

**CISTI DEL DOTTO NASO-PALATINO IN PAZIENTE PEDIATRICO –
DIAGNOSI, TRATTAMENTO E FOLLOW-UP: CASE REPORT**

De Gabriele O¹, Cosi PF¹, Montinaro F¹, Piccinonno R¹

¹ UOSD Odontoiatria e Stomatologia, Polo Ospedaliero Vito Fazzi, Lecce (LE), Italy

Introduzione La cisti del dotto naso-palatino (NPDC) rappresenta tra l'1.7% e l'11.9% di tutte le cisti del cavo orale e presentano una maggiore prevalenza tra la quarta e la sesta decade di vita e nel sesso maschile. Di seguito riportiamo un caso clinico di un paziente di 11 anni con diagnosi di NPDC.

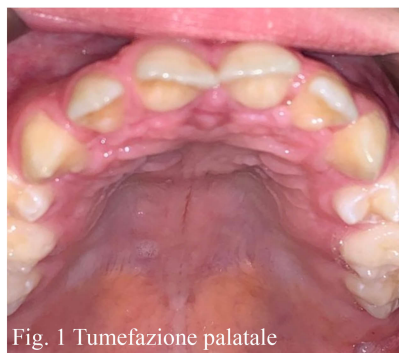


Fig. 1 Tumefazione palatale

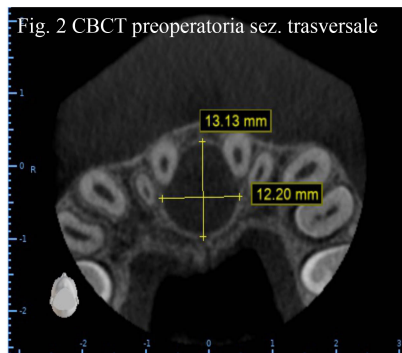


Fig. 2 CBCT preoperatoria sez. trasversale

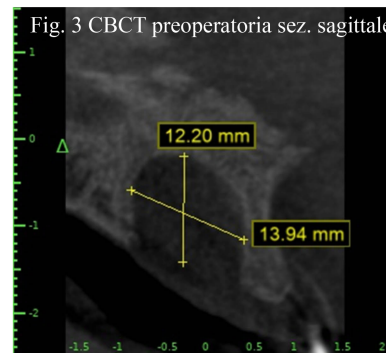


Fig. 3 CBCT preoperatoria sez. sagittale

Case report Il paziente all'esame obiettivo intra-orale presentava tumefazione duro-elastica palatale con arrossamento della papilla retroincisiva, coperto da mucosa intatta. (Fig.1) La Cone Beam Computed Tomography (CBCT) mostrava un'area di ipodensità ben delimitata, in continuità con il canale incisivo, con una dimensione di circa 12 x 13 mm. (Fig. 2 e 3) Il test di vitalità pulpare veniva realizzato sugli elementi 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 con un esito positivo sulla totalità di essi. Si stabiliva un'ipotesi diagnostica di NPDC ed il trattamento proposto era la rimozione chirurgica della lesione. Previa anestesia plessica vestibolare e palatale, si procedeva a scolpire un lembo a spessore totale senza incisioni di scarico. È stato realizzato lo scollamento della lesione dalle pareti ossee, riducendo così al minimo il rischio di recidiva, ed il curettage della cavità corrispondente. (Fig.4) Presentando la lacuna ossea tre pareti integre, sono state inserite soltanto delle spugne di fibrina per stabilizzare il coagulo, senza effettuare alcun riempimento con sostituti di osso. L'esame istopatologico confermava la diagnosi di NPDC. (Fig. 5) Il paziente è stato sottoposto a terapia antibiotica, analgesica ed antisettica con clorexidina allo 0.12%. Dopo 20 giorni dalla procedura chirurgica, il paziente presentava rigonfiamento della regione palatale di consistenza molle. Si procedeva con un'incisione, drenaggio chirurgico, applicazione di Rifocin in soluzione e collutorio a base di clorexidina al 0.12% e si prescriveva terapia antibiotica. A controllo 7 giorni dopo il paziente tornava senza segni e sintomi. Il paziente è stato in follow-up clinico e radiologico per 12 mesi, senza segni di recidiva. (Fig. 6 e 7)

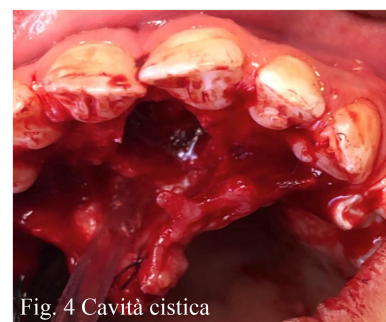


Fig. 4 Cavità cistica

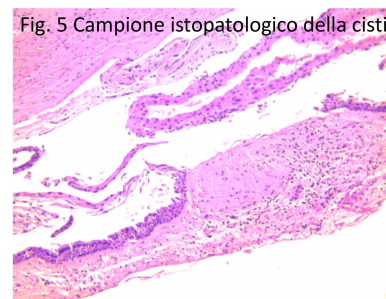


Fig. 5 Campione istopatologico della cisti

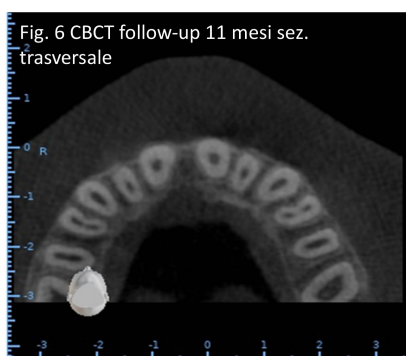


Fig. 6 CBCT follow-up 11 mesi sez. trasversale

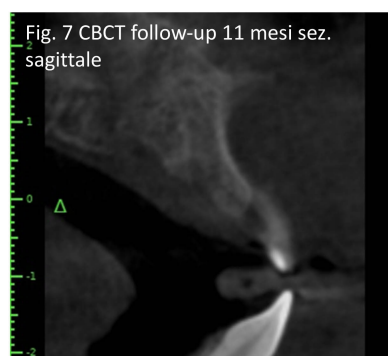


Fig. 7 CBCT follow-up 11 mesi sez. sagittale

Conclusioni In età pediatrica, come in età adulta, l'esecuzione dei test di vitalità e l'utilizzo di esami radiografici specifici (CBCT) sono fondamentali per la corretta diagnosi differenziale. Il trattamento elettivo è l'escissione chirurgica e, anche se presenta una bassa percentuale di recidiva, il follow-up post-operatorio a lungo termine è necessario per la valutazione e il trattamento di possibili complicanze.

Bibliografia

1. Rawle FP, Navraj SS. Nonodontogenic Cysts, *Dent Clin N Am* 64 (2020) 63–85
2. Scolozzi P, Martinez A, Richter M, Lombardi T. A nasopalatine duct cyst in a 7-year-old child, *Pediatr Dent*; 2008. 30(6):530-4
3. Aldelaihi TN, Khalil AA. Diagnosis and surgical management of nasopalatine duct cysts. *J Craniofac Surg*. 2012; 23: 472-4
4. Sane VD, Gadre KS, Halli R, Singh V, Doshi P, Saddiwal R, Thopte S. Role of Cone-Beam Computed Tomography in Diagnosis and Management of Nasopalatine Duct Cyst. *J Craniofac Surg*; 2014. Vol 25, N 1, Jan