

Cisto periodontal lateral: relato de caso e revisão da literatura

Lateral periodontal cyst: case report and literature review

Isabeli Lao Soller¹, José Gustavo Rodrigues¹, Halbert Villalba², Juliana Bellini Pereira da Silva³, Ricardo Salgado de Souza⁴

¹Curso de Odontologia da Universidade Paulista (UNIP), Campus Sorocaba, Sorocaba – SP, Brasil; ²Disciplina de Patologia do curso de Odontologia da Universidade Paulista (UNIP), São Paulo – SP, Brasil; ³Disciplina de Estomatologia da Universidade Paulista (UNIP), Campinas – SP, Brasil; ⁴Disciplina de Estomatologia da Universidade Paulista (UNIP), Campinas – SP, Brasil.

Resumo

Descrever um caso clínico raro de cisto periodontal lateral demonstrando suas principais características clínicas, de imagem e modalidade de tratamento. Uma paciente, do gênero feminino, de 41 anos compareceu a clínica de Odontologia Interdisciplinar da UNIP Sorocaba (Sorocaba – São Paulo), encaminhada para avaliação de lesão cística, baseado em um achado tomográfico para a realização de um implante dentário. Diante das imagens tomográficas e do exame clínico foi realizada a hipótese diagnóstica de cisto periodontal, ocasionando enucleação cirúrgica e acompanhamento semestral como preservação.

Descritores: Cistos; Cistos odontogênicos; Cisto periodontal; Cirurgia bucal; Cisto periodontal e lateral; Cisto radicular

Abstract

To describe of a rare case of lateral periodontal cyst demonstrating its main clinical, imaging characteristics, and treatment modality. A 41-year-old female patient presented to the Interdisciplinary Dentistry Clinic at UNIP Sorocaba (Sorocaba – São Paulo), referred for evaluation of a cystic lesion based on a tomographic finding for dental implant placement. Following the tomographic images and clinical examination, the diagnostic hypothesis of a periodontal cyst was established, leading to surgical enucleation and semi-annual follow-up as part of the preservation process.

Descriptors: Cyst; Odontogenic; Periodontal; Lateral Odontogenic cyst; Periodontal cyst; Oral surgery; Lateral periodontal cyst; Radicular cyst

Introdução

Anteriormente, o termo Cisto Periodontal Lateral (CPL) era empregado para caracterizar cistos que surgiam e se desenvolviam lateralmente a superfície radicular dos dentes, em que este achado radiográfico poderia ser identificado em outros como o queratocisto e o cisto radicular lateral, no entanto o CPL dispõe de certos aspectos microscópicos e clínicos específicos, em que, devido a isso a utilização do termo levou a conflitos, visto que, abrangia qualquer cisto que estivesse posicionado na parte lateral da raiz, tanto ele fosse de origem inflamatória, como um cisto radicular lateral, cisto colateral inflamatório, cisto paradental; e também mesmo que fosse um cisto de desenvolvimento, como um cisto gengival do adulto, cistos odontogênicos ou queratocistos.^{1,14,15}

Em 2017 a OMS classifica o cisto periodontal lateral (CPL) como um cisto odontogênico de desenvolvimento uma nova entidade patológica, baseadas nas suas características clínicas, radiográficas e histopatológicas.^{2,3} O CPL é encontrado em pessoas com idade referente a 5 e a 7 décadas de vida.^{2,5,7}

Este tipo de cisto, como o próprio nome diz está localizado preferencialmente entre raízes dos dentes caninos e pré-molares inferiores com vitalidade pulpar, podendo ser encontrado em outras áreas, como na região anterior da maxila.^{2-5,9,11,15} Seu crescimento é lento e assintomático, o que na maioria das vezes o diagnóstico é baseado em um achado radiográfico.^{2,5,7,8} Por conseguinte, a maneira de identificá-lo é através

do aspecto é de uma imagem radiolúcida circunscrita, podendo ser redonda ou oval, com uma margem esclerótica de pequeno diâmetro.

Histologicamente, o CPL é caracterizado por um epitélio fino e não queratinizado composto por uma a cinco camadas de células na forma escamosa ou cuboidal^{3,5}; sendo observado certos espaçamentos focais revestidos por células claras ricas em glicogênio.^{4,5,9,14}

O tratamento ideal consiste em uma enucleação cirúrgica cuidadosa sem danificar a raiz adjacente o que diminui a chance de recidiva da lesão.¹⁵

Relato de caso clínico

Paciente ESU, 41 anos, leucoderma, gênero feminino, foi encaminhada a Disciplina de Odontodiagnóstico, UNIP – Sorocaba pois o seu dentista detectou uma imagem hipodensa, unilocular localizada na porção lingual entre os dentes 45 e 46, na tomografia computadorizada solicitada para avaliação de implante dentário (Figs. 1-4).

Na anamnese a paciente apresentava-se em bom estado de saúde geral, sem sinais e sintomas da referida lesão.

Ao exame físico intraoral a paciente apresentava discreto abaulamento na cortical lingual entre os dentes 45 e 46, recoberta de mucosa íntegra e sem sinais flogísticos, realizado teste de vitalidade pulpar com teste térmico frio positivo.

A hipótese de diagnóstico foi de cisto periodontal lateral x cisto ósseo traumático. A paciente foi submetida

a intervenção cirúrgica sendo constatada lesão de origem cística, desta maneira optando pela enucleação e sendo encaminhada para exame anatomopatológico (Fig. 5).

Na avaliação histopatológica observou-se presença de material de tecido conjuntivo fibroso, associado a ilhas

de tecidos epiteliais com áreas proliferativas compatíveis com restos epiteliais de Serres. O diagnóstico final foi compatível com cisto periodontal lateral (Fig. 6).

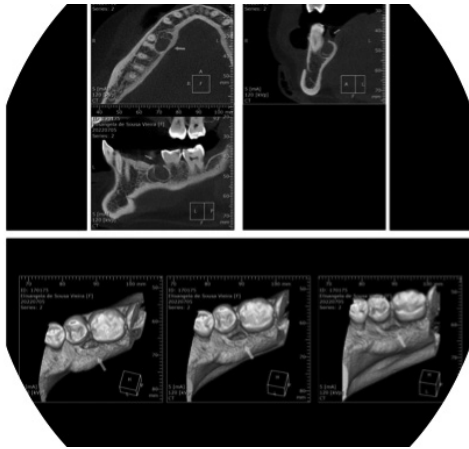


Figura 1. Corte tomográfico e reconstrução tridimensional parcial da lesão unilocular por lingual do 45 e 46.

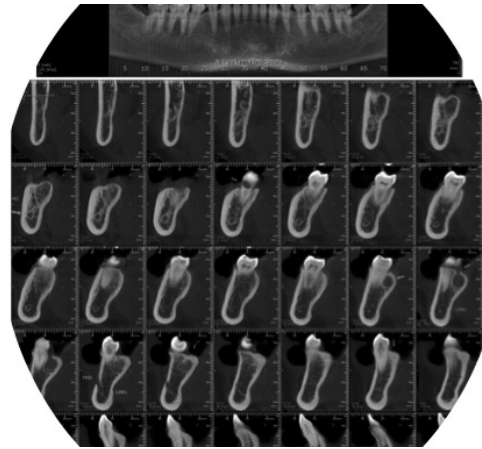


Figura 2. Corte coronal tomográfico elucidando posição da lesão no sentido ântero-posterior.

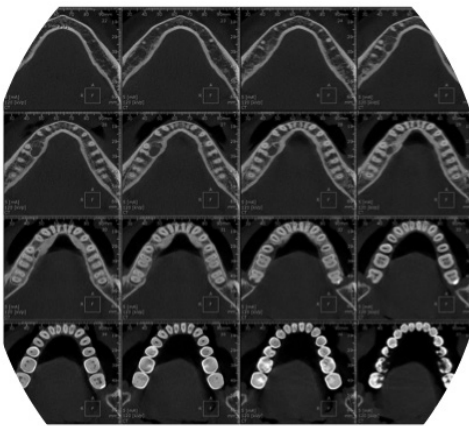


Figura 3. Corte tomográfico expondo a posição da lesão no sentido axial.

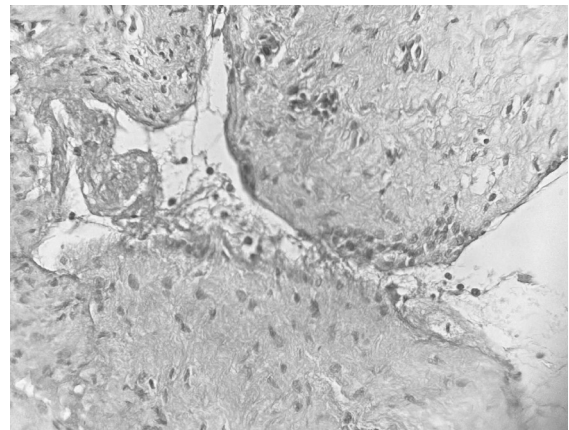


Figura 4. Reconstrução tridimensional mandibular em sua totalidade.

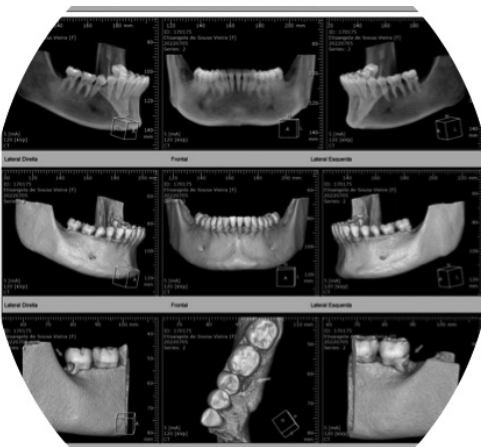


Figura 5. Região após enucleação cirúrgica realizada.



Figura 6. Observa-se cavidade patológica revestida por epitélio delgado, com presença de células alongadas e achatadas, com pequena área formando camadas de células não queratinizadas, sendo revestido por cápsula de tecido conjuntivo fibroso.

Discussão

Em sua história os primeiros casos a serem descritos sobre o cisto periodontal lateral foram em um total de 5 em 1958 por Standish e Shafer ocorridos precisamente na mandíbula, porém encontramos relatos na literatura onde houve casos de CPL em região de maxila, na região de canino e pré-molar.^{2,17} Em parte o cisto periodontal lateral é uma apresentação incomum de cisto odontogênico de desenvolvimento, estando relacionado a dentes vitais, exceto que seja secundariamente infectado.^{4,5} Outrossim ele possui uma baixa manifestação na mandíbula com um valor inferior a 1%⁸, mas outros autores evidenciam que essa variação pode ser de 0,7 a 1%.^{6,14-16}

Ainda sobre o mesmo, a sua prevalência é evidenciada a partir da 5 a 7 décadas de vida ^{2,5,6,7,15}, outros relatam sobre a faixa etária de 40 anos a 50 anos, e que não tem predileção por gênero^{2,5,8}, e, por fim, existe uma estatística que mostra que em mulheres sua incidência acontece entre uma média de 40.5 anos de idade e que em homens aproximadamente 58.2 anos.^{12,17}

Em relação ao gênero, encontramos artigos que descrevem a predileção pelo masculino^{6,9}, entretanto outros relatos de casos, a manifestação ocorre no gênero feminino.³ Outras manifestações clínicas como a sintomatologia dolorosa e crescimento rápido não são reportados na literatura, o que revela uma lesão assintomática. Desta forma a maneira de identificá-lo para um diagnóstico eficiente é através de exames imagem e o exame histopatológico, uma vez que sintomas não são apontados.

No relato de caso apresentado no que se diferencia da literatura é quanto ao gênero e a idade do paciente, uma vez que é do gênero feminino com 41 anos, indo ao contrário dos dados obtidos através da revisão da literatura que são entre a quinta e sétima décadas de vida.

O Cisto Periodontal Lateral é uma lesão, na qual não possui uma etiologia esclarecida^{4,11,13}, posto que, existem 3 suposições de etiopatogenia, as quais foram apresentadas por alguns autores, sendo elas a sobre restos da lâmina dentária, que são chamados de restos epiteliais de serres^{1,2,7,10}, o epitélio de esmalte reduzido^{1,2,5,8}, e restos celulares epiteliais de Malassez. Altini M e Shear M¹⁸, reforçam que sua origem é partir do epitélio reduzido do órgão do esmalte, justamente pela sua semelhança e não ser queratinizado. Já Cohen D A *et al.*¹⁹, afirmam que as células claras que possuem glicogênio são encontradas no cisto e nos restos da lâmina dentária, o que esclarece a suposição dos autores sobre a origem a partir da lâmina dentária. A terceira hipótese seria a restos celulares epiteliais de Malassez, visto que eles são encontrados nas superfícies das raízes dos dentes.²

No presente relato de caso, foi observado a presença de tecido conjuntivo fibroso associado a ilhas de tecidos epiteliais com áreas proliferativas compatíveis

com restos epiteliais de serres, o que comprova a origem a partir da lâmina dentária.

Quanto a sua localização, este cisto fica posicionado lateralmente à raiz de um dente vital^{4,11}, em que, esse apresenta predominantemente entre os caninos e pré-molares mandibulares, mas pode ser encontrado em outras áreas, como na região anterior da maxila,^{4,9,11} e na região de terceiros molares superiores e inferiores.^{3,4,12}

No caso relatado sua localização foi entre os dentes 45 e 46, concordando com a literatura na maior prevalência dos casos.

O cisto odontogênico botrioide (COB) foi descrito por alguns autores como sendo uma variação do CPL, essa variante foi relatada pela primeira vez na literatura em 1973.^{4,16} A sua imagem radiográfica se mostra como uma radiolucência multilocular. Além disso, ele pode ser mais recorrente após realizado o tratamento em comparação com o CPL, onde o autor relata essa recorrência entre 15% a 33%^{2,4,6}, e tem seu surgimento através da lâmina dentária.¹ Encontramos na literatura que o COB possui um desenvolvimento a partir do revestimento cístico de um CPL pré-existente e se apresenta com expansão intraóssea agressiva.² Sua microscopia é semelhante a um cacho de uva⁵, e se distingue do CPL devido as múltiplas cavidades patológicas⁶. Em alguns casos o COB pode ser sintomático, causando inchaço e dor⁴.

Frequentemente, o CPL pode ser confundido por outros cistos pela sua semelhança tanto pela localização², quanto pela histologia¹, ou também ser confundido por cistos de origem inflamatória⁵, sendo eles: o cisto gengival do adulto^{2,8}, que manifesta uma grande similaridade, principalmente histológica¹, no qual a única coisa que o distingue do CPL é por estar localizado fora do processo alveolar e o CPL está dentro do processo alveolar, ou seja, intraósseo.⁸ Outras lesões que podem apresentar características similares ao CPL, são: queratocisto odontogênico^{1,3,6,7}, ou um cisto radicular localizado mais lateralmente^{2,6,7}, cistos odontogênicos glandulares, lesões de origem endodôntica e periodontal², e tumor odontogênico escamoso.¹⁰

A radiografia do CPL apresenta uma imagem radiolúcida^{4,9,12,16}, podem ter a forma redonda ou ovalada e bem delimitada e também pode ser conhecido pela expressão gota de lágrima¹, com a manifestação de uma margem esclerótica^{2,5,8}, podendo apresentar diâmetro menor do que 1cm.^{2,5,12,16}

O cisto periodontal lateral, possui histologicamente um epitélio fino e não queratinizado^{2-6,9}, no qual, com base em certos autores é evidenciado que ele é composto por uma a cinco camadas de espessura^{3,5}, contudo, outros artigos relatam diferentes números de camada, como: de 3 a 8 camadas⁹ e de 1 a 3 camadas¹², apresentando forma escamosa ou cuboidal, sendo revestido por células claras com certos espessamentos focais, no qual nessas células possuem glicogênio.^{4,5,9}

Vale salientar que para um diagnóstico eficaz, mesmo que sejam utilizados exames de imagem para identificar o cisto 5, tendo em vista que se trata principalmente de uma descoberta radiográfica acidental que leva a um suposto diagnóstico deste cisto⁹, devendo ser acompanhado de um exame histopatológico para estabelecer um diagnóstico definitivo do caso^{2,4,11}, além de testes de vitalidade pulpar para a eliminação de um cisto inflamatório.¹

A literatura reporta que o tratamento ideal para esta patologia é a enucleação cirúrgica^{2,6,9,14}, sem lesionar os dentes adjacentes^{5,6}. Alguns artigos reportam outros métodos que foram utilizados, como a punção aspirativa da lesão intraóssea com a finalidade de avaliar o conteúdo da lesão¹², e outros estudos apontam a regeneração óssea guiada da cavidade cística para auxiliar o reparo ósseo.⁹⁻¹⁰ O tratamento proposto para o caso relatado foi a enucleação do cisto de acordo com a literatura orienta.

Conclusão

O cisto periodontal lateral é uma entidade rara que pode ser apresentar diagnóstico diferencial com outras entidades como cistos de origem inflamatória ou de desenvolvimento. Para o diagnóstico deste cisto há a necessidade da realização de exames complementares de imagem e o quadro histopatológico ser compatível com este cisto com a presença de restos epiteliais de serres e presença de células claras. Com o índice de recidiva muito baixo a enucleação é o tratamento mais indicado.

Referências

1. Martins MEMN, Barros NF, Oliveira TF, Castanõn MCMN, Vilella EM, Chaves MGAM. Cisto periodontal lateral: relato de caso clínico. *Odonto* (São Bernardo do Campo). 2008;16(32): 116-123.
2. Ramesh R, Sadasivan A. Lateral Periodontal Cyst – A diagnostic dilemma: Report of a rare case with CBCT and histological findings. *Int J Surg Case Rep*. 2020;75:454-7.
3. Uppada UK, Gufran K, Dayalan N, Salim S. Concurrent occurrence of odontogenic keratocyst and lateral periodontal cyst in the mandible. *Ann Maxillofac Surg*. 2020;1;10(1):243–5.
4. Buchholzer S, Bornert F, Donna DD, Lombardi T. Atypical presentation of lateral periodontal cyst associated with impacted teeth: two case reports. *BMC Oral Health* 2021; 21 (178): 1-7. doi: 10.1186/s12903-021-01539-7.
5. Carvalho LFCS, Lima CF, Almeida JD, Cabral LAG, Brandão AAH. Lateral Periodontal Cyst: a Case Report and Literature Review. *J Oral Maxillofac Res* 2010; 1(4): e5. doi: 10.5037/jomr.2010.1405.
6. Maciel Santos MES, Pereira VF, Palmeira PTSS, Soares DM, Faria DLB, Silva UH. Lateral periodontal cyst with extremely rare clinical-radiographic presentation. *Rev Odonto Ciênc*. 2011; 26 (2): doi: 10.1590/s1980-65232011000200015.
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 4ª ed. São Paulo: DTPPhoenix Editorial; 2016.
8. Reinhard FE, Scheuer HA, Zustin J. Lateral periodontal cyst. *In Vivo* 2014; 28: 595-8.
9. Wang LL, Olmo H. Odontogenic cysts. 2022 Sep. 26. In: Stat Pearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Jan PMID: 34662043.
10. Consolaro A, Trevizan M. Cisto periodontal lateral não requer tratamento endodôntico, apenas cirúrgico. *Dent Press Endod* 2017; 7(2): 9-14.
11. Santos NG, Conforte JJ. Tratamento de cisto periodontal: Relato de caso. *Rev Ibero- Am Human, Ciênc Educ*. 2022;8(3): 1955-70.
12. Moehlecke BP, Rossi F, Paiva RL, Moure SP, Rados PV, Munerato MC. Cisto periodontal lateral – relato de caso e revisão de literatura. *RFO UPF Passo Fundo* 2011; 16(1): 81-84.
13. Tavares GR, Lima JMC, Tavares SSS, Dias Ribeiro E, Figueiredo CRLV, Aragão MS. Lateral periodontal cyst: case report. *Rev. Odontol Univ. Cid. São Paulo*. 2010; 22(3): 263-8.
14. Carvalho LFCS, Lima CF, Cabral LAG, Brandão AAH, Almeida JD. Lateral periodontal cyst: a case report and literature review. *J Oral Maxillofac Res*. 2010.1405.eCollection 2011.
15. Ferraz FP, Reis CLA, Monteiro GWA, Aguiar JS, Batista NTS, Costa TL. Abordagem cirúrgica de Cisto Periodontal Lateral: relato de caso. *Braz J Health Rev*. 2023; 6(6): 27243-51.
16. Chehal HK, Upadhyaya JD, Bhattacharyya I, Islam MN. Cisto periodontal lateral pigmentado: relato de caso e revisão de cistos odontogênicos pigmentados. *J Oral and Maxillofac Pathol* 2020.
17. Karveleas I, Kalogirou EM, Tosios KI, Nikitakis NG. Ocorrência síncrona de dois cistos periodontais laterais no mesmo paciente. Relato de um caso raro e revisão da literatura. *Journal section: J Clin Exp Dent*. 2020;12(4):e418-e23. doi: 10.4317/jced.56802.
18. ALTINI, M.; SHEAR, M. The lateral periodontal cyst: an update. *J Oral Pathol Med, [S.l.]*, 1992; 21(6): 245–50.
19. Cohen DA, Neville BW, Damm DD, White DK. Cisto periodontal lateral. Relato de 37 casos. *J Periodontol*. 1984; 55 (4), 230–4. doi: 10.1902/jop.1984.55.4.230.

Endereço para correspondência:

Ricardo Salgado de Souza
Rua Nanuque, 413 – ap. 22A – Vila Leopoldina
São Paulo – SP, CEP 053002-031
Brasil

E-mail: ricardo.salgado.souza@gmail.com

Recebido em 28 de abril de 2024
Aceito em 12 de maio de 2024