

Nazoalveolarna cista – prikaz slučaja

A Nasoalveolar Cyst – Case Report

Damir Roki
Božidar Baćani*

Radna jedinica za patološku anatomiju MC Varaždin
* Ambulanta oralne kirurgije
Doma zdravlja MC Varaždin

Sažetak

Ciste u području čeljusti dijele se glede patogeneze i podrijetla epitela na razvojne i upalne, odontogene i neodontogene. Prema lokalizaciji, mogu biti unutar kosti i u mekom tkivu. U ovom radu prikazana je nazoalveolarna cista koja spada u skupinu razvojnih, neodontogenih cisti. Uvijek je smještena izvankoštano, u mekom tkivu nazolabijalnoga sulkusa, ispod nosnoga krila. Dosad je opisano i patohistološki potvrđeno oko 200 takvih cista. Ovim radom željeli smo uputiti na kliničku sliku, dijagnostiku, diferencijalnu dijagnozu i liječenje.

Ključne riječi: cista, nazoalveolarna

Acta Stomatol. Croat.
1994; 28: 61–64

PRIKAZ SLUČAJA

Primljeno: 21. listopada 1993.
Received: October 21, 1993

Uvod

Ciste u području gornje čeljusti čest su klinički nalaz. Po preporuci WHO (1), ciste u području čeljusti prema patogenezi i porijeklu epitela dijele se na razvojne i upalne, odontogene i neodontogene. Prema lokalizaciji ciste mogu biti koštane i ciste mekih tkiva. Ciste mekih tkiva vrlo su rijetke. Pod pojmom neodontogenih razvojnih cista razlikujemo nazopalatinalnu ili cistu incizivnog kanala, globulomaksilarnu i nazolabijalnu cistu (2). Nazolabijalna cista zauzima posebno mjesto zbog svoje stalne izvankoštane lokalizacije u području mekog tkiva nazolabijalnog sulkusa, ispod nosnog krila. Sinonimi kojima se označava ovaj patološki entitet jesu: nazoglobularna, subalarna, nazovestibularna, Klestadt cista. Od 1941.(3) javlja se naziv nazoalveolarna cista, a 1951.(4) nazolabijalna. Ta dva entiteta u novijoj se literaturi razlikuju. Kad se govori o nazolabijalnoj cisti, misli se na cistu koja leži isključivo u mekom tkivu, a nazoalveolarna je ona koja svojim položajem iza-

ziva eroziju kosti koja se nalazi ispod nje. Etiološke teorije započinju već od 1892. i traju do danas. Trenutno je najprihvaćenija Klestadtova teorija (6), koja govori da cista izrasta iz epitela koji je zaostao na liniji spajanja lateralnog, medijalnog nosnog i maksilarnog nastavka. Najnovija je teorija iz 1981. (7), a govori da se cista razvija iz dijelova epitela koji idu iz donjeg dijela nazolakrimalnog duktusa. Pregledom svjetske literature ustanovilo se da je do sada opisano oko 200 slučajeva koji su histopatološki potvrđeni (8, 9).

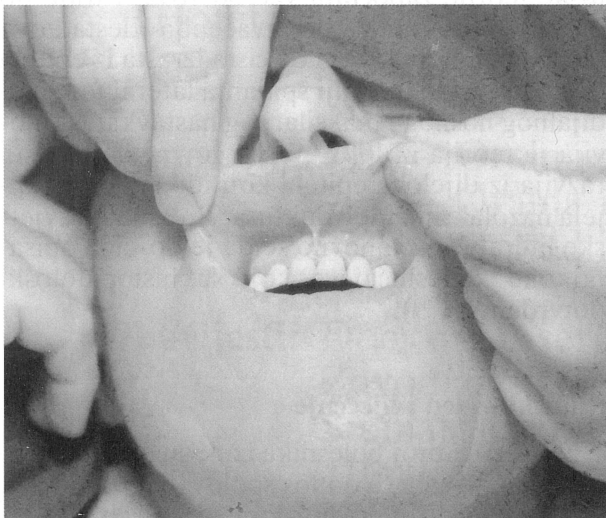
Klinički izgled i liječenje

Najveći je broj bolesnika između četvrte i pete dekade života, a odnos spolova je 4 : 1 u korist žena (8, 9). Glavni problem koji ih dovodi liječniku jest sporo rastuća, bezbolna izbočina ispod jednog od nosnih krila. Budući da raste polagano, s vremenom izaziva asimetriju lica, a bol se pojavljuje jedino u slučaju kad se cista

inficira. Deformitet koji se razvija odnosi se na nosno krilo koje postaje šire, nosni otvor se smanjuje zbog obliteracije a gornja usna postaje punija. Ponekad cista može biti i obostrana. Dijagnosticira se palpacijom s dva prsta. Jedan prst je u gingivolabijalnom sulkus maksile, a drugi na nosnom otvoru. Osjeti se otekline koja je bezbolna i leži na kosti. Najbolje liječenje je ekscizija koja se izvodi intraoralnim pristupom, kroz gingivolabijalni sulkus. Ekscizija se izvodi lagano, osim dijela koji se čvrsto veže na dno nosa, gdje se često prekine nazalna mukoza koja vrlo brzo zacijeli (5). Histološki se cista sastoji od rahlog vezivnog tkiva na periferiji te unutrašnjeg epitelnog sloja koji je najčešće trepetljikav ili kubičan s mukoznim žlijezdama i često metaplazira u pločasti epitel. Različiti stupnjevi stanične infiltracije mogu biti prisutni u ovisnosti o infekciji ciste.

Prikaz slučaja

Bolesnik P.Š. (55) dolazi u ambulantu oralne kirurgije Doma zdravlja u Varaždinu zbog otekline u području lijevog nazolabijalnog sulkusa (sl. 1 i 2). Uputna dijagnoza bila je parulis maxillae regionis 23. Kliničkim pregledom ustanovi se da su svi zubi u tom području vitalni a otekline u području gornjeg lijevog vestibuluma nema upalnih karakteristika. Iz anamneze se



Slika 1. Plitak vestibularni sulkus maksile lijevo
Figure 1. A shallow vestibular sulcus of the maxilla, left-sided

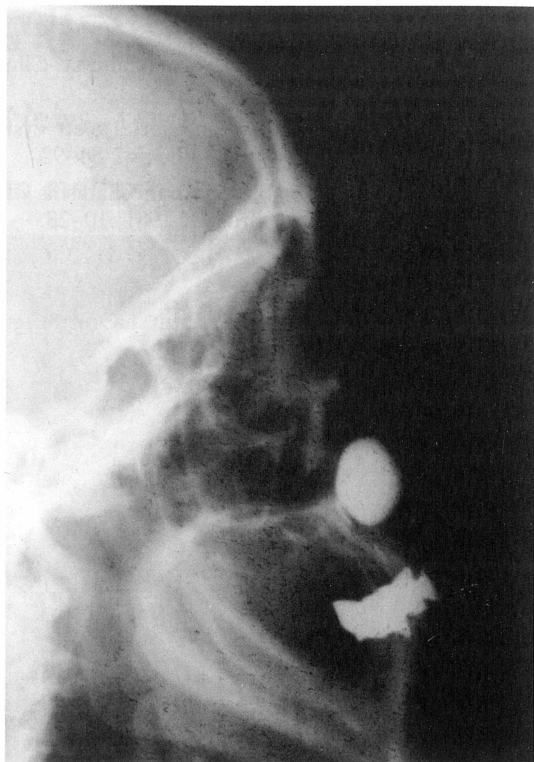


Slika 2. Cistična tvorba u donjem dijelu lijevoga nosnog hodnika

Figure 2. A cystic formation in the lower part of the left nasal canal

saznaje da nisu prethodili nikakvi bolovi, te da otekline traje već nekoliko mjeseci. Prilikom pregleda utvrdi se da otekline postoji i u donjem nosnom hodniku te da postoje lagane smetnje disanja. Na osnovi kliničke slike postavi se radna dijagnoza: cystis nasolabialis lateri sinistri. U smislu postavljanja konačne dijagnoze napravi se punkcija te se sadržaj pošalje na citološki pregled. Nalaz citologa bio je kompatibilan s uputnom dijagnozom, jer su pronađene stanice epitela, granulociti, stanični detritus. Kako bi se potvrdila klinička dijagnoza, učini se PA i profilna snimka glave (sl. 3) nakon uštrcavanja kontrastnog sredstva (Lipiodol) u cističnu šupljinu. Na slici se odlično prikaže oblik i veličina ciste.

Terapija je bila kirurška, što znači da se napravila ekscizija intraoralnim putem kroz gornji vestibulum. U tijeku preparacije cistične tvorbe došlo je do prekida nosne mukoze na mjestu gdje je ona srasla s cističnom tvorbom ali bez krvarenja i postoperativnih komplikacija. Nakon što se izvadila cista, primijetilo se da na kosti maksile postoji impresija koju je izazvala cistična tvorba tako da se ova cista može svrstati u ciste nazoalveolarnog tipa. Izljučena cistična ovojnica upućuje se na patohistološki pregled, gdje se dobije slijedeći nalaz: histološki je unutrašnja površina ciste obložena respiratornim epitelom. U vezivu ispod epitela nalaze se infiltrati mononukleara. Uputna dijagnoza odgovara nalazu.



Slika 3. Profilna snimka glave kontrastnim sredstvom
Figure 3. Profile of the head with the contrast

Rasprava

Prikazani slučaj pripada rijetkom patološkom entitetu u području maksilofacijalne regije. Imajući na umu sliku bolesti, nije teško postaviti ispravnu dijagnozu. Pri tome veliku pomoć pruža aspiracijska citodijagnostika, rtg dijagnostika (uz pomoć kontrastnog sredstva) ili, što je sada u većim centrima moguće, ultrazvučna dijagnostika. Naravno da je CT dijagnostika također dobra ali je nepotrebna s obzirom na više doze zračenja i visoku cijenu.

Diferencijalnodijagnostički u obzir mogu doći: epidermoidna cista, keratocista te retencijska cista. Terapija je kirurška. Intraoralnim putem cista se ekstirpira. Dijagnoza se definitivno potvrdi patohistološkim pregledom. Tok cijeljenja je uredan i recidiva nema.

Zaključak

S obzirom na tipičnu lokalizaciju, opisane simptome, odsutnost upalnih znakova, potrebno je izbjeći moguću grešku, a ta bi bila incizija. Bolesnika treba uputiti na operativno liječenje oralnom ili maksilofacijalnom kirurgu.

A NASOALVEOLAR CYST – CASE REPORT

Summary

According to the pathogenesis and the origin of epithelium, mandibular cysts are divided into developmental and inflammatory, odontogenous and non-odontogenous ones. According to localization, they may be situated within a bone or in the soft tissue. Presentation is made of a nasoalveolar cyst belonging to the group of developmental, non-odontogenous cysts. It is always localized extraosseously, in the soft tissue of the nasolabial sulcus, below the nasal wing. To date, about 200 such cysts have been described and pathohistologically verified. The aim of this study was to point to the clinical picture, diagnosis, differential diagnosis and treatment of the nasoalveolar cyst.

Key words: cyst, nasoalveolar

Adresa za korespondenciju:
Address for correspondence:

Dr. Damir Roki
E. Kvaternika 17
42000 Varaždin

Literatura:

1. PINDBORG J J, KRAMER B, TORTOLONI H. Histological typing of odontogenic tumors, jaw cysts and allied lesions. World Health Organization (WHO), Geneva 1971.
2. DONATH K. Odontogene und nicht odontogene Kieferzysten. Dtsch Zahnarztl. Z, 1985; 40:502-509.
3. THOMA K H. Nasoalveolar cysts. Am J Orthod, 1941; 27:48-52.
4. RAO R V. Nasolabial cyst. J Laryngol Otol, 1955; 17:352-354.
5. DAVID V C, O'CONNELL J E. Nasolabial cyst. Clin Otolaryngol, 1986; 11:5-8.
6. KLESTADT W D. Nasal cysts and facial cleft cyst theory. Am Otol Rhinol Laryngol, 1953; 62:84-92.
7. SCHUMANN D M. Nasolabial cyst: mechanisms of development. Ear, nose and throat J, 1981; 10-23.
8. ROED-PETERSEN B. Nasolabial cysts. Br J Oral Surg, 1969; 7:84-95.
9. ALLARD R H B. Nasolabial cyst. Int J Oral Surg, 1982; 14:351-359.