

Cisto nasolabial bilateral como causa de obstrução nasal: Relato de caso e revisão de literatura

Nasolabial bilateral cyst as cause of the nasal obstruction: Case report and literature review

Alexandre Minoru Enoki¹, Gilberto Ulson Pizarro², Marcelo de Sampaio Morais³, Danilo Pereira Pimentel Fernandes⁴, Paulo Roberto Grimaldi Oliveira⁵.

1) Fellow em Faringolaringologia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Médico Otorrinolaringologista.

2) Doutor em Otorrinolaringologia pela Escola Paulista de Medicina. Preceptor da residência médica em Otorrinolaringologia no Hospital Paulista, São Paulo - Brasil.

3) Fellow em Cirurgia Plástica da Face no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Médico Otorrinolaringologista.

4) Médico Otorrinolaringologista.

5) Mestre em Anatomia Patológica. Médico Patologista.

Instituição: Hospital Paulista de Otorrinolaringologia.
São Paulo / SP – Brasil.

Endereço para correspondência: Alexandre Minoru Enoki - Alameda Jaú, 369 - Apto 610 - Jardim Paulista - São Paulo / SP – Brasil - CEP: 01420-000 - Telefones: (+55 11) 3262-2328, (+55 11) 7159-2131 - E-mail: enoki@terra.com.br

Artigo recebido em 26 de Novembro de 2009. Artigo aprovado em 25 de Abril de 2010.

RESUMO

Introdução: O cisto nasolabial é uma doença rara, normalmente unilateral, benigna, de origem embrionária, localizada em partes moles da região do sulco nasolabial e asa nasal. O diagnóstico é essencialmente clínico, levando em consideração a topografia do cisto, que geralmente é assintomático.

Objetivo: Este artigo tem como objetivo principal a descrição de um caso incomum de cisto nasolabial bilateral com obstrução nasal, seu tratamento, aspectos anatomopatológicos e acompanhamento, além de revisão de literatura.

Relato do Caso: Paciente do sexo feminino, parda, 24 anos de idade, apresentando abaulamento em região nasolabial e obstrução nasal. Exames físico e complementares compatíveis com cisto nasolabial. Indicado tratamento cirúrgico para exérese da lesão.

Considerações Finais: O cisto nasolabial bilateral, apesar de raro, é uma possível causa de obstrução nasal, com boa resposta à terapia cirúrgica.

Palavras-chave: cistos não-odontogênicos, obstrução nasal, cistos.

SUMMARY

Introduction: The nasolabial cyst is a rare disease, usually unilateral, benign, of embryonic origin, located in soft parts from the nasolabial folds and nasal wings. The diagnosis is essentially clinic, take into consideration the cyst topography, that is usually asymptomatic.

Objective: This article has as main goal the description of a unusual case of nasolabial bilateral cyst with nasal obstruction, its treatment, anatomic pathological and accompaniment, besides the literature review.

Case Report: Female patient, brown, 24 years old, showing bulging in nasolabial region and nasal obstruction. Physical and complementary exams with nasolabial cyst. Indicate surgical treatment of excision of the lesion.

Final Considerations: The nasolabial bilateral cyst, although is rare, is a possible cause for the nasal obstruction, with good response to surgical therapy.

Keywords: not odontogenic cyst, nasal obstruction, cysts.

INTRODUÇÃO

O cisto nasoalveolar é uma lesão benigna rara, localizada em topografia do sulco nasolabial, antero-inferior ao rebordo piriforme da fossa nasal. Trata-se de uma lesão geralmente unilateral (90% dos casos) (1,2), acometendo principalmente pessoas da raça negra, do sexo feminino, na faixa etária que compreende entre 4ª e 5ª décadas de vida (1,2).

O primeiro a descrever essa patologia foi ZUCKERKANDL em 1882 (3). Este cisto embrionário, não odontogênico, geralmente é assintomático, sendo diagnosticado tardiamente, devido às alterações estéticas da face e respiratórias. Apesar de diversa sinonímia (cisto nasoalveolar, cisto de KLESTADT, cisto mucoide congênito do rebordo nasal), o termo considerado mais adequado, no momento, é cisto nasolabial (4).

Além de revisão da literatura, este trabalho tem como objetivo, relatar o caso de um paciente com cisto nasoalveolar bilateral, apresentando aspectos clínicos, cirúrgicos, histopatológicos e radiográficos.

RELATO DO CASO

Paciente AWV, do sexo feminino, 24 anos, parda, procedente e natural de São Paulo, do lar, procurou tratamento no Hospital Paulista de Otorrinolaringologia, SP, Brasil, com queixa de abaulamento de região nasolabial bilateral, de evolução progressiva há 6 meses, associado de obstrução nasal nos últimos 2 meses. Paciente negava dor, rinorreia, prurido nasal, esternutatórios, epistaxe ou outras queixas nasais.

Ao exame otorrinolaringológico, observava-se abaulamento sem sinais flogísticos, em região nasolabial bilateral e sulco gengivolabial superior, principalmente à direita, elevando o assoalho nasal e apagando o sulco nasolabial bilateral. A tomografia computadorizada de seios da face mostrou duas lesões císticas paralelas à espinha nasal bilateral (Figura 1), abaulamento de assoalho nasal, depressão em face anterior do osso maxilar bilateral e deslocamento da porção anterior do corneto inferior esquerdo para cima (Figura 2).

Frente ao caso, optou-se pela realização de exérese cirúrgica da lesão, em centro cirúrgico, sob anestesia geral. Após infiltração local de solução anestésica (Lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000), foi feita incisão central (aproximadamente 6,0 cm) no sulco gengivolabial superior, abaixo das lesões císticas, entre os incisivos laterais de ambos lados, seguida de descolamento da região anterior



Figura 1. Tomografia computadorizada mostra cisto nasolabial bilateral, obstruindo a cavidade nasal e formando erosão óssea.

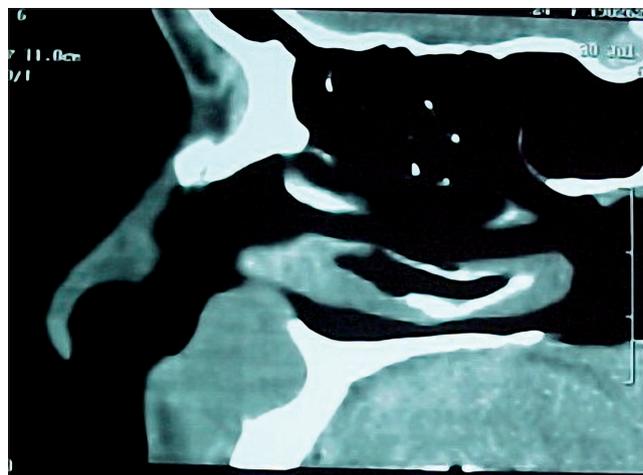


Figura 2. Cistonasolabial deslocando a porção anterior do corneto nasal inferior para cima.

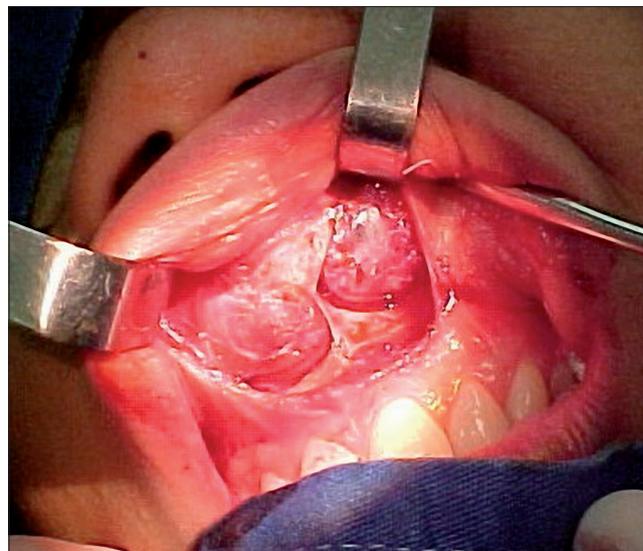


Figura 3. Intra operatório mostrando os cistos nasolabiais bilaterais. Visão através da incisão de Denker.

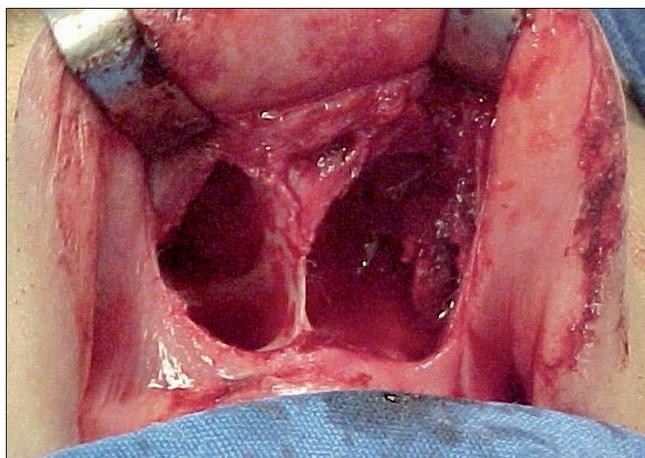


Figura 4. Campo operatório após remoção dos cistos nasolabiais, apresentando erosão óssea.

aos cistos, com visualização destas duas lesões separadas por um septo ósseo, medindo a esquerda, aproximadamente 2,0cm e a direita, em torno de 3,0cm (Figura 3). Realizou-se a dissecação do cisto direito, inicialmente, preservando seu conteúdo interno, sendo possível o descolamento das paredes laterais. Localizou-se o plano do assoalho nasal (mucosa nasal) em região superior do cisto; neste momento, para melhor descolamento, foi optado pelo esvaziamento do conteúdo seroso, de coloração amarelada, do cisto por agulha e seringa. Após esvaziar o cisto, foi realizada cuidadosa dissecação de sua porção superior, que mantinha contato com a mucosa nasal, região onde foi apresentada maior aderência. O descolamento foi realizado sem lesão da mucosa nasal. Na região posterior do cisto, o descolamento mostrou planos menos aderidos, facilitando a remoção. A mesma técnica cirúrgica foi realizada no cisto do lado esquerdo, sendo possível identificar a mucosa do assoalho nasal e realizar a remoção sem lesão (Figura 4). Efetuada síntese dos planos dissecados, com fio absorvível (Catgut 2-0, simples).

No pós-operatório imediato, a paciente queixou parestesia em região anterior de lábio superior e vestibulo nasal, que permaneceu por 3 meses.

A paciente está em acompanhamento ambulatorial de pós-operatório há 6 meses, sem evidências de recidiva ou outras alterações, apresentando melhora do quadro obstrutivo nasal.

Anatomopatologia

Foram enviadas para estudo histológico, duas estruturas císticas previamente seccionadas, conservadas em formol, representadas por parede pregueada, lisa e brilhante,

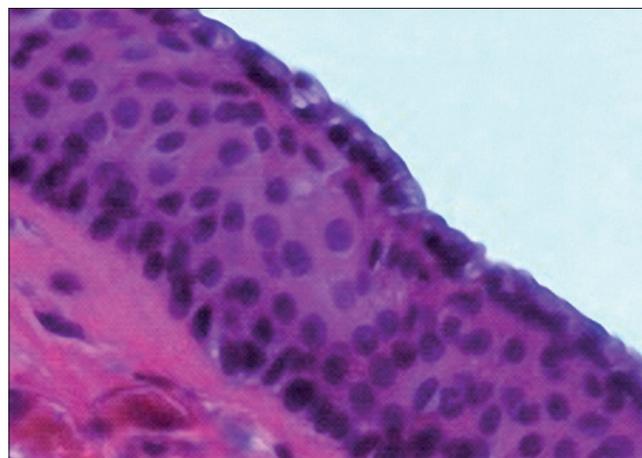


Figura 5. 400X - cisto nasolabial - hematoxilina-eosina. Observar o epitélio pluriestratificado escamoso formado por células poligonais, de citoplasma abundante e acidofílico ao redor de núcleos redondos, isocromáticos. Superficialmente, camada única de células cilíndricas mostrando citoplasma vacuolizado e claro.

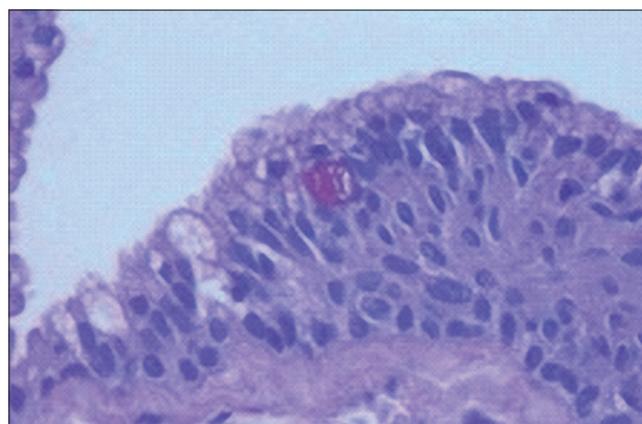


Figura 6. 400X - cistonasolabial - PAS. Notar acúmulo de grânulos PAS-positivos no citoplasma da célula localizada no centro do campo microscópico.

te, de colorido pardo-acastanhado. A estrutura maior mediu 3 x 2,5 x 1 cm e a menor, 2,5 x 1,5 x 0,5cm.

O material foi submetido ao processamento químico padronizado, obtendo-se um bloco de parafina para cada uma das estruturas císticas, sendo confeccionado o respectivo preparado histológico, com espessura de 5 (cinco) micra e coloração pela técnica da hematoxilina-eosina e PAS (ácido periódico de Schiff).

O estudo histológico revelou aspecto idêntico em

ambas as lesões, sendo identificada parede cística constituída por tecido conjuntivo frouxo exibindo moderado edema, recoberto por dois tipos diferentes de epitélio: o predominante era de tipo estratificado escamoso, com preservação da polaridade e ausência de atipias nucleares, afastando a suspeita de malignidade.

O outro tipo de epitélio era constituído por uma ou duas camadas de células cilíndricas contendo por vezes volumoso vacúolo claro no citoplasma (Figura 5), cuja coloração especial pela técnica do PAS revelou fraca positividade para substâncias mucopolissacárides (Figura 6). No tecido conjuntivo da parede, os cortes histológicos revelaram filetes nervosos e vasos sanguíneos capilares de luzes ectásicas, ao lado de moderado edema intersticial. Alguns feixes de músculo estriado também foram identificados na região da margem cirúrgica.

O diagnóstico anatomopatológico foi de cisto nasolabial bilateral.

DISCUSSÃO

O cisto nasoalveolar é um cisto embrionário, não odontogênico, que tem sua origem controversa, sendo as principais teorias fundamentadas em:

- 1) cisto originado de invaginação de restos ectodérmicos entre os processo maxilar com os processos nasais lateral e medial, sendo por esse motivo, considerado como cisto fissural (Teoria de Klestadt, 1913) (1,5,6);
- 2) cisto derivado do epitélio do ducto nasolacrimal durante o período embrionário (Teoria de Bruggemann, 1920) (5,7).

Por motivo de sua pobre sintomatologia, esta doença é subdiagnosticada (8), mostrando na literatura, uma incidência de 0,7% de todos os cistos maxilofaciais e 2,5% dos cistos não odontogênicos. No caso apresentado, observamos uma paciente parda, mesmo sendo mais comum na raça negra, segundo a literatura. Dados epidemiológicos evidenciam que este cisto é mais frequente em pessoas do sexo feminino, na proporção de 4:1 (quando unilateral) e 5,5:1 (quando bilateral) (9). A faixa etária mais acometida compreende a 4ª e 5ª décadas de vida (2,3,7). A apresentação dos cistos é na grande maioria unilateral (90%), sendo apenas 10% bilateral (1,2,8).

Clinicamente, esta lesão apresenta-se como um abaulamento de crescimento lento localizada na porção ventral-inferior da região da fossa piriforme. Com o passar do tempo, o cisto leva a uma deformidade facial com um apagamento do sulco nasolabial, obstrução nasal por elevação do assoalho nasal e deslocamento superior da porção anterior do corneto inferior. Vale ressaltar que a denteição

permanece íntegra (6). Eventualmente, pode haver infecção do cisto (50% dos casos), apresentando assim, sinais flogísticos. Nestes casos de infecção, pode ocorrer drenagem do cisto para a cavidade oral e/ou para o vestíbulo nasal (3,6).

O diagnóstico do cisto nasoalveolar é clínico-topográfico, mediante visualização e palpação da região acometida (6). A propedêutica armada através de exames de imagem confirma a suspeita e o exame clínico, sendo a Tomografia Computadorizada o exame de escolha, que pode mostrar, em alguns casos, erosão no osso maxilar (10,11,12). O cisto nasolabial consiste em uma lesão de partes moles, sendo por esse motivo, o Raio-X considerado um exame obsoleto, capaz de mostrar poucos detalhes; exceto nos casos em que o cisto apresenta dimensões gigantes levando a erosões significativas do osso maxilar.

Os diagnósticos diferenciais que devem ser feitos com o cisto nasolabial compreendem os cistos dermoide, nasopalatino, palatino mediano, alveolar mediano, globulomaxilar (que se origina no interior do osso), além de furúnculo em assoalho nasal, que se assemelha ao cisto nasolabial infectado (13).

Na literatura, há relato de apenas um caso (Arnold, 1929) de cisto nasolabial que evolui para carcinoma (9,14).

Apesar de haver relato de tratamento do cisto nasolabial por substâncias esclerosantes ou ainda marsupialização (15), a terapia mais indicada pela literatura é a remoção cirúrgica. A enucleação pode ser realizada com anestesia local ou geral, sendo a melhor via de acesso à incisão de Denker (incisão intra-oral, sublabial na altura da fossa incisiva) que oferece uma exposição ampla. Durante a cirurgia, deve-se levar em consideração a íntima aderência do cisto com o assoalho nasal (3,16), detalhe este que, constantemente, leva à laceração da mucosa nesta região do nariz. Isso foi possível evitar em nosso caso, no qual optamos em esvaziar o conteúdo cístico para obter uma melhor dissecação do cisto em relação a esta região do assoalho nasal. O fechamento dos planos deve ser completo, no intuito de evitar possíveis fístulas oronasais. Pelo fato da extensão dos cistos relatados não atingir a região de asa do nariz, não foi necessário aplicar nenhuma técnica para evitar retrações. A cirurgia tem como objetivo a restauração estética da face, a função nasal (caso esteja comprometida) e a prevenção de infecções recidivantes, que podem estar associadas, além de minimizar a ansiedade do paciente.

O tratamento cirúrgico apresenta poucas complicações, dentre elas pode haver retração com deformidade da asa nasal, principalmente em negros e ainda, fístula oronasal. A recidiva do cisto é rara e o prognóstico é muito bom (5,7).

A descrição da técnica cirúrgica neste caso, tem como objetivo propiciar um embasamento para ajudar a casos semelhantes obterem sucesso cirúrgico, sem submeter o paciente a complicações ou recidiva da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barzilai M. Bilateral nasoalveolar cysts: case report. Clin Radiol. 1994, 49(2):140-141.
2. Cohen MA, Hertzanu Y. Huge growth potential of the nasolabial cyst. Oral Surg. 1985, 59:441-5.
3. Allard RHB. Nasolabial cyst. A review of the literature and report of cases. Int J Oral Surg. 1982, 11:351-359.
4. Fanibunda KB. Bilateral nasolabial cysts: a case report. Dent Pract. 1970, 20:249-250.
5. Graamans K. Nasolabial cysts: diagnosis mainly based on topography?. Rhinology. 1983, 21:239-249.
6. Kuriloff DB. The nasolabial cyst-nasal hamartoma. Otolaryngol Head Neck Surg. 1987, 96:268-272.
7. David VC, O'Connell JE. Nasolabial cyst. Clin Otolaryngol. 1986, 11:5-8.
8. Smith RA, Katibah RN, Merrell P. Nasolabial cyst: report of a case. J Canad Dent Assoc. 1982, 11:727-729.
9. Roed-Peterson B. Nasolabial cysts: a presentation of five patients with a review of literature. Br J Oral Surg. 1969, 7:84-95.
10. Adams A. Roentgeno-Oddities. Oral Surg. 1985, 60:118-119.
11. Balfour RS. Nasoalveolar cyst. J MD State Dent Assoc. 1977, 20:92-94.
12. Seward GR. Nasolabial cysts and their radiology. Dent Pract. 1962, 12:154-161.
13. Karmody CS, Gallagher JC. Nasoalveolar cysts. Ann Otol. 1972, 81:278-283.
14. Egervary G, Csiba A. Bilateral nasolabial cyst. Dental Digest. 1969, 75:504-7.
15. Crawford W, Korchin L, Greskovich FJ. Nasolabial cysts: report of two cases. J Oral Surg. 1968, 26:582-588.
16. Brandão GS, Ebling H, Souza IF. Bilateral nasolabial cyst. Oral Surg. 1974, 37:480-484.