

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ORTOPEDIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E
IMAGINOLOGIA

**CISTO DO DUCTO NASOPALATINO: REVISÃO DA LITERATURA E RELATO DE
CASO CLÍNICO**

EDUARDO DA SILVEIRA PEREIRA

PORTO ALEGRE
2013

EDUARDO DA SILVEIRA PEREIRA

**CISTO DO DUCTO NASOPALATINO: REVISÃO DA LITERATURA E RELATO DE
CASO CLÍNICO**

Monografia apresentada como parte dos requisitos obrigatórios para conclusão do Curso de Especialização em Radiologia Odontológica e Imaginologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. HELOÍSA EMÍLIA DIAS DA SILVEIRA
ORIENTADORA

PORTO ALEGRE
2013

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Ademir e Jane e ao meu irmão Rafael por todo apoio ao longo da minha vida.

À minha namorada Tagiane pelo companheirismo.

À Professora Heloísa Emília Dias da Silveira, não somente pela orientação desse trabalho, mas também pela excelente condução do curso de especialização em Radiologia Odontológica e Imaginologia.

Aos amigos Andre Ribeiro Schinestsck e Jakeline Dantas Tavares por terem me ajudado a descobrir a minha vocação.

Ao colega e amigo Guilherme de Marco Antonello pelo caso gentilmente cedido.

Aos demais professores, em especial à professora Nadia Assein Arús e ao professor Heraldo Dias da Silveira pela disponibilidade e atenção durante esses meses.

Aos colegas de especialização pelo carinho e amizade.

“O essencial é invisível aos olhos.”

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

O cisto do ducto nasopalatino é a lesão cística não odontogênica mais comum da cavidade bucal. Acomete com maior frequência pacientes entre a quarta e sexta décadas de vida e apresenta leve predileção pelo gênero masculino. A ausência de sintomas na maioria dos casos faz com que geralmente seja um achado radiográfico. O tratamento indicado é a enucleação cirúrgica e raramente manifesta recidivas.

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura sobre o cisto do ducto nasopalatino descrevendo características clínicas, radiográficas e tratamentos realizados. Assim como, relatar um caso dessa patologia em um paciente do gênero masculino, com 16 anos de idade, atendido na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

PALAVRAS-CHAVE: Cistos, Radiografia, Odontologia

ABSTRACT

Nasopalatine duct cyst is the most common of the non odontogenic jaw cysts. Cases were observed more frequently in patients between the fourth and the sixth decades and studies have demonstrated a predilection for men. Frequently is observed in a routine radiographic exam because in the most of the cases is an asymptomatic lesion. The treatment is enucleation and the recurrence is rare.

The purpose of this study was to review the literature about nasopalatine duct cyst and to describe clinical and radiographic features and treatments. Also to relate a case of this pathology on a sixteen years old man assisted at Universidade Federal de Pelotas.

KEY WORDS: Cysts, Radiography, Dentistry

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 REVISÃO DE LITERATURA	08
3 RELATO DE CASO	14
4 DISCUSSÃO	17
5. CONCLUSÕES	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

1 INTRODUÇÃO

O cisto do ducto nasopalatino é o cisto de desenvolvimento não odontogênico mais comum, ocorrendo em torno de 1% da população. É oriundo da proliferação dos restos epiteliais incluídos no canal nasopalatino quando ocorre a fusão dos processos palatinos.

Quanto às características clínicas, acomete pacientes em todas as idades, porém é mais frequente entre a quarta e sexta décadas de vida. A maioria dos estudos tem demonstrado uma leve predileção pelo gênero masculino.

Radiograficamente apresenta-se como uma área radiolúcida bem circunscrita e, muitas vezes, com um halo radiopaco. Quanto à forma, geralmente é redonda, oval, em forma de “pêra invertida” ou “coração”, medindo aproximadamente de 0,8 a 1,7cm. Situa-se na linha média próxima aos ápices dos incisivos centrais sem evidenciar reabsorção dos mesmos.

Normalmente é observado em um exame radiográfico de rotina, tendo em vista que a maioria das lesões são assintomáticas, entretanto, em alguns casos o paciente relata dor ou é possível observar tumefação e drenagem. O tratamento de escolha é a enucleação cirúrgica, sendo rara a recorrência.

O objetivo deste estudo foi, por meio de uma revisão da literatura e de um relato de caso, descrever características clínicas, radiográficas e tratamentos do cisto do ducto nasopalatino.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A região nasopalatina é composta pelas estruturas originadas da proeminência frontal no embrião e é elementar na composição dos acidentes anatômicos relacionados às cavidades nasal e bucal. Vomer nasal, linha média, ossos maxilares, ducto nasopalatino e canal incisivo constituem esta região. Sendo este último uma estrutura óssea de forma tubular com direção superior e posterior, localizado na região de união dos processos palatinos maxilares com a pré-maxila. O interior desse canal abriga vasos e nervos nasopalatinos, além do ducto nasopalatino em forma de ilhas e cordões epiteliais e glândulas mucosas (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

O formato desse canal pode variar bastante de um indivíduo para o outro. No estudo realizado por BORNSTEIN *et al.* (2011) ficou evidente que essa estrutura pode apresentar-se como: um único canal; dois canais paralelos; e com variações no formato de “Y”, sendo uma abertura oral (forame incisivo) e duas ou mais nasais (Foramina de Stenson) (Figura 1).

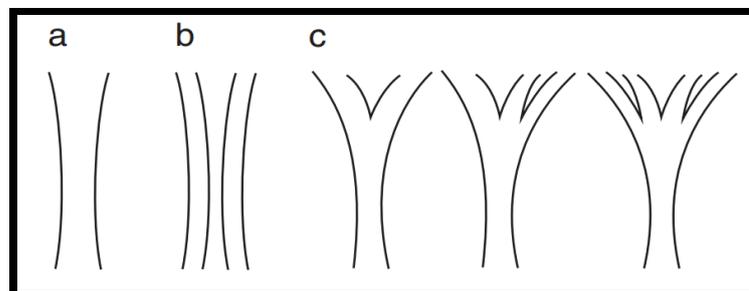


Figura 1. Classificação das variações do canal nasopalatino: (a) canal único; (b) dois canais paralelos; (c) variações do tipo Y. FONTE: BORNSTEIN *et al.*, (2010)

O mesmo estudo ainda demonstrou que há variações anatômicas do ducto quanto ao gênero, sendo nos homens maior do que nas mulheres no sentido orofacial e, quanto à idade, com o comprimento do canal menor em pacientes mais velhos.

WHITE e PHAROAH (2007) definiram cisto como sendo uma cavidade patológica preenchida com líquido, sendo delimitada por epitélio e circundada por uma parede bem definida de tecido conjuntivo. Os autores relataram ainda que,

geralmente, apresenta aspecto radiolúcido, porém em alguns casos de cistos de longa duração, podem apresentar calcificações distróficas.

A região oral e maxilofacial são sítios de uma grande variedade de cistos odontogênicos e não odontogênicos. Os primeiros são patologias que têm o seu desenvolvimento de células epiteliais dos tecidos odontogênicos ou de remanescentes deste que ficaram aprisionadas no tecido ósseo ou gengival. Por outro lado, os segundos têm a sua origem na proliferação de células epiteliais não odontogênicas (GROSSMAN *et al.*, 2007).

Quadro 1. Cistos Odontogênicos e não Odontogênicos da Região Maxilofacial	
Odontogênicos	
De Desenvolvimento	Cisto Dentígero Cisto de Erupção Cisto Odontogênico Ortoceratinizado Cisto Gengival do Recém Nascido Cisto Gengival do Adulto Cisto Periodontal Lateral
Inflamatórios	Cisto Odontogênico Glandular Cisto Radicular Cisto Residual Cisto da Bifurcação Vestibular
Não Odontogênicos	
De Desenvolvimento	Cisto Palatino do Recém Nascido Cisto do Ducto Nasopalatino Cisto Nasolabial Cisto Palatino mediano Cisto Folicular da pele Cisto do ducto Tireoglosso Cisto Teratóide Cisto Dermóide Cisto Epidermóide Cisto do Trato Alimentar Bucal Cisto Linfoepitelial Oral
Cistos do Seio Maxilar	Cisto Epidermóide Mucocele Cisto Maxilar pós-operatório

Fonte: NONAKA *et al.*, 2011

NONAKA *et al.*, (2011) realizaram um estudo para avaliar a prevalência de cada uma dessas lesões. Eles examinaram 10.311 casos de patologias na região maxilofacial no Serviço de Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, das quais 58 (0.56%) haviam sido diagnosticadas como lesões císticas não odontogênicas. Como resultado os autores observaram que o cisto não odontogênico mais comum foi o cisto do ducto nasopalatino (32,8%), seguido do cisto epidermóide (20,7%) e em terceiro lugar o cisto linfoepitelial (17.2%).

O cisto do ducto nasopalatino tem a sua patogenia incerta. Existem teorias que postulam ser a sua origem por proliferação espontânea dos remanescentes epiteliais embrionários do canal nasopalatino, outras apontam para o trauma e infecção na região do canal incisivo (LOPES, 2011; SUTER *et al.*, 2011; SHEAR, 2011; TRENTO *et al.*, 2009).

Essa patologia acomete mais frequentemente indivíduos do gênero masculino entre a quarta e sexta décadas de vida, porém alguns estudos como os de NOLETO *et al.*, (2010), SCOLOZZI *et al.*, (2008) e VELASQUEZ-SMITH (1999) relatam esta lesão em pacientes de, respectivamente, 10, 7 e 8 anos, mostrando que embora haja uma predileção pela faixa etária citada acima, não deve ser excluída a possibilidade de ocorrência desse cisto em pacientes pediátricos.

Em uma revisão de literatura realizada por ELLIOT *et al.*, (2004), foram revisados 468 casos, todos com confirmação histopatológica de cisto do ducto nasopalatino. Foi observada uma predileção pelo gênero masculino, sendo que a faixa etária acometida variava entre pacientes com 7 até 88 anos. A maioria relatava ausência de sintomas, porém alguns citavam presença de dor e percebiam edema.

Além desses sinais e sintomas relatados acima, às vezes, quando o cisto atinge grandes proporções, pode haver comprometimento estético, como no caso apresentado por OLIVEIRA *et al.*, (2009) de um paciente do gênero masculino, melanoderma, que procurou auxílio profissional ao perceber abaulamento na região anterior da maxila. Durante o exame clínico extrabucal foram observados elevação do lábio superior e assimetria facial.

A sintomatologia mais comum é a tumefação na região média do palato e na linha mediana pelo lado vestibular do rebordo alveolar, com ou sem flutuação entre

as mesmas. Os pacientes podem apresentar dor devido à pressão no nervo nasopalatino. Além disso, é possível relatarem drenagem mucóide ou purulenta, na qual descrevem gosto salgado ou desagradável (SHEAR, 2011).

Ainda em relação à sintomatologia, no estudo de SUTER *et al.*, (2011) foram investigados 25 pacientes com confirmação histopatológica de cisto do ducto nasopalatino. Desses, 17 eram homens e 8 mulheres, onde o mais novo tinha 7 e o mais velho 76 anos. Sinais ou sintomas foram evidenciados em 12 pacientes, sendo que 8 apresentavam edema e 4 relatavam dor. Os autores concluem ainda que não houve relação entre tamanho do cisto e sintomatologia, uma vez que em alguns cistos maiores o paciente não descrevia sintomas e não apresentava sinais, enquanto outros menores sim.

Radiograficamente mostra-se como uma área radiolúcida bem circunscrita, com borda esclerosada entre os incisivos centrais na região anterior da maxila, com dimensões que variam entre 6 mm e 6 cm, de forma redonda, oval, “pêra invertida” ou de “coração”, essa última devido à sobreposição da espinha nasal anterior. Raramente provoca reabsorção radicular (NEVILLE *et al.*, 2004).

Às vezes pode ser difícil diferenciar um cisto do ducto nasopalatino de um forame nasopalatino normal de grandes proporções. Frente a isso, muitas características referentes às lesões císticas têm que ser observadas, principalmente a dimensão. Quando a imagem radiolúcida na região anterior de maxila apresentar mais de 6 mm, provavelmente trata-se de um cisto (WHAITES, 2009).

WHITE E PHAROAH (2007) acrescentam condutas auxiliares nessa diferenciação. Os autores sugerem uma radiografia extra oral lateral da região, por meio de um filme oclusal posicionado contra a bochecha do paciente, punção aspirativa e controle, sendo realizada outra tomada em um período de 6 meses a 1 ano para avaliar alterações de tamanho. Além disso, citam outras imagens radiolúcidas que podem ser similares as do cisto do ducto nasopalatino como o granuloma ou cisto radicular, sendo importante a observação da lâmina dura e espaço do ligamento periodontal. Caso a lâmina dura esteja ausente ou o espaço do ligamento periodontal aumentado o diagnóstico deve tender para uma lesão de origem inflamatória. Dessa forma, faz-se necessário então, a realização do teste de

vitalidade e, frente a resultados negativos, a suspeita de necrose pulpar pode ser considerada.

Com o avanço da tecnologia surgiram novos exames para auxiliar o cirurgião dentista, tanto no diagnóstico como no plano de tratamento. Um exemplo desses recursos é a tomografia computadorizada. No trabalho de FAITARONI *et al.*, (2011) foram examinados quatro pacientes que radiograficamente apresentavam uma imagem radiolúcida na região dos incisivos centrais. Todos haviam sido submetidos a tratamento endodôntico em pelo menos um desses dentes ou relatavam história de trauma, fato que dificultava a relação da área radiolúcida com a vitalidade pulpar. Foi realizado um levantamento da história clínica e posteriormente uma tomografia computadorizada em cada paciente. Os autores citam a importância de se avaliar a associação da área hipodensa com os elementos dentários no corte sagital. Dos casos estudados, dois eram cistos do ducto nasopalatino, um era cisto periapical e o outro granuloma periapical. Eles concluem que, embora os exames tomográficos apresentem características bastante sugestivas de cada patologia específica, apenas o laudo histopatológico é conclusivo.

ALLARD *et al.* (1981) avaliaram 22 casos de 13 homens e 9 mulheres que apresentaram lesões com confirmação histopatológica de cisto do ducto nasopalatino. De todos os pacientes, 14 relatavam sintomatologia. Em relação à idade, o paciente mais novo apresentava 11 anos e o mais velho 71, compondo uma média de 44 anos. Todas as 22 lesões foram tratadas com enucleação cirúrgica. As áreas radiolúcidas mediam entre 5 mm e 22 mm, apresentando uma média de 12,8 mm. Os autores citaram ainda que é possível haver erro de diagnóstico do cisto do ducto nasopalatino com lesões radiolúcidas de origem endodôntica, fazendo-se necessário um teste de vitalidade dos dentes envolvidos.

GNANASEKHAR *et al.* (1995) apresentam um caso em que esse equívoco de fato ocorreu. Os autores relataram a história de um paciente que obteve como hipótese de diagnóstico uma lesão cística. O cirurgião dentista propôs o tratamento de enucleação cirúrgica. Contudo, temendo ser submetido a um procedimento invasivo, o paciente procurou uma segunda opinião. Este profissional optou por fazer a abertura coronária e medicação intracanal. Após 30 dias o paciente retornou relatando aumento da dor. Ao exame clínico foi observado o mesmo edema,

deficiência dos tratamentos endodônticos e uma perfuração na raiz do dente 21. Os autores reforçam a idéia de que exames como o teste de vitalidade pulpar são de suma importância em casos de radiolucidez na região apical dos incisivos superiores e que é necessário realizar a diferenciação de forames incisivos com dimensões aumentadas.

Outra patologia que deve ser considerada para o diagnóstico diferencial do cisto do ducto nasopalatino é o tumor odontogênico ceratocístico. O trabalho de WOO *et al.* (1987) apresenta dois casos em que, por meio de uma radiografia oclusal, foi evidenciada uma área radiolúcida na região entre os incisivos centrais com características semelhantes as de uma lesão cística, porém posteriormente foi histologicamente confirmado o diagnóstico de lesão tumoral. Os autores relatam que, embora a região anterior da maxila não seja o sítio mais acometido pelo tumor odontogênico ceratocístico, ele não pode ser descartado frente a lesões com essas características. Para fazer essa diferenciação é fundamental que o cirurgião dentista tenha conhecimento dos aspectos clínicos e radiográficos dessas e de outras lesões para que seja construído um correto diagnóstico e, assim, possa ser elaborado um adequado plano de tratamento (LOPES, 2011).

O cisto do ducto nasopalatino é tratado com enucleação cirúrgica. O melhor acesso cirúrgico é por meio de um retalho palatino rebatido posteriormente a uma incisão realizada no contorno da margem gengival lingual dos dentes superiores anteriores. Os casos de recidiva são raros, bem como a transformação maligna. A biopsia sempre é recomendada, tendo em vista a existência de outras lesões semelhantes a essa e o fato de que o diagnóstico não pode ser feito por meio de exames de imagem. Contudo, em alguns casos o profissional pode pensar na marsupialização antes da enucleação, como, por exemplo, os de cistos com grandes dimensões, probabilidade de perda de vitalidade dos dentes circundantes a lesão e a possibilidade de formação de fístula buco ou nasosinusal (NEVILLE *et al.*, 2004; WHITE e PHAROAH, 2007).

3. RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, melanoderma, 16 anos, chegou ao consultório relatando “dentes tortos” e manifestando o desejo de realizar profilaxia e fazer uso de aparelho ortodôntico. Na anamnese não foram apresentadas alterações dignas de nota

Ao exame extrabucal, o paciente apresentava características de normalidade (Figura 2). Em relação ao exame intrabucal, foi observada ausência de lesões cáries, presença localizada de placa e cálculo dental, assim como, gengivite na região dos dentes anteriores inferiores. Os tecidos moles encontravam-se dentro dos padrões de normalidade. Do ponto de vista ortodôntico percebia-se apinhamento dos dentes anteriores tanto da arcada superior como da inferior e mordida aberta anterior (Figura 3).



Figura 2. Fotografia extraoral



Figura 3. Fotografia Intrabucal frontal

O plano de tratamento do paciente estabelecia duas sessões de profilaxia, correções ortodônticas, alta e controle. Porém, na radiografia panorâmica foi evidenciada uma área radiolúcida unilocular com bordos bem definidos de aproximadamente 8 mm entre os incisivos centrais superiores (Figura 4).



Figura 4. Radiografia panorâmica inicial.

Foi, então, realizado teste de vitalidade pulpar nos dentes 11 e 21 que responderam positivamente. Frente a isso, foi solicitada uma tomografia computadorizada, a qual evidenciou as características de lesão cística no ducto nasopalatino e permitiu o planejamento cirúrgico.

Sob efeito de anestesia local, foi feita uma incisão contornando a margem gengival palatina dos dentes 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23 e 24 para que fosse possível o acesso à área com o uso de brocas carbide em peça reta sob irrigação.

A peça foi coletada e encaminhada ao Centro de Diagnósticos de Doenças da Boca da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas. O laudo histopatológico confirmou o diagnóstico clínico e radiográfico de cisto do ducto nasopalatino.

Dez dias após a cirurgia o paciente fez a remoção da sutura e foi orientado o retorno em quatro meses para uma nova avaliação clínica e radiográfica. Nesta consulta, clinicamente foi observada normalidade da área e na radiografia foi evidenciado o processo de reparação óssea (Figuras 5, 6 e 7).



Figura 5. Radiografia panorâmica final.



Figura 6. Radiografia periapical da região dos dentes 12 e 11



Figura 7. Radiografia periapical da região dos dentes 21 e 22

4. DISCUSSÃO

Há uma unanimidade na literatura afirmando que o cisto do ducto nasopalatino é o cisto não odontogênico mais comum na cavidade oral (NONAKA *et al.*, 2011; LOPES, 2011; SUTER *et al.*, 2011; NOLETO *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2009; SCOLOZZI *et al.*, 2008; WHITE e PHAROAH, 2007; NEVILLE *et al.*, 2004; VELASQUES-SMITH *et al.*, 1999; SHEAR, 2011; ELLIOT *et al.*, 2004; ALLARD *et al.*, 1981).

O presente estudo relata o caso de um paciente do gênero masculino, o que ressalta a tendência de predileção pelo homem, conforme os trabalhos de SUTER *et al.*, (2011); OLIVEIRA *et al.*, (2009); SCOLOZZI *et al.*, (2008); GROSMANN *et al.*, (2007); WHITE e PHAROAH, (2007); ELLIOT *et al.*, (2004); NEVILLE *et al.*, (2004), SHEAR, (2011); GNANASEKHAR *et al.*, (1995) e ALLARD *et al.*, (1981). Já NONAKA *et al.*, (2011) apresentaram um trabalho evidenciando uma predileção pelo gênero feminino com uma proporção de mais de 2.1 mulheres com a patologia para cada homem afetado.

A maioria dos estudos aponta que o cisto do ducto nasopalatino acomete com maior frequência pacientes entre 30 e 50 anos (LOPES, 2011; NONAKA *et al.*, 2011, SUTER *et al.*, 2011; GROSMANN *et al.*, 2007; WHITE e PHAROAH, 2007; ELLIOT *et al.*, 2004; NEVILLE *et al.*, 2004; SHEAR, 2011; GNANASEKHAR *et al.*, 1995). Contudo, os estudos de NOLETO *et al.*, (2010), SCOLOZZI *et al.*, (2008) e VELASQUES-SMITH *et al.*, (1999) apresentam a ocorrência deste cisto em pacientes nas duas primeiras décadas de vida, assim como, no caso relatado.

Geralmente a lesão é um achado radiográfico, tendo em vista a ausência de sintomatologia na maioria dos casos (LOPES, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2009; TRENTO *et al.*, 2009; WHITE e PHAROAH, 2007; NEVILLE *et al.*, 2004; GNANASEKHAR *et al.*, 1995; ALLARD *et al.*, 1981). Já SUTER *et al.*, (2011) relatam presença de sintomatologia em mais de 50% dos casos. NOLETO *et al.*, (2010), SCOLOZZI *et al.*, (2008); VELASQUEZ-SMITH *et al.*, (2009) e SHEAR (2011) relacionam a dor quando a patologia está associada à infecção secundária.

Radiograficamente o cisto relatado apresentava-se como uma área radiolúcida oval de aproximadamente 8mm circunscrita por um halo radiopaco.

Dados que coincidem com a literatura, que é unânime ao citar os aspectos radiográficos dessa patologia como uma área radiolúcida com um halo radiopaco bem delimitado na linha média em forma de “pêra invertida”, “coração”, arredondada ou oval (LOPES, 2011; NONAKA *et al.*, 2011; SUTER *et al.*, 2011; NOLETO *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2009; TRENTO *et al.*, 2009; SCOLOZZI *et al.*, 2008; WHITE e PHAROAH, 2007; NEVILLE *et al.*, 2004; VELASQUEZ-SMITH *et al.*, 1999; SHEAR, 2011; ALLARD *et al.*, 1981).

O tratamento neste caso foi a enucleação cirúrgica do cisto, sendo essa a forma de tratamento sugerida pela maioria dos autores (FAITARONI *et al.*, 2011; TRENTO *et al.*, 2009; SCOLOZZI *et al.*, 2008; ELLIOT *et al.*, 2004; NEVILLE *et al.*, 2004; VELASQUEZ-SMITH *et al.*, 1999; SHEAR, 2011; GNANASEKHAR *et al.*, 1995; ALLARD *et al.*, 1981). Alguns aconselham que, quando a lesão possui grandes dimensões ou proximidade com estruturas importantes, deve-se pensar em marsupialização antes da enucleação (LOPES, 2011; NOLETO *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2009; WHITE e PHAROAH, 2007).

O paciente do caso clínico apresentado nessa monografia não manifestou recorrência da lesão nos exames de controle, fato que coincide com a literatura. Há unanimidade ao afirmar que a taxa de recidiva do cisto do ducto nasopalatino é baixa (LOPES, 2011; NONAKA *et al.*, 2011; SUTER *et al.*, 2011; NOLETO *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2009; ELLIOT *et al.*, 2004; NEVILLE *et al.*, 2004; VELASQUEZ-SMITH *et al.*, 1999; GNANASEKHAR *et al.*, 1995).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista as evidências apresentadas na revisão da literatura e no caso relatado é possível estabelecer que:

- O conhecimento clínico e radiográfico do cisto do ducto nasopalatino é fundamental para que o cirurgião dentista considere essa hipótese de diagnóstico, porém apenas o laudo histopatológico é conclusivo.
- Embora haja predileção por pacientes entre a quarta e sexta décadas de vida, essa lesão não pode ser descartada em pacientes pediátricos.
- O tratamento indicado para essa patologia é a enucleação cirúrgica e recidivas são raras.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLARD, R. H. B.; VAN DER KWAST, W. A. M.; VAN DER WALL, I. Nasopalatine Duct Cyst: Review of the Literature and Report of 22 Cases. **International Journal of Oral Surgery**. v. 10, n. 6, p. 447-461, 1981.

BORNSTEIN, Michael M.; BALSIGER, Roman; SENDI, Pedram; ARX, Thomas V. Morphology of the nasopalatine canal and dental implant surgery: a radiographic analysis of 100 consecutive patients using limited cone-beam computed tomography. **Clinical Oral Implants Research**. v.22, n.3, p.295-301, 2011.

ELLIOT, Kimberly A.; FRANZESE, Christine B.; PITMAN, Karen T. Diagnosis and Surgical Management of Nasopalatine Duct Cysts. **The Laryngoscop**. v. 114, p. 1336-1340, 2004.

FAITARONI, Luis A.; BUENO, Mike R.; CARVALHOSA, Artur A.; MENDONÇA, Elismauro F.; ESTRELA, Carlos. Differential Diagnosis of Apical Periodontitis and Nasopalatine Duct Cyst. **Journal of Endodontics**. v. 37 n. 3 p. 403-410, 2011.

GNANASEKHAR, Johnson D.; WALVEKAR, Sudhir V.; AL-KANDARI, Abdulrahman M.; AL-DUWAIRI, Yousef. Misdiagnosis and Mismanagement of a Nasopalatine Duct Cyst and its Corrective Therapy. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology**. v. 80, n. 4, p.465-470, 1995.

GROSSMAN S. M, MACHADO V. C, XAVIER G. M, MOURA M. D, GOMES R.S, AGUIAR M. C. Demographic profile of odontogênico and selected nonodontogenic cysts in a Brazilian population. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology**. v.104, p. 35–41, 2007.

LOPES, Luana P. B. **Cisto de desenvolvimento do Ducto Nasopalatino** - Relato de caso com preservação de um ano. 2011. f. 53. Monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011.

NEVILLE, Brad W.; DAMM, Douglas D.; ALLEN, Carl M.; BOUQUOT, Jerry E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

NOLETO, José W.; ISRAEL, Mônica; MOURÃO, Carlos F.; CERVELLINI, Ana R. Cisto do ducto nasopalatino em paciente pediátrico: relato de caso e revisão da literatura. **Revista Brasileira de Odontologia**. v. 6, n.2, p. 164, 167, 2010.

NONAKA, Cassiano F. W., HENRIQUES, Aguida C. G., MATOS, Felipe R., SOUZA, Lélia B., PINTO, Leão P. Nonodontogenic cysts of the oral and maxillofacial region: demographic profile in a Brazilian population over a 40-year period. **Eur. Arch Otorhinolaryngol**. v. 268, p. 917-922, 2011.

OLIVEIRA, Maiolino T. F.; FREIRE, Dárcio R.; BICALHO, Aline A.; SANTOS, Cassio R. R.; SOARES, Janir A. Cisto do ducto nasopalatino: relato de caso clínico. **Revista de Odontologia da UNESP**. v.38, n.6, p. 371-74, 2009.

SCOLOZZI, Paolo; MARTINEZ, Alvaro; RICHTER, Michel; LOMBARDI, Tommaso. A Nasopalatine Duct Cyst in a 7-years-old Child. **Pediatric Dentistry**. v. 30, n. 6, p. 530-534, 2008.

SHEAR, M. **Cistos da Região Bucomaxilofacial – Diagnóstico e Tratamento**. 4ª ed. São Paulo: Santos; 2011.

SUTER, Valerie G. A.; BUTTNER, Michael; ALTERMATT, Hans Jörg; REICHART, Peter A.; BORNSTEIN, Michael A. Expansive Nasopalatine Duct Cysts With Nasal Involvement Mimicking Apical Lesions of Endodontic Origin: A Report of Two Cases. **Journal of Endodontics**. v. 37, n. 9, p. 1320-1326, 2011.

SUTER, Valerie G. A.; SENDI, Pedram; REICHART, Peter A.; BORNSTEIN, Michel M. The Nasopalatine Duct Cyst: An Analysis of the Relation Between Clinical Symptoms, Cyst Dimensions, and Involvement of Neighboring Anatomical Structures Using Cone Beam Computed Tomography. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. v. 69(10), p. 2595-2603, 2011.

TRENTO, Cleverson L.; FRANÇA Diurianne C. C.; MIYAHARA, Glauco I.; SOUBHIA, Ana M. P.; CASTRO, Alvimar L. Cisto do ducto nasopalatino em íntima relação com implante osseointegrado. **Revista de Odontologia da Metodista de São Bernardo do Campo**. v. 17, n. 33, p. 91-95, 2009.

VELASQUEZ-SMITH, M. T.; MASON, C.; COONAR, H.; BENNETT, J. A Nasopalatine cyst in an 8-years-old Child. **Internation Journal of Pediatric Dentistry**. v. 9, p. 123-127, 1999.

WHAITES, Eric. **Princípios de Radiologia Odontológica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

WHITE, Stuart; PHAROAH, Michael. **Radiologia oral - fundamentos e interpretação**. Tradução 5ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

WOO, Sook-bin; EISENBUD, Leon. Odontogenic keratocysts in the anterior maxilla: report of two cases one simulating naso palatine cyst. *Oral Surg. Oral Med Oral Pathol* 1987;64(4) ;463-5. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology**. v. 64, n. 4, p. 463-465. 1987.

CIP – Catalogação na Publicação

Pereira, Eduardo da Silveira

Cisto do ducto nasopalatino : revisão da literatura e relato de caso clínico / Eduardo da Silveira Pereira. – 2013.

21 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Radiologia Odontológica e Imaginologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Departamento de Cirurgia e Ortopedia, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

Orientadora: Heloísa Emília Dias da Silveira

1. Radiologia. 2. Cisto. 3. Odontologia. I. Silveira, Heloísa Emília Dias da. II. Título.