

Cisto Periodontal Lateral e Cisto Odontogênico Botrióide

The Lateral Periodontal Cyst and Botryoid Odontogenic Cyst

Luciana Paula Giacomet Pezzi*
Eduardo Costa Studart-Soares**
Manoel Sant'Ana Filho***

RESUMO

As lesões císticas dos maxilares têm sido largamente estudadas e discutidas desde o início do seu reconhecimento. Apesar de muitas já estarem bem definidas, algumas delas continuam gerando opiniões divergentes, como o cisto periodontal lateral (CPL) e o cisto odontogênico botrióide (COB). O objetivo deste artigo é relatar dois casos com características não usuais, sendo um de cisto periodontal lateral e o outro de cisto odontogênico botrióide, fazendo considerações quanto aos seus aspectos clínicos, radiográficos e histológicos.

Palavras-Chaves: Cisto periodontal lateral; cisto odontogênico botrióide; cistos odontogênicos.

UNITERMOS

Cisto Lateral Perdontal, Cisto Odontogênico Bodrióide, Cistos Odontogênicos.

INTRODUÇÃO

A patogênese do cisto periodontal lateral (CPL) gerou confusão no passado. Pensava-se que era derivado do epitélio reduzido do órgão do esmalte (1) ou dos restos epiteliais de Malassez no ligamento periodontal (8,13). Observações histológicas, todavia, têm pugna contra estes conceitos, sugerindo que a origem está relacionada com a proliferação de remanescentes epiteliais da lâmina dentária (5,18,19,22).

O cisto periodontal lateral é um cisto odontogênico de desenvolvimento, que ocorre na região periodontal lateral de um dente vital erupcionado (2,3,19,22). Esta lesão acomete adultos entre a quinta e sétima décadas de vida e não mostra predileção por nenhum dos gêneros (1,6,17). A maioria destes cistos ocorre na região de caninos e pré-molares inferiores (1,2,4,5,6,7,8,12,13,15,17,18,19,20,22). Devido ao fato da dor ou qualquer outro sintoma clínico ter sido raramente reportado, os cistos periodontais laterais são principalmente descobertos durante um exame radiográfico de rotina (1,2,7,13,15,17,19,20). Ocasionalmente, os CPLs podem ser clinicamente observados se expandirem a tábua óssea vestibular ou lingual. Nestes casos, uma expansão arredondada, firme, recoberta por mucosa usualmente normal está presente (6). CARTER, CARNEY e PEREZ-PUDLEWSKI (1996) estudando 25 casos de CPLs, observaram que, apesar da maioria deles apresentarem-se da forma anteriormente descrita, o CPL pode se

manifestar por dor e causar perfuração cortical, além de produzir expansões radiolúcidas.

O exame radiográfico típico é o de uma radiolucidez solitária, bem definida, ao longo da superfície lateral da raiz, entre a crista alveolar e o ápice radicular, não ultrapassando 1cm de diâmetro. Lesões com manifestações clínicas, por serem superficiais, são detectáveis com menos de 1mm envolvendo a superfície lateral do dente. São geralmente de forma circular, ovóide ou em gota, com bordo esclerótico (2,6,7,15,17,18,19,20). Em alguns casos, o quadro radiográfico não delinea com exatidão a topografia da lesão, pois os cistos podem estender-se interproximalmente e envolver a tábua alveolar vestibular ou lingual (15).

O quadro histológico do cisto periodontal lateral demonstra uma cavidade cística, suportada por tecido conjuntivo fibroso e revestida por um epitélio não ceratinizado fino (2,6,8,13,18,19,20). Este epitélio freqüentemente apresenta espessamentos focais (placas), que podem estar entremeados com células claras, ricas em glicogênio (2,6,13).

O CPL é mais freqüentemente unicístico, porém uma forma policística, denominada de cisto odontogênico botrióide, tem sido descrita (9,10,11,13,14,16,17,18,19,21). O termo cisto odontogênico botrióide foi usado inicialmente por WEATHERS e WALDRON em 1973 para descrever uma lesão cística multilocular, cujo aspecto macroscópico assemelhava-se a um cacho de uvas (10,13). Uma possível explicação para a multilocularidade é que diversos

agrupamentos de remanescentes de lâmina dentária sofreriam degeneração cística e fusão subsequente (18). Este cisto é revestido pelo mesmo epitélio fino com espessamentos focais que caracterizam a forma unicística (13,17). Além disso, o exame microscópico revela uma lesão cística multilocular, com diversos septos finos de tecido conjuntivo fibroso atravessando os espaços císticos (21).

O tratamento para ambas manifestações é a enucleação, sendo que para a forma unicística há com pouca ou nenhuma tendência para recidiva (6,18,19), enquanto que a forma botrióide há maior possibilidade de recidiva (10,14,16).

Relato do Caso 1

A paciente MV, feminino, branca, 34 anos, foi encaminhada ao ambulatório do mestrado em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da PUCRS, com lesão radiolúcida entre as raízes do canino e primeiro pré-molar superior esquerdo, durante exame radiográfico de rotina. A anamnese e o exame extra-bucal não mostraram alteração contributórias ao diagnóstico. O exame intra-bucal mostrou área avermelhada na mucosa de revestimento alveolar, acima da papila interdentária. A palpação revelou depressão da região com destruição da cortical vestibular e integridade da palatina. O teste térmico detectou vitalidade em todos os dentes da região. O exame radiográfico revelou área radiolúcida arredondada, com cerca de 8mm de diâmetro e

* Cirurgião-Dentista

** Professor Assistente de Diagnóstico Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Ceará; Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial; Doutor em Estomatologia Clínica pela PUCRS.

***Professor Adjunto de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da UFRGS e PUCRS; Doutor em Estomatologia Clínica.

ausência de bordos escleróticos (fig.1). Após avaliação clínica e radiográfica, foram requisitados exames hematológicos pré-operatórios, que revelaram-se dentro dos padrões de normalidade. O transoperatório mostrou lesão encapsulada bem delimitada em uma cavidade óssea, cujos bordos formavam ângulo agudo com a tábua cortical. O material removido foi encaminhado à Disciplina de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da PUCRS, onde se observou lesão cística envolta por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso, revestida por epitélio pavimentoso estratificado não ceratinizado, com poucas camadas celulares (fig.2). A associação dos achados clínicos, radiográficos e histopatológicos concluiu o diagnóstico de cisto odontogênico lateral.

Relato do Caso 2

O paciente F.F., masculino, branco, 15 anos, procurou o ambulatório do mestrado de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, com queixa de aumento de volume no fundo de sulco vestibular, região de pré-molares inferiores esquerdo com 6 meses de evolução. O extra-bucal mostrava uma tumefação arredondada, recoberta por pele de coloração e aspecto normais. O aumento de volume bem delimitado mostrou-se depressível à palpação. A inspeção intra-bucal revelou um aumento de volume arredondado no fundo de sulco vestibular, na região de pré-molares inferiores do lado esquerdo, com 1,0 cm de diâmetro, recoberto por mucosa normal, com crepitação à palpação por vestibular e integridade da tábua lingual. Todos os dentes da região apresentavam-se com vitalidade. A radiografia periapical mostrou área radiolúcida de contorno irregular, com cerca de 1,0 cm de extensão, envolvendo a região interdentária do primeiro e segundo pré-molares inferiores do lado esquerdo (fig.3). Foi realizada aspiração do conteúdo que apresentou líquido amarelo sugerindo líquido cístico. Após avaliação clínica e radiográfica, foram realizados exames hematológicos pré-operatórios, que apresentaram-se dentro dos padrões de normalidade. Foi realizada a enucleação da lesão com especial atenção para que do procedimento resultasse uma peça única, sem fragmentá-la. O material removido foi seccionado ao meio e mostrou, macroscopicamente, uma multilocularidade lembrando um cacho de uvas (fig.4). A peça operatória, analisada pelo Serviço de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, revelou tratar-se de uma lesão cística, com cavidade revestida por epitélio pavimentoso

estratificado não ceratinizado apresentando poucas camadas celulares. Em algumas regiões do revestimento epitelial foram constatadas áreas de espessamentos focais (placas), bem como, a presença



FIGURA 1. Observa-se área radiolúcida arredondada não limitada por bordos escleróticos.



Observa-se uma área radiolúcida de contorno irregular envolvendo a região interdentária entre o primeiro e segundo pré-molares inferiores do lado esquerdo.

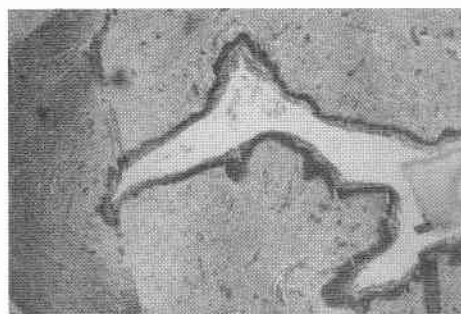


FIGURA 5. Aspecto microscópico do cisto odontogênico botriíide onde evidencia-se áreas de espessamentos focais do epitélio de revestimento cístico e aglomerados de células claras e cápsula de tecido conjuntivo fibroso (HE 100x).

de células claras (fig.5). Os dados obtidos com a anamnese e os exames clínico, radiográfico e histológico levaram ao diagnóstico de cisto odontogênico botriíide.

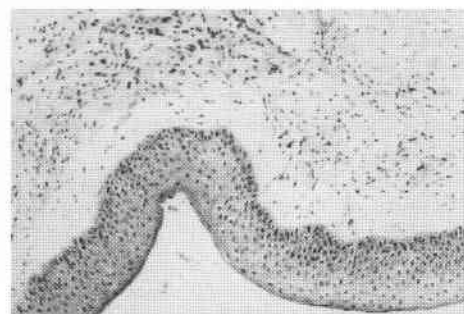


FIGURA 2. Nesta porção da parede cística podemos constatar um epitélio estratificado pavimentoso não-ceratinizado constituída por poucas camadas celulares e envolta por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso (HE 400x)

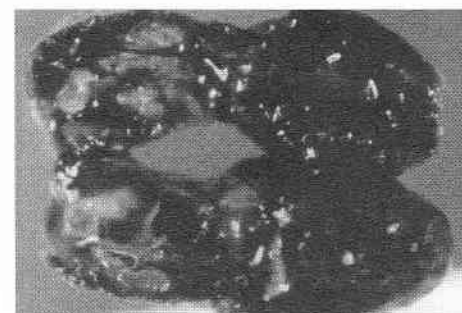


FIGURA 4. Aspecto macroscópico do cisto odontogênico botriíide mostrando suas múltiplas lojas císticas separadas por tabiques.

DISCUSSÃO

O cisto periodontal lateral deve ser distinguido dos cistos inflamatórios, que surgem em resposta a um canal radicular acessório infectado; ceratocistos odontogênicos e neoplasmas odontogênicos uniloculares, que podem ter uma localização interdental. O diagnóstico parcial pode resultar em manipulações inapropriadas, tais como: terapia endodôntica desnecessária, procedimentos periodontais, exodontia ou remoção cirúrgica radical(2). Diante disso, é imperativo que o cirurgião-dentista tenha conhecimento das características específicas de cada lesão com vistas a estabelecer o correto diagnóstico e evitar tratamentos desnecessários.

O cisto periodontal lateral relatado neste trabalho, mostrou diversas características não encontradas usualmente nos demais casos descritos na literatura. A revisão da literatura indica que o CPL ocorre predominantemente na mandíbula, quase sempre anterior ao primeiro molar e usualmente entre os pré-

molares(1,6,17,22). Este caso em particular ocorreu na maxila, entre o canino e o primeiro pré-molar. Investigações prévias têm notado uma ausência de predisposição por gênero, com uma ligeira preferência pelo gênero masculino(1,6), o que diverge do que encontramos. O cisto periodontal lateral tem sido reportado principalmente em adultos. Numa série de 39 casos(WYSOCKI e col. 23), a idade variou de 22 a 85 anos com uma média de 50 anos e um pico de ocorrência na sexta década. COHEN e col.(6) estudando 37 casos; RASSMUNSON, MAGNUSSON e BORRMAN (1991) com 31 casos, e ALTINI & SHEAR (1992) com 20 casos, também encontraram um pico de incidência na sexta década, enquanto CARTER, CARNEY e PEREZ-PUDLEWSKI (4) em sua série de 25 casos, observaram uma idade média de 46 anos, com o pico de ocorrência na quinta década. O caso em questão ocorreu em uma mulher de 34 anos, o que não é corriqueiro. A diminuição da média de idade no trabalho de COHEN, CARNEY e PEREZ-PUDLEWSKI (6) e o nosso reconhecimento em uma faixa etária menor pode ser explicado pelo fato de atualmente existir um maior acesso aos meios de diagnóstico.

Esta lesão apresentou-se de pequenas dimensões, cerca de 8mm, o que vem a concordar com os achados de RASSMUNSON, MAGNUSSON e BORRMAN (6) cujas lesões variaram de 2,5 a 15mm e de COHEN e col. cujas dimensões não ultrapassaram 10mm. O aspecto microscópico não é definitivo ou conclusivo, sendo o diagnóstico final baseado no somatório de informações fornecidas pelo cirurgião, pelo radiologista, reforçando a importância do diálogo entre os envolvidos no processo de diagnóstico e terapêutica. Durante a cirurgia, foi observado que os bordos da cavidade onde se encontrava a lesão formavam ângulo agudo com a superfície da tábua cortical vestibular. Segundo ANGELOPOULOU & ANGELOPOULOU (2), esse achado indica que a lesão iniciou-se centralmente e depois perfurou a cortical. Após a remoção cirúrgica, não foi observada recidiva até 2 anos, entretanto, o controle radiográfico tem sido mantido.

Apesar do cisto periodontal lateral ser uma lesão de crescimento lento com pouca tendência à recidiva, segundo a maioria dos autores, devemos ter o cuidado de acompanhar o paciente por pelo menos cinco anos após a remoção da lesão, pois já foram relatados casos mais agressivos do que os usuais(4).

O caso de cisto odontogênico botríóide relatado neste trabalho correlacionou-se com a literatura no que diz respeito à localização da lesão. No entanto, ocorreu em um paciente de 15 anos de idade, o que vem a contrariar os achados anteriores, como na série de

10 casos de GREER & JOHNSON (9), cuja média de idade foi de 46 anos e na série de 33 casos relatados por GUROL, JR e JACOWAY (10), cuja idade média foi 57 anos.

Segundo GUROL, JR e JACOWAY (10), o cisto odontogênico botríóide ocorre em grupos etários mais elevados, quando comparados àqueles acometidos pelo cisto periodontal lateral. A razão para isso segundo KAUGARS (12) seria o maior tempo necessário para a degeneração cística e o desenvolvimento multilocular da lesão. Discordamos desses autores pelo fato do cisto odontogênico botríóide, citado nesse trabalho, ter envolvido um indivíduo jovem, o que vem a mostrar, que não é necessário um tempo muito longo para o seu desenvolvimento.

A menor idade do paciente e o pouco tempo de evolução em comparação ao tamanho da lesão, vem ratificar as características mais agressivas do cisto odontogênico botríóide.

O aspecto radiográfico irregular do cisto odontogênico botríóide desse trabalho confirma os achados do estudo de ALTINI & SHEAR (1). O fato de se pensar que o COB se origina a partir da degeneração cística de uma série de restos da lâmina dentária, parece correlacionar-se bem com a maior agressividade e com o padrão irregular de destruição observado no exame radiográfico desse caso.

ALTINI & SHEAR (1) estudando 20 casos de possíveis cistos periodontais laterais, observaram histologicamente que 9 desses casos se tratavam de lesões unicísticas e as 11 restantes, de lesões multicísticas. Desses 11 casos, seis consistiam de 2 ou mais espaços císticos contidos dentro de uma cápsula fibrosa oval ou redonda, enquanto os outros cinco casos eram maiores e menos regulares, tendo uma aparência botríóide distinta, consistindo de diversos espaços císticos de tamanho variável separados por tecido fibroso. O caso de COB relatado nesse trabalho compartilha características semelhantes à variante botríóide descrita pelos autores. Concordamos com os mesmos no fato de que uma verificação mais acurada deva ser realizada, para evitar dúvidas e erros quanto a estas lesões.

Um elevado índice de recorrência do cisto odontogênico botríóide vem sendo relatado na literatura (GREER & JOHNSON-(9); PHELAN e col.-(17); HEIKINHEIMO e col.-(11); MACHADO DE SOUSA e col.-(15)). Isto torna claro que o procedimento cirúrgico escolhido para o seu tratamento deve ser planejado com o intuito de enuclear a lesão como uma peça única, evitando fragmentá-la objetivando a minimização do risco de reaparecimento, uma vez que são lesões de pequenas dimensões que indicam biópsia total.

SUMMARY

Cystic jaw bone lesions have been largely studied and discussed since the beginning of their recognition. Although many of them have already been well-defined, some of them go on generating divergent opinions, such as the lateral periodontal cyst (LPC) and the botryoid odontogenic cyst (BOC). The objective of this article is to report two cases of unusual characteristics, one of them is about a lateral periodontal cyst and the other one is about a botryoid odontogenic cyst, presenting considerations as to their clinical, radiographic and histological aspects.

KEYWORDS

Lateral periodontal cyst; botryoid odontogenic cyst; odontogenic cysts.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALTINI, M.; SHEAR, M. The lateral periodontal cyst: an update. *J. Oral Pathol. Med.*, Copenhagen, v. 21, n. 6, p. 245-250, July 1992.
2. ANGELOPOULOU, E.; ANGELOPOULOU, A.P. Lateral periodontal cyst: Review of the literature and report of a case. *J. Periodontol.*, Chicago, v. 61, n.2, p. 126-131, Feb: 1990.
3. BAKER, R.D. et al. Squamous-cell carcinoma arising in a lateral periodontal cyst. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, St. Louis, v. 47, n.6, p. 495-500, June 1979.
4. CARTER, L.C.; CARNEY, Y.L.; PEREZ-PUDLEWSKI, D. Lateral periodontal cyst: multifactorial analysis of a previously unreported case. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol Endod.*, St. Louis, v. 8, n. 2, p. 210-216, Feb. 1996.
5. CAWSON, R.A.; BINNIE, E.; EVESON, J.W. *Atlas colorido de enfermidades da boca - correlações clínicas e patológicas*. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1995. Cap. 5: Cistos e lesões císticas dos maxilares, p.5.1 - 5.15.
6. COHEN, D.A. et al. The lateral periodontal cyst. A report of 37 cases. *J. Periodontol.*, Chicago, v. 55, n.4, p. 230-234, Apr. 1984.
7. ELIASSON, S.; ISACSSON, G.; KÖNDELL, P.K. Lateral periodontal cyst. Clinical, radiographical and histopathological findings. *Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.*, Copenhagen, v. 18, n. 4, p. 191-193, Aug. 1989.
8. FANTASIA, J.E. Lateral periodontal cyst. An analysis of forty-six cases. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 48, n. 3, p. 237-243, Sept. 1979.
9. GREER, R.O.; JOHNSON, M. Botryoid

- odontogenic cyst: Clinicopathologic analysis of ten cases with three recurrences. **J. Oral. Maxillofac. Surg.**, Philadelphia, v. 46, n. 7, p. 574-579, July 1988.
10. GUROL, M.; JR, E.J.; JACOWAY, J. Botryoid odontogenic cyst: analysis of 33 cases. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 66, n. 12, p. 1069-1073, Dec. 1995.
11. HEIKINHEIMO, K. et al. A botryoid odontogenic cyst with multiple recurrences. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Copenhagen, v. 18, n. 1, p. 10-13, Feb. 1989.
12. KAUGARS, G.E. Botryoid odontogenic cyst. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St. Louis, v. 62, n. 5, p. 555-559, Nov. 1986.
13. LINDH, C.; LARSSON, A. Unusual jawbone cysts. **J. Oral Maxillofac Surg.**, Philadelphia, v. 48, n. 3, p. 258-263, Mar. 1990.
14. LYNCH, D.P.; MADDEN, C.R. The botryoid odontogenic cyst. Report of a case and review of the literature. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 56, n. 3, p. 163-167, Mar. 1985.
15. MACHADO DE SOUSA, S.O. et al. Botryoid odontogenic cyst : report of a case with clinical and histogenetic considerations. **Br. J. Oral Maxillofac Surg.**, Edinburgh, v. 28, n. 4, p. 275-276, Aug. 1990.
16. MOSKOW, B.S. et al. Gingival and lateral periodontal cyst. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 41, n. 5, p. 249-260, May 1970.
17. PHELAN, J.A. et al. Recurrent botryoid odontogenic cyst (lateral periodontal cyst). **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St. Louis, v. 66, n. 3, p. 574-579, Sept. 1988.
18. RASMUSSEN, L.G.; MAGNUSSEN, B.C.; BORRMAN, H. The lateral periodontal cyst. A histopathological and radiographic study of 32 cases. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.** Edinburg, v. 29, n. 1, p. 54-57, Feb. 1991.
19. REGESI, J.A.; SCIUBBA, J.J. **Patologia bucal: correlações clinicopatológicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 390p. Cap. 10: Cistos da boca, p. 220-247.
20. SHAFER, W.G.; HINE, M.K.; LEVY, B.M. **Tratado de patologia bucal**. 4. ed. São Paulo: Interamericana, 1985. 837p. Cap. 4, p. 239-294.
21. SHEAR, M.; PINDBORG, J.J. Microscopic features of the lateral periodontal cyst. **Scand. J. Dent. Res.**, Copenhagen, v. 83, n.2, p. 103-110, Mar. 1975.
22. WEATHERS, D.R.; WALDRON, C.A. Unusual multilocular cysts of the jaws (botryoid odontogenic cysts). **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St. Louis, v. 36, n. 2, p. 235-241, Aug. 1973.
23. WYSOCKI, G.P. et al. Histogenesis of the lateral periodontal cyst and the gingival cyst of the adult. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St. Louis, v. 50, n. 4, p. 327-334, Oct. 1980.

Endereço para Correspondência:

Manoel Sant'Ana Filho
Rua Ramiro Barcelos, 2492
0 - XX - 51-316.5023
E-mail: manoel@ufrgs.br