

## Cisto do ducto nasopalatino: relato de caso clínico

Maiolino Thomaz Fonseca OLIVEIRA<sup>a</sup>, Dárcio Rodrigues FREIRE<sup>a</sup>,  
Aline Arêdes BICALHO<sup>b</sup>, Cássio Roberto Rocha dos SANTOS<sup>c</sup>, Janir Alves SOARES<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Alunos do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial,  
UFU – Universidade Federal de Uberlândia, 38405-320 Uberlândia - MG, Brasil

<sup>b</sup>Aluna do Curso de Especialização em Dentística Estética e Restauradora,  
Faculdade de Odontologia, UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas,  
13414-903 Piracicaba - SP, Brasil

<sup>c</sup>Professor Titular de Cirurgia Bucal,  
UFVJM – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri,  
39100-000 Diamantina - MG, Brasil

<sup>d</sup>Professor Adjunto de Endodontia,  
UFVJM – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri,  
39100-000 Diamantina - MG, Brasil

Oliveira MTF, Freire DR, Bicalho AA, Santos CRR, Soares JA. Nasopalatine duct cyst: clinical case report. Rev Odontol UNESP. 2009; 38(6): 371-4.

**Resumo:** O cisto do ducto nasopalatino é o de maior frequência na classificação dos cistos de origem não odontogênica. O seu desenvolvimento pode promover alterações estéticas e comprometer estruturas que compõem a região nasopalatina. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de cisto do ducto nasopalatino, em cuja conduta realizou-se marsupialização seguida de enucleação como tratamento cirúrgico desta lesão. Ressaltam-se também as dificuldades de diagnóstico do cisto do ducto nasopalatino e a conduta terapêutica preconizada para a sua resolução.

**Palavras-chave:** *Cistos; cistos maxilomandibulares; cistos não odontogênicos.*

**Abstract:** The nasopalatine duct cyst (NPDC) is considered to be the most frequent of the nonodontogenic cysts. Its development can cause aesthetic alterations and compromise the structures composing the nasopalatine region. This work aimed to report a clinical case of the nasopalatine duct, in which marsupialization was used, followed by enucleation as a surgical treatment for this lesion, with emphasis on the diagnosis difficulties experienced and the therapeutic conduct proclaimed for its resolution.

**Keywords:** *Cysts; jaw cysts; nonodontogenic cysts.*

### Introdução e revisão da literatura

A região nasopalatina é composta pelas estruturas oriundas da proeminência frontal no embrião e é elementar na composição das estruturas relacionadas às cavidades nasal e bucal. É constituída, basicamente, pelo órgão vomeronasal, canal incisivo, linha média, ducto nasopalatino e ossos maxilares. Essas estruturas, componentes da região nasopalatina, estão intimamente relacionadas com a ocorrência do cisto do ducto nasopalatino, em especial o canal incisivo.

O canal incisivo é uma estrutura óssea com forma tubular e direção superior e posterior localizado na região de união dos processos palatinos maxilares com a pré-maxila. O interior desse canal abriga vasos e nervos nasopalatinos,

além do ducto nasopalatino em forma de ilhas e cordões epiteliais e glândulas mucosas.

O cisto do ducto nasopalatino foi descrito pela primeira vez como uma cavidade localizada na região mediana anterior da maxila.<sup>1</sup> Os aspectos clínicos e radiográficos do cisto do ducto nasopalatino apresentam-se como edema no palato, deslocamento dentário e edema no lábio.<sup>2</sup> Chamda, Shear<sup>3</sup> determinaram a frequência de 1,3% dos casos de cisto do ducto nasopalatino em 960 crânios de indivíduos de raça negra. Em uma casuística de 1.345 cistos dos maxilares, 157 casos eram cisto do ducto nasopalatino.<sup>4</sup> Outros estudos evidenciam a predisposição da raça negra para formas mais

agressivas do cisto ducto nasopalatino.<sup>5-7</sup> A etiologia do cisto do ducto nasopalatino pode ser devida à ocorrência de um trauma ou de uma infecção. Em seres humanos, o ducto nasopalatino apresenta-se, na maioria das vezes, obliterado, formado por restos epiteliais em forma de ilhas e cordões que podem se comunicar com a cavidade nasal e bucal. A literatura apresenta uma pequena amostra de casos, nos quais o ducto nasopalatino mantém-se desobstruído e com suas extremidades abertas. Essas apresentações clínicas são classificadas como ducto nasopalatino patente total ou parcial. Quando as duas extremidades, a nasal e a bucal, encontram-se abertas, classifica-se como ducto nasopalatino total. Se apenas uma extremidade encontra-se desobstruída, denomina-se ducto nasopalatino patente parcial. O diagnóstico precoce do ducto nasopalatino patente é de grande valia na prevenção desse tipo de cisto.

O cisto do ducto nasopalatino é o de maior frequência na classificação dos cistos não odontogênicos. Equívocos terapêuticos e dificuldades de diagnóstico são consequências clínicas comuns ao tratar-se esse tipo de cisto. A localização e a forma de apresentação implicam em alterações estéticas e funcionais na região anterior da maxila e da cavidade nasal. Este trabalho apresenta um caso clínico de cisto do ducto nasopalatino, abordando a importância do seu diagnóstico e o seu tratamento.

### Relato de caso clínico

Paciente do gênero masculino, melanoderma, compareceu à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM queixando-se de um abaulamento na região anterior da maxila. Durante a anamnese, o paciente relatou que fazia aproximadamente um ano que ele tinha sido submetido a tratamento endodôntico dos dentes 11 e 21, realizado por um profissional. Durante a inspeção extraoral, observou-se a presença de assimetria facial com discreta elevação do lábio superior.

Ao exame intraoral, foi possível observar um abaulamento das corticais ósseas vestibular e palatina referente aos incisivos (Figura 1). Exames imaginológicos complementares – tomografia computadorizada (Figura 2) e radiografia oclusal – foram solicitados, nos quais se constatou a presença de uma área radiolúcida, compatível com uma lesão osteolítica abrangendo a região relacionada aos incisivos superiores, deslocamento dentário, além de tratamento endodôntico insatisfatório dos dentes 11 e 21.

Testes de sensibilidade pulpar foram realizados e respostas negativas foram obtidas apenas para os dentes incisivos centrais superiores. Uma punção aspirativa foi realizada, obtendo-se resultado positivo para líquido. Considerando-se a deficiente obturação dos canais radiculares, os retratamentos endodônticos dos dentes 11 e 21 foram realizados, não sendo observada nenhuma melhora clínica com esse procedimento. Diante desse fato, especulou-se tratar-se de



Figura 1. Aspecto clínico intraoral da lesão.

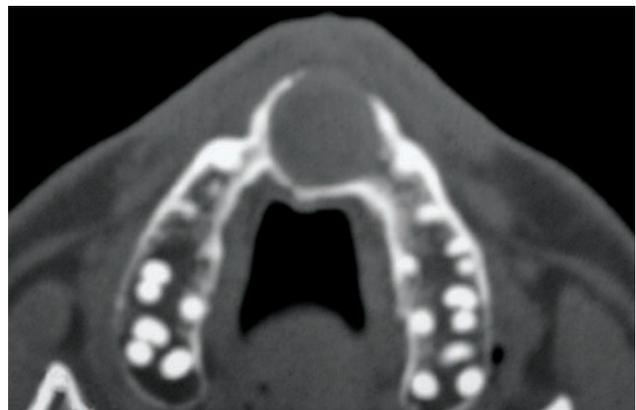


Figura 2. Imagem tomográfica compatível com lesão osteolítica.

uma lesão periapical de origem não odontogênica. Um novo planejamento terapêutico, fundamentado na obturação dos canais radiculares e na cirurgia bucal de enucleação da lesão, foi proposto. A técnica cirúrgica constou inicialmente de marsupialização seguida de biópsia (Figura 3).

O fragmento removido foi encaminhado ao Serviço de Patologia da UFVJM. O laudo histopatológico foi compatível com cisto do ducto nasopalatino. O paciente foi orientado a realizar irrigações da cavidade com soro fisiológico, além de consultas periódicas para avaliação clínica. Transcorridos 12 meses após a marsupialização, planejou-se a cirurgia de enucleação total da lesão, realizada sob anestesia local. Após o deslocamento total do retalho e osteotomia, a lesão foi removida (Figura 4), reposicionou-se o retalho e a sutura foi realizada com fio de seda. A peça operatória foi encaminhada ao Laboratório de Patologia da UFVJM, confirmando-se o diagnóstico de cisto do ducto nasopalatino (Figura 5). O paciente foi orientado a fazer uso de analgésico e anti-inflamatório, e a sutura foi removida dez dias após a cirurgia.

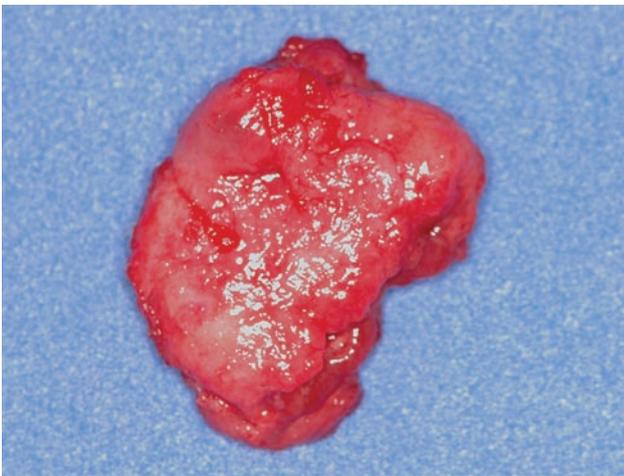
O laudo histopatológico confirmou o diagnóstico de cisto do ducto nasopalatino, revelando a existência de lesão cística



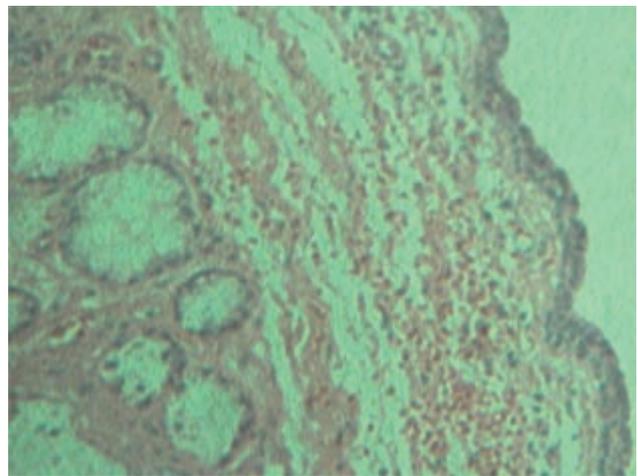
**Figura 3.** Aspecto clínico da cavidade marsupial.



**Figura 4.** Loja cirúrgica e canal incisivo após enucleação cística.



**Figura 5.** Aspecto da lesão após enucleação.



**Figura 6.** Aspecto microscópico da lesão.

revestida internamente por tecido pavimentoso estratificado não ceratinizado, atrófico em sua maior extensão. Cápsula conjuntiva constituída por tecido fibroso denso, exibindo moderado infiltrado inflamatório mononuclear, com a presença de glândulas secretoras mucosas, abundantes vasos sanguíneos e tratos nervosos (Figura 6).

O paciente permaneceu em preservação após os procedimentos e aos 18 meses dessa etapa, foi possível observar, em exame radiográfico, imagem sugestiva de neoformação óssea na área ocupada pelo cisto do ducto nasopalatino (Figura 7).

### Discussão

O cisto do ducto nasopalatino é o cisto não odontogênico da cavidade oral mais comum, ocorrendo em cerca de 1% da população.<sup>4</sup> Os ductos nasopalatinos encontram-se na forma de ilhotas e cordões epiteliais dentro dos canais incisivos. São mencionados como possíveis fatores etiológicos do cisto do ducto nasopalatino, o trauma e a infecção do ducto. Embora a patogênese seja incerta, é mais provável que a lesão cística se desenvolva por degeneração espontânea de remanescentes do ducto nasopalatino. O cisto do ducto nasopalatino, apesar



**Figura 7.** Aspecto radiográfico após 18 meses de preservação.

de ser um cisto de desenvolvimento, raramente é observado na primeira década de vida. Apresenta predileção pelo gênero masculino<sup>8</sup> e, dentre seus sinais, inclui-se tumefação na região anterior do palato, de crescimento lento.<sup>9</sup> Muitas lesões são assintomáticas, sendo descobertas em exames

radiográficos de rotina. O edema no palato, o deslocamento dentário, o edema no lábio e a forma oval foram descritos como os aspectos clínicos e radiográficos mais comuns do cisto do ducto nasopalatino.<sup>2,9,10</sup> As radiografias revelam uma área radiotransparente bem circunscrita, próxima à linha média da região anterior da maxila, geralmente arredondada ou oval. Outros casos podem apresentar a clássica forma de “coração”, resultante da sobreposição da espinha nasal anterior. As características clínicas e radiográficas referentes ao cisto do ducto nasopalatino citadas no presente relato seguem padrões similares às definições consideradas pela literatura. Tais características associadas ao cisto do ducto nasopalatino confundem-se com características de outras lesões na região anterior do palato. O forame incisivo pode apresentar-se maior que o tamanho usual, o que pode ser um fator dificultante na sua diferenciação em relação a um pequeno cisto. Uma imagem radiotransparente na região nasopalatina, com 6 mm ou menos, pode ser, portanto, considerada um forame.<sup>9</sup> Mecanismos imunopatológicos podem ser responsáveis pelo desenvolvimento de cistos periapicais de origem endodôntica na região anterior do palato, associados aos incisivos superiores.<sup>11</sup> A apresentação clínica e radiográfica do cisto periapical assemelha-se a estágios do desenvolvimento do cisto do ducto nasopalatino.<sup>12</sup> Exames clínicos e radiográficos são imprescindíveis para a definição presuntiva de um diagnóstico. Os equívocos terapêuticos são frequentemente observados quando se trata de cisto do ducto nasopalatino.

O desenvolvimento do cisto do ducto nasopalatino acarreta alterações estéticas e compromete estruturas que compõem a região nasopalatina.<sup>13</sup> O seu tratamento é fundamentado na remoção cirúrgica, precedida ou não por uma marsupialização.<sup>14</sup> A biópsia é recomendada porque o cisto do ducto nasopalatino não pode ser diagnosticado radiograficamente e existem outras lesões benignas e malignas que se assemelham ao este cisto. A anamnese, a biópsia e o tratamento cirúrgico são essenciais para que os danos estéticos e estruturais consequentes do cisto do ducto nasopalatino sejam minimizados.<sup>13</sup>

Ductos nasopalatinos patentes total ou parcial, com suas extremidades abertas, foram relatados em uma casuística reduzida de 29 indivíduos. A inspeção clínica da região próxima à papila incisiva durante o exame intraoral é de suma importância para o diagnóstico de ducto nasopalatino patente.<sup>13</sup> Com o auxílio de um cone de Guta-Percha, pode-se verificar a existência de uma abertura próxima à papila. Esse dado clínico é importante para o diagnóstico precoce do cisto do ducto nasopalatino, que pode se desenvolver a partir das estruturas epiteliais desse ducto.

## Conclusão

O cisto do ducto nasopalatino, apesar de ser o mais frequente dos cistos não odontogênicos, apresenta dificuldade do seu diagnóstico na clínica odontológica. A falta de conhecimento da etiopatogenia do cisto do ducto nasopalatino pode resultar em erros de diagnóstico e de conduta terapêutica.

## Agradecimentos

Aos funcionários e professores da Clínica de Cirurgia Bucal da UFVJM, em especial aos Profs. Drs. Miguel Ângelo Ferreira e Paulo César de Lacerda Dantas.

## Referências

1. Meyer AW. Median anterior maxillary cists. *J Am Dent Assoc.* 1931;18:1851-77.
2. Nortjé CJ, Farman AG. Nasopalatine duct cyst. An aggressive condition in adolescent Negroes from South Africa? *Int J Oral Surg.* 1978;7:65-72.
3. Chamda RA, Shear M. Dimensions of incisive fossae on dry skulls and radiographs. *Int J Oral Surg.* 1980;9:452-7.
4. Shear M. Cistos da região bucomaxilofacial. São Paulo: Santos; 1999.
5. Hertzanu Y, Cohen M, Mendelsohn DB. Nasopalatine duct cyst. *Clin Radiol.* 1985;36:153-8.
6. Saunders LA, Wisnewski H, Soumerai S. Extensive incisive canal cyst. *Oral Surg.* 1968;20:285-90.
7. Campbell JJ, Baden E, Williams AC. Nasopalatine cyst of unusual size: report a case. *J Oral Surg.* 1973;31:776-9.
8. Swanson KS, Kaugars GE, Gunsolley JC. Nasopalatine duct cyst: an analysis of 334 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991;49:268-71.
9. Neville BW, et al. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
10. Susumo T, Seiji L, Shumei M, Mitsunobu K, Chiaki Y, Masaya O. Extensive nasopalatine duct cyst causing nasolabial protusion. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008;106:46-50.
11. Takahashi K. Microbiological, pathological, inflammatory, immunological and molecular biological aspects of periradicular disease. *Int Endod J.* 1998;31:311-25.
12. Moss HD, Hellstein JW, Johnson JD. Endodontic considerations of the nasopalatine duct region. *J Endod.* 2000;26:107-10.
13. Santos CRR. Cisto do ducto nasopalatino e ducto nasopalatino patente: estudos analítico da casuística em fetos e adultos humanos e bibliométrico (tese doutorado). São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1999.
14. Elliot KA, Franzese CB, Pitman KT. Diagnosis and surgical management of nasopalatine duct cysts. *Laryngoscope.* 2004;114:1336-40.

### Autor para correspondência:

Maiolino Thomaz Fonseca Oliveira  
 maiolinothomaz@gmail.com

Recebido: 31/03/2009

Aceito: 28/12/2009