

Cisto do ducto salivar em palato: relato de caso

Salivary duct cyst in palate: case report

Gabriel Bassan Marinho Maciel¹

Mateus Taborda Zimmerman²

Taline Laura Guse²

Kívia Linhares Ferrazzo¹

Cristiane Cadernatori Danesi¹

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de cisto do ducto salivar em palato de paciente adulto. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 27 anos, leucoderma, que se apresentou com uma lesão pigmentada no palato duro, arredondada, bordos bem delimitados, assintomática e de consistência amolecida. Foi realizada biópsia excisional da lesão e a peça removida foi armazenada em um recipiente com formol tamponado 10% para exame histopatológico, no qual confirmou-se o diagnóstico de cisto do ducto salivar. A recuperação após a cirurgia transcorreu sem complicações, e o paciente foi monitorado por um ano sem recidiva da lesão. **Discussão:** o cisto do ducto salivar em glândulas salivares menores é uma condição assintomática e rara no palato, tipicamente afetando indivíduos a partir da sexta década de vida. **Conclusão:** É necessário que os cirurgiões-dentistas considerem o cisto do ducto salivar no diagnóstico diferencial de lesões no palato, uma patologia incomum em pacientes jovens, e com aspecto clínico muito similar a outras patologias, especialmente o mucocelo.

Palavras-chave: Glândulas Salivares; Palato; Cistos.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v29i1.15963>

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil

² Departamento de Patologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil

Introdução

Lesões císticas representam cerca de 6%–9% de todas as patologias de glândula salivar¹. O cisto do ducto salivar (CDS) é um cisto de desenvolvimento verdadeiro, definido como uma cavidade revestida por epitélio originada a partir do tecido de glândulas salivares, mas que se encontra separado dos ductos salivares normais adjacentes^{2,3}. O aspecto clínico mais comum do CDS é de um aumento de volume macio e flutuante, assintomático, de coloração amarelo-claro⁴, ou azulada se profundo na mucosa².

A lesão é mais frequente na glândula parótida e, quando acomete as glândulas menores⁵, manifesta-se principalmente em assoalho de boca, mucosa jugal e lábio inferior^{5,6}. A ocorrência multifocal é rara⁷. O tratamento padrão do CDS é a excisão cirúrgica conservadora². O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de CDS em palato duro tratado com excisão cirúrgica e acompanhamento de um ano, bem como apresentar as principais características clínicas e histológicas da lesão, destacando os aspectos relevantes para seu diagnóstico e manejo.

Relato de Caso

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CAAE 80376424.7.0000.5346). Paciente do sexo masculino, 27 anos de idade, leucoderma, procurou atendimento no curso de odontologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com a queixa de “uma mancha escura no céu da boca”. Não apresenta alterações sistêmicas, sem histórico de tabagismo, etilismo e ausência de hábitos parafuncionais. Na anamnese, foi relatado histórico de

evolução de um ano da lesão. Ao exame físico intra-oral, observou-se uma lesão pigmentada no palato duro, de formato arredondado, bordos bem delimitados, com aproximadamente 3 mm de diâmetro, assintomática e de consistência amolecida. À manobra de vitropressão, a lesão não apresentou alteração de cor, descartando componente vascular. Desse modo, as hipóteses diagnósticas levantadas foram cisto do ducto salivar e mucocele.

Foi então realizada biópsia excisional, conduzida sob anestesia local bilateral do nervo palatino maior empregando-se anestésico articaína HCl 4% com epinefrina 1:100.000. Em seguida, com um cabo de bisturi e uma lâmina 15, foi realizada uma incisão elíptica, respeitando as margens de segurança, e, com o auxílio de uma pinça hemostática e descolador, efetuou-se a exérese do espécime, o qual foi armazenado em formol tamponado 10%. Após a limpeza do leito cirúrgico, uma esponja hemostática foi posicionada em seu interior e o leito foi suturado com fio de seda 4-0 em pontos simples. As medicações prescritas ao paciente consistiram em Paracetamol 750 mg, a cada 6 horas, durante 3 dias ou enquanto houvesse dor; e Nimesulida 100 mg, a cada 12 horas, durante 4 dias.

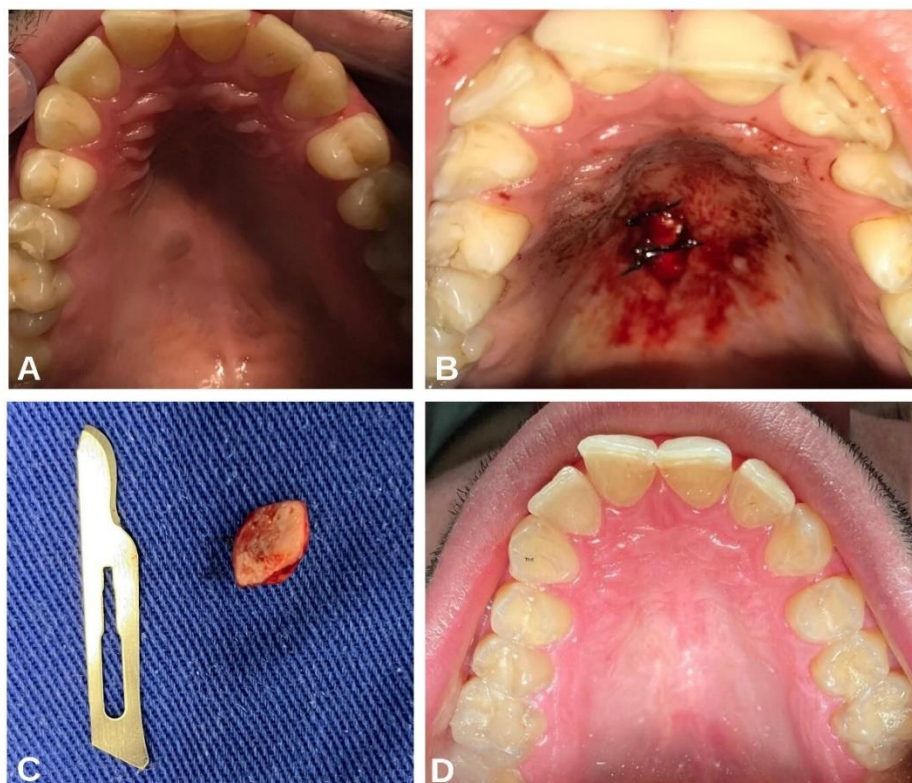


Figura 1 – Cisto do ducto salivar. A. Aspecto clínico de lesão pigmentada no palato duro, de formato arredondado, bordos bem delimitados e consistência amolecida; B. Loja cirúrgica suturada com esponja hemostática; C. Aspecto macroscópico do espécime com superfície irregular e medindo 1,5 x 0,9 x 0,6 cm; D. Palato duro após um ano de acompanhamento sem recidiva.

O exame histopatológico do espécime revelou cisto revestido por fino epitélio, com uma ou duas camadas de células cúbicas, sem deposição de pigmento melânico, cuja cavidade cística era preenchida por uma substância de coloração pardacenta, com características semelhantes à material coloidal (Figura 2). Sendo assim, o diagnóstico foi confirmado como cisto do ducto salivar. A cicatrização pós-operatória ocorreu sem incidentes e o paciente foi acompanhado durante um ano e sem recidiva da lesão.

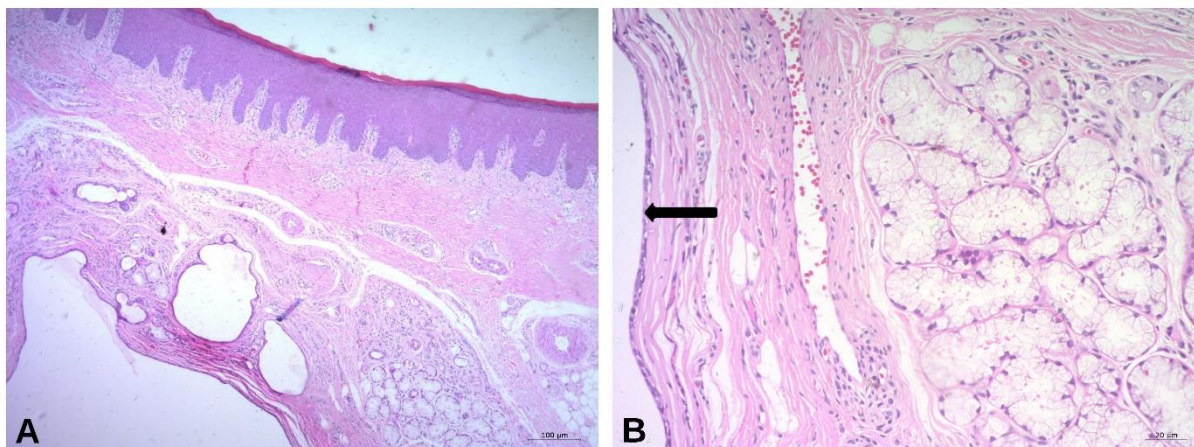


Figura 2 – Cisto do ducto salivar (HE); A. Visão em pequeno aumento mostrando um cisto abaixo da superfície da mucosa; B. Visão em maior aumento mostrando glândula salivar adjacente e fino epitélio cuboidal revestindo a cavidade cística (seta).

Discussão

O CDS, referido também como cisto de retenção de muco, cisto ductal mucoso, ou sialocisto², tem sua etiologia exata ainda incerta. Acredita-se que seja uma lesão de desenvolvimento ou que ocorra secundária a uma obstrução ductal que aumenta a pressão intraluminal⁷. É possível que a formação de um tampão mucoso esteja relacionada à redução natural da secreção salivar decorrente do aumento da idade⁸. O termo “cisto do ducto salivar” é o mais apropriado para se referir a essa lesão, tendo em vista a sua origem associada ao revestimento epitelial dos ductos das glândulas salivares⁸.

O aspecto clínico tradicional do CDS é de um aumento de volume macio e flutuante, de coloração amarelo-claro⁴, ou azulada, dependendo da profundidade do cisto na mucosa. Quando presente em assoalho de boca, pode apresentar coloração âmbar². As regiões mais acometidas são assoalho da boca, mucosa jugal e lábio inferior. Áreas como palato, língua e região retromolar também podem ser afetadas, mas com menor frequência^{5,6}.

Em muitos casos, mucocle é a hipótese diagnóstica no momento da excisão de um CDS⁴. O diagnóstico diferencial com mucocle deve considerar aspectos como a localização preferencial da lesão e o perfil de paciente mais afetado. O mucocle ocorre com maior frequência no lábio inferior (81.9%), uma área mais suscetível a traumatismo, raramente ocorrendo no palato (1.3%)⁶. É mais comum entre a primeira e a quarta décadas de vida, provavelmente pois crianças e adultos jovens são mais propensos ao trauma na cavidade oral.

Por outro lado, o CDS é mais frequente na glândula parótida⁶ e, quando em glândulas salivares menores, acomete áreas menos suscetíveis ao trauma, como assoalho de boca, palato duro e mole⁸, mas também pode surgir na mucosa jugal e no lábio inferior⁶. Ademais, o CDS é mais prevalente na sexta década de vida², o que evidencia a raridade do caso apresentado em um paciente jovem. Tais dados auxiliam o cirurgião-dentista a guiar seu raciocínio diagnóstico no momento de estabelecer hipóteses diagnósticas para a lesão.

Histologicamente, o revestimento epitelial do CDS é variável e pode ser constituído por epitélio cuboidal, colunar ou pavimentoso atrófico². O epitélio de revestimento pode demonstrar uma configuração ondulada em muitos casos, devido ao dobramento do epitélio cístico distendido após resolução da estase mucosa e colapso do cisto, e não pode ser interpretada como proliferações papilares verdadeiras, característica de outra patologia, o cistadenoma⁴. Ademais, o revestimento do cisto pode demonstrar alterações metaplásicas⁴ que não foram encontradas no caso aqui relatado. O lúmen do cisto normalmente apresenta uma secreção fluida ou mucoide² e raros são os casos com calcificações intraluminais⁴.

O tratamento de escolha para o CDS é a excisão cirúrgica conservadora. Nos casos em que as glândulas salivares maiores são acometidas, a remoção parcial ou total da

glândula pode ser necessária. O prognóstico é excelente pois o CDS não tende a recorrer^{2,9} e o risco de transformação maligna do epitélio é extremamente raro³.

Conclusão

O cisto do ducto salivar em glândulas salivares menores é uma lesão assintomática, sendo pouco comum na região do palato e, geralmente, afetando pacientes a partir da sexta década de vida. O tratamento é cirúrgico, e recorrências não são esperadas. Baseado nesse relato de caso reportado em paciente jovem, destaca-se a importância de os cirurgiões-dentistas considerarem o CDS como uma possível hipótese diagnóstica para lesões no palato, especialmente devido sua semelhança clínica com a mucoceles. Essa inclusão no espectro de diagnósticos contribuirá para uma abordagem clínica mais abrangente e precisa diante de apresentações clínicas similares.

Abstract

Aim: The aim of this study was to report a clinical case of salivary duct cyst in the palate of an adult patient. **Case Report:** A 27-year-old male patient, leucodermic, presented with a pigmented lesion on the hard palate—round, well-defined borders, asymptomatic, and soft in consistency. An excisional biopsy of the lesion was performed, and the removed specimen was stored in a container with 10% buffered formalin for histopathological examination, confirming the diagnosis of salivary duct cyst. Recovery after surgery proceeded without complications, and the patient was monitored for one year without recurrence of the lesion. **Discussion:** Salivary duct cyst in minor salivary glands is an asymptomatic and rare condition in the palate, typically affecting individuals from the sixth decade of life onwards. **Conclusion:** Dentists should consider salivary duct cyst in the differential diagnosis of palate lesions, an uncommon pathology in young patients, with a clinical appearance very similar to other pathologies, especially mucoceles.

Keywords: Salivary Glands; Palate; Cysts.

Referências

1. Antoniadou D, Epivatianos A, Markopoulos A, Kolokotronis A, Zaraboukas T. Coexistence of Mucous Retention Cyst and Basal Cell Adenoma Arising from the Lining Epithelium of the Cyst. *Medical Principles and Practice*. 2009;18(3):248–52.
2. Neville BW, Damm DD, Allen C, Chi AC. *Patologia oral e maxilofacial*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 928 p.
3. Gontarz M, Orłowska-Heitzman J, Gąsiorowski K, Bargiel J, Marecik T, Szczurowski P, et al. Myoepithelial Carcinoma Arising in a Salivary Duct Cyst of the Parotid Gland: Case Presentation. *Medicina* [Internet]. 2023;59(2):184.
4. Stojanov IJ, Malik UA, Woo SB. Intraoral Salivary Duct Cyst: Clinical and Histopathologic Features of 177 Cases. *Head and Neck Pathology*. 2017;11(4):469–76.
5. Granholm C, Olsson Berglund K, Walhjalt H, Magnusson B. Oral mucocoeles; extravasation cysts and retention cysts. A study of 298 cases. *Swedish Dental Journal* [Internet]. 2009;33(3):125–30.
6. Chi AC, Lambert PR, Richardson MS, Neville BW. Oral Mucocoeles: A Clinicopathologic Review of 1,824 Cases, Including Unusual Variants. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2011;69(4):1086–93.
7. Neville BW. *Color atlas of oral and maxillofacial diseases*. Philadelphia, Pa: Elsevier, Inc; 2019. 544 p.
8. Nagar SR, Pandey NL, Bansal S, Desai RS. Intraoral salivary duct cyst: Report of rare entity. *Journal of oral and maxillofacial pathology: JOMFP* [Internet]. 2019;23(3):429–31.
9. Abdel-Aziz M, Khalifa B, Nassar A, Kamel A, Naguib N, El-Tahan AR. Mucocoele of the hard palate in children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2016;85:46–9.

Endereço para correspondência:

Gabriel Bassan Marinho Maciel
Rua Álvaro Hoppe, nº 60, Bairro Camobi
CEP 97105410 – Santa Maria, RS, Brasil
Telefone: 559981782880
E-mail: gabrielbmmacieli@yahoo.com.br

Recebido em: 11/06/2024. Aceito: 06/07/2024.