

CISTO NASOLABIAL: RELATO DE CASO

NASOLABIAL CYST: A CASE REPORT

Diurianne Caroline Campos **FRANÇA**¹

Lira Marcela **MONTI**¹

Eni Vaz Franco Lima de **CASTRO**²

Alvimar Lima de **CASTRO**³

Marcelo Macedo **CRIVELINI**³

RESUMO

Considerado como lesão pouco freqüente e de etiologia ainda desconhecida, o cisto nasolabial é de natureza não odontogênica que ocorre na região contígua à asa do nariz comprometendo apenas tecidos moles, fato responsável pela elevação da narina constituindo importante sinal clínico para o diagnóstico. O presente artigo trata de um caso de cisto nasolabial em uma paciente leucoderma com 28 anos de idade, com queixa de obstrução parcial da narina esquerda, encaminhada por otorrinolaringologista com a informação de que ao exame radiográfico dos seios da face havia leve espessamento mucoso em seios maxilares, frontal e etmoidal com boa aeração das fossas nasais e discreto desvio do septo nasal ósseo para a esquerda. A lesão era indolor e, ao exame físico, discreto abaulamento do fórnix vestibular superior anterior esquerdo, além da elevação da asa do nariz do mesmo lado. Ao exame radiográfico oclusal, notou-se discreto desvio na linha demarcatória do assoalho da fossa nasal esquerda. Foi realizada aspiração para exame citopatológico e biopsia excisional, observando-se ao microscópio cavidade revestida por epitélio cuboidal e cápsula fibrosa, compatível com cisto nasolabial. Já nas primeiras semanas, a avaliação pós-operatória evidenciou cicatrização favorável da área operada.

UNITERMOS: Cisto Não-Odontogênico; Ducto Nasolacrimal

INTRODUÇÃO

Conforme referido por diversos autores^{6, 8, 9, 10, 14, 16}, o cisto nasolabial foi primeiramente descrito por Zuckerkandl (1882), tem sido relatado sob vários nomes como cisto nasoalveolar, cisto do vestibulo nasal, cisto mucóide do nariz, cisto de Klestadt. sendo, que o termo cisto nasolabial, criado por Rao¹⁵, é atualmente o mais utilizado. É classificado como de desenvolvimento sem participação odontogênica, de localização externa ao tecido ósseo, na região correspondente ao sulco nasolabial e logo abaixo da asa do nariz, correspondendo a, aproximadamente 7% dos cistos maxilares¹⁶. É mais freqüente em pessoas da raça negra, com prevalência entre a quarta e quinta década, sendo as mulheres mais afetadas numa proporção de 3:1, usualmente unilateral (90%) podendo ser bilateral em apenas 10% dos casos^{6, 9, 11, 13}.

A etiopatogenia é desconhecida, porém Klestadt⁷ sugeriu que a origem seria a partir do

epitélio aprisionado durante a fusão dos processos nasal medial, lateral e proeminência maxilar. Desse conceito surgiu o termo cisto fissural, entretanto, faltam evidências para suportar essa idéia, o que levou muitos investigadores a rejeitar a hipótese, aceitando-se como mais provável a origem a partir dos restos epiteliais do ducto nasolacrimal. Essa teoria é suportada pelo fato de que os dutos nasolacrimais são revestidos por epitélio colunar pseudoestratificado, que é o tipo mais encontrado no revestimento da cavidade cística^{4, 5, 6, 8, 9, 13}.

Clinicamente, o cisto nasolabial se apresenta como nódulo ou tumefação lisa, móvel, apenas de tecido mole, entre o lábio superior e a abertura nasal, produzindo elevação da asa do nariz e apagamento do sulco nasolabial^{10, 11}. O crescimento é lento e assintomático por vários anos, ou pode apresentar edema mais repentino e doloroso quando infectado⁵. Quando o cisto for de grande dimensão pode ocorrer obstrução nasal, desconforto com o uso de prótese e assimetria facial^{6, 11}.

1 - Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Estomatologia, Faculdade de Odontologia Câmpus de Araçatuba, Unesp.

2 - Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Estomatologia, Faculdade de Odontologia Câmpus de Araçatuba, Unesp.

3 - Prof. Adjunto do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica – Faculdade de Odontologia Câmpus de Araçatuba, Unesp

O diagnóstico é estabelecido pelas correlações das características clínicas, radiográficas e histopatológicas encontradas. As dimensões precisas do cisto podem ser melhor observadas na tomografia computadorizada, porém, exames radiográficos de rotina são suficientes como técnica auxiliar de diagnóstico, incluindo-se radiografias periapical, oclusal, panorâmica e lateral de crânio. Por se tratar de lesão em tecidos moles, os achados radiográficos são escassos, exceto pela observação de desvio do assoalho nasal do lado comprometido, quando a expansão cística resulta em compressão e erosão na região de incisura nasal pela proximidade física^{1,2,3,8}.

A injeção de contraste no interior da cavidade cística auxilia no diagnóstico, pois diferencia o cisto localizado em tecidos moles das estruturas ósseas vizinhas. Esse procedimento deve ser cuidadosamente indicado devido ao risco de infecção⁴.

No diagnóstico diferencial, são consideradas as lesões inflamatórias periapicais, furúnculo nasal, cisto do ducto nasopalatino, cisto dermóide, epidermóide e ainda os tumores de glândula salivar. O teste de vitalidade pulpar é útil, pois quando positivo descarta a possibilidade de lesões inflamatórias periapicais¹².

Histologicamente, o cisto é revestido por epitélio do tipo respiratório, podendo ser pseudoestratificado, transicional, colunar ou cuboidal. O epitélio pode, ainda, apresentar-se ciliado e com células mucosas^{4,5,8}. Quando há infecção, podem estar presentes metaplasia escamosa e infiltrado inflamatório crônico⁹.

O tratamento do cisto nasolabial é a remoção cirúrgica preferentemente por abordagem intrabucal. Como complicação cirúrgica pode ocorrer comunicação buconasal, em consequência da aderência da cápsula fibrosa nessa área. O prognóstico é favorável e a recidiva é rara^{8,10,18}.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, leucoderma, 28 anos de idade, foi encaminhada pelo médico otorrinolaringologista à clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp, para avaliação de uma tumefação em região de asa do nariz do lado esquerdo. Até então, a paciente não havia percebido a lesão e, durante a anamnese, negou a presença de dor, epistaxe e rinorréia, relatando apenas obstrução parcial da narina esquerda. Ao exame extrabucal foi notada assimetria facial com discreta elevação da asa do nariz e apagamento do sulco nasolabial esquerdo (Figura 1).

Intrabucalmente foi observada lesão nodular submucosa em fórnix vestibular anterior esquerdo, de aproximadamente 1 cm de diâmetro sem alteração de cor da mucosa e superfície lisa (Figura 2). À palpação, a lesão se mostrou móvel e de

consistência flácida. À radiografia periapical de maxila, observou-se assimetria da fossa nasal com elevação do assoalho nasal do lado esquerdo (Figura 3), confirmada com a injeção de contraste que possibilitou a melhor delimitação da lesão (Figuras 4 e 5). Foi considerado no diagnóstico diferencial, além do cisto nasolabial, hiperplasia fibrosa e mucocoele.

Foi realizada punção aspirativa obtendo-se material amorfo contendo células inflamatórias, não descartando a possibilidade de lesão cística. A injeção de solução de contraste radiográfico (pielograf) foi feita em ato contínuo à aspiração. O tratamento instituído foi a enucleação cirúrgica da lesão por acesso intrabucal, encaminhando-se o material para análise histopatológica que confirmou o diagnóstico de cisto nasolabial, identificando-se à microscopia ótica a presença de nítida cavidade revestida por epitélio cuboidal em dupla camada (Figura 6) e cápsula conjuntiva fibrosa exibindo infiltrado inflamatório crônico leve e hemorragia. A cicatrização da área operada transcorreu favoravelmente e, após quatro anos, quando a paciente retornou à consulta, não havia sinais clínicos ou radiográficos de lesão residual nem sinais de recorrência.



FIGURA 1 – Elevação da asa do nariz e apagamento do sulco nasolabial esquerdo (seta)

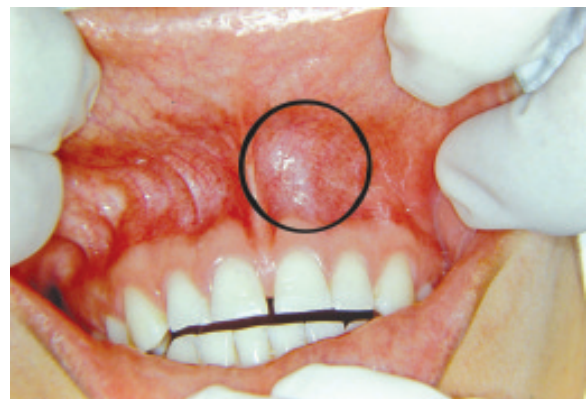


FIGURA 2 – Nódulo submucoso de superfície lisa sem alteração de cor



FIGURA 3 – Radiografia periapical: elevação do assoalho nasal do lado esquerdo (seta)

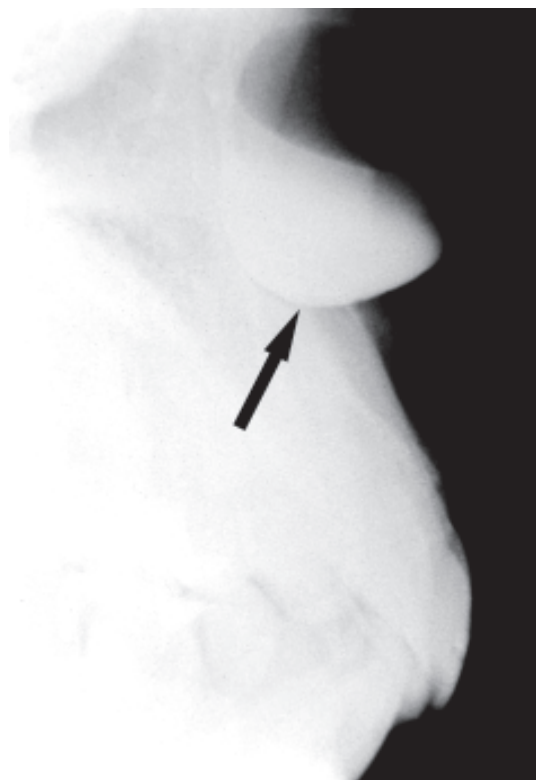


FIGURA 5 – Radiografia lateral de crânio com contraste (seta)



FIGURA 4 – Radiografia periapical com contraste

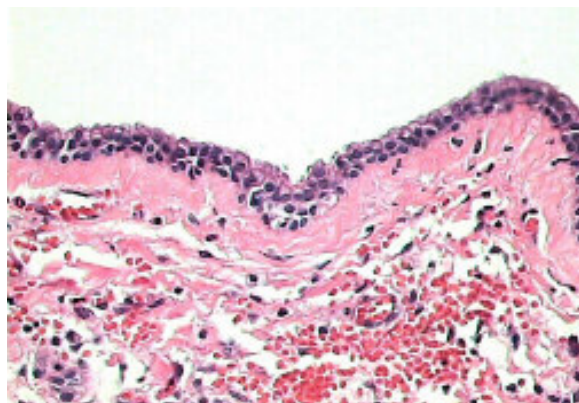


FIGURA 6 – Revestimento epitelial do cisto por células cúbicas. H.E.X400.

DISCUSSÃO

Nas lesões de maior tempo de evolução, com instalação de tumefação produzida pelo lento e progressivo crescimento do cisto nasolabial na região piriforme anteriormente ao osso maxilar, pode ocorrer deformidade nasal e facial dependendo da expansão cística, que consiste em protrusão do lábio superior, elevação da asa do nariz e apagamento do sulco nasolabial, assim como obstrução nasal, sem alteração dentária⁶. Ocasionalmente, pode haver dor quando infectado, sendo que nessas situações pode se romper espontaneamente e drenar tanto no vestíbulo nasal como na cavidade bucal ou formar fístula cutânea^{11, 12}. No presente trabalho, a lesão não produzia dor,

apesar de apresentar longo período de evolução com obstrução parcial da narina esquerda. Com relação à etiologia, que ainda permanece desconhecida e tem sido motivo de controversa, consideramos de valor a análise de elementos microscópicos realizada no material biopsiado no presente caso, o que nos permite defender a hipótese de que a etiologia possa estar relacionada com a persistência de células epiteliais do ducto nasolacrimal, estendendo entre os processos nasal medial, lateral e da proeminência maxilar. De acordo com a outra hipótese etiológica, onde o cisto seria originado de células remanescentes do mesênquima depois da fusão dos processos nasais e proeminência maxilar por volta do trigésimo dia de vida intra-uterina, deveria ser possível a identificação microscópica desses elementos na peça biopsiada, enquanto que em nossa análise, além do epitélio cuboidal encontrado no revestimento da cavidade cística, observamos também áreas de epitélio transicional do tipo colunar pseudo estratificado, semelhante ao epitélio dos ductos nasolacrimais, observações estas em acordo com as de Curé et al.⁵ e Nixdorf et al.¹². Há relatos de ocorrência de metaplasia escamosa nos cistos infectados^{6,17}, nesses casos podendo haver confusão diagnóstica com furúnculo do assoalho do vestíbulo nasal.

O diagnóstico do cisto nasolabial é essencialmente clínico, a palpação bidigital da lesão em geral mostra uma tumefação flutuante entre o assoalho do vestíbulo nasal e o sulco gengivolabial, auxiliando o raciocínio diagnóstico.

Uma das características peculiares do cisto nasolabial é sua localização extra-óssea envolvendo apenas tecidos moles, porém achados radiográficos podem estar presentes quando a pressão cística resultar em erosão óssea no osso maxilar e assoalho nasal^{1, 2, 3, 6, 8}. Quanto ao uso de tomografia computadorizada, apesar de poder mostrar a natureza cística da lesão e sua relação com a asa nasal e o osso maxilar, em nossa opinião é de indicação questionável pelo seu alto custo e também pelo fato de se poder obter dados tanto quanto importantes com métodos mais simples, como radiografia oclusal e lateral de cabeça.

Outras lesões como cistos odontogênicos, abscessos e granulomas periapicais, quando ocorrem na região maxilar anterior, podem ser consideradas no diagnóstico diferencial de cisto nasolabial, destacando-se como importante semiotécnica a realização de teste de vitalidade pulpar nos dentes adjacentes que, exceto coincidências, apresentam-se vitais no cisto nasolabial. Os cistos dermóide e epidermóide também devem ser lembrados como diferenciais do cisto nasolabial, apesar de diferirem na coloração da mucosa que é mais amarelada, enquanto que no cisto nasolabial a mucosa é de

coloração normal ou ligeiramente azulada¹². Além disso, os cistos dermóide e epidermóide são diagnosticados na infância, enquanto o nasolabial é mais comum na fase adulta⁵.

A excisão cirúrgica é o tratamento de escolha objetivando evitar deformidade facial progressiva, risco de infecção e suas seqüelas e a eventual ocorrência dolorosa no local. Devido à proximidade do cisto com o assoalho nasal pode haver a perfuração da mucosa nasal durante o procedimento¹⁴. No presente trabalho, o tratamento instituído foi a excisão cirúrgica com acesso intrabucal, não se observando seqüelas nos tempos pós-operatórios, com favorável reparação cicatricial da área operada.

CONCLUSÃO

Na fase inicial, o cisto nasolabial apresenta poucos detalhes clinicamente perceptíveis, o que pode dificultar o diagnóstico. O exame físico com identificação de elevação da asa do nariz é sinal fortemente indicativo para o diagnóstico de cisto nasolabial. O único, porém importante sinal radiográfico que geralmente está presente e positiva o diagnóstico de cisto nasolabial, é o desvio do assoalho da fossa nasal do lado comprometido, visto na radiografia periapical ou oclusal de maxila.

Quanto ao tratamento, há consenso de que a melhor forma é a remoção cirúrgica, sendo o prognóstico favorável, com raras recidivas.

ABSTRACT

The nasolabial cyst is considered as lesion a little frequent and of etiology still unknown. The nasolabial cyst is a non-odontogenic cyst that happens in the contiguous area to the wing of the nose committing just soft tissues, responsible fact for the ala nasi elevation constituting important clinical sign for the diagnosis. The present article report a case of nasolabial cyst in a 28-years-old white woman, with complaint of partial obstruction of the left nostril, directed by otorhinolaryngologist with the information that to the radiographic exam of the sinus of the face there was mild mucous thickly in maxillary, frontal and ethmoidal sinus with good aeration of the nasal fossa and discreet deviation of the bony nasal septum to left. The lesion was painless and to the physical exam mild camber of the left anterior upper vestibular fornix, besides the elevation of the ala nasi on the same side. To the occlusal radiographic exam, it was noticed mild deviation of the left nasal floor. Aspiration was accomplished for citopathologic exam and surgical enucleation, being observed to the microscope a cavity covered by columnar epithelium and fibrous capsule, compatible with nasolabial cyst. Already in the first weeks, the postoperative evaluation evidenced favorable cicatrization of the operated area. After four years

the patient doesn't present signs of recurrence of the cyst.

UNITERMS: *Non-Odontogenic, Cyst; Nasolacrimal Duct*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Casati-Alvares L, Tavano O. Curso de radiologia em odontologia. 4 ed. São Paulo: Ed. Santos; 2000.
- 2 - Castro AL. Estomatologia. 3 ed. São Paulo: Ed. Santos; 2000. 243 p.
- 3 - Chinellato LEM. Contribuição ao estudo do cisto nasoalveolar. Bauru; 1981. [Dissertação Mestrado - Faculdade de Odontologia da USP].
- 4 - Choi JH, Cho JH, Kang HJ, Chae SW, Lee SH, Hwang SJ, Lee HM. Nasolabial cyst: a retrospective analysis of 18 cases. *Ear Nose Throat J.* 2002; 81(2): 94-8
- 5 - Curé JK, Osguthorpe JD, Tassel PV. MR of nasolabial cysts. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1996; 17(3): 585-8.
- 6 - Felix JAP, Ferreira PJF, Correa R, Cantini R, Neto RM, Felix F. Cisto nasolabial bilateral: relato de dois casos e revisão da literatura. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2003; 69(2): 279-82.
- 7 - Klestadt WD. Nasal cyst and facial cleft cyst theory. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1953; 62(1): 84-92.
- 8 - López-Ríos F, Lassaletta-Atienza L, Domingo-Carrasco C, Martinez-Tello FJ. Nasolabial cyst: report of a case with extensive apocrine change. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997; 84(4): 404-6.
- 9 - Liu ES, Kridel RWH. Evaluation of nasoalveolar cysts for the facial plastic surgeon. *Arch Facial Plast Surg.* 2003; 5(2):185-8.
- 10 - Moraes NP, Castro AL, Furuse TA, Castro AL, Melhado RM. Cisto nasolabial. *Rev Cient UNOESTE.* 1991; 11(1): 37-46.
- 11 - Neville BW. Patologia oral e maxilofacial. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- 12 - Nixdorf DR, Peters E, Lung KE. Clinical presentation and differential diagnosis of nasolabial cyst. *J Can Dent Assoc.* 2003; 69(3):146-9.
- 13 - Oliveira SB, Castro JL, Silva JJ, Rosa MRD. Cisto nasolabial não odontogênico. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2003; 7(1):75-8.
- 14 - Pereira Filho VA, Silva AC, Moraes M, Moreira RWF, Villalba H. Cisto nasolabial: relato de caso. *Braz Dent J.* 2002; 13(3): 212-4.
- 15 - Rao RV. Nasolabial cyst. *J Laryngol Otol.* 1955; 69(5): 352-4.
- 16 - Shinohara EH, Perin SV, Carvalho Júnior JP. Cisto nasolabial: relato de caso. *BCI.* 2001; 8(29):15-8.
- 17 - Vasconcelos RF, Souza PE, Mesquita RA. Retrospective analysis of 15 cases of nasolabial cyst. *Quintessence Int.* 1999; 30(9): 629-32.
- 18 - Yanagisawa E, Scher DA. Endoscopic view of a nasoalveolar cyst. *Ear Nose Throat J.* 2002; 81(3):137-8.

Endereço para correspondência

Alvimar Lima de Castro

Faculdade de Odontologia Câmpus de Araçatuba
(Depto Patologia) - Rua José Bonifácio, 1193
Bairro Vila Mendonça - CEP 16015-050
Araçatuba, SP - Fone (18)3636-3309.
E-mail: alvimar@foa.unesp.br

Recebido para publicação em 16/01/2006
Enviado para análise em 18/01/2006
Aprovado para publicação em 07/08/2006