

Cisto do ducto nasopalatino: relato de caso clínico e revisão da literatura

Nasopalatine duct cyst: report of case and literature review

Manoela Domingues Martins*
Michelle Pereira Russo**
Sandra Kalil Bussadori*
Kristianne Porta Santos Fernandes*
Gabriela Trevizani Martins Missawa***
Marco Antonio Trevizani Martins****

Resumo

O cisto do ducto nasopalatino (CDNP) ou cisto do canal incisivo é considerado um cisto não-odontogênico, de patogênese incerta, que acomete indivíduos entre a 2ª e 5ª décadas de vida e exibe crescimento lento e assintomático. Radiograficamente nota-se párea radiolúcida situada na região anterior da maxila, próximo ao ápice dos incisivos centrais superiores. O diagnóstico diferencial pode ser feito com o cisto radicular, queratocisto, entretanto dados clínicos, radiográficos e histopatológicos auxiliam na conclusão do caso. Este estudo descreve um relato de caso de cisto do ducto nasopalatino observado após exame radiográfico de rotina. Foi realizada biópsia excisional para diagnóstico da lesão. O controle clínico e radiográfico pós-operatório mostrou ausência de recorrência e excelente reparo.

Palavras-chave: Cistos maxilomandibulares; Cistos não-odontogênicos

Abstract

The nasopalatine cyst or incisive cyst is a non odontogenyc cyst with unknown pathogenesis that affect people between 2nd and 5th decades of life. It is assymptomatic and exhibit a slow grow pattern. Radiographic aspects reveal radiolucent area involving the anterior maxilla near to apical region of the central incisors teeth. The differential diagnosis include radicular cyst and keratocyst. The clinical, radiograph and histological aspects are very important to the final diagnosis. A case of nasopalatine cyst diagnosed by radiographic routine examination is described. Excisional biopsy was performed and the diagnosis was done. Follow-up of the patient revealed no recurrence and good healing clinically and radiographically.

Key words: Jaw cysts; Nonodontogenic cysts

Introdução

O cisto do ducto nasopalatino (CDNP) ou cisto do canal incisivo foi descrito pela primeira vez por Meyer²⁰ em 1914 como um cisto do seio paranasal. Apesar de ser considerado uma entidade rara, pode ocorrer em até 1% da população, é considerado o cisto não-odontogênico mais comum (73% dos casos)^{2,12,29-30}.

Sua patogênese é incerta, entretanto, a teoria de que o CDNP se origina de remanescentes epiteliais que permaneceram após a fusão dos processos palatinos está descartada. Atualmente, acredita-se que este cisto origina-se da proliferação dos remanescentes epiteliais do ducto nasopalatino, estrutura embrionária que liga a cavidade bucal com a cavidade nasal na região do canal incisivo. Normalmente, estes ductos regridem nos humano, porém podem permanecer remanescentes epiteliais nos canais incisivos^{2,4,10,21}.

Vários fatores etiológicos têm sido relatados tais como trauma na região durante a mastigação¹ ou por prótese mal adaptada¹¹, infecção bacteriana^{18,24} bem como, proliferação epitelial espontânea². Outros fatores mencionados na literatura são fatores genéticos e raciais³. Entretanto, Vasconcelos *et al.*³⁰ (1999) ressaltaram que se o trauma for considerado como um fator etiológico para o CDNP sua incidência deveria ser muito maior.

O CDNP pode se observado em qualquer idade com maior incidência entre a 2ª e 5ª décadas da vida^{1,23,29-30}. Alguns trabalhos indicam maior predileção na raça negra^{9,33} enquanto outros na raça branca²⁹⁻³⁰. Alguns autores indicam maior predileção no sexo masculino na ordem de 1.8:1 até 20:1^{1,5,7,23}, todavia, Vasconcelos *et al.*³⁰ (1999) não observaram diferença significativa entre os sexos.

Clinicamente o CDNP apresenta crescimento lento e assintomático geralmente descoberto durante o exame clínico e/ou radiográfico de rotina^{21,28}. Os casos sintomá-

* Professora do Curso de Mestrado em Ciências da Reabilitação do Departamento de Ciências da Reabilitação do Centro Universitário Nove de Julho (Uninove). E-mail: manomartins@gmail.com

** Cirurgiã-dentista, Especialista em Odontopediatria.

*** Cirurgiã-dentista, Especialista em Ortodontia.

**** Professores do Curso de Odontologia da Uninove.

ticos normalmente indicam a presença de infecção secundária da lesão^{8,14,28}. Os principais sintomas observados foram aumento de volume (52%), drenagem (25%), dor (20%) e em 70% dos casos nota-se a combinação de sintomas^{14,28,30}. Em casos raros o paciente relata sensação de ardência na região anterior de maxila que ocasionalmente se irradia para região nasal e órbita³².

Radiograficamente, a lesão apresenta-se com área radiolúcida, unilocular, bem delimitada, com bordos radiopacos (escleróticos), de formato que varia de ovóide, arredondada, com aspecto de coração ou pêra próximo ou na linha média da maxila^{2,22,29-30}. Sabe-se que o formato de coração resulta da sobreposição da espinha nasal anterior ou porque apresentam projetada a imagem do septo nasal enquanto que, a forma de pêra invertida, provavelmente ocorra devido à resistência das raízes dos dentes adjacentes^{3,13}. Raramente é notada reabsorção radicular. Por vezes, pode ser difícil diferenciar esta lesão cística do forame incisivo. Roper-Hall²⁶ (1938) tem sugerido que área radiolúcida assintomática e menor de 6mm ao redor do canal incisivo deve ser considerado normal. Swanson *et al.*²⁹, (1991) consideraram a presença de sintomas em lesões menores de 6mm indicador de intervenção cirúrgica. Os diâmetros radiográficos variam na literatura entre 5 a 22mm², 6 a 60mm³ e 8 a 2 mm²⁹.

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^{13,30}. O tipo principal de epitélio depende da proximidade da lesão a cavidade nasal ou bucal. Lesões localizadas mais superiormente são com mais freqüência 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 e cristais de colesterol podem ser observados em menor

freqüência. Vasconcelos *et al.*³⁰ (1999) observaram que em 81% dos casos por eles estudados havia infiltrado inflamatório na cápsula cística. Esta reação inflamatória pode ser conseqüência de infecção secundária. Entretanto, alguns casos não exibem reação inflamatória.

O tratamento do CDNP consiste na enucleação total da lesão^{17,32}. O ideal é remover a lesão em estágio inicial para minimizar o risco de complicação pré e pós-operatórias³¹. Marsupialização está indicada em casos de cistos extensos. Dos 30 casos revisados por Vasconcelos *et al.*³⁰ (1999) apenas um foi submetido a esta técnica. Quando não há a remoção total da lesão pode facilitar o desenvolvimento de processos infecciosos-inflamatórios agudo, perfuração da cortical e desenvolvimento de fistulas²⁷. Parestesia na região anterior do palato tem sido observada em menos de 10% dos CDNP tratados por remoção cirúrgica tendo em vista que, componentes do nervo nasopalatino podem ter sido removidos durante o ato cirúrgico^{5,19}. Se não tratado o CDNP pode causar reabsorções ósseas e assim movimentar dentes adjacentes. A recorrência desta lesão é rara com índices variando entre 0% a 11%^{5,30,32}.

O diagnóstico diferencial pode ser feito com o cisto radicular, queratocisto, entretanto dados clínicos, radiográficos e histopatológicos auxiliam na conclusão do caso. Este trabalho tem como objetivo, apresentar um caso de CDNP que foi diagnosticado com bases clínicas, radiográficas e histopatológicas.

Relato do caso

Paciente M.A.C., feminino, 22 anos, leucoderma, foi encaminhada em virtude de achado radiográfico de lesão em região de anterior de maxila. Na anamnese a paciente não relatou história de trauma na região. Ao exame físico extra e intra-bucal notava-se tecido cutâneo e mucosas íntegras e estruturas anatômicas sem alterações digna de nota.

Os exames radiográficos panorâmico e periapical revelaram uma lesão radiolúcida, unilocular, bem delimitada, com formato de pêra, situada próxima a região apical dos incisivos centrais superiores (Figuras 1 e 2). Foi realizado teste de vitalidade pulpar com resultado positivo e frente



Figura 1. Radiografia panorâmica inicial. Área radiolúcida entre os ápices dos incisivos centrais superiores



Figura 2. Radiografia periapical inicial. Lesão radiolúcida, bem delimitada, ovóide entre os ápices dos incisivos centrais superiores que exibem lâmina dura íntegra

aos achados clínicos e radiográficos formulou-se a hipótese de diagnóstico de CDNP. Foi realizada biópsia excisional e o material foi enviado para exame anatomopatológico. O resultado revelou fragmentos de tecido conjuntivo denso intensamente colagenizado revestido parcialmente por epitélio cuboidal, em algumas regiões ciliado. Na cápsula foram observados feixes de tecido nervoso, pontos de calcificação distrófica, tecido muscular e células adiposas. O diagnóstico histopatológico confirmou a hipótese de CDNP. Foram realizados controles clínicos pós-operatório de 7 e 15 dias onde foi evidenciado excelente reparo da mucosa. Controle radiográfico panorâmico e periapical após 3 anos da remoção cirúrgica da lesão mostrou tecido ósseo reparado e sem sinais de recidiva da lesão (Figuras 3 e 4).

Discussão

O CDNP é o cisto não-odontogênico mais comum da cavidade bucal^{12,16}. Acredita-se que esta lesão se desenvolva a partir de remanescentes epiteliais do ducto nasopalatino^{13,30}. Dentre as causas do CDNP, o trauma, infecção bacteriana bem como, proliferação epitelial espontânea.

Neste estudo relata-se um caso de CDNP em paciente com 22 anos. Na anamnese não foi observada história de trauma e clinicamente a lesão mostrou-se assintomática e não relacionada a infecção local, sendo portanto sua etiologia desconhecida. No que diz respeito a etiologia, Vasconcelos *et al.*³⁰ (1999) analisaram 31 casos de CDNP e nenhum destes casos tinha relação com trauma. Mostrando que o trauma não é um fator muito freqüente na etiologia desta lesão.

O caso descrito, tanto do ponto de vista clínico como radiográfico, está de acordo com a literatura, que relata uma maior incidência entre a 2ª e 5ª décadas de vida³⁰ lesão de caráter assintomático e diagnosticada em radiografias de rotina²⁸. Entretanto, com o crescimento expansivo do cisto pode ser observado aumento de volume no local, dor, envolvimento da área periapical dos incisivos adjacentes e ocasionar comprometimento pulpar destes dentes^{5,29}.

Tendo em vista a sua localização o CDNP deve ser distinguido de outras condições tais como: canal incisivo

vo normal, porém aumentado e cisto radicular. Usualmente, o CDNP é pequeno, não envolve o ápice dos dentes, os dentes próximos exibem lâmina dura intacta e vitalidade pulpar. Desta forma, para diferenciar esta lesão do cisto radicular o teste de vitalidade pulpar nos dentes adjacentes é mandatório para estabelecer diagnóstico e não indicar tratamento endodôntico desnecessário^{13,15}. Por vezes, pode ser difícil diferenciar esta lesão cística do forame incisivo. Roper-Hall²⁶ (1938) tem sugerido que área radiolúcida assintomática e menor de 6 mm ao redor do canal incisivo deve ser considerado normal. Swanson *et al.*²⁹ (1991) consideraram a presença de sintomas em lesões menores de 6mm indicador de intervenção cirúrgica. Os diâmetros radiográficos variam na literatura entre 5 a 22 mm², 6 a 60 mm³ e 8 a 25 mm²⁹. No caso relatado, apesar da lesão ser pequena, formulou-se as hipóteses de CDNP X canal incisivo aumentado e optou-se por remoção cirúrgica através de biópsia excisional para estabelecer o diagnóstico. Os achados histopatológicos confirmaram que a lesão tratava-se de um CDNP devido a presença de lesão cística revestida por epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado.

O diagnóstico do CDNP é baseado segundo autores, nas observações clínicas e radiográficas e deve ser confirmado pelo exame histopatológico³¹.

Apesar da localização das lesões intra-ósseas é importante para auxiliar de diagnóstico e no planejamento pré-cirúrgico, radiografias convencionais, mesmos que as mesmas forneçam informações limitadas como imagem bidimensional. Pode-se então solicitar para maiores informações outros exames, como tomografias¹⁶.

Alguns autores não indicam tratamento para o CDNP tendo em vista o seu crescimento lento e ausência de sintomas. Entretanto, tem sido observado duplicação ou triplicação do tamanho. O ideal é remover o CDNP em estágios iniciais para minimizar o risco de complicações pré e pós-operatórias^{6,17,31}.

Os CDNP são tratados por enucleação cirúrgica, sendo o melhor acesso cirúrgico para a lesão a mucosa palatina²⁵. Após a cirurgia, a cicatrização e o preenchimento ósseo ocorrem após alguns meses¹³. A recorrência é rara.



Figura 3. Radiografia panorâmica pós-operatória. Ausência de lesão e reparo ósseo no local



Figura 4. Radiografia periapical pós-operatória. Reparo ósseo no local após 3 anos da remoção cirúrgica total.

Conclusão

O CDNP é o cisto não-odontogênico mais freqüente e que apesar de usualmente se caracterizar pelo cresci-

mento lento e assintomático, deve ser identificado e tratado com remoção cirúrgica tendo em vista que com o seu crescimento pode ocasionar alteração nos dentes adjacentes, expansão óssea e dor.

Referências

1. Abrams AM, Howell FV, Bullock WK. Nasopalatine cysts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1963; 16:306-32.
2. Allard RHB, van der Kwast WAM, van der Waal I. Nasopalatine duct cyst: review of the literature and report of 22 cases. *Int J Oral Surg.* 1981;10:447-61.
3. Anneroth G, Hall G, Stuge U. Nasopalatine duct cyst. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1986; 5:572-80.
4. Berlove IJ. Anterior median palatine cyst. *NY Dent J.* 1956;16:381-4.
5. Bodin I, Isacson G, Julin P. Cysts of the nasopalatine duct. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1986; 15:696-706.
6. Brandt W, Roper-Hall HT. The aetiology of cysts of developmental origin in the premaxillary region. *Br Dent J.* 1941;70:213-21.
7. Cabrini RL, Barres RE, Albane H. Cysts of jaws: a statistical analysis. *J Oral Surg.* 1970;28:485-9.
8. Campbell JJ, Baden E, Willimas AC. Nasopalatine cyst: report of a case. *J Oral Surg.* 1973;31:776-9.
9. Chamada RA, Shear M. Dimension of incisive fossae on dry skulls and radiographs. *Int J Oral Surg.* 1980;9:452-6.
10. Chandler NP, Gray A. Patent nasopalatine ducts: a case report. *New Zealand Dent J.* 1980;92:80-2.
11. Cohen M, Levine J. Incisive canal cyst of edentulous maxilla. *Int J Orthod.* 1936;22:526-9.
12. Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994;77(3):276-80.
13. Gnanasekhar JD, Walvekar SV, Al-Kandar AM. Misdiagnosis and mismanagement of a nasopalatine duct cyst and its corrective therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1995;80:455-70.
14. Goaz PW, White SC. *Oral radiology: principle and interpretation.* St. Louis: Mosby; 1982.
15. Gulabivala K, Briggs PFA. Diagnostic dilemma: an unusual presentation of an infect nasopalatine duct cyst. *Int Endod J.* 1992; 25:107-11.
16. Harris IR, Brown JE. Application of cross-sectional imaging in the differential diagnosis of apical radiolucency. *Int End J.* 1997;30:288-90.
17. Hedin M, Klamfeldt A, Persson G. Surgical treatment of nasopalatine duct cysts: a follow up study. *Int J Oral Surg* 1978; 7:427-33.
18. Mealey BL, Rasch MS, Braun JC, Fowler CB. Incisive canal cysts related to periodontal osseous defects: case reports. *J Periodontol.* 1993;64:571-4.
19. Mermer RW, Rider CA, Cleveland DB. Nasopalatine canal cyst: a rare sequelae of surgical rapid palatal expansion. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1995;80:620.
20. Meyer AW. A unique supernumerary paranasal sinus directly above the superior incisors. *J Anat.* 1914;48:118-29.
21. Neville BW, Damm DD, Brock T. Odontogenic keratocysts of the midline maxillary region. *J Oral Maxillofac Surg.* 1997;55:340-4.
22. Nortje CJ, Wood RE. The radiologic features of the nasopalatine duct cyst. An analysis of 46 cases. *Dentomaxillofac Radiol.* 1988;17:65-72.
23. Nortje CJ, Farman AG. Nasopalatine duct cyst. An aggressive condition in adolescent Negroes from South Africa. *Int J Oral Surg.* 1978;7:65-72.

24. Regezi JA, Sciubba JJ. Oral pathology: clinical-pathologic correlations. 2nd ed. Philadelphia: Saunders;1993. p.362-97.
25. Rodrigues CBF, Barroso JS. Cisto do ducto nasopalatino (revisão da literatura). Rev Assoc Paul Cir Dent. 1988;42:215-6.
26. Rooper-Hall HT. Cysts of developmental origin in the premaxillary region with special reference to their diagnosis. Br Dent J. 1938;65:405-34.
27. Scott TR, Correl RW, Wescott WB. Well-defined radiolucent area involving the anterior maxilla. J Am Dent Assoc. 1985;110:86-8.
28. Staretz LR, Brada BJ, Schott TR. Well-defined radiolucent lesion in maxillary anterior region. J Am Dent Assoc. 1990;120:335-6.
29. Swanson KS, Kaugars GE, Gunsolley JC. Nasopalatine duct cyst: an analysis of 334 cases. J Oral Maxillofac Surg. 1991;49:268-71.
30. Vasconcelos RF, Ferreira de Aguiar MC, Castro WH, Araújo VC, Mesquita RA. Restropective analysis of 31 cases of nasopalatine duct cyst. Oral Dis. 1999;5:325-8.
31. Velasquez-Smith MT, Mason C, Coonar H, Bennett J. A nasopalatine cyst in an 8-year-old child. Int J Paediatric Dent. 1999;9:123-7.
32. Wiesenfeld D. Cysts in the jaws. In: Scully C, editor. The mouth and perioral tissue. Oxford: Heinemann Medical Books; 1989.
33. Yancu H, Cohen M, Mendelson DB. Nasopalatine duct cyst. Clin Radiol. 1985;36:153-6.

Recebido em 2/6/2006

Aceito em 16/8/2006