

# TRATAMENTO CONSERVADOR COM REABILITAÇÃO ORAL EM CISTO DO DUCTO NASOPALATINO

## Conservative treatment with oral rehabilitation in nasopalatine duct cyst

Brenda Esmidre da Silva<sup>a</sup>  
Maylla Barbosa Santos<sup>b</sup>  
Stella Cristina Soares Araújo<sup>c</sup>  
Laisa Kindely Ramos de Oliveira<sup>d</sup>  
Fabiana de Freitas Bombarda-Nunes<sup>e</sup>  
Lígia Buloto Schmitd<sup>f</sup>  
Fernanda Mombrini Pigatti<sup>g</sup>

### RESUMO

O cisto do ducto nasopalatino é classificado como o cisto não odontogênico mais comum da cavidade oral. Geralmente é assintomático e apresenta maior incidência entre a 2ª e 5ª décadas de vida. O diagnóstico é realizado por meio de exames clínicos, radiográficos e histopatológicos. O tratamento de escolha é a enucleação cirúrgica, porém em lesões extensas é realizada uma descompressão previamente. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de um paciente do sexo masculino com 56 anos de idade que apresentava queixa de má adaptação de prótese total superior devido a um aumento de volume no palato. Foram realizados exames clínicos, radiográficos e exame histopatológico por meio de biópsia incisional para definir o diagnóstico. O tratamento de escolha foi a descompressão com posterior enucleação. Após um período de acompanhamento de dois anos, o paciente apresenta reabilitação protética satisfatória e ausência de sinais de recidiva.

**Palavras-chave:** Maxila. Cistos não odontogênicos. Cistos maxilomandibulares.

### ABSTRACT

The nasopalatine duct cyst is classified as the most common nonodontogenic cyst of the oral cavity. It is usually asymptomatic and presents a higher incidence between the 2nd and 5th decades of life. The diagnosis is made through clinical, radiographic and histopathological exams. The treatment of choice is surgical enucleation, but in extensive lesions a decompression is performed previously. The aim of this study is to report a case report of a 56-year-old male patient who complained of maladaptation of total superior prosthesis due to an increase in volume in the palate. Clinical, radiographic, and histopathological examination were performed through an incisional biopsy for diagnostic assistance. The treatment of choice was decompression with subsequent enucleation. After a two-year follow-up, the patient has satisfactory prosthetic rehabilitation and no signs of relapse.

**Keywords:** Maxilla. Nonodontogenic cysts. Jaw cysts.

<sup>a</sup> Cirurgiã-Dentista, Faculdades Integradas São Pedro (FAESA), Vitória, ES, Brasil.

<sup>b</sup> Cirurgiã-Dentista, Faculdades Integradas São Pedro (FAESA), Vitória, ES, Brasil.

<sup>c</sup> Acadêmica do 9º período do curso de Odontologia, Faculdades Integradas São Pedro (FAESA), Vitória, ES, Brasil.

<sup>d</sup> Acadêmica do 9º período do curso de Odontologia, Faculdades Integradas São Pedro (FAESA), Vitória, ES, Brasil.

<sup>e</sup> Mestre em Radiologia e Estomatologia, Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic. Professora da Disciplina de Imaginologia, Faculdades Integradas São Pedro (FAESA), Vitória, ES, Brasil.

<sup>f</sup> Mestre em Estomatologia, Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP). Professora da Disciplina de Estomatologia, Faculdades Integradas São Pedro (FAESA), Vitória, ES, Brasil.

<sup>g</sup> Mestre em Patologia Bucal, Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP). Doutora em Patologia e Estomatologia Básica e Aplicada, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FO-USP). Professora da Disciplina de Estomatologia, Universidade Federal de Juiz de Fora campus Governador Valadares (UFJF/GV), Governador Valadares, MG, Brasil.

**Autor de correspondência:** Fernanda Mombrini Pigatti – E-mail: fer.pigatti@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O cisto do ducto nasopalatino (CDNP) é classificado como cisto não odontogênico de patogenia incerta. Também conhecido como cisto do canal incisivo, foi descrito pela primeira vez em 1914, por Meyer, como um cisto do seio paranasal. Acreditava-se que esses cistos eram originados através dos restos epiteliais que permaneciam após a fusão dos processos embriológicos, porém essa teoria foi descartada. Hoje em dia, estudos sugerem que esse cisto se desenvolva através da proliferação dos remanescentes epiteliais do ducto nasopalatino<sup>1-6</sup>.

Alguns fatores etiológicos têm sido relacionados ao seu desenvolvimento, tais como trauma local durante a mastigação ou por prótese mal adaptada, infecção bacteriana, retenção de muco de glândulas salivares menores adjacentes, proliferação epitelial espontânea e fatores genéticos ou raciais<sup>1,3,5-8</sup>.

O CDNP é considerado o cisto não odontogênico mais comum da cavidade oral (73% dos casos) e ocorre em cerca de 1% da população. Pode se desenvolver em qualquer idade, sendo mais frequente entre a 2ª e 5ª décadas de vida em indivíduos do sexo masculino com uma proporção de 3:1 em relação às mulheres<sup>3-6, 8, 9</sup>.

As lesões geralmente possuem crescimento lento e assintomático. Casos sintomáticos são raros e indicam a presença de infecção secundária. Os principais sintomas observados nesses casos são o aumento volumétrico na região anterior do palato, drenagem de coleção purulenta e deslocamento dentário. Em 20% dos casos é relatado dor e em 70% dos casos observa-se a combinação dos sintomas. Em situações ocasionais, foi relatada a sensação de queimação na parte anterior da maxila que se difundia na ponte do nariz e nas órbitas<sup>1-3, 5, 6</sup>.

Por ser, na maioria das vezes, assintomático o CDNP normalmente é descoberto por meio de exames clínicos e radiográficos rotineiros e se apresenta como uma área radiolúcida bem definida, unilocular e com bordas radiopacas. Seu formato varia de oval a redondo com aspecto típico de coração ou pera invertida<sup>1,2,4-6,8,10</sup>.

O diagnóstico diferencial pode ser feito com outras lesões císticas, como o cisto radicular ou queratocisto odontogênico, e o diagnóstico final é confirmado por meio de uma análise histopatológica da lesão. O cisto do ducto nasopalatino possui revestimento epitelial que difere de acordo com a localização e pode variar de epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado, epitélio pseudoestratificado colunar, epitélio colunar simples ou epitélio cuboidal. A partir do diagnóstico final se define o tratamento mais indicado<sup>1,2,10</sup>.

O tratamento de escolha do CDNP é a enucleação, desde que a lesão possa ser totalmente removida sem lesionar os tecidos adjacentes. A enucleação pode ser uma terapia isolada ou, após um período de acompanhamento, ser realizada em um segundo momento, o que diminui o risco do desenvolvimento de processos infecciosos e inflamatórios<sup>17</sup>.

Este trabalho tem o objetivo de relatar um caso clínico de extenso cisto do ducto nasopalatino, exemplificar os métodos de diagnóstico e ressaltar a importância do tratamento conservador para posterior reabilitação oral.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 56 anos de idade, compareceu à Clínica Odontológica da FAESA queixando-se do insucesso na adaptação de uma prótese total superior confeccionada há três anos. O paciente não apresentava nenhuma manifestação sistêmica ou doença em curso.

Ao exame extraoral, o paciente mostrava edema com discreta assimetria facial no lado esquerdo e vermelhidão na face (Figura 1). O exame intraoral evidenciou um aumento volumétrico indolor em região palatina à esquerda com coloração avermelhada e consistência resiliente. A lesão se estendia da região anterior de maxila até a região posterior do palato duro do lado esquerdo, medindo aproximadamente 3 cm (Figura 2). O diagnóstico diferencial incluiu cisto residual e queratocisto odontogênico.



Figura 1: Discreta assimetria facial e eritema em lado esquerdo de face.



Figura 2: Aumento volumétrico flutuante em região palatina anterior.

Foram solicitados exames de imagem e a tomografia computadorizada Cone Beam da maxila total revelou presença de área hipodensa com halo hiperdenso na maxila esquerda causando deslocamento da parede lateral da fossa nasal e assoalho do seio maxilar (Figuras 3, 4 e 5).



Figura 3: Tomografia Computadorizada Cone Beam da maxila total (vista panorâmica) – área hipodensa com halo hiperdenso no lado esquerdo.

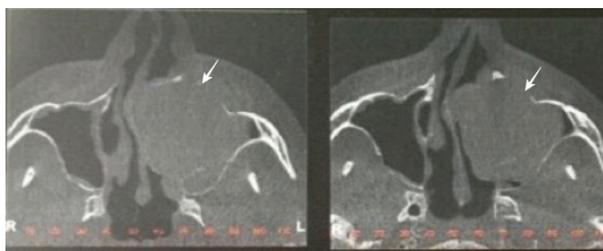


Figura 4: Tomografia Computadorizada Cone Beam da maxila (corte axial) – velamento do seio maxilar esquerdo (setas).

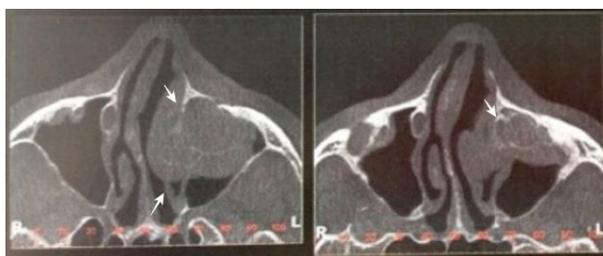


Figura 5: Tomografia Computadorizada Cone Beam da maxila (corte axial) – deslocamento da parede lateral da cavidade e assoalho do seio maxilar do lado esquerdo (setas).

Procedeu-se uma biópsia incisional e o fragmento foi encaminhado para análise histopatológica. Os cortes microscópicos revelaram cavidade cística virtual revestida por epitélio cuboidal simples. Subjacente, na cápsula fibrosa, havia feixes nervosos, vasos sanguíneos de grande calibre e células adiposas (Figuras 6 e 7).

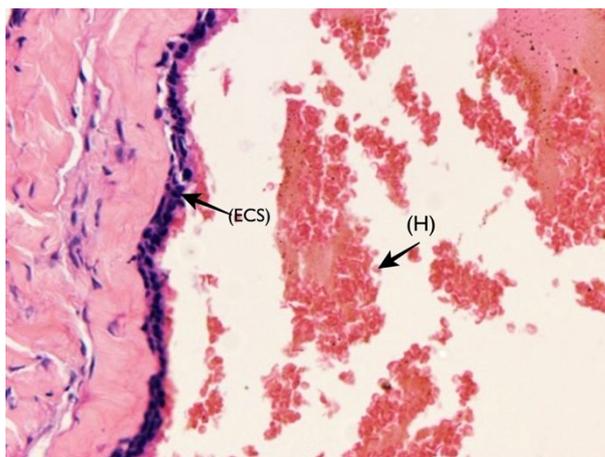


Figura 6: Aspecto histológico da lesão – revestimento cístico constituído por epitélio cuboidal simples (ECS) e presença de hemácias (H) na cavidade (40X HE).

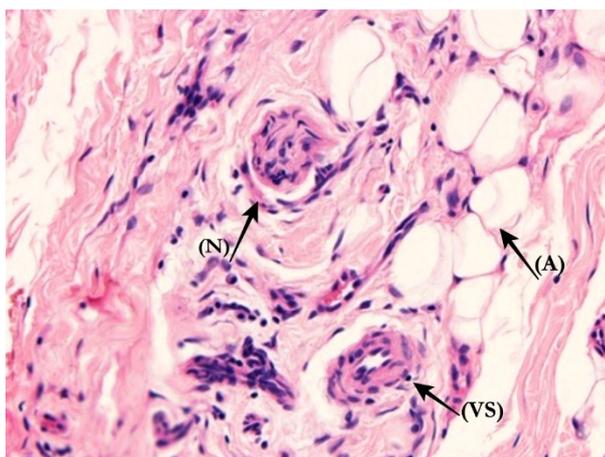


Figura 7: Aspecto histológico da lesão – cápsula cística exibindo feixes nervosos (N), vasos sanguíneos (VS) e adipócitos (A) (40X HE).

A partir da associação das características clínicas, radiográficas e histopatológicas, o diagnóstico final foi de cisto do ducto nasopalatino.

Foi realizada a descompressão da lesão com drenagem de líquido escuro e colocação de uma cânula mantida em posição por sutura em pontos simples durante 15 dias (Figuras 8 e 9).



Figura 8: Exposição da cavidade cística para descompressão.



Figura 9: Aspecto clínico da área de descompressão após instalação da cânula.

O paciente recebeu instruções para higienizar a região com soro fisiológico e auxílio de uma seringa de 20 ml. Após 15 dias, a cânula foi removida.

O paciente foi acompanhado mensalmente e, frente à diminuição clínica e radiográfica da lesão, a cirurgia de enucleação total da lesão ocorreu 7 meses após a descompressão inicial.

O paciente evoluiu em boas condições de cicatrização e no acompanhamento de dois anos não foram observados sinais de recidiva (Figuras 10 e 11).



Figura 10: Radiografia oclusal total de maxila para controle pós-operatório (06 meses).



Figura 11: Regressão total da lesão após um período de acompanhamento de dois anos.

Após seis meses do tratamento cirúrgico de enucleação do cisto, o paciente foi submetido a instalação da prótese total superior melhorando sua condição funcional mastigatória, fonética e estética (Figura 12).



Figura 12: Reabilitação protética da arcada superior.

## DISCUSSÃO

O cisto do ducto nasopalatino (CDNP) ocorre a partir da proliferação de remanescentes epiteliais do ducto nasopalatino. Também tem sido sugerido que qualquer estimulação de remanescentes de células epiteliais dentro do ducto nasopalatino induzida por trauma local, prótese mal adaptada e infecção bacteriana pode causar essa proliferação. Os CDNPs podem afetar uma ampla faixa etária, mas a maioria dos casos ocorre entre a quarta e a sexta décadas de vida com uma ligeira predileção pelo sexo masculino<sup>1,3,6,8</sup>. O caso apresentado relata o caso de um paciente do sexo masculino, na sexta década de vida e usuário prótese total superior. O trauma relacionado a má adaptação da prótese poderia estar relacionado ao desenvolvimento da lesão. Entretanto, um estudo retrospectivo realizado por Vasconcelos *et al.* (1999) analisou 31 casos de CDNP e nenhum dos casos analisados tinha histórico de trauma. Isso indica que o trauma parece não ser um fator muito frequente na etiologia do CDNP<sup>12</sup>.

O desenvolvimento desse cisto acomete qualquer posição ao longo do ducto nasopalatino, desde a região anterior até a porção mediana do palato duro<sup>5,10</sup>. Radiograficamente, as lesões são arredondadas ou ovaladas, bem delimitadas, com forma de pera invertida, devido à resistência das raízes dos dentes adjacentes ou com o formato clássico de coração, em virtude da superposição da espinha nasal anterior ou pela projeção da imagem do septo nasal. O clássico aspecto cístico também foi encontrado em nosso paciente, entretanto a sobreposição da espinha nasal anterior foi eliminada no exame de tomografia computadorizada Cone Beam e por isso o formato de coração não foi observado com esta técnica de imagem.

Geralmente, apresentam crescimento lento e assintomático, e são diagnosticados por meio de exames clínicos e radiográficos rotineiros. Quando há presença de sintomas, os mais comuns são dor, aumento de volume na região anterior do palato, drenagem de coleção purulenta e formação de fístula na região<sup>4,6,7,10</sup>. Um estudo retrospectivo realizado por Cecchetti *et al.* (2012) avaliou 36 casos de CDNP e a maioria dos pacientes eram assintomáticos (30 casos). Outros 6 pacientes apresentavam inflamação local, porém apenas 4 relataram dor e ulceração devido a utilização de próteses. A etiologia da dor pode ser em decorrência de uma infecção secundária ou pressão transmitida para o nervo esfenopalatino<sup>12</sup>. No caso relatado pode-se observar um abaulamento da região anterior do palato duro, além de uma discreta assimetria facial do lado esquerdo, influenciando negativamente a estética do paciente e com prejuízos funcionais na utilização da prótese total superior.

Os dentes próximos à lesão, geralmente, não possuem comprometimento endodôntico e o teste de vitalidade pulpar deve ser realizado para desconsiderar a possibilidade de um processo de origem inflamatória, preservando os dentes envolvidos<sup>7</sup>.

Os principais diagnósticos diferenciais incluem o cisto radicular e o queratocisto odontogênico. O cisto radicular é relacionado a dentes com polpa necrosada. O queratocisto odontogênico está relacionado a dentes vitais e tende a acometer o mesmo grupo etário mais afetado pelos cistos do ducto nasopalatino. Portanto, é necessária uma completa avaliação dos exames clínicos e radiográficos bem como a realização do exame histopatológico para a conclusão diagnóstica<sup>6,8,10</sup>. Neste caso o paciente exibiu uma lesão extensa e com características císticas, portanto, as hipóteses diagnósticas incluíam o cisto residual, uma vez que na região não havia dentes, e o queratocisto odontogênico.

Alguns autores não indicam tratamento para o CDNP devido à ausência de sintomas e ao seu crescimento lento, em que o diâmetro, na maioria das vezes, varia de 1 a 2,5 cm. As lesões maiores que 5 cm apresentam maior probabilidade de provocar necrose pulpar. Portanto, o tratamento deve ser sugerido isoladamente para cada caso, de acordo com a extensão da lesão<sup>6,7,10</sup>.

O tratamento de escolha para o cisto do ducto nasopalatino é a cirurgia de enucleação. Porém, em casos de cistos extensos e com pequena espessura óssea entre a cavidade oral e

nasal, é indicado realizar uma descompressão prévia à enucleação<sup>13,14</sup>. Segundo Elliot et al. (2004), a marsupialização é recomendada para cistos de maior extensão, devido à proximidade do cisto com a cavidade nasal. Em muitos casos há uma deficiência de tecido ósseo na região e com isso, aumentam os riscos de formar uma fístula permanente com a cavidade oral. Além disso, o autor relata que até o momento, nenhum parâmetro de tamanho foi estabelecido para escolha da melhor abordagem, sendo necessário avaliar cada caso separadamente<sup>13</sup>. Optamos pela marsupialização inicial devido a dimensão da lesão. Com isso permitimos, durante o tempo de tratamento, neoformação óssea e maior margem de segurança para posterior enucleação. Pois, de acordo com Fonseca et al. (2016), lesões extensas têm o risco de infecções e como consequência a perfuração óssea e formação de fístula oronasal.

Schott et al. (1985) confirma que uma falha na enucleação do CDNP pode levar à infecção, subsequente perfuração do osso e formação de fístula<sup>14</sup>. Com a descompressão, o cisto reduz a sua progressão e facilita a posterior exérese completa da lesão. Entretanto, há necessidade de segundo tempo cirúrgico<sup>11,7</sup>.

Durante a cirurgia, é necessário ter cautela, pois a manobra cirúrgica muito próxima aos ápices dentários pode ocasionar necrose pulpar devido à redução do suprimento sanguíneo na região do cisto. Além da proximidade com o feixe vâsculo-nervoso nasopalatino que, caso seccionado, gera um sangramento profundo durante a cirurgia<sup>12</sup>.

O tratamento conservador do CDNP também auxilia no processo de reabilitação oral do paciente, sendo primordial para melhorar as condições funcionais, estéticas do paciente, além de influenciar diretamente a questão social e psicológica<sup>1,6,7,11</sup>. Estas mesmas questões orientaram o planejamento cirúrgico inicial conservador e possibilitaram posterior reabilitação protética da arcada superior com impactos psicossociais favoráveis.

## CONCLUSÃO

A apresentação clínica e radiográfica do cisto do ducto nasopalatino podem sugerir uma lesão inflamatória. Assim, a associação do exame clínico, radiográfico e histopatológico, são fundamentais para o diagnóstico mais preciso da lesão. A enucleação cirúrgica é o tratamento de escolha, entretanto, a marsupialização é uma alternativa aceitável em casos de cistos extensos, com proximidade com a cavidade nasal, com a finalidade de evitar danos à esta estrutura. A extensa dimensão de alguns casos podem impedir ou dificultar a reabilitação protética do paciente, caso necessária. Portanto, o tratamento conservador da lesão possibilitam recuperar uma condição funcional mastigatória, fonética e estética com repercussões na qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Martins MD, Russo MP, Bussadori SK, Fernandes KPS, Missawa GTM, Martins MAT. Cisto do ducto nasopalatino: relato de caso clínico e revisão da literatura. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2007;25(2):193-7.
2. Cecchetti F, Ottria L, Bartuli F, Bramanti NE, Arcuri C. Prevalence, distribution, and differential diagnosis of nasopalatine duct cysts. *Oral Implantol*. 2012;5(2-3):47-53.
3. Perumal CJ. An unusually large destructive nasopalatine duct cyst: a case report. *J Maxillofac Oral Surg*. 2013;12(1):100-4.
4. Shylaja S, Balaji K, Krishna A. Nasopalatine duct cyst: report of a case with review of literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013; 65(4):385-88.
5. Dantas RMX, Batista VO, Andrade DLS, Costa MVOC, Carneiro-Junior B. Repercussão clínica do cisto do ducto nasopalatino. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2014;14(2):35-42.

6. Fonseca VN, Bastos LC, Campos PSF. Aspectos tomográficos do cisto do ducto nasopalatino – relato de caso. Rev ABRO. 2016;16(1):39-44.
7. Igreja FF, Penna I, Camisasca DR, de Barros LAP, Pereira TCR. Marsupialização como tratamento inicial de cisto do ducto nasopalatino. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2005;5(4):41-8.
8. Aparna M, Chakravarthy A, Acharya SR, Radhakrishnan RA. Clinical report demonstrating the significance of distinguishing a nasopalatine duct cyst from a radicular cyst. BMJ Case Rep. 2014.
9. Uchoa-Vasconcelos AC, Oliveira DJF, Roman-Martelli SJ et al. Demographic profile of oral nonodontogenic cysts in a Brazilian population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2014;19(4):308-12.
10. Bachur AM, Santos TCRB, Silveira HM, Pires FR. Cisto do ducto nasopalatino: considerações microscópicas e de diagnóstico diferencial. ROBRAC. 2009;18(47):58-62.
11. Beloni WB, Vale HF, Takahashi JMFK. Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental. RFO. 2013; 18(2):160-4.
12. Vasconcelos R, De Aguiar MF, Castro W, De Araújo VC, Mesquita R. Retrospective analysis of 31 cases of nasopalatine duct cyst. Oral Dis. 1999;5(4):325-8.
13. Elliott KA, Franzese CB, Pitman KT. Diagnosis and surgical management of nasopalatine duct cysts. Laryngoscope. 2004;114(8):1336-40.
14. Schott TR, Correll RW, Wescott WB. Well defined radiolucent are involving the anterior maxilla. J Am Dent Assoc 1985; 110:86-88.