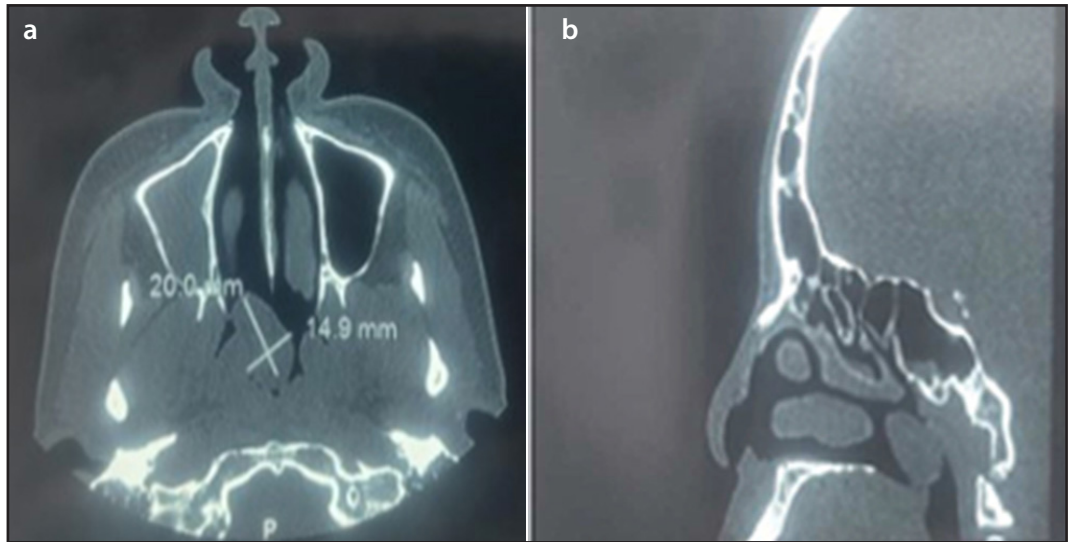


Figura 1. (a) Corte axial y (b) Corte sagital de TC de senos paranasales donde se observa tumor en nasofaringe, cuyas medias es de 20 x 15 mm.

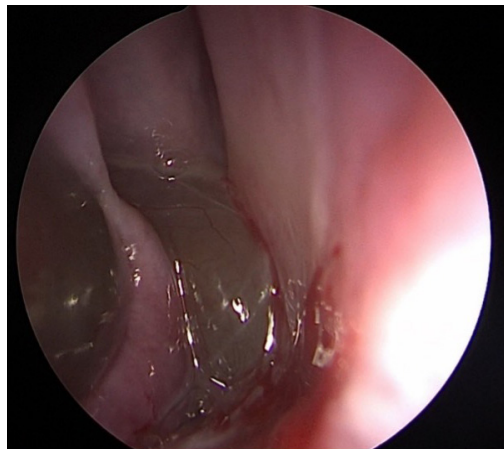


Figura 2. Hallazgo quirúrgico en nasofaringe, de tumor en la fosa nasal derecha, con apariencia quística.



Figura 3. Hallazgo macroscópico en nasofaringe, de aspecto quístico, de 6 x 2 mm, con abundante tejido inflamatorio.

Una semana después, en la consulta de seguimiento, se observaron escasas costras y mucosidad en ambas fosas nasales. El sitio correspondiente al quiste no mostró sangrado ni signos de recurrencia (Figura 4).

La paciente presentó una evolución clínica satisfactoria, por lo que se otorgó el alta definitiva por el servicio de Otorrinolaringología.

Diagnóstico clínico

Las evaluaciones clínicas por medio del examen físico, estudios de imágenes e histológicos permitieron definir el diagnóstico de quiste de Thornwaldt en la nasofaringe. El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica, de 3,0 cm, reveló una cavidad de 2,0 cm con contenido líquido transparente. Microscópicamente, la cavidad estaba revestida por epitelio respiratorio ciliado simple, sin evidencia de inflamación. Con estos hallazgos, se estableció el diagnóstico de quiste de Thornwaldt en la fosa nasal derecha.

Discusión

El quiste de Thornwaldt es una masa benigna, que generalmente se localiza en la zona media de la nasofaringe¹. Se ha presentado en todos los grupos de edad, con una prevalencia máxima de 15 a 30 años, en la que no existe dominancia sexual¹. Suelen ser asintomáticos y a menudo se diagnostican de forma incidental en estudios de imagen y autopsias, con una tasa de incidencia del 0,2 - 5 % y del 4 %, respectivamente. Por lo general, se descubren entre los 15 y los 60 años, sin ninguna predilección sexual particular⁶. Es fundamental informar a los pacientes sobre la naturaleza benigna de esta entidad, así como sobre las posibles complicaciones asociadas a un eventual crecimiento del quiste. La vigilancia clínica continua y el tratamiento individualizado, de acuerdo con la presentación de cada paciente, son esenciales para garantizar una atención óptima¹¹.

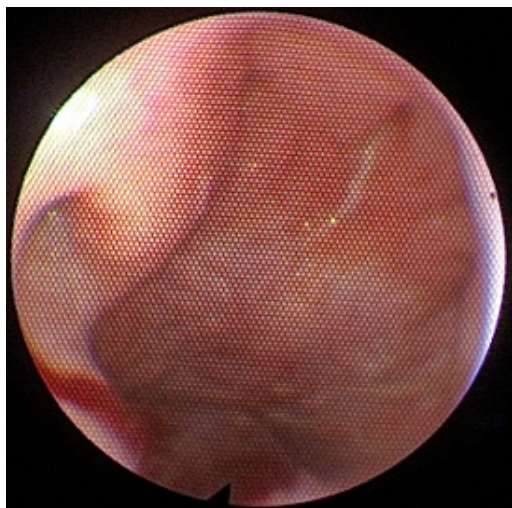


Figura 4. Endoscopia nasal postquirúrgica en donde el sitio del quiste no presentó sangrado ni recurrencia.

Los hallazgos en la endoscopia nasal suelen ser los de una masa submucosa lisa y vítrea superior al tejido adenoideo con coloración amarillo verdosa debido a sustancias quísticas¹. El quiste puede diagnosticarse fácilmente, mediante nasoendoscopia o estudios de imagen, apoyados en el examen histopatológico³. La resonancia magnética es más efectiva que la TC en la definición y detección de estas lesiones, siendo importante la demostración de la adherencia a las vértebras cervicales. Respecto al tratamiento, cuando se observan quistes pequeños se sugiere el acceso endoscópico transnasal¹.

Aunque es relativamente raro, se debe sospechar el quiste de Thornwaldt en cualquier paciente que presente síntomas sugestivos y se debe tratar en consecuencia⁴. Los quistes asintomáticos no necesitan ser tratados quirúrgicamente, sino que solo se les realiza un seguimiento regular. Se pueden realizar abordajes endoscópicos tanto transorales como transnasales⁷. Si se realiza solamente aspiración del contenido quístico es posible la recurrencia de la lesión¹. El seguimiento a largo plazo de los pacientes ha demostrado la eficacia y seguridad de la extirpación quirúrgica endoscópica sin que se detecte ninguna recurrencia, hasta tres años después de la operación^{3,6}.

En conclusión, el quiste de Thornwaldt es una tumoración benigna, infrecuente; el tratamiento es quirúrgico en caso de ser sintomático. El diagnóstico se basa en estudios por imágenes y el examen histopatológico. Aunque puede ser asintomático y no requerir tratamiento, el quiste de Thornwaldt, se puede asociar a obstrucción nasal unilateral, rinorrea posterior y disfunción de la trompa de Eustaquio. La marsupialización bajo guía endoscópica nasal con cauterización de bordes, es de fácil acceso y sin mayores complicaciones como en el caso que se pre-

senta. La manifestación de contractura y dolor cervical son raras, pero mejoran después del manejo quirúrgico.

Aspectos éticos

Para la publicación de este caso, se obtuvo el consentimiento informado de la paciente y de su responsable, tanto para la atención hospitalaria, incluido el examen físico realizado, como para la difusión de la información en este artículo. Se garantizó en todo momento la protección de su privacidad, conforme a lo establecido en la Declaración de Helsinki.

Agradecimiento

A cada uno de los médicos del Servicio de Otorrinolaringología por su ayuda técnica.

Financiamiento

No hubo fuentes de financiamiento.

Referencias bibliográficas

1. Cetinkaya E. Thornwaldt Cyst. *J Craniofac Surg.* 2018;29(6):e560-e562. DOI: [10.1097/SCS.0000000000004559](https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000004559).
2. Turan Ş, Gürbüz M, Kaya E, Pinarbaşı MÖ, Uzun T, Çaklı H. Is Transnasal Endoscopic Marsupialization Sufficient in Thornwaldt Cysts?. *J Craniofac Surg.* 2020;31(2):e208-e210. DOI: [10.1097/SCS.0000000000006120](https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000006120).
3. Zobairy H, Rajaeih S, Mehrnahad M, Modaresi P, Sofi-Mahmudi A. Nasopharyngeal Branchial Cyst and Thornwaldt Cyst in a Patient with Hearing Loss after Coronavirus Infection. *Iran J Otorhinolaryngol.* 2023;35(130):289-293. DOI: [10.22038/IJORL.2023.71639.3436](https://doi.org/10.22038/IJORL.2023.71639.3436).
4. Alshuhayb Z, Alkhamis H, Aldossary M, Almoumen Z, Aldhuraes A, Alshuhayb B, et al. Thornwaldt nasopharyngeal cyst: Case series and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2020;76:166-169. DOI: [10.1016/j.ijscr.2020.09.105](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.09.105).
5. Dimenstein N, Crumm C, Champaloux E, Burns R. Infected Thornwaldt Cyst: Case Report of an Unusual Cause of Pediatric Neck Pain. *J Emerg Med.* 2023 Jun;64(6):726-729. DOI: [10.1016/j.jemermed.2023.02.027](https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2023.02.027).
6. Gandhi S, Saindani S, Mundalik R. Adult Thornwaldt Cyst: A Rare Case Report. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2024;76(5):4877-4880. DOI: [10.1007/s12070-024-04949-5](https://doi.org/10.1007/s12070-024-04949-5).
7. Konsulov S, Minkov T, Pazardzhikliev D, Milkov D, Markov D. Symptomatic

- Tornwaldt Cyst: A Case Report. *Cureus*. 2024;16(4):e58796. DOI: [10.7759/cureus.58796](https://doi.org/10.7759/cureus.58796).
8. Adeel R, Fatima K, Shahid M, Memon H, Haque A. A Rare Case of Pediatric Nasopharyngeal Rhabdomyosarcoma with Parameningeal Extension Presenting as a Thornwaldt Cyst. *Cureus*. 2023;15(11):e49224. DOI: [10.7759/cureus.49224](https://doi.org/10.7759/cureus.49224).
 9. Toomey N, Hassanzadeh T, Danis DO, Tracy J. Incidence of Neoplasm in Patients Referred for Epistaxis. *Ear Nose Throat J*. 2024;1455613231223946. DOI: [10.1177/01455613231223946](https://doi.org/10.1177/01455613231223946).
 10. Salazar R, Olivera L. Quiste de Thornwaldt. A propósito de un caso. *Rev Med Hered*. 2021; 32(3): 171-174. DOI: [10.20453/rmh.v32i3.4060](https://doi.org/10.20453/rmh.v32i3.4060).
 11. Canatan M, Canatan MF, Canatan A. An Incidental Tornwaldt Cyst Finding on the Postoperative Assessment of a Nasal Septum Deviation: A Case Report. *Cureus*. 2023;15(5):e39606. DOI: [10.7759/cureus.39606](https://doi.org/10.7759/cureus.39606).
 12. Wen X, Huang A, Zhang A, Xu M, Song Y, Cui L, *et al*. Analysis of 141 cases with benign upper airway occupying in infant. *Lin Chuang Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*. 2024;38(4):334-338. Chinese. DOI: [10.13201/j.issn.2096-7993.2024.04.014](https://doi.org/10.13201/j.issn.2096-7993.2024.04.014).
 13. Khozamah Z, Mdawr E, Rahme M, Halakey W, Hamchou MH, Torbey A. Uncommon encounter: Nasopharyngeal desmoid tumor: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2024;123:110256. DOI: [10.1016/j.ijscr.2024.110256](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2024.110256).
 14. Nefzaoui S, Zoghalmi I, Gharsalli J, Sabehi E, Romdhane N, Helal I, *et al*. Respiratory epithelial adenomatoid hamartoma: A rare differential diagnosis of sinonasal mass. *Rare Tumors*. 2024;16:20363613241255567. DOI: [10.1177/20363613241255567](https://doi.org/10.1177/20363613241255567).
 15. Adanir S, Bahşi İ, Orhan M, Kervancioğlu P, Beger O, Yalçın E. Radiologic evaluation of the fossa navicularis: incidence, morphometric features, and clinical implications. *Surg Radiol Anat*. 2021;43(11):1887-1893. DOI: [10.1007/s00276-021-02742-5](https://doi.org/10.1007/s00276-021-02742-5).
 16. OuYang Z, Lou Z, Lou Z, Jin K, Sun J, Chen Z. Microwave ablation for the removal of pharyngeal benign lesions: A prospective pilot case series. *Am J Otolaryngol*. 2021;42(3):102916. DOI: [10.1016/j.amjoto.2021.102916](https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2021.102916).