

Quisto de Klestadt (Nasolabial)

A. Gomes da Silva*, Carlos Coelho Cardoso**

Resumo: Os autores relatam a sua experiência no diagnóstico e tratamento de uma situação clínica de quisto nasolabial, e a propósito do mesmo fazem uma revisão bibliográfica actualizada, abordando os seus diferentes aspectos – quadro clínico com sintomas e sinais, diagnóstico, tratamento, histologia e prognóstico.

Palavras-Chave: Quisto de Klestadt; Quisto nasolabial; Canal nasolacrimal

Abstract: The authors described a clinical situation of nasolabial cyst diagnosed and treated by themselves, and based on it, they realized a bibliographic revision of the actual scientific literature concerning the nasolabial cyst, in its different aspects – clinical symptoms and signals, diagnosis, treatment, histological aspects and prognosis.

Key-words: Klestadt cyst; Nasolabial cyst; Nasolacrimal channel

(Gomes da Silva A, Cardoso CC. Quisto de Klestadt (Nasolabial). Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2008;49:233-236)

* Médico Dentista Civil no Serviço de Estomatologia, Cirurgia Maxilofacial e Medicina Dentária do Hospital da Marinha. Médico Dentista no Posto Médico dos Serviços Sociais da Caixa Geral de Depósitos.

** CMG MN Res, Médico, Estomatologista, Cirurgião Maxilofacial. Director de Serviço do Serviço de Estomatologia, Maxilofacial e Medicina Dentária do Hospital da Marinha. Estomatologista nos SAMS-SBSI.

INTRODUÇÃO

O quisto de Klestadt é um tumor quístico de desenvolvimento, raro, localizado no sulco nasogeniano, envolvendo a região canina até à base da narina. Inicialmente descrito em 1882 por Zuckerkandl⁽¹⁻⁶⁾, é também conhecido por quisto nasolabial ou por quisto nasomaxilar^(4,7). A sua patogénese é controversa, existindo duas teorias para a sua origem⁽⁸⁾. Klestadt considera-o um quisto fissurário, derivado de epitélio embrionário encarcerado ao longo das linhas de sutura embrionárias⁽⁹⁾. Bruggemann, devido à similar aparência histológica⁽⁹⁾, afirma que o quisto nasolabial deriva de restos das porções anteriores e inferiores do canal nasolacrimal^(1,4,6,7,9-11).

Localizado no sulco nasolabial, 90% das vezes é unilateral⁽¹¹⁾ e manifesta-se habitualmente na 4ª, 5ª ou 6ª década de vida^(1,2,7,11). Tem uma incidência de 3:1 a favor das mulheres^(2,7,11). Normalmente é assintomático, a não ser quando infecta⁽¹¹⁾ ou atinge dimensões consideráveis, provocando apagamento do sulco nasolabial, elevação da asa do nariz do mesmo lado e projecção do lábio superior^(1,7).

Uma vez que está localizado totalmente nos tecidos moles, o rx não apresenta alterações relevantes^(4,7,11). A TAC e a ressonância magnética servem para delimitar anatomicamente o quisto.

Histologicamente, é caracterizado por epitélio respiratório, ou seja, por uma membrana de epitélio colunar pseudo-estratificado^(4,6-11), com numerosas células produtoras de muco (células calciformes – “goblet cells”)^(7,8,10,11) e com frequência células ciliares^(4,11). Pode ser observado, por vezes, epitélio escamoso estratificado^(4,7,8,10) e epitélio cuboide do tipo ductal^(7,10).

O tratamento de eleição é a excisão cirúrgica por via oral⁽⁴⁾. É uma lesão benigna em que a recidiva é rara⁽⁴⁾. Há apenas um caso, descrito por Arnold (1929), de degeneração carcinomatosa derivada do quisto nasolabial⁽⁶⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 63 anos de idade, caucasiana, foi referida à consulta de cirurgia oral e maxilofacial por apresentar dor muito intensa, associada a aumento de volume persistente, na região da fossa canina direita, com apagamento do

sulco nasogeniano e elevação da asa do nariz (Figura 1), que não cedeu à prescrição prolongada e variada da antibioterapia.

Três a quatro meses antes, começou a ter dores localizadas, que a levaram ao seu médico dentista assistente, o qual associou o aumento de volume a abscesso de causa dentária, e extraiu o dente (1.3). Após a exodontia e antibioterapia, a tumefacção e as dores agravaram-se de modo contínuo e insidioso. Foram-lhe prescritos novos antibióticos e anti-inflamatórios, e como não melhorasse, foi encaminhada para a consulta de cirurgia oral.

A doente referiu na sua história progressa, anos antes, o diagnóstico de um quisto, a que nunca deu importância, pela ausência de sintomatologia. Tratara-se de um achado diagnóstico durante uma consulta em dermatologia.

À inspecção apresentava assimetria da face, por aumento de volume localizado ao sulco nasogeniano, asa do nariz e pavimento narinário direitos, e rubor dos tegumentos cutâneos. (Figura 1)



Figura 1 - Fotografia extra-oral. Assimetria da face por levantamento da asa do nariz e tumefacção nasolabial, com alteração dos tegumentos cutâneos envolventes.

À palpação registámos aumento de volume, e da temperatura localizada, tensão dolorosa dos tecidos, e dificuldade de manipulação dos mesmos.

O exame intra-oral revelou um fundo de vestibulo aumen-

tado de volume e arcadas dentárias parcialmente desdentadas.

O Rx - ortopantomografia - foi inconclusivo.

A TAC mostrou uma imagem sugestiva de quisto, de aproximadamente 27 mm de maior eixo, localizado nos tecidos moles na transição do andar inferior e médio da face, à direita, com relação com o maxilar superior, na fossa canina, e com aparente comunicação com as fossas nasais do mesmo lado. Há evidente reabsorção óssea maxilar por compressão (Figura 2).

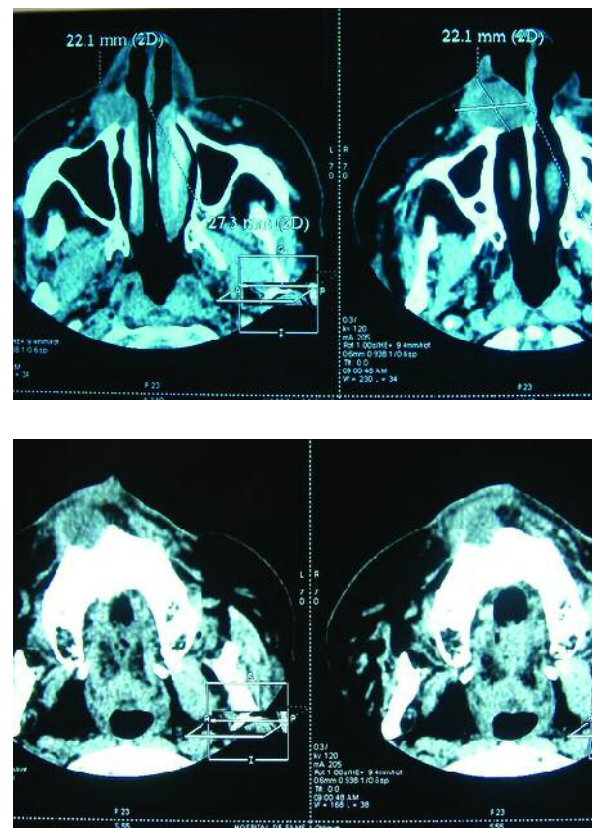


Figura 2 - TAC do quisto. Note a reabsorção óssea do maxilar provocada pelo quisto, bem como a sua continuidade com as fossas nasais.

Sob anestesia geral, procedemos à excisão da lesão, por via oral (Figura 3), com encerramento de comunicação oro-nasal. Cirurgia e pós-operatório decorreram sem complicações. A peça operatória foi enviada para exame anatomo-patológico. Após um primeiro diagnóstico de quisto mucoso do seio maxilar, e ter sido discutido e revisto clínica e histologicamente, o resultado final do exame foi de quisto nasolabial (Figura 4).

DISCUSSÃO

Os dois quistos de desenvolvimento não odontogénicos, anteriormente classificados como fissurários, localizados na região oral, são o quisto nasopalatino e o quisto nasolabial⁽⁷⁾. São raros

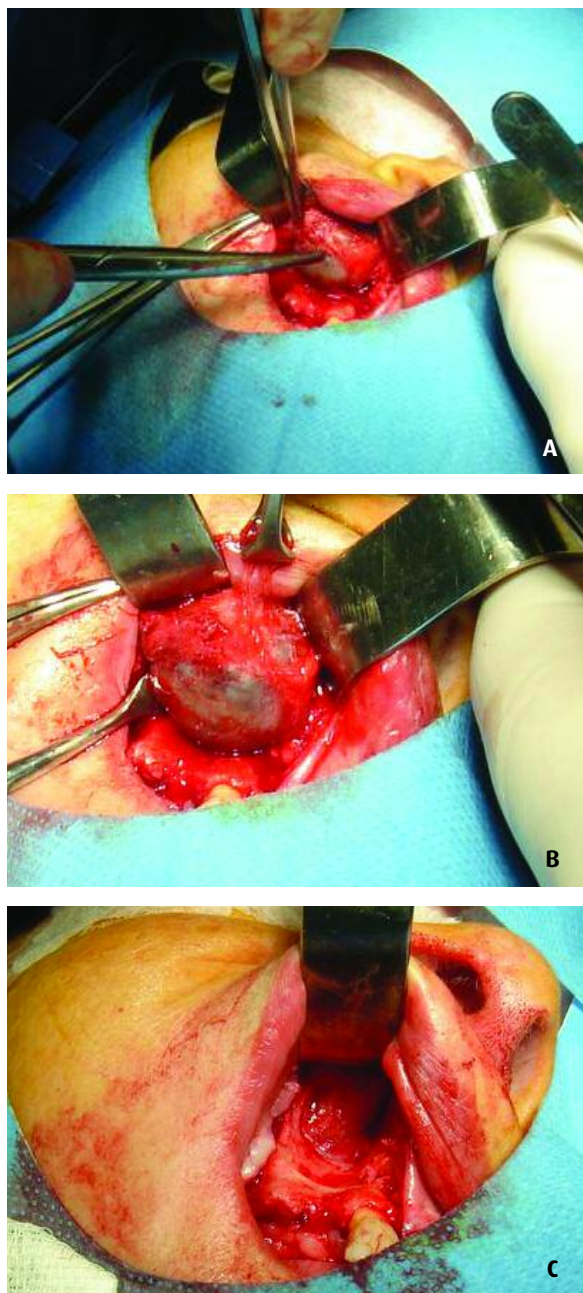


Figura 3 - Fotografias intra-operatórias. Lesão a ser removida (a e b) e loca cirúrgica após excisão (c).

e considerados quistos de canais residuais. O quisto do canal nasopalatino tem localização intra-ósseo e deriva da retenção de restos epiteliais embrionários do canal palatino, e o quisto nasolabial está localizado nos tecidos moles e deriva de restos anteriores e inferiores do canal nasolacrimal⁽⁷⁾. Alguns autores consideram-no fissurário. As suas características histológicas similares ao canal nasolacrimal apoiam a hipótese de Brügge-man, na qual o quisto nasolabial deriva de restos anteriores e inferiores do canal nasolacrimal⁽⁸⁾. A hipótese de ser um quisto fissurário tem perdido adeptos por recentes estudos apoiarem as

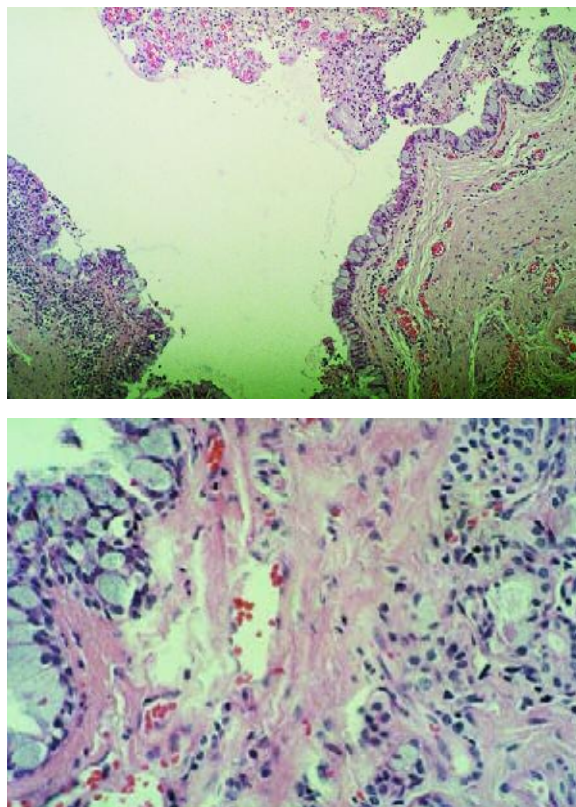


Figura 4 - Fotografia da preparação histológica (Lâminas de Hematoxilina eosina - HE) com ampliações de 100X e 400X.

conclusões de que durante a embriogénese não há retenção de epitélio ao longo das linhas de sutura embrionárias (suturas ósseas)⁽⁷⁾. Contudo, recentemente, López-Ríos e col. sugeriram que seja revista a teoria de Brügge-man, devido à extensa secreção apócrina (não há evidência da existência de células apócrinas no canal nasolacrimal) observada numa peça histológica apresentada num caso clínico de quisto nasolabial⁽⁹⁾. Inclusivamente, referiram que se a correlação clínica, imagiológica e histológica não fosse tão explícita em favor de quisto nasolabial o diagnóstico seria de um adenoma quístico de uma glândula salivar menor⁽³⁾.

O diagnóstico diferencial é feito com lesões inflamatórias periapicais, furúnculo nasal, quisto do canal nasopalatino, quisto dermóide e epidermóide e tumores das glândulas salivares minor.

Tanimoto e col., referem a importância da ressonância magnética no estudo anatómico e no diagnóstico do quisto nasolabial⁽²⁾. Além da excelente resolução em tecidos moles, a ressonância magnética com meio de contraste faz o diagnóstico diferencial do quisto nasolabial com tumores de glândulas salivares minor⁽²⁾. O interior do quisto nasolabial é realçado sem contraste, enquanto que o interior de tumores de glândulas salivares minor são realçadas com meio de contraste⁽²⁾.

Para o diagnóstico da patologia oral é essencial uma correta correlação entre a clínica, a imagiologia e a anatomia patológica. Se em determinados casos uma destas especialidades é suficiente para o diagnóstico, noutros casos as observações clínicas servem para apoiar a anatomia patológica, e vice-versa.

No caso apresentado, a confusão no diagnóstico histológico deveu-se essencialmente à similaridade histológica entre o quisto de retenção do seio maxilar e o quisto nasolabial. No entanto, os aspectos clínicos e anatómicos ajudaram ao diagnóstico histológico final.

AGRADECIMENTOS

À Exma. Sra. Dra. Sara Turpin, médica especialista do Departamento de Patologia, Unidade de Anatomia Patológica do Hospital dos SAMS-SBSI, os nossos agradecimentos pela preciosa colaboração prestada e sem a qual o diagnóstico não teria sido possível. O nosso agradecimento ainda pela disponibilização das fotografias das preparações histológicas, que aqui apresentamos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 – Ramos TCV, Mesquita RA, Gomez RS, Castro WH. Transnasal Approach to Marsupialization of the Nasolabial Cyst: Report of 2 Cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:1241-1243.
- 2 – Tanimoto K, Kakimoto N, Nishiyama H, Murakami S, Kishino M. MRI of nasoalveolar cyst: Case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;99:221-224.
- 3 – López-Ríos F, Lassaletta-Atienza L, Domingo-Carrasco C, Martinez-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.
- 4 – Hoffman S, Jacoway JR, Krolls SO. Intraosseous and parosteal tumors of the jaws. In: Hartmann WH, Sobin LH, editors. *Atlas of tumor pathology*, vol. 24. Washington (DC): Armed Forces Institute of Pathology, 1987.
- 5 – França DCC, Monti LM, Castro EVFL, Castro AL, Crivelini MM. Cisto naslabial: Relato de caso. *Revista Odontológica de Aracatuba* 2006;27:91-95.
- 6 – Félix JA, Ferreira PJ, Correa R, Cantini R, Neto RM, Félix F. Cistonasolabial bilateral: relato de dois casos e revisão da literatura. *Rev Brás Otorrinolaringol* 2003;69:279-82.
- 7 – Sapp JF, Eversole LR, Wysocki GP. *Patologia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda. 1999.
- 8 – Tiago RSL, Maia MS, Nascimento GMS, Correa JP, Salgado DC. Cisto nasolabial: aspectos diagnósticos e terapêuticos. *Rev. Brás. Otorrinolaringol* 2008;74.
- 9 – Cawson RA, Odell EW. *Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine*. 6ª ed. Harcourt Brace and Company Limited. 1998. Churchill Livingstone.
- 10 – Regezi J.A., Sciubba J.J., Jordan R.C.K. *Oral Pathology. Clinical Pathology Correlations*. Elsevier Science (USA). 2003.
- 11 – Lalwani AK. *Current Diagnosis & Treatment in Otolaryngology – Head & Neck Surgery*. Lange Medical Books/McGraw-Hill. 2004.
- 12 – Wesley RK, Scannell T, Nathan LE. Nasolabial cyst: Presentation of a case with a review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1984;42:188-192.