

Quisto de Klestadt: Relato de caso clínico

Klestadt's Cyst: Clinical case report

Marta Melo • João Rito • João Órfão • Marta Cardoso • Filipe Freire

RESUMO

Relata-se o caso de uma mulher de 68 anos, com história de tumefação nasolabial direita, com 5 anos de evolução e com intercorrências infecciosas associadas. Ao exame objetivo apresentava uma lesão com cerca de 2,5cm, regular, móvel, não aderente aos planos profundos, com proclividade e obstrução do vestibulo nasal, elevação da cartilagem alar nasal e do lábio superior homolaterais.

A tomografia computadorizada caracterizou uma lesão de densidade de tecidos moles que causava moldagem óssea subjacente e abaulamento interno da asa do nariz, com redução do vestibulo nasal direito. Foi realizada enucleação quística por via intraoral. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de quisto de Klestadt. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e sem evidência de recidiva a 1 ano.

Revisão bibliográfica sobre o tema.

Palavras-chave: Quisto; sulco nasolabial; assimetria facial; obstrução nasal

ABSTRACT

Report of a case of a 68-year-old female patient with a history of right nasolabial swelling with 5 years of evolution, with associated infectious complications. The clinical examination showed a lesion about 2.5 cm, regular, mobile, not adherent to the deep planes, with nasal vestibule obstruction, elevation of the homolateral alar cartilage of the nose and upper lip.

Computed tomography characterized a soft tissue density lesion that caused underlying bone molding and internal bulging of the nose wing, with reduction of the right nasal vestibule. Intraoral cystic enucleation was performed. Pathological examination confirmed the diagnosis of Klestadt's cyst. The postoperative period was uneventful and there was no evidence of recurrence at 1 year.

Literature review on the topic.

Keywords: Cyst; nasolabial fold; facial asymmetry; nasal obstruction

INTRODUÇÃO

Descrito em 1882 por Zuckerkandl, o quisto de Klestadt ou quisto nasolabial¹, é uma lesão rara que representa cerca de 0,7% dos quistos da região maxilo-facial^{2,3}.

É um quisto de desenvolvimento, não odontogénico, tipicamente localizado ao nível do lábio superior e vestibulo nasal, adjacente à cartilagem alar nasal⁴. Tem maior prevalência no sexo feminino^{4,5}, entre a 4ª e 5ª décadas de vida^{4,6} e é mais frequente em indivíduos de raça negra⁷. É unilateral em cerca de 90% dos casos^{4,5}, com predomínio no lado esquerdo⁴.

A patogénese é controversa, mas algumas teorias sugerem que tem origem num remanescente do ducto nasolacrimal, ou origem em remanescentes epiteliais retidos ao longo das fissuras faciais, nomeadamente entre os processos nasal lateral, nasal mediano e maxilar^{1,5}. Apesar de ser um quisto de desenvolvimento na sua origem, habitualmente não se manifesta até à idade adulta⁸.

Clinicamente apresenta-se como uma tumefação lisa e móvel, de crescimento lento, podendo originar projeção do lábio superior e elevação da alar nasal, e causar obstrução nasal e assimetria facial^{4,6,8}. Os alvéolos dentários permanecem íntegros⁹. Em 50% dos casos ocorre infeção do quisto, surgindo dor, aumento do volume da lesão e podendo culminar em drenagem espontânea por via nasal ou intraoral^{9,10}. A tomografia computadorizada é útil no diagnóstico da

Marta Melo
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

João Rito
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

João Órfão
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Marta Cardoso
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Filipe Freire
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Correspondência:
Marta Melo
Marta.melo.ori@gmail.com

Artigo recebido 26 de Novembro de 2019. Aceite para publicação a 16 de Janeiro de 2020.

lesão, demonstrando a natureza quística, relação com estruturas adjacentes e evidência de erosão óssea^{4,6,8}.

O diagnóstico diferencial engloba lesões periapicais, quistos odontogénicos, furúnculos nasais, quistos do ducto nasopalatino, quistos dermóides, epidermóides e tumores das glândulas salivares^{5,11}. O diagnóstico é confirmado pelo exame histopatológico, podendo variar entre epitélio colunar não-ciliado, epitélio pseudoestratificado escamoso e epitélio respiratório, e pode conter células de globet ou glândulas mucosas^{4,9,12}. A enucleação quística intraoral é um tratamento eficaz com baixa morbilidade, mas existem outros tratamentos preconizados, nomeadamente, aspiração por agulha fina, marsupialização por via intranasal e injeção de agentes esclerosantes^{4,8,12}.

Neste artigo é descrito um caso clínico de quisto de Klestadt e realizada revisão da literatura.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Doente de 68 anos do sexo feminino, leucodérmica observada em consulta de Otorrinolaringologia por tumefação nasolabial direita com 5 anos de evolução, com aumento de volume recente e história de múltiplas intercorrências infecciosas associadas. Sem outros antecedentes pessoais relevantes.

Ao exame objetivo apresentava uma lesão na região nasolabial direita com cerca de 2.5cm, regular, móvel, não aderente aos planos profundos com aparente conteúdo líquido. A lesão causava procidência e obstrução do vestibulo nasal, elevação da cartilagem alar nasal e do lábio superior homolaterais (Figuras 1A-1B). Sem outras alterações evidentes nomeadamente, na orofaringe, na cavidade nasal ou cervicais.

A tomografia computadorizada de seios perinasais caracterizou uma formação arredondada com densidade

FIGURA 1A E 1B

Tumefação nasolabial direita com procidência e obstrução no vestibulo nasal e elevação da cartilagem alar nasal.

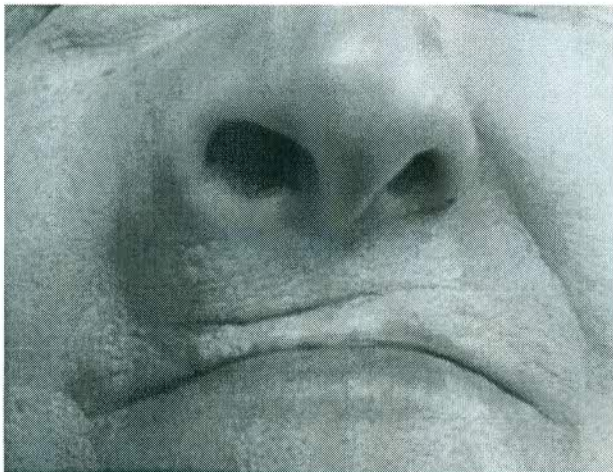
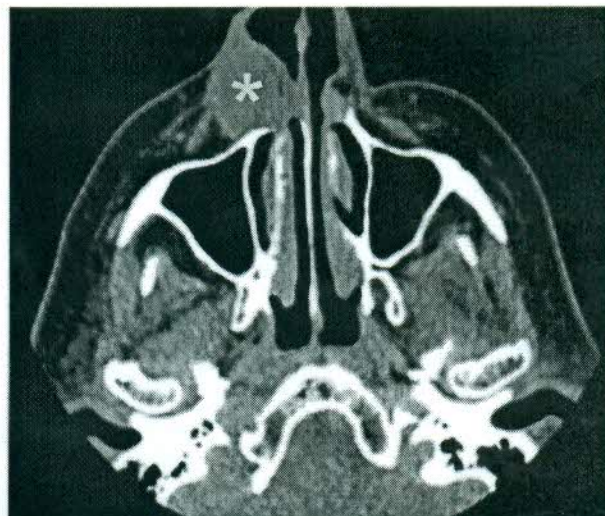
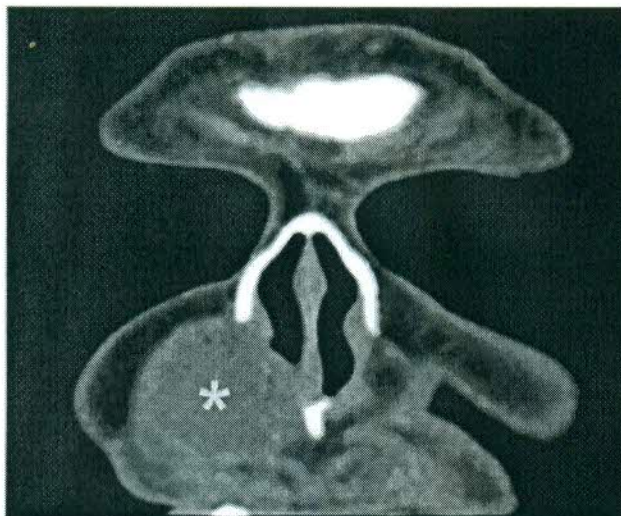


FIGURA 2A E 2B

Tomografia computadorizada de seios perinasais (cortes coronal e axial) – Massa arredondada com densidade de tecidos moles que causa abaulamento interno da asa do nariz, redução do vestibulo nasal direitos e moldagem óssea subjacente(*).



de tecidos moles com cerca de 25x29x32mm de diâmetro transversal, anteroposterior e craniocaudal, respectivamente, que causava moldagem óssea subjacente e abaulamento interno da asa do nariz, com redução do vestibulo nasal direito (Figuras 2A-2B). O diagnóstico presuntivo foi de quisto de Klestadt ou nasolabial, com indicação para abordagem cirúrgica.

Foi realizada, sob anestesia geral, enucleação quística por via intraoral, com incisão ao nível do sulco gengivolabial, dissecação roma da lesão, excisão completa e íntegra da mesma e encerramento por planos (Figuras 3-7).

O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de quisto de Klestadt, com epitélio cúbico simples, com focos de reação inflamatória.

O pós-operatório decorreu sem intercorrências, com boa cicatrização da lesão e sem evidência de recidiva a 1 ano (Figura 8).

FIGURA 3

Abordagem cirúrgica com enucleação quística intraoral – incisão sublabial



FIGURA 4

Abordagem cirúrgica com enucleação quística intraoral – dissecação roma da lesão.

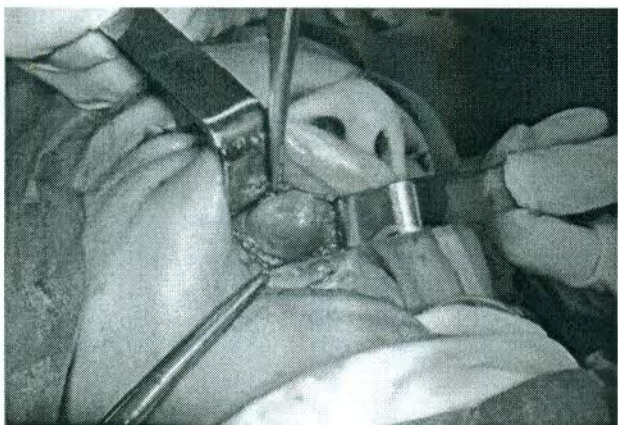


FIGURA 5

Abordagem cirúrgica com enucleação quística intraoral – excisão completa e íntegra da lesão.

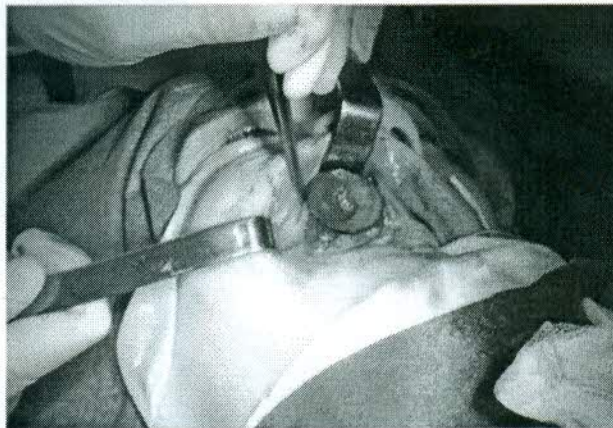


FIGURA 6

Abordagem cirúrgica com enucleação quística intraoral – encerramento por planos.

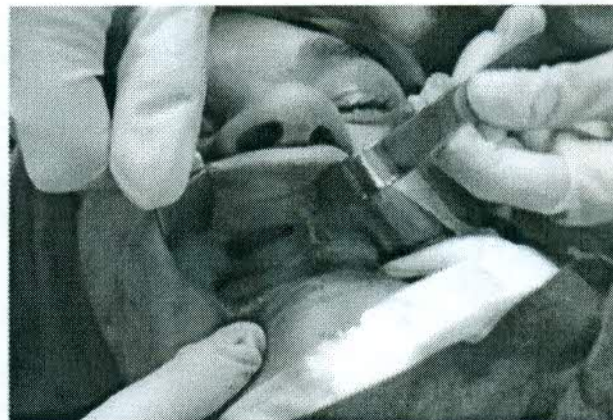
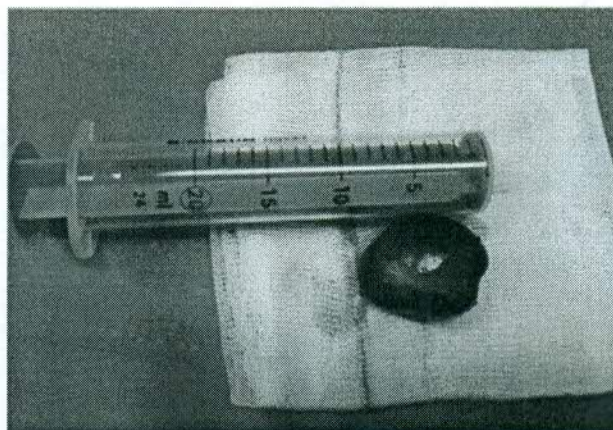


FIGURA 7

Aspetto final do quisto de Klestadt excisado.



DISCUSSÃO

O quisto de Klestadt é uma patologia rara e um tema de fronteira com a Cirurgia Maxilo-Facial e Estomatologia, mas com relevância na área da Otorrinolaringologia.

Para o diagnóstico correto, a caracterização imagiológica é fundamental. Em termos de exames imagiológicos, a radiografia não revela benefício, pois não caracteriza tecidos moles¹³. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são úteis para delimitar anatomicamente o quisto, avaliar o conteúdo quístico e relações com estruturas adjacentes, sendo importante avaliar a existência de erosão óssea^{4,3}. A ecografia tem utilidade limitada, podendo delimitar alguns quistos bem definidos e confirmar líquido intraquístico⁴. No caso descrito, a tomografia computadorizada foi o exame eleito, que permitiu caracterizar convenientemente a lesão e planejar a abordagem cirúrgica.

As indicações para abordagem cirúrgica do quisto nasolabial incluem correção da deformidade facial e prevenção de infecção¹⁴. A enucleação quística intraoral é o procedimento cirúrgico mais preconizado, eficaz e com baixa morbidade⁴. Pode ser realizado sob anestesia local ou geral. Consiste numa abordagem sublabial ao nível da fossa incisiva, com incisão ao nível do sulco gengivolabial (acesso de Denker), dissecação romba da lesão e encerramento por planos¹⁵. A íntima aderência do quisto ao pavimento da fossa nasal deve ser cuidadosamente dissecada, pelo risco de laceração da mucosa nasal nesta região. A taxa de recorrência com esta técnica é baixa^{4,5}. As complicações, pouco comuns, englobam edema facial, perda de vitalidade das peças dentárias adjacentes, infecção pós-operatória, laceração da mucosa nasal, deformidade nasal e fístula oronasal⁴. No caso clínico descrito, não houve complicações nem evidência de recorrência.

Outros tratamentos alternativos são a marsupialização por via intranasal, aspiração por agulha fina, drenagem intranasal e injeção de agentes esclerosantes, tendo os últimos de taxa de recorrência mais elevada⁶. A marsupialização endoscópica, descrita por Su et al¹², consiste na marsupialização do quisto de Klestadt ao nível do pavimento do vestíbulo nasal sob anestesia local e endoscopia nasal. No pós-operatório médio de 16 meses, nenhum dos 15 doentes do estudo apresentou recorrência¹². Outro estudo de 2006, com marsupialização do quisto por abordagem endoscópica em 10 doentes, foi descrita 1 recorrência no seguimento de 16 meses¹⁶.

Uma revisão de 2016 de 311 casos, relata não existir diferença significativa na taxa de recorrência comparando a abordagem sublabial com abordagem endoscópica ($P > 0.05$)⁴. Para excisão de lesões de menores dimensões, a abordagem sublabial pode revelar-se tecnicamente mais simples¹⁴.

O prognóstico da patologia descrita é bom e com baixa taxa de recorrências⁴, existindo apenas um caso descrito por Arnold, em 1929, de degeneração carcinomatosa⁷.

No nosso serviço, nos últimos 10 anos, foram

intervencionados 6 casos de quisto nasolabial, todos do sexo feminino e com uma média de idade de $51,3 \pm 16,9$ anos. Todos os doentes foram abordados pela mesma técnica cirúrgica descrita de enucleação quística intraoral, sem menção de complicações, intra ou pós-operatórias, ou de recidiva.

Concluindo, sendo o quisto de Klestadt ou nasolabial uma entidade rara, abordado por várias especialidades, é essencial a sua caracterização e estudo correto. Torna-se assim fundamental correlação entre a anatomia e a clínica, caracterização imagiológica adequada e confirmação histológica para um diagnóstico e tratamento eficazes.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que não têm qualquer conflito de interesse relativo a este artigo.

Confidencialidade dos dados

Os autores declaram que seguiram os protocolos do seu trabalho na publicação dos dados de pacientes.

Proteção de pessoas e animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estão de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos diretores da Comissão para Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Política de privacidade, consentimento informado e Autorização do Comité de Ética

Os autores declaram que têm o consentimento por escrito para o uso de fotografias dos pacientes neste artigo.

Financiamento

Este trabalho não recebeu qualquer contribuição, financiamento ou bolsa de estudos.

Disponibilidade dos Dados científicos

Não existem conjuntos de dados disponíveis publicamente relacionados com este trabalho.

Referências bibliográficas

1. Klestadt WD. VIII Nasal cysts and the facial cleft cyst theory. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1953 Mar;62(1):84-92 doi:10.1177/000348945306200108
2. Choi JH, Cho JH, Kang HJ et al. Nasolabial cyst: A retrospective analysis of 18 cases. *Ear Nose Throat J.* 2002 Feb;81(2):94-6. doi:10.1177/014556130208100212
3. Enoki AM, Pizarro GU, De Sampaio Morais M, Fernandes DPP, et al. Cisto nasolabial bilateral como causa de obstrução nasal: Relato de caso e revisão de literatura. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2012 Feb/Mar;16(1):121-125. doi:10.7162/S1809-48722012000100018
4. Sheikh AB, Chin OY, Fang CH, Liu JK, et al. Nasolabial cysts: A systematic review of 311 cases. *Laryngoscope.* 2016 Jan;126(1):60-6. doi: 10.1002/lary.25433.
5. Abou El-Hamd KE-DA. Nasolabial cyst: a report of eight cases and a review of the literature. *J Laryngol Otol.* 1999 Aug;113(8):747-9. doi:10.1017/s0022215100145098.
6. Tiago RSL, Maia MS, Do Nascimento GMS, Correa JP, et al. Cisto nasolabial: Aspectos diagnósticos e terapêuticos. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2008 Jan-Feb;74(1):39-43. doi:10.1016/S1808-

8694(15)30749-7.

7. López-Ríos F, Lassaletta-Atienza L, Domingo-Carrasco C, Martínez-Tello FJ. Nasolabial cyst: Report of a case with extensive apocrine change. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997 Oct;84(4):404-6. doi:10.1016/S1079-2104(97)90039-1.
8. Yuen HW, Julian CYL, Samuel CLY. Nasolabial cysts: Clinical features, diagnosis, and treatment. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2007 Jun;45(4):293-7. doi:10.1016/j.bjoms.2006.08.012.
9. Kuriloff DB, York N, York N. The nasolabial cyst-nasal hamartoma. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1987 Mar;96(3):268-72. doi:10.1177/019459988709600307.
10. Allard RHB. Nasolabial cyst: Review of the literature and report of 7 cases. *Int J Oral Surg.* 1982 Dec;11(6):351-9. doi:10.1016/S0300-9785(82)80058-6.
11. Karmody CS, Gallagher JC. Nasoalveolar cysts. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1972 Apr;81(2):278-83. doi:10.1177/000348947208100217.
12. Su CY, Chien CY, Hwang CF. A new transnasal approach to endoscopic marsupialization of the nasolabial cyst. *Laryngoscope.* 1999 Jul;109(7 Pt 1):1116-8. doi:10.1097/00005537-199907000-00020.
13. Silva AG da, Cardoso CC. Quisto de klestadt (Nasolabial). *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac.* 2008 Oct/Dec;49(4):233-236. doi:10.1016/S1646-2890(08)70051-7.
14. Chao WC, Huang CC, Chang PH, Chen YL, et al. Management of nasolabial cysts by transnasal endoscopic marsupialization. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009 Sep;135(9):932-5. doi:10.1001/archoto.2009.111.
15. Henrique Bettoni C, Jaeger F, López-Alvarenga R, Oliveira Rezende F. Cisto Nasolabial: Revisão da literatura e relato de caso clínico. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac.* 2011 Jul/Sep;52(3):157-160. doi:10.1016/j.rpemd.2011.04.001.
16. Su CY, Huang HT, Liu HY, Huang CC, et al. Scanning electron microscopic study of the nasolabial cyst: Its clinical and embryological implications. *Laryngoscope.* 2006 Feb;116(2):307-11. doi:10.1097/01.mlg.0000199598.37461.8e.