

Cisto do ducto nasopalatino em paciente pediátrico: relato de caso e revisão da literatura

Nasopalatine duct cyst in a pediatric patient: a case report and literature review

José Wilson Noletto

Mestre em Radiologia pela UFRJ
Professor das Disciplinas de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial I e II
Coordenador do Curso de Atualização em Cirurgia Oral da Unesa

Mônica Israel

Mestre e doutora em Patologia Oral pela UFF
Professora Substituta da Disciplina de Estomatologia da FO da Uerj

Carlos Fernando Mourão

Especialista em Estomatologia pela Unesa
Professor do Curso de Atualização em Cirurgia Oral da Unesa

Ana Rosa Cervellini

Cirurgiã-dentista

Resumo

Os objetivos deste trabalho são relatar um caso de cisto do ducto nasopalatino, revisar suas características e discutir suas formas de tratamento. Os autores relatam um caso de cisto do ducto nasopalatino em um paciente do gênero masculino de dez anos de idade. A lesão foi descoberta em exames radiográficos de rotina durante tratamento ortodôntico e encontrava-se assintomática. O tratamento escolhido foi a enucleação, onde o exame radiográfico de controle pós-operatório mostrou reparo ósseo após 18 meses de acompanhamento. O exame histopatológico revelou o diagnóstico de cisto do ducto nasopalatino.

Palavras-chave: cisto do ducto nasopalatino; cisto do canal incisivo; cistos não odontogênicos.

Abstract

The aims of this work are to report a case of nasopalatine duct cyst, review its characteristics and discuss its treatment. The authors report a nasopalatine duct cyst in a ten years old male patient. The lesion was found in a routine radiographic examination of orthodontic treatment and was not symptomatic. The patient underwent surgical enucleation and a radiographic follow up of 18 months that showed evidence of local bone healing. The histopathological examination revealed a nasopalatine duct cyst.

Keywords: nasopalatine duct cyst; incisive canal cyst; non odontogenic cysts.

Introdução

O cisto do ducto nasopalatino (CDN) foi descrito, de forma equivocada, pela primeira vez por MEYER (6) como sendo um seio paranasal. É classificado como cisto de desenvolvimento não odontogênico, sendo o mais comum dos cistos não odontogênicos, acometendo cerca de 1% da população (4, 7, 14). Ocorre com mais frequência em adultos entre a quarta e sexta décadas de vida, apesar de ser um cisto de desenvolvimento. Tal lesão se desenvolve na região anterior do palato duro, manifestando-se geralmente como um aumento de volume no local. Porém, pode apresentar-se muitas vezes de forma assintomática, sendo detectado por exames radiográficos de rotina. Quando infectado, pode apresentar drenagem de secreção e dor (3, 6, 10, 11).

Acredita-se que o CDN origina-se de remanescentes epiteliiais presentes no ducto nasopalatino, estrutura embrionária que liga as cavidades oral e nasal na altura do canal incisivo (12). Uma rara variante do CDN ocorre quando este se desenvolve apenas nos tecidos moles da papila incisiva, sendo denominada cisto da papila incisiva (3, 7, 10, 11, 14).

Este trabalho visa descrever a ocorrência do CDN em um paciente pediátrico tratado com sucesso pela técnica de enucleação, discutindo as peculiaridades do seu diagnóstico e tratamento a fim de facilitar a conduta clínica perante este tipo de lesão.

Relato do Caso

O paciente A. M. F., gênero masculino, de dez anos de idade, estava sendo submetido a exames radiográficos para início de tratamento ortodôntico quando foi observada uma imagem radiolúcida, unilocular, bem delimitada por um halo radiopaco, de aproximadamente 1,8 centímetros em seu maior diâmetro, localizada na região anterior de maxila, situada na linha média entre os ápices dos elementos dentários 11 e 21. O paciente foi encaminhado aos Serviços de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e Estomatologia do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ) para avaliação e conduta, onde o exame tomográfico confirmou a imagem radiográfica (Figuras 1A, 1B e 1C). Durante a anamnese, nenhum dado significativo foi encontrado. Ao exame intraoral nenhuma alteração relevante pode ser detectada (Figura 2). A hipótese diagnóstica foi de CDN, e como se tratava de uma lesão com menos de dois centímetros em seu

maior diâmetro, e com aspecto clínico-radiográfico de benignidade, foi realizada biópsia excisional sob anestesia local (1) (Figuras 3 e 4). Após a enucleação da lesão sob anestesia local, a mesma foi submetida à análise histopatológica que revelou uma cavidade cística revestida por epitélio pavimentoso estratificado e epitélio colunar pseudo-estratificado ciliado (Figura 5). A parede fibrosa era representada por uma grande quantidade de nervos e vasos sanguíneos calibrosos. Os aspectos microscópicos confirmaram a hipótese diagnóstica de cisto do ducto nasopalatino. Após 18 meses (Figura 6A), o exame radiográfico de controle pós-operatório demonstrou nova formação óssea no local (Figura 6B).

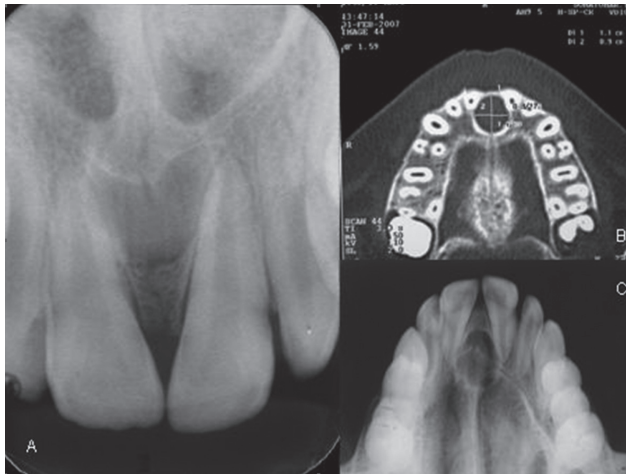


Figura 1A. Imagem na radiografia periapical; figura 1B. imagem na tomografia computadorizada convencional evidenciando a lesão; figura 1C. imagem na radiografia oclusal



Figura 2. Aspecto clínico inicial intraoral

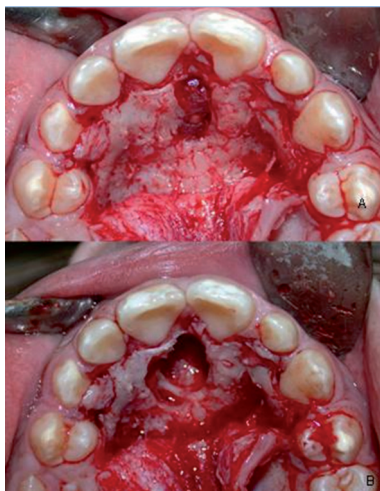


Figura 3A. Período transoperatório evidenciando lesão; figura 3B. período transoperatório após a remoção da lesão

Discussão

O CDN, 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 (12, 14). Em algumas ocasiões, o CDN pode desenvolver-se nos tecidos moles da papila incisiva sem qualquer envolvimento osso, sendo denominado de cisto da papila incisiva, não demonstrando imagem radiográfica (7, 14).

Normalmente é assintomático, sendo que sinais e sintomas como tumefação na região anterior do palato, drenagem e dor podem estar presentes (7, 10, 12). A dor é um sintoma raro, sendo causada por infecção secundária ou por pressão da lesão transmitida às estruturas nervosas da região (7). No caso descrito neste trabalho, o paciente não apresentava sintomatologia, sendo que a lesão foi detectada a partir de exames radiográficos realizados para o início do tratamento ortodôntico. Lesões odontogênicas inflamatórias foram descartadas pelo fato do teste de vitalidade dos dentes adjacentes se apresentarem positivo.

O exame radiográfico normalmente evidencia uma área radiolúcida arredondada ou oval bem delimitada, próxima ou na linha média da região anterior da maxila, projetando-se sobre os ápices dos incisivos centrais superiores, assim como no presente caso (2, 5). Muitas vezes, a espinha nasal anterior aparece na parte superior do cisto como uma sobra radiopaca, produzindo o clássico formato de coração (7, 14). Embora existam parâmetros radiográficos baseados no tamanho das lesões para diferenciar o CDN do forame incisivo

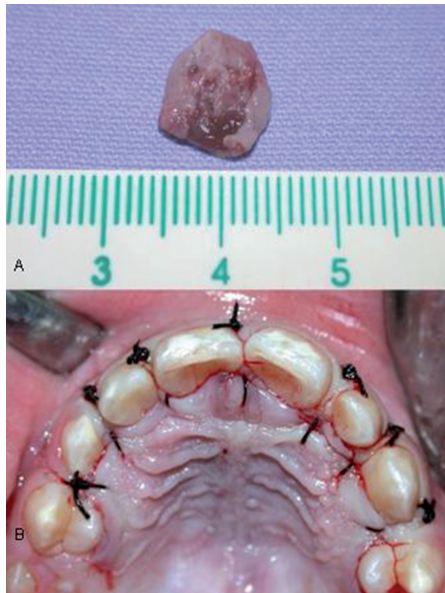


Figura 4A. Imagem macroscópica da lesão; figura 4B. período pós-operatório imediato

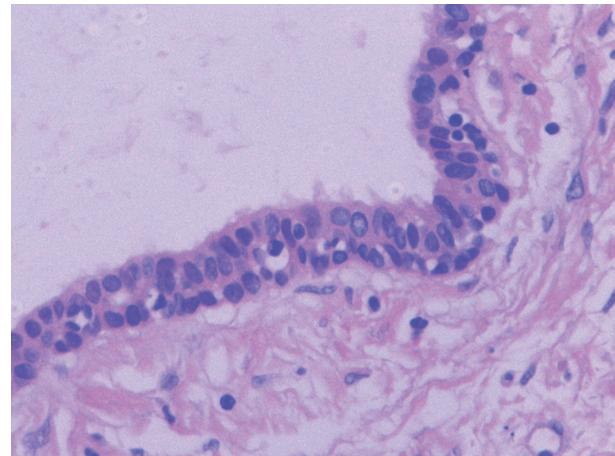


Figura 5. Imagem microscópica da lesão mostrando a cavidade cística revestida por epitélio pavimentoso estratificado e epitélio colunar pseudoestratificado ciliado (Hematoxilina e eosina, aumento original 100x)

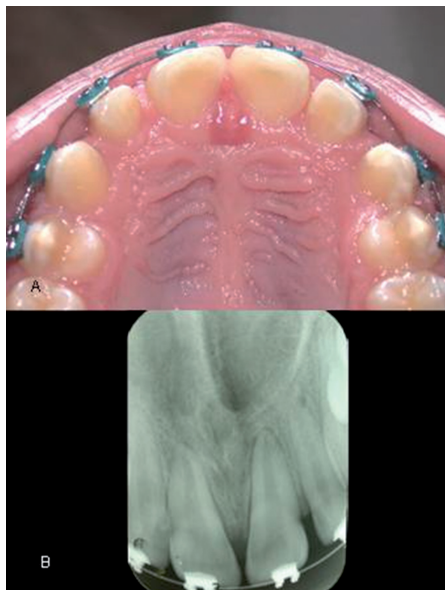


Figura 6A. Aspecto clínico intraoral final; figura 6B. aspecto radiográfico final mostrando o osso neoformado na região

vo, este método nos parece empírico, sendo a aspiração uma forma mais precisa de diferenciar as duas entidades. NEVILLE *et al.* (7) destacam que uma imagem radiolúcida com 6 mm ou menos é habitualmente considerada um forame incisivo normal. Como a lesão descrita media em torno de 1,8 cm, descartou-se a hipótese de se tratar do forame incisivo.

Apesar de o CDN poder acometer pacientes em qualquer idade, geralmente ocorre entre a quarta e a sexta décadas de vida,

sendo alguns casos relatados até mesmo em fetos (5, 10). Tal lesão é considerada rara em pacientes pediátricos, sendo poucos os casos relatados por volta dos dez anos de idade (2). O paciente do deste estudo apresentava dez anos de idade quando o CDN foi diagnosticado.


Muitos autores não indicam tratamento para os CDN assintomáticos e de tamanho insignificante (3, 10, 13). Porém, a literatura tem demonstrado que, se não tratada em um período de dez anos, a lesão pode triplicar o

seu tamanho (13) ou até mesmo se diferenciar em lesões malignas (11). O tratamento preconizado é a enucleação (3, 7, 13) com prognóstico bastante favorável (4), sendo que em casos de lesões com tamanhos superiores a dois centímetros ou proximidade com estruturas nobres, é indicada a marsupialização previamente à enucleação (1, 12). No caso relatado, optou-se pela enucleação por se tratar de uma lesão com menos de dois centímetros em seu maior diâmetro e apresentar aspectos clínico e radiográfico de benignidade. Complicações cirúrgicas, como perfurações das corticais ósseas, da cavidade nasal e do seio maxilar, podem ser evitadas quando o tratamento se dá no estágio inicial de desenvolvimento da lesão (13). O teste de vitalidade se torna necessário para que seja feita a diferenciação de lesões periapicais inflamatórias, de forma que tratamentos endodônticos não sejam realizados desnecessariamente. ORTEGA *et al.* (8) chamam a atenção para o fato que o exame histopatológico é de fundamental importância em lesões com o mesmo as-

pecto radiográfico, para que lesões tumorais como o tumor odontogênico ceratocístico sejam descartados.

Estudos têm demonstrado que a parestesia permanente na região anterior do palato tem sido observada em menos de 10% dos casos tratados cirurgicamente, sendo esta creditada à remoção de componentes do nervo nasopalatino durante a enucleação da lesão (12). A literatura (14) 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 dormência. O prognóstico é favorável na grande maioria dos casos, sendo esperada a cicatrização óssea da região após a enucleação (3, 5, 12). No caso clínico relatado neste estudo, houve neoformação óssea no local, não sendo observados sinais de recidiva ou parestesia após um ano e meio de acompanhamento.

Conclusão

Após a revisão de literatura e o relato do presente caso, concluímos que o cisto do ducto nasopalatino é uma condição de prognóstico favorável, sendo a enucleação um procedimento de baixa morbidade e bastante eficaz no tratamento de lesões pequenas. 

Referências Bibliográficas

1. DYM, H., OGLE, O. E. *Atlas of Minor Oral Surgery*. Philadelphia: W.B. Saunders Compay, 2001.
2. ELY, N., SHEEHY, E. C., MCDONALD, F. *et al.* Nasopalatine duct cyst: a case report. *Int. J. of Paediatr. Dent.*, v. 11, p. 135-7, 2001.
3. GNANASEKHAR, J. D., WALVEKAR, S. V., AL-KANDARI, A. M. *et al.* Misdiagnosis and mismanagement of a nasopalatine duct cyst and its corrective therapy. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 80, p. 467-70, Oct., 1995.
4. GROSSMANN, S. M., MACHADO, V. C., XAVIER, G. M. *et al.* Demographic profile of odontogenic and selected nonodontogenic cysts in a Brazilian population. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 104, p. 35-41, Dec., 2007.
5. ISRAEL, M. S., NOLETO, J. W., DIAS, E. P. Cisto do ducto nasopalatino: revisão de literatura e relato de caso. *RBO*, v. 62, n. 3, p. 222-3, 2005.
6. MEYER, A. W. A unique supernumerary para-nasal sinus directly above the superior incisors. *J. Anat. Physiol.*, v. 48, p. 118-29, 1914.
7. NEVILLE, B. W., DAMM, D. D., ALLEN, C. M. *et al.* *Patologia Oral & Maxilofacial*. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
8. ORTEGA, A., FARIÑA, V., GALLARDO, A. *et al.* Nonodontogenic periapical lesions: a retrospective study in Chile. *Int. Endod. J.*, v. 40, p. 386-90, 2007.
9. PETERSON, L. J., ELLIS III, E. E., HUPP, J. R. *et al.* *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 3. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
10. SHAFER W. G., HINE, M. K., LEVY, B. M. *Tratado de Patologia Bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.
11. 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. 112-5, 1996.
12. VASCONCELOS, R. F., AGUAR, M. C. F., CASTRO, W. H. *et al.* Retrospective análise of 31 cases of nasopalatine duct cyst. *Oral Maxillofac. Pathol.*, v. 5, p. 325-8, 1999.
13. VELASQUEZ-SMITH, M. T., MASON, C., COONAR, H. *et al.* A nasopalatine cyst in an 8-year-old child. *Int. J. of Paediatr. Dent.*, v. 9, p. 123-7, 1999.
14. WOOD, N. K., GOAZ, P. W. *Diagnóstico Diferencial das Lesões Bucais*. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983.

Recebido em: 18/06/2009

Aprovado em: 16/03/2010

José Wilson Noletto

Estrada Benvindo de Noves, 1390/103 – Recreio dos Bandeirantes

Rio de Janeiro/RJ, Brasil - CEP: 22790-382

E-mail: wilsonnoletto@ig.com.br