

Cisto periodontal lateral – relato de caso e revisão de literatura

Lateral periodontal cyst – case report and literature review

Betine Pinto Moehlecke*
Felipe Rossi*
Ricardo Losekann Paiva**
Sabrina Pozatti Moure**
Pantelis Varvaki Rados***
Maria Cristina Munerato****

Resumo

Introdução: O cisto periodontal lateral é um tipo de cisto odontogênico, de etiologia desconhecida, cuja prevalência na população não é frequente. Essa lesão ocorre geralmente na região de pré-molares inferiores, é assintomática e, em alguns casos, ocasiona expansão da cortical óssea. Radiograficamente, apresenta radiolucidez unilocular bem definida. Objetivo e relato de caso: Este estudo tem por objetivo relatar o caso de um paciente do gênero masculino, 44 anos de idade, que procurou atendimento com queixa de aumento de volume associado a desconforto na região do segundo pré-molar inferior direito. Após criterioso processo de diagnóstico, procedeu-se à excisão cirúrgica e o exame microscópico revelou se tratar de cisto periodontal lateral, conforme a hipótese de diagnóstico clínico prévia. Considerações finais: Esse relato de caso clínico discute a importância da utilização de um protocolo de diagnóstico diferencial para estabelecer a conduta terapêutica adequada ao paciente.

Palavras-chave: Cisto periodontal. Diagnóstico. Diagnóstico diferencial.

Introdução

O cisto periodontal lateral (CPL) é um cisto odontogênico raro^{1,2}, de etiologia controversa e que representa cerca de 0.8% a 1,5% dos casos de cistos que acometem os maxilares³. É definido como um cisto odontogênico de desenvolvimento não ceratinizado e não inflamatório. Sua prevalência é maior em adultos, acometendo-os mais frequentemente na quinta e na sexta décadas de vida³⁻⁹. Alguns autores afirmam haver uma ligeira predileção pelo sexo masculino, ao passo que outros não encontraram essa relação por gênero ou etnia^{4,6,8-11}. Uma diferença estatisticamente significativa na média de idade por gênero, com uma média de 40.5 anos para as mulheres e 58.2 anos nos homens, foi observada por Carter et al.⁷ (1996), sugerindo uma contribuição do fator hormonal para a ocorrência desses cistos.

Aproximadamente 80% dos CPL são detectados na mandíbula, com um maior acometimento da região de incisivo lateral, canino e pré-molar^{2-9,11}. Também há relatos de casos de CPL na região de terceiros molares inferiores¹² e superiores⁷, e um estudo retrospectivo de 11 casos relata a prevalência nos ossos gnáticos, em uma relação de oito casos em maxila para três em mandíbula¹³.

A descoberta do CPL geralmente se dá por meio de exames radiográficos, apresentando-se como uma área radiolúcida bem circunscrita, localizada lateralmente à raiz de um dente vital, com ausência de sintomatologia dolorosa relatada na anamnese e/ou observada no exame físico intrabucal. A expansão da cortical óssea vestibular ou lingual pode

* Cirurgiões-dentistas.

** Mestres em Patologia Bucal pela UFRGS.

*** Doutor em Patologia Bucal pela USP Bauru, professor do curso de graduação e pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

**** Doutora em Estomatologia pela PUCRS, professora do curso de graduação da Faculdade de Odontologia da UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

ser clinicamente observada, apresentando-se arredondada, firme e recoberta por mucosa normal^{4,12}. Além disso, podem ser observados edema gengival assintomático, isquemia pela distensão dos tecidos e coloração azulada³⁻⁵. Em geral os cistos têm menos de 1 cm de diâmetro, podendo lesões maiores causar divergência das raízes⁹.

Este artigo apresenta um relato de caso abordando as características clínicas, radiográficas, histopatológicas do CPL, discutindo a importância do diagnóstico diferencial, o que determina a escolha pelo tratamento.

Relato de caso

Paciente do gênero masculino, branco, 44 anos, sem histórico de doenças sistêmicas e uso crônico de medicamentos, compareceu em julho de 2004 no ambulatório de Urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO-UFRGS), queixando-se de desconforto na região do segundo pré-molar inferior direito.

Ao exame clínico, constatou-se aumento de volume, circular, localizado por vestibular na região distal do dente 45 (terço médio da raiz), medindo aproximadamente 1 cm de diâmetro e recoberto por mucosa normal (Fig. 1). Os testes de sensibilidade pulpar ao frio e de digitação apical nesse dente foram positivos.



Figura 1 - Aumento de volume localizado por vestibular na região distal do dente 45 (terço médio da raiz) recoberto por mucosa normal

Os exames radiográficos de incidência periapical e panorâmica revelaram uma área radiolúcida, unilocular, bem delimitada com bordas escleróticas, de aproximadamente 0,6 cm de diâmetro, relacionada à raiz do dente 45 (Fig. 2 e 3).

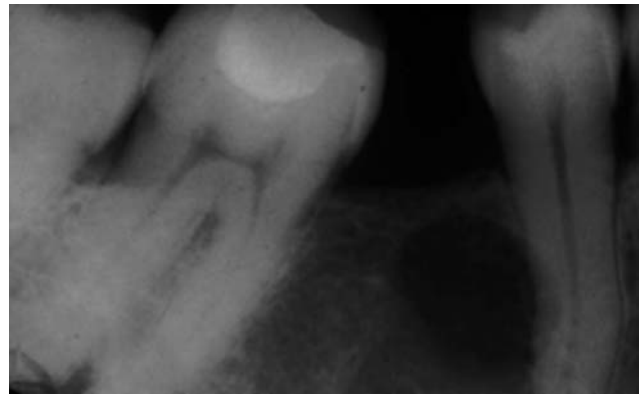


Figura 2 - Incidência periapical revelando a área radiolúcida, unilocular, bem delimitada com bordas escleróticas relacionada à raiz do dente 45

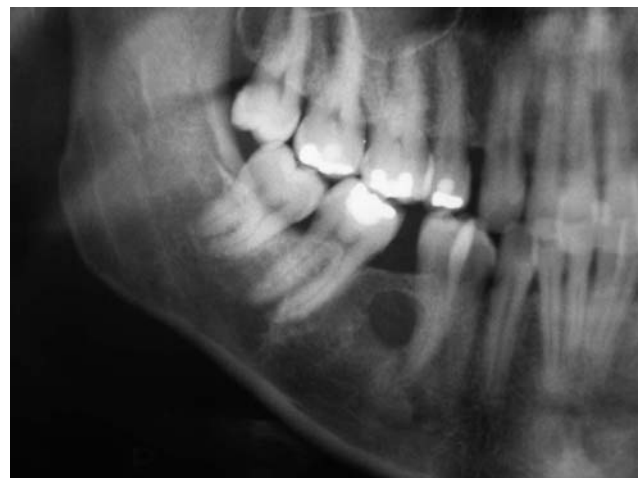


Figura 3 - Incidência panorâmica revelando a área radiolúcida e unilocular relacionada à raiz do dente 45

A punção aspirativa da lesão intraóssea resultou na obtenção de líquido citrino. A partir disso, realizou-se o procedimento cirúrgico, que consistiu de incisão de Newman com divertículo na mesial do dente 44 e descolamento mucoperiósteo, não havendo necessidade de osteotomia, pois a lesão se encontrava subperiosteia. Após a enucleação, o retalho foi reposicionado com sutura a pontos isolados. Macroscopicamente, a lesão era arredondada, de consistência fibrosa, coloração parda, medindo 0,8 cm de diâmetro.

A peça cirúrgica foi fixada em formalina neutra tamponada a 10% e, ao ser seccionada, na macroscopia observou-se uma cavidade. Em seguida, realizou-se o processamento pela técnica de hematoxilina e eosina (HE). Ao exame histopatológico, observou-se uma cavidade revestida por tecido epitelial de revestimento delgado, composto por células cuboidais, com espessamento em algumas áreas, circundado por cápsula de tecido conjuntivo fibroso. Observou-se, ainda, ruptura do epitélio de revestimento e da cápsula fibrosa (Fig. 4 e 5). Associando as características clínicas, radiográficas e histopatológicas, confirmou-se o diagnóstico de CPL.

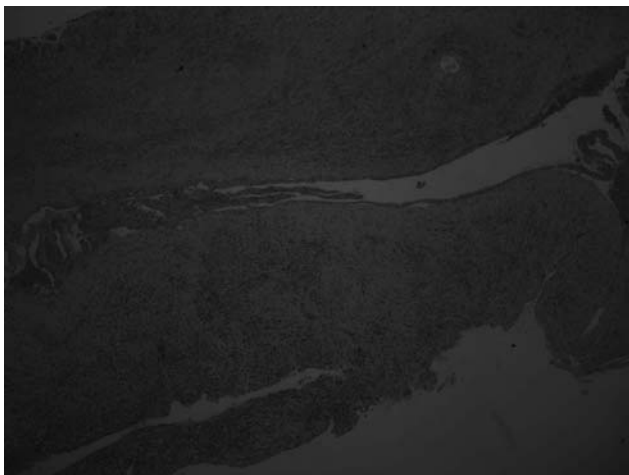


Figura 4 - Cavidade cística revestida por epitélio com espessamento em algumas áreas, circundado por cápsula fibrosa (aumento aproximado de 10x H&E)

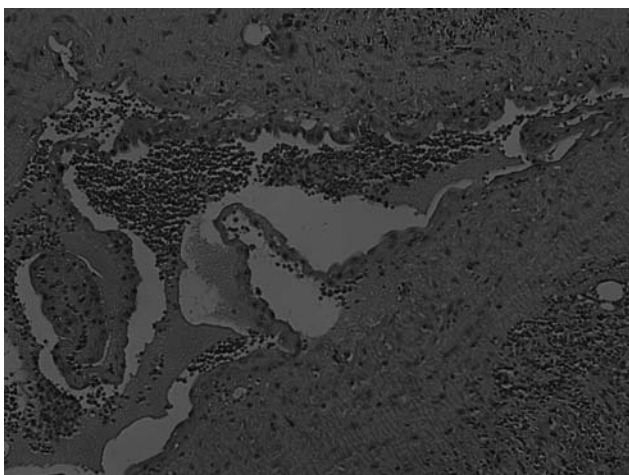


Figura 5 - Cavidade revestida por epitélio de revestimento delgado de células cuboidais com espessamento em algumas áreas. Observa-se, ainda, ruptura do epitélio da cápsula fibrosa e presença de hemorragia no interior da cavidade cística (aumento aproximado de 40x H&E)

O paciente retornou aproximadamente um ano após a cirurgia para controle. Clinicamente, não se observou aumento de volume ou relato de sintomatologia dolorosa. Houve redução da área radiolúcida (Fig. 6), observada radiograficamente. O paciente permanece em controle clínico e radiográfico periódico.

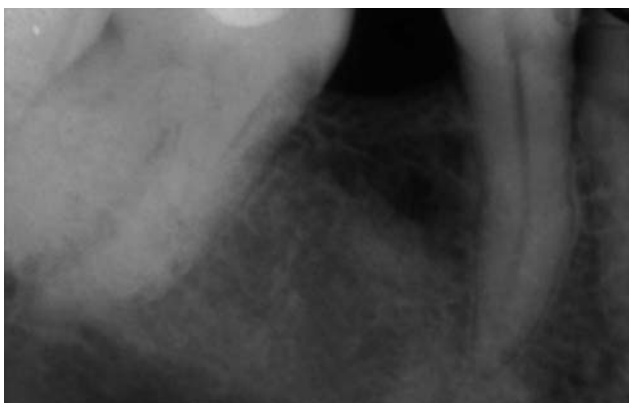


Figura 6 - Controle radiográfico de aproximadamente um ano após cirurgia. Diminuição da área radiolúcida com aspecto radiopaco no interior da área cicatricial

Discussão

O conhecimento das características clínicas e radiográficas do CPL, apesar de ser pouco prevalente¹, é importante para minimizar a possibilidade de erro no diagnóstico, o que pode resultar no tratamento inadequado dessa patologia^{4,5,7}.

Durante o processo diagnóstico, é fundamental descartar uma origem inflamatória, inerente aos cistos radiculares de origem periodontal ou endodôntica¹³. Um cisto periodontal é de origem inflamatória quando originado de um canal radicular lateral acessório infectado ou por uma infecção através do sulco gengival. Na presença de resposta negativa para o teste de sensibilidade pulpar, indicativo de necrose pulpar, faz-se o diagnóstico diferencial, tendo-se como diagnóstico final cisto radicular lateral de origem inflamatória^{5,11,14,15}.

No presente caso, o diagnóstico diferencial com lesões de origem periodontal ou endodôntica foi alcançado pela observação do protocolo para o diagnóstico preconizado na FO-UFRGS, que consiste nos seguintes passos: a) sondagem periodontal; b) teste de sensibilidade pulpar por meio do uso de gás refrigerante sob isolamento relativo dos dentes da região; c) pressão e percussão vertical e horizontal; d) digitação apical; e) radiografia periapical da região. Desse modo, o diagnóstico clínico final foi de CPL, posteriormente confirmado por meio do exame histopatológico.

O CPL é um cisto odontogênico de desenvolvimento incomum, com localização intraóssea e que em torno de 80% dos casos ocorre na região de incisivo lateral, canino e pré-molar, especialmente na mandíbula³⁻⁹. No presente caso, o paciente encontrava-se na faixa etária de maior prevalência do CPL e o motivo da procura por atendimento foi o desconforto associado ao aumento de volume em razão da expansão da cortical óssea que pode ocasionalmente ser encontrada, como descrito por alguns autores^{4,7,12}.

A imagem radiográfica observada caracterizou-se por uma área radiolúcida bem definida localizada ao longo da superfície lateral da raiz, entre a crista alveolar e o ápice radicular, não ultrapassando 1 cm de diâmetro, de forma circular, ovoide, com bordas escleróticas (Fig. 2 e 3), cujas características radiográficas são descritas na literatura³⁻⁶.

Após estabelecer o diagnóstico clínico, com base nas características clínicas e radiográficas, procedeu-se à punção aspirativa da lesão intraóssea previamente à abordagem cirúrgica da lesão. A punção aspirativa é uma manobra que auxilia no diagnóstico, uma vez que evidencia o conteúdo da lesão, que pode ser sólido ou líquido (este último pode ser constituído por sangue, pus ou líquido citrino). No presente caso, o material foi líquido citrino, o que auxiliou no direcionamento da conduta para a enucleação cirúrgica da lesão e encaminhamento do material para exame histopatológico para confirmação diagnóstica^{3,5,7,8}. No exame histopatológico, os cortes examinados mostraram tecido epitelial de revesti-

mento delgado não ceratinizado, constituído por células cuboidais, com áreas de espessamentos nodulares e circundado por uma cápsula fibrosa. Havia ruptura entre a cápsula e o epitélio de revestimento.

Assim como o observado nesse caso, Neville et al.⁹ (2004) descrevem como características microscópicas do CPL a presença de tecido epitelial de revestimento composto por uma a três camadas de células em sua espessura, que, em alguns casos, mostram espessamentos nodulares no limitante epitelial, compostos principalmente por células claras. Além disso, autores afirmam que a cápsula fibrosa dessas lesões geralmente não se encontra inflamada^{9,16}. Tais características distinguem o CPL de um cisto inflamatório em posição lateral à raiz dentária, principalmente pela estruturação do tecido epitelial, que muitas vezes é hiperplásico, e pela cápsula fibrosa usualmente inflamada.

O acompanhamento do paciente é fundamental, uma vez que tem o propósito de observar a remodelação óssea na área de enucleação do cisto ou detectar alguma evidência de recorrência^{3,6,7,12}. Nesse caso, aproximadamente um ano após o procedimento cirúrgico, pôde-se verificar a redução da área radiolúcida (Fig. 6).

O presente relato de caso clínico mostra a importância do conhecimento do cirurgião-dentista no que se refere à distinção de etiologias de um cisto em localização lateral a uma raiz dentária, devendo excluir, primeiramente, as lesões de origem inflamatória. No início do processo de diagnóstico, a diferenciação entre causa inflamatória ou de desenvolvimento – associando dados do exame físico e de exames complementares, com os imaginológicos – demonstra a relevância clínica do seguimento de um protocolo de diagnóstico diferencial. Essa etapa do processo de diagnóstico é primordial, pois reflete na escolha pela conduta terapêutica adequada, elevando as chances de sucesso no tratamento. Ressalta-se ainda a importância de um controle periódico para avaliação desses casos em longo prazo.

Abstract

The lateral periodontal cyst is a rare type of odontogenic cyst of unknown etiology. It usually occurs in the premolars, it is generally asymptomatic and in some cases leads to expansion of cortical bone. When seen in the radiographic appearance, has well-defined unilocular radiolucency. Aim: This study aims to report the case of a 44 years old male who came to us complaining of swelling associated with discomfort in the second inferior right premolar. After a thorough diagnostic evaluation, surgical excision was performed and microscopic examination proved to be a lateral periodontal cyst, as previously hypothesized after clinical examination. This case report also discusses the importance of following an appropriate protocol to establish differential diagnosis and accordingly treatment.

Key words: Periodontal cyst. Diagnosis. Differential diagnosis.

Referências

1. Hethcox JM, Mackey SA, Fowler CB, Kirkpatrick TC, Deas DE. Case report: diagnosis and treatment of a botryoid odontogenic cyst found in the maxillary anterior region. *J Endod* 2010; 36(4):751-4.
2. Nart J, Gagari E, Kahn MA, Griffin TJ. Use of guided tissue regeneration in the treatment of a lateral periodontal cyst with a 7-month reentry. *J Periodontol* 2007; 78(7):1360-4.
3. Altini M, Shear M. The lateral periodontal cyst: An update. *J Oral Pathol Med* 1992; 21(6):245-50.
4. Cohen DA, Neville BW, Damm DD, White DK. The lateral periodontal cyst. A report of a 37 cases. *J Periodontol* 1984; 55(4):230-4.
5. Angelopoulos E, Angelopoulos AP. Lateral periodontal cyst. Review of literature and report of a case. *J Periodontol* 1990; 61(2):126-31.
6. Rasmusson LG, Magnusson BC, Borrmann H. The lateral periodontal cyst. A histopathological and radiographic study of 32 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1991; 29(1):54-7.
7. Carter LC, Carney YL, Perez-Pudlewski D. Lateral periodontal cyst. Multifactorial analysis of a previously unreported series. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996; 81(2):210-6.
8. Tosoni GM, Damante JH, Fleury RN, Camarini ET. Cisto periodontal lateral: Revisão da literatura recente e Relato de um caso clínico. *Rev Gaúcha Odontol* 1999; 47(4):212-3.
9. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e maxilofacial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.565-585.
10. Wysocki GP, Brannon RB, Gardner DG, Saap P. Histogenesis of the lateral periodontal cyst and the gingival cyst of the adult. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980; 50(1):327-34.
11. Kerezoudis NP, Donta-Bakoyianni C, Siskos G. The lateral periodontal cyst: aetiology, clinical significance and diagnosis. *Endod Dent Traumatol* 2000; 16(1):144-50.
12. Lim AA, Peck RH. Bilateral mandibular cyst: lateral radicular cyst, paradental cyst, or mandibular infected buccal cyst? Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60(7):825-7.
13. Ortega A, Fariña V, Gallardo A, Espinoza I, Acosta S. Non-endodontic periapical lesions: a retrospective study in Chile. *Int Endod J* 2007; 40(5):386-90.
14. Senande MFF, Figueiredo R, Aytés LB, Escoda CG. Lateral periodontal cysts: A retrospective study of 11 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008; 13(5):313-7.
15. Mendes RA, Van der Waal I. An unusual clinicoradiographic presentation of a lateral periodontal cyst – report two cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006; 11(2):E185-7.
16. Farina VH, Brandao AA, Almeida JD, Cabral LA. Clinical and histologic features of botryoid odontogenic cyst: a case report. *J Med Case Reports* 2010; 4(1):260-71.

Endereço para correspondência

Maria Cristina Munerato
Rua Ramiro Barcelos, 2492
90035-003 Porto Alegre - RS
Fones: (51) 3308 5005; (51) 3359 8248
E-mail: mcmunerato@gmail.com

Recebido: 16.04.2010 Aceito: 09.09.2011