

Hill; 2007.

24 - Park JY, Choi JC, Shim JH, Lee JS, Park H, Kim SW, et al. A comparative study on collagen type I and hyaluronic acid dependent cell behavior for osteochondral tissue bioprinting. *Biofabrication* 2014,6(3): 035004. doi: 10.1088/1758-5082/6/3/035004. Epub 2014 Apr 24

CISTO DO DUCTO NASOPALATINO REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO CLÍNICO

*CYST OF NASOPALATINE DUCT
A LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT*

RESUMO

O cisto do ducto nasopalatino (CDNP), é um cisto não odontogênico da cavidade oral de ocorrência incomum. São freqüentemente assintomáticos, de crescimento lento, apresentando expansão de cortical óssea palatina e preferência pelo gênero masculino entre a 4ª e 6ª década de vida. Radiograficamente apresenta-se como uma área radiolúcida, bem circunscrita localizada entre as raízes dos incisivos centrais superiores. Geralmente apresentam um formato arredondado, oval, em forma de “pêra invertida” ou “coração”. O tratamento consiste na excisão cirúrgica 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.

Palavras chave: Cisto; Nasopalatino; Ducto; Excisão; Cavidade oral.

ABSTRACT

The nasopalatine duct cyst (CDNP), is a non-odontogenic cyst of the oral cavity of unusual occurrence. They are frequently asymptomatic, slow growing, presenting palatal bone cortex expansion and male preference between the 4th and 6th decade of life. Radiographically it presents as a well-circumscribed radiolucent area located between the roots of the upper central incisors. They usually have a rounded shape, oval, in the form of “inverted pear” or “heart.” Treatment consists of surgical excision and curettage, with low recurrence rates. The aim of this article is to highlight the clinical aspects, and to discuss the importance of the diagnosis and the therapeutic management of the nasopalatine duct cyst (CDNP), through a case report.

Keywords: Cyst; Nasopalatine; Duct; Excision; Oral cavity.

Endereço ou e-mail para correspondência:
Sérgio Bartolomeu de Farias Martorelli
Professor de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade
de Odontologia do Recife.
E-mail: smartorelli_maxilofacial@hotmail.com

Jonathan Mansur Siqueira Furtado
Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial
E-mail: jon.mansur@gmail.com

Fernando de Oliveira Martorelli
Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
E-mail: fernando.martorelli@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O cisto do ducto nasopalatino (CDNP) foi descrito pela primeira vez por Meyer em 1914. É o cisto de desenvolvimento não odontogênico mais comum da cavidade oral (73% dos casos), ocorrendo em até 1% da população. Sua origem se dá através da proliferação de restos epiteliais do ducto nasopalatino quando ocorre a fusão dos processos palatinos. Acomete, na grande maioria dos casos, pacientes do sexo masculino entre a 4ª e 6ª décadas da vida. Geralmente são assintomáticos, de crescimento lento e detectados após exame clínico e radiográfico de rotina. Tumefação na região anterior do palato, drenagem e dor, quando relatados, estão associados à infecção secundária ou à pressão sobre o nervo nasopalatino. Radiograficamente apresenta-se como uma área radiolúcida bem circunscrita com um halo radiopaco. Geralmente tem o formato arredondado, oval, em forma de “pêra invertida” ou “coração”. Situa-se na linha média próximo aos ápices dos incisivos centrais. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica, e o encaminhamento para exame histopatológico é fundamental para se obter a conclusão do diagnóstico^{1,2,3,5,6,7,9,10,11,13,14,15,16}.

O objetivo do seguinte estudo foi de apresentar um relato de caso clínico, descrevendo as características clínicas, radiográficas, e tratamentos do cisto do ducto nasopalatino.

REVISÃO DE LITERATURA

O cisto do ducto nasopalatino, também conhecido por cisto do canal incisivo, foi descrito pela primeira vez por Meyer, em 1914, como um cisto do seio paranasal. Ele é considerado o cisto não odontogênico mais comum da cavidade oral (73% dos casos), ocorrendo em aproximadamente 1% da população. Acredita-se que se origina da proliferação dos remanescentes epiteliais do ducto nasopalatino, estrutura embrionária que liga a cavidade bucal com a cavidade nasal na região do canal incisivo. Outros fatores etiológicos estão relacionados

com a ocorrência do CDNP, tais como trauma na região ou devido à prótese mal adaptada, infecção bacteriana e/ou retenção de muco de glândulas salivares menores. O CDNP se desenvolve em qualquer faixa etária, sendo a mais comum entre a 4ª e 6ª década de vida, com predileção pelo sexo masculino. Caracterizam-se clinicamente como um aumento de volume na região anterior do palato e/ou lábio superior, deslocamento dentário, crescimento lento e assintomático. Casos com sintomatologia dolorosa, quando relatados, estão associados à infecção secundária ou pressão sobre o nervo nasopalatino. Radiograficamente caracteriza-se como uma área radiolúcida, bem circunscrita e unilocular, próxima à linha média na região anterior da maxila, com formato arredondado ou oval. Podem apresentar a forma clássica de “coração” ou “pêra invertida”, resultante da sobreposição da espinha nasal anterior^{1,2,3,5,6,7,9,10,11,13,14,15,16}.

Exames por imagem tridimensionais favorecem um diagnóstico precoce deste cisto (entre 0,6 e 1,5mm de diâmetro) beneficiando o prognóstico do paciente⁷. Um autor realizou um estudo no qual comparou a espessura e comprimento de canais incisivos mensurados através de radiografias oclusais e tomografias computadorizadas. O trabalho concluiu que a radiografia oclusal de maxila se mostrou um exame confiável para a determinação da largura da fossa incisiva, porém, apresentou limitações em reproduzir o comprimento⁶. Recursos de rotina no consultório odontológico, como a realização de radiografia periapical e/ou oclusal de boa qualidade, somados a um criterioso exame clínico, seriam suficientes no protocolo diagnóstico do cisto nasopalatino²⁰. A tomografia computadorizada de feixe cônico pode contribuir para uma melhor avaliação das características anatômicas da fossa incisiva, evitando intervenções mais invasivas^{6,7,11}.

Histopatologicamente, o CDNP apresenta um revestimento epitelial que pode variar de epitélio estratificado

pavimentoso não queratinizado, epitélio pseudoestratificado colunar, epitélio colunar simples ou epitélio cuboidal. O mais comum é ser observado o revestimento com epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado isoladamente ou em combinação com algum outro tipo de epitélio. O tipo principal de epitélio depende da proximidade da lesão a cavidade nasal ou bucal. Lesões localizadas mais superiormente são com mais frequência revestidas por epitélio respiratório e quanto mais próximo a cavidade bucal geralmente o epitélio é estratificado pavimentoso não queratinizado. A 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. Tecido adiposo, tecido ósseo reacional, feixes musculares, estruturas glandulares e cristais de colesterol podem ser observados em menor frequência^{1,3,9,10,11,13,14,18,20}.

O tratamento de eleição para o CDNP é a excisão cirúrgica, podendo ser pela técnica de marsupialização seguida de enucleação ou somente por enucleação, dependendo do tamanho da lesão e das estruturas envolvidas^{1,3,5,7,9,10,14,15,18,20}.

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

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, leucoderma, 56 anos de idade, doméstica, natural de Recife - PE, compareceu ao ambulatório do curso de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do CPGO - Recife, queixando-se de um “caroço no céu da boca” com tempo de evolução de aproximadamente 6 meses.

No exame físico, observou-se face simétrica, cadeias ganglionares cervicofaciais dentro do padrão da normalidade,



Figura 1 - Aumento de volume flutuante na região da papila incisiva

mucosa bucal normocorada. Presença de aumento de volume flutuante na região da papila incisiva, sem sintomatologia dolorosa à palpação. Foi realizado teste de vitalidade pulpar nos dentes adjacentes à lesão no qual se apresentou positivo.

Com isso foi solicitado os exames de imagem que através da tomografia computadorizada do tipo cone beam, pôde-se observar uma região radiolúcida, bem circunscrita, na região anterior de maxila, posicionada por palatino em relação às raízes dos incisivos centrais superiores. Nota-se a preservação da lâmina dura dos dentes adjacentes à lesão, descartando-se dessa forma, lesão de origem inflamatória (Fig. 2).

Confrontando-se as observações obtidas no exame clínico com os dados dos exames complementares de imagem, firmou-se a hipótese diagnóstica de cisto do ducto nasopalatino e o tratamento proposto foi a excisão cirúrgica, considerando o tamanho da lesão. A peça cirúrgica foi encaminhada para análise histopatológica para confirmação do diagnóstico.

Solicitou-se, então, os exames pré-

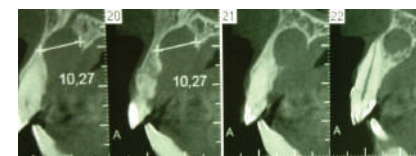


Figura 2 - Ao exame de tomografia computadorizada, nota-se uma imagem radiolúcida arredondada bem circunscrita. O diâmetro da lesão mediu aproximadamente 10,00mm. Observa-se a preservação da lâmina dura dos elementos dentais envolvidos, descartando-se dessa forma a hipótese de lesão de origem inflamatória.

operatorios rotineiros (hemograma, coagulograma e glicemia em jejum) que se encontravam todos dentro do padrão de normalidade.

A cirurgia foi realizada sob anestesia local (Lidocaina 2% com Epinefrina 100:000). No ato anestésico, foi realizado um bloqueio terminal dos ramos dos nervos alveolares superiores anteriores, do nervo nasopalatino e palatinos maiores. Como a lesão se encontrava por palato, foi realizado uma incisão intrasulcular por palatino, estendendo-se do elemento 14 ao 24, e o descolamento mucoperiosteal da região anterior para exposição da lesão (Fig. 3).



Figura 3 - Descolamento mucoperiosteal da região anterior do palato e exposição da lesão.

Em seguida foi realizada a excisão cirúrgica da lesão através da curetagem da cápsula da mesma em toda a sua extensão com o auxílio de uma cureta de Lucas e curetas periodontais.

Após a excisão cirúrgica da lesão, foi realizado uma limpeza profunda da cavidade cística com soro fisiológico 0,9% (Fig. 4), o retalho reposicionado, e a sutura realizada com fio de seda 4-0.

Foi prescrito para o pós-operatório medicação antibiótica (amoxicilina



Figura 4 - Cavidade cística após enucleação.

500mg 8/8 hs por 07 dias, nimesulida de 100mg de 12/12hs por 03 dias e dipirona de 500mg até de 6/6 hs em caso de dor.

A peça operatória (Fig. 5) foi fixada em solução de formol a 10% e encaminhada para exame histopatológico, que evidenciou tratar-se de cisto do ducto nasopalatino (Fig. 6).

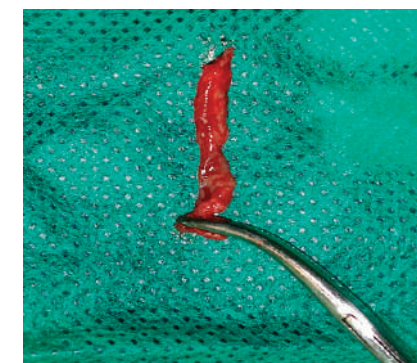


Figura 5 - Cápsula cística após excisão cirúrgica.



Figura 6 - Microscopia ótica do exame histopatológico.

As recomendações pós-operatórias rotineiras foram fornecidas por escrito, tendo o pós-operatório transcorrido sem intercorrências. A sutura foi removida com 8 dias após a realização do procedimento.

A paciente retornou para controle com um mês de pós-operatório, 03 meses e seis meses; 01 e 02 anos para reavaliação. Ao exame clínico, observou-se ausência de tumefação na região anterior da maxila, mucosa normocorada, sem sintomatologia dolorosa à palpação (Fig. 7).



Figura 7 – Pós-operatório com 2 anos de evolução.

O exame radiográfico revelou total neoformação óssea na região anterior da maxila (Fig. 8 e Fig. 9).



Figura 8 – Radiografia panorâmica (2 anos de pós-operatório).

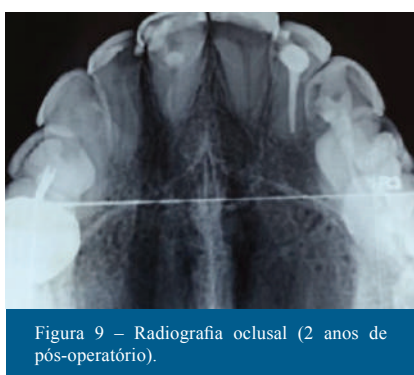


Figura 9 – Radiografia oclusal (2 anos de pós-operatório).

DISCUSSÃO

O CDNP, também conhecido como cisto do canal incisivo, é classificado como sendo um cisto fissural, tendo origem de remanescentes epiteliais que ocorrem durante a fusão dos processos faciais embrionários^{2,5,9,13,16,18}. Em algumas situações, o CDNP pode desenvolver-se nos tecidos moles da papila incisiva sem qualquer envolvimento ósseo, sendo denominado de cisto da papila incisiva, não demonstrando imagem radiográfica¹³. Normalmente

é assintomático, sendo que sinais e sintomas como tumefação na região anterior da maxila, drenagem e dor podem estar presentes. A dor é um sintoma raro, sendo causada por infecção secundária ou por pressão da lesão transmitida às estruturas nervosas da região^{1,2,3,6,7,9,10,11,13,14,15,16,18,20}.

No caso descrito neste trabalho, o paciente não apresentava sintomatologia, sendo que a lesão foi detectada a partir de exames radiográficos de rotina. Lesões de origens inflamatórias foram descartadas pelo fato do teste de vitalidade dos dentes adjacentes à lesão se apresentarem positivo. Alguns autores defendem a realização de testes de vitalidade pulpar, prevenindo-se assim o tratamento endodôntico desnecessário nos dentes próximos à lesão⁸.

Segundo a maioria dos autores, o cisto acomete, na grande maioria dos casos, pacientes do sexo masculino entre a 4ª e 6ª décadas da vida, o que contradiz com o caso clínico apresentado, no qual trata-se de paciente do gênero feminino, porém na faixa etária relatada pela maioria dos estudos^{1,2,3,5,6,7,9,10,11,13,14,15,16}.

O exame radiográfico normalmente evidencia uma área radiolúcida arredondada ou oval bem delimitada, na linha média da região anterior da maxila, projetando-se sobre os ápices dos incisivos centrais superiores, assim como no presente caso e a espinha nasal anterior aparece na parte superior do cisto como uma sombra radiopaca, produzindo o clássico formato de “coração ou pêra invertida”, o que está de acordo alguns casos relatados na literatura^{1,2,3,5,6,7,9,10,11,13,14,15,16}.

Embora existam parâmetros radiográficos baseados no tamanho das lesões para diferenciar o CDNP do forame incisivo, este método nos parece empírico, sendo a aspiração uma forma mais precisa de diferenciar as duas entidades. Autores destacam que uma imagem radiolúcida com 6 mm ou menos é habitualmente considerada um forame incisivo normal¹². Como a

lesão descrita media em torno de 10 mm, descartou-se a hipótese de se tratar do forame incisivo.

O CDNP é considerado raro em pacientes pediátricos, sendo poucos os casos relatados por volta dos dez anos de idade¹³. O paciente deste estudo apresentava 56 anos de idade quando o CDNP foi diagnosticado. Muitos autores não indicam tratamento para os CDNP assintomáticos e de tamanho insignificante⁸. Porém, a literatura tem demonstrado que, se não tratada em um período de dez anos, a lesão pode triplicar o seu tamanho ou até mesmo se diferenciar em lesões malignas¹⁹.

O tratamento preconizado é a excisão cirúrgica com prognóstico bem favorável, que foi o tratamento de escolha realizado neste caso clínico. Casos de lesões com tamanhos superiores a 2 cm ou proximidade com estruturas nobres, é indicada a marsupialização previamente à excisão^{1,2,3,5,6,7,9,10,11,13,14,15,16}.

Alguns autores destacam que a remoção do cisto em estágios iniciais é indicado para minimização dos riscos de complicações pré e pós-operatórias¹⁰. No caso relatado, optou-se pela excisão por se tratar de uma lesão com menos de 2 cm em seu maior diâmetro e apresentar aspectos clínico e radiográfico de benignidade.

O teste de vitalidade é essencial para que seja feita a diferenciação de lesões de origens inflamatórias, de forma que tratamentos endodônticos não sejam realizados desnecessariamente⁸. No caso apresentado, observa-se a integridade da lâmina dura além do teste de vitalidade pulpar positivo, com isso descartou-se a hipótese de lesão de origem inflamatória.

Estudos têm demonstrado que a parestesia permanente na região anterior da maxila tem sido observada em menos de 10% dos casos tratados cirurgicamente, sendo esta creditada à remoção de componentes do nervo nasopalatino durante a excisão da lesão^{10,13,15}. Um estudo ressalta que nos casos de parestesia, como o nervo nasopalatino inerva apenas a mucosa da

região anterior do palato duro, o paciente geralmente se adapta à sensação local de dormência¹³.

O prognóstico é favorável na maioria dos casos, 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 2 anos de acompanhamento^{3,13}.

CONCLUSÃO

O CDNP é uma lesão maxilofacial muitas vezes diagnosticada através de exames de imagem de rotina, ou quando há relatos de dor. O seu provável diagnóstico é realizado pela combinação das características clínicas e radiográficas, porém só pode confirmar o mesmo após realizado o exame histopatológico da lesão. O tratamento de eleição é excisão cirúrgica da lesão. O Cirurgião-Dentista é o profissional mais habilitado para estar realizando o diagnóstico e tratamento de tais lesões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ABBASSI, S.; KIA, A. H.; HEMMAT, S. Nasopalatine Duct Cyst: A case report. *Journal of Cancer Prevention & Current Research*. v. 3, 2015.
- 2 - BASSO, E. C. B.; NETO, E. R. P.; DIB, L. L.; COSTA, C. An unusual case of nasopalatine cyst in Brazilian population. *Journal of the Health Sciences Institute*, v. 30, p. 292-294, 2012.
- 3 - DANTAS, R. M. X.; BATISTA, V. O.; ANDRADE, D. L. S.; COSTA, M. V. O. C.; JUNIOR, B. C. Repercussão clínica do cisto do ducto nasopalatino. *Revista de cirurgia e traumatologia Buco-maxilo-facial*, v. 14, p. 35-42, 2014.
- 4 - DYM, H.; OGLE, O. E. *Atlas of Minor Oral Surgery*. Philadelphia: W.B. Saunders Compay, 2001.

5 - ESCALERA, C. J. L.; OYERVIDES, R. E. B.; SÁNCHEZ, O. C.; OLMEDO, V. M. G. Quiste nasopalatino de tamanho inusual. *Revisión bibliográfica y presentación de un caso*. *Revista ADM*, v. 70, p. 154-158, 2013.

6 - FERNANDES, P. M. Avaliação das dimensões da fossa incisiva em crânios secos humanos através de radiografia oclusal e tomografia computadorizada feixe cônico vasconcelos. 2017. 34 f. Dissertação (Mestrado em Estomatologia) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2017.

7 - FONSECA, V. N.; BASTOS, L. C.; CAMPOS, P. S. F. Aspectos tomográficos do cisto do ducto nasopalatino – Relato de Caso. *Revista ABRO*, v.16, p.39-44, 2016.

8 - GNANASEKHAR, J. D.; WALVEKAR, S. V.; AL-KANDARI, A. M. Misdiagnosis and mismanagement of a nasopalatine duct cyst and its corrective therapy. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 80, p. 467-470, 1995.

9 - IGREJA F.F.; PENNA I.; CAMISASCA D.R.; BARROS L.A.P.; PEREIRA, T.C.R. Marsupialização como tratamento inicial de cisto do ducto nasopalatino. *Ver. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo Fac., Camaragibe*, v. 5(2), p. 41-48, 2005.

10 - MARTINS M.D.; RUSSO M.P.; BUSSADORI S.K.; FERNANDES K.P.S.; MISSAWA G.T.W.; MARTINS M.A.T. Cisto do ducto nasopalatino: relato de caso clínico e revisão da literatura. *Ver. Inst. Ciênc. Saúde.*, v. 25 (2), p. 193-197, 2007.

11 - MESQUITA J.A.; LUNA A.H.B.; NONAKA C.F.W.; GODOY G.P.; ALVES P.M. Clinical, tomographic and histopathological aspects of the nasopalatine duct cyst. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 80(5), p. 448-450, 2014.

12 - NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M. *Patologia Oral &*

Maxilofacial. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

13 - NOLETO, J. W.; ISRAEL, M.; MOURÃO, C. F.; CERVellini, A. R. Cisto do ducto nasopalatino em paciente pediátrico: Relato de caso de revisão de literatura. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 67, p.164-167, 2010.

14 - OLIVEIRA M.T.; FREIRE D.R.; BICALHO A.A.; SANTOS C.R.R.; SOARES J.A. Cisto do ducto nasopalatino: relato de caso clínico/ Nasopalatine duct cyst: clinical case report. *Rev. Odontol. UNESP, Araraquara*, v. 38 (6): p. 371-374, 2009.

15 - PAVANKUMAR K.; SHOLAPURKAR A.A.; JOSHI V. Surgical management of nasopalatine duct cyst: case report. *Revista Clín. Pesq. Odontol.* v. 6 (1), p. 81-6, 2010.

16 - PEREIRA, ES. Cisto do Ducto Nasopalatino: Revisão da Literatura e Relato de Caso Clínico. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2013.

17 - SHAFER W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. *Tratado de Patologia Bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

18 - SPINELLI, D. S.; SILVA, F. G.; MARSON, G. B. O. Cisto do Ducto Nasopalatino: Relato de Caso. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research (BJSCR)*, v. 20, p. 62-65, 2017.

19 - 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.*, v. 54, p. 112-115, 1996. (TAKAGI et al.18 (1996) relataram um caso de carcinoma escamoso com possível origem em cisto do ducto nasopalatino.

20 - TRENTO, C. L.; FRANÇA, D. C. C.; MIYAHARA, G. I.; SOUBHIA, A. M. P.; CASTRO, A. L. Cisto do ducto nasopalatino em íntima relação com implante osseointegrado. *Revista Odonto*, v. 17, p. 91-95, 2009.

21 - WOOD, N. K.; GOAZ, P. W.