

Repercussão clínica do cisto do ducto nasopalatino

Clinical significance of the nasopalatine duct cyst.

Renata Moura Xavier Dantas^I | Vanessa Oliveira Batista^{II} | Débora Luzia Santos Andrade^{III} | Marcelo Victor Omena Caldas Costa^{IV} | Bráulio Carneiro Junior^V

RESUMO

O cisto do ducto nasopalatino (CDN), é um cisto não odontogênico da cavidade oral de ocorrência incomum. São frequentemente assintomáticos, apresentando expansão de cortical óssea palatina e predileção pelo gênero masculino entre a 4ª e 6ª década de vida. Radiograficamente apresenta-se como uma área radiolúcida, circunscrita localizada entre as raízes dos incisivos centrais superiores. O tratamento consiste na enucleação e curetagem, com baixas taxas de recidiva. O objetivo deste artigo é destacar os aspectos clínicos, e discutir a importância do diagnóstico e a conduta terapêutica do cisto do ducto nasopalatino, através de um relato de caso.

Descritores: Cisto; Ducto; Enucleação Cavidade oral.

ABSTRACT

The nasopalatine duct cyst (CDN) is a non-odontogenic cyst of the oral cavity uncommon occurrence. Are often asymptomatic, presenting palatal cortical bone expansion and predilection for males between the 4th and 6th decade of life. Radiographically presents as a radiolucent area circumscribed located between the roots of the maxillary central incisors. Treatment consists of enucleation and curettage, with low rates of recurrence. The purpose of this article is to highlight the clinical features, and discuss the importance of diagnosis and therapy of nasopalatine duct cyst, through a case report.

Descripts: Cyst; Duct; Enucleation; Oral cavity.

INTRODUÇÃO

O cisto do ducto nasopalatino (CDN), também conhecido por cisto do canal incisivo, foi descrito pela primeira vez por Meyer, em 1914, como um cisto do seio paranasal. É considerado o cisto não odontogênico da cavidade oral mais comum (73% dos casos), ocorrendo em aproximadamente 1% da população.^{1,2}

Acredita-se que este cisto origina-se da proliferação dos remanescentes epiteliais do ducto nasopalatino, estrutura embrionária que liga a cavidade bucal com a cavidade nasal na região do canal incisivo. Porém, outros fatores etiológicos têm sido relatados tais como trauma na região durante a mastigação ou por prótese mal adaptada, infecção bacteriana e retenção de muco de glândulas salivares menores

I Residente de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UFBA/Hospital Santo Antônio (OSID)

II Residente de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UFBA/Hospital Santo Antônio (OSID)

III Cirurgiã Dentista/UESB, Interna do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Geral do Estado –BA.

IV Residente de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UFBA/Hospital Santo Antônio (OSID)

V Doutorando em Odontologia e Saúde da UFBA e Preceptor do Serviço do Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UFBA/Hospital Santo Antônio (OSID)

adjacentes. Desenvolvem-se em qualquer idade, sendo mais comum entre a quarta e sexta década de vida, em indivíduos do gênero masculino.³

O desenvolvimento do cisto do ducto nasopalatino acarreta alterações estéticas e compromete estruturas que compõem a região nasopalatina. Atualmente caracterizam-se clinicamente por um aumento de volume na região anterior do palato e/ou lábio, deslocamento dentário, com crescimento lento e muitas vezes de forma assintomático. Em 20% dos casos há relatos de dor, em 70% nota-se a combinação dos sintomas. Raramente os pacientes referem à sensação de ardência na região anterior de maxila que ocasionalmente se irradia para região nasal e órbita.^{2,4}

Radiograficamente revelam-se por uma área radiotransparente, bem circunscrita e unilocular, próxima à linha média da região anterior da maxila, geralmente arredondada ou oval. Outros casos podem apresentar a clássica forma de “coração” ou “pêra” resultante da sobreposição da espinha nasal anterior.²

A forma de tratamento desta lesão é cirúrgica, podendo ser pela técnica de marsupialização seguida de enucleação ou somente por enucleação dependendo do tamanho da lesão e das estruturas envolvidas.^{4,5}

Assim, a anamnese, a biópsia e o tratamento cirúrgico são essenciais para que os danos estéticos e estruturais consequentes do cisto do ducto nasopalatino sejam minimizados.⁴

Este trabalho tem por objetivo apresentar um caso clínico de cisto do ducto nasopalatino, ressaltando seus aspectos clínicos, e discutindo a importância do diagnóstico, e sua conduta terapêutica.

RELATO DE CASO

Paciente, gênero feminino, 18 anos de idade, compareceu ao ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia-FOUFBA,

apresentando uma tumefação em maxila com evolução de aproximadamente 7 meses, associada a sintomatologia dolorosa.

Ao exame físico apresentava assimetria facial, com aumento de volume em região mediana de maxila, discreta elevação de asa do nariz e apagamento do sulco nasolabial bilateralmente, ausência de rinorréia, epistaxe, e obstrução nasal. Ao exame intra-oral pôde-se notar uma lesão nodular de aproximadamente 2,5cm, séssil, de consistência flácida, abaulamento da cortical vestibular, deslocamento dos elementos 11 e 21, com discreta mobilidade dos mesmos, e mucosas com coloração dentro dos padrões de normalidade (Figura 1).

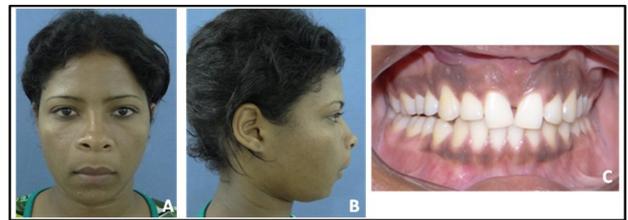


Figura 01 - Aspecto clínico pré-operatório. Vista frontal (A), perfil (B) e aspecto intra oral (C).

O exame tomográfico revelou uma lesão hipodensa, circunscrita por halo hiperdenso, unilocular, de limites definidos, localizada na região anterior de maxila, especificamente em linha média, entre os ápices dos incisivos centrais superiores, estendendo-se para região de fossa nasal, com contato íntimo do ducto nasopalatino. (Figura 2).

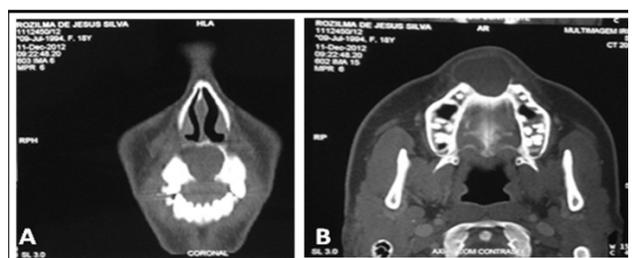


Figura 02 - Tomografia computadorizada pré-operatória corte coronal (A) e axial (B).

Desta forma considerou-se como diagnóstico diferencial, além do CDN, o cisto nasolabial, e o cisto radicular. Sendo assim, realizado-se previamente o teste de vitalidade pulpar nas unidades dentárias 12, 11, 21 e 22, excluindo a possibilidade de uma lesão de origem inflamatória. Instituiu-se como tratamento a realização de biópsia excisional através de enucleação cirúrgica total da lesão, sob anestesia geral, por acesso intrabucal, com preservação de unidades dentárias envolvidas, e realização de plicatura de base alar com Nylon 2.0.

O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de cisto do ducto nasopalatino inflamado, que apresentou lesão cística não odontogênica revestida por epitélio escamoso estratificado, pseudoestratificado cilíndrico, além de cúbico e colunar simples. (Figura 3).

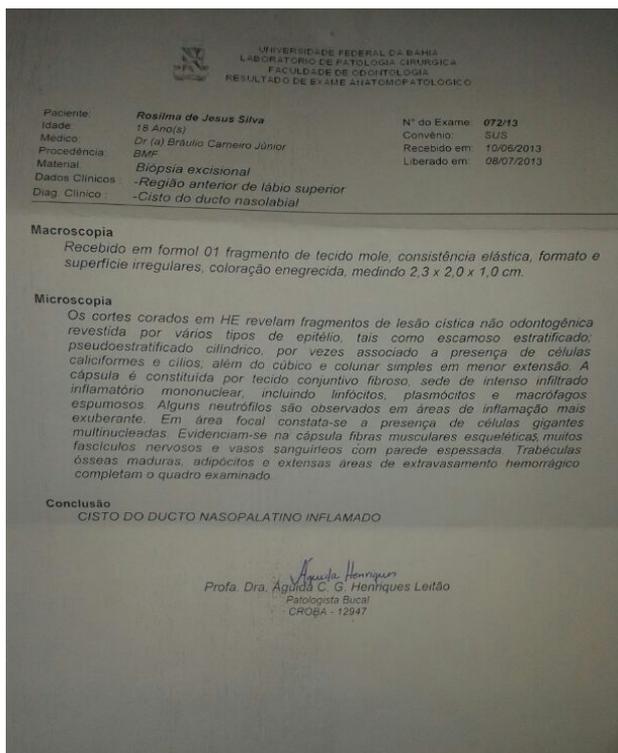


Figura 03- Laudo com resultado de exame anatomo-patológico. Realizado pelo laboratório de patologia cirúrgica da UFBA.

A cicatrização da área operada transcorreu favoravelmente, com acomodação dos tecidos moles, apresentando neoformação óssea no local, com controle clínico e radiográfico pós-operatório de 5 meses sem sinais de recorrência (Figura 4).

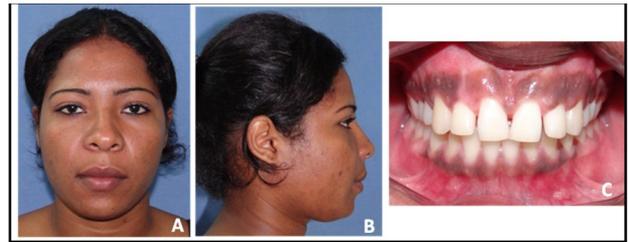


Figura 04- Aspecto pós-operatório, vista frontal (A), perfil (B) e intra oral (C).

DISCUSSÃO

O desenvolvimento de cistos nos canais e/ou ductos pode promover alterações estéticas e comprometer estruturas anatômicas como: ramos das artérias descendentes palatinas e esfenopalatinas, nervo nasopalatino e glândulas secretoras de muco.⁴ No caso relatado pode-se observar um abaulamento vestibular da base nasal, além de uma projeção anterior do lábio superior com apagamento do sulco nasolabial e nasogeniano bilateral, influenciando desta forma negativamente a estética da paciente, com repercussão psicológica.

O cisto do ducto nasopalatino pode ocorrer em qualquer posição ao longo deste canal, indo da região mais anterior, associado ao canal incisivo ou próximo a ele, atrás do processo alveolar dos incisivos centrais superiores, até a porção mediana do palato duro.^{1,6} No caso apresentado este se encontrava exatamente na região do canal incisivo.

Os principais diagnósticos diferenciais usualmente fornecidos incluem além do próprio cisto do ducto nasopalatino, o cisto periapical localizado apical ou lateralmente, tumor odontogênico queratocístico, e cisto nasolabial.^{2,7} A paciente relatada apresentava clinicamente um aumento de volume em região anterior de maxila, sendo mais exacerbado do lado direito, com discreto abaulamento palatino, o que sugeria a um diagnóstico clínico diferencial de cisto nasolabial. Ao realizar o teste de vitalidade pulpar pode-se excluir a possibilidade de cisto pe-

riapical. Após observa detalhadamente os exames imaginológicos pode-se observa-se uma lesão em íntima relação com o ducto nasopalatino, sugerindo um diagnóstico de cisto do ducto nasopalatino.

A expansão cística pode exercer pressão no nervo nasopalatino, causando sintomatologia dolorosa. Neste caso a paciente apresentava queixas álgicas, que podem ser justificadas por essa compressão nervosa, associada a uma resposta inflamatória na cápsula do cisto, comumente de natureza crônica, com presença de linfócitos, plasmócitos e histiócitos.. É possível ainda que a presença desta inflamação possa, na medida em que serve de estímulo crônico constante, alterar a morfologia do revestimento epitelial, como é bem descrito em lesões como os tumores odontogênicos queratocisto.⁷

Os recursos de rotina de tomadas radiográficas, no consultório odontológico, com a realização de incidência periapical e/ ou oclusal de boa qualidade, e ainda a radiografia panorâmica, somados a um criterioso exame clínico, associados à biópsia são suficientes no protocolo diagnóstico do cisto nasopalatino. Entretanto, com a evolução dos exames imaginológicos, o uso de tomografia computadorizada e ressonância magnética têm sido utilizados para o diagnóstico do CDN.⁸

Autores relatam quatro casos de cistos em ductos nasopalatinos, submetido a análise microscópica revelando que 3 dos 4 casos eram revestidos por mais de um tipo de epitélio, sendo o epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado o mais comum.⁷

Há relatos na literatura de tratamento desses cistos através de marsupialização seguida por um período de proervação, e posterior realização da enucleação cirúrgica, justificada pela grande dimensão da lesão principalmente para vestibular.^{3,4} Optamos pela enucleação total da lesão, sob anestesia geral, pelo desconforto da instalação de um dispositivo de descompressão no vestíbulo bucal de pré-maxila, corroborando com Pavankumar; Sholapurkar; Joshi (2010)⁶ e Tanaka et al. (2008)⁹.

Alguns autores defendem a biópsia excisional de lesões de menor diâmetro sob anestesia local.^{2,10} Outros descrevem ainda o preenchimento da loja óssea após a enucleação com osso autógeno da crista ílica coberto por membrana de colágeno.¹¹ Estes autores afirmam que o cisto do ducto nasopalatino é uma condição de prognóstico favorável, como foi observado na paciente tratada.

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. Assim, o exame histopatológico da peça cirúrgica é fundamental para o diagnóstico definitivo. Estas mesmas características, influenciaram de forma negativa a estética da paciente, com repercussão psicológica, orientando, desta forma, o planejamento cirúrgico inicial através de enucleação da lesão sob anestesia geral, minimizando o desconforto de sua proximidade com o assoalho da fossa nasal, e descartando a possibilidade de instalação de dispositivo de descompressão em região de vestíbulo maxilar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vasconcelos R, de Aguiar MF, Castro W, de Araújo VC, Mesquita R. Retrospective analysis of 31 cases of nasopalatine duct cyst. *Oral Dis.* 1999; 5(4): 325-8.
2. Martins MD, Russo MP, Bussadori SK, Fernandes KPS, Missawa GTM, Martins MAT. Cisto do ducto nasopalatino: relato de caso clínico e revisão da literatura. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2007; 25 (2): 193-7.
3. Igreja FF, Penna I, Camisasca DR, Barros LAP, Pereira, TCR. Marsupialização como tratamento inicial de cisto do ducto nasopalatino. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo Fac., Camaragibe.* 2005; 5(2): 41- 8.

4. Oliveira MT, Freire DR, Bicalho AA, Santos CRR dos, Soares, JA. Cisto do ducto nasopalatino: relato de caso clínico / Nasopalatine duct cyst: clinical case report. *Rev Odontol UNESP, Araquara*. 2009; 38 (6): 371-4.
5. Pavankumar K, Sholapurkar AA, Joshi V. Surgical management of nasopalatine duct cyst: case report. *Revista Clín. Pesq. Odontol*. 2010; 6(1): 81-6.
6. Swanson KS, Kaugars GE, Gunsolley JC. Nasopalatine duct cyst: an analysis of 334 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49(3): 268-71.
7. Bachur AM, Santos TCRB dos, Silveira HM, Pires FR, Nasopalatine duct cyst: microscopic and differential diagnosis considerations. 2009; *ROBRAC*;18(47):58-62.
8. Trento CL, França DCC, Miyahara GI, Soubhia AMP, Castro AL. Cisto do ducto nasopalatino em íntima relação com implante osseointegrado. *Revista Odonto*, 2009 17(33) 91-95.
9. Tanaka S, Iida S, Murakami S, Kishino M, Yamada C, Okura M. Extensive nasopalatine duct cyst causing nasolabial protrusion. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod*. 2008; 106(4): 46-50.
10. Noleto JW, Israel M, Mourão CF, Cervellini AR. Cisto do ducto nasopalatino em paciente pediátrico: relato de caso e revisão da literatura. *Rev. bras. Odontol. Rio de Janeiro*.2010; 67(2):164-7.
11. Suter VGA, Sendi P, Reichart PA, Bornstein MM. The nasopalatine duct cyst: An analysis of the relation between clinical symptoms, cyst dimensions, and involvement of neighboring anatomical structures using cone beam computed tomography. *Journal Oral Maxillofac. Surg*.2011; 69(10) 2595-603.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Renata Moura Xavier Dantas
Norberto de Castro Nogueira, 169/202
Residencial Maria Clara
Bairro: Jardim Oceania – João Pessoa
CEP: 58037-603.
E-mail para contato: renatamxd@gmail.com

