

ENUCLEAÇÃO DE GRANDE CISTO DO DUCTO NASOPALATINO: RELATO DE CASO

LARGE NASOPALATINE DUCT CYST ENUCLEATION: CASE REPORT

ANDRÉ LUIS COSTA CANTANHEDE¹, CAROLINNE DA GLÓRIA ARAÚJO¹, JONATHAN FERREIRA COSTA^{2*}, SILVIO RAFAEL AMARAL PEREIRA³, JOSIMAR CAMELO⁴

1. Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Dutra – HUUFMA; 2. Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal do Piauí (UFPI); 3. Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA); 4. Cirurgião Bucomaxilofacial – Hospital Universitário Presidente Dutra – HUUFMA.

* Travessa do Sanharó,671, Caxias, Maranhão, Brasil. CEP: 65608-400. jonathancosta613@gmail.com

Recebido em 22/08/2019. Aceito para publicação em 16/09/2019

RESUMO

O cisto do ducto nasopalatino é um cisto de desenvolvimento não-odontogênico, ocorrendo frequentemente na linha média da região anterior da maxila. O diagnóstico definitivo deve basear-se em achados clínicos, radiológicos e histopatológicos. Apresentamos caso clínico de extenso cisto na linha média da maxila que se estendia superiormente próximo ao assoalho da cavidade nasal e inferiormente aos incisivos superiores. O cisto foi tratado com enucleação e levado para exame histopatológico confirmando tratar de cisto nasopalatino. O paciente não apresentou complicações em 2 anos de preservação.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto do ducto nasopalatino, Cisto epitelial não-odontogênico, Enucleação.

ABSTRACT

The nasopalatine duct cyst is a non-odontogenic developmental cyst, often occurring in the midline of the anterior maxilla. The definitive diagnosis should be based on clinical, radiological and histopathological findings. We present a case of extensive midline maxillary cyst extending superiorly near the floor of the nasal cavity and inferiorly to the upper incisors. The cyst was treated with enucleation and taken for histopathological examination confirming that it was a nasopalatine cyst. The patient had no complications within 2 years of preservation.

KEYWORDS: Nasopalatine duct cyst, Non-odontogenic epithelial cyst, Enucleation.

1. INTRODUÇÃO

O canal nasopalatino se desenvolve na junção do palato primário e do palato secundário. Comunica o assoalho nasal com a cavidade oral¹. Os cistos do ducto nasopalatino (CDNPs), também conhecidos como cistos do canal incisivo^{1,2}. Esses cistos são os cistos não-odontogênicos mais comuns dos ossos gnáticos, com uma incidência variando de 32,8% a 68,8%².

Acredita-se que esta lesão cística surja da proliferação de remanescentes epiteliais do ducto

nasopalatino. Também tem sido sugerido que qualquer estimulação de remanescentes de células epiteliais no interior do ducto nasopalatino, induzida por irritação, trauma local ou infecções, pode causar essa proliferação².

A maioria desses cistos se desenvolve na linha média da maxila anterior, perto do forame incisivo. Os CDNPs afetam uma ampla faixa etária; no entanto, a maioria está presente na quarta até a sexta década de vida, e a maioria dos estudos mostra uma frequência significativamente maior em homens do que em mulheres, com a proporção de 2,5: 1³.

O tratamento padrão para CDNP é a remoção completa através de uma abordagem sub-labial ou palatina⁴.

O objetivo do trabalho foi descrever por meio de um relato de caso clínico os passos realizados para o diagnóstico definitivo do cisto do ducto nasopalatino, a realização do tratamento de escolha e sua preservação.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 48 anos, melanoderma, além de hipertensão controlada, sem registros de outras comorbidades ou alergias, foi encaminhado ao ambulatório do Serviço de Cirurgia Bucomaxilo facial. Sua queixa principal era de um aumento de volume progressivo e indolor na região anterior de palato duro,



com evolução aproximada de 2 anos (Figura 1).

Figura 1. Exame Clínico extra oral e intra oral confirmando tumefação palatina anterior.

O mesmo referiu presença de fístula em região vestibular dos incisivos superiores e tratamento endodôntico no elemento 21, sem regressão da lesão.

Sob anestesia local, realizamos punção aspirativa, sem drenagem de secreção. Solicitamos exame tomográfico para melhor avaliação da extensão da lesão (Figura 2), onde optamos pela realização da enucleação da lesão sob anestesia local.



Figura 2. Exames Complementares (Tomografia computadorizada com cortes coronais, sagitais e axiais).

Previamente solicitamos tratamento endodôntico dos elementos 11,12 e retratamento do 21 para realização de apicectomia no trans-operatório. O paciente foi medicado no pré-operatório com dexametasona 4mg e midazolam 15mg (1 hora e 30 minutos, respectivamente) antes do procedimento. Procedeu-se anestesia dos nervos infra-orbitários bilateralmente, nervo nasopalatino e infiltrações no fundo de vestibulo maxilar com Mepivacaína 2% + epinefrina 1:100.000. Através de incisão de Novak-Peter a região anterior da maxila foi exposta e ostectomia para exposição da lesão foi realizada com base no exame tomográfico. A lesão pôde ser satisfatoriamente enucleada em toda a sua extensão, onde o seu aspecto era de uma cápsula fibrosa e densa com entrelaçamento de filetes do nervo nasopalatino, levando-nos a alterar nossa hipótese clínica inicial de cisto periapical, para cisto do ducto nasopalatino. Após remoção da lesão, foi realizada apicetomia nos elementos 11, 21 e 22 e sutura do retalho (Figura 3).

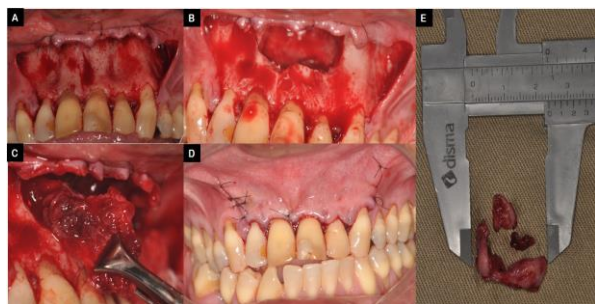


Figura 3. A-Exposição da região anterior da maxila por meio da incisão de Novak-Peter; B-Ostectomia da região para visualização do CDNP; C- Enucleação da lesão; D- Aspecto após sutura; E- Aspecto macroscópico da lesão.

O paciente evoluiu no pós-operatório recente, apenas com parestesia no palato. O exame histopatológico confirmou se tratar de cisto do ducto nasopalatino, sendo a própria enucleação, resolutive para o caso. No pós-operatório de dois anos (Figura 4), o paciente apresentava-se sem queixas, aumento de volume ou sinais de recidiva da lesão, sua sensibilidade na região anterior do palato foi restabelecida.



Figura 4. A- Aspecto extra oral após 2 anos; B- Aspecto intra oral após 2 anos; C- Exame Histopatológico confirmando cisto do ducto nasopalatino.

3. DISCUSSÃO

O canal do ducto nasopalatino se desenvolve como um canal lateral direito e esquerdo, mas geralmente se funde no canal único. Dependendo da estrutura anatômica, o cisto nasopalatino aparece como um cisto na linha média ou cisto paramediano quando envolve apenas um lado do canal. Entretanto, o cisto do ducto nasopalatino na linha média é mais comum que os outros tipos^{1,5,6}. Tendo como este caso a característica comum encontrado em região de linha média.

Quase 40% dos casos são totalmente assintomáticos e são encontrados apenas durante o exame clínico de rotina.⁷ Nosso paciente referiu poucos sintomas apesar do tamanho da lesão. Normalmente, os pacientes se queixam de um pequeno inchaço assintomático logo após a papila palatina⁷.

Radiograficamente, são vistas como radiolucências arredondadas ou ovais bem delimitadas na linha média, embora algumas lesões possam aparecer em forma de coração, seja porque se entalham pelo septo nasal durante sua expansão ou porque a espinha nasal é sobreposta na área radiolúcida^{3,4,7}. A tomografia computadorizada (TC) é realizada para melhor visualização dessa região anatômica como pré-requisito para uma cirurgia mais precisa da maxila anterior⁸. Os CDNPs são mais comuns em homens entre a quarta e a sexta décadas de vida. No estudo, 29 (70,7%) dos 41 pacientes com diagnóstico de CDNPs eram do sexo masculino, e a idade média de todos os pacientes foi de 46,8 anos. Da mesma forma, em outro estudo envolvendo 25 pacientes, houve 68% de homens e 32% de mulheres cuja média de idade foi de 49,5 anos^{2,7}.

Devido a sinais e sintomas semelhantes, o CDNPs pode ser diagnosticado erroneamente como uma lesão periapical. É por isso que muitos autores acreditam que sua prevalência é realmente maior do que a apresentada na literatura^{9,7}. Esta é provavelmente a razão pela qual, no nosso caso, o incisivo superior 21 tinha tratamento endodôntico quando o paciente foi encaminhado para nós.

A análise histopatológica dessa lesão foi característica do CDNPs. A presença de epitélio pseudoestratificado colunar e uma cápsula cística fibrosa também foram relatados na literatura. No entanto, outros tipos de revestimento epitelial, como

epitélio escamoso estratificado e epitélio cubóide pseudoestratificado, também foram observados. A existência de diversos epitélios pode estar relacionada à posição do cisto dentro do ducto. Fibras nervosas, provavelmente surgindo do nervo nasopalatino, vasos sanguíneos e glândulas secretoras de mucosa, também podem ser encontradas^{10,7}.

O tratamento de escolha é a enucleação. A excisão deve ser total para evitar a recidiva e o acompanhamento pós-operatório a longo prazo é essencial. A marsupialização pode ser recomendada para um grande cisto sem arquitetura óssea, que tem o risco de desenvolver uma fístula permanente pós-cirúrgica⁷. No nosso caso foi realizada enucleação, com acompanhamento pós-operatório anualmente, sem características recidivantes.

4. CONCLUSÃO

Com a realização de um apurado diagnóstico, e os exames complementares necessários, haverá segurança para encontrar o diagnóstico definitivo e o tratamento ideal para remoção do CDNPs. E sempre havendo um acompanhamento pós-operatório do paciente por um período superior a um ano.

REFERÊNCIAS

- [1] Sankar D, Muthusubramanian V, Nathan J, *et al.* Aggressive nasopalatine duct cyst with complete destruction of palatine bone. *Journal of Pharmacy And Bioallied Sciences* 2016; 8:185. doi:10.4103/0975-7406.191956.
- [2] Barros CCDS, Santos HBDP, Cavalcante IL, *et al.* Clinical and histopathological features of nasopalatine duct cyst: A 47-year retrospective study and review of current concepts. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 2018; 46:264–8. doi:10.1016/j.jcms.2017.11.014.
- [3] Dedhia P, Dedhia S, Dhokar A, *et al.* Nasopalatine Duct Cyst. *Case Reports in Dentistry* 2013; 2013:1–4. doi:10.1155/2013/869516.
- [4] Kobashi H, Ishii S, Yakushiji N. Huge nasopalatine duct cyst treatment with the help of cystectomy and bilateral fenestration surgery of the nasal cavity: A case report. *Oral and Maxillofacial Surgery Cases* 2017; 3:112–5. doi:10.1016/j.omsc.2017.09.002.
- [5] Suter VGA, Jacobs R, Brucker MR, Furher A, Frank J, Arx TV, *et al.* Evaluation of a possible association between a history of dentoalveolar injury and the shape and size of the nasopalatine canal. *Clinical Oral Investigations* 2015; 20:553–61. doi:10.1007/s00784-015-1548-7.
- [6] Wu YH, Wang Y-P, Kok S-H, *et al.* Unilateral nasopalatine duct cyst. *Journal of the Formosan Medical Association* 2015; 114:1142–4. doi:10.1016/j.jfma.2015.08.005.
- [7] Salgado H, Felino A, Mesquita P. Extensive nasopalatine cyst with nasal involvement. *Revista Portuguesa De Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial* 2014; 55:171–6. doi:10.1016/j.rpemd.2014.07.003.
- [8] Friedrich RE, Laumann F, Zrnc T, *et al.* The Nasopalatine Canal in Adults on Cone Beam Computed Tomograms—A Clinical Study and Review of the Literature. *In Vivo* 2015; 29:467–86.
- [9] Cicciù, Marco, *et al.* “Rare Bilateral Nasopalatine Duct Cysts: A Case Report.” *The Open Dentistry Journal*, vol. 4, no. 1, 2010; 8–12. doi:10.2174/1874210601004010008.
- [10] Mesquita JA, *et al.* “Clinical, Tomographic and Histopathological Aspects of the Nasopalatine Duct Cyst.” *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, vol. 80, no. 5, 2014; 448–450. doi:10.1016/j.bjorl.2014.05.020.