

# Cisto Nasolabial: Relato de Caso Clínico

## *Nasolabial Cyst: Report of Case*

Idelmo Rangel Garcia JÚNIOR\*  
Daniela PONZONI\*\*  
Giscard José Ribeiro MACHADO\*\*\*  
Gislaine de Cássia NEPOMUCENO\*\*\*\*  
Marcelo Macedo CRIVELINI\*\*\*\*\*  
Gilberto Aparecido COCLETE\*\*\*\*\*

Garcia Júnior IR, Ponzoni D, Machado GJR, Nepomuceno G de C, Crivelini MM, Coclete GA. Cisto nasolabial: relato de caso clínico. Rev Int Traumatol Bucomaxilofacial 2005; 3(11/12):147-53

O Cisto Nasolabial é de origem não odontogênica que ocorre em tecido mole. A lesão é unilateral, mas pode ser bilateral. Localizada na região da asa do nariz, ocorre mais freqüentemente em mulheres. É originada dos remanescentes epiteliais do ducto nasolacrimal e apresenta evolução lenta. O tratamento de escolha deve ser a remoção cirúrgica da lesão. Neste trabalho, os autores apresentam uma revisão de literatura, o relato de um caso de uma paciente portadora de cisto nasolabial que foi submetida ao tratamento cirúrgico, e a evolução com o desaparecimento dos sinais e sintomas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cisto nasolabial; Cisto não odontogênico; Cirurgia bucal.

### INTRODUÇÃO

Cisto nasolabial é um raro cisto, de origem não odontogênica, que ocorre na região da asa do nariz e é caracterizado por sua localização extra-óssea. De acordo com Wesley *et al.* (1984) essa lesão ocorre com a freqüência de 0,7% entre os cistos dos maxilares e o aparecimento é geralmente unilateral, sendo bilateral em apenas 10% dos casos. Há ainda uma predileção por pacientes do sexo feminino, leucodermas com ocorrência maior entre as quartas e quintas décadas de vida (Vasconcelos *et al.*, 1999).

A patogênese do cisto nasolabial ainda é incerta. No passado, acreditava-se que teria origem na fusão dos processos globular, nasal lateral e maxilar; devido à proliferação do epitélio aprisionado ao longo da linha de fusão (Shafer, 1974).

Atualmente, a teoria mais aceita é de que sua patogênese relaciona-se com o desenvolvimento a partir da porção inferior e anterior do ducto nasolacrimal (Allard, 1982; Regezi, Sciubba 1991; Vasconcelos *et al.*, 1999; Choi *et al.*, 2002; Nixdorf *et al.*, 2003). Essa teoria é suportada pelo fato

\* Professor do Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada – Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP; Rua José Bonifácio, 1193 – CEP 16015-050, Araçatuba, SP; e-mail: idelmo@foa.unesp.br

\*\* Doutoranda em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

\*\*\* Aluno do Curso de Graduação em Odontologia – Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

\*\*\*\* Cirurgia-dentista formada pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba –UNESP

\*\*\*\*\* Professor Adjunto do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica - Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

de que o ducto nasolacrimal é revestido por epitélio pseudoestratificado colunar, o epitélio mais comumente encontrado nas cavidades císticas dos cistos nasolabiais (Vasconcelos, 1999). De acordo com Regezi, Sciubba (1991), o principal sinal clínico é uma tumefação de tecido mole que pode apresentar-se na região de canino. Segundo Allard (1982), a presença da lesão poderá causar assimetria facial e nasal com o desaparecimento do sulco nasolabial, elevação da asa do nariz e inchaço do assoalho da cavidade nasal (Shafer, 1974; High, Houston, 2001; Yilmaz *et al.*, 2002; Liu, Kridel, 2003). A obstrução nasal é raramente observada (Miller, Moore, 1949; Vasconcelos *et al.*, 1999). Intrabucal, nota-se uma protuberância no fundo do sulco vestibular. A dor só é presente quando o cisto for infectado secundariamente (Killy *et al.*, 1977).

Radiograficamente, o cisto pode apresentar imagem radiolúcida na região apical dos incisivos superiores em radiografia periapicais (Seward, 1962; Shinohara *et al.*, 2001). Um deslocamento posterior da linha radiopaca correspondente às margens ósseas da abertura nasal, deslocada pelo cisto, quando realizada técnica radiográfica oclusal padronizada (Neville, 1995). A tomografia computadorizada pode ser utilizada como método para uma análise mais precisa dos limites da lesão (Barzilai, 1994; Shinohara *et al.*, 2001).

Histopatologicamente, o cisto nasolabial é geralmente revestido por epitélio pseudoestratificado com células caliciformes e ciliadas (Neville, 1995). Shafer (1974) e Regezi, Sciubba (1991) salientam que ocasionalmente pode estar presente o epitélio pavimentoso estratificado. Shear (1983) descreve a parede fibrosa como relativamente acelular, constituída por um tecido conjuntivo frouxo ou densamente colageinizado. Áreas de epitélio cúbico e metaplasia escamosa não são incomuns. Raras células inflamatórias podem ser encontradas (Pereira-Filho *et al.*, 2002), principalmente se a lesão for secundariamente contaminada (Neville, 1995). Segundo Neville (1995), inflamação pode ser observada se a lesão for secundariamente infectada.

Os cistos nasolabiais são tratados por excisão cirúrgica por meio de acesso intrabucal. O prog-

nóstico é favorável e a recidiva nunca foi relatada (Lopes-Rios *et al.*, 1997).

## RELATO DE CASO

Paciente C.R.C., 39 anos, leucoderma, do sexo feminino, compareceu à clínica de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP), encaminhada pelo seu médico otorrinolaringologista, que observou uma tumefação na região do terço médio da face do lado direito. Durante anamnese, a paciente queixou-se de um “inchaço na face”, com evolução de aproximadamente 1 ano, com relato de episódios de sintomatologia dolorosa na área. No exame clínico extrabucal constatou-se uma tumefação no sulco nasolabial e no assoalho do nariz do lado direito, provocando elevação da asa do nariz (Figura 1). Ao exame clínico intrabucal, observou-se um aumento volumétrico no fundo de fórnix na região de incisivo lateral e canino superior direito que à palpação apresentou-se como uma lesão localizada, amolecida e indolor. (Figura 2). A avaliação dentária não mostrou nenhuma alteração periodontal e/ou periapical que pudesse estar relacionada à lesão. O exame radiográfico periapical revelou uma pequena rarefação óssea na região apical do incisivo lateral e canino, mas sem envolvimento com a lâmina dura. A radiografia oclusal apresentou uma imagem radiolúcida circunscrita na região do ápice dos dentes 12 e 13, e também um desvio da parede do assoalho da fossa nasal do lado referido (Figura 3). Para completar o exame inicial, foi realizada punção aspirativa da lesão, quando se observou uma substância líquida de coloração amarelada e sem a presença de sangue. Em seguida, foi injetada uma substância contrastante (Hypaque 75%) em igual quantidade e realizadas novas tomadas radiográficas. Nas radiografias utilizando a substância para contraste foi observada uma lesão ovalada, de limites definidos, com diâmetro de aproximadamente 20mm (Figuras 4 e 5). A enucleação cirúrgica da lesão foi indicada. Após anestesia por bloqueio do nervo infra-orbitário do lado direito, foi realizada uma incisão retilínea de mucosa no fundo de sulco vestibular na região do

aumento volumétrico. Em seguida, foram realizadas a divulsão da cápsula e exérese da lesão (figura 6). Macroscopicamente, a lesão era recoberta por uma cápsula fibrosa, coloração avermelhada e medindo 20mm de diâmetro (Figura 7). A sutura foi realizada a pontos interrompidos com fio de poliglactina 910 (Figura 8). A peça foi fixada em formalina a 10% e encaminhada para análise no Laboratório de Patologia do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica (FOA-UNESP). A

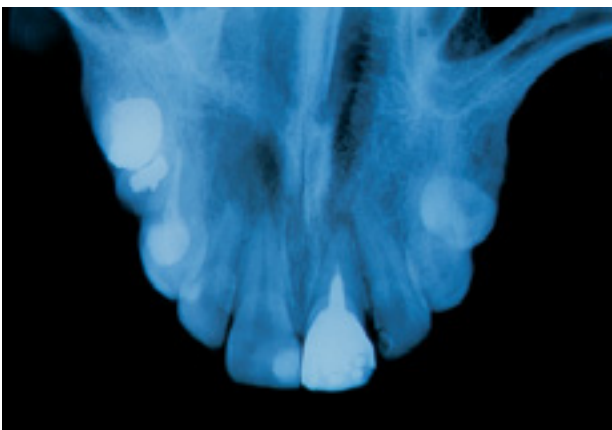
histologia revelou lesão cística revestida, em sua maior parte, por epitélio estratificado pavimentoso fino, e cápsula conjuntiva fibrosa com inflamação crônica de intensidade variável, características estas compatíveis com o cisto nasolabial (figura 9). O pós-operatório foi feito com 7 (sete) dias para remoção de suturas e com 4 (quatro) meses para controle, apresentado uma evolução sem intercorrências e mostrando o desaparecimento dos sinais e sintomas (Figuras 10, 11 e 12).



**FIGURA 1:** *Aspecto extrabucal. Tumefação no sulco nasolabial e elevação da asa do nariz.*



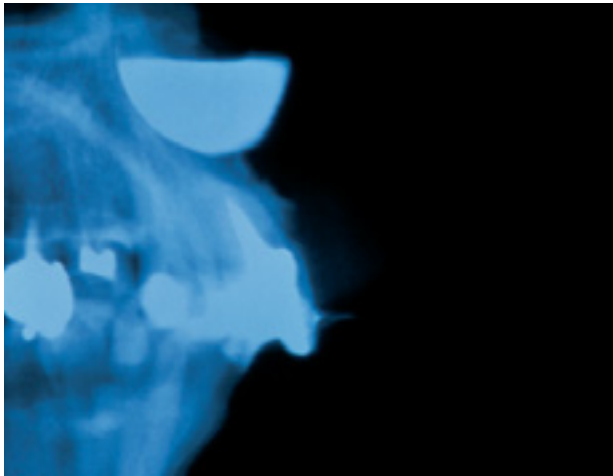
**FIGURA 2:** *Exame intrabucal.*



**FIGURA 3:** *Exame radiográfico oclusal de maxilar anterior.*



**FIGURA 4:** *Exame radiográfico de perfil de face.*



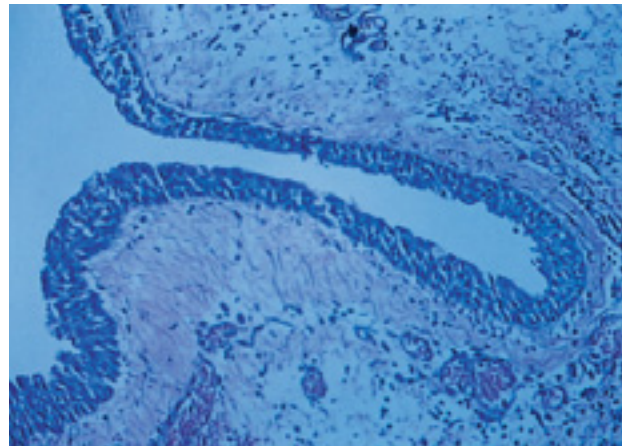
**FIGURA 5:** Exame radiográfico de perfil de face com injeção de contrastes na lesão.



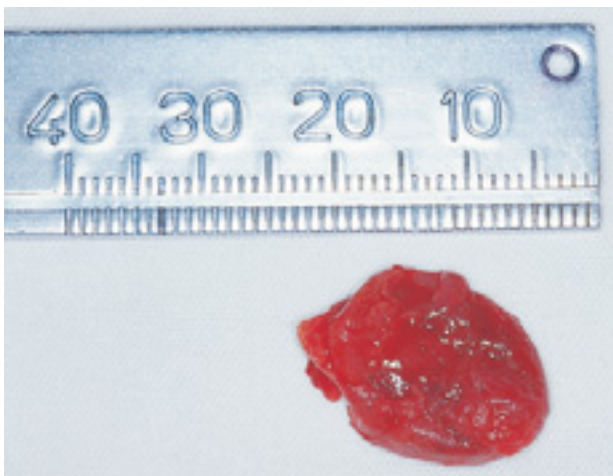
**FIGURA 8:** *Sutura.*



**FIGURA 6:** *Divulsão da lesão cística.*



**FIGURA 9:** *Histologia da lesão cística mostrando epitélio do tipo estratificado pavimentoso revestindo a cavidade, e cápsula conjuntiva inflamada. (HE 200X).*



**FIGURA 7:** *Lesão enucleada.*



**FIGURA 10:** *Pós-operatório de 4 meses. Vista superior.*



FIGURA 11: Pós-operatório de 4 meses. Vista frontal.

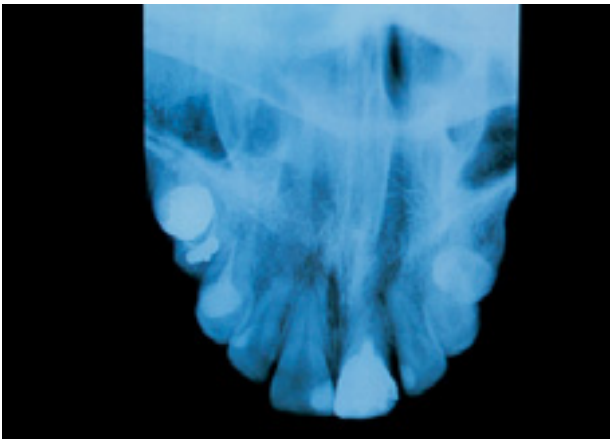


FIGURA 12: Exame radiográfico controle de 4 meses.

## DISCUSSÃO

O cisto nasolabial é também conhecido como cisto nasoalveolar, sendo mais adequada a primeira denominação, uma vez que se trata de uma lesão de tecido mole. É classificado como cisto não-odontogênico. Geralmente é unilateral, sendo mais comum do lado direito (Bernfeld, 1945; Waldrep, Capodanno, 1966). O cisto nasolabial é encontrado também bilateralmente, incidência menor que o unilateral (Fanibunda, 1970; Van Ruggen *et al.*, 1982).

A ocorrência do cisto nasolabial é rara. Vasconcelos *et al.* (1999), em análise, concluiu que 0,1% de todas as lesões diagnosticadas em um período de 30 anos é de cisto nasolabial. Allard (1982) observou 3 casos em 65 mil pacientes e Shear (1983) encontrou somente 9 casos (0,7%) em uma série de 1.345 casos de cistos.

O cisto nasolabial é mais comum em mulheres (Kuriloff, 1987; Wesley *et al.*, 1984). Na amostragem

de Van Bruggen *et al.* (1982), 199 pacientes eram mulheres (79%). Vasconcelos *et al.* (1999) relatou como sendo 81,8% das lesões em pacientes brancos e 18,2% em pacientes negros. A lesão acomete, predominantemente, pacientes da quarta e quinta década de vida (Kuriloff, 1987; Cohen *et al.*, 1985), características que vem de encontro com os dados do caso aqui relatado.

Embora haja controvérsias quanto a sua etiologia, os dados histológicos (revestimento epitelial pseudo-estratificado), encontrados no ducto nasolacrimal, são semelhantes aos encontrados no cisto nasolabial (Langlais *et al.*, 1995).

Clinicamente percebemos uma lesão de evolução lenta, sem sintomatologia, a não ser que o mesmo se infecte secundariamente (Neville, 1995). Frequentemente, os pacientes relatam um aumento volumétrico na região do terço médio da face, podendo estar associado a uma leve dificuldade de respiração nasal ou interferência na utilização de prótese (Neville, 1995). No caso relatado, apesar do aumento volumétrico ser grande, ainda não havia comprometimento respiratório.

Devido às semelhanças dos sinais e sintomas, esta lesão pode ter como diagnóstico diferencial o abscesso dental ou periodontal, cisto odontogênico, tumor e pólipos nasal (Werner *et al.*, 1968). No exame extra-oral pode ser visto a ausência do sulco nasolabial, levantamento na asa do nariz, distorção da narina e um abalamento no assoalho da fossa nasal (High, Houston, 2001; Yilmaz *et al.*, 2002; Liu, Kridel, 2003). Na punção, coleta-se conteúdo fluido amarelado que, às vezes, é sanguinolento (Langlais *et al.*, 1995).

O exame radiográfico é útil para qualquer procedimento odontológico, mas no caso de diagnóstico de cisto nasolabial, haviam controvérsias quanto às alterações radiográficas sugestivas desta lesão (Chinelato, Damante, 1984). Porém, Seward (1962), estudando radiografias oclusais, foi o primeiro autor a descrever duas imagens sugestivas de cisto nasolabial: 1) radiolucidez aumentada na região de incisivos do lado acometido pela lesão, 2) concavidade resultante da inversão da margem inferior da fossa nasal. Imagem radiográfica utilizando substância para contraste tem grande valor, uma

vez que mostra o tamanho da lesão e suas proximidades com as estruturas anatômicas. Para maior precisão dos limites da lesão, o uso da tomografia computadorizada é recomendado (Barzilai, 1994; Shinohara *et al.*, 2001).

Histologicamente, o cisto nasolabial é caracterizado por uma cavidade cística revestida por parede epitelial. O epitélio pode ser estratificado escamoso, colunar ciliado, epitélio típico de trato respiratório e às vezes há a presença de mais de um tipo de epitélio na mesma lesão (Pindborg, Hjorting-Hansen, 1974). Hemorragia e células inflamatórias crônicas aparecem frequentemente nas paredes dos cistos (Fanibunda, 1970). Vasconcelos *et al.* (1999), em análise de 15 casos, observou a presença de hemorragia em 66,6% dos casos e em 40% encontrou presença de células inflamatórias, característica que foi encontrada também neste caso. Lopez-Rios *et al.* (1997), em seus achados histológicos, encontrou

células e substâncias apócrinas na superfície do cisto nasolabial.

Marsupialização e enucleação cirúrgica são opções para tratamento de cistos. O cisto nasolabial, por se tratar de uma lesão de tecido mole, não responde a marsupialização (Crowford *et al.*, 1968). O tratamento de eleição para esta lesão é a remoção cirúrgica com acesso intrabucal sob anestesia local (Chinellato, Damante, 1984). A recorrência nunca foi relatada (Lopez-Rios *et al.*, 1997).

## CONCLUSÃO

Apesar do índice de ocorrência do cisto nasolabial ser baixa, é de extrema importância que cirurgiões-dentistas conheçam as principais características da lesão a fim de que possam fazer o diagnóstico diferencial de cistos de origem odontogênica e, desta forma, direcionar um plano de tratamento seguro para o paciente.

Garcia Júnior IR, Ponzoni D, Machado GJR, Nepomuceno G de C, Crivelini MM, Coclete GA. Nasolabial cyst: report of case. Rev Int Traumatol Bucomaxilofacial 2005; 3(11/12):147-53

The nasolabial cyst has a nonodontogenic origin and occurs in soft tissue. It is unilateral but can also be bilateral. It is located in the alar region of the nose and most commonly in women. Its origin comes from epithelial remnants of the nasolacrimal duct and the evolution is slow. The treatment of choice must be surgical. In the report the authors present a review of the literature and show a case treated with surgery, and the evolution with the disappearance of the signs and symptoms.

**KEYWORDS:** Nasolabial cyst; Nonodontogenic cyst; Buccal surgery.

## REFERÊNCIAS

- Allard RHB. Nasolabial cyst. A review of the literature and report of case. *Int J Oral Surg* 1982; 11:351-9.
- Barzilai M. Case report: bilateral nasoalveolar cysts. *Clin Radiol* 1994; 49:140.
- Bernfeld K. Genesis of typical and atypical cysts of nasal floor. *J Laryngol Otol* 1945; 60:145-8.
- Chinellato LEM, Damante JH. Contribution of radiographs in the diagnosis of nasoalveolar cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1984; 58:729-35.
- Cohen MA, Hertzanu Y. Huge growth potential of the Nasolabial cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985; 59:441-5.
- Choi JH, Cho JH, Kang HJ, Chae SW, Lee SH, Hwang SJ *et al.* Nasolabial cyst: a retrospective analysis of 18 cases. *Ear Nose Throat J* 2002; 81(2):94-6.
- Crowford W, Korchin L, Greskovich FJ. Nasolabial cysts: report of two cases. *J Oral Surg* 1968; 28:582-8.
- Fanibunda KB. Bilateral nasolabial cysts: A case report. *Dent Pract* 1970; 20:249-50.
- High CL, Houston GD. Recurring anterior facial swelling. *Compend Contin Educ Dent* 2001; 22(12):1066-8.
- Langlais RP *et al.* Interradicular radiolucencies. In: *Diagnostic Imagens of the jaws*. Baltimore: Williams e Wilkins; 1995. p.263-79.
- Leeferink GA. Nasolabial cysts. A report of 10 cases and a review of the literature. *J Dent South Afr* 1985; 39:15-9.
- Liu ES, Kridel RW. Evaluation of nasoalveolar cysts for the facial plastic surgeon. *Arch Facial Plast Surg* 2003; 5(2):185-8.
- Lopez-Rios F *et al.* Nasolabial cyst: Report of a case with extensive apocrine change. *Oral Surg Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84:404-6.
- Killy AC, Kay LW, Seward GR. Benign cyst lesion of the jaws, their diagnosis and treatment, 3rd ed. Edinburgh: Churchill – Livingstone; 1977.
- Kuriloff DB. The nasolabial cyst-nasal hamartoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1987; 96:268-72.
- Miller JB, Moore PM. Nasoalveolar cyst. *Ann Otol Rhinol laryngol* 1949; 58:200-23.
- Neville BW *et al.* Developmental defects of the oral and maxillofacial

- region. In: Oral and maxillofacial pathology. Philadelphia: WB Saunders; 1995. p.1-43.
- Nixdorf DR, Peters E, Lung KE. Clinical presentation and differential diagnosis of nasolabial cyst. J Can Dent Assoc 2003; 69(3):146-9.
- Pereira-Filho VA, da Silva AC, de Moraes RWF, Villalba H. Cisto nasolabial: relato de caso. Braz Dent J 2002; 13(3):212-4.
- Pindborg JJ, Hjorting-Hansen E. Atlas of diseases of the jaws. Philadelphia: WB Saunders; 1974.
- Regezi JA, Sciubba JJ. Oral pathology clinical – pathology correlations. 2ª ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1991. p.234-5.
- Seward GR. Nasolabial cysts and their radioly. Dent Pract 1962; 12:154-61.
- Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A textbook of oral Pathology. 3ª ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1974. p.71-2.
- Shafer WG *et al.* Patologia bucal. 3ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1979.
- Shear M. Developmental odontogenic cysts. An update. J Oral Pathol Med 1994; (23):1-11.
- Shear M. Cysts of the oral regions. 2ª ed. England: Wright; 1983. p.108-11.
- Shinohara EH, Perin SV, Carvalho-Júnior JP. Cisto nasolabial. Relato de caso. BCI 2001; 8(29):15-8.
- Van Bruggen AP, Shear M, Du Preez IJ, Van Wyk DP, Beyers D, Shear M. Cysts of the oral regions 2ª ed. England: Wright; 1982. p.108-11.
- Vasconcelos RF, Souza PEA, Mesquita RA. Retrospective analysis of 15 cases of nasolabial cyst. Oral Med 1999; 30(9):629-32.
- Walpred AC Jr, Capodanno JA. Bilateral Nasolabial cysts: Report of case. J Oral Surg 1966; 24:347-50.
- Werner PE, Lehman RH, Collentine ME, Darling RJ. Intraoral presentation of a nasal (choanal) polyp: report of case. J Oral Surg 1968; 26:589-92.
- Wesley RK, Scannel T, Nathan LE. Nasolabial cyst: presentation of a case with a review of the literature. J Oral Maxillofacial Surg 1984; 42:188-92.
- Yilmaz MD, Derekoy S, Aktepe F, Altuntas A. Nasolabial cyst: two cases. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg 2002; 9(2):142-4.

Recebido para publicação em: 15/07/03

Enviado para análise em: 04/08/03

Aceito para publicação em: 15/12/03