

CISTO DO DUCTO NASOPALATINO DIAGNOSTICADO COMO LESÃO DE PERIODONTITE APICAL: RELATO DE CASO COM SUA TERAPIA CORRETIVA

NASOPALATINE DUCT CYST DIAGNOSED AS APICAL PERIODONTITIS INJURY: CASE REPORT WITH ITS CORRECTIVE THERAPY

Stephanie F. S. VASCONCELLOS¹; Filipe M. DUARTE¹; Sabrina C. BRASIL²; Fernanda HECKSHER³; Emmanuel J.N.L. SILVA⁴; Henrique S. ANTUNES⁵

1 – Aluno(a) de graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), Departamento de Endodontia, Duque de Caxias, RJ, Brasil.

2 – Doutora em Odontologia pela Universidade Estácio de Sá (UNESA), Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da UNIGRANRIO, Departamento de Endodontia, Duque de Caxias, RJ, Brasil.

3 – Doutoranda em Odontologia pela UNIGRANRIO, Departamento de Endodontia, Duque de Caxias, RJ, Brasil.

4 – Pós-Doutor em Endodontia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professor Adjunto da UNIGRANRIO, Departamento de Endodontia, Duque de Caxias, RJ, Brasil.

5 – Doutor em Odontologia pela UNESA – Professor Adjunto da UNIGRANRIO, Departamento de Endodontia, Faculdade de Odontologia da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), Duque de Caxias, RJ, Brasil.

RESUMO

Um diagnóstico diferencial preciso da periodontite apical e lesões não endodônticas deve ser estabelecido para definir um melhor plano de tratamento do caso. O cisto do ducto nasopalatino (CDNP) é um cisto de desenvolvimento não-odontogênico com incidência rara que pode levar a um erro de diagnóstico sendo confundido com lesões periapicais relacionadas aos incisivos superiores. O presente estudo descreve um caso clínico de uma paciente que foi encaminhada para realização de tratamento endodôntico nos elementos 12, 11, 21 e 22, pois a mesma apresentava grande radiolucência periapical na região dos incisivos superiores e características semelhantes à de periodontite apical. O elemento 11 já havia sido previamente acessado por outro profissional. Após exame clínico, foi constatada vitalidade pulpar

nos elementos 12, 21 e 22. O tratamento endodôntico foi finalizado no elemento 11. Um exame de TCFC foi solicitado para o planejamento cirúrgico do caso. Após o tratamento cirúrgico e enucleação da lesão foi realizado o exame histopatológico que confirmou o diagnóstico de CDNP. Mediante o presente relato de caso, fica enfatizado a necessidade da execução de uma anamnese e avaliação clínica correta, com a utilização de testes e exames complementares necessários para avaliação e planejamento do caso, prevenindo dessa forma uma conduta inapropriada ou desnecessária para o caso.

PALAVRAS-CHAVE: Endodontia; Patologia; Tomografia computadorizada de feixe cônico.

INTRODUÇÃO

O Cisto do Ducto Nasopalatino (CDNP), também conhecido como Cisto do Canal Incisivo, é um cisto de desenvolvimento não-odontogênico e foi descrito pela primeira vez por Meyer em 1914 como um cisto do seio paranasal¹. De incidência rara, acometendo até 1% da população, é considerado o cisto não-odontogênico mais comum, ocorrendo com maior frequência em adultos entre a 2ª e 5ª décadas de vida²⁻⁵. Sua origem é incerta, porém a teoria mais aceita é a de que o CDNP tem origem da proliferação dos remanescentes epiteliais do ducto nasopalatino, que é a estrutura embrionária que liga a cavidade bucal com a cavidade nasal na região do canal incisivo²⁻⁸. Entre as causas de CDNP, pode-se citar o trauma na região⁹, prótese mal adaptada¹⁰, infecções bacterianas^{11,12} e a proliferação epitelial

espontânea². Outras causas que são encontradas na literatura são fatores genéticos e raciais¹³.

O diagnóstico de CDNP é baseado nas observações clínicas e radiográficas, devendo ser confirmado pelo exame histopatológico. Como diagnóstico diferencial podemos citar o cisto radicular, perirradicular, queratocisto, entre outros. Portanto, ressalta-se a importância de uma minuciosa anamnese, correto exame clínico e radiográfico para que se obtenha um correto diagnóstico e um plano de tratamento adequado ao caso.

O tratamento para esta lesão é cirúrgico, podendo ser utilizada a técnica de marsupialização seguida de enucleação da lesão ou somente a enucleação, de acordo com as estruturas envolvidas^{14,15}. Normalmente o CDNP é pequeno, e não envolve o

ápice dos dentes, que, por sua vez, possuem vitalidade pulpar. Para diferenciar a lesão, o teste de sensibilidade pulpar é fundamental, pois complementa o diagnóstico e evita a indicação de tratamento endodôntico desnecessário. Se não tratado, o CDNP pode causar reabsorções ósseas, alterações aos dentes próximos à lesão, expansão óssea e dor.

No caso clínico relatado, o CDNP envolvia os ápices dos incisivos centrais superiores (observado na tomografia computadorizada de feixe cônico) e optou-se pelo tratamento endodôntico dos elementos 11 (que já havia sido acessado por outro profissional) e 21, para evitar qualquer tipo de complicação operatória e pós-operatória.

O presente trabalho tem como objetivo reportar um caso clínico de uma patologia perirradicular inicialmente diagnosticada de forma incorreta como lesão perirradicular de origem endodôntica e que após a abordagem diagnóstica e terapêutica correta foi confirmada como cisto do ducto nasopalatino.

RELATO DE CASO

Paciente C.G.S.C., sexo feminino, melanoderma, 41 anos de idade, compareceu à clínica de Endodontia II da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), com indicação de tratamento endodôntico dos elementos 11, 12, 21 e 22 em decorrência de lesão perirradicular.

Ao exame clínico intraoral, não foi constatado aumento de volume e verificou-se que o elemento 11 já havia sido acessado por outro profissional. Radiograficamente, os elementos apresentavam uma imagem radiolúcida, bem delimitada, ao redor do ápice desses dentes (Figura 1A). Ao realizar o teste de sensibilidade pulpar com frio (Endo Ice, Maringá, PR, Brasil), todos os elementos, com exceção do elemento 11 que já havia sido acessado previamente, apresentaram dor de curta duração, indicando sensibilidade pulpar compatível com uma polpa sadia. O elemento 11 recebeu tratamento endodôntico uma vez que o mesmo já estava acessado. Após o tratamento endodôntico do elemento 11, foi realizado um pedido de TCFC a fim de avaliar e planejar o tratamento para a lesão radiolúcida constatada na radiografia periapical. Após a realização da TCFC foi constatada a presença de uma imagem hipodensa, bem delimitada, corticalizada, localizada entre os ápices dos elementos 11 e 21, estendendo-se desde o assoalho da fossa nasal e indo em direção à cortical alveolar na região de linha média (Figura 1B e C). A lesão possuía íntimo contato com as corticais vestibular, palatina e com o canal nasopalatino. Verificou-se também uma imagem sugestiva de abaulamento e adelgaçamento da cortical palatina nessa região. Foi sugerida a realização do tratamento endodôntico do elemento 21 utilizando a mesma técnica do dente 11, porém realizado em sessão única.

Numa nova consulta foi realizado o procedimento cirúrgico. Uma punção aspirativa foi realizada na lesão, obtendo-se resultado positivo para líquido. O acesso cirúrgico foi realizado na mucosa palatina. Realizou-se o bloqueio anestésico dos nervos infraorbitário e nasopalatinos bilateralmente com a utilização de Articaína 4% 1:100.000 (Nova DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). Em seguida, foi utilizada lâmina de bisturi 15C para realizar uma incisão intrasulcular da mesial do primeiro molar de um lado ao correspondente do lado oposto, seguindo com o descolamento do retalho muco-periósteo palatino utilizando descolador tipo

Molt nº 9 (Golgran, São Caetano do Sul, SP) (Figura 2A) e feita osteotomia com broca esférica carbide de haste longa nº4 (KG Sorensen, Cotia, SP) (Figura 2B). A lesão foi removida com uma cureta do tipo Luccas nº 86 (Golgran, São Caetano do Sul, SP), não ocorrendo comunicação oronasal (Figura 2C). Foi feita irrigação com solução salina a 0,9% e reposicionou-se o retalho com realização de sutura interpapilar com fio de sutura de seda 4-0 (Figura 2D). A paciente foi orientada a fazer uso de analgésico e anti-inflamatório e a sutura foi removida sete dias após a cirurgia. A peça operatória foi acondicionada em formol a 10% e encaminhada ao laboratório para exame histopatológico. O laudo histopatológico confirmou o diagnóstico de cisto do ducto nasopalatino. Após 6 meses a paciente retornou para consulta de acompanhamento e uma radiografia periapical constatou reparo da lesão perirradicular (Figura 1D).

DISCUSSÃO

O teste de sensibilidade pulpar é essencial para descartar a possibilidade de lesões endodônticas de origem infecciosa e para que tratamentos endodônticos não sejam realizados desnecessariamente. O diagnóstico radiográfico não pode ser tomado como definitivo, pois conforme a angulação e o posicionamento do paciente podem alterar as dimensões, contribuindo para um falso diagnóstico, e pela existência de outras lesões com características semelhantes. Uma alternativa para auxiliar no diagnóstico é a solicitação de TCFC, que permite melhor visualização das estruturas envolvidas, uma vez que as dimensões são muito aproximadas da realidade, contribuindo para o diagnóstico e o planejamento terapêutico adequado^{16,17}.

Existem algumas técnicas de tratamento para os cistos e o cirurgião-dentista deve avaliar qual será a mais indicada para cada caso, considerando as vantagens e desvantagens de cada uma. A enucleação é a técnica onde a lesão é totalmente removida sem que haja uma ruptura da mesma (biópsia excisional). É a técnica de escolha nos casos de cistos de menores dimensões, que não tenham envolvimento com estruturas importantes e oferece uma análise patológica da lesão por completo. A técnica de marsupialização e descompressão proporciona uma abertura de janela cirúrgica próxima ao cisto, esvaziando-o e diminuindo a pressão intracística, que faz com que a lesão tenha seu tamanho reduzido. Pode ser utilizada como uma terapia isolada em casos de cisto ou como tratamento preliminar, com a enucleação adia-da para outro momento cirúrgico (biópsia incisiva). A decisão do tratamento ideal para cada caso deve ser baseada em critérios, como: o tamanho da lesão, a idade do paciente, o envolvimento de estruturas anatômicas de grande importância, os elementos dentários envolvidos, dentre outros. É de extrema importância a realização do exame histopatológico para descartar os demais tipos de lesões com características semelhantes e o acompanhamento radiográfico e clínico anual. No presente caso, levando em conta o tamanho da lesão e sua localização, foi escolhida a técnica de enucleação^{18,19}.

Histopatologicamente, as características dos revestimentos epiteliais do cisto do ducto nasopalatino são extremamente variadas. Podem ser vistos epitélio estratificado escamoso e epitélio pseudoestratificado colunar e mais raramente com o cuboide. Além disso, células ciliadas são encontradas em combinação com células calciformes em cerca de dois terços dos casos²⁰. No

presente caso o diagnóstico histopatológico apresentou um quadro microscópico compatível com cisto do ducto nasopalatino inflamado.

Para a realização da enucleação é necessária a realização de uma criteriosa curetagem de toda a cavidade cística, para a completa remoção da lesão. No caso em que algum ápice dentário esteja no interior da cavidade, este deverá ser curetado, o que levará ao rompimento do feixe vâsculo-nervoso do forame apical⁸. No caso apresentado, o dente 11 recebeu tratamento endodôntico, pois o mesmo possuía acesso à câmara pulpar previamente realizado por outro profissional, enquanto que o

tratamento endodôntico do dente 21 foi indicado em razão da imagem tomográfica ter mostrado íntimo contato da raiz com o interior da cavidade cística. Esta abordagem de tratamento endodôntico no elemento 21 foi realizada, mesmo constatando a vitalidade pulpar do mesmo, uma vez que já era esperado que durante a marsupialização e enucleação cirúrgica da lesão, esse elemento sofreria algum trauma em seu feixe vâsculo nervoso. Em contrapartida, os elementos 12 e 22 não receberam tratamento endodôntico, uma vez que o prognóstico era mais favorável à manutenção de vitalidade pulpar após os tratamentos propostos.



Figura 1 - A) Radiografia periapical evidenciando imagem radiolúcida delimitada na região dos elementos 11 e 21; **B)** Corte axial de TCFC evidenciando imagem hipodensa, bem delimitada, corticalizada, localizada entre os ápices dos elementos 11 e 21, estendendo-se desde o assoalho da fossa nasal e indo em direção à cortical alveolar na região de linha média; **C)** Corte sagital da TCFC; e **D)** Radiografia periapical de preservação de 6 meses evidenciando o reparo dos tecidos perirradiculares.

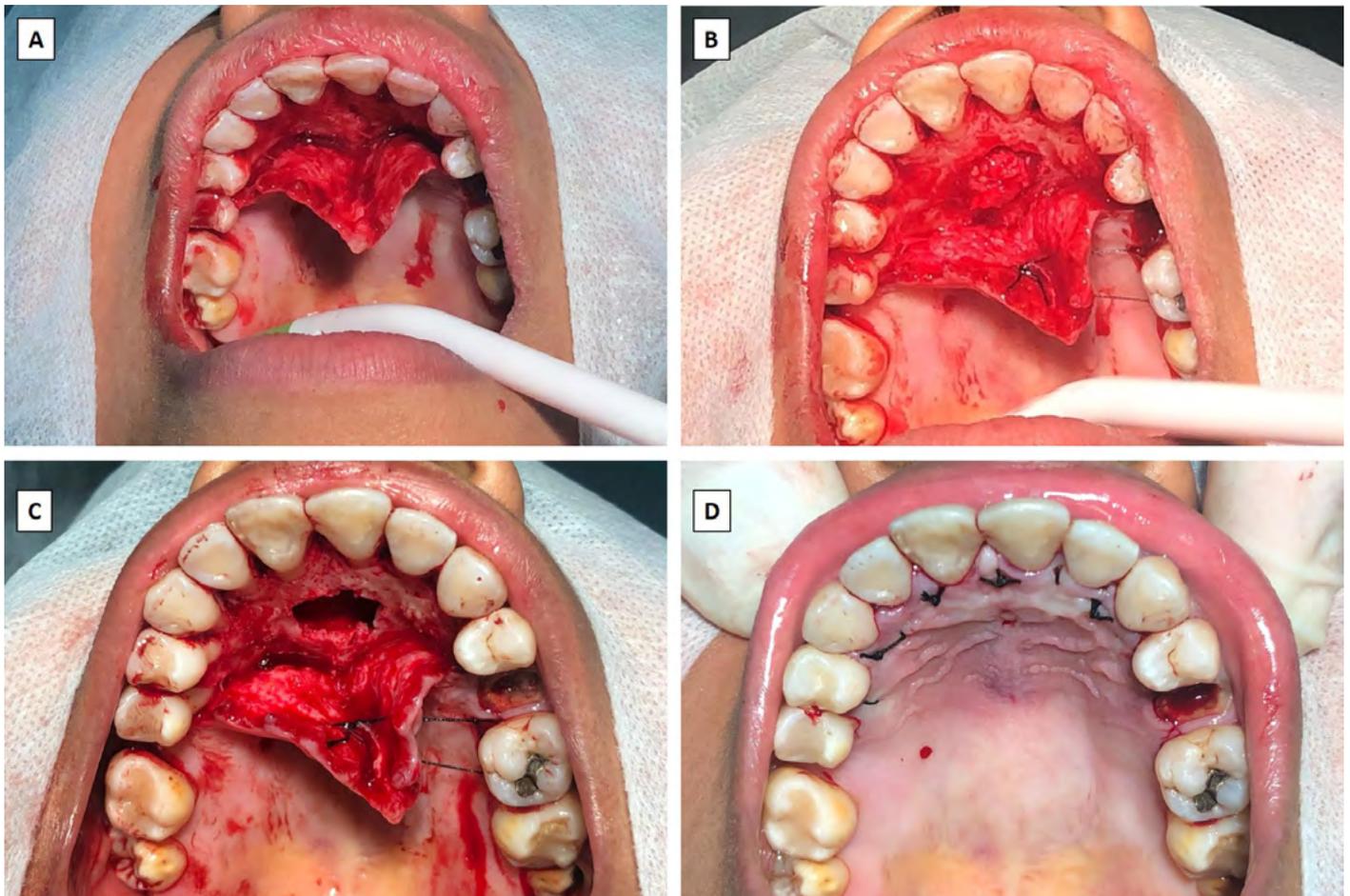


Figura 2 - A) Retalho muco-periosteal palatino; **B)** Osteotomia; **C)** Curetagem; e **D)** sutura.

CONCLUSÃO

O Cisto do Ducto Nasopalatino geralmente é assintomático, sendo descoberto em exames de rotina solicitados para tratamento odontológico. Apesar de sua origem não estar relacionada aos dentes, o seu crescimento pode ocasionar alterações aos dentes próximos à lesão, expansão óssea e dor. Deve ser identificado e tratado com remoção cirúrgica. A radiografia periapical e oclusal permitem visualizar melhor a lesão e a tomografia computadorizada permite melhor avaliação e planejamento cirúrgico. Portanto, enfatiza-se que a falta de um correto diagnóstico e de um planejamento adequado, podem induzir o profissional a uma conduta inapropriada ou até mesmo desnecessária para o caso.

REFERÊNCIAS

01. Meyer AW. A unique supernumerary paranasal sinus directly above the superior incisors. *J Anat.* 1914; 48:118-29.
02. Allard RH, Van Der Kwast WA, Van Der Waal I. Nasopalatine duct cyst: review of the literature and report of 22 cases. *Int J Oral Surg.* 1981; 10(6): 447-61.
03. Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994; 77(3): 276-80.
04. Swanson KS, Kaugars GE, Gunsolley JC. Nasopalatine duct cyst: an analysis of 334 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991; 49(3): 268-71.
05. Vasconcelos R, Aguiar MF, Castro W, Araújo VC, Mesquita R. Retrospective analysis of 31 cases of nasopalatine duct cyst. *Oral Dis.* 1999; 5(4): 325-8.
06. Berlove IJ. Anterior median palatine cyst. *NY Dent J.* 1956;16: 381-4.
07. Chandler NP, Gray A. Patent nasopalatine ducts: a case report. *New Zealand Dent J.* 1980; 92: 80-2.
08. Neville BW, Damm DD, Brock T. Odontogenic keratocysts of the midline maxillary region. *J Oral Maxillofac Surg.* 1997; 55(4): 340-4.
09. Abrams AM, Howell FV, Bullock WK. Nasopalatine cysts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1963; 16: 306-32.
10. Cohen M, Levine J. Incisive canal cyst of edentulous maxilla. *Int J Orthod.* 1936; 22(5): 526-9.
11. Mealey BL, Rasch MS, Braun JC, Fowler CB. Incisive canal cysts related to periodontal osseous defects: case reports. *J Periodontol.* 1993; 64(6): 571-4.
12. Anneroth G, Hall G, Stuge U. Nasopalatine duct cyst. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1986; 5: 572-80.
13. Hedin M, Klamfeldt A, Persson G. Surgical treatment of nasopalatine duct cysts: a follow up study. *Int J Oral Surg.* 1978; 7(5): 427-33.
14. Wiesenfeld D. Cysts in the jaws. In: Scully C (Ed.). *The mouth and perioral tissue.* Oxford: Heinemann Medical Books; 1989.
15. Fonseca V, Bastos L, Campos PS. Aspectos tomográficos do cisto do ducto nasopalatino: relato de caso. *Revista ABRO.* 2016; 16: 39-44.
16. Spinelli D, Silva F, Marson GB. Cisto do ducto nasopalatino: relato de caso. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.* 2017; 20: 62-65.
17. Caliento R, Mannarino FS, Hochuli-Vieira E. Cisto dentígero: modalidades de tratamento. *Rev Odontol UNESP.* 2013; 42(6): 458-462.
18. Faria NSF, Monteiro VP, Barros AAP, Nicolau RA. Técnica de marsupialização e enucleação para tratamento de cistos de grandes proporções: relato de caso. In: *Anais do XVII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e III Encontro de Iniciação à Docência; 2013; São Paulo, Brasil. São Paulo: Universidade do Vale do Paraíba, 2013. p. 1-6.*
19. Shear M, Speight P. *Cysts of the oral and maxillofacial region.* 4. ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2007. p. 108-115, 123-142.
20. Suter V, Sendi P, Reichart P, et al. Expansive nasopalatine duct cysts with nasal involvement mimicking apical lesions of endodontic origin: a report of two cases. *J Endod.* 2011; 37(9): 1320-6.

ABSTRACT

An accurate differential diagnosis of apical periodontitis and non-endodontic lesions must be established to define a better treatment plan for the case. The nasopalatine duct cyst (NPDC) is a non-odontogenic development cyst with a rare incidence that can lead to a diagnostic error, being confused with periapical lesions related to the upper incisors. The present study describes a clinical case of a patient who was referred for endodontic treatment in elements 12, 11, 21 and 22 because presented periapical radiolucency in the region of the upper incisors and features similar to apical periodontitis. Element 11 had previously been accessed by another professional. After clinical examination, pulp vitality was found in elements 12, 21 and 22. Endodontic

treatment was performed in element 11. CBCT examination was requested for the surgical planning of the case. After surgical treatment and enucleation of the lesion, histopathological examination was performed, which confirmed the diagnosis of NPDC. Through the present case report, the need to carry out an anamnesis and correct clinical evaluation is emphasized, with the use of tests and complementary exams necessary for the evaluation and planning of the case, thus preventing inappropriate or unnecessary conduct for the case.

KEYWORDS: Endodontics, Pathology, Cone Beam Computed Tomography.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Emmanuel João Nogueira Leal da Silva
Rua Herotides de Oliveira 61/902 – Icaraí – Niterói – RJ,
CEP: 24230-230
E-mail: nogueiraemmanuel@hotmail.com