

CISTO DO DUCTO NASOPALATINO: RELATO DE CASO

DUCT CISTO NASOPALATINO: CASE REPORT

DÉBORA DA SILVA **SPINELLI**^{1*}, FABIANA GIMENEZ DA **SILVA**¹, GIORDANO BRUNO DE OLIVEIRA **MARSON**²

1. Acadêmica do curso de Graduação em Odontologia pela Universidade Paranaense – Unipar; 2. Cirurgião dentista pela Universidade Paranaense, especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial pela APCD Regional Bauru e Hospital de Base de Bauru, em Implantodontia na Unipar e mestre em Implantodontia na São Leopoldo MANDIC.

* Rua Geranio, N° 781, Portal Residence, Naviraí, Mato Grosso do Sul, Brasil. CEP. 79950-000. debora_spinelli2@hotmail.com

Recebido em 20/09/2017. Aceito para publicação em 02/10/2017

RESUMO

O cisto do ducto nasopalatino é o mais comum entre os cistos não odontogênicos. Tem crescimento lento, geralmente assintomático, causando aumento na papila incisiva e divergência de raízes. Além disso, pode ou não ter sintomatologia dolorosa. Radiograficamente nota-se área radiolúcida, na região anterior mediana da maxila, situado próximo ao ápice dos incisivos centrais superiores. Diante do exposto acima, o presente relato objetivou contribuir ao estudo com descrição das características clínico-patológicas, radiográficas bem como sua forma tratamento. Relato de caso: Em uma avaliação de implante dentário foi diagnosticado a presença de uma lesão patológica. Na anamnese a paciente não relatou sintomatologias, sem alterações intra e extra oral, porém no exame radiográfico panorâmico, foi encontrada uma lesão radiolúcida, única, de bordos nítidos, centro radiolúcido, medindo 0,9 x 1,0 x 1,0 cm, não causando alterações dentárias. Foi realizado uma biópsia excisional, removendo sua cápsula cística para análise histopatológica na qual se confirmou a suspeita de cisto do ducto nasopalatino. Conclusão: A lesão foi identificada em radiografia de rotina, como relatado em estudos anteriores. Como forma de preservação dos dentes, a conduta mais adequada é a enucleação total da lesão.

PALAVRAS-CHAVE: Cistos não-odontogênicos, cisto do ducto nasopalatino, enucleação da lesão.

ABSTRACT

Introduction: The nasopalatine duct cyst is the most common non-odontogenic cysts. It has slow growth, usually asymptomatic, causing increase in the incisive papilla and divergence of roots. In addition, it may or may not have painful symptoms. Radiographically, there is a radiolucent area in the medial anterior region of the maxilla, located near the apex of the upper central incisors. In view of the above, the present report aimed to contribute to the study with a description of the clinical-pathological characteristics, radiographic as well as its treatment form. Case report: In a dental implant evaluation the presence of a pathological lesion was diagnosed. In the anamnesis the patient did not report symptoms, without intra and extra oral alterations, but in panoramic radiographic examination, a single radiolucent lesion with clear borders, radiolucent center, measuring 0,9 x 1,0 x 1,0 cm, was found. Causing dental changes. An excisional biopsy was performed, removing his cystic capsule, for histopathological analysis in which the suspected cyst

of the nasopalatine duct was confirmed. Conclusion: The lesion was identified on routine radiography, as reported in previous studies. As a form of preserving the teeth, the most adequate conduct is the complete enucleation of the lesion.

KEYWORDS: Cysts non-odontogenic, nasopalatine duct cyst, enucleation lesion.

1. INTRODUÇÃO

O cisto do ducto nasopalatino (CDNP) é um dos mais comuns entre os cistos de origem não-odontogênicos, estando envolvido em cerca de 73% dos casos, no entanto, a entidade é considerada como rara afetando apenas 1% da população. Sua patogenia é desconhecida, mas acredita-se que tenha origem da proliferação dos restos epiteliais aprisionados durante o desenvolvimento do ducto nasopalatino^{1,2,3}.

Somam-se a isso vários fatores etiológicos mencionados na literatura, como trauma oclusal, trauma de próteses mal adaptadas, bem como fatores genéticos e raciais. O trauma pode ser considerado um dos principais fatores etiológicos para o desenvolvimento do CDNP, havendo maior incidência em pessoas entre a quarta e sexta década de vida^{1,2}.

Clinicamente, o CDNP tem desenvolvimento lento, os diâmetros dos cistos podem variar de pequenas lesões com menos de 6 mm até lesões destrutivas com mais de 6 cm, mas a maioria varia de 1 a 2,5 cm. Geralmente assintomático e pode apresentar aumento na região de papila incisiva, divergência de raízes dos incisivos centrais superiores, podendo ou não apresentar sintomatologia dolorosa⁴.

Relatos de ardência são raros, casos sintomáticos podem indicar presença de infecção bacteriana. Apesar de assintomático, os cistos do ducto nasopalatino são tratados por enucleação cirúrgica, tendo em vista que sua evolução pode ocasionar expansão óssea, dor, drenagem

de secreção e divergência de raízes dentais⁵.

As radiografias geralmente demonstram uma lesão radiolúcida bem circunscrita próxima à linha média da região anterior de maxila, entre os ápices dos incisivos centrais. A reabsorção radicular é raramente notada, sendo que, a lesão geralmente é redonda ou oval. Alguns cistos podem ter um formato de pera invertida, possivelmente devido à resistência das raízes dos dentes adjacentes. Outros casos podem exibir o formato clássico de coração, como resultado da sobreposição da espinha nasal ou pelo chanframento causado pelo septo nasal. Porém, esse formato de coração se dá devido a forma de Y do conduto nasopalatino. Muitas vezes essa lesão pode ser confundida com o forame incisivo^{5,6}.

Histologicamente, o CDNP possui epitélio estratificado pavimentoso não-queratinizado ou o mesmo combinado a outro epitélio. Lesões localizadas mais superiormente são em sua maioria revestidas por epitélio respiratório e quanto mais próximo a cavidade bucal, maior a chance do epitélio ser estratificado pavimentoso não-queratinizado. A cápsula cística é constituída de tecido conjuntivo denso e pode apresentar enervação e infiltrado inflamatório².

O tratamento consiste na sua remoção por completa, de preferência em estágio inicial, para evitar complicações pré e pós-operatórias. Quando não for possível a remoção total da lesão, pode-se fazer a marsupialização, porém essa facilitará o desenvolvimento de processos infecto-inflamatórios, perfuração da cortical e desenvolvimento de fistulas⁶.

A morbidade associada a estas lesões é de extrema importância para aqueles que se dedicam à saúde oral, e conhecer aspectos relacionados com as características clínicas, radiográficas, histológicas, bem como a prevalência e distribuição dessas patologias.

Diante do exposto acima, o objetivo desse artigo é analisar um relato de caso clínico de um cisto do ducto nasopalatino, suas características clínico-patológicas, radiográficas bem como sua forma de tratamento, afim de proporcionar um melhor entendimento sobre as características clínicas, histopatológicas e radiográficas do CDNP.

2. RELATO DE CASO

Paciente A. P. V. M., gênero feminino, leucoderma, 66 anos, em busca do tratamento com implantes dentários procurou o cirurgião bucomaxilofacial, porém durante a avaliação foi diagnosticado a presença de uma lesão na região anterior de maxila. Na anamnese a paciente não relatou sintomatologias, sem alterações intra e extraoral, entretanto, no exame radiográfico panorâmico, foi encontrada uma lesão radiolúcida, única, de bordos nítidos, centro radiolúcido, medindo 09mm no sentido vestibulo palatino, 10mm no sentido disto vestibular e 10mm na

altura óssea, não causando alterações dentária (Figura 1).

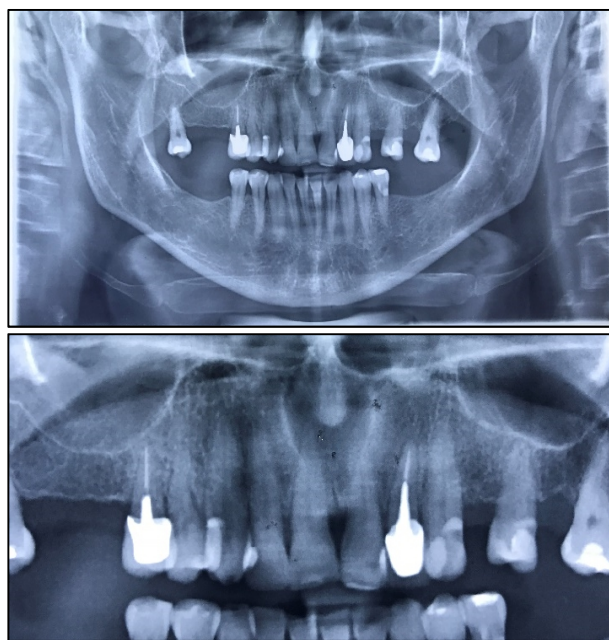


Figura 1. Radiografia panorâmica inicial.

A tomografia computadorizada (TC) exibiu lesão única com aspecto hipodenso, bem definida, com aproximadamente 09 x 10 x 10 em sentido do ducto nasopalatino (Figura 2A,B,C).

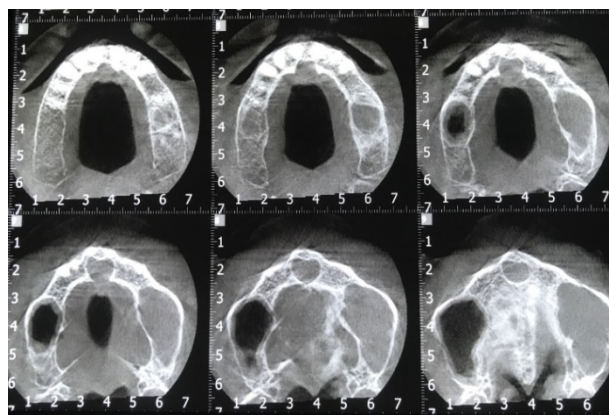


Figura 2A. TC da maxila em corte axial mostrando dimensão médio-lateral da lesão

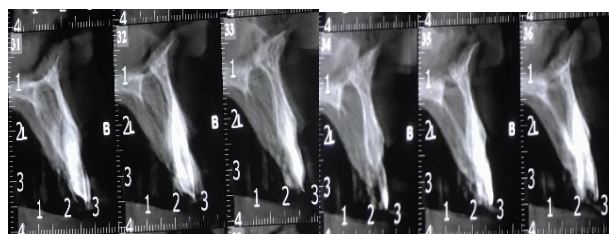


Figura 2B. Aquisição sagital da maxila evidenciando dimensão anteroposterior e supero inferior

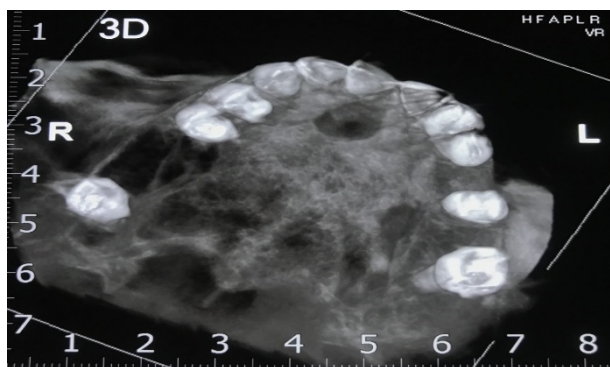


Figura 2C. Vista inferior-superior, reconstrução em 3D

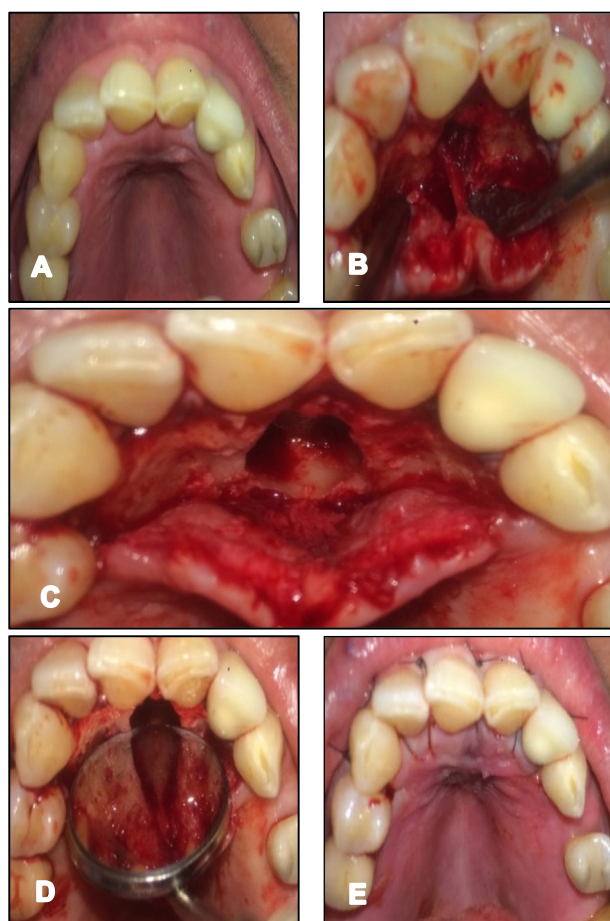


Figura 3. (A) Aspecto clínico pré-operatório intraoral; (B) Extensão cirúrgica com exêrese do cisto; (C) Enucleação da lesão; (D) Remoção total da lesão, cavidade cirúrgica; (E) Aspecto clínico pós-operatório intraoral.

Devido as características da lesão foi proposto como forma de diagnóstico e tratamento, a enucleação da mesma, utilizando-se anestesia local por bloqueio regional do nervo nasopalatino, incisão intra-sulcular palatina de canino a canino superiores, descolamento subperiosteal do retalho, osteotomia e enucleação total da lesão. Após a enucleação, foi realizada regularização das bordas com

lima óssea e irrigação com soro fisiológico a 0,9%, o retalho foi suturado em pontos simples interpapilares (Figura 3).

A cápsula cística foi enviada para a análise histopatológica na qual se confirmou a suspeita de cisto do ducto nasopalatino (Figura 4).

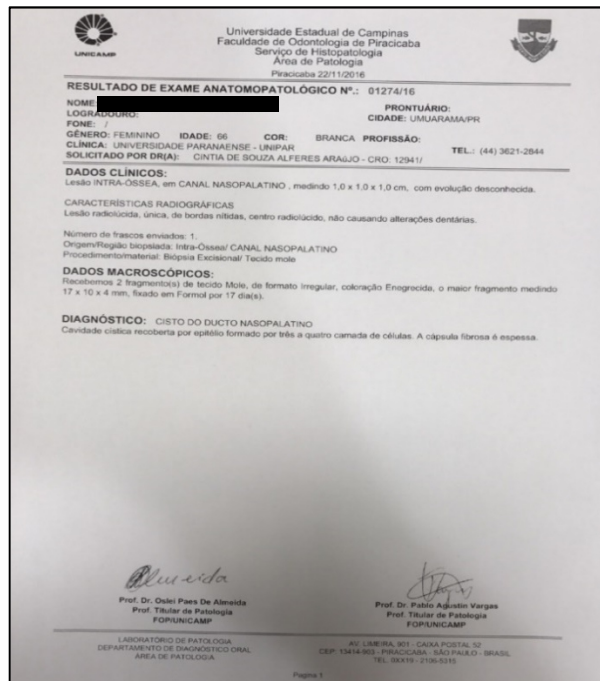


Figura 4. Laudo com resultado de exame histopatológico

O acompanhamento clínico e o registro radiográfico após aproximadamente um ano da enucleação total da lesão, evidenciou reparação óssea favorável (Figura 5).

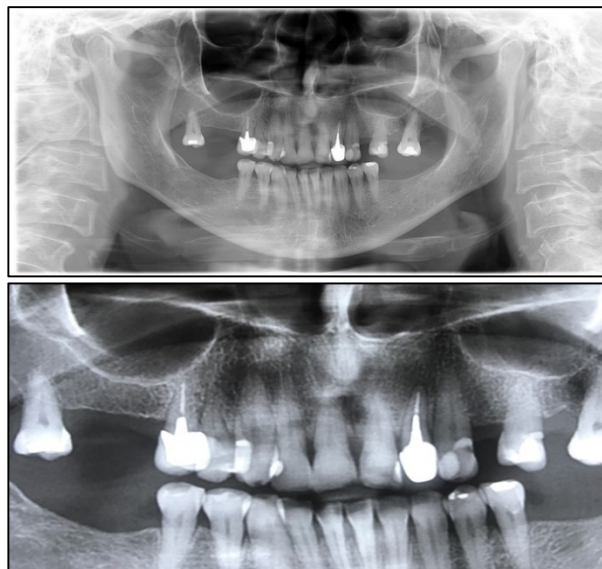


Figura 5. Radiografia panorâmica final.

3. DISCUSSÃO

O cisto do ducto nasopalatino, também denominado de cisto do canal incisivo, cisto do conduto palatino ou cisto mediano anterior da maxila, pode ocorrer em qualquer posição ao longo desse canal, desde a região mais anterior até a porção mediana do palato duro. Por ser um cisto não odontogênico, não apresenta relação direta com os dentes, sua proliferação pode estar relacionado diretamente com processos embrionários que participam da formação da boca e da face, mais precisamente do complexo maxilomandibular⁶.

Os ductos nasopalatinos são estruturas epiteliais bilaterais resultantes da fusão do septo nasal e da cavidade oral, formados durante a vida intrauterina. O desenvolvimento do palato primário e secundário, na sétima e oitava semana respectivamente, produz duas comunicações entre a cavidade oral e nasal durante a formação dos processos maxilares, os canais incisivos. Os canais incisivos iniciam no assoalho da cavidade nasal em cada lado do septo nasal, deslocando-se no osso palatino formado através de um forame comum. Os ductos nasopalatinos se ligam e esses canais durante os processos palatinos e tendem a regredir ainda durante a vida uterina tornando-se órgão residual⁵.

Assim, acredita-se que o CDNP se origine de remanescentes epiteliais do ducto nasopalatino nos canais incisivos. Segundo Neville⁵, na maioria dos casos, o aparecimento desse cisto ocorre devido a degeneração cística espontânea, sendo que, fatores como trauma, infecção bacteriana do ducto e muco das glândulas salivares adjacentes podem representar fatores predisponentes para o possível desenvolvimento do cisto. Mermer, Rider e Cleveland⁷ destacam que o tratamento ortodôntico com expansão do palato também representa possível fator traumático no desenvolvimento do CDNP.

No presente relato, tanto do ponto de vista clínico-patológico como radiográfico, está de acordo com a literatura, que relata maior prevalência de CDNP em pessoas entre a quarta e sexta década de vida, lesão assintomática e identificada em radiografia de rotina. No entanto, no caso relatado não foi observado alterações intra e extraoral, sem conseguir identificar a natureza que pudesse ter desencadeado o desenvolvimento do cisto^{2,4,5,8}. Por se tratar de uma lesão intra-óssea é importante exames complementares além das radiografias convencionais, como a tomografia computadorizada, para a realização do planejamento pré-operatório e acompanhamento do pós-operatório verificando a regeneração óssea, uma vez que, as imagens bidimensionais das radiografias informações limitadas².

Devido as características radiográficas e tomográficas, formulou-se a hipótese de CDNP que foi confirmado por exame histopatológico. Apesar da lesão ser pequena, optou-se por enucleação cirúrgica através de

biópsia excisional, como forma de preservação dos dentes^{2,5}. Martins *et al.*² destaca que a remoção do cisto em estágios iniciais é indicado para minimização dos riscos de complicações pré e pós-operatórias.

4. CONCLUSÃO

O CDNP é um dos mais comuns entre os cistos não-odontogênicos, caracterizado pelo crescimento lento e normalmente assintomático. A lesão pode ser identificada em radiografia de rotina, como relatado no presente caso e em estudos anteriores. O tratamento cirúrgico é preconizado para lesões provocadas por esse cisto, principalmente em estágios iniciais, como forma de preservação de possíveis complicações, como aumento de tamanho de lesão, destruição óssea e comprometimento das estruturas anatômicas adjacentes.

REFERÊNCIAS

- [01] Vasconcelos RF, Aguiar MCF, Castro WH, Araújo VC, Mesquita RA. Retrospective analysis of 31 cases of nasopalatine ductcyst. *Oral Dis.* 1999; 5(4):325-8.
- [02] 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.
- [03] Dantas RMX, Batista VO, Andrade DLS, Omena MV, Costa C, Carneiro Jr B. Repercussão clínica do cisto do ducto nasopalatino. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.* 2014; 4(2):35-42.
- [04] Bachur AM, Santos TCRB, Silveira HM, Pires FR. Nasopalatine duct cyst: microscopic and differential diagnosis considerations. *Robrac.* 2009; 18(47):58-62.
- [05] Neville BW. *Patologia oral & maxilofacial.* Rio de Janeiro: Elsevier. 2009.
- [06] Tommasi AF. *Diagnostico em patologia bucal.* 3. ed. São Paulo: Pancast. 2002.
- [07] Mermer RW, Rider CA, Cleveland DB. Nasopalatine canal cyst: a rare sequelae of surgical rapid palatal expansion. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1995; 80(6):620.
- [08] Susumo T, Seiji L, Shumei M, Mitsunobu K, Chiaki Y, Masaya O. Extensive nasopalatine duct cyst causing nasolabial protusion. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008; 106(4):46-50.