



Cisto do Ducto Nasopalatino em Paciente do Sexo Feminino: Relato de Caso em Hospital de Referência no Nordeste do Brasil

Kaio Kennuir Gomes Palmeira¹; Alex Ramon Estrela de Sousa Lacerda¹; Bruna Meireles de Oliveira¹; Josuel Raimundo Cavalcante Neto²; Ilan Hudson Gomes de Santana¹; Maria Isabel Estrela Smith¹; Ananda Vitória Monteiro Paodjuenas¹; Lais da Costa Nascimento¹; Ronald Ryan de Oliveira Figueiredo¹; Ítalo Quintino Miranda¹; Luécio Bezerra Melo³; Thaise Moraes de Araújo¹; Paulo Rogério Ferreti Bonan⁴.

RELATO DE CASO

RESUMO

Introdução: Embora a etiologia do CDN seja incerta, um trauma e/ou uma infecção bacteriana parecem contribuir com seu desenvolvimento. Quando a lesão é desenvolvida na porção final do canal incisivo e apenas em tecido mole, é chamada de cisto da papila incisiva. **Caso clínico:** Paciente RTAD, gênero feminino, 34 anos, leucoderma, foi encaminhada ao serviço de estomatologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com queixa de abaulamento na região do palato, percebido após a ingestão de alimento quente, lesionando região de papilas incisivas até o tórus palatino. **Discussão:** Um possível diagnóstico diferencial para o cisto do ducto nasopalatino seria o cisto palatino mediano (CPM), que é um cisto fissural raro e é difícil diferenciá-lo do CDN, o CPM caracteriza-se por uma tumefação firme ou flutuante localizado na linha média do palato duro, posteriormente à papila incisiva, apesar da localização poder realizar a diferenciação, existem casos que o CDN localiza-se mais posteriormente e o CPM localiza-se mais anteriormente. **Conclusão:** O cisto do ducto nasopalatino é considerado o cisto não odontogênico mais comum da cavidade oral e atinge cerca de 1% da população, apesar da predileção pelo sexo masculino, a paciente em questão era do sexo feminino e apenas notou o aparecimento da lesão após a ingestão de alimento com temperatura elevada que pôde chamar a atenção da mesma, dessa forma é notório que nem sempre o CDN será de fácil suspeita pelo paciente em seus estágios iniciais.

Palavras-chave: Patologia Bucal; Cirurgia Bucal; Estomatologia; Biópsia; Odontologia.



Nasopalatine Duct Cyst in a Female Patient: Case Report from a Reference Hospital in Northeast Brazil

ABSTRACT

Introduction: Although the etiology of NDC is uncertain, trauma and/or bacterial infection seem to contribute to its development. When the lesion develops in the final portion of the incisive canal and only in soft tissue, it is called an incisive papilla cyst. **Clinical case:** A 34-year-old female, leucoderma, RTAD patient was referred to the stomatology department of the Federal University of Paraíba (UFPB) complaining of a bulging in the palate region, noticed after eating hot food, damaging the incisive papillae region up to the palatine torus. **Discussion:** A possible differential diagnosis for the nasopalatine duct cyst would be the median palatine cyst (MPC), which is a rare fissural cyst and is difficult to differentiate from the NPC. The MPC is characterized by a firm or floating swelling located in the midline of the hard palate, posterior to the incisive papilla, although the location can make the differentiation, there are cases where the NPC is located more posteriorly and the MPC is located more anteriorly. **Conclusion:** The nasopalatine duct cyst is considered to be the most common non-odontogenic cyst in the oral cavity and affects around 1% of the population. Despite its predilection for males, the patient in question was female and only noticed the appearance of the lesion after eating food with a high temperature, which could have drawn her attention to it.

Keywords: Oral Pathology; Oral Surgery; Stomatology; Biopsy; Dentistry

Instituição afiliada – Graduando em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba ¹; Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do HULW-UFPB ²; Cirurgião-dentista graduado pelo Centro Universitário UNIPE ³; Professor de estomatologia do curso de Odontologia da UFPB ⁴.

Dados da publicação: Artigo recebido em 14 de Junho e publicado em 04 de Agosto de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p446-455>

Autor correspondente: Kaio Kennuir Gomes Palmeira kkqp@academico.ufpb.br

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O Cisto do Ducto Nasopalatino (CDN), também conhecido como cisto do canal incisivo, é uma degeneração cística de remanescentes dos ductos nasopalatinos. Esses ductos são estruturas epiteliais embrionárias localizadas dentro dos canais incisivos, que conectam as cavidades oral e nasal. Normalmente, esses ductos regridem durante o desenvolvimento embrionário, mas podem deixar remanescentes nos canais incisivos. Além dos remanescentes epiteliais, os canais incisivos também contêm o nervo nasopalatino e ramos das artérias palatina descendente e esfenopalatina (Krishnan *et al.*, 2024; Devathambi & Aswath, 2024; NEVILLE *et al.*, 2016).

Embora a etiologia do CDN seja incerta, um trauma e/ou uma infecção bacteriana parecem contribuir com seu desenvolvimento. Quando a lesão é desenvolvida na porção final do canal incisivo e apenas em tecido mole, é chamada de cisto da papila incisiva. O CDN tem maior incidência entre a quarta e a sexta década de vida, com predileção ao gênero masculino. Os pacientes podem apresentar tumefação simétrica da região anterior palatina, fístula e drenagem na proeminência da papila incisiva, com dor, ou não relatam sintomas. Radiograficamente se apresenta como uma lesão radiolúcida circunscrita, podendo ter formato de pêra invertida ou coração, o que a torna bem característica, localizado na região dos ápices dos incisivos centrais superiores (NEVILLE *et al.*, 2016; (MARCUCCI *et al.*, 2020).

A lesão causada pelo Cisto do Ducto Nasopalatino (CDN) pode levar à divergência das raízes dos incisivos superiores e, em casos mais avançados, causar reabsorção radicular. Histologicamente, o epitélio do cisto pode apresentar diversas formas e até mais de um tipo de epitélio. Os tipos mais comumente encontrados são o epitélio colunar pseudoestratificado, que se localiza frequentemente na região próxima à cavidade nasal, e o epitélio pavimentoso estratificado. A presença de diferentes tipos de epitélio pode refletir as variações na formação e no desenvolvimento do cisto, e a análise histológica é importante para o diagnóstico definitivo e para orientar o tratamento adequado (Sheikh *et al.*, 2024; NEVILLE *et al.*, 2016).

O diagnóstico diferencial pode se dar a partir do teste de vitalidade pulpar dos dentes envolvidos, para descartar as opções de granuloma e cisto periapical (radicular).

Para diferenciar o cisto do Ducto Nasopalatino do forame incisivo, considera-se que este tenha, no exame radiográfico, o máximo de 6 mm. O tratamento se dá por enucleação cirúrgica, marsupialização quando a lesão for muito grande, e biópsia, para confirmação de diagnóstico e a recorrência é pouco comum (MARCUCCI et al., 2020).

O objetivo deste estudo é relatar um caso de Cisto do Ducto Nasopalatino (CDN) em uma paciente do sexo feminino, atendida em um hospital de referência no Nordeste do Brasil. Este relato visa descrever a apresentação clínica, o diagnóstico e o tratamento da lesão, destacando as características histológicas observadas e as implicações para a prática clínica. Além disso, o estudo busca contribuir para o entendimento das manifestações do CDN em contextos específicos e oferecer informações sobre o manejo eficaz desta condição.

CASO CLÍNICO



Figura 01: Aspecto inicial da lesão durante o primeiro atendimento. Presença de lesão nodular bem delimitada em região posterior à papila incisiva.

Foram solicitados exames de imagem como radiografia oclusal da maxila e radiografia panorâmica, em que a hipótese de diagnóstico era de cisto do ducto nasopalatino, pela localização e formato da lesão. Na radiografia oclusal pode ser notada a presença de uma lesão cística localizada posteriormente ao forame incisivo (Figura 02). Na radiografia panorâmica, o cisto pode ser visualizado como uma lesão radiolúcida e bem delimitada na mesma região (Figura 03).

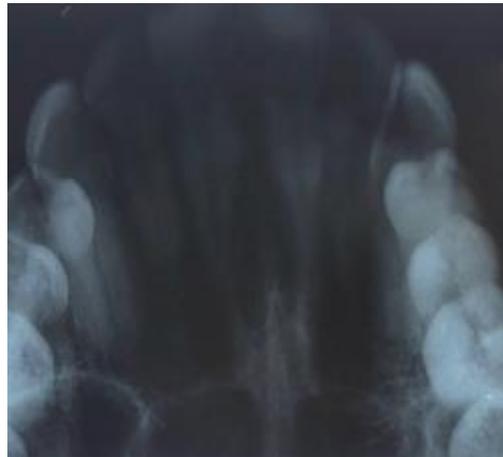


Figura 02: Radiografia oclusal de maxila. Presença de lesão cística e radiolúcida em região posterior ao forame incisivo.



Figura 03: Radiografia panorâmica. Presença de lesão cística e radiolúcida em região posterior ao forame incisivo.

Dessa forma, foi realizado o encaminhamento da paciente para o serviço de cirurgia oral e maxilofacial do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) para a realização da enucleação cirúrgica. No HULW, após exame clínico e avaliação dos exames de imagem, foi realizada a biópsia para a comprovação da hipótese diagnóstica, sob anestesia local com articaína 4% e adrenalina 1:100.000, por bloqueio do nervo alveolar superior anterior, médio e do nervo nasopalatino, seguido de descolamento da mucosa do palato duro de pré-molares a pré-molares, e com auxílio do descolador de Molt e bisturi com lâmina nº 15 foi possível acessar a região de forame incisivo (Figura 04) e coletar todo o tecido epitelial do cisto com pinças (Figura 05). A sutura realizada

foi a interpapilar, e analgésico e anti-inflamatório foram prescritos para a paciente. Na semana seguinte houve a remoção dos pontos suturados, com ausência de deiscência ou qualquer tipo de infecção, e com boa cicatrização. 30 dias depois o diagnóstico foi comprovado pelo laudo histopatológico.



Figura 04: Acesso à região de forame incisivo. Realização de enucleação do tecido epitelial do cisto.



Figura 05: Tecido epitelial do cisto coletado. Aspecto imediato do tecido após enucleação cirúrgica.

DISCUSSÃO

O presente caso relatado refere-se a um Cisto do Ducto Nasopalatino (CDN) com localização próxima ao canal incisivo. O CDN pode ocorrer e desenvolver-se em pacientes de qualquer faixa etária, apresentando maior prevalência entre a quarta e a sexta década de vida. Embora o caso descrito envolva uma paciente do sexo feminino,

a maioria dos estudos aponta que o cisto é mais comum em pacientes do sexo masculino. (Sheikh *et al.*, 2024; NEVILLE *et al.*, 2016).

Existem alguns sinais e sintomas comuns, como por exemplo a tumefação anteriormente ao palato, dor e drenagem. Porém, existem casos assintomáticos, descobertos em exames complementares, como a radiografia, que apresentam uma lesão com aspecto radiolúcido, bem delimitada e circunscrita, formato oval, conhecido também como formato de pêssego invertida ou coração devido a espinha nasal anterior sobrepor o defeito radiolúcido na região anterior da maxila com proximidade à linha média, na região central dos incisivos, sendo incomum a reabsorção radicular. Seu diâmetro pode variar em maiores e menores que 6 mm. Em alguns casos, pode ocorrer a formação de fístula e drenagem na maior proeminência da papila palatina (REGELI *et al.*, 2013).

O CDN pode variar de pequenas lesões por volta de 6mm e chegar a mais de 6 cm, mas em média esses cistos variam de 1 a 2,5 cm e isso faz com que seja difícil distinguir um CDN de um forame incisivo grande, é importante saber que o limite máximo para um forame incisivo normal é de 6mm. Existem situações em que o CDN se desenvolve exclusivamente em tecido mole da papila incisiva, dessa forma são conhecidos por cistos da papila incisiva que apresentam coloração azulada devido ao líquido presente (Kim, Moon & Lee., 2023; Honkura *et al.*, 2015).

O epitélio dos CDN é bastante variável e normalmente mais de um tipo de epitélio é encontrado no mesmo cisto, o mais comum é o epitélio pavimentoso estratificado, presente em cerca de 75% dos cistos. Para o auxílio em diagnósticos diferenciais, pode-se avaliar os componentes da parede do cisto, tendo em vista que o CDN origina-se do canal incisivo, frequentemente são encontrados nervos, arteríolas e veias e às vezes pequenas glândulas mucosas. (Kagoya *et al.*, 2022; NEVILLE *et al.*, 2016).

Um possível diagnóstico diferencial para o cisto do ducto nasopalatino seria o cisto palatino mediano (CPM), que é um cisto fissural raro e é difícil diferenciá-lo do CDN, o CPM caracteriza-se por uma tumefação firme ou flutuante localizado na linha média do palato duro, posteriormente à papila incisiva, apesar da localização poder realizar a diferenciação, existem casos que o CDN localiza-se mais posteriormente e o CPM localiza-se mais anteriormente. O CPM deve apresentar um aumento de volume clinicamente no palato, se não houver aumento de volume e apresentar a área

radiolúcida em linha média é esperado que seja um cisto do ducto nasopalatino. Vale ressaltar que o tratamento do CPM também é a remoção cirúrgica e não se espera recidiva e o CPM é mais frequente em adultos jovens e na maioria dos casos é assintomático. Outros possíveis diagnósticos diferenciais são o granuloma e cisto periapical que são facilmente distinguidos do CDN através da determinação da vitalidade pulpar dos dentes envolvidos (Krishnan et al., 2024; Alassaf et al., 2023; REGEZI et al., 2013).

O cisto do ducto nasopalatino, geralmente, é tratado através da enucleação cirúrgica, mas existem casos em que o cisto torna-se tão grande que a marsupialização pode ser considerada anteriormente à enucleação. É indicado a biópsia através do acesso cirúrgico realizado com retalho palatino rebatido com incisão ao longo da margem gengival lingual dos anteriores superiores, podendo se estender para os pré-molares a depender do tamanho da lesão, pois o diagnóstico não é feito por meio de radiografias e tende a ser menos evidente em rebordos desdentados, além de existirem casos em que apresentam-se como múltiplos (Kim, Moon & Lee., 2023; Yeom et al., 2021; MARCUCCI et al., 2020). Vale ressaltar que existem lesões benignas e malignas semelhantes ao CDN. A alteração maligna e recidiva é relatada raramente em alguns casos, sendo mais comum a benignidade (NEVILLE et al., 2016).

CONCLUSÃO

O cisto do ducto nasopalatino é considerado o cisto não odontogênico mais comum da cavidade oral e atinge cerca de 1% da população, apesar da predileção pelo sexo masculino, a paciente em questão era do sexo feminino e apenas notou o aparecimento da lesão após a ingestão de alimento com temperatura elevada que pôde chamar a atenção da mesma, dessa forma é notório que nem sempre o CDN será de fácil suspeita pelo paciente em seus estágios iniciais. A suspeita inicia-se por tumefação em região anterior do palato às vezes acompanhado de dor, devendo ser solicitadas radiografias entre os incisivos centrais ou até mesmo uma panorâmica e radiografia oclusal de maxila para delimitar a extensão da lesão e o tratamento consiste em enucleação cirúrgica e em alguns casos uma marsupialização anteriormente, sendo



recomendada a biópsia para o diagnóstico da lesão, a transformação maligna e a recidiva são raras nesta lesão.

REFERÊNCIAS

MARCUCCI, Gilberto et al. **Fundamentos de Odontologia: Estomatologia**. . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. . Acesso em: 29 maio 2024. , 2020

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J. Patologia oral: correlações clinicopatológicas. 6.ed - Rio de Janeiro: Elsevier, 2013

NEVILLE, Brad W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 4. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016

G S, Krishnan R, Malladi UK, Shetty N, Carnelio S, Shukla AD. Nasopalatine Duct Cyst Associated with Non-Vital Teeth: Report of a Rare Case. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2024 Jun;76(3):2761-2764. doi: 10.1007/s12070-024-04513-1. Epub 2024 Jan 18. PMID: 38883490; PMCID: PMC11169419.

Devathambi TJR, Aswath N. Nasopalatine Canal Masquerading as a Periapical Cyst. *Int J Appl Basic Med Res*. 2024 Jan-Mar;14(1):60-62. doi: 10.4103/ijabmr.ijabmr_380_23. Epub 2024 Feb 20. PMID: 38504837; PMCID: PMC10947760.

Sheikh OA, Hussein AAM, Mukhtar AA, Abdi IA, Ahmed NM, Mohamed SS. Nasopalatine Duct Cyst Treated by Transnasal Endoscopic Marsupialization: A Case Report. *Int Med Case Rep J*. 2024 May 16;17:459-464. doi: 10.2147/IMCRJ.S443199. PMID: 38770520; PMCID: PMC11104372.

Kim SJ, Moon JW, Lee HM. Huge Nasopalatine Duct Cyst Treated by Transnasal Endoscopic Marsupialization: A Case Report and Literature Review. *Ear Nose Throat J*. 2023 Jun 8;1455613231177986. doi: 10.1177/01455613231177986. Epub ahead of print. PMID: 37291808.

Kagoya R, Iwanami T, Mochizuki M, Kondo K, Ito K. Case report: Unilateral transnasal endoscopic marsupialization of nasopalatine duct cyst. *Front Surg*. 2022 Aug 12;9:978915. doi: 10.3389/fsurg.2022.978915. PMID: 36034355; PMCID: PMC9417109.

Honkura Y, Nomura K, Oshima H, Takata Y, Hidaka H, Katori Y. Bilateral endoscopic endonasal marsupialization of nasopalatine duct cyst. *Clin Pract*. 2015 Feb 5;5(1):748. doi: 10.4081/cp.2015.748. PMID: 25918636; PMCID: PMC4387348.

Yeom HG, Kang JH, Yun SU, Yoon JH. Nasopalatine duct cyst with sebaceous differentiation: a rare case report with literature review. *BMC Oral Health*. 2021 Aug 26;21(1):419. doi: 10.1186/s12903-021-01772-0. PMID: 34445966; PMCID: PMC8394628.

Alassaf MS, Abu Aof MM, Othman A, Zaki H, Almutairi AG. Coexistence of a Nasopalatine Duct Cyst and Radicular Cyst: A Unique Clinical Presentation. *Cureus*. 2023 Oct 10;15(10):e46774. doi: 10.7759/cureus.46774. PMID: 37954767; PMCID: PMC10632787.