Cisto do ducto nasopalatino em intima relação com implante osseointegrado

Nasopalatine cyst of the duct and its intimate relationship with osseointegrated implant

Cleverson Luciano TRENTO*
Diurianne Caroline Campos FRANÇA**
Glauco Issamu MIYAHARA***
Ana Maria Pires SOUBHIA***
Alvimar Lima de CASTRO***

RESUMO
O cisto do ducto nasopalatino é não odontogênico do tipo fissural, de ocorrência pouco freqüente, que provavelmente se desenvolve pela proliferação de restos epiteliais incluídos no interior do canal nasopalatino por ocasião da fusão dos processos palatinos com a pré-maxila. O presente relato objetivou contribuir ao estudo com a descrição das características de um caso clínico, que se referia a uma lesão assintomática identificada ao exame radiográfico panorâmico para implante dental. A lesão apresentava imagem radiolúcida com aproximadamente 15mm de diâmetro delimitado por halo radiopaco, localizada no palato duro região de forame nasopalatino. Foi realizada biópsia excisional observando-se à microscopia óptica presença de cavidade cística revestida por epitélio composto por duas camadas de células de aspecto cúbico e cápsula fibrosa envolvendo todo o conjunto, com resultado histopatológico de cisto nasopalatino. A evolução pós-operatória ocorreu de acordo com o descrito na literatura para esse tipo de lesão, dentro dos limites favoráveis de reparação e sem sinais clínicos e/ou radiográficos de recidiva após dois anos.
Palavras-chave: Cistos Ósseos, Cistos não Odontogênicos, Cistos.

ABSTRACT
The nasopalatine duct cyst is a non odontogenic cyst whose occurrence is little frequent, probably originating from proliferation of remains epithelial cells included inside the nasopalatine duct by occasion of the coalition of the palatine processes with the anterior maxilla. The present report aimed at to contribute to the study with the description of the characteristics of a clinical case that refers to an asymptomatic lesion identified in radiographic exam for dental implants. It was made excisional biopsy being observed to the optical microscopy presence of cystic cavity covered by epithelium composed by two layers of cells of cubic aspect and fibrous capsule involving the whole group, with the histopathological result of nasopalatine duct cyst. The postoperative evolution happened in agreement with described in the literature for that lesion type, inside of the favorable limits of repairing and without clinical or radiographic recurrence signs after two years.
Keywords: Nonodontogenic Cysts; Bone Cysts, Cysts.

* Doutor em Diagnóstico Bucal UNESP – Araçatuba, Professor Adjunto da Universidade Federal de Sergipe.
** Docente de Estomatologia da Universidade de Várzea Grande UNIVAG, Mestre e Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia Câmpus de Araçatuba – Unesp.
*** Docentes do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica da Faculdade de Odontologia Câmpus de Araçatuba - Unesp

INTRODUÇÃO

Primeiramente descrito por MEYER[9] (1914) como sendo um cisto paranasal, o cisto nasopalatino tem recebido variada sinonímia, como cisto do canal nasopalatino, cisto do canal incisivo, cisto da papila incisiva e cisto maxilar mediano anterior, podendo ocorrer em qualquer idade, sexo e raça[2], com alguma predileção pelo sexo masculino[17]. ELY et al.4 (2001) descreveram um caso em criança com oito anos de idade. Em pacientes de idade mais avançada, a lesão apresenta-se menos agressiva. Num estudo de 2162 crânios, não foi possível determinar uma predileção por raça (ELLIOTT, 2004).

O conhecimento da embriologia do terço médio da face é importante em termos de diagnóstico, bem como o fato dos cistos não odontogênicos nunca apresentarem relação direta com dentes. O ducto nasopalatino é bilateral, sendo resultado da fusão do septo nasal, processo palatino da maxila e pré-maxila[14]. REDMAN[12] (1974) e STAM et al.[16] (1979) encontraram presença de epitélio olfatório e pigmento de melanina, dando suporte à teoria de possível etiopatogenia ligada a restos epiteliais do órgão de Jacobson, que é uma estrutura tubular localizada na sulco da cavidade nasal em cada lado do septo nasal e que está presente por toda vida fetal, mas que se degenera após o nascimento.

O aspecto radiográfico clássico lembra a forma de um coração, tanto ao exame periapical como oclusal e panorâmico pela posição mediana bilateralmente simétrica e bem delimitada da lesão cística sobreposta à espinha nasal anterior[1].

Histopatologicamente, o cisto nasopalatino pode apresentar uma cavidade forrada por epitélio pavimentoso estratificado, epitélio cilíndrico ciliado pseudo-estratificado, epitélio cúbico ou a combinação destes, sendo revestido por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso[12,16].

RELATO DO CASO

Paciente leucoderma com 60 anos, sexo masculino, encaminhado por cirurgião dentista que, ao realizar exames radiográficos para instalação de implante dental, notou a presença de lesão radiolúcida na maxila, região anterior mediana.

Ao exame físico extrabucal não foram detectadas alterações dignas de nota. Intrabucalmente notou-se discreto amolecimento tecidual, sem aumento de volume, na região anterior do palato duro próximo à papila incisiva, com mucosa bucal de revestimento íntegra e de coloração normal.

Ao exame radiográfico foi identificada área radiolúcida com halo radiopaco em forma de coração na região de forame nasopalatino, medindo aproximadamente 15 mm de diâmetro, aparentemente envolvendo os ápices dos incisivos centrais superiores que apresentavam tratamento endodôntico (figuras 1 e 2), nota-se também estreita relação da lesão com implante osseointegrado.

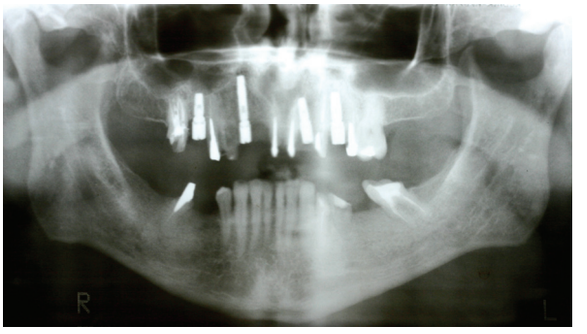

FIGURA 1: Radiografia panorâmica evidenciando área radiolúcida com halo radiopaco em forma de coração entre os incisivos centrais superiores.

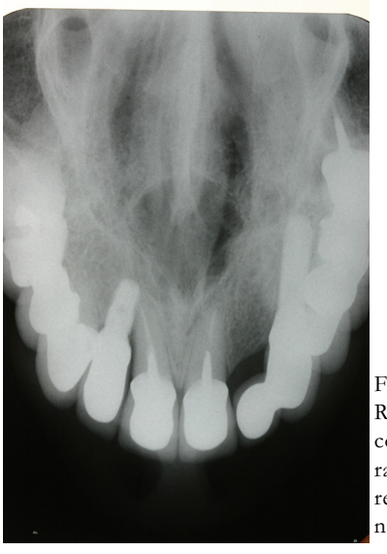

FIGURA 2: Radiografia oclusal com área radiolúcida na região de forame nasopalatino.

Para definição do diagnóstico, optou-se pela realização de biópsia excisional, utilizando-se anestesia local por bloqueio regional do nervo nasopalatino e bilateralmente do nervo infra-orbitário, incisão intra-sulcular palatina de pré-molares a pré-molares, descolamento subperiosteal do retalho, osteotomia e enucleação total da lesão (figuras 3 e 4). A peça cirúrgica apresentava

FIGURA 3: Extensão cirúrgica com exérese do cisto.

FIGURA 4: remoção total da lesão, cavidade cirúrgica.

cápsula cística fina e íntegra. Após regularização das bordas da lesão com lima óssea e irrigação com soro fisiológico a 0,9%, o retalho foi suturado com fio seda 4.0 em pontos simples interpapilares. A peça obtida foi fixada em formalina a 10% e encaminhada ao exame histopatológico (figura 5), que revelou cavidade cística revestida por epitélio composto por duas camadas de células de aspecto cúbico e cápsula fibrosa envolvendo todo o conjunto. A cavidade cística continha em seu interior fibras nervosas provavelmente advindas do nervo nasopalatino. O

FIGURA 5: Fotomicrografia evidenciando cavidade cística delimitada por epitélio. HE-100X.

acompanhamento clínico e o registro radiográfico após dois anos da biópsia evidenciou reparação óssea favorável (figuras 6 e 7).

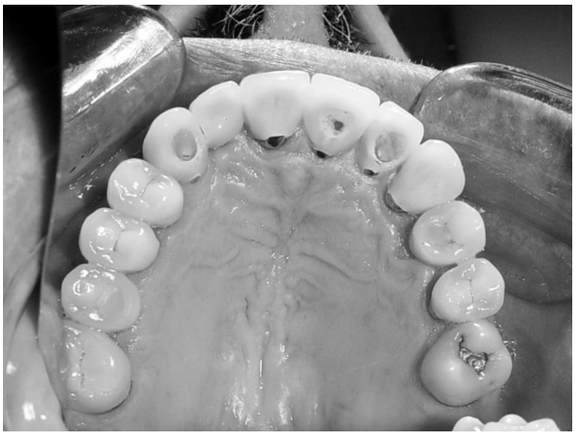

FIGURA 6: Aspecto clínico pós-operatório de dois anos.

DISCUSSÃO

No presente relato, os aspectos clínicos e radiográficos encontrados estavam de acordo com aqueles encontrados na literatura, conforme relatos de ARAUJO; ARAUJO[1] (1984); GORLIN; GOLDMAN[6] (1973); REDMAN[12] (1974); SHAFER[15] et al. (1987); STAM[16] et al. (1979); TOMMASI[19] (2002).

Levando-se em conta que os cistos do complexo bucomaxilofacial são normalmente tratados pela enucleação cirúrgica, marsupialização ou pela combinação dessas[10], a conduta adotada neste

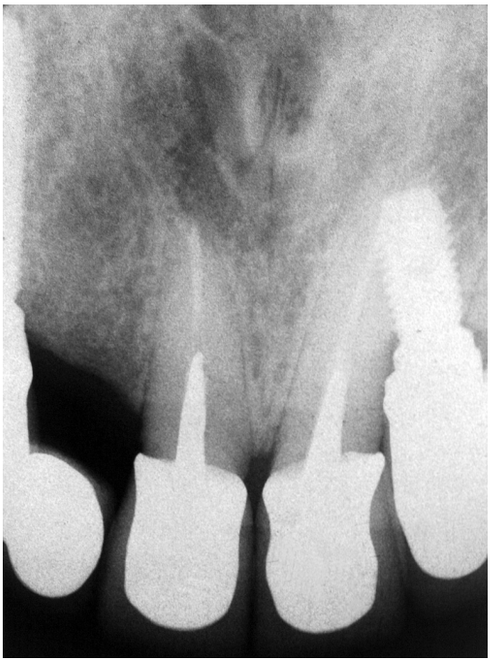

FIGURA 7: Aspecto radiográfico pós-operatório de dois anos.

caso foi a enucleação cirúrgica, levando-se em consideração a localização e tamanho da lesão, bem como colaboração do paciente.

Recentemente, com a evolução dos exames imaginológicos, HISATOMI et al.[7] (2003) relataram o uso de ressonância magnética para melhor diagnóstico do cisto do ducto nasopalatino, concluindo após análise de 27 casos, que quatro deles apresentavam imagem homogênea em toda sua área. RIGHINI et al.[13] (2004) utilizaram tomografia computadorizada para o diagnóstico de um caso de cisto do ducto nasopalatino em um paciente do sexo masculino com 25 anos. PEVSNER et al.[11] (2000) afirmaram que a diferenciação entre cisto periapical inflamatório e cisto do ducto nasopalatino é claramente demonstrada pela tomografia. ELLIOT et al.[3] (2004) também descreveram casos utilizando tomografia computadorizada, além de realizar biópsia prévia por aspiração com agulha fina para pesquisa de malignidade. Nossa opinião é que os recursos de rotina no consultório odontológico, com a possibilidade de realização de radiografia periapical e/ou oclusal de boa qualidade, somados a um criterioso exame clínico, seriam suficientes no protocolo diagnóstico do cisto nasopalatino. TAKAGI et al.[18] (1996) relataram um caso de carcinoma escamoso com possível origem em cisto do ducto nasopalatino. Quanto à possibilidade de malignização, somos de consenso com expressiva maioria dos autores em considerar a possibilidade um tanto quanto remota, não havendo relatos concisos na literatura com positividade de malignidade para cistos fissurais.

Quanto ao diagnóstico diferencial com cisto periapical inflamatório, estamos de acordo com GNANASEKHAR et al.[5] (1995), que defendem a realização de testes de vitalidade pulpar, prevenindo-se assim desnecessário tratamento endodôntico nos dentes próximos à lesão. No presente relato, o paciente apresentava tratamento de canal nos incisivos superiores, fato que já tivemos oportunidade de observar em outros casos de cisto nasopalatino, onde a confusão diagnóstica e conseqüente tratamento endodôntico mal indicado devem ser considerados. Já nos casos de pacientes desdentados se faz necessário o diagnóstico diferencial deste com o cisto residual na região dos dentes 11 e 21. As lesões císticas devem ser tratadas cirurgicamente tanto em pacientes dentados como desdentados, principalmente devido à reabsorção lenta e progressiva do tecido ósseo maxilar, podendo envolver dentes e outras estruturas anatômicas adjacentes, o que pode provocar infecção local e fístula buconasal. WOO et al.[20] (1987) relataram a presença de dois casos de ceratocistos odontogênicos na região anterior de maxila que mimetizaram clínica e radiograficamente o cisto do ducto nasopalatino, casos esses que foram estudados pela localização incomum e aparência.

Quanto ao aspecto etiopatogenético, apesar da existência de diversas teorias que têm sido propostas para explicar o aparecimento da lesão, como trauma, infecção bacteriana, bloqueio inflamatório ou mucoso do conduto nasopalatino, MERMER et al.[8] (1995) considerou o tratamento ortodôntico com expansão rápida do palato como possível fator traumático no desenvolvimento do cisto do ducto nasopalatino. No presente relato não conseguimos identificar qualquer causa dessa natureza que pudesse ter desencadeado o processo.

Ao se considerar o potencial proliferativo das células envolvidas no cisto do ducto nasopalatino, tem-se uma constante para as lesões não odontogênicas, cujas células precursoras não apresentam grande poder de proliferação. Neste sentido, os aspectos inerentes ao curso evolutivo da lesão no presente relato, seguem os mesmos parâmetros observados em outras lesões bucais de mesma natureza, ou seja, em seu curso evolutivo o crescimento é especialmente lento e deformações anatômicas de áreas contíguas não são uma constante, o que dificulta o seu diagnóstico precoce. Isso posto, é de se considerar a significativa importância do exame radiográfico de rotina no consultório odontológico, haja vista que essas lesões são comumente descobertas nessas ocasiões. Abaulamentos assintomáticos ou seguidos de desconforto na região anterior da maxila estariam presentes apenas nos casos de evolução de longo tempo. A presença de reabilitações com implantes associados a patologias ósseas devem ser evitadas, o tratamento de eleição deve priorizar sempre a remoção e ou tratamentos das lesões para posterior reabilitações implantosuportada, no entanto, não verificou-se problemas com a osseointegração do implante que encontrava-se em contato com a lesão, porém a evolução desta poderia por em risco a função do referido implante.

CONCLUSÕES

O cisto nasopalatino, apesar de não estar relacionado a dentes quanto à sua origem, pode afetar dentes adjacentes à lesão por compressão. Como a dúvida de envolvimento dental está presente na maioria dos casos, a realização de testes de vitalidade pulpar está indicada como semiotécnica diferencial.

Transformações malignas do cisto nasopalatino não devem ser consideradas, constatando-se prognóstico favorável após terapêutica cirúrgica com adequada exérese cística.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAUJO, N.S; ARAUJO, V.C. **Patologia bucal**. São Paulo. Artes Médicas. 1984.
2. CASTRO, A.L. **Estomatologia**. 3 ed. São Paulo. Editora Santos. 2000.
3. ELLIOTT, K.A.; FRANZESE, C.B.; PITMAN, K.T. Diagnosis and surgical management of nasopalatine duct cysts. **Laryngoscope**; 114(8):1336-40, 2004.
4. ELY, N.; SHEEHY, E.C.; MCDONALD, F. Nasopalatine duct cyst: a case report. **Int J Paediatr Dent;** 11(2):135-7, 2001.
5. GNANASEKHAR, J.D. et al. Misdiagnosis and mismanagement of a nasopalatine cyst and its corrective therapy. A case report. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.** 8(4):465-70, 1995.
6. GORLIN, R.J.; GOLDMAN, H.M. **Patologia oral**. Barcelona: Salvat Editores, 1973.
7. HISATOMI M.; ASAUMI, J.; KONOUCHI, H.; SHIGEHARA, H.; YANAGI, Y.; KISHI, K. MR imaging of epithelial cysts of the oral and maxillofacial region. **Eur J Radiol.** 48(2):178-82, Nov.2003.
8. MERMER, R. W. et al. Nasopalatine canal cyst: a rare sequelae of surgical rapid expansion. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol**, 80(6): 620, Dec. 1995.
9. MEYER, A.W. A unique paranasal sinus directly above the superior incisors. **J. Anat.** 48:118-29, 1914.
10. PETERSON, L.J. et al. Tratamento cirúrgico das lesões patológicas orais. In _____. **Cirurgia Oral e Maxilofacial comtemporânea**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap. 23, p.524-534, 2000.
11. PEVSNER, P.H.; BAST, W.G.; LUMERMAN, H.; PIVAWER, G. CT analysis of a complicated nasopalatine duct cyst. **N Y State Dent; J**; 66(6):18-20, 2000.
12. REDMAN, R.S. Nasopalatine duct cyst with pigmentd lining suggestive of olfactory epithelium. **Oral Surg.** 37(3): 421-428, Mar. 1974.
13. RIGHINI, C.A.; BETTEGA, G.; BOUBAGRA, K.; REYT, E. Nasopalatine duct cyst (NPDc): one case report. **Acta Otorhinolaryngol Belg**; 58(2):129-33, 2004.
14. RODRIGUES, C.B.F.; BARROSO, J.S. cisto do ducto nasopalatino: revisão de literatura. **Rev. Ass. Cirur. Dent.** 42(3):215-216. mai/jun. 1998.
15. SHAFER, W. et al. Distúrbio de desenvolvimento das estruturas bucais e peribucais. In: Shafer, W. et al. **Tratado de patologia bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.
16. STAM, F.C. et al. Pigment in the lining of nasopalatine duct cysts: report of two cases. **J. Oral Patholog.** 8, 170-175, 1979.
17. SWANSON, K.S. et al. Nasopalatine Duct cyst: Analysis of 334 cases. **J. Oral Maxillofac. Surg.** 49: 268-71, 1991.
18. 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**; 54(1):112-5, 1996.
19. TOMMASI. A.F. **Diagnóstico em patologia bucal**. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2002.
20. WOO, S.B. et al. Odontogenic Keratocysts in the anterior maxilla: Report of two cases, one simulating a nasopalatine cyst. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.** 64: 463-5, 1987.

Recebimento: 10/11/2008
Aceito: 8/3/2009

Endereço para correspondência:
CLEVERSON LUCIANO TRENTO
Rua avenida Deputado Silvio Teixeira 1157 apto 1201
Bairro Jardins, CEP 49025-100
Aracaju – SE
E-mail: lucianokeko@hotmail.com
Telefones: (79) 3247-3802 ou 79 9805-1845