

Cisto nasolabial: relato de caso clínico

Nasolabial cyst: a case report

Guilherme Rosetti¹, Cleto Mariosvaldo Piazzetta², Cassius Torres-Pereira², José Miguel Amenábar², Roberta Targa Stramandinoli³

RESUMO

O cisto nasolabial é um cisto raro de tecidos moles, de origem não-odontogênica que resulta de uma alteração do desenvolvimento ectodérmico, apresentando-se clinicamente por um aumento de volume na região de lábio superior, base e asa do nariz. Geralmente, é assintomático, exceto nos casos de infecção, podendo provocar comprometimento estético dada a sua evolução progressiva. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica, tendo bom prognóstico e raras recidivas. O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso de cisto nasolabial unilateral, bem como, uma revisão da literatura sobre a doença.

Descritores: Cisto nasolabial. Cistos não-odontogênicos. Cisto de desenvolvimento.

INTRODUÇÃO

O cisto nasolabial é uma lesão de tecidos moles que acomete a região de lábio superior, base e asa do nariz, sendo sempre lateral à linha média. Foi descrito pela primeira vez por Zuckerkandl em 1882¹ e desde então, muitos nomes foram utilizados para classificá-lo, dentre eles: cisto fissural, cisto mucoso do nariz, cisto do vestíbulo nasal, cisto do assoalho nasal, cisto nasoalveolar e cisto de Klestadt. O termo cisto nasolabial foi utilizado por Rao em 1955, o qual é considerado até os dias atuais o mais adequado para descrever a condição².

O cisto nasolabial é classificado como um cisto de desenvolvimento, originado a partir do epitélio não odontogênico³. Apresenta características clínicas bem reconhecidas e diversos autores o consideram como um cisto incomum ou raro^{1,4-6}. A maioria das lesões é detectada somente quando apresenta-se infectada ou quando provoca deformidade facial, e neste caso, a queixa mais comum dos pacientes é a ocorrência de alterações de contorno facial e obstrução nasal⁵.

Este artigo tem como objetivo a apresentação de um caso clínico de paciente com cisto nasolabial, ressaltando os pontos de discussão existentes na literatura no que diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento desta lesão.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 26 anos, leucoderma,

procurou atendimento odontológico com queixa principal de “dor e ardência no nariz quando expirava ou apertava” e “dificuldade para respirar”. Segundo as informações obtidas pela anamnese, a paciente procurou, primeiramente, um atendimento médico queixando-se de “uma bolinha no interior da narina esquerda” que foi diagnosticada como sendo “uma espinha”. Com a evolução do quadro clínico, foi orientada a procurar a Clínica de Estomatologia da Universidade Federal do Paraná. Ao exame físico extra-oral observou-se um aumento de volume na região da asa esquerda do nariz, com ligeiro apagamento do sulco nasolabial (Figura 1). À palpação verificou-se uma lesão flutuante que sugeria

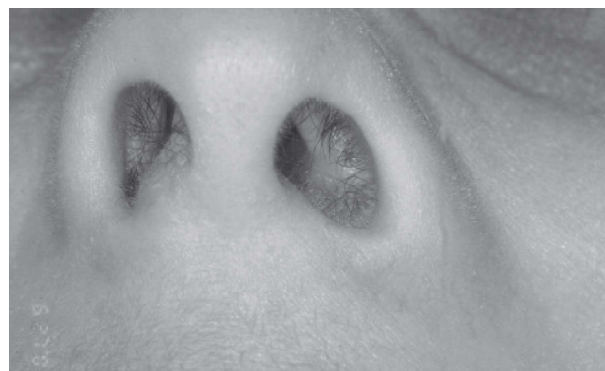


Figura 1 - Fotografia pré-operatória da paciente. Pode ser observada assimetria com aumento de volume na região da asa esquerda do nariz, e ligeiro apagamento do sulco nasolabial

¹Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Bucomaxilofacial, Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil

²Departamento de Estomatologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Paraná, PR, Brasil

³Cirurgiã-Dentista

Contato: cassius.torres@gmail.com / robertastramandinoli@yahoo.com.br

conteúdo cístico. Ao exame físico intra-bucal verificou-se que a mucosa bucal apresentava coloração e textura dentro dos padrões de normalidade (Figura 2), e os dentes da região envolvida apresentavam-se em suas posições originais e com resposta positiva ao teste de sensibilidade pulpar.



Figura 2 - Aspecto intra-bucal sem evidências de alteração da profundidade do vestibulo

Foram solicitados exames complementares de imagem, radiográfico e tomográfico, para melhor elucidação da hipótese diagnóstica. As radiografias periapicais e panorâmica solicitadas não mostraram nenhuma alteração digna de nota em relação ao aumento de volume clinicamente detectado. (Figura 3). A radiografia oclusal, por outro lado, mostrou um deslocamento da parede da fossa nasal no lado esquerdo (Figura 4). Por meio da tomografia computadorizada com contraste, pode-se observar uma imagem, em tecidos moles, na região do sulco nasolabial, compatível com lesão cística. (Figuras 5 e 6).



Figura 3 - Radiografia panorâmica sem evidência de lesão óssea



Figura 4 - Radiografia oclusal demonstrando deslocamento da parede da fossa nasal, no lado esquerdo

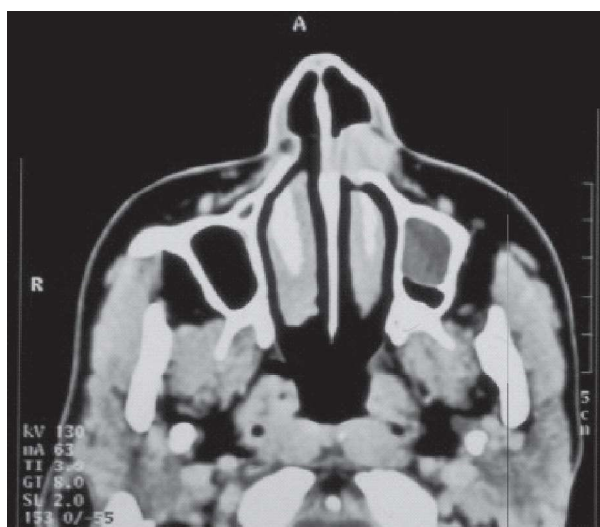


Figura 5 - Tomografia em corte axial evidenciando na região do sulco nasolabial esquerdo, uma imagem compatível com lesão cística



Figura 6 - Tomografia corte frontal evidenciando uma massa de tecido mole na região do sulco nasolabial esquerdo

Após as avaliações imaginológicas, realizou-se punção exploratória obtendo-se líquido de coloração amarelo citrino. O conjunto de dados clínicos, radiográficos e tomográficos permitiu a formulação da hipótese diagnóstica de cisto nasolabial.

A paciente foi encaminhada à Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial desta mesma instituição. A lesão foi excisada cirurgicamente, sob anestesia geral, e o material enviado para análise histopatológica. A avaliação microscópica revelou uma estrutura cística revestida por epitélio pseudoestratificado com células cúbicas e células caliciformes que confirmaram a hipótese diagnóstica de cisto nasolabial (Figuras 7 e 8).



Figura 7 - Aspecto histológico da lesão, apresentando uma estrutura cística, com epitélio pseudoestratificado de células cúbicas e células caliciformes. Coloração de hematoxilina e eosina. Aumento de 40x.

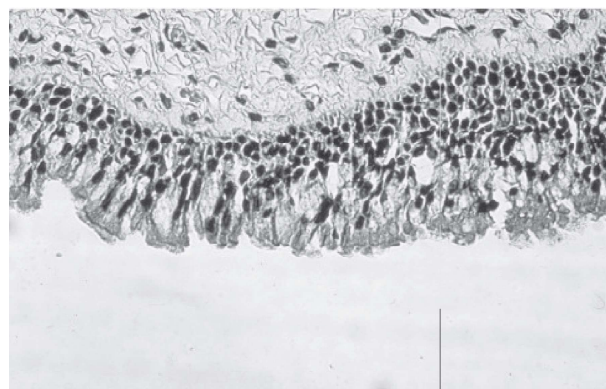


Figura 8 - Aspecto histológico da lesão, em maior aumento, apresentando epitélio pseudoestratificado ciliado e células caliciformes. Coloração de hematoxilina e eosina. Aumento de 100x.

Durante a preservação e seis meses após, a paciente apresentou cicatrização completa e nenhuma evidência de recidiva. Todos os dentes na área adjacente ao cisto continuaram vitais e sem evidência de reabsorção radicular.

DISCUSSÃO

Quanto à etiologia do cisto nasolabial existem duas principais teorias aceitas. A primeira, sugerida por Klestadt em 1953, defende que estes cistos derivam dos restos ectodérmicos que ficaram aprisionados durante a embriogênese na linha de fusão entre os processos nasais medial e lateral com o processo maxilar⁶⁻⁸. A segunda teoria, descrita em 1920 por Bruggemann, sugere um cisto derivado do epitélio do ducto nasolacrimal durante sua fase de desenvolvimento embrionário⁷. Esta segunda teoria foi desenvolvida baseada na semelhança das características histológicas da parede do cisto com o epitélio do ducto. Porém, como ainda não foi possível demonstrar a presença de restos epiteliais dentro do mesenquima embrionário⁶⁻⁸. Ambas as teorias continuam sendo questionadas, sendo, porém, a primeira teoria a mais aceita. Tanto o trauma físico, como uma eventual infecção podem estimular estes restos epiteliais a se proliferarem, dando início ao desenvolvimento do cisto, justificando a freqüente manifestação na fase adulta¹.

A incidência do cisto nasolabial é maior entre a quarta e quinta década de vida, sendo mais comum em mulheres⁹. Alguns autores descreveram uma predileção pela raça negra¹⁰. Porém, no presente caso, a idade e a cor da paciente não coincidem com a freqüência mais comum relatada na literatura, uma vez que a paciente era jovem e leucoderma.

O cisto nasolabial apresenta-se clinicamente com um aumento de volume na região do lábio superior, com elevação da asa do nariz¹², sendo normalmente unilateral e com maior freqüência no lado esquerdo¹³. Pode causar deformidade facial e nasal progressiva que consiste em protrusão do lábio superior, elevação da asa do nariz e abaulamento do sulco nasolabial, sem comprometimento da dentição na região^{11,12}. Nos casos mais severos, os pacientes relatam obstrução nasal e dificuldade para respirar no lado afetado. No caso clínico relatado, a dificuldade para respirar era uma das queixas da paciente, e clinicamente puderam ser observados os mesmos sintomas descritos na literatura. A palpação bidigital mostrou uma massa flutuante entre o assoalho nasal e o sulco gengivolabial auxiliando na confirmação do diagnóstico¹. O cisto nasolabial é uma hipótese diagnóstica diferencial relevante frente a patologias, tais como, outros cistos maxilofaciais, massas nasais, e infecções na região nasolabial¹². Para descartar a origem dentária da lesão, sugere-se que seja realizado teste de sensibilidade pulpar nos dentes próximos à mesma¹⁴.

Radiograficamente não se detectam alterações, exceto nos casos em que ocorre erosão óssea na maxila, o que provavelmente origina-se pela

pressão que o cisto exerce sobre a cortical óssea por um longo período de tempo¹. Por meio da interpretação das imagens no caso relatado, evidenciou-se discreto, abaulamento do assoalho de fossa nasal, provavelmente causado pela pressão da lesão sobre o tecido ósseo e pelo tempo de evolução. O primeiro caso clínico de cisto nasolabial com imagens de ressonância magnética com contraste, evidenciando a grande utilidade deste método de exame frente a outros exames, como radiografias convencionais ou tomografias computadorizadas, foi descrito na literatura em 2005¹⁵.

Porém, para o diagnóstico definitivo é necessária a correlação entre os achados clínicos e os histopatológicos¹⁴. O estudo histológico de cisto nasolabial revela a presença de epitélio cístico pseudoestratificado ou estratificado ciliado com presença de células calciformes⁹, produtoras do líquido cístico¹¹. O aspecto histológico do caso apresentado revelou uma estrutura cística com epitélio pseudoestratificado de células cúbicas e células calciformes, coincidindo com as descrições encontradas na literatura. Diferentes tipos de epitélio podem ser encontrados, tais como; epitélio escamoso simples, epitélio escamoso estratificado, epitélio colunar pseudoestratificado, epitélio cuboidal simples, e epitélio respiratório ciliado¹⁶.

O tratamento do cisto nasolabial é cirúrgico com a enucleação cística por acesso intraoral, apresentando rara recorrência e bom prognóstico¹²⁻¹⁶. Segundo Felix¹¹, a deformidade facial progressiva, o risco de infecção e as seqüelas que podem existir pelo avanço progressivo da lesão são as indicações para a remoção cirúrgica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso apresentado corrobora com as características clínicas, imaginológicas, histológicas, e a terapêutica do cisto nasolabial descritas na literatura. A entidade ainda não apresenta patogênese completamente definida e comprovada e observou-se carência de estudos com análise microscópica em diferentes técnicas, tais como estudo imunohistoquímico. Apesar da literatura descrever diferentes opções de tratamento, a enucleação cirúrgica da lesão continua sendo o tratamento de escolha segundo a maioria dos autores, uma vez que resulta em bom prognóstico e raros casos de recorrências.

ABSTRACT

The nasolabial cyst is an uncommon, nonodontogenic, soft tissue cyst characterized by its extra bone located in the nasal region. This cyst is generally asymptomatic, except in cases of infection,

and can cause complaints arising from aesthetic appearance. The treatment of choice is surgical excision, which presents a good prognosis and rare recurrence. This case report presents a unilateral nasolabial cyst as well as a literature review on the disease.

Uniterms: Nasolabial cyst. Nonodontogenics cysts. Development cyst.

REFERÊNCIAS

1. Kuriloff DB. The nasolabial cyst-nasal hamartoma. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1987;96:268-272.
2. Rao RV. Nasolabial cyst. *Dent. Pract.* 1955;69:352-354.
3. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A textbook of oral pathology. 4ªed. Philadelphia: Saunders; 1983.
4. Choi JH, Cho JH, Kang HJ, et al. Nasolabial cyst: a retrospective analysis of 18 cases. *Ear Nose Throat J.* 2002;81:94-6.
5. El-Din K, el-Hamd AA. Nasolabial cyst: a report of eight cases and a review of the literature. *J Laryngol Otol.* 1999;113:747-49.
6. Allard RH. Nasolabial cyst. Review of the literature and report of 7 cases. *Int J Oral Surg.* 1982;11:351-59.
7. Klestadt WD. Nasal cyst and the facial cleft cyst theory. *Ann Otorhinolaryng.* 1953;62:84-92.
8. Sperber GH. Craniofacial embryology. 4ªed. London: Wright; 1989.
9. López-Ríos F, et al. Report of a case with extensive apocrine change. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997;84:404-06.
10. Cohen MA, Hertzanu Y. Huge growth potential of the nasolabial cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985;59:441-45.
11. Felix JA de P, et al. Cisto nasolabial bilateral: relato de dois casos e revisão da literatura. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2003;69:279-82.
12. Pereira Filho V A, et al. Nasolabial cyst: case report. *Braz Dent J.* 2002;13:212-14.
13. Waldrep AC Jr, Capadanno JA. Bilateral nasolabial cysts: report of case. *J Oral Surg.* 1966;24:3347-50.
14. Nixdorf DR, Peters E, Lung KE. Clinical presentation and differential diagnosis of nasolabial cyst. *J Can Dent Assoc.* 2003;69:146-49.
15. Tanimoto K, et al. MRI of nasolabialveolar cyst: case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;99:221-24.

16. Graamans K, Van Zanten ME. Nasolabial cyst: diagnosis mainly based on topography? *Rhinology*. 1983;21;239-49.

Recebido em 22/02/2008 – Aceito em 09/05/2008