

Caso Clínico

Cisto paradental: Relato de caso clínico



Rafael J. S. Rodrigues^{a,*}, Janayna A. dos Reis^b, Michelle C. da Cunha^b, Marcelo S. de Araújo^{a,b}

^a Mestrado de Clínica Odontológica Integrada da Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, Brasil

^b Curso de Odontologia da Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, Brasil

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 7 de Novembro de 2017

Aceite a 2 de Fevereiro de 2018

On-line a 26 de Fevereiro de 2018

Palavras-chave:

Cisto paradental

Cistos odontogênicos

Tratamento

R E S U M O

O cisto paradental (CP) ocorre próximo à margem cervical lateral de uma raiz dental, como consequência de um processo inflamatório oriundo de uma bolsa periodontal. Os autores revisam a literatura e descrevem o caso de uma paciente que apresentou um CP envolvendo um terceiro molar inferior parcialmente erupcionado. Embora raramente possa envolver os tecidos orais, o médico dentista deve reconhecer as manifestações clínicas e radiográficas do CP, para colaborar no seu diagnóstico precoce e também no seu tratamento. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2017;58(4):236-240)

© 2017 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Publicado por SPEMD. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Paradental cyst: A case report

A B S T R A C T

The paradental cyst (PC) occurring near the cervical margin of the lateral aspect of the root as a consequence of an inflammatory process in a periodontal pocket. The authors review the literature and describe the case of a patient with PC involving a partially erupted third mandibular molar vital tooth. Although this disease rarely affects oral tissues, dentists must recognize its clinical and radiographic manifestations to help in early diagnosis and in the treatment. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2017;58(4):236-240)

© 2017 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Published by SPEMD. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Paradental cyst

Odontogenic cysts

Treatment

* Autor correspondente.

Correio eletrónico: rafaeljsrodrigues@gmail.com (Rafael J. S. Rodrigues).

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.02.210>

1646-2890/© 2017 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by SPEMD.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

Inicialmente descrito por Main em 1970,^{1,2} e definido em 1992 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “um cisto ocorrendo próximo à margem cervical lateral de uma raiz dental, como consequência de um processo inflamatório oriundo de uma bolsa periodontal”, o Cisto Paradental (CP) foi classificado como um cisto odontogênico inflamatório juntamente com o cisto radicular.³ A terminologia do CP foi revista na última edição da Classificação dos Tumores de Cabeça e Pescoço (4.^a ed), publicada em 2017 pela OMS, classificado no grupo de Cistos Inflamatórios Colaterais.⁴

Dentre as características clínicas do CP está a presença de um constante processo inflamatório periodontal ou pericoronarite. Poucos sinais e sintomas são apresentados, incluindo desconforto, sensibilidade, dor moderada e supuração através do sulco periodontal.^{2,5} Alguns casos são assintomáticos e diagnosticados radiograficamente de forma inesperada,⁶ enquanto que outros permanecem indetectáveis clinicamente e radiograficamente por um longo período.⁷

O CP ocorre geralmente na face vestibular ou distovestibular de um dente parcialmente ou completamente irrompido^{8,9} e raramente na face mesial.^{3,10} A maioria dos casos descreve o CP em relação ao terceiro molar inferior,^{2,3,7,9,11} embora possa ocorrer tanto no primeiro ou segundo molares,^{10,12} sendo raro em incisivos, caninos¹³ e pré-molares.⁸

Radiograficamente a lesão apresenta imagem radiolúcida bem definida simulando uma doença periapical ou periodontal, envolvendo uma ou ambas as raízes dos dentes^{7,12} ou uma reabsorção óssea com aspeto semilunar.^{11,13} O ligamento periodontal e a lâmina dura estão intactos e contínuos ao redor da raiz pelo fato do componente inflamatório não ser de origem endodôntica.^{14,15,16}

O CP não pode ser diferenciado histopatologicamente de outros cistos odontogênicos de origem inflamatória.^{7,8,16,17} A cápsula de tecido conjuntivo exibe grande infiltração inflamatória, sendo revestida por epitélio escamoso estratificado não queratinizado hiperplásico.^{2,3,7,8,11,13,17,18}

A prevalência do CP varia de 1% a 5% de todos os cistos odontogênicos,^{7,11,18,19} o que justifica sua inclusão no grupo de lesões raras.^{8,20} Acredita-se que o CP seja mais comum do que relatado na literatura, considerando a alta incidência de processos inflamatórios periodontais na região de terceiros molares.^{2,11,21,22}

O propósito do presente trabalho é relatar os achados clínicos, radiográficos e histológicos de um caso de CP associado a um terceiro molar inferior.

Caso clínico

Paciente do gênero feminino, 25 anos de idade, leucoderma, procurou a Policlínica Odontológica Getúlio Vargas do Curso de Odontologia da Universidade de Uberaba, para a exodontia dos terceiros molares.

Após a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela paciente, procedeu-se com a anamnese, exame físico extra e intrabucal. A paciente relatou não apresentar problemas sistêmicos e ao exame físico extrabucal não foram

encontradas alterações. No exame físico intrabucal observou-se que o dente 38 estava parcialmente erupcionado e exibia na face distal área eritematosa circunscrita e edemaciada.

Ao exame radiográfico foi observada uma reabsorção óssea em formato semilunar radiotransparente de aproximadamente 0,5 cm na distal da coroa do dente 38, com seu término próximo à junção cimento-esmalte (Figura 1).

Foi aplicado o teste de sensibilidade pulpar nos dentes 36, 37 e 38, que responderam positivamente, excluindo a possibilidade da lesão ser de origem pulpar.

As hipóteses diagnósticas foram de hiperplasia do folículo pericoronário, bolsa periodontal, cisto dentígero (CD), Cisto Paradental, tumor queratocisto odontogênico, ameloblastoma e cisto gengival.

Foi realizada a exérese da lesão e exodontia do dente 38. O material obtido foi fixado em formol a 10% e enviado para exame anatomopatológico (Figura 2).

Os cortes histológicos revelaram cápsula de tecido conjuntivo fibroso invadido por infiltrado inflamatório linfocitário, e epitélio escamoso estratificado não queratinizado com carac-

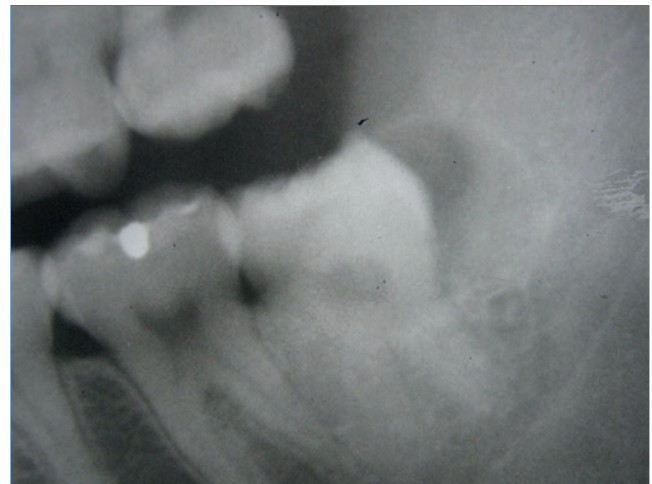


Figura 1. Radiografia periapical demonstrando a imagem radiotransparente na distal do dente 38, com limite na junção cimento-esmalte.

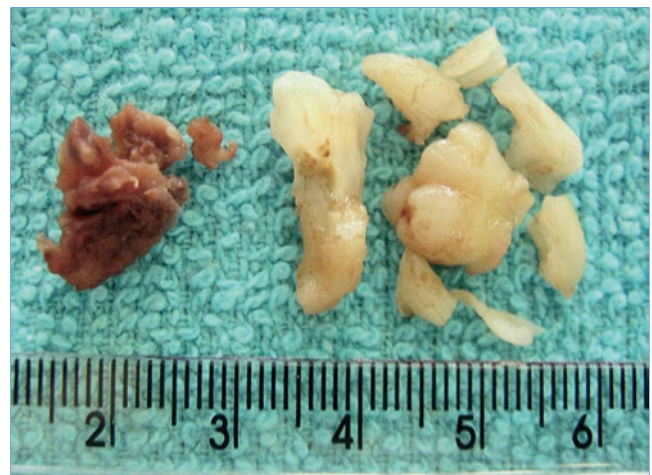


Figura 2. Material enviado para exame anatomopatológico.

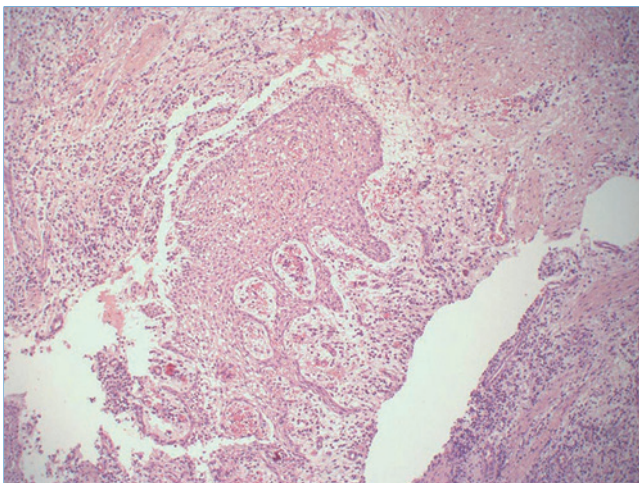


Figura 3. Fotomicrografia evidenciando a presença de epitélio escamoso em meio a tecido conjuntivo e infiltrado inflamatório (Coloração HE – aumento 40X).

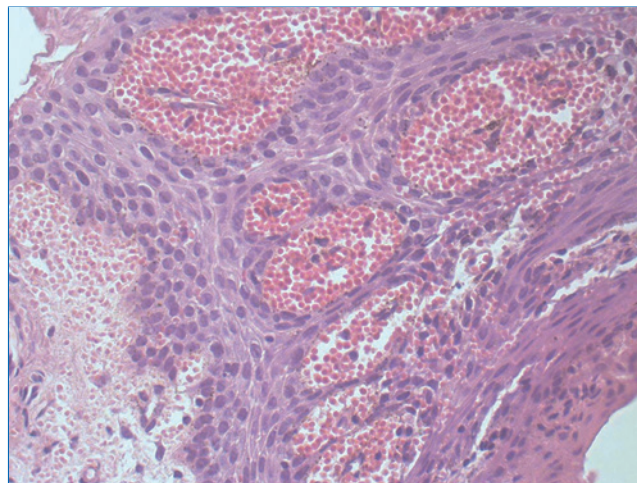


Figura 5. Corte histológico exibindo epitélio escamoso hiperplásico, tecido conjuntivo com infiltrado inflamatório intenso e áreas de congestão e hemorragia (Coloração HE – aumento de 100X).

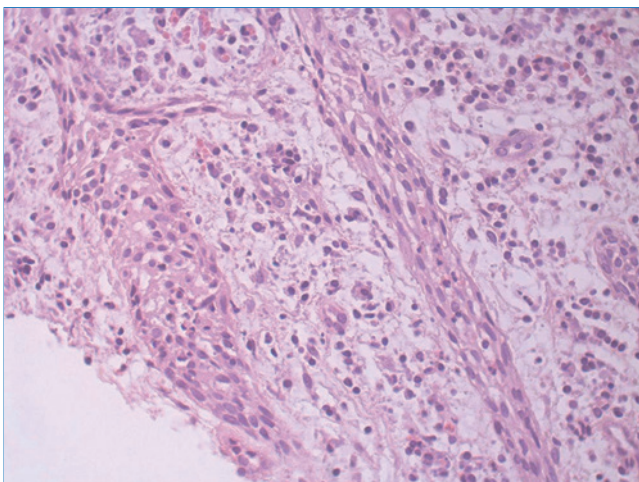


Figura 4. Corte histológico exibindo epitélio escamoso hiperplásico, tecido conjuntivo com infiltrado inflamatório intenso e áreas de congestão e hemorragia (Coloração HE – aumento de 100X).



Figura 6. Radiografia periapical com pós operatório de 60 meses, onde se observa a completa regeneração óssea e a ausência de recidiva da lesão.

terísticas hiperplásicas (Figuras 3, 4 e 5), resultando em um diagnóstico final de CP. A paciente vem sendo acompanhada periodicamente há mais de cinco anos e não apresenta sinais de recidiva da lesão, conforme mostra a Figura 6.

Discussão e conclusões

Apesar do CP ser considerado uma lesão rara, acredita-se que esta lesão vem sendo mal diagnosticada. O CP pode ser diagnosticado como um CD, cisto radicular lateral, ou como pericoronarite e outras entidades relacionadas a condições inflamatórias do folículo dental.^{2,5,6,7,18} O CP é considerado um tipo de cisto de inclusão que surge em uma bolsa periodontal, com possível origem no epitélio juncional/sulcular da gengiva.²³

Em sua maioria o CP ocorre no terceiro molar inferior, menos frequente no segundo e primeiro molares e raramente nos pré-molares e incisivos e caninos.^{2,3,7,8,9,11,14} Afeta a superfície distal de terceiros molares inferiores parcialmente irrompidos na posição vertical ou ligeiramente disto-angular,^{3,8,10,11} como no caso apresentado neste trabalho.

As formas assintomáticas de CP ou aqueles diagnosticados radiograficamente de forma inesperada,⁶ que permanecem indetectáveis clinicamente e radiograficamente por um longo período podem ser uma armadilha,⁷ como ocorrido no presente caso, no qual a lesão não havia sido identificada devido à ausência de sintomatologia.

As radiografias convencionais são rotineiramente utilizadas como o primeiro nível de diagnóstico por imagem, porque

estão amplamente disponíveis em um baixo custo. No entanto, limitações técnicas podem ocorrer em muitos casos, sendo geralmente indicado, um teste de diagnóstico complementar como a Tomografia Computadorizada e/ou a Ressonância Magnética.²⁴

A imagem radiográfica do CP é caracterizada por uma transparência bem definida, simulando uma doença periapical ou periodontal^{7,12} ou uma reabsorção óssea com aspecto semilunar.¹¹ No caso descrito, o exame radiográfico revelou uma transparência distal adjacente à coroa do dente 38, delimitado pela junção cimento-esmalte, sugestiva de CP.

Neste caso clínico fica evidente que o CP pode ter surgido da parede de uma bolsa periodontal, já que a teoria mais aceita para a origem deste cisto é a partir do epitélio reduzido do esmalte^{1,2,3} que forma a lesão periodontal. A localização da cavidade óssea, a erupção parcial do dente, o processo inflamatório gengival e a imagem radiográfica levou a hipótese diagnóstica de CP, que foi confirmada pela análise histológica.

Os achados histológicos do presente caso, onde um epitélio escamoso hiperplásico foi visto, além de um tecido conjuntivo inflamado, entre outras características histológicas,^{2,3,7,8,11,13,18} permitiu a exclusão quanto ao diagnóstico de inflamação ou hiperplasia do folículo pericoronário, tumor queratocisto odontogênico, ameloblastoma, cisto gengival, cisto dentífero e outros tumores odontogênicos.

As características histopatológicas do CP são idênticas ao cisto radicular, o que torna o teste de sensibilidade pulpar importante no diagnóstico diferencial.^{8,16,17} No dente envolvido com a lesão de CP deste trabalho, o teste de sensibilidade pulpar foi aplicado sendo positiva a vitalidade do dente em questão, descartando assim a possibilidade de ser um cisto radicular.

O exame histopatológico dos cistos paradentais revela uma cápsula cística alinhada por um epitélio escamoso estratificado esponjoso hiperplásico, não queratinizado, de diferentes espessuras. A cápsula é composta de tecido conjuntivo fibrovascular apresentando vasos hiperêmicos, hemorragia em áreas focais, infiltrado de células inflamatórias crônicas e vasos sanguíneos,^{25,26} estando em conformidade com os achados histológicos do presente caso.

O tratamento de escolha para o CP em terceiros molares é a remoção cirúrgica da lesão e do dente,^{7,11,21,22} conforme foi realizado no presente caso. A enucleação da lesão com a manutenção do dente associado pode ser indicado quando o primeiro ou segundo molares estão envolvidos.^{1,2,8} Em todos os casos, a incidência de recidiva é rara, desde que a lesão tenha sido completamente removida,^{3,12,20} facto este que não ocorreu no caso apresentado.

Diante do caso clínico relatado, observou-se que a correlação clinicopatológica e a incorporação dos resultados cirúrgico, radiográfico e histológico são fundamentais para obtenção de um diagnóstico adequado para o Cisto Paradental.

Este estudo ressalta a importância do tratamento adequado dos casos de pericoronarite e da atenção aos cuidados de higiene bucal em dentes com erupção parcial, pois o cisto paradental pode ser prevenido.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de pacientes.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram ter recebido consentimento escrito dos pacientes e/ou sujeitos mencionados no artigo. O autor para correspondência está na posse deste documento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Pelka M, Van Waes H. Paradental cyst mimicking a periodontal pocket: case report of a conservative treatment approach. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010;39:514-6.
2. Mufeed A, Chatra L, Shenai P. Diagnostic features of the paradental cyst and report of the case. *Dentomaxillofac Radiol.* 2009;38:125-6.
3. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. WHO International Histological Classification of Tumours: Histological Typing of Odontogenic Tumours. 2nd ed. Heidelberg: Springer-Verlag, Berlin. 1992.
4. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slookweg PJ. WHO Classification of Head and Neck Tumours, 4th edition. Chapter 8. 204-260 edn. IARC, Lyon. 2017.
5. Bsoul SA, Flint DJ, Terezhalmay GT, Moore WS. Paradental cyst (inflammatory collateral, mandibular infected buccal cyst). *Quintessence Int.* 2002;33:782-3.
6. Philipsen HP, Reichart PA, Ogawa I, Swei Y, Takata T. The inflammatory paradental cyst: A critical review of 342 cases from a literature survey, including 17 new cases from the author's files. *J Oral Pathol Med.* 2004;33:147-55.
7. Vedtofte P, Holmstrup P. Inflammatory paradental cyst in the globulomaxillary region. *J Oral Pathol Med.* 1989;18:125-27.
8. Craig GT. The paradental cyst: A specific inflammatory odontogenic cyst. *Br Dent J.* 1976;141:9-14.
9. Morimoto Y, Tanaka T, Nishida I, et al. Inflammatory paradental cyst (IPC) in the mandibular premolar regional in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004;97:286-93.
10. Souza SOM, Corrêa L, Deboni MC, Araújo VC. Clinicopathologic features of 54 cases of paradental cyst. *Quintessence Int.* 2001;32:737-41.
11. Lim AA-T, Peck RH-L. Bilateral mandibular cyst: Lateral radicular cyst, paradental cyst, or mandibular infected buccal cyst? Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002;60:825-7.
12. Ackermann G, Cohen M, Altini M. The paradental cyst: A clinicopathologic study of 50 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1987;64:308-12.
13. Fowler CB, Brannon RB. The paradental cyst: A clinicopathologic study of six new cases and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 1989;47:243-8.

14. Vedtofte P, Praetorius F. The inflammatory paradental cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1989;68:182-8.
15. El-Magboul K, Duggal MS, Pedlar J. Mandibular infected buccal cyst or a paradental cyst? Report of case. *Br Dent J.* 1993;175:330-2.
16. Martinez-Conde R, Aguirre JM, Pindborg JJ. Paradental cyst of the second molar: Report of a bilateral case. *J Oral Maxillofac Surg.* 1995;53:1212-4.
17. Packota GV, Hall JM, Lanigan DT, Cohen MA. Paradental cysts on mandibular first molars in children: Report of five cases. *Dentomaxillofac Radiol.* 1990;19:126-32.
18. Bohay RN, Weinberg S, Thorner PS. The paradental cyst of the mandibular permanent first molar. Report of a bilateral cases. *ASDC J Dent Child.* 1992;59:361-5.
19. Gomez RS, Oliveira JR, Castro WH. Spontaneous regression of a paradental cyst. *Dentomaxillofac Radiol.* 2001;30:296.
20. Silva TA, Batista AC, Camarini ET, Lara VS, Consolaro A. Paradental cyst mimicking a radicular cyst on the adjacent tooth: Case report and review of terminology. *J Endod.* 2003;29:73-6.
21. Colgan CM, Henry J, Napier SS, Cowan CG. Paradental cysts: A role for food impaction in the pathogenesis? A review of cases from Northern Ireland. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2002;40:162-8.
22. Damante JH, Fleury RN. A contribution to the diagnosis of the small dentigerous cyst or the paradental cyst. *Pesqui Odontol Bras.* 2001;15:238-46.
23. Maruyama S, Yamazaki M, Abé T, Babkair H, Cheng J, Saku T. Paradental cyst is an inclusion cyst of the junctional/sulcular epithelium of the gingiva: Histopathologic and immunohistochemical confirmation for its pathogenesis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2015;120:227-37.
24. Probst FA, Probst M, Pautke CH, Kaltsi E, Otto S, Schiel S, et al. Magnetic resonance imaging: A useful tool to distinguish between keratocystic odontogenic tumours and odontogenic cysts. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2015;53:217-22.
25. Pinto AS, Costa AL, Pinto MC, Braz-Silva PH, Moraes ME, Lopes SL. Characteristic MRI and cone beam CT findings in a case of paradental cysts arising in the bilateral retromolar regions of the mandible. *J Oral Maxillofac Radiol.* 2016;4:83-86.
26. Mohan A, Sivakumar TT, Joseph AP, BR Varun, Mony V, LK Kumar S. Inflammatory paradental cyst on the distobuccal aspect of an impacted mandibular third molar: A case report. *Int J Case Rep Imag.* 2017;8:592-6.