Cisto nasolabial: diagnóstico e tratamento

Nasolabial cyst: diagnostic and treatment

RUBENS CALIENTO^I

RENNAN LUIZ OLIVEIRA DOS SANTOS^I

ARLINDO TADEU TEIXEIRA ABURAD^{II}

FERNANDO BESSA MORATO^{II}

JOÃO MILANEZ MOREIRA JUNIOR^{II}

ALEXANDRE MEIRELES BORBA^I

^IUniversidade de São Paulo (USP), São Paulo/SP – Brasil.

^{II}Universidade de Cuiabá (UNIC), Cuiabá/MT – Brasil.

RESUMO

Introdução: O cisto nasolabial é uma lesão relativamente rara, não odontogênica e de patogênese ainda não bem estabelecida. Essa lesão tem crescimento lento e se caracteriza por um aumento de volume na região alar do nariz. Seu diagnóstico é feito por meio de exame clínico, exames de imagens e histopatológico.

Objetivo: Relatar um caso de cisto nasolabial, evidenciando o seu processo de diagnóstico e tratamento.

Relato de caso: Paciente de 25 anos de idade, encaminhada para tratamento de lesão cística em maxila que promovia discreta dispneia obstrutiva em cavidade nasal. Foi realizada biópsia excisional sob anestesia geral e o diagnóstico foi de cisto nasolabial. Ao pós-operatório de 30 dias foi resolvida a queixa respiratória e a paciente ficou satisfeita com o tratamento.

Conclusão: Exames de imagem e biópsia são fundamentais para o diagnóstico de lesões císticas na região maxilofacial. O tratamento do cisto nasolabial pode ser realizado com segurança por acesso intraoral.

Palavras-chave: Cirurgia bucal. Diagnóstico. Patologia bucal.

ABSTRACT

Introduction: Nasolabial cyst is a relatively rare lesion; it is non-odontogenic and the pathogenesis is not well established. This injury grows slowly and is characterized by an increased volume at the nose wing region. The diagnosis is made by clinical examination and imaging and histopathology exams.

Objective: To report a case of nasolabial cyst and emphasize the processes of diagnosis and treatment.

Case report: A 25 years-old patient was referred to treatment of a cystic lesion on maxilla. This lesion caused mild dyspnea on nasal cavity article reports a case of nasolabial cyst and shows its diagnostic process and treatment. Excisional biopsy was performed under general anesthesia and the diagnostic was nasolabial cyst. Thirty-day postoperative, dyspnea was solved and the patient become satisfied with the treatment.

Conclusion: Image exams and biopsy are essential to diagnostic of cystic lesions on maxillofacial area. The nasolabial cyst treatment can be safety performed by intraoral approach.

Key-words: Surgery, oral. Diagnosis. Pathology, oral.

INTRODUÇÃO

O cisto nasolabial é uma patologia benigna, não odontogênica e relativamente rara, onde sua ocorrência é de 0.7% de todos os cistos da região maxilo-mandibular.^{1,2} Sua prevalência se dá em pacientes do sexo feminino acima dos 40 anos de idade, e com predominância do lado esquerdo ou bilateral da face.^{1,2}

A patogênese desse cisto é discutível. A teoria mais aceita vem do conceito do cisto fissural, associando o seu desenvolvimento a partir de remanescentes epiteliais aprisionados na linha de fusão dos processos maxilar, nasais lateral e mediano.³

Clinicamente, essa lesão apresenta-se como um aumento volumétrico na asa do nariz, normalmente assintomático.² Com o auxílio de exames de imagem e o exame histopatológico, fecha-se o diagnóstico.^{4,5} Entre os diagnósticos diferenciais, devemos incluir o cisto dermoide e especialmente o cisto do ducto nasopalatino.⁶

O presente artigo irá relatar um caso de cisto nasolabial, evidenciando as características principais dessa lesão, seu processo diagnóstico e tratamento.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 25 anos de idade, foi encaminhada ao Hospital Geral

Universitário da Universidade de Cuiabá para avaliação de lesão cística em maxila com dois anos de evolução e queixa principal de aumento volumétrico em face do lado esquerdo próximo à linha média, o qual promovia discreta dispneia obstrutiva em cavidade nasal, sem história de febre.

No exame físico extrabucal, constatou-se discreta assimetria facial caracterizada por elevação da asa do nariz esquerdo, apagamento do sulco nasolabial do mesmo lado e diminuição do diâmetro da narina acometida (Imagem 1A). No exame clínico intrabucal, pôde-se observar lesão nodular palpável de base sésil que promovia apagamento do sulco vestibular, a qual era revestida por mucosa íntegra e normocorada (Imagem 1B).

Foram observados ainda, vitalidade dentária preservada, boas condições periodontais e ausência de dor à palpação. A tomografia computadorizada de feixe cônico (TC) revelou lesão osteolítica bem delimitada em região anterior de maxila esquerda, promovendo afloramento da lesão, e por conseguinte, assimetria facial e obstrução da cavidade nasal (Imagem 2A). A ressonância nuclear magnética (RNM) revelou lesão cística na região de concha nasal inferior esquerda promovendo obstrução da cavidade nasal (Imagem 2B).

Imagem 1: A) Pré-operatório extraoral; B) Pré-operatório intraoral

Imagem 2: A) Tomografia computadorizada em corte axial evidenciando a lesão; B) Ressonância nuclear magnética em corte coronal evidenciando a lesão.

Frente às características clínicas e imaginológicas, a hipótese diagnóstica foi de cisto nasolabial. Como conduta propedêutica e terapêutica, optou-se por biópsia excisional e exérese total da lesão, respectivamente. O procedimento foi realizado por meio de um acesso vestibulo maxilar, e no transoperatório observou-se lesão de tecido mole bem delimitada, formato ovalado, superfície lisa adjacente à parede vestibular da maxila. Após a enucleação, houve uma pequena comunicação com a cavidade nasal (Imagem 3A). No interior da cavidade cística constatou-se que a lesão era preenchida por material líquido e escuro, compatível com tecido hemorrágico.

Ao exame histopatológico, observou-se lesão cística revestida por epitélio colunar pseudoestratificado exibindo células caliciformes e ciliadas. A cápsula cística era constituída por tecido conjuntivo fibroso (Imagem 3B). Ausência de processo inflamatório crônico específico completa o quadro histopatológico. Frente às características clínicas, radiográficas e histopatológicas, o diagnóstico foi de cisto nasolabial. Ao pós-operatório de 30 dias, a paciente evoluiu com melhora da queixa respiratória, face simétrica e satisfeita com o tratamento (Imagem 3C). A vitalidade dentária permaneceu preservada.

Imagem 3: A) Transoperatório evidenciando loja da lesão; B) Análise histológica da lesão, onde se observa a cápsula cística constituída por tecido conjuntivo fibroso e ausência de processo inflamatório crônico específico; C) Pós-operatório – visão extraoral.

DISCUSSÃO

Os cistos nasolabiais são com frequência encontrados em adultos do gênero feminino entre a quarta e quinta décadas de vida, e podem causar apagamento do fundo de sulco vestibular sem causar alteração de cor da mucosa.² Com isso, fica notório que a paciente relatada é um caso clássico desse tipo de patologia.

Entre os exames de imagem que podem auxiliar no processo diagnóstico, as radiografias panorâmicas e periapicais podem não mostrar alterações.¹ Dependendo da proporção do cisto, pode-se observar uma área radiolúcida, formada pela compressão óssea feita pelo crescimento da lesão.⁷

Patil et al. (2016)⁸ relataram um caso de cisto nasolabial bilateral que causou reabsorção óssea extensa em região anterior de maxila, corroborando com o caso aqui descrito. O cisto nasolabial do presente relato desenvolveu-se na região lateral à espinha nasal anterior, causando reabsorção óssea nessa região, invadindo assim a cavidade nasal e causando uma pequena comunicação no transoperatório.

A RNM e a TC são exames de imagem importantes para definir os limites exatos da lesão; se tem relação com o canal nasopalatino, se tem comunicação com a cavidade nasal, se causa compressão óssea; e para um melhor planejamento cirúrgico.⁹

O tratamento mais realizado para o cisto nasolabial é a enucleação pelo acesso vestibular maxilar. Isso se deve ao baixo custo, facilidade na execução do procedimento e baixa taxa de recorrência.⁸ Su et al. (1999)¹⁰ propõem uma técnica de marsupialização endoscópica transnasal, porém, essa técnica necessita de aparelhos específicos, não disponíveis em muitos serviços públicos. No presente caso, foi eleita a enucleação sob anestesia geral, por detectarmos, com auxílio

da TC e RNM, que havia uma comunicação com a cavidade nasal que poderia levar a intercorrências transoperatórias, como sangramento excessivo na cavidade nasal ou ampla comunicação do sítio cirúrgico com a cavidade nasal, de forma que o manejo sobre esse tipo de abordagem se tornasse mais favorável e seguro. A comunicação, porém, não foi tão ampla e pôde ser fechada reaproximando as bordas com sutura reabsorvível e a paciente evoluiu sem complicações respiratórias e infecciosas.

Os exames clínico e imaginológicos não são suficientes para fechar o diagnóstico, fazendo-se necessário enviar uma amostra da lesão para análise histológica. O exame histopatológico é fundamental para o correto diagnóstico, associado aos exames de imagem e informações do paciente.^{1,9} No presente caso, observamos características histopatológicas semelhantes à do cisto do ducto nasopalatino, como epitélio colunar pseudoestratificado. Células caliciformes e ciliadas também foram encontradas, porém exames complementares, como a ressonância magnética e tomografia computadorizada, nos ajudaram a fazer o correto diagnóstico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cistos nasolabiais são patologias benignas e relativamente raras. Seu diagnóstico deve ser feito por meio de exames clínico, imaginológicos e histopatológicos. O tratamento já está bem estabelecido, e a enucleação por intermédio da cirurgia por acesso intraoral mostra-se como um procedimento seguro e eficaz para esse tipo de lesão.

REFERÊNCIAS

- 1) Sheikh AB, Chin OY, Fang CH, Liu JK, Baredes S., Eloy JA. Nasolabial cysts: A systematic review of 311 cases. *Laryngoscope*. 2016 Jan.; 126 (1): 60-6. doi: 10.1002/lary.25433.

- 2) Sato M., Morita K., Kabasawa Y., Harada H. Bilateral nasolabial cysts: a case report. **J Med Case Rep.** **2016** Sep.; 7; 10 (1): 246. doi: 10.1186/s13256-016-1024-2.
- 3) Ozdogan F., Ozel HE, Esen E., Yuce T., Bas-er S., Yavuz CS. An Unexpected Rhinoplasty Complication: Bilateral Nasolabial Cyst. **Aes-thetic Plast Surg.** **2015** Dec.; 39 (6): 888-91. doi: 10.1007/s00266-015-0564-y.
- 4) Martini EC, Coppla FM, Campagnoli EB, Bor-toluzzi MC. Nasolabial Cyst Associated with Odontogenic Infection. **Case Rep Dent.** **2016**. doi:10.1155/2016/8690593.
- 5) Lopes-Rocha R., Dornela Verli F., Lages Lima N., Rocha Dos Santos CR, Aparecida Marinho S. Nasolabialcyst: 18.5 year experience in a pathology laboratory. **Minerva Stomatol.** **2011** Nov./Dec.; 60 (11-12): 567-72.
- 6) Tiago RS, Maia MS, Nascimento GM, Correa JP, Salgado DC. Nasolabial cyst: diagnostic and therapeutical aspects. **Braz J Otorhinolar- yngol.** **2008** Jan./Feb.; 74 (1): 39-43.
- 7) Kato H., Kanematsu M., Kusunoki Y., Shibata T., Murakami H., Mizuta K., et al. Nasoalveolar cyst: imaging findings in three cases. **ClinImag- ing.** **2007**; 31: 206-9.
- 8) Patil AR, Singh AP, Nandikoor S., Meganathan P. Bilateralnasolabial cysts - case report and review of literature. **Indian J Radiol Imaging.** **2016**; 26: 241-4.
- 9) Aquilino RN, Bazzo VJ, Faria RJ, Eid NI, Bósco- lo FN. Nasolabial cyst: presentation of a clinical case with CT and MR images. **Braz. J Otorhi- nolaryngol.** **2008**; 74: 467-71.
- 10) Su CY, Chien CY, Hwang CF. A new transnasal approach toendoscopic marsupialization of the nasolabial cyst. **Laryngoscope.** **1999**; 109: 1.116-8.

DADOS DOS AUTORES

RUBENS CALIENTO

Doutorando em Ciências Odontológicas na Univer- sidade de São Paulo. Graduado em Odontologia pela Universidade de São Paulo. São Paulo/SP – Brasil. rubens.caliento@hotmail.com

RENNAN LUIZ OLIVEIRA DOS SANTOS

Doutorando em Ciências Odontológicas na Univer- sidade de São Paulo. Mestrado em Ciências Odon- tológicas pela Universidade de São Paulo. São Paulo/SP – Brasil. rennan_475@hotmail.com

ARLINDO TADEU TEIXEIRA ABURAD

Doutor em Odontologia pela Universidade de São Paulo. Graduado em Odontologia pela Universi- dade de Cuiabá. Cuiabá/MT – Brasil. Arlindo.Abu- rad@gmail.com

FERNANDO BESSA MORATO

Graduação em Odontologia pela Universidade Pau- lista. Cirurgião Bucomaxilofacial pelo Hospital Geral Universitário da Universidade de Cuiabá. Cuiabá/ MT – Brasil. fbm@hotmail.com

JOÃO MILANEZ MOREIRA JUNIOR

Doutorando em Ciências Odontológicas Integradas na Universidade de Cuiabá. Mestrado em Ciências Odontológicas Integradas pela Universidade de Cuiabá. Cuiabá/MT – Brasil. jmmj@gmail.com

ALEXANDRE MEIRELES BORBA

Doutor em Odontologia pela Universidade de São Paulo. Mestrado em Odontologia pela Universidade de São Paulo. Plantonista cirurgião bucomaxilofa- cial do Hospital Pronto-Socorro Municipal de Cuiabá. Cuiabá, MT – Brasil. alemb@gmail.com

Submetido em: 28-6-2017

Aceito em: 11-10-2017