

Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial

www.elsevier.pt/spemd



Caso clínico

Cisto nasolabial infectado: caso clínico



Anita Sanches Matos Santos, João Paulo Bonardi, Cecilia Luiz Pereira-Stabile*
e Ligia Pozzobon Martins

Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 10 de abril de 2014

Aceite a 14 de junho de 2014

On-line a 15 de agosto de 2014

Palavras-chave:

Nasolabial

Cisto

Infeção

R E S U M O

O cisto nasolabial é um cisto de desenvolvimento, de origem não odontogénica, que acomete os tecidos moles da região do vestíbulo nasal, fossa canina e lábio superior. É uma lesão rara que se caracteriza por um aumento de volume unilateral na região nasolabial, causando uma elevação da asa do nariz e projeção do lábio superior. O objetivo deste artigo é apresentar o caso clínico de um paciente com diagnóstico de cisto nasolabial infectado, tratado cirurgicamente sob anestesia geral, com acesso intrabucal para remoção da lesão, restabelecendo a estética e sem sinais de recidiva da lesão até o momento.

© 2014 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

Infected nasolabial cyst: Clinical case

A B S T R A C T

The nasolabial cyst is a non-odontogenic developmental cyst that affects the soft tissues of the nasal vestibule, canine fossa and upper lip. It is a rare lesion characterized by an increased unilateral volume of the nasolabial region, causing an elevation of the nasal ala and projection of the upper lip. The purpose of this article is to present the case of a patient diagnosed with an infected nasolabial cyst who was treated surgically under general anesthesia through an intraoral approach to remove the lesion. Esthetics was restored and there is no sign of recurrence in the follow up.

© 2014 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Nasolabial

Cyst

Infection

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: ceciliastabile@gmail.com (C.L. Pereira-Stabile).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.06.003>

1646-2890/© 2014 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

Introdução

O cisto nasolabial é um cisto do desenvolvimento, de origem não odontogênica que acomete os tecidos moles da região do vestibulo nasal, fossa canina e lábio superior¹⁻³. Desenvolve-se lateralmente à linha média do lábio superior e da base alar⁴. É uma lesão rara e representa 0,7% dos cistos que ocorrem na região maxilofacial^{5,6}.

A sua patogênese é incerta, existindo várias teorias para a origem da lesão. As mais aceitas acreditam que o cisto é originado de remanescentes epiteliais retidos ao longo da linha de fusão dos processos nasal lateral, nasal mediano e maxilar, sendo um «cisto fissural», ou que se origina da deposição do epitélio do ducto nasolacrimal⁷.

Clinicamente caracteriza-se por um aumento de volume unilateral na região nasolabial, causando uma elevação da asa do nariz, projeção do lábio superior⁸ e, em alguns casos, obstrução nasal². Apresenta um crescimento lento e assintomático, podendo a dor ocorrer quando associada a infecção⁹. Ocorre entre a 1.^a e 7.^a décadas de vida, sendo mais comum em pacientes adultos entre 40-50 anos, tendo predileção pelo gênero feminino (3:1)¹ e pela raça negra¹⁰.

O diagnóstico normalmente é baseado na evolução clínica, podendo exames de imagem como radiografia, tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética auxiliar no mesmo.

O tratamento da lesão pode ser realizado através da aspiração com utilização de agulha fina, incisão e drenagem, a enucleação cística por acesso intraoral, marsupialização da lesão por via endoscópica^{8,11} e injeção intralesional de agente esclerosantes⁴.

O objetivo deste artigo é apresentar o tratamento de um caso de cisto nasolabial infetado e promover uma revisão de literatura.

Caso clínico

Paciente do gênero masculino, melanoderma, 40 anos, compareceu ao Pronto Socorro da Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Londrina (PS/COU-UEL) com queixa de dor e aumento de volume na região da asa do nariz do lado esquerdo. Relatou início dos sintomas após sofrer trauma em seu ambiente de trabalho 2 dias antes.

Clinicamente observou-se aumento de volume extrabucal na região nasolabial, com dor à palpação (figs. 1 e 2). Ao exame intrabucal não foi observado aumento de volume e os dentes apresentavam vitalidade. Promoveu-se uma punção aspirativa da lesão com resultado positivo para líquido citrino e secreção purulenta em pequena quantidade (fig. 3).

Nas radiografias panorâmica e periapicais não foram observadas alterações. Foi prescrita antibioticoterapia empírica (amoxicilina 500 mg VO 8/8h). O paciente foi então encaminhado para o Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, onde foi realizada uma TC que evidenciou uma imagem hipodensa circunscrita com uma homogênea radiodensidade na região da asa do nariz esquerda, associada a uma concavidade óssea na região anterior esquerda do assoalho da cavidade piriforme onde assentava a imagem hipodensa

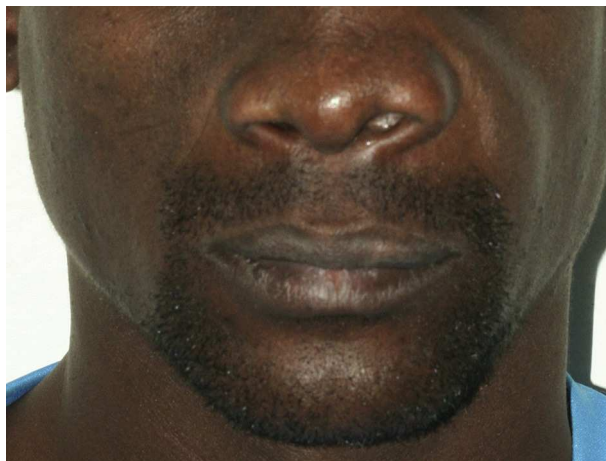


Figura 1 – Aumento de volume do lado esquerdo da face.

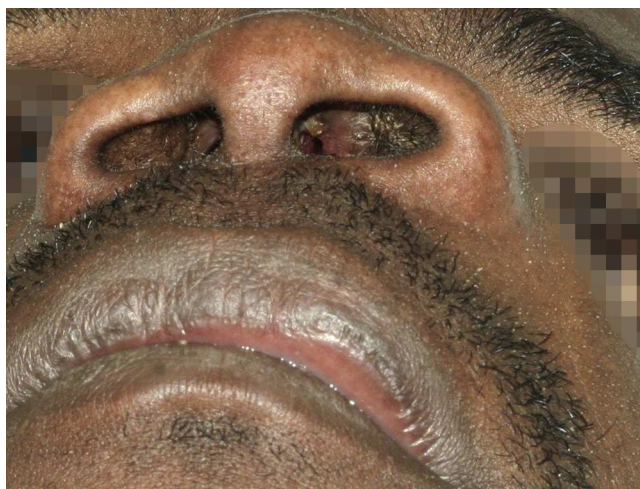


Figura 2 – Elevação da asa do nariz esquerda.



Figura 3 – Líquido citrino com presença de secreção purulenta.



Figura 4 – Tomografia computadorizada, corte axial.

circunscrita (figs. 4-6). No dia seguinte o paciente apresentou regressão do aumento de volume, porém ainda apresentava a asa esquerda do nariz elevada.

Com base nos achados clínicos e imagiológicos a hipótese diagnóstica foi de cisto nasolabial infetado. A lesão foi removida cirurgicamente através de uma abordagem intra-bucal, sob anestesia geral. Foi realizada uma incisão linear no fundo do saco do vestibulo na região anterior da maxila para a remoção da lesão (fig. 7). Durante o procedimento cirúrgico verificou-se que a lesão estava em íntimo contato com os tecidos adjacentes, principalmente com o tecido de revestimento do assoalho nasal, dificultando a divulsão para a sua dissecação e, assim, culminou com a comunicação da cavidade nasal com o acesso cirúrgico que foi fechada por meio de sutura simples, utilizando fio poliglactina 910 5-0. Macroscopicamente, a lesão era de tecido mole, coloração rósea, formato ovalado, consistência elástica e com dimensão aproximada de 5,5 mm × 5,0 mm × 2,5 mm (fig. 8). A peça cirúrgica foi enviada para exame histopatológico que teve como resultado cisto nasolabial (fig. 9). O paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório há 4 meses (figs. 10 e 11), isento de sintomatologia e sem sinais de recidiva da lesão.



Figura 5 – Tomografia computadorizada, corte coronal.



Figura 6 – Tomografia computadorizada, reconstrução tridimensional (Figuras 4, 5 e 6 evidenciam lesão de tecido mole associada a depressão na cortical óssea vestibular da pré-maxila, lado esquerdo).



Figura 7 – Incisão em fundo de sulco do vestibulo, expondo a lesão já descolada da concavidade provocada pela mesma.

Discussão

O cisto nasolabial foi primeiramente descrito em 1882 por Zuckerkandl. Na literatura, estas lesões também são nomeadas como cisto nasoalveolar e tumor Klesdath¹². É uma lesão que acomete exclusivamente a região anterior da maxila, sendo que apenas 10% dos casos ocorrem bilateralmente¹.

O diagnóstico diferencial do cisto deve ser feito com cistos que acometem a linha central da maxila e cavidade nasal, cistos da maxila, cistos odontogênicos, cistos periapicais, abscesso periapical, granulomas periapicais, cisto de inclusão epidérmica e furúnculos da base do nariz⁴. É relevante principalmente diferenciar a lesão do abscesso dentoalveolar, o que pode ser facilmente realizado através de testes de vitalidade dos dentes adjacentes, como no caso relatado.

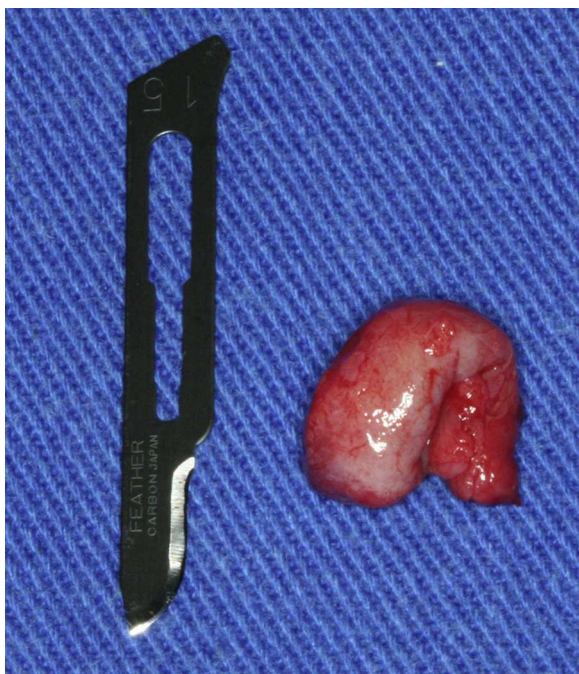


Figura 8 – Peça removida com dimensões aproximadas de 5,5 mm x 5,0 mm x 2,5 mm, coloração rósea e consistência elástica.

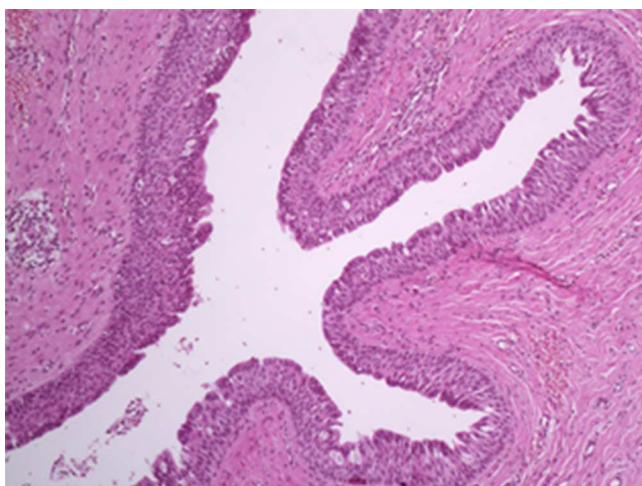


Figura 9 – Corte histológico num aumento de 100 x, corado com HE. Cavidade cística revestida por epitélio pseudoestratificado com células cilíndricas e presença de cílios em algumas regiões.

O exame radiológico também é importante no diagnóstico diferencial de lesões odontogênicas na região, tendo em vista que não se observa nenhuma alteração óssea na região da lesão, especialmente nas fases iniciais do cisto nasolabial², entretanto é importante ressaltar que o diagnóstico final será baseado no resultado histopatológico da lesão.

Com relação à predileção por raça e gênero, o caso relatado condiz com a literatura quanto a raça e a idade, diferindo somente no gênero. De acordo com a literatura, as mulheres

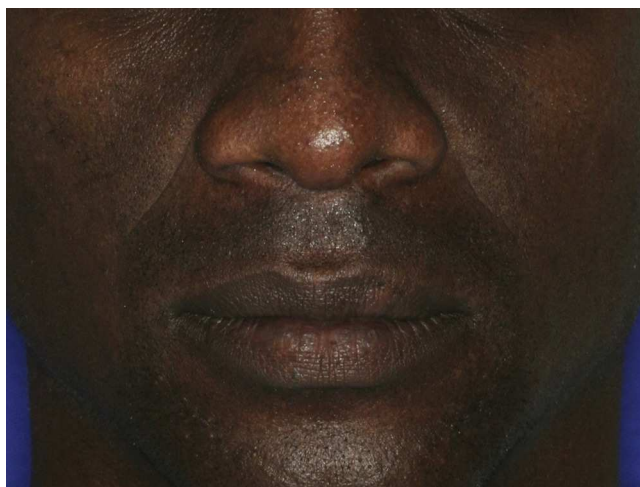


Figura 10 – Acompanhamento pós-operatório de 4 meses, evidenciando regressão total do aumento de volume.

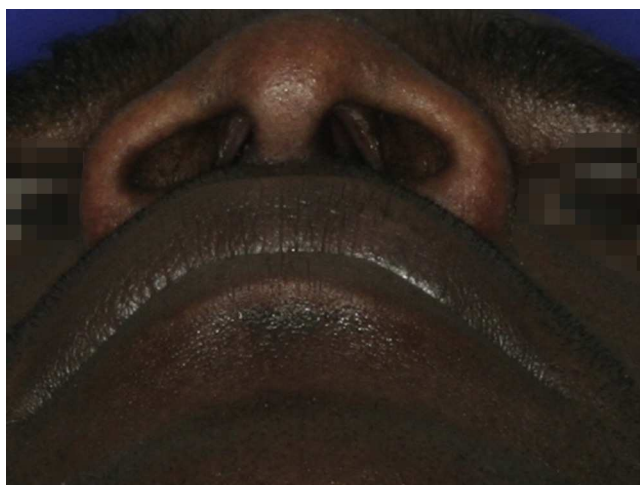


Figura 11 – Acompanhamento pós-operatório de 4 meses, evidenciando regressão total do aumento de volume.

são mais acometidas, porém o presente caso ocorreu em um paciente de 40 anos, negro e do gênero masculino.

Dos tratamentos propostos o mais preconizado é a excisão cirúrgica através do acesso intrabucal, sendo este considerado o padrão ouro^{4,13,14}. Essa forma de tratamento apresenta algumas complicações como: edema facial, perda da vitalidade dos dentes adjacentes à lesão e infecção pós-operatória^{8,15}. No presente caso não foi observada nenhuma dessas complicações. Buscando minimizar essas complicações, foi descrita na literatura a marsupialização do cisto nasolabial através de um acesso transnasal por via endoscópica e os autores relatam como vantagem dessa técnica um menor tempo cirúrgico, dor pós-operatória por um menor período e menor incidência de complicações. Entretanto concluiu-se que tanto o tratamento por excisão da lesão por acesso intrabucal ou por via transnasal apresentam taxa de sucesso similar⁸.

A recorrência dessa lesão é rara e o prognóstico é excelente. Há relato de apenas um caso de transformação maligna¹⁶.

O caso clínico descrito neste trabalho evoluiu com boa cicatrização do sítio cirúrgico, restabelecimento da estética e ausência de recidiva. Conclui-se que o cisto nasolabial, apesar de uma entidade rara, pode ocorrer apresentando características clínicas semelhantes à de infecções odontogênicas, cabendo ao profissional o diagnóstico diferencial. Observou-se resultado satisfatório através do tratamento cirúrgico por acesso intrabucal, com baixa morbidade para o paciente.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de pacientes.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram ter recebido consentimento escrito dos pacientes e/ou sujeitos mencionados no artigo. O autor para correspondência deve estar na posse deste documento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

BIBLIOGRAFIA

1. Sumer AP, Celenk P, Sumer M, Telcioglu NT, Glunhan O. Nasolabial cyst: Case report with CT and MRI findings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2010;109:92-4.
2. Sahin C. Case report nasolabial cyst. *Case Rep Med.* 2009;2009:586201.
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 3 th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
4. Choi JH, Cho JH, Kang HJ, Chae SW, Lee SH, Hwang SJ, et al. Nasolabial cyst: A retrospective analysis of 18 cases. *Ear Nose Throat J.* 2002;81:94-6.
5. Chao WC, Huang CC, Chang PH, Chen YL, Chen CW, Lee TJ. Management of nasolabial cysts by transnasal endoscopic marsupialization. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;135:932-5.
6. El-Din K, el-Hamd AA. Nasolabial cyst: A report of eight cases and a review of the literature. *J Laryngol Otol.* 1999;113:747-9.
7. Tiago RSL, Maia MS, Nascimento GM, Correa JP, Salgado DC. Nasolabial cyst: Diagnostic and therapeutical aspects. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2008;74:39-43.
8. Su CY, Chien CY, Hwang CF. A new transnasal approach to endoscopic marsupialization of the nasolabial cyst. *Laryngoscope.* 1999;109 7 Pt 1:1116-8.
9. Ozer S, Cabbarzade C, Ogretmenoglu O. A new transnasal approach to nasolabial cyst: Endoscopic excision of nasolabial cyst. *J Craniomaxillofac Surg.* 2013;24:1748-9.
10. Bettoni CH, Jaeger F, Alvarenga RL, Rezende FO. Cisto nasolabial: Revisão da literatura e relato de caso clínico. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2011;52:157-60.
11. Chen CN, Su CY, Lin HC, Hwang CF. Microdebrider-assisted endoscopic marsupialization for the nasolabial cyst: Comparisons between sublabial and transnasal approaches. *Am J Rhinol Allergy.* 2009;23:232-6.
12. Kuriloff DB. The nasolabial cyst-nasal hamartoma. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1987;96:268-72.
13. Yuen HW, Julian CY, Samuel CL. Nasolabial cysts: Clinical features, diagnosis, and treatment. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2007;45:293-7.
14. Vasconcelos RF, Souza PE, Mesquita RA. Retrospective analysis of 15 cases of nasolabial cyst. *Quintessence Int.* 1999;30:629-32.
15. David VC, O'Connell JE. Nasolabial cyst. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 1986;11:5-8.
16. López-Ríos F, Lassaletta-Atienza L, Domingo-Carrasco C, Martínez-Tello FJ. Nasolabial cyst: Report of a case with extensive apocrine change. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997;84:404-6.