

ASPECTOS CLÍNICO-IMAGINOLÓGICOS, MICROSCÓPICOS E CIRÚRGICOS DO CISTO NASOLABIAL: RELATO DE CASO

CLINICAL, IMAGING, MICROSCOPIC AND SURGICAL ASPECTS OF THE NASOLABIAL CYST: CASE REPORT

TAMARA FERNANDES DE CASTRO. Residente do Programa de Pós-Graduação, nível especialização, na área de Radiologia Odontológica e Imaginologia, no Departamento de Odontologia, da Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.

JOSÉ HENRIQUE SANTANA QUINTO. Residente do Programa de Pós-Graduação, nível especialização, na área de Cirurgia Bucomaxilofacial, no Departamento de Odontologia, da Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.

VANESSA CRISTINA VELTRINI. Professora Associada da área de Patologia do Departamento de Odontologia, da Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.

LIOGI IWAKI FILHO. Professor Associado da área de Cirurgia do Departamento de Odontologia, da Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.

ELEN DE SOUZA TOLENTINO. Professora Colaboradora da área de Estomatologia e Radiologia Odontológica do Departamento de Odontologia, da Universidade Estadual de Maringá Maringá, Paraná, Brasil.

Avenida Mandacarú, 1550. Maringá-PR. E-mail: tamara_tfc@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso clínico de cisto nasolabial, descrevendo a apresentação clínica, as características imaginológicas, o diagnóstico e a técnica cirúrgica utilizada. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 40 anos de idade, com inchaço unilateral de etiologia desconhecida na região nasolabial esquerda, com evolução de 7 anos. Ao exame físico extrabucal, presença de tumefação assintomática no sulco nasolabial esquerdo, que levava à elevação do lábio superior e descontinuidade da prega nasolabial esquerda, de consistência resiliente, móvel, sem alteração da coloração da pele sobrejacente. Na tomografia computadorizada (TC), observou-se uma imagem hipodensa, com limites bem definidos, medindo 3x2cm. A lesão foi removida cirurgicamente e o diagnóstico de cisto nasolabial foi confirmado no exame microscópico. A paciente encontra-se em preservação, sem sequelas ou sinais de recidiva. **Considerações finais:** Em casos de lesões em região anterior de maxila, ocasionando inchaço entre o lábio superior e a abertura nasal, o cisto nasolabial deve ser considerado como hipótese diagnóstica, apesar de ser uma lesão rara.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto Nasolabial. Cirurgia Bucal. Diagnóstico.

ABSTRACT

Objective: To report a clinical case of nasolabial cyst, describing its clinical presentation, the imaging characteristics, the diagnosis and the surgical technique. **Case report:** Female patient, 40 years old, with unilateral swelling of unknown etiology in the left nasolabial region, with evolution of 7 years. Extraoral examination showed an asymptomatic swelling in the left nasolabial sulcus, leading to an elevation of the upper lip and discontinuity of the left nasolabial fold, mobile, with a soft consistency, without discoloration of the overlying skin. A computed tomography (CT) showed a hypodense image, with well-defined limits, measuring 3x2cm. The lesion was surgically removed, and the diagnosis of nasolabial cyst was confirmed on microscopic examination. The patient is undergoing follow-up without sequelae or signs of recurrence. **Final considerations:** In cases of lesions in the anterior region of the maxilla, which cause swelling between the upper lip and the nasal opening, the nasolabial cyst should be considered as a diagnostic hypothesis, despite being a rare lesion.

KEYWORDS: Nasolabial Cysts. Oral Surgery. Diagnosis.

INTRODUÇÃO

Os cistos nasolabiais (CNL) são lesões incomuns, benignas, de tecido mole, não-odontogênicas, (BOFFANO et al., 2011; OCAK et al., 2017) localizadas na região paramediana da maxila e abaixo da asa nasal (FRIEDRICH et al., 2012; PEREIRA FILHO et al., 2002) descritos primeiramente por Zuckerlandl, em 1882 (ACAR et al., 2014; CHINELLATO et al., 1984; ZOGRAFOS et al., 2018). A patogênese dos CNL é incerta. No entanto, existem duas teorias principais. De acordo com a primeira hipótese, o cisto é derivado de células epiteliais retidas no mesênquima após a fusão dos processos nasais medial e lateral, na quarta semana de vida intra-uterina. A segunda hipótese sugere a persistência de remanescentes epiteliais do ducto nasolacrimal, estendendo-se entre o processo nasal lateral e a proeminência maxilar (NARIN et al., 2015; OCAK et al., 2017).

Os CNLs são mais encontrados em mulheres, na quarta a quinta décadas de vida. Clinicamente, a lesão apresenta-se como inchaço assintomático na região do sulco nasolabial (ACAR et al., 2014), de crescimento lento, causando elevação do lábio superior e perda da prega nasolabial (OCAK et al., 2017). Quando palpada, sua consistência é macia e flutuante. Os pacientes geralmente procuram atendimento por razões estéticas ou dificuldade de respiração (NARIN et al., 2015).

O diagnóstico presuntivo de CNL é estabelecido pelos achados clínicos, associados a exames complementares, como radiografias oclusais de maxila (CHINELLATO et al., 1984), tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) e ultrassonografia (US) (ACAR et al., 2014). O diagnóstico é concluído com o exame microscópico, que revela cavidade cística revestida por epitélio colunar pseudoestratificado ou, ocasionalmente, escamoso estratificado (NARIN et al., 2015). O tratamento é cirúrgico, com marsupialização ou enucleação do cisto (TIAGO et al., 2008). A taxa de recorrência varia de acordo com a técnica, mas geralmente é baixa.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de cisto nasolabial, descrevendo sua apresentação clínica, características imaginológicas, processo diagnóstico e técnica cirúrgica utilizada.

CASO CLÍNICO

Mulher de 40 anos, leucoderma, encaminhada ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá para avaliação e tratamento de um inchaço unilateral na região nasolabial esquerda, associada à perda de permeabilidade nasal do mesmo lado. Ela havia notado um ligeiro inchaço naquela área há 7 anos, com um aumento gradual e assintomática, desde então. Na história médica, ausência de problemas sistêmicos.

Ao exame físico extrabucal, foi observado um discreto “apagamento” do sulco nasolabial do lado esquerdo, com elevação da asa do nariz (Fig. 1). À palpação, a lesão tinha consistência flutuante, era móvel e não dolorosa. Ao exame físico intrabucal, ausência de alterações. Os dentes anteriores responderam positivamente ao teste de sensibilidade pulpar.

A radiografia panorâmica e a radiografia periapical não revelaram alterações visíveis. A TC evidenciou uma área isodensa na região nasolabial, de 3x2cm de diâmetro, com contornos bem definidos e invasão da fossa nasal (Fig. 2).



Figura 1 - Exame inicial. Fotografia frontal (A) e inferior (B) da paciente, evidenciando discreto “apagamento” do sulco nasolabial do lado esquerdo, com elevação da asa do nariz.

Fonte: o autor.

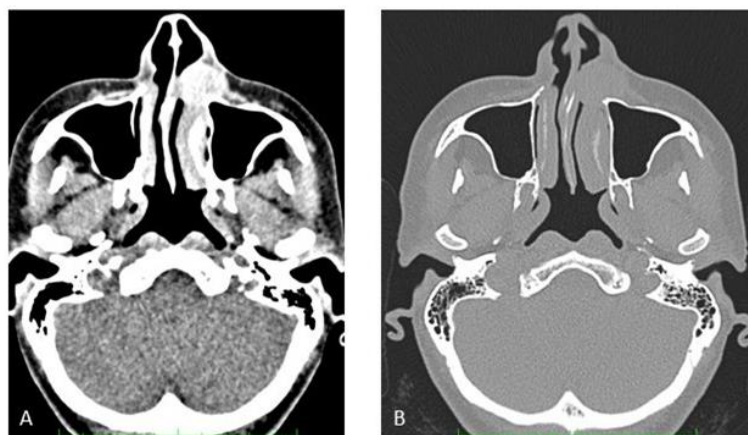


Figura 2 - Tomografia computadorizada. Reconstrução axial em janela para tecido mole (A) e tecido duro (B) evidenciam uma área isodensa bem delimitada, na região nasolabial, de aproximadamente 3x2cm de diâmetro, com invasão da fossa nasal. Um desvio de septo também é observado.

Fonte: o autor.

A lesão foi removida sob anestesia local. Após incisão da mucosa labial, a lesão foi cuidadosamente dissecada e removida totalmente (Fig. 3.A.). O espécime foi enviado para avaliação microscópica (Fig. 3.B.), a qual revelou fragmentos de cápsula cística, predominantemente revestida por epitélio pseudoestratificado cilíndrico ciliado. O tecido conjuntivo capsular era pouco colagenizado e bem vascularizado, com focos discretos de inflamação crônica. (Fig. 4). O pós-operatório foi sem intercorrências. A proervação de 6 meses mostrou boa cicatrização, sem evidências de recidiva.

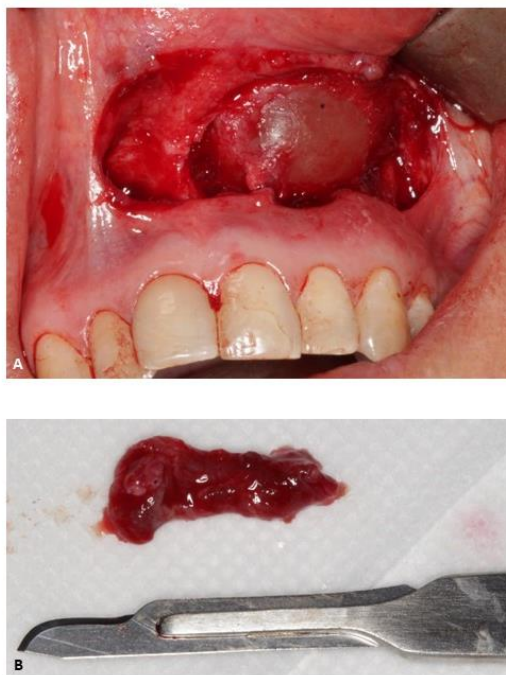


Figura 3 – (A) Exposição cirúrgica do cisto nasolabial. (B) Aspecto macroscópico da lesão completamente removida.

Fonte: o autor.

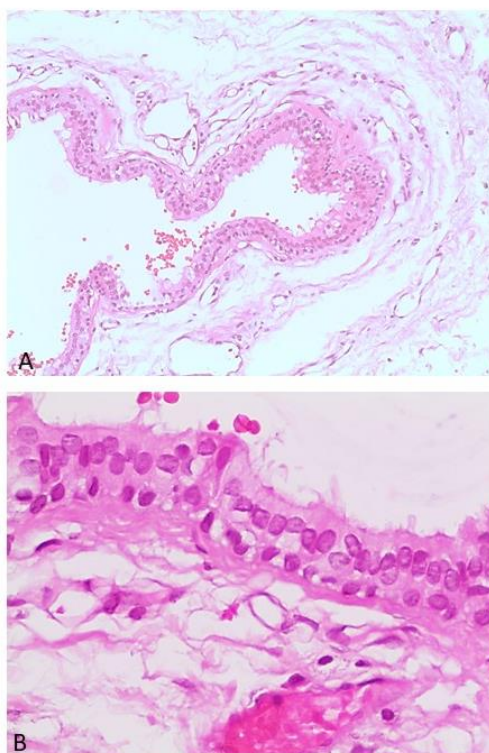


Figura 4- Análise microscópica. Cápsula cística de tecido conjuntivo relativamente frouxo e pouco inflamado, revestida por epitélio pseudoestratificado cilíndrico ciliado (coloração de Hematoxilina e Eosina) (A) Fotomicrografia em objetiva de 4x. (B) Fotomicrografia em objetiva de 40x.

Fonte: o autor.

DISCUSSÃO

Os CNLs representam cerca de 0,7% de todos os cistos da região maxilofacial e 2,5% dos cistos não odontogênicos (BOFFANO et al., 2011; PEREIRA FILHO et al., 2002; ZOGRAFOS et al., 2018). Estas lesões são geralmente unilaterais, mas estima-se que aproximadamente 10% dos casos sejam bilaterais. A maior incidência ocorre no sexo feminino (4:1), entre 4^a e 5^a décadas de vida (BOFFANO et al., 2011; NARIN et al., 2015; PEREIRA FILHO et al., 2002; TIAGO et al., 2008; YEH et al., 2017), corroborando o presente caso. Embora seja observada uma maior prevalência dessas lesões em negros (BOFFANO et al., 2011; NARIN et al., 2015; PEREIRA FILHO et al., 2002; TIAGO et al., 2008; YEH et al., 2017), a paciente era leucoderma.

Os CNLs caracterizam-se clinicamente por serem massas flutuantes na região do sulco nasolabial, envolvendo asa nasal, estendendo-se para a porção ventral inferior da margem piriforme e provocando elevação do lábio superior (TIAGO et al., 2008). Às vezes, podem ser observados em exame de rotina (PEREIRA FILHO et al., 2002) ou ainda gerar dor local, bloqueio nasal e infecção (TIAGO et al., 2008; YEH et al., 2017). O desenvolvimento de tumefação no sulco nasolabial pode causar desconforto, obstrução respiratória e assimetria facial. Em nosso caso, ao exame clínico extrabucal, foi observado inchaço do

lábio superior e elevação do assoalho nasal, sem alterações ao exame clínico intrabucal.

Várias lesões podem ser consideradas no diagnóstico diferencial dos CNLs, tanto pela localização em região anterior da maxila quanto pelos sinais e sintomas. Dentre elas, encontram-se o cisto radicular, o abscesso dentoalveolar, o cisto do ducto nasopalatino, o cisto dentígero, o queratocisto odontogênico, além de schwannomas, neurofibromas, cistos dermoides e epidermoides (BOFFANO et al., 2011; NARIN et al., 2015; PEREIRA FILHO et al., 2002). Sendo assim, o exame histopatológico necessário é importante para o diagnóstico definitivo.

Em relação às imagens, as radiografias oclusais totais de maxila, segundo Chinellato e Damante (1984), podem mostrar alteração na conformação habitual do limite anterior do soalho da fossa nasal, em função da pressão de crescimento cístico. No entanto, esse achado pode não estar presente em todos os pacientes, como no nosso caso. Os CNLs, na RM, apresentam-se como sinais homogêneos de intensidade intermediária em T1, e hiperintensidade homogênea em T2 (BOFFANO et al., 2011). Na US, os CNLs mostram-se como área homogênea, bem definida, de formato regular, hipoecoica ou anecoica, com pouco componente sólido e sem vascularização (ACAR et al., 2014; YEH et al., 2017). Na TC, os CNLs apresentam-se como lesão de baixa densidade, bem demarcada, na região látero-anterior na abertura piriforme, como se observou no presente estudo. Esse exame foi fundamental para o diagnóstico e o planejamento cirúrgico do caso, visto que a lesão estava muito próxima a estruturas como septo e fossa nasal, o que não se poderia observar em radiografias convencionais.

Microscopicamente, os CNLs são revestidos por epitélio pseudoestratificado cilíndrico, às vezes ciliado. Células caliciformes são frequentemente vistas e metaplasia escamosa pode ocorrer, sem impacto algum no diagnóstico. Quando há infecção secundária, o revestimento epitelial pode não estar completo e a cápsula pode exibir focos inflamatórios. No presente caso, o revestimento era do tipo respiratório e o tecido conjuntivo capsular apresentava-se frouxo e pouco inflamado (FRIEDRICH et al., 2012; TIAGO et al., 2008).

Como tratamento para lesões extensas, a marsupialização é uma alternativa simples e efetiva; enquanto outras opções, como injeção de substâncias esclerosantes, estão associadas a altas taxas de recidiva (BOFFANO et al., 2011). Para lesões menores, o tratamento de escolha é a excisão cirúrgica conservadora, com prognóstico excelente e recorrência rara (BOFFANO et al., 2011; NARIN et al., 2015). No presente caso, optou-se por essa conduta, considerando o tamanho da lesão e a facilidade de acesso cirúrgico. A paciente foi tratada em apenas um tempo cirúrgico e não houve necessidade de irrigações constantes, como na marsupialização.

CONCLUSÃO

As características clínicas do CNL são bastante peculiares, embora outras patologias participem de seu espectro de diagnóstico diferencial. Os exames de imagem podem ser de grande valia para auxiliar no diagnóstico e no planejamento cirúrgico. A associação destes achados com o exame microscópico define o diagnóstico. O CNL deve ser sempre considerado em

casos de tumefações em partes moles da região nasal. Após excisão cirúrgica conservadora, a recorrência é rara.

REFERÊNCIAS

ACAR, H.Á.; YOLC, Ü.; ASUTAY, F. Is Ultrasonography Useful in the Diagnosis of Nasolabial Cyst? **Case Reports in Dentistry**. 2014; 1-4.

BOFFANO, P. et al. Diagnosis and surgical treatment of a nasolabial cyst. **Journal of Craniofacial Surgery**. 2011; 22(5):1946-1948.

CHINELLATO, L.E.M.; DAMANTE, J.H. Contribution of radiographs to the diagnosis of naso-alveolar cyst. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**. 1984; 58: 729-735.

FRIEDRICH, R.E. et al. Nasolabial Cyst: Case Report with Respect to Immunohistochemical Findings. **In vivo**. 2012; 26: 453-458.

NARIN S. Nasolabial Cyst: Clinical Presentation and Differential Diagnosis. **Journal of Maxillofacial and Oral Surgery**. 2015; 14(1): 7–10.

OCAK, A. et al. Nasolabial Cyst: A Case Report with Ultrasonography and Magnetic Resonance Imaging Findings. **Case Reports in Dentistry**. 2017; 2017:4687409.

PEREIRA FILHO, V.A. et al. Nasolabial Cyst: Case Report. **Brazilian Dental Journal**. 2002; 13(3): 212-214.

TIAGO, R.S.L. et al. Nasolabial cyst: diagnostic and therapeutical aspects. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. 2008; 74(1): 39-43.

YEH, C.H.; KO, J.Y.; WANG, C.P. Transcutaneous Ultrasonography for Diagnosis of Nasolabial Cyst. **Journal of Maxillofacial and Oral Surgery**. 2017; 28 (3): 221-222.

ZOGRAFOS, I. et al. Nasolabial cyst: a case report. **Oral Surgery**. 2018; 1: 1-5.