



CISTO NASOLABIAL: RELATO DE CASO COM ACOMPANHAMENTO DE DOIS ANOS

NASOLABIAL CYST: A CASE REPORT WITH TWO-YEAR FOLLOW-UP

Maria Vitória Fragoso Verçosa¹; Wagner da Silva Oliveira²; Marjhory Fernandes de Moura¹; Rilary Rodrigues Feitosa¹; Viviane Dantas Minervino³; José Wilson Noleto Ramos Junior⁴

¹Graduando(a) em Odontologia. Universidade Federal da Paraíba – Campus I, João Pessoa, Paraíba – Brasil

² Graduando(a) em Odontologia. FACENE, João Pessoa, Paraíba – Brasil

³Graduando(a) em Odontologia. UNIPÊ, João Pessoa, Paraíba – Brasil

⁴Docente do curso de Odontologia. Departamento de Odontologia Restauradora. Universidade Federal da Paraíba – Campus I – João Pessoa, Paraíba – Brasil

Correspondência: Maria Vitória Fragoso Verçosa – Rua Renato de Sousa Maciel – CEP: 58035-150. **E-mail:** mvfv@academico.ufpb.br

Editor Acadêmico: Thiago Lucas da Silva Pereira

Received: 05/05/2023 / **Review:** 30/06/2023 **Accepted:** 30/07/2023

Como citar este artigo: Verçosa MVF, Oliveira WS, Moura MF, Feitosa RR, Minervino VD, Junior JWR. Cisto Nasolabial: Relato de Caso com Acompanhamento de dois anos. RevICO. 2023; 21:e004

RESUMO

Introdução: O cisto nasolabial é um cisto não odontogênico raro dos maxilares, sendo o único cisto desta categoria que ocorre em tecido mole. Sua etiologia é controversa, sendo a teoria mais aceita a que sugere que estes cistos tenham origem a partir de remanescentes epiteliais do ducto ou cordão nasolacrimal embrionário, ou se desenvolvam a partir da porção anterior e inferior do ducto nasolacrimal já desenvolvido. Geralmente é assintomático, unilateral, tendo maior predileção pelo gênero feminino, sendo os afro-descendentes os mais acometidos. É diagnosticado com mais frequência em indivíduos da quarta e quinta décadas de vida. Clinicamente pode causar elevação da asa do nariz, apagamento do sulco nasogeniano e do fundo de vestíbulo na região. O exame tomográfico pode evidenciar um defeito ósseo côncavo na margem inferior da cavidade piriforme do lado acometido. A excisão cirúrgica por acesso intraoral é o tratamento de escolha para o cisto nasolabial, sendo a lesão separada do tecido conectivo adjacente por dissecação roma. O prognóstico é favorável, sem casos de recidiva descritos na literatura.

Relato de caso: Paciente do gênero feminino, de 37 anos, melanoderma, foi atendida no Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Paraíba (HULW), a qual apresentava aumento de volume causando elevação da asa do nariz e apagamento do sulco nasogeniano do lado direito. O exame tomográfico revelou imagem hipodensa bem circunscrita na região da maxila do lado acometido. A lesão foi tratada com sucesso por meio de remoção pela técnica de dissecação roma, não apresentando sinais ou sintomas de recidiva após dois anos de acompanhamento. **Conclusão:** O bom resultado obtido neste trabalho, assim como os demais descritos na literatura, tem nos incentivado a adotar a dissecação roma como forma de tratamento para os cistos nasolabiais.

Descritores: Cisto Nasolabial. Cisto Não-odontogênico. Cirurgia Oral.



Introdução

O cisto nasolabial (CN) também é conhecido como cisto nasoalveolar ou cisto de Klestadt. É uma patologia de etiologia ainda não definida, sendo considerado um cisto de desenvolvimento não odontogênico raro, correspondendo a cerca de 0,7% dos cistos dos maxilares. A teoria mais aceita pela literatura é a que se origina de restos epiteliais do ducto ou cordão nasolacrimal embrionário, ou que se desenvolvam a partir da porção anterior e inferior do ducto nasolacrimal já desenvolvido. Esta teoria tem mais respaldo pelo fato deste cisto apresentar o mesmo tipo de revestimento epitelial encontrado no ducto nasolacrimal. É mais frequente em adultos de meia idade, entre a quarta e quinta décadas de vida, e apresenta uma prevalência maior no gênero feminino em uma proporção de 3,7:1 a 6,5:1. A literatura salienta que há uma maior prevalência em indivíduos afro-descendentes¹.

Clinicamente caracteriza-se por um aumento de volume de crescimento lento e assintomático. Apresenta-se como uma tumefação apenas em tecido mole, entre o lábio superior e a asa do nariz do lado acometido, causando elevação desta última, e apagamento do sulco nasogeniano e do fundo de vestíbulo da região³. Quando palpado, sua consistência é macia e flutuante. Devido à deformidade gerada pela lesão, os pacientes tendem a procurar atendimento por razões estéticas, sendo que, em alguns relatos, pode haver dificuldade em respirar pelo nariz². Em geral as radiografias convencionais não são indicadas pelo fato do CN ser uma lesão extraóssea. Neste caso, a tomografia computadorizada com janela para tecidos moles pode evidenciar com mais detalhes e confiabilidade as características císticas desta lesão¹.

Histopatologicamente, os CN apresentam revestimento interno com epitélio colunar pseudoestratificado, consistindo principalmente de células colunares e caliciformes secretoras de muco, voltadas para o lúmen do cisto, com ilhas de células epiteliais superficiais separadas por células profundas e sulcos largos. Os achados histopatológicos demonstram semelhança com os epitélios encontrados nos os canalículos e sacos lacrimais, no ducto nasolacrimal e no sistema respiratório^{4,5}.

No que tange à conduta terapêutica aplicada no tratamento do CN, a excisão cirúrgica por dissecação romba se mostra o tratamento mais comum, eficaz e efetivo na remoção completa da lesão, sendo comumente realizada por acesso intraoral sob anestesia local. Outra tipo de abordagem descrito na literatura é a marsupialização transnasal por via endoscopia, a qual visa a diminuição gradativa da lesão, para posterior remoção completa⁶.

O presente trabalho tem como objetivo descrever um caso clínico de CN em paciente do gênero feminino, o qual foi tratado com sucesso pela excisão cirúrgica da lesão pela técnica de dissecação romba, além de fazer uma breve revisão de literatura sobre o tema.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, de 37 anos de idade, melanoderma, compareceu ao Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UFPB (HULW) com queixa de aumento de volume na asa direita do nariz. O exame clínico extra-oral evidenciou aumento de volume assintomático, causando elevação da asa no nariz e apagamento do sulco nasogeniano direito (Figura 1A). Ao exame intra-oral, observamos discreto aumento de volume em fundo de vestíbulo da região dos dentes 11 e 12 (ausentes) (Figura 1B).

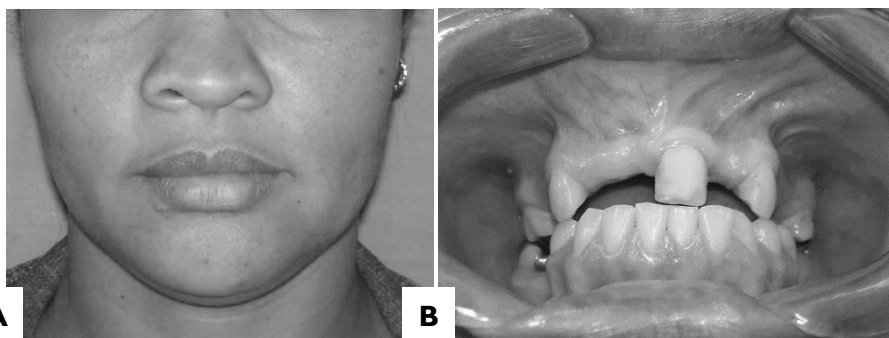


Figura 1. A) Aspecto clínico extra-oral inicial evidenciando elevação da asa do nariz do lado direito. B) Aspecto clínico intra-oral salientando o apagamento do fundo de vestibulo anterior do lado direito.

O exame tomográfico revelou imagem hipodensa bem circunscrita na região da maxila do lado direito (Figura 2A). Na reconstrução em 3D da tomografia computadorizada (Figura 2B), foi observado defeito ósseo de formato côncavo na margem óssea inferior da cavidade piriforme, causado pela pressão exercida pela lesão no local, com preservação da continuidade da parede óssea.

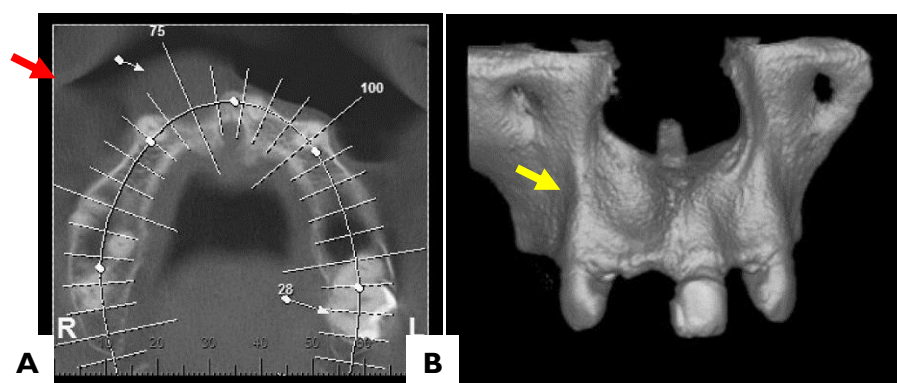


Figura 2. A) Corte tomográfico axial salientando a lesão em região anterior do lado direito (seta vermelha). B) Reconstrução tomográfica em 3D evidenciando o defeito ósseo de forma côncava do lado direito da cavidade piriforme, causado pela pressão local da lesão (seta amarela).

O tratamento consistiu na remoção cirúrgica da lesão por meio de dissecação romba, com auxílio de uma tesoura de Metzemaum curva, pelo fato da mesma apresentar um envoltório capsular bem definido, via acesso intraoral intrasulcular, sob anestesia local (3,6ml de lidocaína a 2% com adrenalina 1:100.000). A lesão se destacou com facilidade dos tecidos adjacentes (Figura 3).

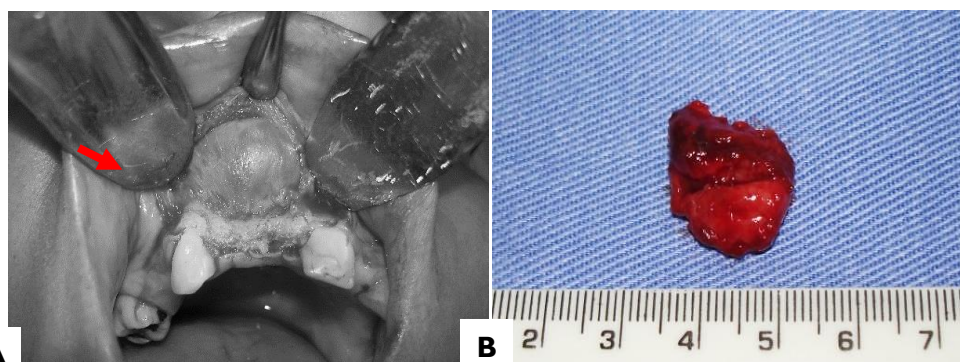


Figura 3. A) Período transoperatório destacando a lesão com seu envoltório capsular bem definido (seta vermelha). B) Lesão após remoção.



A paciente foi acompanhada por aproximadamente dois anos, não apresentando sinais ou sintomas de recidiva (Figura 4).



Figura 4. Aspecto clínico extra-oral pós-operatório evidenciando a restauração da normalidade da anatomia da asa do nariz do lado direito. B)Aspecto clínico intra-oral pós-operatóriodestacandoo restabelecimento da profundidade normal do fundo de vestibulo anterior do lado direito. C) Reconstrução tomográfica em 3D pós-operatóriasalientandoo restabelecimento da normalidade da anatomia lado direito da cavidade piriforme.

COMENTÁRIOS

O diagnóstico diferencial do CN inclui cistos odontogênicos e não odontogênicos, tais como o cisto radicular, o cisto periapical, o ceratocisto odontogênico e o cisto dentífero com expansão para partes moles, além do cisto do ducto nasopalatino. Também podem ser citadas as neoplasias benignas de tecidos moles, tais como schwannomas, neurofibromas e tumores de glândulas salivares menores. O cisto gastrointestinal heterotópico e o cisto dermóide/epidermoide também são citados como possíveis diagnósticos diferenciais.⁴Como o CN é encontrado exclusivamente na região anterior da maxila, em tecido mole adjacente à região da asa do nariz, tal fato auxilia a diminuir o leque de possibilidades em relação às hipóteses diagnósticas.

Algumas hipóteses etiológicas estão relacionadas com a origem embrionária dos CN, podendo sedesenvolvera partir do epitélio nasal embrionário aprisionado entre a fusão dos processos maxilares e os processos nasais medial e lateral. Além disso, Parwaniet al. (2013)⁷ observaram proliferação de epitélio colunar pseudoestratificado com cílios ou numerosas células caliciformes, compatível com resquílios embrionários do ducto nasolacrimal e de estruturas ductais primitivas.

Clinicamente, cerca de 90% dos casos são unilaterais, acometendo, na maioria das vezes, mulheres afro-descendentes, com predileção por adultos entre a quarta e a quinta década de vida ³. Quanto ao sítio anatômico, não há diferenças em relação aopercentual de casos acometendo os ladosdireito e esquerdo¹. A paciente relatada neste trabalho está de acordo com a literatura.

Em relação aos achados imagiológicos, as radiografias intraorais ou a panorâmica geralmente não sãoindicadaspara auxiliari nodiagnóstico do CN⁶.A tomografia computadorizada (TC) geralmenteevidencia uma lesão de partes moles bem demarcada, arredondada, homogênea e de baixa densidade na região nasolabial. A ressonância magnética (RM),por sua vez, é capaz de mostrar as características de um cisto contendo líquido. Sendo assim, atomografia computadorizada é preferível à ressonância magnética devido ao seu custo mais baixo, boa resolução e fidedignidade⁸.No presente caso, o exame tomográfico evidenciou o



tamanho da lesão, sua proximidade com a cavidade nasal, auxiliando na escolhido tipo de abordagem cirúrgica.

No caso clínico relatado neste trabalho, a hipótese diagnóstica de cisto nasolabial foi estruturada nos achados clínicos e tomográficos, os quais corroboravam com todas as características da lesão, sendo o diagnóstico posteriormente confirmado pelo exame histopatológico. O tratamento de escolha citado na literatura especializada é a excisão cirúrgica conservadora, por acesso intra-oral, sob anestesia local por meio de dissecação romba, conseguindo um plano de clivagem entre a cápsula da lesão e os tecidos moles adjacentes, com um prognóstico excelente. Durante o período transoperatório é possível observarmos o defeito ósseo próximo à base da cavidade piriforme^{2,3}. O caso clínico deste estudo foi tratado de forma semelhante, sem sinais ou sintomas de recidiva após dois anos de acompanhamento.

Dentre as complicações mais comuns relacionadas ao tratamento cirúrgico do CN, são citados na literatura o edema facial/perinasal, parestesia relacionada ao nervo infra-orbitário e dor pós operatória⁹. Tais complicações, quando ocorrem, apresentam resolução em um período de sete a quinze dias. Vale ressaltar que, durante o procedimento cirúrgico, devemos ter cuidado para não traumatizar os filetes do nervo infra-orbitário, que muitas vezes se encontram próximos da lesão. Durante o acompanhamento pós-operatório, a paciente deste trabalho apresentou discreto edema local, o qual apresentou resolução em aproximadamente sete dias, configurando sucesso do tratamento.

O bom resultado obtido com o caso relatado e os trabalhos já publicados têm nos incentivado a adotar a dissecação romba como forma de tratamento do CN, visto se tratar de um procedimento simples e de baixa morbidade.

Suporte Financeiro

Não houve suporte financeiro.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram não ter conflitos de interesse

Disponibilização dos dados

Os dados usados para dar suporte aos achados deste estudo podem ser disponibilizados mediante solicitação ao autor correspondente.

ABSTRACT

Introduction: The nasolabial cyst is a rare non-odontogenic cyst of the jaws, being the only cyst of this category that occurs in soft tissue. Its etiology is controversial, and the most accepted theory is that it suggests that these cysts originate from epithelial remnants of the embryonic nasolacrimal duct or cord, or develop from the anterior and inferior portion of the already developed nasolacrimal duct. It is usually asymptomatic, unilateral, with a greater predilection for the female gender, with Afro-descendants being the most affected. It is most often diagnosed in individuals in the fourth and fifth decades of life. Clinically it can cause elevation of the nose wing, deletion of the nasogenian sulcus and the vestibule fundus in the region. Tomography may show a convex bone defect in the lower margin of the piriform cavity on the affected side. Surgical excision by intraoral access is the treatment of choice for the nasolabial cyst, and the lesion is separated from the adjacent connective tissue by blunt dissection. The prognosis is favorable, with



no cases of recurrence described in the literature. **Case report:** A 37-year-old female patient, melanoderma, was treated at the Residency Program in Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology of the Federal University of Paraíba (HULW), which presented an increase in volume causing elevation of the nose wing and deletion of the nasogenian sulcus on the right side. The CT scan revealed a well-circumscribed hypodense image in the maxilla region of the affected side. The lesion was successfully treated by removal by the blunt dissection technique, with no signs or symptoms of recurrence after two years of follow-up.

Conclusion: The good result obtained in this study, as well as the others described in the literature, has encouraged us to choose blunt dissection as a form of treatment for nasolabial cysts.

Keywords: Nasolabial Cyst. Non-odontogenic Cyst. Oral Surgery.

Referências

1. Kajla P, Lata J, Agrawal R. Nasolabial Cyst: review of literature and a case report. *Journal of maxillofacial and oral surgery*. 2014;1(2):227-230.
2. Almutairi A, Alaglan A, Alenezi M, Alanazy S, Al-Wutayd O. Nasolabial cyst: case report and review of management options. *Bmc Surgery*. 2020;20(1):1-6.
3. Bettoni CH, Jaeger F, López-Alvarenga, Rezende FO. Cisto nasolabial: revisão da literatura e relato de caso clínico. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e CirurgiaMaxilofacial*. 2011;52(3):157-160.
4. Tilaveridis I, Venetis G, Tatsis D, Kalaitidou I, Zouloumis L. The aid of microsurgical instruments in nasolabial cyst enucleation. A report of two cases with critical review of the therapeutic approach. *Journal of surgical case reports*. 2023;25(1):rjad011.
5. Segundo AVL, Soares MSM, Nogueira FCN, Lopes PHS. Cisto nasolabial: relato de 2 casos. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*. 2013;13(4):57-62.
6. Zografos I, Podaropoulos E, Mallilou E, Tosios KI. Nasolabial Cyst: a case report. *Oral Surgery*. 2019;12(1):51-56.
7. Parwani R, Parwani S, Wanjari S. Diagnosis and management of bilateral nasolabial cysts. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology: JOMFP*. 2013;17(3):443.
8. Ocak A, Duman SB, Bayrakdar IS, Cakur B. Nasolabial cst: a case report with ultrasonography and magnetic resonance imaging findings. *Case reposts in dentistry*. 2017;2017:1-4.
9. Sheikh AB, Chin OY, Fang CH, Li JK, Baredes E, Eloy JA. Nasolabial cysts: a systematic review of 311 cases. *Laryngoscope*. 2016;126(1):60-66.