

Cisto nasolabial unilateral: relato de caso clínico

Mariana Varaschin Soldatelli¹

Ricardo de Abreu Maschmann¹

Flaviane Bigolin Wobido²

João Gabriel Souza Pinto³

Tânia Maria Pereira Isolan⁴

Pedro Antonio Gonzalez Hernandez⁴

Aurelício Novaes Silva Júnior⁴

Marcos André dos Santos⁵

Resumo

Os cistos nasolabiais, também chamados cistos nasoalveolares, são lesões não-odontogênicas, raras e de patogenia controversa, que foram originalmente mencionadas em 1882. Os indivíduos mais afetados por esse tipo de lesão são as mulheres entre 40 e 50 anos, e sua ocorrência é predominantemente unilateral. O diagnóstico é obtido por meio da união de informações clínicas, radiográficas e histopatológicas. Este trabalho relata um caso de cisto nasolabial unilateral em uma paciente de 51 anos, que se queixava de alteração da estética facial, bem como de dificuldade respiratória. Após diagnóstico clínico e radiográfico, foi realizada a abordagem cirúrgica sob anestesia geral, para excisão completa da lesão. A peça removida foi encaminhada para análise histopatológica, que confirmou o diagnóstico de cisto nasolabial.

Palavras-chave: cisto não-odontogênico; cisto nasolabial; cisto nasoalveolar.

INTRODUÇÃO

Os cistos nasolabiais – nome criado por Rao em 1955 – e atualmente considerado o mais adequado^{1,2}, são classificados como cistos fissurais, de acordo com a Teoria de Klestadt^{2,3}.

Os cistos nasolabiais são lesões não-odontogênicas raras (0,3% dos casos) e de

patogenia controversa^{3,4,5,6}. Foram originalmente mencionados por Zuckerkandl, em 1882⁵, e sua origem é baseada em duas hipóteses:

A primeira hipótese refere-se à presença de células epiteliais retidas no mesênquima após a fusão dos processos nasais medial e lateral,

Mestrando em Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Faculdade de Odontologia Universidade Luterana do Brasil – ULBRA

²Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Mestrando em Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Faculdade de Odontologia. Universidade Luterana do Brasil – ULBRA

³Mestre em Odontologia – Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pelo Programa de Pós-Graduação. Faculdade de Odontologia. Universidade Luterana do Brasil – ULBRA

⁴Médico Especialista em Cirurgia Oncológica – Área de Atuação: Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

⁵Professor Adjunto de Traumatologia Bucomaxilofacial. Programa de Pós-Graduação. Faculdade de Odontologia. Universidade Luterana do Brasil – ULBRA

Correspondência para / Correspondence to:

Mariana Varaschin Soldatelli

Rua Garibaldi, 1313/302 – Bom Fim

91140-380. Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

Tel.: (51) 9354-3348.

E-mail: marianavs@m2net.com.br

com a proeminência maxilar, durante os 30 dias de vida intra-uterina do feto, o que daria início à formação do cisto, segundo a Teoria de Klestadt, 1913^{1,2,3,6,7,8}. A segunda hipótese seria de que o desenvolvimento do cisto ocorre por deposição de remanescentes epiteliais do ducto nasolacrimal, que se estendem entre o processo nasal lateral e a proeminência maxilar, de acordo com a Teoria de Bruggeman, 1920^{2,3,9}. Entretanto, não é possível demonstrar histologicamente os remanescentes epiteliais sem a presença do mesênquima embrionário; por isso, a Teoria de Klestadt é aceita universalmente^{1,8}.

A ocorrência da lesão varia na faixa etária entre 12 e 75 anos, com maior frequência entre a quarta e a quinta década de vida, sendo que 75% dos casos afetados são do sexo feminino^{3,10,11}, da raça negra, unilaterais em 90% das situações¹⁰. Sua localização na face é na região do sulco nasolabial, podendo causar elevação da asa do nariz e intumescimento labial, com conseqüente assimetria facial e desconforto. Seu desenvolvimento é extra-ósseo^{3,9}.

Segundo Felix e colaboradores², Brown Kelly relatou, em 1898, que o cisto nasolabial consiste de epitélio pseudo-estratificado, cilíndrico, com células caliciformes ciliadas, podendo ocorrer metaplasia escamosa nos cistos infectados. Sua cápsula é composta de tecido conjuntivo fibroso com tecido muscular esquelético adjacente^{3,6,8,9}.

As características clínicas são típicas: protrusão do lábio superior, elevação da asa do nariz e abaulamento do sulco nasolabial, assim como obstrução nasal, em virtude do aumento de volume, com extensão para o assoalho e meato nasal^{2,6}. Na cavidade bucal, pode crescer ao nível do sulco gengivo-labial, podendo ser primeiramente notado por uma dificuldade no posicionamento de uma prótese dentária^{7,10}. É considerada uma lesão benigna^{12,13}. A lesão apresenta crescimento lento e tem dimensões variáveis (02 a 03cm)^{3,6,14}. Sua ocorrência bilateral é extremamente rara^{4,10}. Comumente o paciente procura o serviço médico e (ou) odontológico por notar uma deformidade facial⁷, porém a maioria dos casos são diagnosticados em exames de rotina, pois normalmente são

assintomáticos^{2,3,5,7,10}. É uma patologia que acomete quase exclusivamente partes moles, poupando os dentes da região. Esse crescimento extra-ósseo pode provocar o remodelamento do osso maxilar durante o desenvolvimento cístico^{4,13}.

Na radiografia simples, a lesão não é detectada por conter somente partes moles, salvo nos casos em que há erosão óssea em osso maxilar^{2,5,7,10}. Seward¹⁵ descreveu duas possibilidades de aparências radiográficas: aumento da radiolucidez adjacente ao ápice dos incisivos e deformidade da linha radiopaca correspondente à margem inferior da fossa nasal. De acordo com Chinellato, Lem e Damante¹, e com Nixdorf, Peters e Lung³, a radiografia oclusal auxilia no diagnóstico da lesão em virtude da confirmação dos sinais citados por Seward, contrariando os autores que relatam a inexistência de sinais radiográficos no cisto nasolabial.

Todos esses fatores enfatizam o valor da tomografia computadorizada (TC) sobre a radiografia convencional no diagnóstico de patologias na região maxilo-facial. A TC mostra o cisto arredondado e com bordas definidas, sua localização anatômica, e, em alguns casos, aspecto de escavação óssea provocado pela lesão ao reabsorver o osso maxilar¹⁰.

O diagnóstico pode ser realizado por correlação entre a localização anatômica, achados radiográficos e exame histopatológico¹¹. Faz-se diagnóstico diferencial de abcesso periodontal e (ou) dental, tumores e pólipos e cistos odontogênicos¹¹. Em raros casos foi relatada a ocorrência de reabsorção radicular⁵.

Os cistos nasolabiais são tratados por excisão cirúrgica total com acesso intra-bucal, incisão no sulco gengivo-labial e dissecação roma da lesão, preferencialmente sob anestesia geral. Alguns autores relatam sucesso com a técnica de marsupialização⁶. Alguns autores relatam ser possível sua realização sob anestesia local^{3,5,6,16}. Sua recorrência é rara, e o prognóstico excelente^{3,9,17,18}.

O propósito deste artigo foi apresentar um relato de caso clínico de cisto nasolabial unilateral (lado direito da face), considerando diagnóstico e tratamento.

RELATO DE CASO

Paciente V.A.V., sexo feminino, 51 anos, compareceu ao ambulatório de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do Hospital Independência do Complexo Hospitalar Ulbra, Porto Alegre-RS, relatando alteração da estética facial, dificuldades respiratórias pela fossa nasal direita e desadaptação da prótese total superior. No exame físico extra-bucal, observou-se um aumento de volume na asa direita do nariz e o conseqüente desaparecimento do sulco nasogeniano. A avaliação intra-bucal evidenciou um rebordo alveolar edêntulo, com a presença de uma lesão bem localizada em região de pré-maxila do lado direito e que se expandia anteriormente em direção ao fundo de sulco vestibular. À palpação, a lesão apresentava-se arredondada, com contornos nítidos e intumescida. A paciente não possuía comprometimento sistêmico de saúde.

Após o diagnóstico clínico de cisto nasolabial (FIGURA 1), a paciente recebeu todas as informações necessárias por parte da equipe e, após concordar com o procedimento cirúrgico proposto, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96 do CNS/MS).

Na avaliação da tomografia computadorizada em corte axial (FIGURA 2), foi possível observar a presença de uma imagem com bordos limitados, que media 2,0/ 2,4mm, localizada nas proximidades da fossa nasal direita, não invasiva, sugestiva de lesão cística.

A abordagem cirúrgica foi realizada sob anestesia geral por via intra-bucal. A incisão foi realizada no sulco gengivolabial do rebordo maxilar direito e estendeu-se da linha média até a região de primeiro molar. Após a divulsão tecidual, a lesão de bordos definidos e encapsulada foi localizada, como demonstrado na Figura 3. Foi realizada a excisão total da lesão, e posteriormente o reposicionamento e sutura da mucosa nasal, a fim de se evitar a comunicação da cavidade oral com o assoalho da fossa nasal, permitindo, assim, a remodelação óssea local. A seguir, procedeu-se à sutura da ferida operatória com fios absorvíveis, a fim de evitar o desenvolvimento de fistula oronasal². No

pós-operatório, observou-se a resolução completa dos problemas funcionais e estéticos.

A peça cirúrgica, de aproximadamente 02cm de diâmetro (FIGURA 4), foi encaminhada para o exame histopatológico, que evidenciou características de lesão cística compatível com cisto nasolabial.

Na FIGURA 5, pode-se observar o aspecto histopatológico do tecido epitelial pseudo-estratificado cilíndrico ciliado do tipo respiratório, característico desse tipo de lesão, que reveste a cavidade. A cápsula é revestida por tecido conjuntivo fibroso ricamente vascularizado e com algumas células inflamatórias crônicas sobrepostas.

Na Figura 6 pode-se observar, além dos aspectos descritos na Figura 5, um feixe vasculo-nervoso cortado no sentido transversal, junto à cápsula fibrosa.

DISCUSSÃO

A paciente do caso relatado apresenta as características mais freqüentemente desenvolvidas pelos indivíduos com cisto nasolabial, inclusive pelo fato de a lesão ser unilateral em 90% dos casos, concordando com o que foi relatado por Werner e colaboradores¹¹, Cohen e Hertzanu¹⁰, e Nixdorf, Peters e Lung³.

As características clínicas da lesão, citadas por Egervary e Csiba¹², Roed-Peterson¹³, Cohen e Hertzanu¹⁰, Gomes e colaboradores⁷, Su, Chien e Hwang⁶, e Felix e colaboradores² foram observadas nesse caso, principalmente no que se refere aos sinais mais pronunciados, como o abaulamento do sulco nasolabial e elevação da asa do nariz.

Devido à suspeita de cisto nasolabial desde o exame clínico inicial, não foi solicitado que a paciente realizasse exames radiográficos, pois com base em Cohen e Hertzanu¹⁰, Gomes e colaboradores⁷, Pereira Filho e colaboradores⁵, e Felix e colaboradores², o diagnóstico era difícil por meio desse tipo de imagem. Assim, foi solicitada tomografia computadorizada, que evidenciou tamanho, forma, local e limites compatíveis com cisto nasolabial.



Figura 1 - Aspecto clínico da lesão, em que se observa aumento de volume na base do nariz do lado direito, com conseqüente desaparecimento do sulco nasogeniano.



Figura 2 - Tomografia computadorizada em corte axial, que evidencia a presença de uma imagem com bordos limitados, localizada nas proximidades da fossa nasal direita, sugerindo lesão cística.



Figura 3 - Aspecto transoperatório: divulsão tecidual e exposição da lesão, demonstrando bordos definidos e encapsulamento.

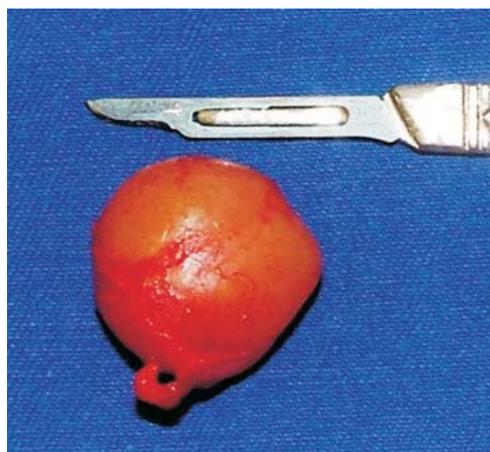


Figura 4 - Aspecto da lesão removida (~0.2cm), que foi encaminhada para o exame histopatológico.

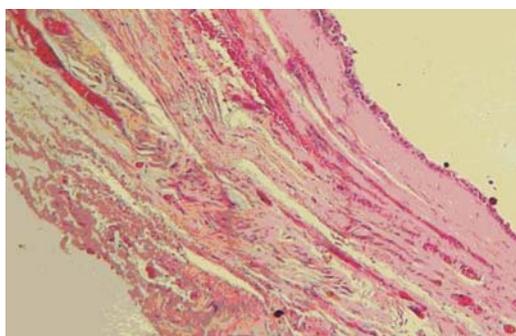


Figura 5 - Aspecto histopatológico que demonstra epitélio pseudo-estratificado cilíndrico ciliado do tipo respiratório, com cápsula de tecido fibroso, bem como a luz da cavidade cística.

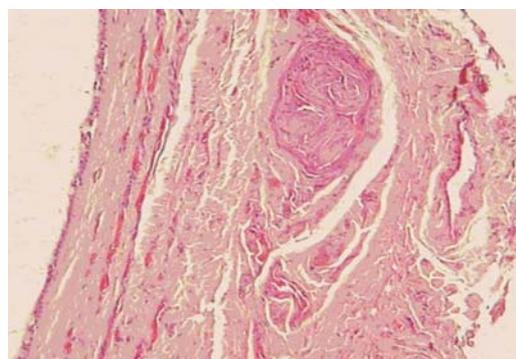


Figura 6 - Aspecto histopatológico da lesão, onde é possível notar a presença da cápsula cística e de feixe vâsculo-nervoso, cortado transversalmente.

Dessa forma, o diagnóstico presuntivo era de cisto nasolabial, porém somente se confirmou o diagnóstico definitivo após se unirem os dados clínicos, imaginológicos e histopatológicos, conforme sugerido por Werner e colaboradores¹¹. Na análise dos cortes histológicos, foi observado que o revestimento da cavidade cística realmente era de epitélio pseudo-estratificado, porém não estava evidenciada a presença de células caliciformes ciliadas, conforme preconizado por Brown Kelly em 1898.

Karmody e Gallager¹⁶, Su, Chien e Hwang⁶, Pereira Filho e colaboradores⁵, e Nixdorf, Peters e Lung³ relataram sucesso ao realizar a marsupialização sob anestesia local, porém optou-se pela intervenção cirúrgica sob anestesia geral, para garantir um melhor desenvolvimento da técnica e evitar desconforto para a paciente.

Nasolabial unilateral cyst: clinical case

Abstract

The nasolabial cysts, also called nasoalveolar cysts, are nonodontogenic lesions of rare occurrence and of controversial pathogeny that originally had been mentioned in 1882. The individuals affected by this type of injury are commonly women between 40 and 50 years and its incidence is predominantly unilateral. The diagnosis is obtained by correlation of clinical, radiographic and histopathologic findings. This paper reports a case of unilateral nasolabial cyst in a patient of 51 years old who complained of aesthetic alteration of the face, as well as respiratory difficulty. After clinical and radiographic diagnoses, the surgical approach has been carried out under general anesthesia for complete excision of the lesion. The removed part was directed to a histopathologic analysis, that confirmed the diagnosis of nasolabial cyst.

Keywords: nonodontogenic cyst; nasolabial cyst; nasoalveolar cyst.

REFERÊNCIAS

1 CHINELLATO, L.E.M.; DAMANTE, J.H. Contribution of radiographs to the diagnosis of the nasoalveolar cyst. ***Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.***, St. Louis, v.58, n.6, p.729-735, 1984.

2 FELIX, J.A.P. et al. Nasolabial bilateral cyst: two case report and a review of the

CONSIDERAÇÕES FINAIS

· Paciente apresentava lesão de desenvolvimento extra-ósseo, unilateral e assintomático, conforme a maioria das lesões desse tipo.

· A paciente procurou tratamento pela dificuldade de mastigação, devido à desadaptação da prótese total na maxila, pela assimetria facial e pela redução da capacidade de respirar, em função da expansão das corticais ósseas provocada pela lesão em direção à fossa nasal.

· Desde que bem executada a técnica de excisão cirúrgica, o sucesso do tratamento nesses casos, é garantido, pois trata-se de uma lesão de prognóstico excelente, por não apresentar características de malignidade, além de sua recorrência ser rara.

· Casos como esse ressaltam a necessidade de atendimento interdisciplinar aos pacientes. Nesse caso, estiveram envolvidos cirurgião bucomaxilofacial, protesista e cirurgião de cabeça e pescoço.

literature. ***R. Bras. Otorrinolaringol.***, São Paulo, v.69, n.2, p.279-282, 2003.

3 NIXDORF, D.R.; PETERS, E.; LUNG, K.E. Clinical presentation and differential diagnosis of nasolabial cyst. ***J. Can. Dent. Assoc.***, Ottawa, v.69, n.3, p.146-149, 2003.

4 BRANDÃO, G.S.; EBLING, H.; SOUZA, I.F. Bilateral nasolabial cyst. ***Oral Surg. Oral***

- Med. Oral Pathol.*, St. Louis, v.37, n.3, p.480-484, 1974.
- 5 PEREIRA FILHO, V.A. et al. Nasolabial cyst: case report. *Braz. Dent. J.*, Ribeirão Preto, v.13, n.3, p.212-214, 2002.
- 6 SU, C.Y.; CHIEN, C.Y.; HWANG, C.F. A new transnasal approach to endoscopic marsupialization of the nasolabial cyst. *Laryngoscope*, Philadelphia, v.109, n.7, pt.1, p.1116-1118, 1999.
- 7 GOMES, C.C. et al. Cistos nasolabiais. *Fo-lha Méd.*, Rio de Janeiro, v.104, n.3, p.69-73, 1992.
- 8 NEVILLE, B.W. et al. *Patologia oral e maxilofacial*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 798p.
- 9 SHEAR, M. *Cistos da região bucomaxilofacial*: diagnóstico e tratamento. 3.ed. São Paulo: Livr. Santos, 1999. 276p.
- 10 COHEN, M.A.; HERTZANU, Y. Huge grow potential of the nasolabial cyst. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, St. Louis, v.59, n.5, p.441-445, 1985.
- 11 WERNER, P.E. et al. Intraoral presentation of a nasal (choanal) polyp: report of case. *J. Oral Surg.*, Chicago, v.26, n.9, p.589-592, 1968.
- 12 EGERVARY, G.; CSIBA, A. Bilateral nasolabial cyst. *Dent. Dig.*, Pittsburgh, v.75, n.12, p.504-507, 1969.
- 13 ROED-PETERSON, B. Nasolabial cysts: a presentation of five patients with a review of literature. *Br. J. Oral Surg.*, London, v.7, n.2, p.84-95, 1969.
- 14 BARZILAI, M. Bilateral nasoalveolar cysts: case report. *Clin. Radiol.*, Oxford, v.49, n.2, p.140-141, 1994.
- 15 SEWARD, G.R. Nasolabial cyst and their radiology. *Dent. Pract.*, Bristol, UK, v.12, p.154-161, 1962.
- 16 KARMODY, C.S.; GALLAGHER, J.C. Nasoalveolar cysts. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, St. Louis, v.81, n.2, p.278-283, 1972.
- 17 DAVID, V.C.; O'CONNELL, J.E. Nasolabial cyst. *Clin. Otolaryngol. Allied Sci.*, Oxford, v.11, n.1, p.5-8, 1986.
- 18 GRAAMANS, K.; VAN ZANTEN, M.E. Nasolabial cysts: diagnosis mainly based on topography? *Rhinology*, Leiden, v.21, n.3, p.239-249, 1983.

Recebido em / *Received*: 31/03/2008
 Aceito em / *Accepted*: 29/04/2008