

Acesso transnasal para marsupialização de cisto naso-labial: relato de caso

Transnasal Approach to Marsupialization of the Nasolabial Cyst: Report of a Case

José Nazareno Gil¹
Jonathas Daniel Paggi Claus²
Sérgio Monteiro Lima Júnior²
Liliane Janete Grandó³
Sônia Maria Lückmann Fabro⁴
Maria Inês Meurer⁵
Elena Riet Correo Rivero⁶
Fernanda Boing⁷

Recebido em 10/05/2007
Aprovado em 18/07/2007

RESUMO

O cisto naso-labial é cisto não odontogênico raro e de evolução lenta que, dependendo do tamanho, pode causar assimetria facial. O tratamento do cisto naso-labial comumente, e com sucesso, se dá por enucleação cística com acesso intra-oral. Existe um potencial risco de formação de uma fístula oro-nasal na enucleação cística por acesso intra-oral, devido à proximidade desse cisto com a mucosa nasal. A marsupialização por via nasal pode ser uma opção no tratamento do cisto naso-labial com menor risco de formação de fístula oro-nasal. O presente artigo relata um caso de cisto naso-labial tratado por marsupialização com acesso via transnasal.

Descritores: Cistos não-odontogênicos; Procedimentos cirúrgicos bucais; Patologia bucal.

ABSTRACT

The nasolabial cyst is a rare nonodontogenic cyst of slow progression which, depending on its size, can cause facial asymmetry. It is commonly and successfully treated by enucleation, using an intra-oral approach. There is a potential risk of an oronasal fistula when this modality of treatment is employed, owing to the proximity of the cyst to the nasal mucosa. Transnasal marsupialization can be an option in the treatment of the nasolabial cyst as there is a lower risk of formation of an oronasal fistula. The present paper reports a case of nasolabial cyst treated by marsupialization, using a transnasal approach.

Descriptors: Nonodontogenic cysts; oral surgical procedures; oral pathology.

INTRODUÇÃO

O cisto naso-labial é um cisto de desenvolvimento raro, não odontogênico, localizado na região de lábio superior, logo abaixo da asa do nariz¹. Existem duas teorias principais para a origem do cisto naso-labial^{2,3,4}. Uma teoria considera-o como um cisto

“fissural”, originado de remanescentes epiteliais retidos ao longo da linha de fusão dos processos nasal lateral, nasal mediano e maxilar^{1,5,6}. Uma segunda teoria sugere que esses cistos se desenvolvem do epitélio do ducto nasolacrimal devido à sua localização e histologia^{6,7}. A proporção mulher: homem é de

1. Mestre e Doutor em CTBMF; Coordenador da Residência em CTBMF HU/UFSC.

2. Residente em CTBMF HU / UFSC.

3. Doutora; Professora de Patologia Bucal e do Ambulatório de Estomatologia HU/UFSC.

4. Mestre; Professora de Patologia Geral e do Ambulatório de Estomatologia HU/UFSC.

5. Doutora; Professora de Patologia Geral e do Ambulatório de Estomatologia HU/UFSC.

6. Doutora; Professora de Patologia Bucal e do Laboratório de Patologia Bucal da UFSC.

7. Cirurgiã-Dentista.

3,5:1⁸. Esta lesão é mais freqüente na quarta e na quinta década de vida^{3,7,9}. Cerca de 90% dos casos são unilaterais^{5,9}.

Clinicamente se caracteriza por um aumento de volume, de crescimento lento, na porção ventral inferior da região piriforme, anterior ao tecido ósseo. Quando não tratado, o cisto naso-labial pode causar assimetria facial que consiste na protrusão do lábio superior, elevação da asa do nariz e abaulamento do sulco nasolabial assim como obstrução nasal^{1,10}.

A infecção associada ao cisto naso-labial ocorre em cerca de 50% dos casos, quando sensibilidade dolorosa pode acontecer, sendo que, nessas situações, pode haver um rápido aumento de volume com sinais inflamatórios associados, incluindo drenagem do conteúdo cístico tanto por via nasal como intra-oral^{1,3}.

O exame histopatológico do cisto naso-labial pode apresentar diferentes tipos de epitélio: escamoso simples, cubóide simples e o mais comum - o pseudo-estratificado cilíndrico ciliado, que é o epitélio do tipo respiratório^{6,11,12,13} com numerosas células mucosecretoras^{12,13}. Essa variedade de apresentação do cisto naso-labial pode ser atribuída à característica pluripotencial dos restos embrionários epiteliais, responsáveis pela origem do cisto¹⁴.

Devido à deformidade facial progressiva, ao risco de infecção e suas seqüelas e à eventual ocorrência dolorosa no local, o paciente deve ser informado da necessidade de remoção cirúrgica. A literatura tem mostrado a enucleação cística por acesso intra-oral como opção no tratamento do cisto naso-labial³. O acesso é realizado com incisão no sulco gengivolabial e dissecação romba da lesão (acesso de Denker)⁶. A proximidade do cisto à mucosa nasal faz com que a enucleação, por acesso intra-oral tenha um potencial risco de formação de fístula oro-nasal^{6,8}.

Su et al.,^{3,4} em suas publicações de 1999 e 2000, relataram a marsupialização via transnasal como opção de tratamento para o cisto naso-labial. Este artigo relata o caso clínico de um paciente com cisto nasolabial

unilateral tratado através de marsupialização por acesso transnasal.

RELATO DE CASO

Paciente 42 anos, sexo feminino, foi atendida no serviço de emergência do Hospital Universitário - UFSC com histórico de infecção odontogênica que não respondia ao uso de antibióticos. O exame clínico extra-oral revelou aumento de volume, flutuante à palpação, na região pára-látero-nasal direita, causando elevação nasal e discreta assimetria facial (Figura 01). A inspeção intra-oral não encontrou foco de infecção odontogênica, como cárie, doença periodontal ou necrose pulpar nos dentes próximos. A paciente estava sem sinais de toxemia, também não havia sinais flogísticos no local. A punção aspirativa realizada foi positiva para líquido amarelo-citrino e negativa para pus. A radiografia panorâmica revelou ausência de alterações ósseas no local, descartando a hipótese de cisto intra-ósseo e tendendo o diagnóstico clínico para cisto naso-labial.



Figura 01: Visão clínica pré-operatória revelando a discreta assimetria de face com elevação da região nasal esquerda.

Para o tratamento do cisto nasolabial, foi proposta a marsupialização via trans-nasal. O procedimento foi realizado sob anestesia local. O acesso foi realizado com o auxílio de um espéculo nasal para o afastamento. Uma nova punção aspirativa foi positiva para líquido amarelo-citrino (Figura 02). A incisão da mucosa foi feita com bisturi tipo "punch" nº 05 (Figura 03A), seguida de incisão com lâmina de bisturi nº 15

removendo uma porção do cisto para permitir a marsupialização (Figura 03B) e envio do tecido para análise histopatológica. Utilizando-se do fio vicryl 4.0, foi realizada sutura da mucosa nasal com a cápsula cística. Uma gaze foi mantida nas primeiras 48 horas para ajudar a manutenção da abertura. A paciente foi orientada a trocar a gaze e realizar limpeza com soro fisiológico diariamente, por 30 dias. O exame histopatológico demonstrou uma cápsula cística revestida de epitélio cúbico pseudo-estratificado, com a presença de células caliciformes, confirmando o diagnóstico presuntivo de cisto naso-labial (Figura 04). Após dois meses, a abertura foi epitelizada por completo (Figura 05). Uma tomografia computadorizada após seis meses da marsupialização revelou a presença de um espaço em continuidade com a cavidade nasal, sem o acúmulo de líquido, confirmando a regressão do cisto. (Figura 06)



Figura 02: Punção aspirativa positiva para líquido amarelo-citrino.

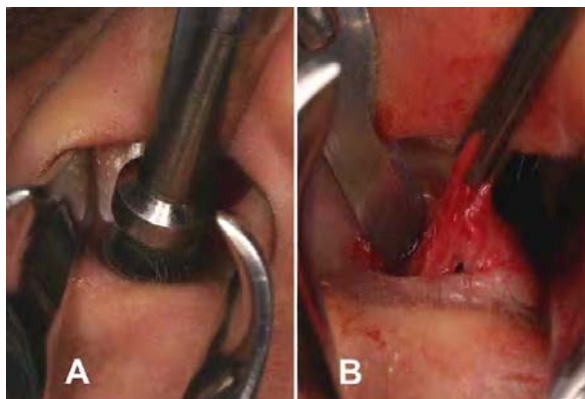


Figura 03: A) Incisão com bisturi tipo "punch" na mucosa nasal; a localização da incisão foi na região que se apresentava flutuante à palpação. B) Incisão da cápsula cística para finalizar a abertura e permitir o envio do tecido para a análise histo-patológica.

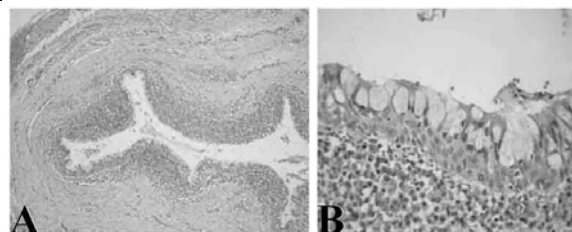


Figura 04: Cisto naso-labial, A- cápsula de tecido conjuntivo revestida por epitélio; B- maior aumento demonstrando o limitante epitelial pseudo-estratificado cúbico com células caliciformes e presença de células inflamatórias na cápsula.

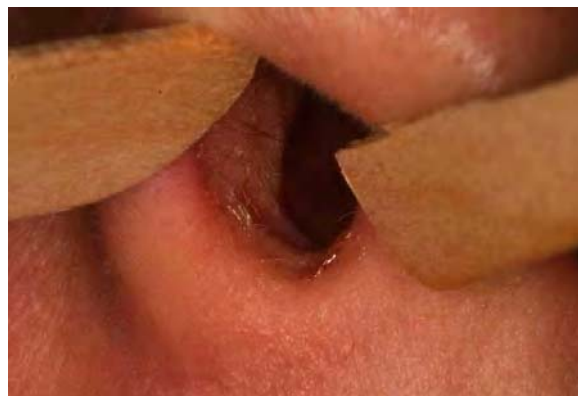


Figura 05: Visão clínica pós-operatória de trinta dias com a epitelização da abertura na mucosa nasal.



Figura 06: Corte axial de tomografia computadorizada da região pára-látero-nasal revelando a cavidade em comunicação com o nariz, sem o acúmulo de líquido.

DISCUSSÃO

A literatura apresenta a enucleação como recurso cirúrgico para o tratamento do cisto naso-labial. O cisto naso-labial tem íntima relação com a mucosa do assoalho nasal. Então, a enucleação pode acarretar uma laceração da mucosa nasal¹⁰ com subsequente desenvolvimento de um fístula oro-nasal^{6,8,14}. Outra complicação relatada é a possível cicatrização disforme em pacientes da raça negra, causando deformidade visível na asa do nariz¹⁵.

Basicamente, no tratamento de qualquer lesão oral, busca-se a eliminação da causa, erradicação da patologia e a reabilitação funcional do paciente ¹⁶. Nesse propósito é que a marsupialização, por acesso transnasal, surge como opção para o tratamento do cisto naso-labial.

Su et al., (1999, 2000) ^{3,4} descrevem 15 casos bem-sucedidos de cisto naso-labial tratados através de marsupialização por via trans-nasal. O estudo mostrou que houve completa formação de epitélio, semelhante ao encontrado na mucosa nasal, entre 3 a 4 semanas após a marsupialização. Para os autores, é um procedimento cirúrgico simples que requer de 10 a 20 minutos, e a dor no pós-operatório é semelhante ao da técnica de enucleação com acesso intra-oral. Ramos et al. (2007) ¹³ descreveram 2 casos de sucesso com a mesma técnica. O procedimento demorou cerca de quinze minutos, o sangramento transoperatório foi mínimo, e os pacientes não se queixaram de dor ou edema ¹⁰.

A recidiva pode ser uma potencial complicação para a técnica da marsupialização do cisto naso-labial devido ao aprisionamento de muco na bolsa ^{12,13}. Entretanto, assim como no estudo de Su et al. (1999,2000) ^{3,4} e Ramos et al. (2007) ¹³, não se observou essa complicação no presente trabalho. Após a marsupialização, a epitelização do cisto deve ocorrer entre as bordas do corte da mucosa nasal e a borda do epitélio do cisto ¹⁰. Para tanto, a marsupialização deve ser projetada de modo a permitir a manutenção da abertura para evitar que o processo de cicatrização feche a abertura, o que resultaria na manutenção do cisto. Este fato justifica o achado tomográfico no caso apresentado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso da técnica de marsupialização transnasal como opção de tratamento de cisto naso-labial mostrou-se positivo no caso apresentado, por evitar a formação de fístula oro-nasal e favorecer o acesso para a execução do procedimento cirúrgico.

Diante disso, sugerimos a técnica como opção em casos semelhantes.

REFERÊNCIAS

- ALLARD RHB. Nasolabial cysts: a review of the literature and report of seven cases. **Int J Oral Surg**. 1982; 11: 351-9.
- BARZILAI M. Bilateral nasoalveolar cysts: case report. **Clin Radiol**. 1994; 49: 140-1.
- YING SU, CHIEN CHIH-YEN, HWANG CHUNG-FENG. A new transnasal approach to endoscopic marsupialization of the nasolabial cyst. **J Oral Maxillofac Surg**. 2000; 58:356-60.
- CHIIH-YING SU, CHIEN CHIH-YEN, HWANG CHUNG-FENG. A new transnasal approach to endoscopic marsupialization of the nasolabial cyst. **Laryngoscope**. 1999; 109: 1116-8.
- COHEN MA, HERTZANU Y. Huge growth potential of the nasolabial cyst. **Oral Surg**. 1985; 59: 441-6.
- DAVID VC, O'CONNELLI JE. Nasolabial cyst. **Clin Otolaryngol**. 1986; 11: 5-8.
- EL-DIN K, EL-HAMD AA. Nasolabial cyst: a report of eight cases and a review of the literature. **J Laryngol Otol**. 1999; 113: 747-9.
- GOLPES C, et al. Cisto nasolabial bilateral. **Rev. Bras. Otorrinol**. 1995; 61: 30-33.
- GRAAMANS K. Nasolabial cysts: diagnosis mainly based on topography. **Rhinology**. 1983; 21: 239-49.
- KURIOFF DB. The nasolabial cyst-nasal hamartoma. **Otolaryngol Head Neck Surg**. 1987; (96): 268-72.
- NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, BOUQUOT JE. **Patologia oral e maxilofacial**. 1ª ed. Philadelphia: WB

Saunders Company; 1995.

PETERSON LJ, ELLIS E, HUPP JR, TUCKER MR.
Contemporary oral and maxillofacial surgery. 3a ed. St. Louis: Mosby; 1998.

RAMOS TCV, MESQUITA RA, GOMEZ RS, CASTRO WH.
Transnasal approach to marsupialization of the nasolabial cyst: report of 2 cases. **J Oral Maxillofac Surg.** 2007; 65: 1241-3.

ROED-PETERSON B. Nasolabial cysts. Br. **J. Oral Surg.** 1969; 7(2): 84-95.

WASLSH-WARING GP. Naso-alveolar Cysts: etiology, presentation and treatment. **J Lary.** 1967; 81: 263-76.

YUEN HW, JULIAN CYL, SAMUEL CLY. Nasolabial cysts: clinical features, diagnosis, and treatment. **British J Oral Maxillofac Surg.** 2007; 45: 293-97.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

José Nazareno Gil

Rua Tenente Silveira, 293 - Sala 1001

Centro - Florianópolis – Santa Catarina – Brasil

CEP 88010-301

Fone: (48) 3223-4185 / 3721-5147 / 9982-8203

E-mail: gil@ccs.ufsc.br