

Cisto do ducto naso palatino: relato de caso clínico

The nasopalatine duct cyst: report a clinical case

DOI:10.34117/bjdv8n4-562

Recebimento dos originais: 21/02/2022

Aceitação para publicação: 31/03/2022

Lívia Acioli Murta Torres

Graduanda em Odontologia

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua prefeito Abdon Arroxelas nº175, Edf. Portal do Atlântico, Ponta Verde

Maceió - AL, CEP:57035-380

E-mail: livacyoli@hotmail.com

Lara Beatriz de Moraes Santos

Graduanda em odontologia

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua paulina maria de Mendonça- 514,Jatiuca

E-mail: larabeatrizms7@gmail.com

Diogo Valdson Cruz Soares Cristino

Graduando em Odontologia

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua Jader Izidio Malta de Araújo, 100, Jatiúca

E-mail: diogovesc@hotmail.com

Simone Paula da Silva Cesar

Graduanda em odontologia

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua Tabelaão Euricles Protasio, 90, Trapiche da Barra, Maceio-AL

E-mail: Simonecesarxavier@gmail.com

Lucas Emanuel Bezerra Araújo Fernandes

Graduado em odontologia

Instituição: centro universitário CESMAC

Endereço: Condomínio Monte Belo, Quadra C lote 8, serraria. Maceió, Alagoas.

E-mail: lucaas_fernandes@hotmail.com

Carlos Sousa Mello de Almeida

Graduado em Odontologia

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua José Tenório Lins, 152, Barro Duro

E-mail: carlossmda@gmail.com

Fernanda Braga Peixoto

Mestrado profissional em Ensino na Saúde
Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua Cônego Machado n° 917 Farol CEP: 57038160 - Maceio, AL - Brasil
E-mail: Fernanda.peixoto@cesmac.edu.br

Tayguara Cerqueira Cavalcante

Mestre em Odontologia – UFPE
Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua Cônego Machado n° 917 Farol CEP: 57038160 - Maceio, AL - Brasil
E-mail: tayguarac@hotmail.com

RESUMO

Relato de caso clínico de cisto do ducto nasopalatino em paciente do sexo feminino, 42 anos, melanoderma. Ao exame clínico, a paciente não relatou nenhuma alteração sistêmica ou doença de base, como também nenhum trauma na região acometida, sendo proposta a exérese cirúrgica da lesão com curetagem, realizada em ambiente ambulatorial da Clínica Escola do CESMAC, sob anestesia local. Foi realizada inicialmente a punção aspirativa, seguida de enucleação. Após a remoção total da lesão, a peça cirúrgica foi enviada para realização de exame histopatológico, obtendo o diagnóstico de cisto do ducto nasopalatino. O diagnóstico ocorre por meio de exames de rotina por geralmente apresentar-se assintomático. Importante destacar a dificuldade de diagnóstico e a conduta terapêutica preconizada, pois a localização da lesão, baixa prevalência, e a associação com outros achados, pode levar o cirurgião-dentista ao erro inicial no diagnóstico, apenas sendo possível obter o diagnóstico final com os dados clínicos, radiológicos e histopatológicos.

Palavras-chave: cistos, cistos maxilomandibulares, cistos não odontogênicos.

ABSTRACT

Case report of a nasopalatine duct cyst in a female patient, 42 years old, melanoderma. On clinical examination, the patient reported no systemic changes or underlying disease, as well as no trauma in the affected region, and proposed surgical exeresis of the lesion with curettage, performed in the outpatient setting of the School Clinic of CESMAC, under local anesthesia. Initially, an aspiration puncture was performed, followed by enucleation. After total removal of the lesion, the surgical specimen was sent for histopathological examination, obtaining the diagnosis of nasopalatine duct cyst. The diagnosis is made through routine exams because it is usually asymptomatic. It is important to highlight the difficulty of diagnosis and the recommended therapeutic approach, because the location of the lesion, low prevalence, and the association with other findings, can lead the dental surgeon to an initial diagnostic error, and the final diagnosis can only be reached with clinical, radiological and histopathological data.

Keywords: cysts, jaw cysts, nonodontogenic cysts.

1 INTRODUÇÃO

Os cistos são cavidades patológicas revestidas por epitélio, que podem conter material líquido, semissólido ou gasoso em seu interior podem ser classificados como odontogênicos e não odontogênicos (cistos de desenvolvimento)¹. Independentemente de sua origem, os cistos se desenvolvem na região oral e maxilofacial, tendem a aumentar lentamente em provável resposta ao aumento da pressão hidrostática luminal².

Na classificação da Organização Mundial de Saúde sobre Tumores e Cistos Odontogênicos, os cistos de desenvolvimento não odontogênicos são classificados como: cisto do ducto nasopalatino, cisto nasolabial, cisto epidermoide da pele, Cisto dentífero Ceratocisto odontogênico Cisto periodontal lateral e cisto odontogênico botrioide Cisto gengival Cisto odontogênico glandular Cisto odontogênico ortoqueratinizado.

O cisto do ducto nasopalatino (CDN), também conhecido por cisto do canal incisivo, foi descrito pela primeira vez por Meyer, em 1914, como um cisto do seio paranasal³.

O CDN é o mais frequente dos cistos não odontogênicos dos maxilares, com prevalência de 1 a 11,6%. Ele pode ser encontrado em todas as idades, mas é mais comum em pacientes de 30 a 60 anos.⁴

O cisto do ducto nasopalatino caracteriza-se por apresentar uma cápsula cística de tecido conjuntivo denso revestida de epitélio com características variáveis . O revestimento epitelial pode ser constituído de epitélio pavimentoso estratificado, epitélio pseudoestratificado cilíndrico, epitélio cúbico, epitélio pavimentoso simples, e/ou epitélio cilíndrico simples. Normalmente, mais de um tipo de epitélio pode ser encontrado em um único cisto. Células caliciformes e cílios podem ser encontrados ou não, tanto no epitélio pseudoestratificado cilíndrico quanto no epitélio cilíndrico simples. A cápsula cística normalmente exhibe feixes nervosos, vasos sanguíneos, ácinos e ductos de glândulas salivares menores, e às vezes pequenas ilhas de cartilagem hialina. Infiltrado inflamatório crônico também é um achado comum. Se o cisto estiver infectado, o infiltrado geralmente será proeminente e misto⁵

¹ ALMEIDA, Oslei Paes de. Patologia oral odontologia essencial: parte básica. Porto Alegre Artes Médicas 2016 1 recurso online (Abeno). ISBN 9788536702612

² NEVILLE, Brad W. Patologia Oral&Maxilofacial. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan AS. 2004.

³ DANTAS, Renata M. X. et al, Clinical significance of the nasopalatine duct cyst. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. vol.14 no.2 Camaragibe Abr./Jun. 2014, Versão on-line.

⁴ SPERANDIO, Felipe F. Atlas de histopatologia oral básica. Rio de Janeiro Santos 2013 1 recurso online ISBN 978-85-412-0172-8

⁵ SPERANDIO, Felipe F. Atlas de histopatologia oral básica. Rio de Janeiro Santos 2013 1 recurso online ISBN 978-85-412-0172-8

No exame radiográfico, o CDN apresenta-se como uma área absolutamente radiolúcida transparente bem delimitada, a menos que esteja infectado secundariamente, e frequentemente com bordas escleróticas. Esta área se localiza próxima ou na linha média da região anterior da maxila, acima ou entre as raízes dos incisivos centrais superiores. Na maioria dos casos, a área apresenta formato ovalado ou arredondado. Alguns casos podem apresentar formato de pera invertida, em razão da resistência gerada pelas raízes dos incisivos centrais superiores, ou ainda a forma clássica de coração, que é observada quando existe a superposição da espinha nasal anterior ou projeção da imagem do septo nasal na área radiolúcida^{6 7}

O diâmetro radiográfico pode variar entre as menores que 6 mm e as grandes destrutivas com mais de 6cm. Em raras ocasiões, pode se desenvolver nos tecidos moles da papila incisiva sem qualquer envolvimento ósseo – cisto da papila incisiva. Que normalmente exibem uma coloração azulada devido ao conteúdo líquido na luz do cisto⁸.

Em uma análise de números constatou-se que em 20% dos casos há relatos de dor, drenagem e tumefação na região anterior do palato, sendo que em 70% dos pacientes identifica-se a combinação desses sintomas. Os casos sintomáticos do CDNP comumente estão associados à infecção secundária ou à pressão sobre o nervo nasopalatino⁹

A forma de tratamento desta lesão é cirúrgica, podendo ser pela técnica de marsupialização seguida de enucleação ou somente por enucleação dependendo do tamanho da lesão e das estruturas envolvidas^{10 11}

Marsupialização é indicada, antes da excisão cirúrgica completa, quando os cistos apresentarem grandes dimensões. O melhor acesso cirúrgico para a lesão é feito através

⁶ Martins MD, Russo MP, Bussadori SK, Fernandes KPS, Missawa GTM, Martins MAT. Cisto do ducto nasopalatino: relato de caso clínico e revisão da literatura. Rev Inst Ciênc Saúde. 2007; 25 (2): 193-7

⁷ ALMEIDA, Oslei Paes de. Patologia oral odontologia essencial: parte básica. Porto Alegre Artes Médicas 2016 1 recurso online (Abeno). ISBN 9788536702612

⁸ Neville, W.B., Damm, D.D., Allen, C.M., Bouquot, J.E. Patologia oral & maxilofacial, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 3ª ed, 2009

⁹ Barreto, JAA. et al. ENUCLEAÇÃO DE CISTO NASOPALATINO E APICECTOMIA: RELATO DE CASO. RvAcBO, 2020; 9(2):37-44. Disponível em : file:///C:/Users/L%C3%ADvia/Downloads/491-935-1-PB.pdf

¹⁰ Pavankumar K, Sholapurkar AA, Joshi V. Surgical management of nasopalatine duct cyst: case report. Revista Clín. Pesq. Odontol. 2010; 6(1): 81-6

¹¹ Wiesenfeld D. Cysts in the jaws. In: Scully C (Ed.). The mouth and perioral tissue. Oxford: Heinemann Medical Books; 1989.

de um retalho palatino, após incisão ao longo da margem gengival palatina dos incisivos superiores.¹²

Assim, a anamnese, a biópsia e o tratamento cirúrgico são essenciais para que os danos estéticos e estruturais consequentes do cisto do ducto nasopalatino sejam minimizados.¹³

Este trabalho tem por objetivo apresentar um relato de caso clínico de cisto do ducto nasopalatino, ressaltando seus aspectos clínicos, e discutindo a importância do diagnóstico, e sua conduta terapêutica.

2 METODOLOGIA

Partindo da permissão da paciente por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em partilhar sua imagem para o devido fim, o presente estudo trata de um relato de caso clínico de cunho analítico descritivo (pereira et.al) , realizado na clínica escola do Centro Universitário CESMAC na cidade de Maceió /Alagoas.

3 RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, melanoderma, 42 anos de idade foi encaminhada para a Clínica do Centro Universitário CESMAC, queixando-se de que “sentia dor e coceira na gengiva e que seus dentes começaram a cair” . Na história da doença atual a paciente relatou coceira na região do rebordo gengival há um ano. Inicialmente, se automedicou fazendo o uso de AINE (Ibuprofeno 600mg), ocasião na qual as dores diminuiriam.

Quando questionada sobre a história médica, a paciente relatou está sob cuidados médicos por ter depressão e ansiedade, fazendo o uso do medicamento Rivotril de manhã e a noite. A paciente ainda afirmou ser fumante há 30 anos.

Ao exame físico extrabucal, a paciente não apresentava alteração digna de nota. No exame físico intrabucal , observou-se a presença de um aumento de volume na região

¹² ALMEIDA, Oslei Paes de. Patologia oral odontologia essencial: parte básica. Porto Alegre Artes Médicas 2016 1 recurso online (Abeno). ISBN 9788536702612

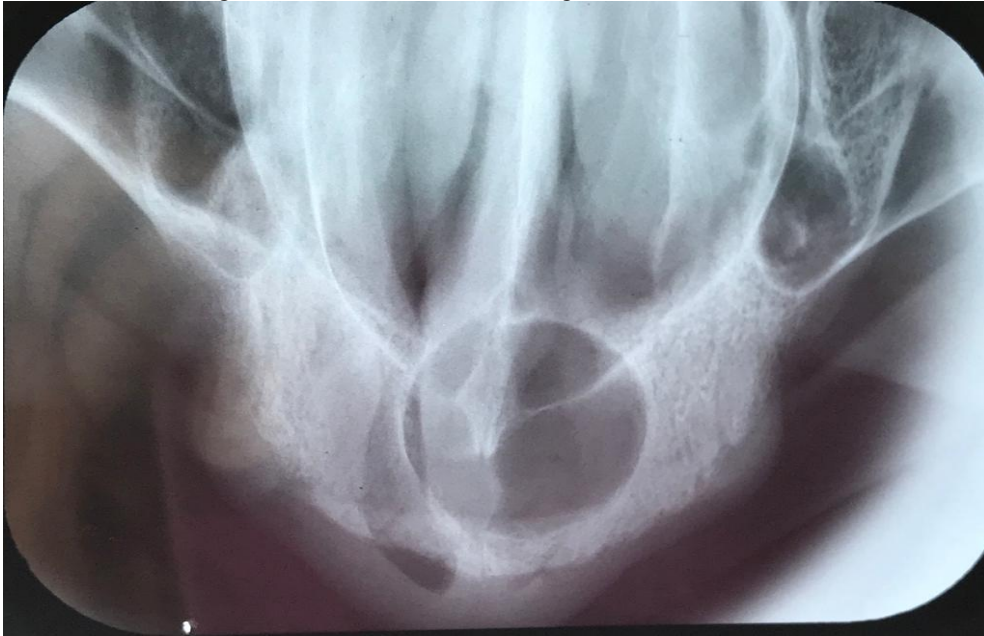
¹³ Oliveira MT, Freire DR, Bicalho AA, Santos CRR dos, Soares, JA. Cisto do ducto nasopalatino: relato de caso clínico / Nasopalatine duct cyst: clinical case report. Rev Odontol UNESP, Araraquara. 2009; 38 (6): 371-4.

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). Metodologia da pesquisa científica. Santa Maria, RS: UFSM, NTE.

de palato duro, fixo, com formato oval, limites nítidos, superfície lisa, consistência firme e coloração normocrônica.

O exame complementar solicitado foi uma radiografia oclusal, na qual foi observada a presença de área radiolúcida com aspecto circunscrito, unilocular, contorno regular localizada na região anterior de maxila. A hipótese diagnóstica ao exame radiográfico foi de Cisto Residual ou Cisto Nasopalatino.

Imagem 1: Área Radiolúcida em Região Anterior de Maxila



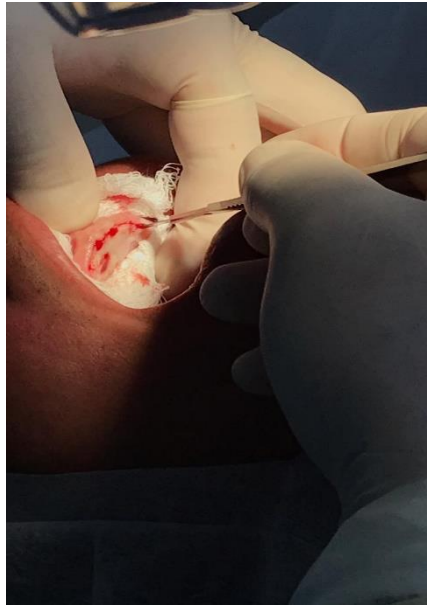
Fonte: Arquivo Pessoal

Avaliando as hipóteses diagnósticas, a localização e a extensão da lesão, optou-se por realizar biópsia excisional.

Inicialmente foi realizada anestesia local por meio de bloqueio do nervo infraorbitário bilateralmente, do nervo nasopalatino e palatino maior bilateralmente. O anestésico utilizado foi cloridrato de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (ALPHACAINE 100®, DFL, Rio de Janeiro, Brasil).

Após anestesia, realizou-se uma incisão por meio do uso de bisturi sobre o rebordo alveolar maxilar, descolamento mucoperiosteal da região palatina (**Imagem 2**).

Imagem 2- Término da incisão com bisturi.



Fonte: Arquivo Pessoal

Imagem 3- Cisto Exposto



Fonte: Arquivo Pessoal

Após a remoção da peça, irrigação com soro fisiológico, o retalho mucoperiosteal foi reposicionado e suturado com pontos contínuo simples (**Imagem 4**), utilizando fio de seda Ethicon 4.0 milímetros .

Imagem 4- Suturas em ponto contínuo simples



Fonte: Arquivo Pessoal

A peça cirúrgica foi fixada em solução de formaldeído a 10% (**Imagem 5**) e enviada ao laboratório da instituição para exame anatomopatológico e posterior análise histopatológica.

O material foi encaminhado para o laboratório de patologia bucal do centro Universitário cesmac e constava de 1 fragmento de tecido mole, medindo em conjunto 20x8x5mm, com formato e superfície irregular, consistência fibrosa, coloração acastanhadas com áreas pardacentas.

Imagem 5- Peça Cirúrgica



Fonte: Arquivo Pessoal

Os cortes histológicos corados em Hematoxilina-Eosina (HE) revelaram fragmentos de mucosa oral, com a presença de epitélio predominantemente colunar ciliado, suportado por tecido fibroso, com poucas células inflamatórias e pequena área de hemorragia. Na cápsula fibrosa também se nota a presença de feixes nervosos calibrosos confirmando a hipótese diagnóstica de Cisto do Ducto Nasopalatino.

Até o presente momento, a paciente não relatou sintomatologia dolorosa e nem recidiva do cisto. Sendo assim, considera-se que a recuperação da paciente foi satisfatória.

Imagem 6- Foto com 2 anos de pós-operatório.



3 DISCUSSÃO

Os cistos do ducto nasopalatino (CDNPs), também são conhecidos como cistos do canal incisivo. São os cistos não-odontogênicos mais comuns dos ossos gnáticos, com uma incidência variando de 32,8% a 68,8%. Contudo, sua incidência é baixa comparado a outros cistos. Foi feito um estudo em 2018 onde em 47 anos, apenas 30 lesões correspondiam ao Cisto do ducto nasopalatino.^{14 15}

¹⁴ Shear M. Cistos da região bucomaxilofacial. São Paulo: Santos; 1999

¹⁵ CANTANHEDE, ANDRÉ LUIS COSTA ET.AL. Enucleação de grande cisto do ducto nasopalatino: relato de caso. **BJSCR (ISSN online: 2317-4404)** <http://www.mastereditora.com.br/bjsc>. Vol.28,n.3,pp.37-39 (Set-Nov 2019)

Os CDNPs afetam uma ampla faixa etária; no entanto, a maioria está presente na quarta até a sexta década de vida, e a maioria dos estudos mostram uma frequência significativamente maior em homens do que em mulheres, com a proporção de 2,5: 1.¹⁶¹⁷. No presente relato de caso, a paciente é do sexo feminino e encontra-se na quarta década de vida.

O CDNP pode ocorrer em qualquer posição ao longo do ducto nasopalatino, indo da região mais anterior (associado ao canal incisivo ou próximo a ele, atrás do processo alveolar dos incisivos centrais superiores) até a porção mediana do palato duro¹⁸. Neste relato de caso o CDNP estava localizado na região anterior da maxila. São possíveis fatores etiológicos o trauma e a infecção do ducto. Embora a patogênese seja incerta, é mais provável que a lesão cística se desenvolva por degeneração espontânea de remanescentes do ducto nasopalatino¹⁹²⁰.

O diagnóstico definitivo deve basear-se em achados clínicos, radiológicos e histopatológicos. O diagnóstico de CDNP é baseado nas observações clínicas e radiográficas, devendo ser confirmado pelo exame histopatológico. Portanto, ressalta-se a importância de uma minuciosa anamnese, correto exame clínico e radiográfico para que se obtenha um correto diagnóstico e um plano de tratamento adequado ao caso²¹.

Quase 40% dos casos são totalmente assintomáticos e são encontrados apenas durante o exame clínico de rotina. Normalmente, os pacientes se queixam de um pequeno inchaço assintomático logo após a papila palatina²². A paciente relatou o edema e sensação dolorosa.

¹⁶ CANTANHEDE, ANDRÉ LUIS COSTA ET.AL. Enucleação de grande cisto do ducto nasopalatino: relato de caso. **BJSCR (ISSN online: 2317-4404)** <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>. **Vol.28,n.3,pp.37-39 (Set-Nov 2019)**

¹⁷ Gopal D, Telang A, Telang LA, Loganathan K, Reddy BT. Nasopalatine Duct Cyst Associated with a Mesiodens: Misdiagnosis or Missed Diagnosis? *J Clin Diagn Res.* 2015 May;9(5): 21-2.

¹⁸ Elliott KA, Franzese CB, Pitman KT. Diagnosis and surgical management of nasopalatine duct cysts. *Laryngoscope* 2004; 114(8):1336-40.

¹⁹ Neville BW, et al. *Patologia oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

²⁰ Swanson KS, Kaugars GE, Gunsolley JC. Nasopalatine duct cyst: an analysis of 334 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991;49:268-71

²¹ VASCONCELLOS, Stephanie Ferraz Silva. Cisto do ducto nasopalatino diagnosticado como lesão de periodontite apical: relato de caso com sua terapia corretiva, 2020.

²² Salgado H, Felino A, Mesquita P. Extensive nasopalatine cyst with nasal involvement. *Revista Portuguesa De Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial* 2014; 55:171-6. doi:10.1016/j.rpemd.2014.07.003

Radiograficamente, apresenta-se como uma lesão radiolúcida de bordas bem definidas na região de linha média do palato, com formato ovoide ou de coração^{23 24 25}. Neste relato de caso o laudo trouxe as características de imagem radiolúcida, aspecto circunscrito, contorno regular compatível com os achados da literatura.

Microscopicamente os cistos do ducto nasopalatino constituem-se de uma cavidade cística revestida por epitélio variável, incluindo os tipos pavimentoso estratificado não queratinizado (mais comum), pseudoestratificado cilíndrico ciliado, cilíndrico ou colunar simples, e cuboidal simples, frequentemente com a presença de mais de um tipo epitelial na mesma lesão²⁶

A análise microscópica do fragmento coletado foi característico de Cisto do Ducto Naso Palatino. No laudo Anátomo – patológico foi visualizado a presença de epitélio colunar ciliado, o que reforça a literatura predominante.

O tratamento de eleição para CDNP é a remoção completa através de uma abordagem sub-labial ou palatina, enucleação simples, tendo em vista que em alguns casos, o seu crescimento pode ocasionar expansão óssea, deslocamento dentário, drenagem de secreção e dor²⁷.

O tratamento de escolha é a enucleação. A excisão deve ser total para evitar a recidiva e o acompanhamento pós operatório a longo prazo é essencial. A marsupialização pode ser recomendada para um grande cisto sem arquitetura óssea, que tem o risco de desenvolver uma fístula permanente pós cirúrgica²⁸. A taxa de recidiva do CDN é baixa, 2 a 11%, e as complicações mais comuns são a parestesia da mucosa da região anterior do palato, hemorragia, infecção e desvitalização dos incisivos maxilares²⁹ No presente caso foi realizada enucleação por acesso palatino, com acompanhamento pós operatório, sem características recidivantes.

²³ Kim JH, Oka K, Jin ZW, Murakami G, Rodríguez-Vázquez JF, Ahn SW, Hwang HP. Fetal Development of the Incisive Canal, Especially of the Delayed Closure Due to the Nasopalatine Duct: A Study Using Serial Sections of Human Fetuses. *Anat Rec (Hoboken)*. 2017 Jun;300(6):1093-1103

²⁴ Neville,2004

²⁵ Almeida,2016

²⁶ Mesquita JA, et al. “Clinical, Tomographic and Histopathological Aspects of the Nasopalatine Duct Cyst.” *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, vol. 80, no. 5, 2014; 448–450

²⁷ Rodrigues.2017.

²⁸ SALGADO,2014

²⁹ Freitas ,George Borja de . SURGICAL APPROACH OF NASOPALATINE DUCT CYST: A CASE REPORT. *The Open Brazilian Dentistry Journal*. 2020; 1(1): 110-118. ISSN 2675-2557 . Disponível em :<http://dentistryjournal.unifip.edu.br/>

4 CONCLUSÃO

O Cisto nasopalatino representa um cisto não odontogênico mais frequente em cavidade oral, pode apresentar dificuldade no seu diagnóstico se avaliado apenas clinicamente, sendo necessário outros exames complementares, como: radiológicos e histopatológicos. A excisão cirúrgica, através da enucleação total da lesão, representa o tratamento de escolha.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Oslei Paes de. Patologia oral odontologia essencial: parte básica. Porto Alegre Artes Médicas 2016 1 recurso online (Abeno). ISBN 9788536702612.

BARRETO, JAA. et al. ENUCLEAÇÃO DE CISTO NASOPALATINO E APICECTOMIA: RELATO DE CASO. RvAcBO, 2020; 9(2):37-44. Disponível em : file:///C:/Users/L%C3%ADvia/Downloads/491-935-1-PB.pdf

CANTANHEDE ,ANDRÉ LUIS COSTA ET.AL. Enucleação de grande cisto do ducto nasopalatino: relato de caso. BJSCR (ISSN online: 2317-4404) <http://www.mastereditora.com.br/bjsc>. Vol.28,n.3,pp.37-39 (Set-Nov 2019)

DANTAS, Renata M. X. et al, Clinical significance of the nasopalatine duct cyst. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. vol.14 no.2 Camaragibe Abr./Jun. 2014, Versão on-line

ELLIOTT KA, Franzese CB, Pitman KT. Diagnosis and surgical management of nasopalatine duct cysts. Laryngoscope 2004; 114(8):1336-40.³⁰

FREITAS ,George Borja de . SURGICAL APPROACH OF NASOPALATINE DUCT CYST: A CASE REPORT. The Open Brazilian Dentistry Journal. 2020; 1(1): 110-118. ISSN 2675-2557 . Disponível em :<http://dentistryjournal.unifip.edu.br/>

GOPAL D, Telang A, Telang LA, Loganathan K, Reddy BT. Nasopalatine Duct Cyst Associated with a Mesiodens: Misdiagnosis or Missed Diagnosis? J Clin Diagn Res. 2015 May;9(5): 21-2

KIM JH, Oka K, Jin ZW, Murakami G, Rodríguez-Vázquez JF, Ahn SW, Hwang HP. Fetal Development of the Incisive Canal, Especially of the Delayed Closure Due to the Nasopalatine Duct: A Study Using Serial Sections of Human Fetuses. Anat Rec (Hoboken). 2017 Jun;300(6):1093-1103.

MARTINS MD, Russo MP, Bussadori SK, Fernandes KPS, Missawa GTM, Martins MAT. Cisto do ducto nasopalatino: relato de caso clínico e revisão da literatura. Rev Inst Ciênc Saúde. 2007; 25 (2): 193-7

MESQUITA JA, et al. “Clinical, Tomographic and Histopathological Aspects of the Nasopalatine Duct Cyst.” Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, vol. 80, no. 5, 2014; 448–450.

doi:10.1016/j.bjorl.2014.05.020.

NEVILLE, Brad W. Patologia Oral&Maxilofacial.Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan AS. 2004. Pag24

NEVILLE, W.B., Damm, D.D., Allen, C.M., Bouquot, J.E. Patologia oral & maxilofacial, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 3ª ed, 2009

OLIVEIRA MT, Freire DR, Bicalho AA, Santos CRR dos, Soares, JA. Cisto do ducto nasopalatino: relato de caso clínico / Nasopalatine duct cyst: clinical case report. Rev Odontol UNESP, Araraquara. 2009; 38 (6): 371-4.

PAVANKUMAR K, Sholapurkar AA, Joshi V. Surgical management of nasopalatine duct cyst: case report. Revista Clín. Pesq. Odontol. 2010; 6(1): 81-6

PEREIRA, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). Metodologia da pesquisa científica. Santa Maria, RS: UFSM, NTE.

WIESENFELD D. Cysts in the jaws. In: Scully C (Ed.). The mouth and perioral tissue. Oxford: Heinemann Medical Books; 1989.

SWANSON KS, Kaugars GE, Gunsolley JC. Nasopalatine duct cyst: an analysis of 334 cases. J Oral Maxillofac Surg. 1991;49:268-71.

SALGADO H, Felino A, Mesquita P. Extensive nasopalatine cyst with nasal involvement. Revista Portuguesa De Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial 2014; 55:171-6. doi:10.1016/j.rpemd.2014.07.003.

SPERANDIO, Felipe F. Atlas de histopatologia oral básica. Rio de Janeiro Santos 2013 1 recurso online ISBN 978-85-412-0172-8.

SHEAR M. Cistos da região bucomaxilofacial. São Paulo: Santos; 1999

VASCONCELLOS, Stephanie Ferraz Silva. Cisto do ducto nasopalatino diagnosticado como lesão de periodontite apical: relato de caso com sua terapia corretiva. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Odontologia) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências da Saúde, 2020. Disponível em : http://blogs.unigranrio.br/bibliotecavirtual/files/2021/03/Cisto-do-ducto-nasopalatino-diagnosticado-como-les%C3%A3o-de-periodontite-apical_relato-de-caso-com-sua-terapia-corretiva.pdf