

# Cisto nasolabial: relato de 2 casos

*Nasolabial cyst: report of 2 cases*

Airton Vieira Leite Segundo<sup>I</sup> | Maria Sueli Marques Soares<sup>II</sup> | Emerson Filipe de Carvalho Nogueira<sup>III</sup> |  
Pedro Henrique de Souza Lopes<sup>III</sup>

## RESUMO

O cisto nasolabial é classificado como um cisto não odontogênico de desenvolvimento da região oral e maxilofacial. Ele representa uma lesão extraóssea rara, correspondendo a apenas 0,7% de todos os cistos que ocorrem na região maxilofacial. Clinicamente, ocorre como uma tumefação no lábio superior e na região do sulco nasolabial, causando um aumento de volume na região alar nasal. Os autores relatam dois casos de cisto nasolabial, enfatizando os aspectos clínicos, tomográficos, histológicos e técnicas de excisão cirúrgica.

**Descritores:** nasolabial, cisto não odontogênico, cirurgia oral.

## ABSTRACT

The nasolabial cyst is classified as a non-odontogenic and development cyst of the oral and maxillofacial region. It represents a rare extra-osseous lesion, corresponding to only 0.7% of all cysts that occur on the maxillofacial region. Clinically, it occurs as a tumefaction in the upper lip, at the nasolabial furrow region, causing a swelling on the nasal alar region. The authors report two cases of nasolabial cyst, emphasizing their clinical, tomographic and histological aspects and techniques of surgical excision.

**Descriptors:** Nasolabial cyst; non-odontogenic cysts; oral surgery

## INTRODUÇÃO

Descrito pela primeira vez por Zuckerkandl, em 1892<sup>1</sup>, o cisto nasolabial é definido pela Organização Mundial de Saúde como um cisto não odontogênico de desenvolvimento<sup>2</sup>. É uma lesão incomum, que afeta o lábio superior e tem vários sinônimos, sendo chamado de cisto nasoalveolar, cisto extra-nasoalveolar, cisto nasovestibular, cisto nasal alar,

cisto mucoso nasal, cisto de Klestadt e cisto de Gerber<sup>3</sup>. Para Shear<sup>2</sup>, é preferível utilizar o termo nasolabial em vez de nasoalveolar, uma vez que o alvéolo dental não está envolvido nessa lesão.

Sua etiopatologia é incerta, no entanto é possivelmente originário da região do canal nasolacrimal inferior, pois apresenta um epitélio colunar pseudoestratificado de cobertura, sendo esse epitélio geralmente encontrado no cisto nasolabial<sup>2,4,5</sup>.

I. Preceptor do Programa de Residência em Cirurgia Buco-maxilo-facial do Hospital Regional do Agreste, Mestre e Doutor / Universidade Federal da Paraíba.

II. Professora Doutora de Estomatologia da Universidade Federal da Paraíba.

III. Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucimaxilofacial do Hospital Regional do Agreste, Caruaru – PE.

Afeta, mais frequentemente, indivíduos adultos, com maior prevalência na quarta e quinta décadas de vida<sup>2,6</sup>. Há uma predominância considerável do cisto nasolabial entre as mulheres<sup>2,6,7,8</sup> na proporção de 3:1 ou 4:1. Clinicamente, o cisto nasolabial apresenta-se como aumento de volume na região anterior do lábio superior, lateral à linha média, com uma elevação da região alar nasal e atenuação do sulco nasolabial<sup>9</sup>. Dependendo das dimensões do cisto, pode resultar numa obstrução nasal ou instabilidade da prótese dentária superior. A protuberância do sulco gengivolabial na região do dente canino pode fechar o quadro clínico<sup>6</sup> e ocasionalmente ser bilateral<sup>10,11</sup>.

Como o cisto nasolabial se origina nos tecidos moles, na maioria dos casos, não há alterações radiográficas. Ocasionalmente, pode ocorrer reabsorção do osso subjacente devido à pressão exercida pelo cisto<sup>6</sup>.

Os achados histopatológicos mostram um revestimento do epitélio escamoso estratificado colunar, epitélio respiratório, pseudoestratificado colunar ou uma combinação desses. No epitélio, podem ser observadas células calciformes, circundando o estroma fibrovascular células inflamatórias<sup>12</sup>.

O tratamento de eleição consiste na remoção cirúrgica total por acesso intraoral. Como a lesão geralmente está próxima ao assoalho nasal, muitas vezes, é necessário retirar uma parte da mucosa nasal para garantir a remoção completa da lesão<sup>6</sup>.

Este artigo relata dois casos de cisto nasolabial, enfatizando sua clínica, tomografia e os aspectos histológicos, seu tratamento e prognóstico, contribuindo para o conhecimento dessa lesão.

## RELATO DOS CASOS

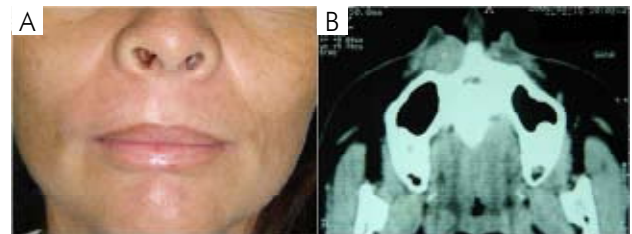
### Caso 1

Paciente do gênero feminino, 30 anos apresentou aumento de volume indolor na região alar direita do nariz, com evolução de aproximadamente

cinco meses. A história médica do paciente não tinha revelado significativas alterações sistêmicas. Durante a anamnese, a paciente negou cirurgia prévia, infecção ou trauma local.

Durante o exame físico extraoral, observou-se um aumento de volume discreto na região paranasal direita (Figura 1A), de aspecto móvel à palpação. Através do exame intraoral, observou-se uma diminuição do sulco gengivolabial direito e nenhuma alteração da mucosa.

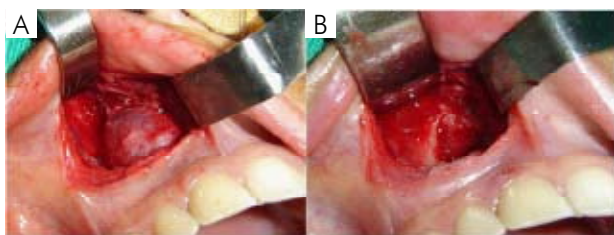
Foi solicitado radiografia panorâmica, a qual não demonstrou nenhuma alteração óssea. Em seguida, solicitou-se tomografia computadorizada em que foi observada uma lesão expansiva, arredondada, de contornos regulares, medindo 3,0 x 2,8 cm, localizada próxima à região alar nasal direita, anterior ao processo alveolar da maxila, causando discreta erosão óssea por pressão (Figura 1B). De acordo com os achados clínicos e imaginológicos, a hipótese diagnóstica foi de cisto nasolabial.



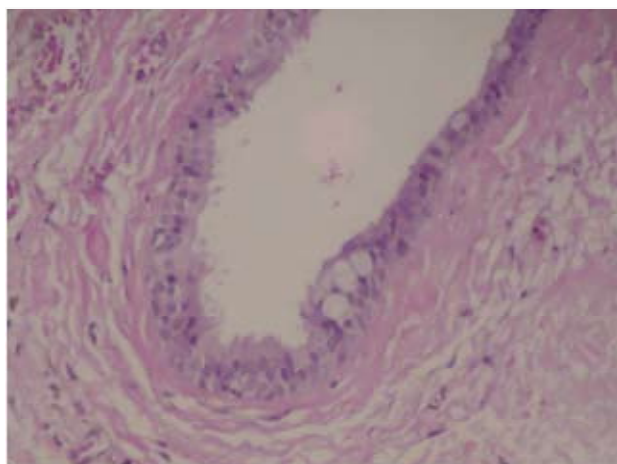
**Figura 1-** A: Exame extraoral: Observa-se discreta diminuição do sulco nasolabial; B: Tomografia Computadorizada: Lesão circunscrita de contornos regulares. Lateral à espinha nasal anterior.

O tratamento proposto foi a excisão cirúrgica, com acesso intraoral, utilizando a incisão de Partsch, exposição da lesão (Figura 2A), seguida de sua enucleação. Foi realizada irrigação abundante da cavidade cirúrgica (Figura 2B) e sutura por planos anatômicos. A avaliação microscópica do espécime extirpado revelou uma cavidade cística revestida por epitélio colunar pseudoestratificado, por vezes ciliado, apresentando células da mucosa bem como áreas de epitélio escamoso estratificado (Figura 3).

O paciente está sob observação por seis anos, sem qualquer sinal de recidiva.



**Figura 2-** A: Acesso cirúrgico intraoral – Visualização da extensão da lesão; B: Cavidade cirúrgica após enucleação da lesão.



**Figura 3:** Corte histológico num aumento de 200x, corado com HE, demonstrando epitélio colunar pseudoestratificado contendo células da mucosa.

## Caso 2

Paciente do gênero feminino, 43 anos relatou aumento de volume na região alar do nariz, notado por aproximadamente um ano. O histórico médico do paciente não tinha revelado alterações sistêmicas significativas. A anamnese revelou ausência de cirurgia prévia, infecção ou trauma local.

No exame físico extraoral, observou-se aumento de volume considerável sobre a região paranasal direita, com apagamento do sulco nasolabial (Figura 4), assintomático, de aspecto móvel e flutuante à palpação. Observou-se, também, o apagamento do sulco gengivolabial direito, sem alterações na mucosa.

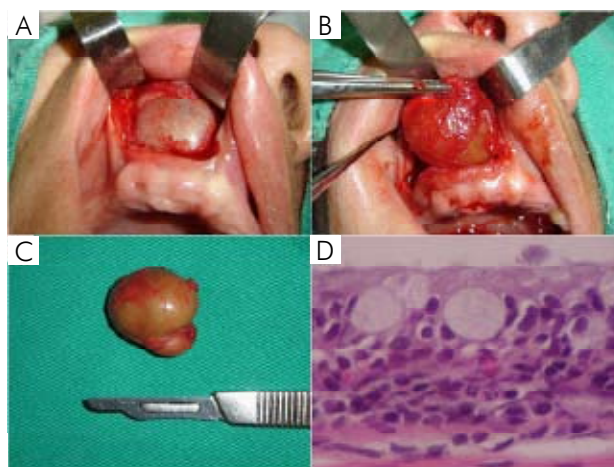
Ao exame radiográfico, não foram observadas alterações dentárias ou ósseas que justificassem o

aumento do volume da região. De acordo com os achados clínicos, o diagnóstico foi de cisto nasolabial.



**Figura 4:** Exame extraoral – Observa-se aumento de volume na região alar nasal direita.

O tratamento consistiu de um acesso intraoral com incisão de Partsch, seguido de exposição da lesão (Figura 5A), remoção completa dessa (Figura 5B) e sutura realizada por planos anatômicos. O espécime consistia de lesão cística medindo 3,2 x 2,9 cm de diâmetros (Figura 5C). A avaliação microscópica foi semelhante ao do primeiro caso, apresentando infiltrado inflamatório com predomínio de neutrofilia (Figura 5D). O paciente encontra-se sob acompanhamento há 4 anos, sem alteração local.



**Figura 5 -** A: Acesso cirúrgico intraoral – Amplitude da lesão. B: Remoção da lesão; C: Lesão removida sem a ruptura da cápsula cística; D: Corte histológico num aumento de 400x, corado em HE, demonstrando paredes císticas que continham infiltrado inflamatório.

## DISCUSSÃO

O cisto nasolabial é uma lesão encontrada exclusivamente na região anterior da maxila, em tecido mole, adjacente à asa do nariz. Outras lesões, como granuloma, cistos periapicais e abscessos, podem causar aumento de volume na mesma região, todavia são lesões que perfuram ou promovem abaulamento da cortical óssea<sup>12</sup>. O teste de vitalidade pulpar dos dentes da região pode direcionar o seu diagnóstico. Os dois casos relatados apresentaram aumento de volume assintomático na região alar nasal, não sendo necessários os testes de vitalidade<sup>13</sup>. Com relação à predileção por sexo e idade, os nossos casos corroboram a literatura mundial em que o sexo feminino<sup>2,6,7,8</sup>, na quarta e na quinta década de vida<sup>2,6</sup>, apresenta as maiores prevalências.

60

Como o cisto nasolabial é considerado de uma patologia de tecido mole, os achados radiológicos geralmente não aparecem<sup>8</sup>. Barzilai<sup>15</sup> recomenda tomografia computadorizada, a fim de avaliar, com precisão, a extensão do cisto, enquanto Pruna e colaboradores<sup>16</sup> sugerem uma ultrassonografia. Imagens tiradas por ressonância magnética podem completar o quadro de imagem<sup>10,17</sup>. Radiografias panorâmicas foram solicitadas em ambos os casos clínicos descritos para descartar envolvimento ósseo. No primeiro caso, solicitou-se tomografia computadorizada, por meio da qual se observou lesão de aproximadamente 3,0 x 2,8 cm envolvendo tecido mole. Como a ressonância magnética não iria alterar o planejamento cirúrgico em nenhum dos casos, optou-se pela não realização.

O padrão histopatológico revela um epitélio colunar pseudoestratificado com células ciliadas e células de Goblet<sup>3</sup>, corroborando os achados dos casos referidos no presente artigo. Neville e col.<sup>6</sup> ainda afirmam que pode ocorrer epitélio cuboide e áreas de metaplasia escamosa. A hipótese diagnóstica de cisto nasolabial dos casos referidos foi embasada pelos achados clínicos e

imaginológicos, sendo confirmada após exame histopatológico.

O tratamento é baseado na remoção cirúrgica conservadora por meio de abordagem intraoral, sendo as recorrências raras<sup>9,18,19</sup>. Por esse motivo, essa foi a forma de tratamento escolhida para ambos os casos clínicos descritos neste artigo. Outra forma de tratamento foi relatada em 1999 por Su, Chien e Hwang<sup>20</sup>, que descreveram a técnica de marsupialização endoscópica por via transnasal, apresentando bons resultados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na literatura acima mencionada, verificou-se que as características de ambos os casos de cisto nasolabial relatados neste estudo coincidem com aqueles apresentados por outros autores, em que os resultados mais comuns são a diminuição do sulco nasolabial e gengivolabial, o aumento de volume na região alar do nariz, aspectos radiográficos pobres e prevalência em mulheres. A tomografia computadorizada com janela para tecidos moles permitiu uma melhor avaliação da lesão. O tratamento cirúrgico excisional com abordagem intraoral foi bem indicado, e recorrências não ocorreram.

## REFERÊNCIAS

1. Chinellato LEM, Damante JH. Contribution of radiographs in the diagnosis of nasoalveolar cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 1984, v.59, p.729-735.
2. Shear M. Developmental odontogenic cysts. An update. *J Oral Pathol Med*, 1994, n.23, p.1-11.
3. Shinohara EH, Perin SV, Carvalho Jr JP. Cisto nasolabial – relato de caso. *BCI*, 2001, v.8, n.29, p.15-18.

4. Cardoso AJO, Frota R, Carvalho Filho FV, Cardoso MSO, Macedo CB, Araújo Filho RCA. Cisto Nasolabial: Relato de caso clínico. *Odon-tologia. Clín-Científ.*, Recife, out/dez, 2006, 5(4): 337-343.
5. Langlais RP, et al. *Diagnostic imaging of the jaws*. Baltimore: Williams e Wilkins, 1995; p.263-279.
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e maxilofacial*; Guanabara, Rio de Janeiro, 1998.
7. Cawson RA, Odell EW. Cysts of the jaws. In: Cawson RA, Odell EW. *Essentials of oral pathology and oral medicine*. 6 ed: Churchill Livingstone, 1998; p.97-116.
8. Haring JI, Ibsen OAC. Developmental disorders. In: Ibsen OAC, Phelan JA. *Oral pathology for the dental hygienist*. 2.ed, W. B. Saunders Co, 1996, p.228.
9. Raldi FV, Sá Lima JR, Araújo MM, Nascimento RD, Oliveira RGB. Cisto nasolabial: relato de caso clínico. *Rev Bras Cir Periodontia*, Curitiba, 2003, v.1, n.1, p.52-56.
10. Curé JK, Osguthorpe D, Van Tassel P. Magnetic resonance of nasolabial cysts. *AJNR*, 1996 Mar; v.17, p.585-588.
11. Cawson RA, et al. Cysts and cysts-like lesion of the jaws. In: Cawson, RA, et al. *Surgical pathology of the mouth and jaws*. 2ed., Wright, 1996; p.38-58.
12. Egervary G, Csiba A. Bilateral nasolabial cyst. *Dent. Dig*, Pittsburgh, 1969, v.75, n.12, p.504-507.
13. Soldatelli MV, Maschmann RA, Wobido FB, Pinto JGS, Isolan TMP, Hernandez PAG, Júnior ANS, Santos MA. Cisto nasolabial unilateral: relato de caso clínico. *R. Ci. méd. biol.*, Salvador, jan./abr. 2008, v.7, n.1, p. 90-95.
14. High CL, Houston GD. Recurring anterior facial swelling. *Compend Contin Educ Dent*. 2001 Dec; 22(12):1066-8, 1070-1072.
15. Barzilai M. Case report: bilateral nasoalveolar cysts. *Clin Radiol*, 1994; v.49, p.140.
16. Pruna X, Inajara L, Gallardo E, Serra J, Casamitjana F, Serrano A. Value of sonography in the assessment of space-occupying lesions of the anterior nasal fossa. *J Clin Ultrasound*, 2000; V.28, N.1., P.14-19.
17. Hisatomi Miki, Asaumi J, Konouchi H, Shigehara H, Yanagi Y, Kishi K. MR imaging of epithelial cysts of the oral and maxillofacial region. *European Journal of Radiology*, 2003; v.48, p.178-182.
18. Nixdorf DR, Peters E, Lung KE. Clinical presentation and differential diagnosis of nasolabial cyst. *J Can Dent Assoc*, v.69, n.3, p.146-149, 2003.
19. Choi JH, Kang HJ, Chae SW, Lee SH, Hwang SJ. Nasolabial cyst: a retrospective analysis of 18 cases. *Ear Nose Throat J*, 2002; v.81, n.2, p.94-96.
20. Su CY, Chien CY, Hwang CF. A New Transnasal Approach to Endoscopic Marsupialization of the Nasolabial Cyst. *Laryngoscope*, 1999; v.109, p.1116-1118

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP  
 Av. Gal. Newton Cavalcanti, 1.650 - Tabatinga  
 Camaragibe - Pernambuco / Brasil  
 CEP: 54753-220  
 Fone: ++55-81-8612-8942

