

## CISTO NASOLABIAL: RELATO DE CASO

### NASOLABIAL CYST: CASE REPORT

Henry Arturo Garcia Guevara<sup>1</sup>, Danilo Lobo Mussalém<sup>2</sup>, Daniel Souza de Melo<sup>3</sup>, Denis Pimenta e Souza<sup>4</sup> e Ricardo Raitz<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Cirurgião bucal, formado pela Universidad Central de Venezuela – UCV, Caracas; residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Santa Paula, São Paulo.

<sup>2</sup> Graduado em Odontologia, pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Unesp, São Paulo; residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Santa Paula, São Paulo.

<sup>3</sup> Graduado em Odontologia, pela Universidade Potiguar – UnP, Natal, Rio Grande do Norte; residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Santa Paula, São Paulo.

<sup>4</sup> Cirurgião dentista formado pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – USP; mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial; cirurgião assistente do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Santa Paula, São Paulo.

<sup>5</sup> Graduado em Odontologia, pela Universidade de São Paulo – USP; mestre em Patologia Bucal e doutor em Diagnóstico Bucal, pela USP; professor titular do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia e Instituto de Pesquisa São Leopoldo Mandic, Campinas, São Paulo; professor responsável pela disciplina Patologia Geral e Estrutural da Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS, São Paulo.

Data de entrada do artigo: 13/11/2011  
Data de avaliação do artigo: 03/12/2011  
Data de aceite do artigo: 03/12/2011

#### RESUMO

**Introdução:** O cisto nasolabial é um cisto não odontogênico raro que se desenvolve na região inferior da asa nasal, com patogênese ainda incerta. Apresenta crescimento lento e dimensões variáveis (1,5-3 cm); caracteriza-se clinicamente por uma tumefação flutuante na região do sulco nasolabial ao redor da asa do nariz, causando uma elevação do lábio superior. Seu diagnóstico pode ser feito basicamente pelo quadro clínico e se necessário, complementando-se com exames auxiliares por imagens. **Casuística:** Este trabalho relata o caso de uma paciente do gênero feminino de 35 anos, que se queixava da presença de uma massa consistente na região da asa direita do nariz e dor há 15 dias, cujas características clínicas eram compatíveis com cisto nasolabial. Ao exame físico apresentava aumento de volume em região de base nasal, indolor a palpação com mucosa de coloração normal e sem apresentar sinais flogísticos, com histórico de crescimento lento por aproximadamente 2 anos. Foi solicitada tomografia computadorizada (TC) cujas imagens demonstraram uma formação expansiva com densidade de tecido mole localizado na região de base nasal direita medindo cerca de 3 cm de diâmetro e apresentando contornos nítidos e bem definidos com densidade e homogeneidade ao redor da lesão. O tratamento cirúrgico iniciou-se com anestesia geral e intubação orotraqueal. Realizou-se uma enucleação cística e a peça foi analisada histopatologicamente, confirmando a hipótese de Cisto Nasolabial. A paciente segue em acompanhamento de pós-operatório de 2 anos, sem queixas. A TC de pós-operatório de 12 meses não mostrou recidiva da lesão.

**Palavras chave:** Cisto nasolabial; Cisto não-odontogênico; Cisto de tecidos moles.

## ABSTRACT

**Introduction:** The nasolabial cyst is an uncommon non-odontogenic cyst, that develops in the lower region of the nasal wing, of uncertain pathogenesis. This pathology, which has variable size (1.5 to 3 cm), and grows slowly, is clinically characterized by a fluctuating swelling in the region of the nasolabial fold around the lateral area of the nose, causing elevation of the upper lip. Its diagnosis can be made primarily by clinical findings and, if necessary, completed with image exams. **Casuistic:** This paper reports the case of a female patient of 35 years, who complained of the presence of grease in the region of the right wing of the nose and pain for 15 days, and whose clinical features were consistent with nasolabial cyst. Physically, it presented an increased volume in the region of the nasal base, painless to palpation, normal colored mucosa, without signs of inflammation and with history of slow growth for approximately 2 years. Computed tomography (CT) was requested and revealed an expansive formation with soft tissue density located in the right nasal base, measuring about 3 cm in diameter and presenting sharp and well defined edges with homogeneous density around the cyst. The treatment was performed using general anesthesia, tracheal intubation and cystic enucleation. The specimen was sent for histopathological analysis confirming the hypothesis of nasolabial cyst. The patient goes on postoperative follow-up of 2 years, with no complains. The CT performed postoperative after 12 months did not show any recurrence.

**Keywords:** Nasolabial cyst; Non-odontogenic cyst; Soft tissue cysts.

## 1. INTRODUÇÃO

O cisto nasolabial, de incidência rara e origem não odontogênica, se desenvolve na região inferior da asa do nariz com patogênese ainda incerta e possui crescimento lento e dimensões variáveis (1,5-3cm) <sup>(1, 2)</sup>. Caracteriza-se clinicamente por uma tumefação flutuante na região do sulco nasolabial. A hipótese diagnóstica de cisto nasolabial pode ser facilmente aventada através da análise do quadro clínico e de exames imaginológicos <sup>(1, 3)</sup>. Contudo, a análise histopatológica é imperativa para o diagnóstico final.

Os achados radiográficos, na maioria dos casos, são extremamente pobres, salvo aqueles de grandes dimensões que promovem uma erosão superficial por compressão na região da fossa canina <sup>(1, 4, 5)</sup>.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de cisto nasolabial, que mostra desde a construção do diagnóstico até sua conduta clínica e cirúrgica.

## 2. CASUÍSTICA – RELATO DE CASO

Paciente de gênero feminino, 35 anos, natural de São Paulo, Brasil, compareceu ao Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial com aumento de volume consistente paranasal direito, sintomático há 15 dias, de crescimento lento, diâmetro aproximado de 1,5-2cm, com elevação da asa nasal e leve aumento de volume intraoral. Foi levantada a hipótese diagnóstica de cisto nasolabial. Foi

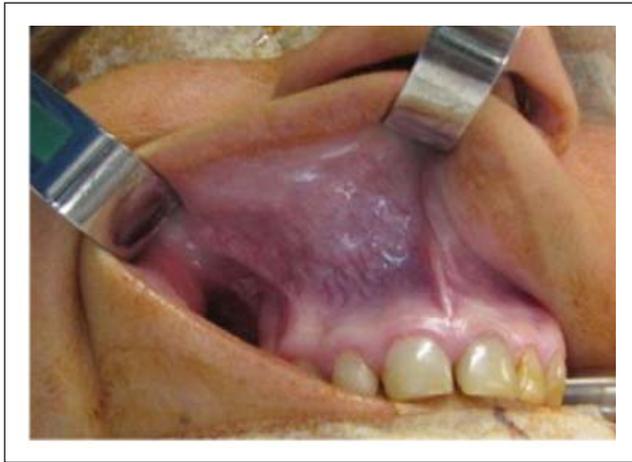
solicitada uma tomografia computadorizada, e as imagens demonstraram uma formação expansiva com densidade de tecido mole localizado na região paranasal direita, medindo cerca de 1,2cm de diâmetro e apresentando contornos nítidos e bem definidos com densidade homogênea ao redor (Figura 1). Foi realizada uma biópsia excisional sob anestesia geral, conforme descrição abaixo, com entubação orotraqueal, sendo a peça cirúrgica enviada para análise histopatológica.



**Figura 1:** TC (janela para tecidos duros) da região anterior da face em corte axial. Notar a presença de pequena depressão óssea do lado direito da paciente (canto superior esquerdo).

## 2.1 Técnica cirúrgica

- Anestesia local com lidocaína 0,5% para anestesia dos nervos infraorbitários, alveolar anterior e nasopalatino (Figura 2).



**Figura 2:** Região maxilar direita com aumento de volume.

- Incisão de Newman modificada na região de fundo de sulco vestibular em maxila com descolamento mucoperiosteal (Figura 3).

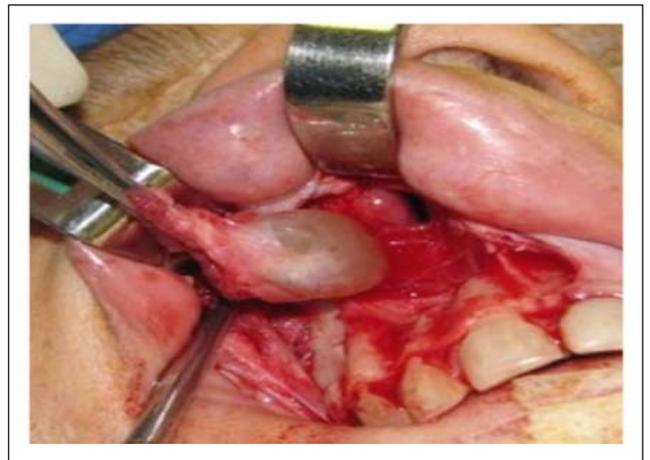


**Figura 3:** Incisão em fundo de sulco.

- Exérese da lesão (Figura 4).
- Curetagem cuidadosa da lesão e da cavidade patológica (área de apoio/erosão óssea (Figura 5).
- Sutura com fio de ácido poliglicólico (vycril) 3-0 regional.
- Antibioticoterapia terapêutica com Cefalotina (1g) + terapia analgésica com Dipirona Sódica (500mg) e anti-inflamatória com Cetoprofeno (100mg).



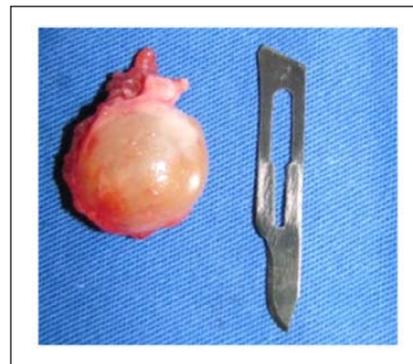
**Figura 4:** Enucleação da lesão.



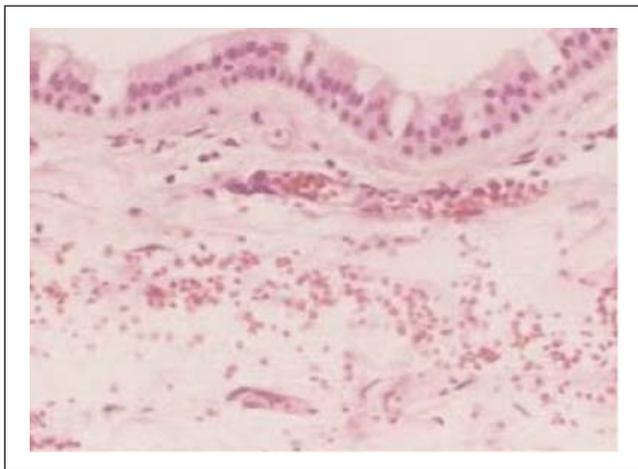
**Figura 5:** Cavidade patológica após enucleação. Notar depressão da maxila visualizada na TC.

## 2.2 Exame anátomo-histopatológico

Espécime consistindo de parede cística fibrosa com a luz revestida por epitélio pseudoestratificado cilíndrico envolvendo células mucoscretoras e caliciformes, compatível com o diagnóstico de cisto nasolabial (Figuras 6 e 7).



**Figura 6:** Lesão cística de, aproximadamente, sete milímetros de diâmetro.



**Figura 7:** Corte histológico mostrando, na parte superior, a parede cística com células colunares e caliciformes entremeadas. Abaixo, a cápsula cística com áreas de hemorragia e ausência de inflamação exuberante.

### 2.3 Controle pós-operatório

Foram feitos controles pós-operatórios de sete dias, um mês, três meses, seis meses e um ano,



**Figura 8:** Pós-operatório clínico e tomográfico de seis meses, sem sinais de recidiva.



**Figura 9:** Pós-operatório clínico e tomográfico de um ano, sem sinais de recidiva.

em que se avaliou a possível recorrência de aumento de volume na região, dor (usando a escala não paramétrica de dor), parestesia ou qualquer outro sinal de alterações neurológicas na região. Em nenhuma das consultas pós-operatórias foram observadas quaisquer destas alterações. Foram feitos controles tomográficos após seis meses e após um ano da cirurgia, e nada foi observado de anormal (Figuras 8 e 9).

### 3. DISCUSSÃO

O cisto nasolabial (ou nasoalveolar) é um cisto de origem não odontogênica raro, localizado em tecidos moles, totalizando 0,7% a 2,5% de todos os cistos orais. Está localizado na região da asa do nariz, geralmente unilateral, sendo o lado direito o mais acometido.

A faixa etária de maior prevalência é a segunda década de vida, com maior frequência também no gênero feminino <sup>(6, 7)</sup>.

Quanto à patogênese, apesar de, por muitos anos, ter sido aventada a possibilidade da origem a partir de remanescentes do epitélio ao longo da fusão entre processos nasal lateral, mediano e maxilar, hoje a teoria mais aceita é a do desenvolvimento do cisto benigno a partir do epitélio do ducto nasolacrimal <sup>(1)</sup>.

Em estudos radiográficos convencionais, a lesão não é detectada. Mas, em alguns casos, a reabsorção óssea subjacente (por pressão) pode ser vista radiograficamente, com o uso de meios de contraste utilizados também para se determinar o tamanho do cisto. A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) são os métodos complementares que fornecem as melhores imagens que permitem delimitar e entender seu conteúdo <sup>(1, 7)</sup>.

As manifestações típicas são causadas por infecção do cisto e in-

cluem dor e elevação da asa do nariz, obstrução nasal (variável) e ausência de imagens radiográficas positivas. Em alguns casos, pode haver a drenagem nasal espontânea <sup>(1, 6)</sup>. Como diagnóstico diferencial, pode-se destacar a furunculose nasal, porém esta difere do quadro por seu rápido início, com uma latejante dor aguda na epiderme, com modificação da cor da mucosa nasal, que fica intensamente vermelha e amarela, com aumento de volume caminhando progressivamente para o lábio. Outra lesão a ser considerada é o abscesso periapical que pode ser descartado com um teste de vitalidade pulpar positivo dos incisivos e caninos. Além destes, os cistos odontogênicos podem ser considerados quando da análise clínica, mas são descartados por estudo radiográfico <sup>(1, 6, 7)</sup>.

Quanto ao aspecto histológico, normalmente se observa uma cavidade cística revestida por epitélio suportado por uma cápsula de tecido conjuntivo. O tipo mais comum de epitélio é o pseudoestratificado com células colunares e cilíndricas. Entremeadas pelas células escamosas,

encontram-se células globulares numerosas (células calciformes), que são identificadas como espaços opticamente claros <sup>(1, 6, 7)</sup>.

O tratamento é a remoção cirúrgica com leve curetagem, sendo que respondem negativamente à marsupialização intraoral <sup>(1, 6, 7)</sup>.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato apresenta as características clínicas e histológicas do cisto nasolabial. Esta lesão é um cisto benigno de desenvolvimento que parece surgir a partir do epitélio do ducto nasolabial. É unilateral e localiza-se abaixo da asa do nariz, sendo mais frequente em mulheres. Histologicamente, caracteriza-se por um revestimento cístico composto por epitélio colunar pseudoestratificado, escamoso, cuboidal e células calciformes. O tratamento deste cisto responde bem à enucleação conservadora, sendo o prognóstico excelente.

#### REFERÊNCIAS

1. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D (eds). Pathology and genetics of head and neck tumours. WHO Classification of Tumours Series. Lyon: Iarc Publishing Group; 2005.
2. David VC, O'Connell JE. Nasolabial cyst. Clin Otolaryngol Allied Sci 1986 Feb; 11(1): 5-8.
3. van Bruggen AP, Shear M, du Preez IJ, van Wyk DP, Beyers D, Leeferink GA. Nasolabial cyst: a report of ten cases and a review of literature. J Dental Assoc South Africa 1985 Jan; 40(1): 15-19.
4. Cohen MA, Hertzanu Y. Huge grow potential of the nasolabial cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985 May; 59(5): 441-45.
5. Pruna X, Inaraja L, Gallardo E, Serra J, Casamitjana F, Serrano A. Value of sonography in the assessment of space-occupying lesions of the anterior nasal fossa. J Clin Ultrasound 2000 Jan; 28(1): 14-9.
6. Vasconcelos RF, Souza PEA, Mesquita RA. Retrospective analysis of 15 cases of nasolabial cyst. Quintessence Int 1999 Sep; 30(9): 629-31.
7. Hashida T, Usui MCT. CT image of a nasoalveolar cyst. Br J Oral Maxillofac Surg 2000 Feb; 38(1): 83-84.

#### Endereço para correspondência:

**Prof Dr. Ricardo Raitz.** Rua Heitor Penteadou, 1832, 101/A, CEP:05438-300, São Paulo, SP. Fone: 11 3673-5270.  
E-mail: ricardoraitz@raitzodontologia.com.br