

CISTO NO DUCTO NASOPALATINO: RELATO DE CASO

NASOPALATINE DUCT CYST: REPORT OF CASE

Matheus Costa Lima¹, Ariadne Ferreira Costa², Mariana Marcolino Costa³

^{1,2}Conselho Regional de Odontologia, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

³Faculdade Anhanguera, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

RESUMO

O cisto do ducto nasopalatino (CDNP) tem sua origem pela proliferação de remanescentes embriogênicos no ducto nasopalatino. Geralmente, o exame clínico no consultório odontológico e radiografia de rotina são suficientes no diagnóstico. O tratamento de eleição é a excisão cirúrgica da lesão e a curetagem, sendo o cirurgião dentista o profissional mais habilitado para realizar o diagnóstico e tratamento. O objetivo do trabalho foi apresentar um caso clínico de CDNP, ressaltando a importância da avaliação clínica e diagnóstico, a fim de que possa ser elaborado um plano terapêutico e melhor forma de tratamento para o caso.

Descritores: Cistos não odontogênicos; Odontólogos; Patologia bucal.

ABSTRACT

The nasopalatine duct cyst (CDNP) originates from the proliferation of embryogenic remnants in the nasopalatine duct. Generally, a clinical examination at the dental office and routine radiography are sufficient for diagnosis. The treatment is surgical excision and curettage, with the Dental surgeon the most qualified professional to perform the diagnosis and treatment. The objective of this work was to present a clinical case of CDNP, emphasizing the importance of clinical and diagnostic evaluation to develop a therapeutic plan with the best treatment for the case.

Descriptors: *Nonodontogenic cysts; Dentists; Pathology oral.*

INTRODUÇÃO

O cisto do ducto nasopalatino (CDNP), também conhecido por cisto do canal incisivo, cisto palatino anterior e cisto maxilar anterior mediano, foi descrito pela primeira vez por Meyer, em 1914, como um cisto do seio paranasal^{1,2}. É o cisto de desenvolvimento não odontogênico



mais comum da cavidade oral, correspondendo a aproximadamente 73% dos casos e pode ocorrer em até 1% da população. O CDNP afeta uma ampla faixa etária, mas na maioria dos casos, acomete pacientes do sexo masculino entre 40 e 60 anos^{3,4}.

Sua origem se dá pela proliferação de remanescentes embriogênicos no ducto nasopalatino, estrutura embrionária que liga a cavidade bucal com a cavidade nasal na região do canal incisivo, quando ocorre a fusão dos processos palatinos no feto em desenvolvimento⁵. Outras possíveis etiologias seriam trauma na região ou devido à prótese mal adaptada, infecção bacteriana e/ou retenção de muco de glândulas salivares menores^{3,6}. Geralmente, o cisto é assintomático, de crescimento lento e detectado após exame clínico e radiográfico de rotina. Quando sintomático, são relatados tumefação na região anterior do palato, edema, drenagem e dor, associados à infecção secundária ou à pressão sobre o nervo nasopalatino. Clinicamente, podem ser observados aumento de volume na região anterior do palato e/ou lábio superior e deslocamento dentário⁵.

Radiograficamente, apresenta-se como uma área radiolúcida, bem circunscrita e unilocular, próxima à linha média na região anterior da maxila, com formato arredondado ou oval. Situa-se na linha média próxima aos ápices dos incisivos centrais⁷. Às vezes, devido à sombra da espinha nasal sobreposta ao cisto, a lesão parece ter o formato de um coração⁸. Histopatologicamente, o CDNP apresenta um revestimento epitelial que pode incluir uma combinação de epitélio estratificado, escamoso, pavimentoso não queratinizado, epitélio colunar falso estratificado, epitélio colunar estratificado e epitélio cúbico simples. O mais comum, é ser observado o revestimento com epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado isoladamente ou em combinação com algum outro tipo de epitélio^{3,9}. Essa cápsula, constituída por tecido conjuntivo denso, pode apresentar feixes de nervos e vasos nasopalatinos, resultado da ressecção cirúrgica parcial durante a excisão cirúrgica da lesão. Podem ainda serem observados, com menor frequência, tecido adiposo, tecido ósseo reacional, feixes musculares, estruturas glandulares e cristais de colesterol³.

Geralmente, recursos de rotina no consultório odontológico, como a realização de radiografia periapical e/ou oclusal de boa qualidade, somados a um criterioso exame clínico, são suficientes no protocolo diagnóstico do CDNP. A terapia dos cistos do ducto nasopalatino consiste na enucleação do tecido cístico feita pela lateral do palato para evitar danos ao nervo nasopalatino a enucleação, seguido de curetagem, sendo baixas as taxas de recidiva. E apenas em casos raros a marsupialização precisa ser realizada, dependendo do tamanho da lesão e das estruturas envolvidas; sendo o encaminhamento para exame histopatológico fundamental para se obter a conclusão do diagnóstico^{8,10,11}.

O presente artigo teve como objetivo apresentar um caso clínico de CDNP, ressaltando a importância da avaliação clínica e diagnóstico, a fim de que possa ser elaborado um plano terapêutico e melhor forma de tratamento para o caso.

RELATO DO CASO

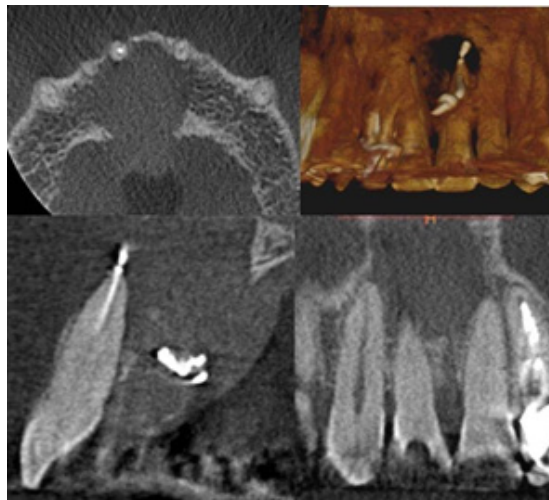
Paciente JHC, sexo masculino, 64 anos, compareceu a clínica odontológica com a queixa de “uma bola no céu da boca” (Imagem 1). Após a avaliação clínica, foi constatada uma tumefação no palato e mobilidade dentária nos incisivos, e foi realizado um teste de vitalidade pulpar com resultado negativo nos elementos 11, 12, 21 e 22. Porém, quando foi realizado o acesso endodôntico, o dente apresentou sangue vermelho vivo e polpa vital, descartando a possibilidade de lesão endodôntica. Foi solicitada uma tomografia computadorizada (Imagem 2) para auxiliar no diagnóstico da lesão.

Imagem 1 - Tumefação no palato



Fonte: autoria própria

Imagem 2 - Tomográfica: área hipodensa ovóide abrangendo a região anterior do palato



Fonte: autoria própria.

O paciente foi submetido à anestesia local para realização da punção aspirativa, onde foi notada uma lesão cística pela presença de conteúdo líquido escurecido semelhante à “coca-cola” (Imagem 3).

Imagem 3 - Líquido retirado após punção aspirativa (punção aspirativa positiva, líquido cístico)



Fonte: autoria própria

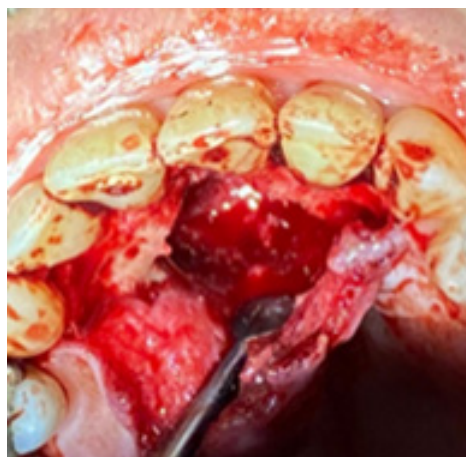
Foi realizada a enucleação da lesão com incisão intrasulcular da região de canino a canino com descolamento total até o terço médio do palato duro e foi realizada a remoção total do cisto e coleta do material para encaminhamento para exame histopatológico (Imagens 4, 5, 6 e 7).

Imagem 4 - Cápsula cística



Fonte: autoria própria

Imagem 5 - Biópsia excisional



Fonte: autoria própria

Imagem 6 - Material coletado para exame histopatológico



Fonte: autoria própria

Imagem 7 - Região após biópsia excisional



Fonte: autoria própria

Imagem 8 - Pós-operatório de 15 dias - região do palato



Fonte: autoria própria

O retalho foi anteriorizado para sutura com ponto simples nas papilas dentárias. No resultado do exame histopatológico foi observada a presença de tecido epitelial escamoso e foi definido o diagnóstico final. As recomendações pós-operatórias rotineiras foram fornecidas por escrito, tendo o pós-operatório transcorrido sem intercorrências. O paciente não apresentou complicações pós-operatórias e após 15 dias retornou para acompanhamento, onde foi observada melhora cicatricial na mucosa. (Imagem 8). Foi mantido um controle radiográfico da região por 4 meses, e não houve qualquer sinal de recidiva e os incisivos superiores responderam ao teste de vitalidade pulpar positivamente.

O paciente assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando a publicação do relato de caso e imagens.

DISCUSSÃO

Segundo a maioria dos autores, o cisto acomete, na grande maioria dos casos, pacientes do sexo masculino entre 40 e 60 anos, o que se assemelha com o caso clínico apresentado, no qual trata-se de paciente do gênero masculino com 64 anos de idade^{3,12,8,13,4}.

No caso clínico descrito no presente trabalho, o paciente não apresentava dor e queixava-se de edema no palato, sendo a lesão detectada a partir de exames clínicos e radiográficos de rotina. A dor é um sintoma raro, sendo causada por infecção secundária ou por pressão da lesão transmitida às estruturas nervosas da região^{12,8,13,5,7}. No caso apresentado, lesões de origens inflamatórias e necrose pulpar foram confirmadas pelo fato do teste de vitalidade se apresentar negativo. A literatura defende a realização de testes de vitalidade pulpar, prevenindo-se assim o tratamento endodôntico desnecessário nos dentes próximos à lesão. Esse teste é essencial para que seja feita a diferenciação de lesões de origens inflamatórias, de forma que tratamentos endodônticos não sejam realizados desnecessariamente¹⁴. Por esse motivo, foi essencial a realização da punção aspirativa. Na punção, foi observada a presença de conteúdo líquido escurecido, o que indicava vitalidade da polpa, descartando lesão endodôntica. Em seguida, foi realizada a tomografia computadorizada onde foi observada a presença do cisto.

O exame radiográfico normalmente evidencia uma área radiolúcida arredondada ou oval bem delimitada, circunscrita e unilocular, próxima à linha média da região anterior da maxila, projetando-se sobre os ápices dos incisivos centrais superiores, assim como observado no presente caso e de acordo alguns casos relatados na literatura^{3,12,8,13,15,7}. Entretanto, com a evolução dos exames imaginológicos, o uso de tomografia computadorizada e ressonância magnética têm sido utilizados para o diagnóstico⁷.

A literatura ressalta que o exame histopatológico da peça cirúrgica é fundamental para o diagnóstico definitivo¹³, reafirmando a conduta realizada no presente estudo, cuja amostra foi encaminhada para exame histopatológico para confirmação do diagnóstico. Em relação ao tratamento, há autores que não indicam tratamento para os CDNP assintomáticos e de

tamanho insignificante¹⁴, porém, a literatura demonstra que, se não tratada a longo prazo, de aproximadamente dez anos, a lesão pode triplicar de tamanho ou até a possibilidade de se diferenciar em lesões malignas¹⁶. A remoção do cisto em estágios iniciais é indicada para minimizar riscos de complicações pré e pós-operatórias¹⁷. No caso relatado, optou-se pela excisão por se tratar de uma lesão com aspectos clínico e radiográfico de benignidade.

Na maioria dos casos de CDNP, o prognóstico é favorável, sendo esperada a cicatrização óssea da região após a excisão, o que corrobora com o presente caso, que apresentou neoformação óssea, e redução do diâmetro da cavidade, não sendo observados sinais de recidiva ou parestesia após o acompanhamento^{13,18}.

CONCLUSÕES

O CDNP é uma lesão maxilofacial muitas vezes diagnosticada por meio de uma combinação das características clínicas e radiográficas, porém só pode confirmar o mesmo após realizado o exame histopatológico da lesão. 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. O tratamento de eleição é a excisão cirúrgica da lesão, sendo o Cirurgião Dentista o profissional mais habilitado para realizar o diagnóstico e tratamento de tais lesões.

REFERÊNCIAS

1. White SC, Pharoah MJ. Princípios e interpretação da radiologia oral. 6ª ed. Elsevier, Filadélfia, EUA; 2009. p. 358–360.
2. Elliott KA, Franzese CB, Pitman KT. Diagnosis and surgical management of nasopalatine duct cysts. *Laryngoscope*, 2004;114(8):1336–1340.
3. Martorelli SBF, Furtado JMS, Martorelli FO. Cisto do ducto nasopalatino - Revisão da literatura e relato de caso clínico. *Revista da ABO - Associação Brasileira de Odontologia*, 2019.
4. Cecchetti F, Ottria L, Bartuli F, Bramanti NE, Arcuri C. Prevalence, distribution, and differential diagnosis of nasopalatine duct cysts. *Oral Implantol (Rome)*, 2012;5(2-3):47-53.
5. Dedhia P, Dedhia S, Dhokar A, Desai A. Nasopalatine Duct Cyst: Case Report. Hindawi Publishing Corporation. Article ID 869516, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/869516>.
6. 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.*, 2005;5(2):41- 8

-
7. Trento CL, França DCC, Miyahara GI, Soubhia AMP, Castro AL. Cisto do ducto nasopalatino em íntima relação com implante osseointegrado. *Revista Odonto*, 2009;17:91-95.
 8. Abbassi S, Kia AH, Hemmat TS. Nasopalatine Duct Cyst: A Case Report. *J Cancer Prev Curr Res*, 2015;3(1):00066. DOI: 10.15406 / jcpcr.2015.03.00066
 9. Perumal CJ. Um cisto do ducto nasopalatino anormalmente grande e destrutivo: relato de caso. *J Maxillofac Oral Surg.*, 2013;12(1):100–104.
 10. Aldelaimi TN, Khalil AA. Diagnosis and surgical management of nasopalatine duct cysts. *J Craniofac Surg*, 2012;23(5):472-4. DOI: 10.1097/SCS.0b013e318258764b.
 11. Suter VGA, Altermatt HF, Voegelin TC, Bornstein MM. Die nasopalatinale Zyste – Epidemiologie, Diagnostik und Therapie. *Oralchirurgie Journal*, 2010;117(8):824-39.
 12. Fonseca VN, Bastos LC, Campos PSF. Aspectos tomográficos do cisto do ducto nasopalatino – Relato de Caso. *Revista ABRO*, 2016;16:39-44.
 13. Dantas RMX, Batista VO, Andrade DLS, Costa MVOC, Junior BC. Repercussão clínica do cisto do ducto nasopalatino. *Revista de cirurgia e traumatologia Bucomaxilo-facial*, 2014;14:35-42.
 14. Gnanasekhar JD, Walvekar SV, Al-Kandari AM. Misdiagnosis and mismanagement of a nasopalatine duct cyst and its corrective therapy. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, 1995;80:467-470.
 15. Mesquita JA, Luna AHB, Nonaka CFW, Godoy GP, Alves PM. Clinical, tomographic and histopathological aspects of the nasopalatine duct cyst. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 2014;80(5):448- 450.
 16. Takagi R, Ohashi Y, Suzuki M. Squamous Cell Carcinoma in the Maxilla Probably Originating From a Nasopalatine Duct Cyst - Report of Case. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 1996;54:112-115.
 17. Martins MD, Russo MP, Bussadori SK, Fernandes KPS, Missawa GTW, Martins MAT. Cisto do ducto nasopalatino: relato de caso clínico e revisão da literatura. *Ver. Inst. Ciênc. Saúde.*, 2007;25(2):193-197.
 18. Noleto JW, Israel M, Mourão CF, Cervellini AR. Cisto do ducto nasopalatino em paciente pediátrico: Relato de caso de revisão de literatura. *Revista Brasileira de Odontologia*, 2010;67:164-167.

Autor Correspondente: Mariana Marcolino Costa

E-mail: marianamarcolinocosta@gmail.com

Recebido em: 2023-02-18

Aprovado em: 2023-11-07