

Caso Clínico de Quisto Nasopalatino

5

Mesquita P^{1*}, Felino A², Salgado H³

1 Médico Dentista; Mestre em Cirurgia Oral e Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

2 Médico Dentista; Professor Catedrático da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

3 Médica Dentista; Mestre em Reabilitação Oral pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução

O quisto do ducto nasopalatino, também conhecido como quisto nasopalatino, é um quisto epitelial benigno de desenvolvimento, sendo o quisto não odontogénico mais frequente da cavidade oral¹, ocorrendo em aproximadamente 1% da população^{2,3}. Consiste numa das variadas patologias que se podem desenvolver na maxila, no entanto, a sua localização é única, ocorrendo apenas na linha média da zona anterior da maxila. Pode ocorrer em qualquer idade sendo a faixa etária mais atingida a dos 40 aos 60 anos. Afeta mais frequentemente o género masculino, numa proporção de 3:1^{3,4}. Embora estes quistos se possam formar em qualquer parte do ducto nasopalatino, a maior parte desenvolve-se na zona final e alguns podem mesmo localizar-se totalmente no interior da papila incisiva⁵. Permanece, frequentemente, assintomático revelando-se, muitas vezes, como um achado radiográfico, ou, em alternativa, pode originar uma tumefação na região anterior do palato acompanhada, ou não, de dor e drenagem^{6,7}. Radiograficamente, o quisto nasopalatino, normalmente, apresenta-se como uma lesão radiotranslúcida de bordos bem definidos.^{2,3,5}

Caso Clínico

Os autores apresentam o caso clínico de um quisto nasopalatino diagnosticado num paciente com 45 anos de idade (Fig.1). O paciente foi referenciado, apresentando como queixa principal uma pressão localizada na zona anterior da maxila. Para além disso, não apresentava outros sintomas nem história recente de dor. Ao exame clínico foi detetado um abaulamento na zona anterior do palato duro (Fig.2). Não existia história prévia de qualquer tipo de traumatismo. Foi solicitado ao paciente que efetuasse uma tomografia axial computadorizada (TAC), na qual foi possível detetar uma zona radiotranslúcida de limites bem definidos na região do canal incisivo. (Fig.3) Nos cortes sagitais e axiais da TAC foi possível verificar a ausência de cortical palatina na zona da lesão, assim como reabsorção do pavimento da fossa nasal (Fig.3 e 4). A lesão foi removida sob o efeito de anestesia geral. O acesso à lesão foi conseguido por palatino após elevação de retalho mucoperiósseo. Depois de exposta, a lesão foi removida por curetagem, tendo sido posteriormente enviada para análise anatomopatológica (Fig. 5, 6 e 7). Depois de removida a lesão, foi possível verificar, na localidade cirúrgica, uma pequena comunicação com a cavidade nasal. O fragmento removido apresentava um aspeto macio e cor esbranquiçada, medindo 2,2mm de comprimento (Fig.8). O exame microscópico revelou a existência de uma parede fibrosa revestida por epitélio escamoso estratificado sem infiltrado inflamatório e com algumas células claras de aparência ciliada, o que confirma o diagnóstico de quisto nasopalatino (Fig.9) Um ano após a remoção cirúrgica da lesão o paciente não apresenta qualquer sinal de recidiva (Fig.10).



Fig. 1 – Ortopantomografia pré-operatória.

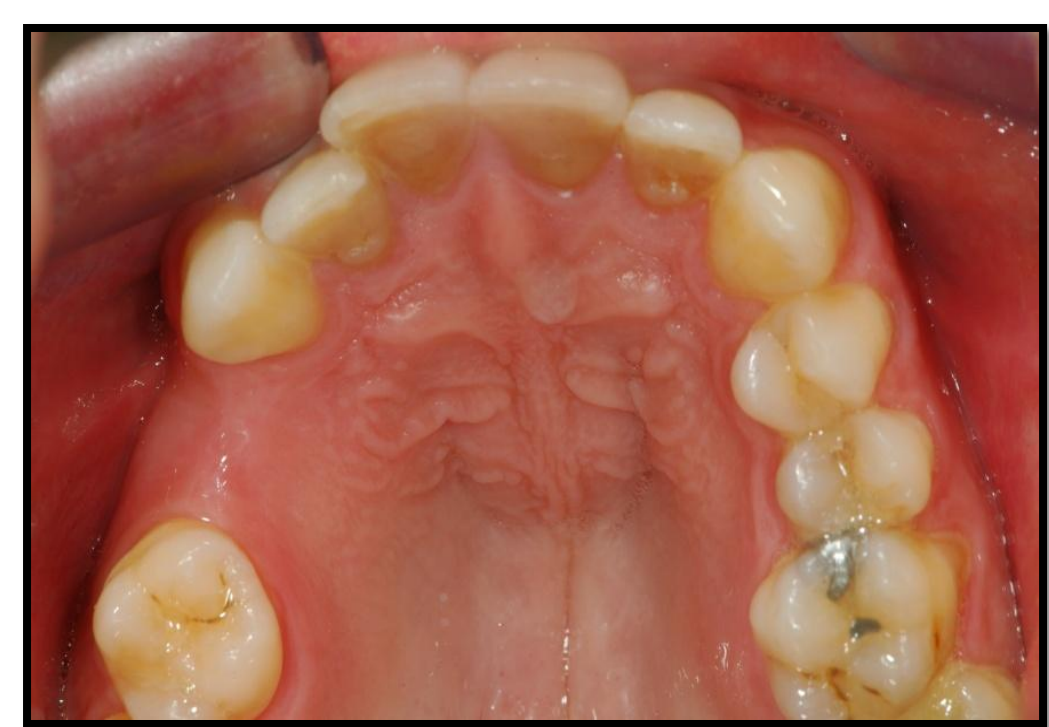


Fig. 2 – Fotografia intra-oral pré-operatória

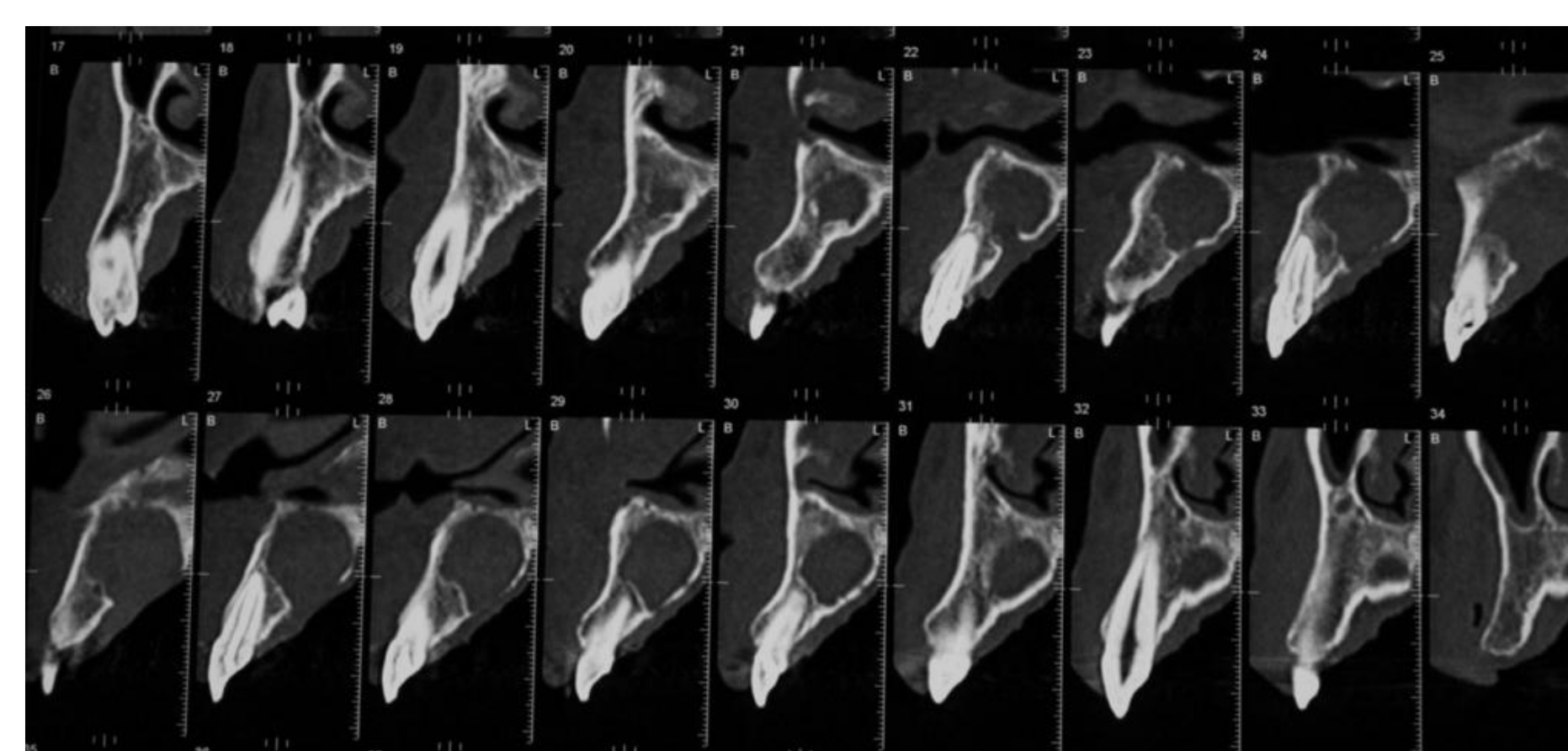


Fig. 3 – Tomografia axial computadorizada – cortes sagitais.

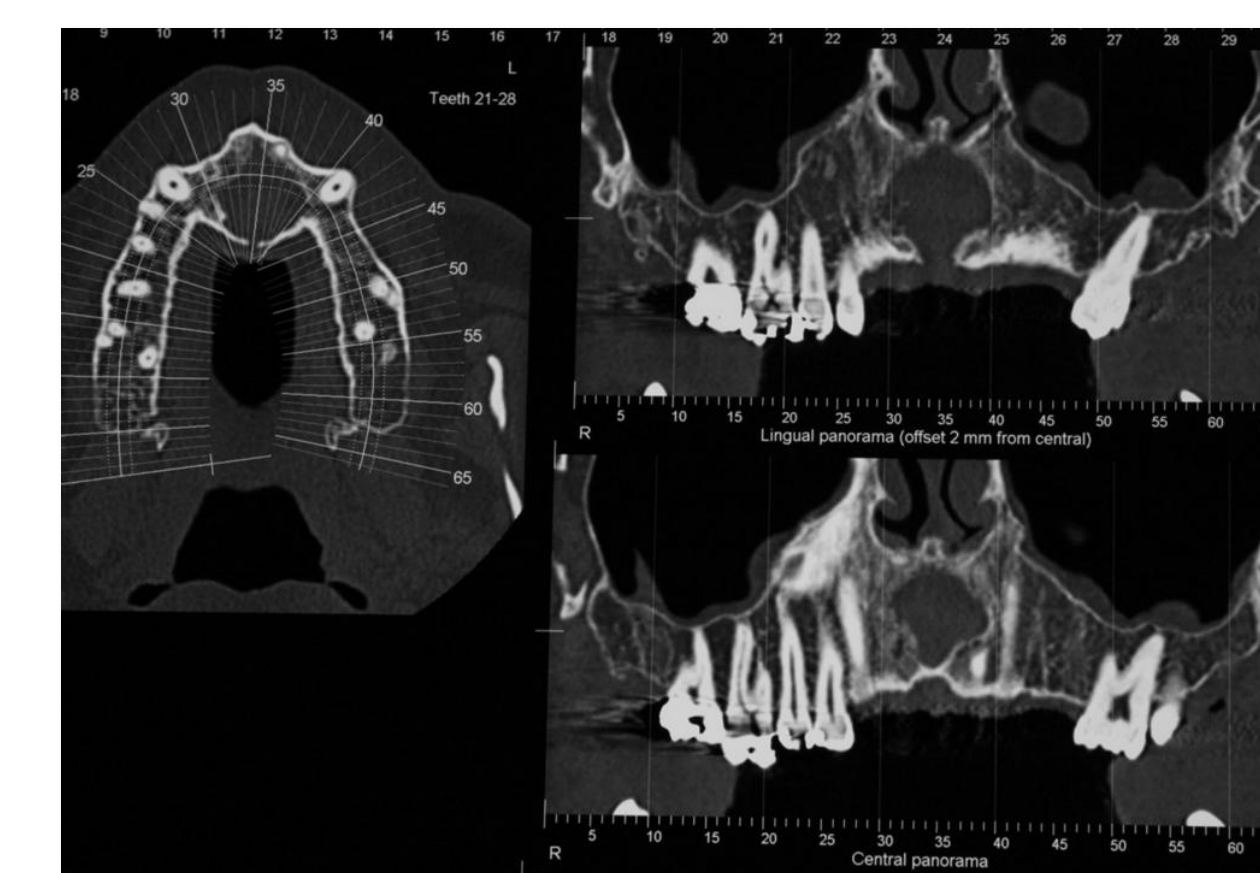


Fig. 4 – Tomografia axial computadorizada – cortes frontais e axial.

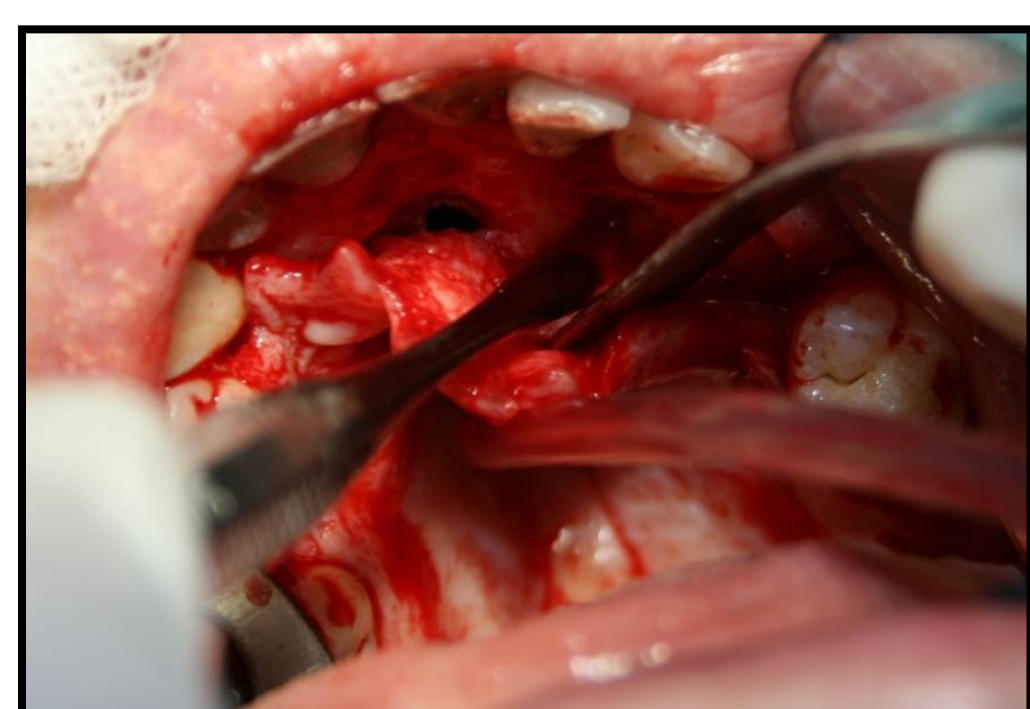


Fig. 5, 6, and 7 – Fotografias da remoção cirúrgica do quisto.

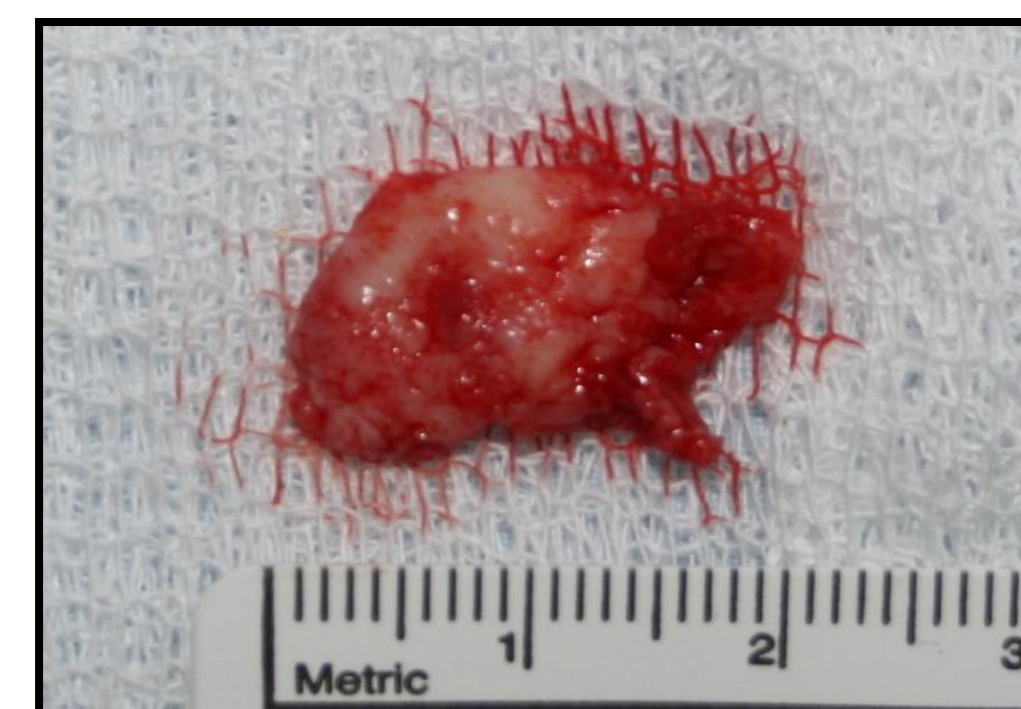
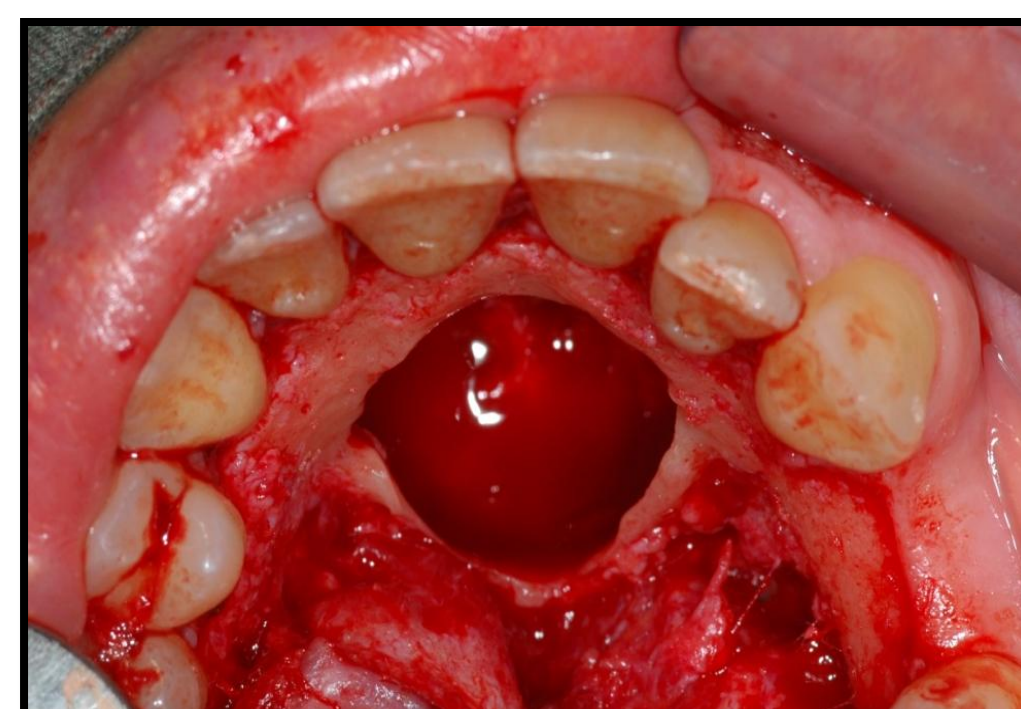
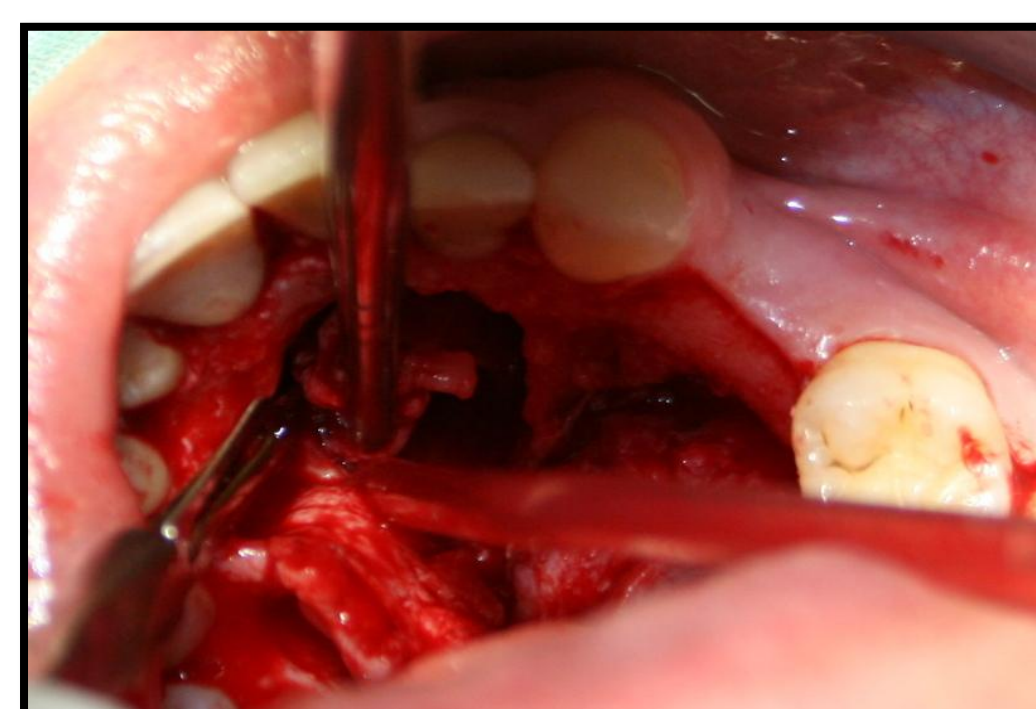


Fig. 8 – Quisto enucleado.

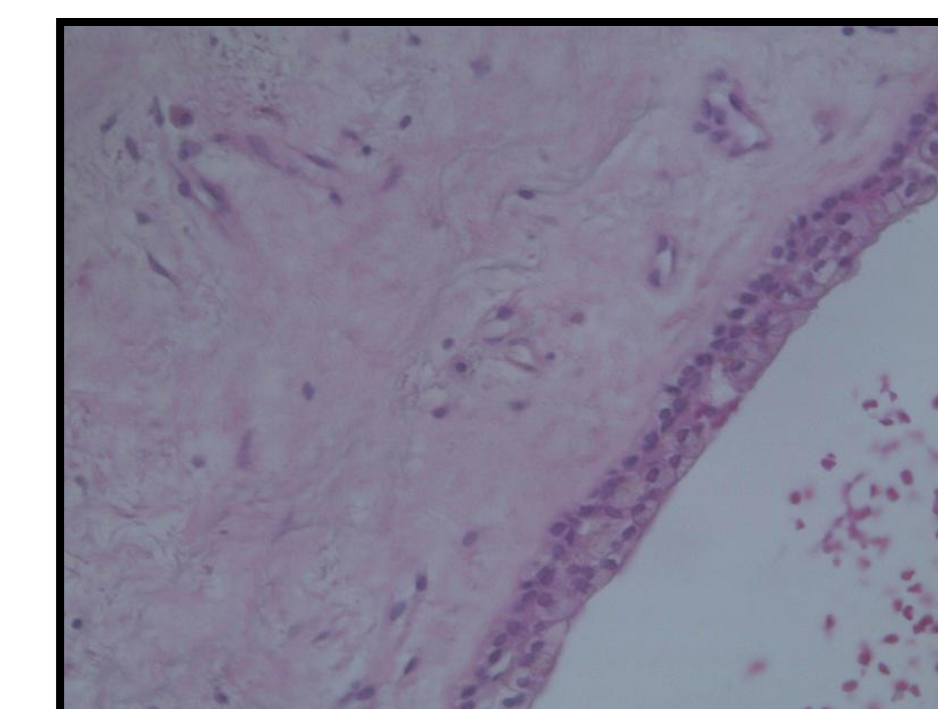


Fig. 9 – Imagem histológica (H/E-20x).



Fig.10 – Radiografia apical de controlo pós-cirúrgico aos 12 meses.

Conclusão

O diagnóstico desta lesão é efetuado com base nos dados clínicos, radiográficos e exame histológico. O tratamento de eleição é a enucleação total da lesão, verificando-se uma baixa taxa de recorrência. No entanto, o *follow up* é essencial.

Referências

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Development defects of the oral and maxillofacial region, *in* Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd ed. Missouri: Saunders; 2005. p. 27-30.
2. Escoda-Francolí J, Almendros-Marqués N, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Nasopalatine Duct Cyst: Report of 22 cases and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13:E438-43.
3. Swanson KS, Kaugars GE, Gunsolley JC. Nasopalatine duct cyst: an analysis of 334 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 1991;49:268-71.
4. Ely N, Sheehy E, McDonald F. Nasopalatine duct cyst: A case report. *Int J Ped Dent*. 2001;11:135-7.
5. Soames JV, Southam JC. *Oral Pathology*. 4th ed. New York: Oxford; 2005. p. 78-9.
6. Dedhia P, Dedhia S, Dhokar A, Desai A. Nasopalatine Duct Cyst. *Case Rep Dent*. 2013;2013:869516.
7. Tanaka S, Iida S, Murakami S, Kishino M, Yamada C, Okura M. Extensive nasopalatine duct cyst causing nasolabial protrusion. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008;106:e46-50.