

## Cisto nasolabial: apresentação de um caso e descrição em imagens por TC e RM

## Nasolabial cyst: presentation of a clinical case with CT and MR images

*Raphael Navarro Aquilino*<sup>1</sup>, *Vitor José Bazzo*<sup>2</sup>,  
*Reinaldo José Antônio Faria*<sup>3</sup>, *Nayene Leocádia  
Manzutti Eid*<sup>4</sup>, *Frab Norberto Bóscolo*<sup>5</sup>

Palavras-chave: cisto nasolabial, cistos dos maxilares, cistos não-odontogênicos.

Keywords: nasolabial cyst, maxillary cysts, non-odontogenic cysts.

### Resumo / Summary

O cisto nasolabial é um cisto não odontogênico raro que se desenvolve na região inferior da asa nasal, com patogênese ainda incerta. Esta lesão, que possui crescimento lento e dimensões variáveis (1,5-3cm), 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. O presente trabalho relata o caso de uma paciente do sexo feminino de 48 anos, que se queixava da presença de uma massa consistente na região da asa esquerda do nariz e cujas características clínicas eram compatíveis com cisto nasolabial. As imagens de TC demonstraram uma formação expansiva com densidade de tecido mole, localizadas na região nasal esquerda medindo cerca de 1,2cm de diâmetro e apresentando contornos nítidos e bem definidos e densidade homogeneia ao redor de 50 UH. Já as imagens de RM mostraram uma lesão de aspecto circular localizada em tecido mole, apresentando hiperintensidade nas imagens ponderadas em T1, T2 e no recurso de supressão da gordura, sendo a hipótese diagnóstico de cisto nasolabial, confirmado pelo exame histopatológico depois da cirurgia.

The nasolabial cyst is an uncommon non-odontogenic cyst that develops in the lower region of the nasal ala; its pathogenesis is uncertain. This lesion grows slowly and measures between 1.5 and 3 cm; it is characterized clinically by a floating tumefaction in the nasolabial sulcus, which elevates the upper lip. The diagnosis is based on the clinical findings and, if necessary, image exams. This paper reports a case of a white 48-year-old Brazilian female patient that presented a firm tumor in the left ala of the nose; the clinical features suggested a nasolabial cyst. CT scans revealed an expanding tumor with soft tissue density located in the left ala of the nose. It measured 1.2 cm in diameter and had a clear and well-defined outline; its homogeneous density was about 50 HU. MR images revealed a circular lesion located in soft tissue; T1 and T2 weighted signals were hyperintense, as were images after fat suppression. The diagnosis was a nasolabial cyst, which was confirmed by histopathology after surgery.

<sup>1</sup> Mestre em Radiologia Odontológica pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP Aluno do Curso de Doutorado em Radiologia Odontológica - Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP, Professor das Disciplinas de Radiologia Oral; Odontologia Legal, Deontologia e Bioética; Orientação Profissional do Curso de Odontologia da Universidade Regional de Gurupi-UNIRG. Professor da Disciplina de Imaginologia do Curso de Medicina da Universidade Regional de Gurupi - UNIRG.

<sup>2</sup> Especialista em Radiologia Odontológica - Faculdade de Odontologia de Bauru -USP Mestre em Deontologia e Odontologia Legal - FOU SP Aluno do Curso de Doutorado em Radiologia Odontológica e Imaginologia - FOU SP, Professor da Disciplina de Radiologia Odontológica da Faculdade de Odontologia de Presidente Prudente- UNOESTE.

<sup>3</sup> Especialista em Prótese e Ortodontia - UNOESTE Aluno do Curso de Mestrado em Biologia Buco-Dental - Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP, Professor Assistente da Disciplina de Materiais Dentários da Faculdade de Odontologia de Presidente Prudente- UNOESTE.

<sup>4</sup> Especialista em Radiologia Odontológica - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP. Aluna do Curso de Mestrado em Radiologia Odontológica - Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP, Aluna de Pós-Graduação.

<sup>5</sup> Professor Doutor Titular da Disciplina de Radiologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP, Professor da Disciplina de Radiologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.

Faculdade de Odontologia de Gurupi - UNIRG Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.

Endereço para correspondência: Avenida Limeira nº 901 Bairro Areião Piracicaba SP 13414-903.

Tel. (0xx19) 3412-5327

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 3 de junho de 2005. cod. 402

Artigo aceito em 27 de abril de 2006.

---

## INTRODUÇÃO

---

Os cistos nasolabiais foram primeiramente descritos por Zuckerkandl em 1882, porém, McBride em 1892, foi quem relatou o primeiro caso sendo, um pouco mais tarde, detalhado por Brown-Kelly<sup>1</sup> em 1898.

O cisto nasolabial foi muito estudado por Klestadt<sup>2</sup> em 1953 quando a lesão, em sua homenagem, recebeu o nome de Cisto de Klestadt. Cisto mucóide, cisto maxilar, cisto de vento, cisto nasovestibular, cisto subalar e cisto nasoglobular foram alguns dos nomes descritos para esta lesão desde 1941, quando Thoma<sup>3</sup> sugeriu cisto nasoalveolar, mas foi Rao<sup>4</sup>, em 1951, quem usou o termo cisto nasolabial definindo-o como uma lesão localizada entre os tecidos moles do lábio superior e o vestíbulo nasal, sendo que uma lesão erodindo da superfície da maxila foi denominada como cisto nasoalveolar.

Ainda há muita discussão sobre a origem dos cistos nasolabiais. Acredita-se que sua patogenia esteja relacionada com a 4ª e 8ª semanas de vida intra-uterina, nas quais o processo maxilar do segundo arco braquial forma a base nasal e a asa do nariz. A fusão média de cada processo palatino lateral da maxila com a base do septo formam o palato duro, enquanto ao mesmo tempo iniciando da fossa nasal. Mudanças aberrativas em algum desses pontos de fusão podem dar origem a um cisto fissural<sup>5</sup>. Klestadt<sup>2</sup>, em 1953, sugeriu que estes cistos são derivados de restos ectodérmicos epitélial (das fendas faciais embriológica) na linha de fusão entre os processos nasais medial e lateral com o processo maxilar; por esta razão são chamados também de cistos fissurais<sup>6-8</sup>. A outra teoria para a explicar a gênese destes cistos é que a lesão se desenvolva a partir de restos celulares derivados da abertura inferior do ducto nasolacrimal<sup>9-11</sup>. O epitélio que reveste este ducto é colunar pseudoestratificado semelhante ao que se observa frequentemente na parede do cisto nasolabial<sup>7,12</sup>.

Entre os sinais e sintomas que podem ocorrer, incluem-se dores locais, obstrução nasal, quadro infeccioso que pode acarretar em um aumento da tumefação com sinais inflamatórios e infecciosos importantes e, clinicamente, caracteriza-se por uma massa flutuante na região de sulco nasolabial envolvendo a asa do nariz, referente à porção ventral-inferior do rebordo piriforme, causando uma elevação do lábio superior<sup>13</sup>. Eles são usualmente unilaterais (90%) e bilaterais em apenas 10% dos casos. Ocorre mais em indivíduos do sexo feminino, entre a 4ª e 5ª décadas de vida e tem predileção pela raça negra<sup>11,13,14</sup>.

Radiograficamente, a lesão pode abaular a parede lateral do soalho da fossa nasal, o que pode ser evidenciado em uma radiografia oclusal total da maxila<sup>15</sup>. Lesões osteolíticas, quando então presentes, podem, eventualmente, acometer o seio maxilar<sup>16</sup>.

O diagnóstico diferencial deve incluir lesões de

origem odontogênica, como cistos foliculares, periodontais, residuais e neoplasias<sup>14</sup>, apesar de somente um caso descrito de um carcinoma decorrente de cisto nasolabial<sup>10</sup>. O cisto nasolabial infectado pode ser confundido com furúnculo do assoalho do vestíbulo nasal; mas com exceção desta entidade, as características desta lesão são muito distintas, não restando dúvidas sobre o verdadeiro diagnóstico.

O exame histopatológico desta lesão foi descrito pela primeira vez por Brown-Kelly em 1898<sup>17</sup>. O cisto consiste de um epitélio respiratório (pseudoestratificado ou estratificado cilíndrico ciliado com células calciformes - goblet cells), porém pode ocorrer metaplasia escamosa nos cistos infectados<sup>7</sup>. O fluido contido nos cistos é produzido pelas goblet cells.

O diagnóstico do cisto nasolabial é fundamentalmente clínico. A exploração mediante a palpação bidigital mostra uma tumefação flutuante entre ao assoalho do vestíbulo nasal e o sulco gengivolabial e ajuda a confirmar o diagnóstico<sup>7</sup>. Devido ser lesão de partes moles, não é detectada na radiografia simples, a não ser que cause erosão óssea importante no osso maxilar. Meios de diagnóstico mais sofisticados como a TC e a RM podem mostrar com maior nitidez e confiabilidade a natureza cística da lesão e sua relação com a asa nasal e o osso maxilar assim como o acometimento ósseo e facilitar a obtenção da uma hipótese de diagnóstico baseando-se na observação destas imagens.

O objetivo deste estudo foi descrever um caso clínico de cisto nasolabial apresentando suas características em imagens por ressonância magnética e tomografia computadorizada.

---

## CASO CLÍNICO

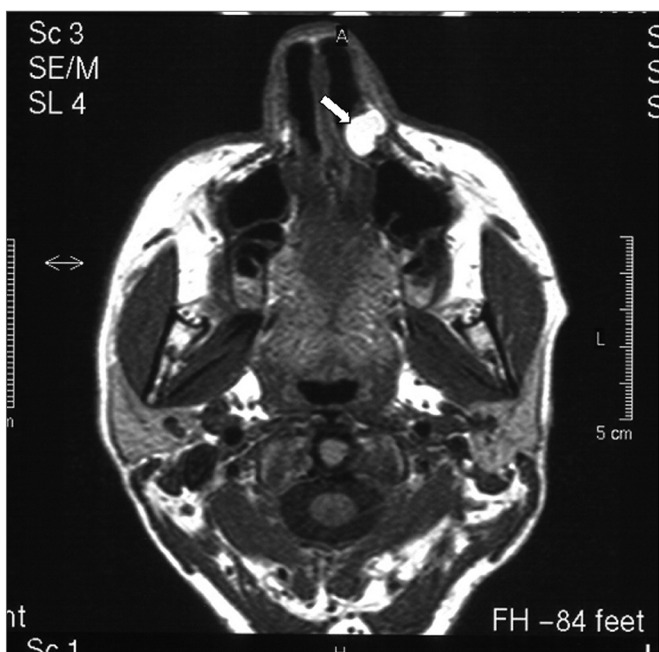
---

Uma mulher branca de 48 anos de idade procurou atendimento odontológico em consultório particular queixando-se de uma massa consistente na região de asa esquerda do nariz que, de acordo com a história clínica, apresentava duração de dois anos. Anteriormente, a paciente tinha procurado um dermatologista que, suspeitando ser uma lesão tumoral, encaminhou-a a um oncologista. Este solicitou exames de TC, cujas imagens demonstraram uma formação expansiva com densidade de tecido mole localizado na região nasal esquerda medindo cerca de 1,2 cm de diâmetro e apresentando contornos nítidos e bem definidos com densidade homogeneia ao redor de 50 UH (Figura 1). As estruturas ósseas estavam preservadas, com discreto espessamento da mucosa do seio maxilar direito e transparência satisfatória das demais cavidades paranasais. O exame foi complementado com algumas seqüências de imagens por ressonância magnética, onde se constatou a formação de uma massa de aspecto arredondado na região nasal esquerda. A mesma apresentou-se hiperintensa nas seqüências ponderadas em T1 e T2 sendo que, em algu-



**Figura 1.** Imagem de TC (corte axial) mostrando massa heterogênea compatível com tecido mole na região de fossa nasal esquerda (seta).

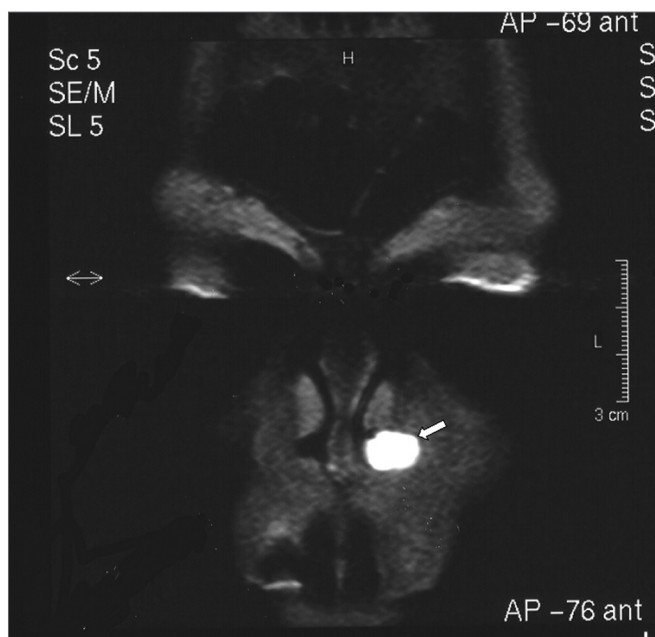
mas áreas da lesão apresentou conteúdo isoíntenso e, nas imagens onde se utilizou o recurso de supressão de gordura (T1) a referida área continuou com hiperintensidade, sugerindo um alto conteúdo protéico no interior da lesão (Figura 2A, 2B e 2C). As demais estruturas da região facial apresentaram-se com morfologia e intensidade normal de sinal. A hipótese de diagnóstico foi uma formação cística com conteúdo protéico elevado ou conteúdo mucoso denso sugestivo de cisto nasolabial.



**Figura 2A - A-)** Imagem por RM (corte axial) ponderada em T1. Notar área hiperintensa na região nasal esquerda sugerindo alto conteúdo protéico.



**Figura 2B - B-)** Imagem por RM (corte axial) ponderada em T2. Notar que a lesão apresenta áreas isoíntensas e em algumas regiões áreas de hiperintensidade.

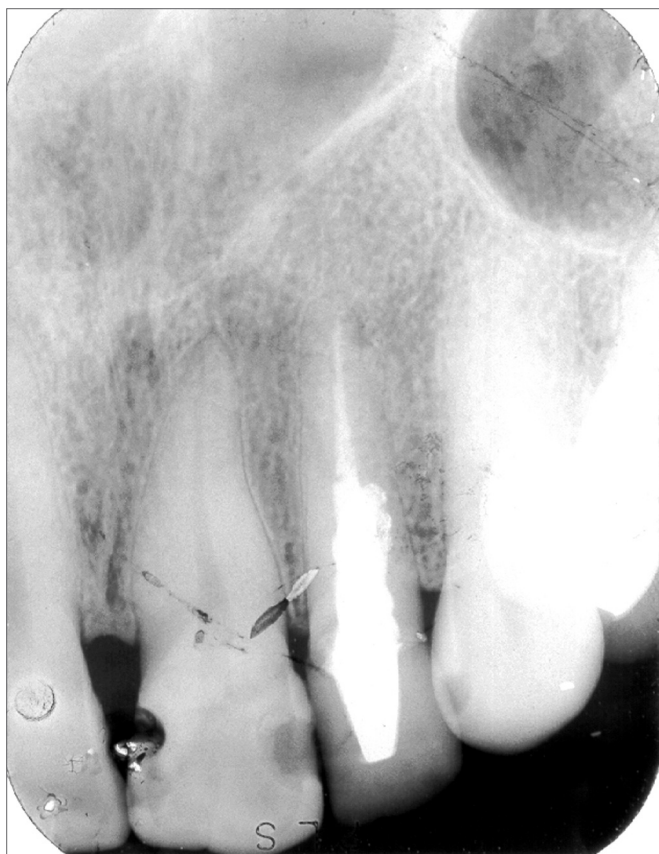


**Figura 2C - C-)** Imagem por RM com recurso de supressão de gordura (corte coronal). Notar área de hiperintensidade na região de fossa nasal inferior esquerda.

Além dos exames de TC e RM, a paciente foi submetida a exames radiográficos odontológicos convencionais (radiografia panorâmica e periapicais dos dentes 12 e 22) e não se notou nenhuma alteração importante que levasse ao diagnóstico de uma lesão de tecido duro (Figuras 3A e 3B). Ao exame físico, não apresentava nenhum sinal característico da lesão, como levantamento da asa do nariz



**Figura 3A - A-)** Radiografia panorâmica. Nesta imagem não foi encontrada qualquer alteração óssea ou dentária importante na região da lesão (observar área de incisivo central, incisivo lateral e canino superiores esquerdo).



**Figura 3B - B-)** Radiografia periapical da região de incisivos central e lateral superiores esquerdo. Nessa imagem não houve evidências de alteração óssea e dentárias, o que sugeriu uma lesão localizada em tecido mole.

e lábio superior ou assimetria. À palpação, apresentava uma massa consistente na região esquerda de asa do nariz, não apresentando sintomatologia dolorosa ou dificuldade de respiração.

O tratamento consistiu na enucleação cirúrgica da lesão realizada por via intra-oral com a paciente sob anestesia geral. Foi feita uma incisão no sulco gengivo-labial entre o incisivo central e o primeiro molar superior esquerdo para a retirada da lesão. O cisto possuía aproximadamente 1,5cm com secreção amarelada em seu interior. O exame histopatológico revelou parede cística fibrosa com a luz revestida por epitélio pseudoestratificado cilíndrico envolvendo células mucossecretoras e caliciformes. A paciente foi acompanhada por 5 meses após a cirurgia. O pós-operatório foi isento de sintomatologia e nenhuma recidiva da lesão foi observada neste período.

## DISCUSSÃO

Em nosso estudo apresentamos um caso de cisto nasolabial onde a história relatada pela paciente mostra a dificuldade de, às vezes, se diagnosticar uma lesão que não envolve osso, o que leva a procura de vários profissionais. Para David & O'Connell<sup>18</sup>, apesar de não comum, o cisto nasolabial é facilmente diagnosticado e tratado se quando um dos profissionais requisitados tem o conhecimento das características da lesão. Para os autores, a raridade da lesão na otorrinolaringologia é acentuada por um número significativo destas lesões sendo tratadas por cirurgias orais. Ao nosso ver, o que dificulta o diagnóstico do cisto nasolabial é a raridade com que esta lesão ocorre.

Com relação à predileção pela raça, nosso caso difere da literatura, onde a raça negra é a que apresenta maior número de ocorrências condizendo somente com relação à idade e sexo<sup>13,14</sup>. Em um estudo realizado por Van Bruggen et al.<sup>19</sup>, concluiu-se que as lesões são bilaterais em apenas 10% dos casos e para Roed-Peterson<sup>10</sup>, em 11,2%.

A paciente relatou uma história de crescimento da lesão num período de dois anos, onde não apresentava nenhum tipo de sintomatologia dolorosa ou sensação de desconforto bem como comprometimento estético. Contudo, para El-Hamd<sup>14</sup>, alguns pacientes relataram um crescimento da lesão em um período de três a cinco anos e não procuraram tratamento devido ao padrão de crescimento lento e assintomático da lesão e ainda a ausência de dor e desconforto. Cohen & Hertzanu<sup>20</sup>, 1985, em um dos casos descritos de cisto nasolabial em seus estudos, enfatizaram o súbito crescimento do cisto após um ano presente em um período de 2 ½ meses tornando exuberante.

El-Hamd<sup>14</sup> relatou que as complicações da lesão, quando ocorrem, geralmente levam a obstrução nasal e aparência de cosmético (vermelhidão) na região facial do paciente. Para Cohen & Hertzanu<sup>21</sup>, o paciente procura

tratamento somente quando ocorre alguma deformidade, obstrução nasal ou infecção causada pela lesão.

Em relação aos meios de diagnóstico existem atualmente recursos modernos que podem ajudar o profissional pra se chegar a uma hipótese de diagnóstico. O diagnóstico do cisto nasolabial é quase que exclusivamente clínico<sup>13</sup>. Acreditamos que devido à raridade da lesão, os profissionais usam meios de diagnóstico por imagens para se ter certeza de qual é o tipo de lesão que está presente. Para Gomes et al.<sup>13</sup>, a TC permite uma melhor visualização das estruturas ósseas ao redor do cisto, já na ecografia a presença de líquido no interior da cavidade e a punção do conteúdo cístico é de pouca valia devido aos seus achados uniformes. Chinellato & Damante<sup>15</sup>, em 1984, revisaram as características histológicas de oito casos de cistos nasoalveolares. Para os autores, as margens corticais correspondentes aos limites lateral e anterior são finas e convexas na direção lateral, sendo que quando um cisto nasolabial está presente, há uma expansão e algumas vezes um afinamento desta linha, com a convexidade revertida para a direção medial devido à pressão proveniente do tecido cístico adjacente, o que é observado em uma radiografia oclusal total da maxila. Nossos achados condizem com os autores, sendo somente visto um discreto abaulamento e afinamento da parede lateral da fossa nasal. Já Shear<sup>11</sup>, 1985, relatou em seus estudos em nove pacientes que, embora seja um cisto de tecido mole, algumas vezes pode causar erosão da superfície óssea da maxila na qual é vista radiograficamente.

Pruna et al.<sup>21</sup> estudaram oito pacientes com massas localizadas na região nasal que fizeram um exame de TC dos seios paranasais. Estes pacientes foram submetidos também a exames de ultra-som de alta frequência utilizando sonografia de escalas de cinzas, imagens coloridas e Doppler colorido. Cinco pacientes foram diagnosticados com hemangioma nasal, um com cisto de glândula submucosa e um com cisto nasolabial. Os autores acreditam que quando um tumor na região anterior nasal é clinicamente suspeitado, padrões de sonografia específicas e Doppler podem ajudar para estabelecer a origem anatômica, a extensão local, e o diagnóstico correto em casos indeterminados, complementando com outros procedimentos de imagens ou processos cirúrgicos para o diagnóstico.

Para Pruna et al.<sup>21</sup>, hemangiomas nasais aparecem em imagens de TC como uma massa de tecido mole com intenso aumento depois da injeção do agente de contraste. Eles podem deslocar o septo nasal medialmente e a parede nasal lateralmente o que condiz com nossos achados nas imagens de TC. Em imagens de RM, hemangiomas nasais mostram intensidade intermediária em T1 e hiperintensidade em T2, com hipointensidade nas regiões das bordas da lesão. Em nossos achados encontramos hiperintensidade em T1 e T2 e na região das bordas da lesão apresentou também um sinal hiperintenso devido ao alto conteúdo

protéico da lesão. Também foram realizadas imagens com supressão de gordura ponderadas em T1 e a lesão mostrou-se hiperintensa.

Nossos achados não condisseram com os de Curvé, Osguthorpe & Van Tassel<sup>22</sup>, onde os autores encontraram em dois casos de cisto nasolabial descritos em imagens por ressonância magnética, hiperintensidade relativa em imagens ponderadas em T1 e isointensidade nas imagens ponderadas em T2.

A hipótese de diagnóstico do presente estudo foi embasada nos achados clínicos e imaginológicos, onde se constataram todas as características de um cisto nasolabial, sendo posteriormente confirmado com o exame histopatológico.

## CONCLUSÕES

-TC e RM são importantes exames complementares de diagnóstico em casos de suspeita de cisto nasolabial.

- A RM evidenciou o conteúdo da lesão de forma mais elucidativa que a TC

- A hipótese de diagnóstico de cisto nasolabial deve ser embasada realizando exames clínicos e por imagens.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brown-Kelly A. Cyst of floor of nose. *J Laryngol Rhinol Otol* 1898;13:272-76.
2. Klestadt W. Nasal cysts and the facial cleft cyst theory. *Annals Otol Rhinol Laryngol* 1953;62:84.
3. Thoma KH. Nasoalveolar cysts. *Am J Orthod* 1941;27:48-52.
4. Rao RV. Nasolabial cyst. *J laryngol Otol* 1995;69:352-4.
5. Robert CB. Cyst lesions of the maxilla. *Laryngoscope* 1970;308-3.
6. Graamans K. Nasolabial cysts: diagnosis mainly based on topography? *Rhinology* 1983;21:239-49.
7. Kuriloff DB. The nasolabial cyst-nasal hamartoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1987;96:268-72.
8. Barzilai M. Bilateral nasoalveolar cysts: case report. *Clin Radiol* 1994;49(2):140-1.
9. Bruggemann A. Zysten als folgen von Entwicklungsstörungen im naseneingang. *Arch Laryngol Rhinol* 1930;33:101-5.
10. Roed-Petersen B: Nasolabial cysts. *Brit J Oral Surg* 1969;7:84-95.
11. Shear GR. Cysts of the jaws. *J Oral Pathol* 1985;14:43.
12. Waldrep AC, Capodanno JA. Bilateral nasolabial cysts: report of case. *J Oral Surg* 1966;24:347-50.
13. Gomes CC et al. Cistos Nasolabiais. *Folha med* 1992;104(3):69-73.
14. El-Hamd KEAA. Nasolabial Cyst: a report of eight cases and a review of the literature. *J Laryngol Otol* 1999;113:747-9.
15. Chinellato LEM, Damante JH. Contribution of radiographs in the diagnosis of nasoalveolar cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984;58:729.
16. Atterbury RA, Vazirani SJ, McNabb WJ. Nasoalveolar cyst-oral surgery. *Oral Med Oral Pathol* 1961;14(07):769-73.
17. Burtschi TA, Stout RA. Bilateral nasoalveolar cysts. *Oral Surg* 1963;16:271-5.
18. David VC, O'Connell JE. Nasolabial cyst. *Clin Otolaryngol* 1986;11:5-8.
19. Van Bruggen AP et al. Nasolabial cyst: a report of ten cases and a review of literature. *J Dental Assoc South Africa* 1985;40:15-19.
20. Cohen MA, Hertzanu Y. Huge grow potential of nasolabial cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985;59:441.
21. Pruna X. et al. Value of sonography in the assessment of space-occupying of the anterior nasal fossa. *J Clin Ultras* 2000;28:14-9.
22. Cure JK, Osguthorpe JD, Van Tassel P. *AJNR Am J Neuroradiol* 1996;17(3):585-8.