

MARSUPIALIZAÇÃO COMO TRATAMENTO INICIAL DE CISTO DO DUCTO NASOPALATINO

Marsupialization as an Early treatment for nasopalatine duct cyst

*Felipe Firme Igreja**

*Ilna Penna***

*Danielle Resende Camisasca****

*Liliana Aparecida Pimenta de Barros*****

*Tereza Cristina Rangel Pereira******

Recebido em 12/2004

Aprovado em 03/2005

RESUMO

A apresentação clínica e radiográfica de um cisto do ducto nasopalatino de grande dimensão e extensão para vestibular é um achado incomum, sendo necessária uma abordagem diferenciada da forma de tratamento convencional para este cisto. Discute-se sua patogenia controvertida e as formas de tratamento. A escolha do tratamento depende do tamanho da lesão. No caso clínico relatado, o tratamento de escolha foi a marsupialização devido à grande dimensão da lesão, seguida por um período de proervação, aguardando neoformação óssea na região para posterior realização da enucleação cirúrgica.

Descritores: Cistos. Palato/patologia. Cistos não odontogênicos. Cirurgia bucal/métodos.

ABSTRACT

The clinical and radiographic presentation of a large nasopalatine cyst extending into the oral vestibule is an unusual finding, requiring an approach different from the convention form of treatment for this type of cyst. Its controversial pathogenesis and forms of treatment are discussed. The choice of treatment depends on the size of the lesion; in the clinical case reported, it was marsupialization, due to the large diameter, and a period of follow-up while new bone formation took place in the region for subsequent surgical enucleation.

Descriptors: Cysts. Palate/pathology. Nonodontogenic cysts. Surgery, oral/methods.

INTRODUÇÃO

O cisto do ducto nasopalatino é o cisto não-odontogênico mais comum da cavidade oral (1%). Pode desenvolver-se em qualquer idade, sendo mais comum entre a 4ª e a 6ª década de vida. Em pacientes de idade mais avançada, a lesão apresenta-se menos agressiva. Num estudo de 2162 crânios, não foi possível determinar uma predileção por raça (ELLIOTT, 2004). Ocorre com mais frequência no sexo masculino. Surgem diretamente do conduto nasopalatino no canal incisivo.

O primeiro caso descrito foi em 1914, por Meyer

(VASCONCELOS et al., 1999).

A sua patogênese vem sendo discutida com teorias divergentes quanto à origem do epitélio para a formação do cisto do ducto nasopalatino e quais os fatores associados. Uma teoria explica a origem do epitélio de remanescentes vestigiais de um órgão primitivo do olfato, encontrado nos animais inferiores (órgão vômero-nasal de Jacobson), em forma de ductos revestidos por epitélio, cordões epiteliais, restos epiteliais ou combinações (SHEAR, 1999). Tal teoria vem contrapor a teoria fissural, aceita por muito tempo

* Cirurgião-Dentista

** Especialista em Endodontia

*** Especialista em Estomatologia e Mestranda em Patologia/UFF

**** Doutora em Patologia Bucal – FOB/USP

***** Mestre em Radiologia – FOP/UNICAMP

e registrada em diversos livros didáticos sobre o assunto. Esta teoria se fundamenta no aprisionamento de epitélio durante o desenvolvimento embriológico da face, durante a união dos processos embriológicos; nestes locais, restos epiteliais poderiam ficar ilhados e, por fatores desconhecidos, proliferariam dando origem a um cisto (RODRIGUES; BARROSO, 1988). Atualmente, sabe-se que, durante o desenvolvimento embriológico da face, ocorre o nivelamento dos processos embriológicos com surto de proliferação do mesênquima, excluindo, assim, a possibilidade de aprisionamento do epitélio, descartando a existência desses cistos “fissurais”.

O trauma ou a infecção do ducto e a retenção de muco de glândulas salivares menores adjacentes também têm sido mencionados como possíveis fatores etiológicos. Embora seja uma patogênese incerta, é mais provável que a lesão desenvolva-se por degeneração cística espontânea de remanescentes do ducto nasopalatino (NEVILLE, 2004).

O diagnóstico diferencial entre o cisto do ducto nasopalatino e o cisto palatino mediano, documentado na mesma região, fazia-se, principalmente, pela localização mais posterior do último, sendo explicado pela teoria atual como uma localização variável de uma mesma entidade, permanecendo um assunto controverso, não figurando na classificação da OMS (CASTRO, 1995).

RELATO DE CASO

Paciente J.R.O., 37 anos, cor branca, sexo masculino, apresentou-se ao Curso de Aperfeiçoamento em Patologia e Diagnóstico Bucal/IOUFES com a queixa de aumento de volume no “céu da boca”. Segundo o paciente, inicialmente o aumento atingia, apenas, o palato. Houve um aumento de volume, estendendo-se para a região vestibular de canino superior direito, causando deformidade facial, com ligeiro aumento da asa do nariz, associada à sintomatologia dolorosa, razão pela qual procurou o Serviço.

Ao exame físico extrabucal, observamos um

aumento com apagamento do sulco nasolabial e levantamento da asa do nariz direita – a área apresentava-se avermelhada com sinais de inflamação e dor à palpação (Fig. 1). No exame da cavidade nasal do lado envolvido, não foi observado nenhum aumento. Intrabucalmente, o aumento atingia o fundo do vestibulo na região anterior direita e todo o palato duro. Clinicamente as coroas dos dentes 12 e 11 mostravam apinhadas (Fig. 2). Havia dor à percussão vertical e horizontal nos incisivos e caninos direitos (dentes 11, 12, 13). Todos os dentes envolvidos responderam normalmente ao teste de sensibilidade.

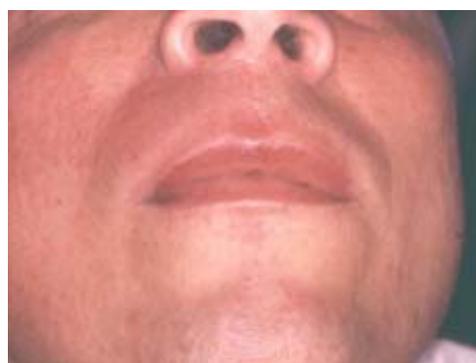


Figura 1 – Exame extrabucal com apagamento do sulco nasolabial e ligeiro levantamento da asa do nariz.



Figura 2 – Tumefação do palato e apinhamento das coroas dos dentes 12 e 11.

Foram feitas radiografias periapical, oclusal e panorâmica da área, observando-se imagem radiolúcida com halo radiopaco bem delimitado, expansiva na região de linha média, estendendo-se, bilateralmente, até a região dos segundos pré-molares sugestivo de cisto do ducto nasopalatino. Também foi observado afastamento entre as raízes dos dentes 12 e 11 (Fig. 3).



Figura 3 – Radiografia oclusal inicial.

Após os exames clínico e radiográfico, optou-se por fazer a punção aspirativa da lesão por palatino, e um líquido turvo mesclado com sangue foi coletado. Ocorreu uma diminuição do volume imediatamente após a punção. Colocou-se um dreno na região vestibular (Figs. 4a, b), após pequena incisão, a fim de manter a descompressão da região.



Figuras 4a – Colocação do dreno na extensão vestibular do cisto; 4b – líquido retirado após a punção.

O paciente retornou após 15 dias com melhora do quadro clínico e regressão da dor e edema. Planejou-se biópsia incisional com marsupialização da

lesão cística por vestibular (Fig. 5). Durante o ato cirúrgico, após a incisão, houve drenagem, sob muita pressão, de uma secreção escurecida. Também puderam ser observados os contornos das raízes dos dentes sob a área acometida. O espécime cirúrgico foi encaminhado para o Serviço de Anatomia Patológica Bucal da Odontologia/UFES.



Figura 5a – Local da biópsia incisional; 5b - área da marsupialização.

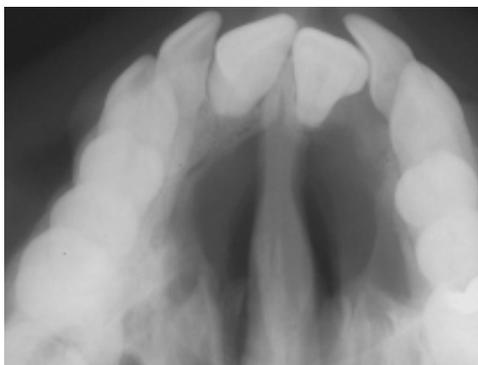
As suturas foram mantidas por 15 dias. Nesse período, houve progressiva redução clínica do volume da lesão e da sintomatologia. Foi orientado quanto à higienização da área, irrigando com soro fisiológico e oclusão da abertura cirúrgica durante a alimentação, com gaze.

Nos retornos subseqüentes, o controle foi feito clinicamente e por meio de radiografias oclusais, registrando-se a progressiva diminuição da área cística (Figs. 6 a, b, c).

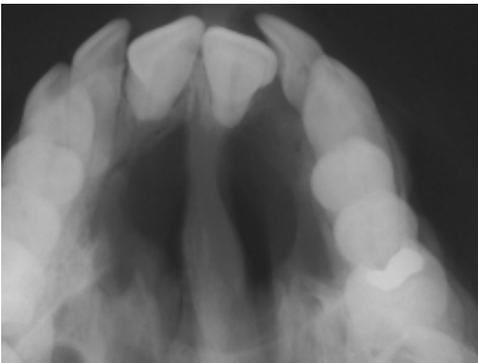
O quadro microscópico foi compatível com cisto do ducto nasopalatino, revelando nos cortes microscópicos uma cavidade virtual revestida ora por epitélio cuboidal ciliado ora por epitélio pavimentoso estratificado com áreas hiperplásicas. Observa-se,

parede cística formada por tecido conjuntivo fibroso rico em pequenos vasos sanguíneos com focos hemorrágicos e discreto infiltrado inflamatório linfoplasmocitário. Destaca-se, ainda, a presença de grandes vasos sanguíneos associados a feixes nervosos calibrosos (Fig. 7).

6a



6b



6c

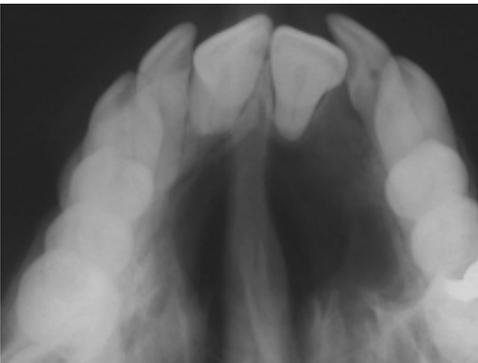
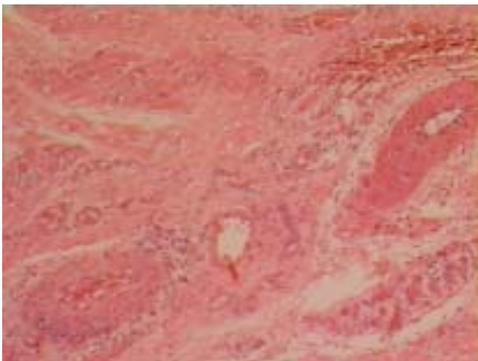


Figura 6 – Acompanhamento radiográfico: a – após 15 dias; b - após 30 dias; c – após 60 dias.

7a



7b

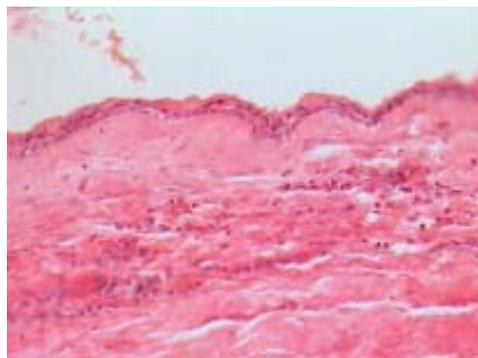


Figura 7 – Aspecto microscópico: a – cápsula cística com presença dos grandes vasos; b – cavidade virtual revestida por epitélio pseudo-estratificado colunar ciliado (Aumento 20X).

O paciente vem sendo preservado com melhora acentuada do quadro clínico e neoformação óssea na região, aguardando o melhor momento para enucleação cirúrgica da lesão (Fig. 8).

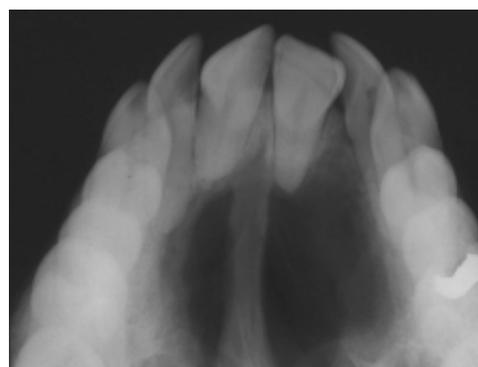


Figura 8 – Acompanhamento radiográfico após 90 dias.

DISCUSSÃO

O cisto do canal nasopalatino pode se desenvolver em qualquer idade, sendo mais comum entre a 4ª e a 6ª década de vida. Raramente o cisto do ducto nasopalatino é observado na primeira década de vida (NEVILLE, 2004).

Os fatores, que participam do desenvolvimento do cisto nasopalatino, têm sido teorizado por vários autores. Destaca-se o trauma e a infecção na cavidade oral com 16% e 38% respectivamente, além da possibilidade de uma espontânea proliferação do epitélio remanescente no canal incisivo (ELLIOTT, 2004). O surgimento do cisto pode estar relacionado ao trauma cirúrgico, como o descrito por Mermer et al.(1995) no qual houve a formação de um cisto no

canal nasopalatino, nove meses após ser submetido à cirurgia ortognática para expansão rápida do palato. Depois de formado o cisto, o seu crescimento pode ser facilitado por glândulas presentes na região que secretam mucina para dentro da estrutura encapsulada.

Sua histogênese envolve os remanescentes do ducto nasopalatino. Segundo trabalho de (ELLIOTT, 2004), na cápsula podem ser observados nervos, artérias e veias em grande porcentagem devido à intimidade da lesão ao canal incisivo, cujo tipo de epitélio predominante vai depender da localização da lesão: se for próxima à cavidade nasal, predomina o epitélio respiratório; se for próxima à cavidade bucal, o epitélio escamoso, na qual perceberam a combinação de diversos tipos epiteliais, dados esses que complementam os trabalhos de Abrams (1963) apud Shear (1999) e por Vasconcelos et al. (1999) que relataram a predominância do tecido escamoso no Cisto do ducto nasopalatino e a presença de células inflamatórias em 81% dos casos.

Muitas vezes a lesão apresenta-se assintomática, sendo descoberta por radiografias de rotina. Radiograficamente a lesão apresenta-se com boa demarcação, bem-circunscrita, próximo ou na linha média da região anterior da maxila e sobreposta à imagem dos ápices dos incisivos centrais. Na maioria das vezes a lesão é arredondada ou ovalada, com uma borda esclerosada e regular. Alguns podem ter a forma de uma pêra invertida, provavelmente devido à resistência das raízes dos dentes adjacentes. Outros casos podem apresentar a forma clássica de coração como resultado da superposição da espinha nasal anterior ou porque apresentam projetada a imagem do septo nasal (NEVILLE, 2004). No caso clínico relatado, ressaltamos a extensão vestibular da área radiolúcida entre os dentes incisivo lateral e central com divergência das raízes bem como para a região dos pré-molares bilateralmente e para posterior, numa visão oclusal, imagem rara para o cisto ducto nasopalatino, sendo descrita por Cawson; Binnie;

Eveson (1997). Tal imagem radiográfica inclui outras lesões císticas no diagnóstico diferencial, como o queratocisto odontogênico ou cisto periapical até um tumor odontogênico adenomatóide.

A imagem radiográfica de um forame incisivo não deve ser tomada como um fator único para o diagnóstico inicial deste cisto, devendo estar associado ao exame clínico do paciente como tumefação da região e sintomatologia. Roper-Hall (1938) apud Elliott (2004) descreve em seu trabalho que a largura do canal incisivo é de aproximadamente 3mm de diâmetro e considerado normal qualquer canal com menos de 6mm de diâmetro. Shear (1999), numa mensuração de 970 crânios de negros, encontrou 148 espécimes (15,3%) com as fossas incisivas maior do que 6mm, das quais 13 estavam associadas com cisto. Embora não exista uma correlação significativa entre tamanho em radiografia, sintomatologia e a idade do paciente, as lesões seriam maiores em homens e em negros (ELLIOTT, 2004).

Os dentes na região da lesão geralmente apresentam-se sem comprometimento endodôntico. O teste de sensibilidade pulpar deve ser feito durante o exame clínico para exclusão do envolvimento endodôntico descartando-se a possibilidade de um processo de origem inflamatória. Tal cuidado tem a finalidade de preservar os dentes envolvidos, evitando o desenvolvimento de necrose posteriormente provocado pela manipulação cirúrgica muito próxima a seus ápices ou pela redução do suprimento sanguíneo na região do cisto. As lesões maiores que 5cm apresentariam maior probabilidade de provocar desvitalização dentária com necrose dos dentes (ELLIOTT, 2004).

Clinicamente o paciente se apresenta com tumefação na linha média do palato duro, expandindo a gengiva palatina na maioria dos casos. A extensão vestibular do cisto nasopalatino não é comum, apesar de ser relatada na literatura. No caso descrito, houve extensão para região vestibular da crista alveolar provocando levantamento da asa do nariz.

A transformação maligna é muito rara: um único caso foi publicado sobre um carcinoma de células escamosas do revestimento do epitélio do canal (TAKAGI et al., 1996). Os mesmos autores descreveram a ocorrência de um novo caso com aumento de volume, reabsorção de raízes e crescimento rápido. Microscopicamente, no epitélio de revestimento do cisto encontraram-se características celulares, ora malignas ora displásicas. Sugerem a origem do carcinoma intra-ósseo a partir de um cisto nasopalatino, baseados em critérios mencionados por Gardner, porém não conclusivo.

A forma de tratamento para o cisto nasopalatino é a enucleação cirúrgica. Porém o tratamento deverá ser proposto isoladamente para cada caso, de acordo com a extensão da lesão. No caso descrito neste trabalho a marsupialização foi o tratamento de escolha devido a grande dimensão da lesão e a pequena espessura da arquitetura óssea entre a cavidade oral e nasal. Pode ocorrer, em casos de enucleação em lesões de grande dimensão nesta localização, a possibilidade de causar infecção com subsequente perfuração óssea e formação de fístula oronasal. Num estudo da literatura, em 468 pacientes com cisto do ducto nasopalatino, de tamanhos variados de 1,7 a 9cm, o tratamento de escolha foi a enucleação com 97% e marsupialização, 3% (ELLIOTT, 2004). Devemos lembrar que a marsupialização é a primeira etapa do tratamento, com a finalidade de descompressão, redução do tamanho do cisto para uma segura enucleação, como foi proposto no nosso caso.

A taxa de recorrência relatada na literatura é baixa, variando de 0 a 11%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apresentação clínica e radiográfica rara do cisto do ducto nasopalatino com extensão para vestibular e o diâmetro da lesão cística sugeriram outras hipóteses diagnósticas, incluindo lesões da região globulomaxilar. Estas mesmas características

orientaram para o planejamento cirúrgico inicial com a marsupialização, acompanhamento clínico e radiográfico até o momento de uma neoformação óssea favorável à enucleação para reduzir riscos de complicações trans e pós-cirúrgicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTRO, A. L. **Estomatologia**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1995.

CAWSON, R. A.; BINNIE, W. H.; EVESON, J. W. **Atlas colorido de enfermidades da boca**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

ELLIOTT, K. A.; FRANZESE, C. B.; PITMAN, K. T. Diagnosis and surgical management of nasopalatine duct cysts. **Laryngoscope**, St. Louis, vol. 114, p. 1336-1340, Aug. 2004.

MERMER, R. W. ; RIDER, C. A. ; CLEVELAND, D. B. Nasopalatine canal cyst: a rare sequelae of surgical rapid palatal expansion. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, St. Louis, vol. 80, no. 6, p. 620, Dec. 1995.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

RODRIGUES, C. B. F.; BARROSO, J. S. Cisto do ducto nasopalatino (Revisão de literatura). **Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 215-21, maio/jun. 1988.

SHEAR, M. **Cistos da Região Bucocomaxilofacial**. 2 ed. São Paulo: Santos, 1999.

TAKAGI, R. et. al.. Squamous cell carcinoma in the maxilla probably originating from a nasopalatine duct cyst: report of case. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Philadelphia, vol. 54, no. 1, p. 112-115, 1996.

VASCONCELOS, R. F. et al. Retrospective analysis of 31 cases of nasopalatine duct cyst. **Oral Dis.**, Houndmills, vol. 5, p. 325-328, 1999.