
CASOS CLÍNICOS

Cisto do Canal Palatino

DR. OSOLANDO JÚDICE MACHADO

Chefe de Secção de Radioterapia do S. N. C.

DR. JORGE DE MARSILLAC

Cirurgião-Diretor do S. O. C.

Fomos procurados por um paciente de raça negra, com trinta anos de idade, apresentando tumor de 16 meses de evolução, localizado na abóbada palatina e sem sintomatologia subjetiva. Notara que a lesão estava aumentando de volume, já sendo perceptível ao nível de sulco gengivo-labial superior em sua porção incisiva. (fig. 1). Além disso, quando pressionava o tumor da abóbada palatina, sentia mover a ponta do nariz.

A inspecção da face do referido paciente não notamos qualquer alteração. Na boca observamos a porção rugosa do palato duro tomada por tumor coberto de mucosa de aspecto e coloração normais, medindo cerca de três centímetros de diâmetro. Levantando-se o lábio superior do doente, verificamos que a mucosa do sulco gengivo-labial superior achava-se abaulada na altura dos dois incisivos medianos.

A palpação do palato sentimos ser o tumor mole, francamente flutuante e

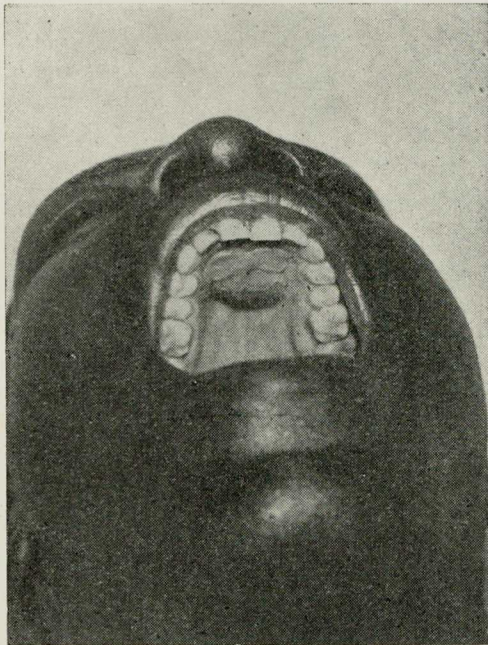


Fig. 1

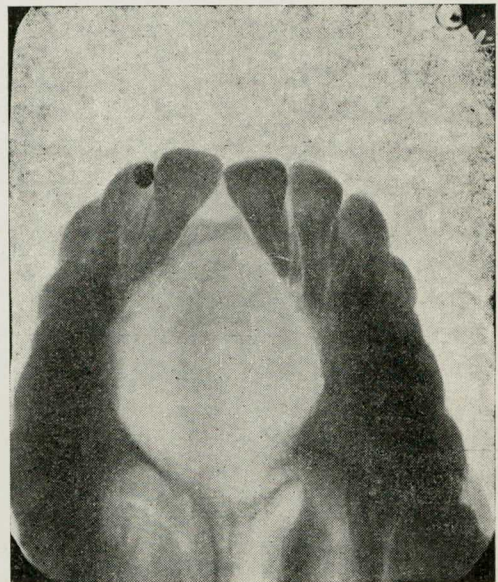


Fig. 2

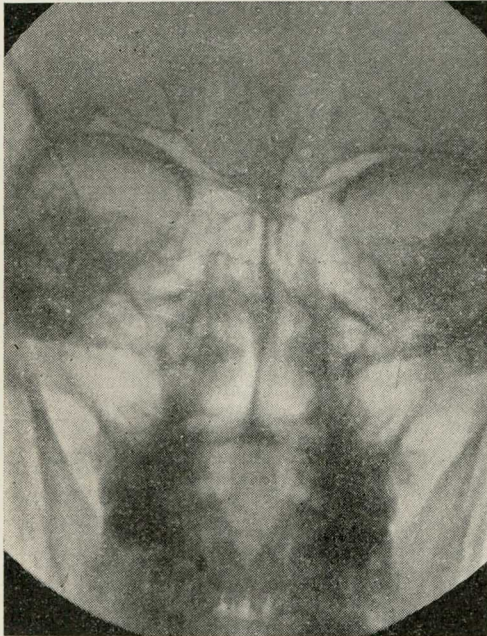


Fig. 3

depressível. No momento, quando o comprimíamos com a ponta do dedo explorador, notávamos que o ápice da pirâmide nasal do paciente acompanhava o deslocamento da massa tumerosa. Não encontramos adenopatias.

Fizemos radiografia simples e com filme intra-oral, que mostraram no terço anterior do palato duro uma formação intra óssea tendo o centro radiotransparente e os bordos regulares e osteo-condensados. A imagem radiográfica sugeria pois uma formação cística, destruindo o osso até próximo às raízes dos incisivos e caninos de ambos os lados sem, no entanto, ter qualquer relação com as mesmas. As raízes dos incisivos medianos acham-se simetricamente afastadas, fazendo com que os referidos dentes formem um ângulo agudo de vértice voltado para suas cúspides. Apesar disto o rebordo alveo-

lar entre êstes dentes estava íntegro. (Figs. 2 e 3). Em seguida fizemos outras radiografias, onde vemos a cavidade cística cheia de contraste. (Figs. 4, 5 e 6).

Não praticamos a biópsia por temermos infectar a cavidade e por já nos julgarmos de posse de elementos suficientes para fazer o diagnóstico de cisto naso-palatino, uma vez que além desses achados de exame, os demais tumores da região apresentam outras características distintas como passaremos a considerar.

Em geral, os tumores malignos do maxilar superior, com exceção dos adamantinomas e de outros tumores bení-

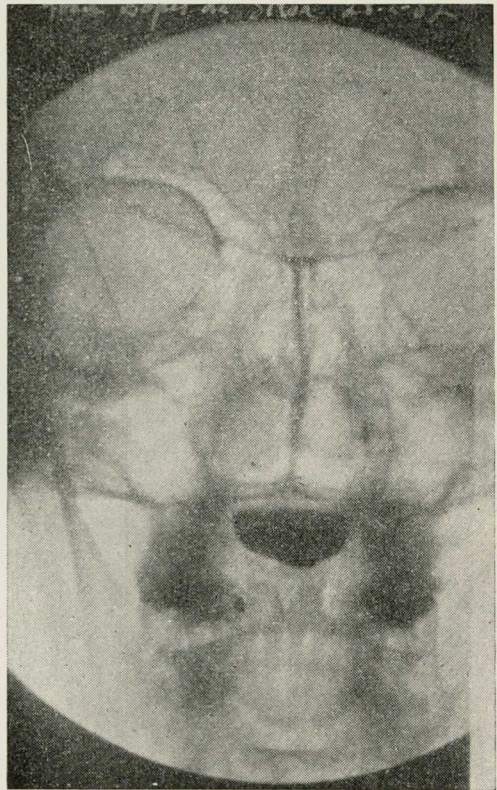


Fig. 4

gnos degenerados, são de evolução mais rápida, podendo em prazo idêntico ao do caso presente tornarem-se muito mais volumosos, vindo às vezes a ulcerarem-se para a pele ou para a mucosa, de acôrdo com o sentido de seu desenvolvimento. Assim, por sua evolução, acreditamos que poderíamos afastar a hipótese de se tratar de qualquer tumor ósseo maligno primitivo ou metastático.

Por sua localização e evolução, poderíamos lembrar um tumor de células gigantes, encontradigo nesta região. No entanto, o aspecto radiográfico dêste é bem diferente, seus contornos são irregulares e geralmente existem trabéculas ou traves ósseas, projetando-se



Fig. 5

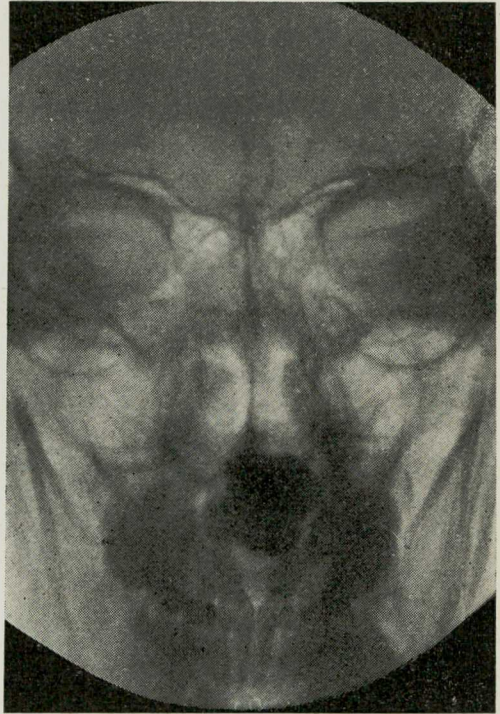


Fig. 6

para dentro do tumor ou mesmo atravessando-o. Por outro lado, geralmente o tumor de células gigantes compromete primeiro o rebordo alveolar. Assim, a imagem radiográfica é bem diferente.

Afastadas que foram as possibilidades de se tratar daquelas neóplasias, resta-nos pois o diagnóstico de um cisto solitário do maxilar superior.

Segundo Stafne, os cistos dos maxilares podem ser distribuídos na seguinte classificação:

I — Cistos de desenvolvimento

A — Oriundos do tecido odontogênico

1 — Cisto peridentário

- a) Radical
- b) Lateral
- c) Residual

- | | |
|--|---|
| <p>2 — Cisto dentífero</p> <p>3 — Cisto primordial</p> <p>B — Oriundos de tecido não odontogênico</p> <p>1 — Cisto mediano (cisto palatino mediano)</p> <p>2 — Cisto globulomaxilar</p> <p>3 — Cisto no canal incisivo</p> | <p>II — Neoplasias císticas (origem dentária)</p> <p>1 — Ameloblastoma</p> <p>Nós acreditamos, talvez ser possível agregar a esta classificação, neoplasias pseudo císticas, isto é, aquelas cuja imagem radiográfica lembra cisto.</p> <p>Por outro lado Word e Hendrick, os classificam também de acordo com sua origem, porém da seguinte maneira:</p> |
|--|---|

CONGÊNITOS

Cistos fissurais

Naso alveolar

Mediano

Glóbulo-maxilar

Nasopalatinos

Do canal incisivo

Da papila palatina

EPITÉLIO DENTÁRIO

Cistos odontogênicos

Cisto folicular (primordial)

Radicular (colesteatoma)

Cisto peridentário

Cisto dentífero

Tumores odontogênicos

Ameloblastoma

Epitelioma ameloblástico

Enameloma

Odontoma

Como os elementos componentes da segunda coluna são consequentes a distúrbios da odontogenese, estando sempre intimamente ligados aos dentes e à sua evolução, acreditamos poder deixar a margem estes cistos, uma vez que, no caso em estudo, não parece haver qualquer anomalia de dente ou relação direta entre os dentes e o tumor.

Afastadas as formações que acabamos de citar, ficam pois os cistos oriundos de restos embrionários locais, os quais detalharemos a seguir.

Segundo Grohs, os cistos da porção anterior do maxilar são oriundos de restos do duto nasopalatino cu de restos

epiteliais encravados quando da fusão das lâminas palatinas durante a formação do segmento anterior do palato duro. Para melhor compreendermos esta classificação e consequentemente a origem de tais cistos, seria conveniente fazer uma rápida recapitulação do desenvolvimento embriológico desta porção da face. No embrião humano, após a ruptura da membrana buco-faríngea, começam a se diferenciar os diversos elementos que vão constituir a face e a boca, tornando-se necessário estudar as duas em conjunto para compreendermos a formação de cada uma de suas peças.

Nesta época, o estomatodeo ou cavidade bucal primitiva, é constituído por uma cavidade alargada, tendo por limite superior o processo frontal e por limite lateral os processos maxilares e mandibulares. Sua porção inferior é limitada pelos prolongamentos dos processos mandibulares e entre as extremidades dêste, pelo ectoderma que cobre a cavidade pericárdica primitiva.

Quando o embrião atinge o tamanho de 4 cms., nos segmentos latero-ventrais do processo frontal, o ectoderma se espessa dando origem às áreas nasais que posteriormente tornam-se mais individualizadas, formando então as placas olfativas. A seguir, o mesenquima junto a cada uma destas placas olfativas começa a proliferar formando uma espécie de burlete incompleto em torno das mesmas. Trata-se de burlete incompleto porque suas porções laterais são mais desenvolvidas que seu terço superior. A extremidade inferior desta, por sua vez ainda é mais apagada que esta última e acha-se junto ao sulco externo formado pelo estomatodeo.

Com o desenvolvimento destas saliências, as placas olfativas vão imergindo, formando então as fossetas olfativas, sendo cada uma delas, principalmente limitada por dois bordos mais desenvolvidos, dos quais o interno, em relação à linha ventral, é o processo nasal mediano ou interno também chamado processo globular pela forma arredondada de sua extremidade inferior.

O outro desses dois bordos, o externo, vai constituir o processo nasal lateral.

A fosseta olfativa desenvolve-se transformando-se em saco olfativo cujo

fundo é formado pela membrana buco-nasal.

Mais tarde esta membrana se completa estabelecendo comunicação entre a cavidade nasal primitiva e o segmento anterior da abóbada da cavidade bucal. Este orifício constitui pois a coana primitiva.

O processo globular se desenvolve para baixo e para fóra em direção do processo nasal lateral com o qual vai se fundir para formar o bordo inferior da futura narina.

Abaixo do ponto de coalescência destes dois processos acha-se o processo maxilar, separado deles pelo sulco palatino primitivo ou sulco estomato-nasal, que desaparecerá quando se der a fusão dos três processos supra citados, aliás ponto de origem dos cistos globulomaxilares, como veremos mais adiante.

Entre os dois bordos internos das fossetas olfativas desenvolve-se então o processo fronto-nasal que é logo dividido em duas porções pelos processos maxilares em desenvolvimento no sentido anterior e finalmente fusão de suas extremidades proximais. Com esta divisão, o processo fronto-nasal fica então dividido em uma porção superficial e outra profunda que ao desenvolver-se vai formar a porção pré-maxilar do palato, palato primitivo ou osso incisivo.

Com o desenvolvimento anterior dos processos maxilares e o aparecimento do processo fronto-nasal, o teto do estomatodeo torna-se muito alto. Nesta época a cavidade bucal tem por paredes laterais os processos palatinos, cujos bordos infero-internos dão origem às lâminas palatinas ou processos palatinos que se desenvolvem por trás e por

baixo das coanas primitivas na mesma altura que o palato primitivo.

A progressão das lâminas palatinas de início faz-se no sentido vertical, ao lado dos bordos da língua, indo posteriormente tomar o sentido horizontal quando este órgão se desloca para baixo. Após esta mudança de direção, cujo motivo não detalharemos, as lâminas palatinas se unem na linha média, entre si e com o septo nasal, que desenvolveu do teto do estomatôdeo.

Na linha de sutura das duas lâminas, palatinas, no fim da primeira metade da vida fetal, forma-se um cordão epitelial que acompanha a rafe mediana. Posteriormente, este cordão regride, ficando às vezes seus vestígios constituídos por pérolas epiteliais ao longo da linha mediana do palato definitivo, podendo esporadicamente dar origem a cistos.

Entre o segmento anterior do septo nasal primitivo e as extremidades anteriores das lâminas palatinas, formam-se dois cordões epiteliais que posteriormente adquirem luz formando assim os canais incisivos, ou naso-palatinos, ou, finalmente, de Stenson. Estes canais comunicam-se com a cavidade bucal. Assim, do assoalho de cada fossa nasal sai um canal que vai se fundir com o outro da fossa e desembocando na boca como canal único, tendo por conseguinte forma de Y. Mais tarde estes canais regridem, podendo deixar como vestígios fundos de saco nas fossas nasais, ou no foramen incisivo em correspondência com a papila palatina. Outras vezes ficam restos epiteliais no centro do conduto palatino anterior ou canais incisivos.

Como já dissemos e de acordo com a classificação de Ward, aliás idêntica a de Thoma, os cistos desta região formados à custa de restos embrionários, são divididos em cistos fissurais e cistos naso-palatinos.

Os cistos fissurais são formados à custa de restos epiteliais que ficaram inclusos durante a fusão de processos faciais. Assim, temos primeiro o cisto naso-alveolar que se localiza no ponto de implantação da aza do nariz. Trata-se de cisto extra-ósseo e produto de restos da fusão dos processos globular, lateral nasal e maxilar.

Os cistos medianos, formados na fissura mediana do maxilar, são divididos em duas categorias. De acordo com o ponto de sua origem na referida fissura, temos o cisto mediano alveolar e o cisto mediano palatino. O cisto mediano-alveolar forma-se entre as raízes dos incisivos medianos, afastando-os e são tidos por alguns autores como oriundos de restos epiteliais da lâmina dentária. O cisto mediano palatino forma-se na porção posterior da fissura palatina.

O terceiro e último dos cistos fissurais é o glóbulo-maxilar que localiza-se na porção alveolar do maxilar, entre o segundo incisivo e o canino, exatamente na porção terminal da fissura originária da sutura do osso intermaxilar com o maxilar propriamente dito. De acordo com Thoma, este cisto forma-se no ponto de junção dos processos maxilar e globular.

Histologicamente, tanto os cistos medianos como os glóbulos-maxilares são revestidos por epitélio escamoso enquanto os cistos naso-alveolares tem sua

luz revestida por duas camadas de epitélio cilíndrico contendo células caliciformes, porém não contém glândulas.

Ante o exposto, para o caso em estudo, cremos poder afastar a possibilidade de se tratar de um cisto fissural, levando-nos ao diagnóstico de cisto naso-palatino.

Como já vimos êstes cistos se desenvolvem à custa de restos dos canais incisivos os quais, de acôrdo com Rawengal, devem desaparecer até o fim do primeiro ano de vida extra-uterina. Segundo Grohs, que classifica êstes restos embrionários em restos da porção oral, da porção nasal e do terço médio do canal, também entram glândulas mucosas na formação dêstes dutos.

Thoma classifica os cistos naso-palatinos em duas categorias:

- a) da papila-palatina
- b) do canal incisivo

Apesar de ambos terem praticamente a mesma patogenia, seu comportamento e aspecto depende de sua localização. Assim, os cistos da papila se formam sob esta e são extra ósseos, enquanto os do canal são intra ósseos. Daí os primeiros não mostrarem alteração óssea na imagem radiológica, enquanto os últimos se caracterizam principalmente por seu aspecto radiográfico.

A imagem radiológica dêstes cistos é característica, não só por sua localização, como por seu aspecto. Geralmente localizam-se na linha média logo após as raízes dos incisivos medianos que às vezes podem parecer entrar no cisto tratando-se no entanto apenas de incidência radiográfica. Por outro lado, quase sempre o rebordo alveolar está íntegro, não tendo relação alguma com o cisto, dêle separado pelo anel de osteo-

condensação tão característico na radiografia dêstes casos.

Naturalmente, cistos originados em um dos canais poderão, em sua evolução desenvolverem-se mais do lado de sua origem. Thoma assinala casos de dois cistos gerados simultaneamente, um em cada canal, produzindo então uma imagem em coração. No entanto, segundo Stafne — Aautin — Gardner, esta imagem radiográfica não é obrigatória em se tratando de mais de um cisto. Habitualmente, como já dissemos, o cisto é mediano expandindo-se simetricamente em todos os sentidos, sendo que esta expansão praticamente não tem limites, dependendo no entanto do tempo de evolução.

Estudos histológicos feitos nêstes tumores, mostram serem as cavidades císticas revestidas por epitélio apoiado em espessa membrana de tecido conjuntivo. Segundo Thoma e outros, o epitélio de revestimento pode ser formado por células de três tipos, de acôrdo com o setor afetado do canal. Assim, os cistos formados na porção mais próxima da cavidade bucal, são constituídos por células escamosas ou células transicionais, enquanto na porção nasal o epitélio é cilíndrico ciliado. Os autores em geral chamam atenção para a presença de glândulas mucosas nos cortes histológicos dêstes cistos e alguns chegam a julgá-los como patognomônicas destas lesões.

Êstes restos de canal ou fundos de saco, podem ser encontrados no assoalho das fossas nasais junto ao septo nasal. Também podemos encontrar na porção posterior da papila palatina um pequeno orifício através do qual o outro fundo de saco se comunica com a bôca.

Estas localizações justificam-se pelo trajeto do canal durante o período embrionário.

O fundo de saco que fica no foramen incisivo geralmente sofre as consequências de tôdas as alterações que ocorrem com a papila palatina e segundo Schoroff, nesta região são encontrados dois tipos de lesão:

- 1) Lesão do tipo inflamatório simples, podendo ser aguda ou crônica, afetando principalmente a papila palatina.
- 2) Lesão do tipo complexo ou do tipo secretor, onde a papila palatina praticamente não apresenta alterações e às vezes é possível, através do orifício por trás da referida papila, drenar secreção aquosa que Thoma relata ser às vezes salobra.

Outros autores afirmam que qualquer infecção pode desencadear a formação de um destes cistos seja ela da boca ou da fossa nasal. Assim, seriam propriamente cistos de retenção, cujo epitélio variaria de acordo com o ponto de origem e com a pressão interna do mesmo. Seu conteúdo é líquido, tipo de retenção podendo conter colesterolina, ou já estar infectado, aliás ocorrência comum.

Quando se localizam no foramen, podem deixar de apresentar alteração óssea e são chamados cistos da papila palatina. Por outro lado quando a sua

localização é intra óssea, são chamados cistos do canal incisivo.

Não temos conhecimento da existência de cisto originário, em persistência da porção nasal propriamente dita do canal incisivo, o que explicaria a formação de cistos de origem embrionária no interior da fossa nasal.

Enquanto os cistos da papila palatina são de fácil tratamento cirúrgico, para os do canal incisivo Cutler prefere injeções esclerosantes de composição própria. Acreditamos, no entanto, que a terapêutica cirúrgica possa depender de tática operatória.

O tratamento dos cistos da papila palatina faz-se com sucesso pela extirpação cirúrgica, enquanto que, os do canal incisivo, devido as dificuldades de ordem técnica para a sua completa remoção, tratam-se pelo método esclerosante precocisado por Cutler.

Semanalmente puncionamos o cisto e após esvaziarmos sua cavidade, nela injetamos alguns centímetros do líquido, cuja fórmula nós tomamos a liberdade de copiar de Cutler:

Alcool absoluto	— 6 cc.
Clorofórmio	— 3 cc.
Ácido acético glacial	— 1 cc.
Cloreto férrico	— 1 gr.

Repetimos esta manobra até a completa regressão do tumor. Não observamos nenhuma reação dolorosa maior com o emprêgo do esclerosante e vimos o enfermo curado dentro do prazo de 6 semanas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BURKET, L. W. — Nasopalatine Duct Structures and Peculiar Bony Pattern observed in Anterior Maxillary Region Archives of Path., Vol. 23, 793/800, 1937.
- 2 — CUTLER, E. C. e ZOLLINGER, R. — Use of Sclerosing Solutions in Treatment of Cysts and Fistulae, Am., J. Sur., 18:411, 1933.
- 3 — GROHS, R. — Epithelial Rests in the Region of the Palatinal Papilla of Upper Jaw — J. of Dental Research — 14, 187, 1934.
- 4 — HAMILTON, W. J., BOYD, J. D., MOSSMAN, H. W. — Human Embryology — W. Heffer & Sons Ltd., Cambridge, 1946.
- 5 — LORDY, C., ORIA, J., AQUINO, J. T. — Embriologia Humana e Comparada — Edições Melhoramentos, 1948.
- 6 — RAWENGEL, G., citado dor Thoma.
- 7 — ROBINSON, H.B.G. — Classification of Cysts of the Jaws — Am. J. Orthodontics 31:370/375, 1945.
- 8 — SCHROFF, J. — Cysts in the Indisor Canal — J. Dent. Research, 10:739/762, 1930.
- 9 — SICHER, H., TANLER, J. — Anatomia para Dentistas — Labor, S. A. 1950.
- 10 — STAFNE, E. C., AUSTIN, L. T., GARDNER, B.S. — Median Anterior, Maxillary Cysts Jour. A.D.A., Vol. 23, May, 1936.
- 11 — THOMA, KLHL — Oral Pathology, The C.V. Mosby Col. 1944.
- 12 — WARD, G. E., HENDRICK, J.W. — Tumors of the Head and Neck — The Williams & Wilkins Col., 1950.