

Θεραπευτική αντιμετώπιση πλάγιας περιοδοντικής κύστης σε νεαρό ασθενή 8 χρονών: παρουσίαση κλινικού περιστατικού

Κατσούδα Μ.¹, Ηλιάδης Α.², Τσίρλης Α.³, Αναγνώστου Ε.⁴, Αναστασιάδου Π.⁵, Αραποστάθης Κ.⁶

1. Παιδοδοντίατρος
2. Ειδικός Στοματικός Χειρουργός
3. Καθηγητής, Διευθυντής του Εργαστηρίου Οδοντοφατνιακής Χειρουργικής, Χειρουργικής Εμφυτευματολογίας και Ακτινολογίας στο Α.Π.Θ.
4. Ιατρός-Παθολογοανατόμος, Ιστοπαθολογικό Εργαστήριο Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.
5. Ιστοτεχνολόγος, Ιστοπαθολογικό Εργαστήριο Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.
6. Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής του Α.Π.Θ.

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (Α.Π.Θ.)

Η παρούσα εργασία έχει ανακοινωθεί με την μορφή της αναρτημένης ανακοίνωσης στο 25th Congress of the International Association of Pediatric Dentistry τον Ιούνιο του 2015.

Η πλάγια περιοδοντική κύστη (ΠΠΚ) χαρακτηρίζεται ως μια οδοντογενής κύστη αναπτυξιακής προέλευσης που εντοπίζεται στην πλάγια επιφάνεια της ρίζας ζωντανού δοντιού. Ο σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι διπλός: η σύντομη περιγραφή της βιβλιογραφίας και η παρουσίαση μιας κλινικής περίπτωσης ενός 8χρόνου αγοριού με ΠΠΚ, που αποτελεί πολύ σπάνιο εύρημα σε αυτή την ηλικία, στην περιοχή των άνω κεντρικών τομέων.

Η κλινική εξέταση αποκάλυψε την παρουσία υπερπλαστικής βλάβης στον βλεννογόνο της περιοχής του δοντιού #21, την κινητικότητα των τεσσάρων άνω μόνιμων τομέων και την θετική αντίδραση στις δοκιμασίες ζωτικότητας. Ιστορικό τραύματος δεν αναφέρεται, ενώ από την λήψη πανοραμικής ακτινογραφίας προ δέκα μηνών και τη λήψη μιας οπισθοφατνιακής ακτινογραφίας στην περιοχή την προηγούμενη ημέρα σε νοσοκομειακό περιβάλλον, αποκαλύφθηκε καλά περιγεγραμμένη-σχήματος δακρύου- ακτινοδιαύγαση μεταξύ των ριζών των άνω τομέων(#11,21). Οι ρίζες του αριστερού κεντρικού και πλάγιου τομέα παρουσίαζαν ελαφρά απόκλιση. Μέρος της ακτινολογικής εξέτασης, αποτέλεσε η λήψη νέας οπισθοφατνιακής ακτινογραφίας με τη χρήση κώνου γουταπέρκας στην περιοχή της υπερπλαστικής βλάβης, με σκοπό τον αποκλεισμό οποιαδήποτε φλεγμονώδους αντίδρασης του πολφού. Η οδοντιατρική θεραπεία περιλάμβανε την χειρουργική εκπυρήνιση και την ιστολογική εξέταση του δείγματος, επιβεβαιώνοντας την αρχική διάγνωση της ΠΠΚ. Συμπερασματικά, η ακριβής κλινική και ακτινογραφική εξέταση αποτελεί υψίστης σημασίας για τη σωστή προσέγγιση και διάγνωση.

Λέξεις ευρετηρίου: περιοδοντική κύστη, πλάγια περιοδοντική κύστη, οδοντογενείς κύστεις.

Lateral periodontal cyst in a 8 year old male: a case report

Katsouda M., Eliades A., Tsirlis A., Anagnostou E., Anastasiadou P., Arapostathis K.

Lateral periodontal cyst (LPC) is an odontogenic cyst of developmental origin on the lateral periodontal of the root of a vital tooth. The purpose of this study was double: to review the literature of LPC and to describe the clinical case of an 8-year-old boy with a LPC in the upper central incisors, a rare case for his age. Clinical examination revealed a hyperplastic lesion on the mucosa in the area of tooth 21, mobility on the four upper incisors and positive signs in vitality tests. There was no history of trauma. From a panoramic radiograph that the patient had taken 10 months ago and a periapical radiograph in the area of the incisors, that had been performed the previous day in a hospital, were revealed a well-defined solitary oval-shaped radio translucency, localized between the roots of the left central incisor (#21) and the right central incisor (#11). The roots of the left central and lateral incisors were displaced. A cone of gutta-percha was used to receive a new x-ray to exclude any inflammatory lesion of the pulp. The dental treatment was performed under local anesthesia and included the surgical enucleation of the lesion and the histological examination of the specimen, revealing that the lesion was "LPC". In conclusion, accurate clinical and radiographic examinations should be performed for a correct approach and diagnosis. Differential diagnosis is of a great importance, since misdiagnosis may lead to unnecessary or incorrect treatment of the lesion.

Keywords: lateral periodontal cyst, developmental odontogenic cyst, jaw cysts

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πλάγια περιοδοντική κύστη (ΠΠΚ) χαρακτηρίζεται ως μία ασυνήθης καλά περιγεγραμμένη βλάβη, μη κερατινοποιημένη, με εντόπιση στη σπογγώδη μοίρα της φατνιακής απόφυσης, σε εγγύτητα ή ανάμεσα στις ρίζες δύο παρακείμενων ζωντανών δοντιών^{1,2}. Η συχνότητα εμφάνισης της κυμαίνεται από 0.8% μέχρι 1.5% με πιο συχνή εντόπιση την περιοχή των κυνοδόντων-προγομφίων της κάτω γνάθου (88% κάτω γνάθος και 12% άνω γνάθος)²⁻⁶. Δεν έχει γίνει αναφορά για την παρουσία ΠΠΚ στην περιοχή των γομφίων άνω και κάτω γνάθου, ενώ αναφέρονται λίγες περιπτώσεις που αφορούν την περιοχή των τομέων³. Η ΠΠΚ αφορά κυρίως άτομα που διανύουν την πέμπτη με έβδομη δεκαετία της ζωής τους, με την έκτη δεκαετία να κυριαρχεί⁵. Περιστασιακά, μπορεί να εκδηλωθεί και σε ηλικίες κάτω των τριάντα ετών^{7,8}, ενώ είναι εξαιρετικά σπάνια η εκδήλωση της ΠΠΚ στη παιδική και εφηβική ηλικία^{9,10}.

Στη βιβλιογραφία, έχουν αναφερθεί μόνο δυο περιστατικά ΠΠΚ σε παιδιά ηλικίας κάτω των δεκαπέντε ετών, το ένα εκ των οποίων περιγράφει την παρουσία αμφίπλευρης ΠΠΚ σε αγόρι ηλικίας 14 ετών μεταξύ των δύο άνω κεντρικών και πλαγίων τομέων, ενώ το δεύτερο την παρουσία ΠΠΚ μεταξύ των άνω προγομφίων σε κορίτσι ηλικίας 13 ετών^{9,10}. Οι Carter και συν., βρήκαν ότι ο μέσος όρος ηλικίας με ΠΠΚ για τους άντρες ήταν 58.2 έτη και για τις γυναίκες 40.5 έτη¹¹. Τέλος, όσον αφορά το φύλο και τη φυλή, οι Cohen και συν. υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά¹². Άλλοι ερευνητές, όπως ο Altini και ο Shear επισημαίνουν την ελαφρά επικράτηση του αντρικού φύλου^{2,5}.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να περιγραφεί ένα σπάνιο περιστατικό αγοριού ηλικίας 8 ετών όπου με βάση τα κλινικά και ακτινογραφικά ευρήματα τέθηκε η διάγνωση και η αντιμετώπιση μιας πλάγιας περιοδοντικής κύστης και να πραγματοποιηθεί μια σύντομη αναφορά της

σύγχρονης βιβλιογραφίας ως προς την αιτιοπαθογένεια, τη διαφοροδιάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνυσή της.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Οι ΠΠΚ στην πλειονότητα τους δεν συσχετίζονται με έκδηλα κλινικά χαρακτηριστικά που θα οδηγήσουν στην άμεση διάγνωση τους. Περισσότερο από το ένα τρίτο των περιπτώσεων είναι ασυμπτωματικές και αποτελούν τυχαίο ακτινογραφικό εύρημα^{2,5,12}. Πιθανή είναι όμως και η παρουσία μικρού οιδήματος μαλακών μορίων κυρίως στην περιοχή της μεσοδόντιας θηλής που είναι αποτέλεσμα διάτασης του υποκείμενου οστού^{3,13,14}. Έχουν αναφερθεί και περιπτώσεις μελανής απόχρωσης του οιδήματος¹⁴. Στην βιβλιογραφία, αναφέρεται και η εκδήλωση πόνου, ευαισθησίας στην ψηλάφηση καθώς και παρουσία συριγγίου¹¹. Τα συσχετιζόμενα δόντια ανταποκρίνονται θετικά στις δοκιμασίες ζωτικότητας με εξαίρεση των περιπτώσεων όπου συνυπάρχουν και δευτερογενείς λόγοι νέκρωσης τους¹⁴.

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η ΠΠΚ περιγράφεται ως μια καλά περιγεγραμμένη μικρού μεγέθους (συνήθως μικρότερη του 1 εκατοστού) σφαιρικού ή “σταγόνα από δάκρυ” σχήματος ακτινοδιαγαστική βλάβη. Περιβάλλεται από ακτινοσκοιερρά όρια και εντοπίζεται στην πλάγια επιφάνεια του δοντιού κατά μήκος της ρίζας του (από τον ανατομικό αυχένα μέχρι το ακρορρίζιο)^{2,5}. Απόκλιση των ριζών των παρακείμενων δοντιών μπορεί να παρατηρηθεί ειδικά σε μεγάλης έκτασης βλάβης αλλά δεν έχουν αναφερθεί περιπτώσεις απορρόφησης αυτών¹⁵. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η ΠΠΚ παρουσιάζεται ακτινογραφικά ως μονόχωρη βλάβη ακόμη και στις περιπτώσεις παρουσίας της πολυκυστικής παραλλαγής της που ονομάζεται βοτρυοειδής οδοντογενής κύστη. Η πολυκυστική φύση της διαπιστώνεται ιστολογικά και όχι ακτινογραφικά, χωρίς να αποκλείεται και η εμφάνιση ακτινογραφικά πολύχωρης βλάβης^{3,13,16}.

ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η ΠΠΚ ιστοπαθολογικά αποτελεί μια κυστική κοιλότητα που περιβάλλεται από μια κάψα πυκνού ινώδους συνδετικού ιστού με απουσία στοιχείων φλεγμονής^{7,14,17}. Το επιθήλιο που επενδύει την κάψα χαρακτηρίζεται ως λεπτό και μη κερατινοποιημένο και αποτελείται από μια έως πέντε σειρές κυττάρων παρόμοιας μορφής με το λεπτύθεν επιθήλιο της αδαμαντίνης^{7,13}. Σύμφωνα με τους Wysocki και Cohen, το επιθήλιο μπορεί να διαχωριστεί από την κάψα^{7,12}. Το



Εικόνα 1. Κλινική εικόνα ασθενή ηλικίας 8 ετών. Παρουσία συριγγίου στην περιοχή του μόνιμου άνω αριστερού κεντρικού τομέα (#21).

επιθήλιο επίσης μπορεί να παρουσιάζει παχύνσεις που καλούνται επιθηλιακές πλάκες στις οποίες περιέχονται δι-αυγή κύτταρα πλούσια σε γλυκογόνο¹⁸. Σύμφωνα με τον Redman, η ΠΠΚ μπορεί να αποτελεί συνέχεια ή να συσχετίζεται στενά με την περιοδοντική μεμβράνη¹⁹.

Σύμφωνα με τους Altini και Shear, υπάρχουν 3 διαφορετικές μορφές της ΠΚΚ με κριτήριο την μορφολογική-ιστολογική τους εικόνα: (1) η μονοκυστική ΠΠΚ, (2) η πολυκυστική όπου δύο ή περισσότερες κύστεις περιέχονται σε μια στρογγυλή ή οβάλ κάψα και (3) την βοτρυοειδή κύστη που αποτελείται από διάφορες κυστικές κοιλότητες ποικίλου μεγέθους και διαχωρίζονται μεταξύ τους από ινώδη ιστό². Η ταξινόμηση αυτή μας ενδιαφέρει κυρίως για την αντιμετώπιση και την πρόγνωση καθώς οι πολυκυστικού τύπου μορφές απαιτούν λεπτότερους χειρισμούς¹³.

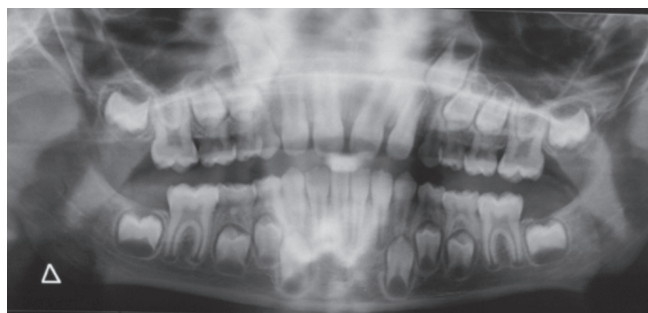
Η τελική διάγνωση της ΠΚΚ θα πρέπει να βασίζεται στο οδοντιατρικό ιστορικό, την κλινική και ακτινογραφική εικόνα καθώς παρουσιάζει χαρακτηριστικά σημεία που θα διευκολύνουν την διαφοροδιάγνωση της από άλλες παθολογικές καταστάσεις ενδοδοντικής ή περιοδοντολογικής προέλευσης όπως οι βοτρυοειδείς οδοντογενείς κύστεις, οι σιαλοοδοντογενείς και τέλος οι ουλικές κύστεις των ενήλικων^{18,20}.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ιστορικό

Νεαρός ασθενής ηλικίας 8 ετών, με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό, προσήλθε στην Μεταπτυχιακή Κλινική της Παιδοδοντιατρικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης ως επείγον περιστατικό μετά από παραπομπή από το οδοντιατρικό τμήμα νοσοκομειακής κλινικής λόγω έντονου πόνου και παρουσίας συριγγίου στην περιοχή του μόνιμου άνω αριστερού κεντρικού τομέα (#21). (Εικ.1)

Στο οδοντιατρικό του ιστορικό, ο ασθενής αναφέρει



Εικόνα 2. Πανοραμική ακτινογραφία του ασθενή.

ιστορικό πόνου και οιδήματος προ 10 μηνών που οδήγησαν στην λήψη πανοραμικής ακτινογραφίας (Εικ.2) και αντιμικροβιακής αγωγής μετά από παρότρυνση του τότε γενικού οδοντιάτρου. Για αδιευκρίνιστους λόγους, διάγνωση και θεραπεία δεν πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τους γονείς του ασθενούς. Στην επίσκεψη τους, στην νοσοκομειακή κλινική πραγματοποιήθηκε λήψη οπισθοφατνιακής ακτινογραφίας της περιοχής των άνω τομέων. (Εικ. 3)

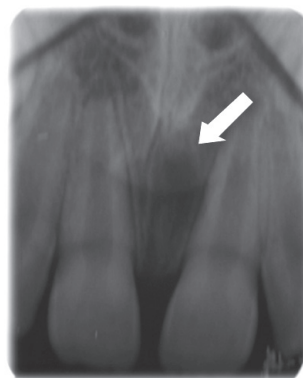
Κλινική και ακτινογραφική εξέταση

Η κλινική εξέταση αποκάλυψε την ύπαρξη υπερπλαστικής βλάβης στον παρειακό βλεννογόνο της περιοχής του δοντιού 21 υπό μορφή συριγγίου, την παθολογική κινητικότητα των τεσσάρων άνω τομέων και την θετική αντίδραση αυτών στις δοκιμασίες ζωτικότητας (ψυχρό και ηλεκτρικό). Ιστορικό τραύματος δεν αναφέρεται ενώ ο ασθενής είχε καλή στοματική υγεία. Από την πανοραμική και οπισθοφατνιακή ακτινογραφία της περιοχής αποκαλύφθηκε μια καλά περιγεγραμμένη μονήρης ακτινοδιααγαστική βλάβη, σχήματος οβάλ-σταγόνα από δάκρυ, μεταξύ των ριζών του αριστερού κεντρικού τομέα (#21) και το δεξιού κεντρικού τομέα (#11). (Εικ.2,3) Οι ρίζες του αριστερού κεντρικού και πλάγιου τομέα παρουσίαζαν ελαφρά απόκλιση. Μέρους της ακτινολογικής εξέτασης, αποτέλεσε η λήψη νέας οπισθοφατνιακής ακτινογραφίας με τη χρήση κώνου γουταπέρκας στην περιοχή της υπερπλαστικής βλάβης, με σκοπό τον αποκλεισμό οποιαδήποτε φλεγμονώδους αντίδρασης του πολφού. (Εικ.4)

Διάγνωση και αντιμετώπιση

Παρά την ασυμφωνία ως προς την ηλικία εμφάνισης και την θέση εντόπισης, τα κλινικά και ακτινογραφικά ευρήματα της βλάβης παρέπεμψαν σε πιθανή διάγνωση ΠΠΚ. Αποφασίστηκε λοιπόν η χειρουργική εκπυρνήνιση της βλάβης και η μετεγχειρητική ιστολογική εξέταση του δείγματος.

Μετά την επαρκή τοπική αναισθησία της περιοχής (1½ αμπούλας αρτικαΐνης 1:80.000), πραγματοποιήθηκε προ-



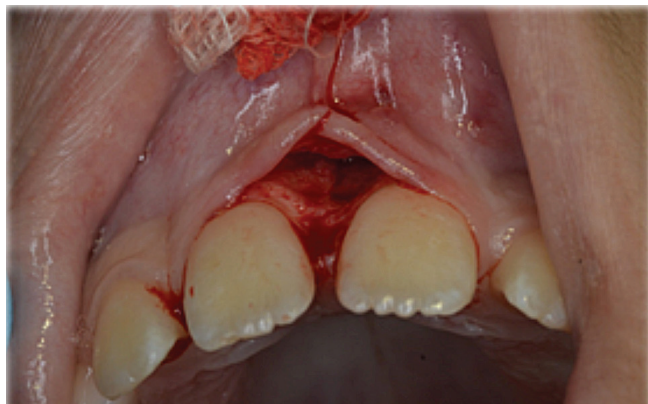
Εικόνα 3. Οπισθοφατνιακή ακτινογραφία της περιοχής των άνω τομέων



Εικόνα 4. Χρήση κώνου γουταπέρκας στην περιοχή του συριγγίου για τη λήψη νέας οπισθοφατνιακής ακτινογραφίας. Δεν παρατηρείται επικοινωνία του συριγγίου και του τοιχώματος της κύστης πιθανόν λόγω της χρονιότητας του συριγγίου (αντί αποστήματος) και των υποτροπών αυτού που μπορεί να οδήγησαν στη δημιουργία επαναπρόσφυσης στην περιοχή.

στοματικός κρημνός, ανεστραμμένου L σχήματος και αποκόλληση του βλεννογονοπεριόστεου. Με σκοπό την πρόσβαση στην ενδοοστική βλάβη δημιουργήθηκε οστικό παράθυρο ικανοποιητικού μεγέθους ώστε να μπορεί να πραγματοποιηθεί ολική εκπυρνήνιση της κύστης. Την αφαίρεση της βλάβης ακολούθησαν πλύσεις της κοιλότητας με φυσιολογικό ορό, επανατοποθέτηση του κρημνού και συρραφή του με διακεκομμένες ραφές (ράμμα μεταξύ Νο 3-0). (Εικ.5)

Η κυστική αλλοίωση, μεγέθους 0.8x0.4x0.4cm, απεστάλη για ιστολογική εξέταση. Σύμφωνα με την μικροσκοπική περιγραφή, επρόκειτο για μια καλοήγη κυστική

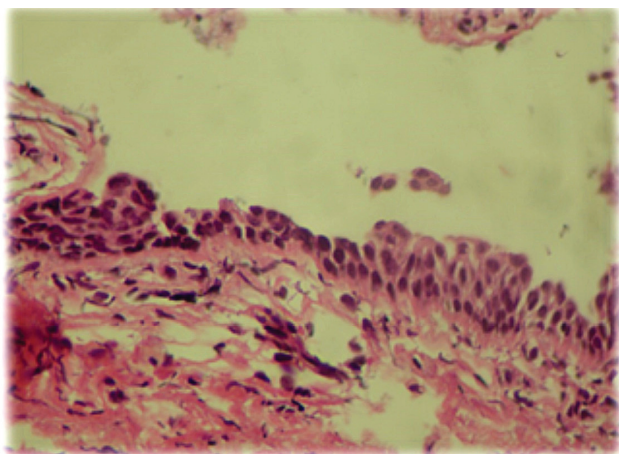
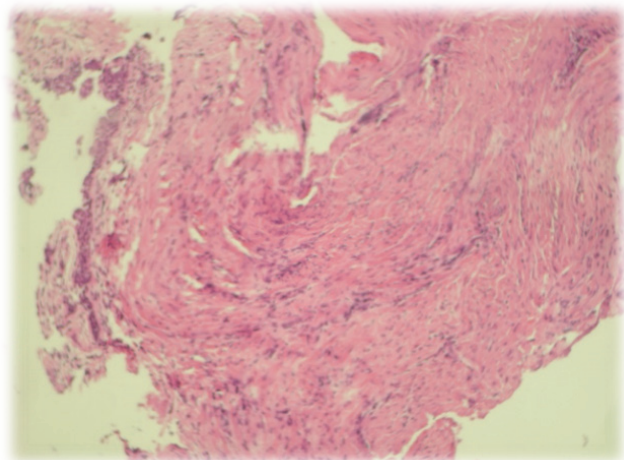
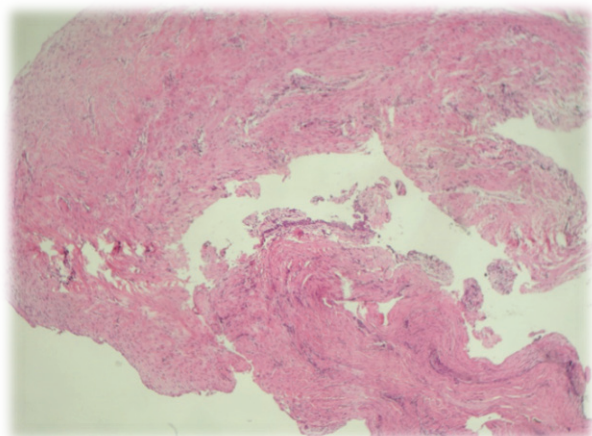


Εικόνα 5: Στάδια χειρουργικής εκπαρήνισης της κύστης .

βλάβη, με εκτεταμένη επιθηλιακή απογύμνωση. Εσιακά, η κύστη επενδύεται από τρεις με τέσσερις στίχους πλακών ή κυβοκυλινδρικών κυττάρων, χωρίς ατυπίες. Τέλος, το τοίχωμα της κύστης είναι ινώδες, με εσιακές λεμφοκυτταρικές διηθήσεις πιθανόν λόγω της χρονιότητας της βλάβης και των πιθανών υποτροπών αυτής.(Εικ.6-8) Τα

ιστολογικά ευρήματα επιβεβαίωσαν την αρχική διάγνωση της πλάγιας περιοδοντικής κύστης, απορρίπτοντας την πιθανότητα ύπαρξης φλεγμονώδους αιτιολογίας πλάγιας περιρριζικής κύστης, οδοντογενούς κερατινοκύστης ή οδοντογενούς όγκου.

Η αφαίρεση των ραμμάτων πραγματοποιήθηκε μια



Εικόνες 6-8. Ιστολογικές εικόνες με εκτεταμένη επιθηλιακή απογύμνωση, παρουσία 3-4 στίχων πηλακώδων ή κυβοκυλινδρικών κυττάρων, χωρίς ατυπίες.

εβδομάδα μετά την χειρουργική επέμβαση, με φυσιολογική επούλωση και χωρίς επιπλοκές. Στον 6μηνιο επανέλεγχο, παρατηρήθηκε επούλωση του συριγγίου κλινικά και περιορισμός της ακτινοδιαγνωστικής περιοχής ακτινογραφικά (Εικ.9). Τα δόντια παρέμεναν ασυμπτωματικά με φυσιολογική αντίδραση στις δοκιμασίες πολφού. Δεν ήταν δυνατή η περαιτέρω παρακολούθηση του περιστατικού λόγω μετοίκησης του ασθενούς στο εξωτερικό. Η περιγραφή όμως κλινική και ακτινογραφική εικόνα του 6μηνιού επανελέγχου υποδηλώνει την καλή πορεία επούλωσης της περιοχής.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αιτιοπαθογένεια της ΠΠΚ δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως. Γενετικοί, τοπικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες (ιστορικό τραύματος) καθώς και ορμονολογικοί παράγο-

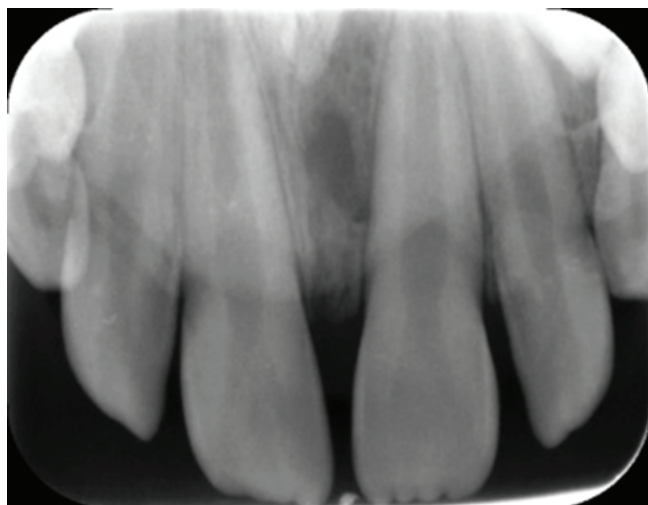
ντες μπορούν να συσχετιστούν με τη δημιουργία ΠΠΚ^{2,21}. Τα διαυγή κύτταρα της ΠΠΚ εμφανίζουν παρόμοια κυτταρική αρχιτεκτονική με τα κύτταρα που προέρχονται από εμβρυϊκά υπολείμματα του οδοντικού επιθηλίου, επιβεβαιώνοντας έτσι την οδοντογενή προέλευση της^{2,3,11,22}. Το πρόβλημα όμως που δημιουργείται αφορά την πηγή προέλευσης του οδοντογενούς επιθηλίου¹⁸. Σύμφωνα με τους Angeloroulou και Angeloroulos υπάρχουν τρεις πιθανές θεωρίες που εξηγούν καλύτερα τον σχηματισμό των ΠΠΚ: α) το λεπυθθέν επιθήλιο της αδαμαντίνης, β) τα επιθηλιακά υπολείμματα της οδοντικής ταινίας και γ) τα επιθηλιακά υπολείμματα του Malassez¹⁴.

Σύμφωνα με την πρώτη θεωρία, οι Altin και Shear υποστηρίζουν την ύπαρξη πολλών μορφολογικών-ιστολογικών ομοιοτήτων μεταξύ του λεπυθθέν επιθηλίου της αδαμαντίνης και του επιθηλίου των ΠΠΚ. Μετά την ολοκλήρωση της ανατολής του δοντιού, είναι πιθανόν κύτταρα του οδοντοθυλακίου να παραμείνουν στην πλάγια περιοχή της ρίζας του δοντιού και να οδηγήσουν στο σχηματισμό της ΠΠΚ, όπως ακριβώς συμβαίνει και στις οδοντοφόρες κύστες².

Η δεύτερη θεωρία σχετίζεται με την δημιουργία της ΠΠΚ από τα επιθηλιακά υπολείμματα της οδοντικής ταινίας καθώς η ιστοπαθολογική εικόνα της ΠΠΚ χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη διαυγών κυττάρων πλούσιων σε γλυκογόνο που επίσης εντοπίζεται στην οδοντική ταινία⁷.

Τέλος, σύμφωνα με την τρίτη θεωρία, παρά τα ελλιπή στοιχεία της βιβλιογραφίας, υποστηρίζεται ότι η ΠΠΚ σχηματίζεται από τα επιθηλιακά υπολείμματα του Malassez λόγω της εντόπισης αυτών στην επιφάνεια της ρίζας του δοντιού στην περιοχή δημιουργίας της^{2,23}.

Άλλες θεωρίες που σχετίζονται με την παθογένεση της ΠΠΚ είναι η παραμονή μιας ήδη υπάρχουσας οδοντοφόρου κύστης μετά την ανατολή του δοντιού καθώς και η πιθανή προέλευση της ως αρχέγονης κύστης ενός υπεράριθμου οδοντικού σπέρματος^{24,25}. Η τελευταία θεωρία υπο-



Εικόνα 9. Ακτινογραφική εικόνα στους 6 μήνες

στηρίζεται από τον υψηλό επιπολασμό της ΠΠΚ στην περιοχή του προγομφίου της κάτω γνάθου και τον αυξημένο αριθμό υπεράριθμων δοντιών στην ίδια περιοχή^{26,27}.

Τα ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά της ΠΠΚ είναι συνήθως αρκετά για να επιτρέψουν τη διαφοροδιάγνωση από άλλες κυστικές αλλοιώσεις που παρουσιάζονται στην ίδια θέση και μπορεί να φέρουν την ίδια κλινική και ακτινογραφική εικόνα¹³. Η διαφορική διάγνωση της ΠΠΚ πρέπει να γίνεται ανάμεσα σε δυο ευρείες κατηγορίες: α. τις αναπτυξιακές οδοντογενείς κύστεις όπως την ουλική κύστη των ενηλίκων, τις οδοντογενείς κερατινοκύστεις, τις πλάγιες οδοντοφόρες κύστεις καθώς και ορισμένους οδοντογενείς όγκους όπως το αδαμαντινοβλάστωμα και τα οδοντώματα πριν την ενασβεστίωση^{3,28} και β. τις φλεγμονώδεις κύστεις όπως τις φλεγμονώδεις παράπλευρες κύστεις¹⁸.

Όσον αφορά τις ουλικές κύστεις των ενηλίκων παρουσιάζουν την ίδια ιστογένεση, τα ίδια κλινικά χαρακτηριστικά και θέση έδρασης όπως η ΠΠΚ, αλλά τα υπολείμματα του οδοντογενούς επιθηλίου εμφανίζονται στους μαλακούς ιστούς και όχι στα οστά, συνεπώς δεν υπάρχουν ακτινογραφικά ευρήματα²⁹. Οι οδοντογενείς κερατινοκύστεις χαρακτηρίζονται από επιθετική μορφή εξέλιξης και παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα επανεμφάνισης μετά την χειρουργική αφαίρεση⁶. Οι οδοντοφόρες κύστεις πάντα σχετίζονται με την ύπαρξη έγκλειστου δοντιού, συνήθως τρίτου γομφίου³⁰. Υψίστης σημασίας είναι η διαφορική διάγνωση της ΠΠΚ από την πλάγια περιρριζική κύστη πολφικής αιτιολογίας που χαρακτηρίζεται από αρνητικά ευρήματα στις δοκιμασίες ζωτικότητας. Λανθασμένη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε άσκοπη ενδοδοντική θεραπεία παρακείμενων

δοντιών³⁰. Τέλος, διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από την φλεγμονώδη παράπλευρη κύστη στην οποία συνυπάρχει φλεγμονή του περιρριζίου²⁰.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΠΠΚ περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο την χειρουργική εκκυρήνιση της κύστης, επιτρέποντας την πλήρη οστική επούλωση της ενδοοστικής βλάβης να επέλθει σε δεύτερο χρόνο αυθόρμητα και φυσιολογικά. Μείωση του χρόνου επούλωσης φαίνεται να μπορεί να επέλθει με τη συνδυαστική χρήση της χειρουργικής τεχνικής και του διοδικού laser³¹. Στην βιβλιογραφία έχουν προταθεί η χρήση οστικών μοσχευμάτων και μεμβράνης κολλαγόνου με ενθαρρυντικά αποτελέσματα^{17,30,32,33}. Στο παρόν περιστατικό, δεν κρίθηκε αναγκαία η χρήση οστικού μοσχεύματος λόγω του νεαρού της ηλικίας του ασθενούς. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται κατά τη διάρκεια της χειρουργικής διαδικασίας να μην τραυματιστούν οι ρίζες των παρακείμενων δοντιών. Τέλος, οποιαδήποτε ενδοδοντική ή περιοδοντική θεραπευτική παρέμβαση θεωρείται περιττή και πρέπει να αποφεύγεται, εφόσον έχει πραγματοποιηθεί η σωστή διάγνωση και η χρήση κατάλληλων βοηθητικών διαγνωστικών μέσων (δοκιμασίες ζωτικότητας)^{11,13,17}.

Σε γενικές γραμμές, η πρόγνωση των ΠΠΚ, μονοκυστικού αλλά και πολυκυστικού τύπου, θεωρείται καλή με ποσοστό υποτροπής της τάξεως του 3% με 4%^{5,11}. Αν και στην βιβλιογραφία, στις περισσότερες αναφορές περιστατικών ΠΠΚ, ο χρόνος παρακολούθησης είναι είτε ελλιπής είτε περιορισμένος, με αποτέλεσμα να μην γνωρίζουμε τον πραγματικό αριθμό υποτροπών, γίνεται αναφορά υποτροπών ακόμη και μετά από δεκαετίες, με τις βοτρυοειδείς οδοντογενείς κύστεις να εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά (17%). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η ολική χειρουργική εκκυρήνιση των πολυκυστικών βλαβών είναι πιο δύσκολη¹³. Τέλος, οι Rasmussen και συν. αναφέρουν αυξητικό ρυθμό υποτροπής των ΠΠΚ της τάξεως του 0.7mm το χρόνο⁵.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ΠΠΚ είναι σπάνια μορφή, ιδιαίτερα στην παιδική και εφηβική ηλικία, αναπτυξιακής προέλευσης οδοντογενούς κύστη στην πλάγια περιοχή της ρίζας ενός δοντιού. Συνήθως αποτελεί τυχαίο κλινικό εύρημα, αλλά μπορεί να δώσει και κλινικά συμπτώματα όπως στην περίπτωση που προαναφέραμε. Η αιτιολογία της παραμένει άγνωστη, αλλά με τη σωστή θεραπευτική παρέμβαση και την αποφυγή λανθασμένων χειρισμών, η πρόγνωση της θεωρείται καλή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Krier PW. Lateral periodontal cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1980 May;49(5):475.
2. Altini M, Shear M. The lateral periodontal cyst: an update. *J Oral Pathol Med.* 1992 Jul;21(6):245-50.
3. Kerezoudis NP, Donta-Bakoyianni C, Siskos G. The lateral periodontal cyst: aetiology, clinical significance and diagnosis. *Endod Dent Traumatol.* 2000 Aug;16(4):144-50.
4. Kreidler JF, Raubenheimer EJ, van Heerden WF. A retrospective analysis of 367 lesions of the jaw – the Ulm experience. *J Craniomaxillofac Surg* 1993;21:339–41.
5. Rasmusson LG, Magnusson BC, Borrmann H. The lateral periodontal cyst. A histopathological and radiographic study of 32 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1991; 29:54–
6. de Andrade M, Silva AP, de Moraes Ramos-Perez FM, Silva-Sousa YT and da Cruz Perez DE: Lateral periodontal cyst: report of case and review of the literature. *Oral Maxillofac Surg* 16: 83- 87, 2012.
7. Wysocki GP, Brannon RB, Gardner DG and Sapp P: Histogenesis of the lateral periodontal cyst and the gingival cyst of the adults. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 50:327-334, 1980.
8. Yang Y, Xia X, Wang W, Qin M. Uncommon fusion of teeth and lateral periodontal cyst in a Chinese girl: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011 Oct;112(4):e18-20.
9. Govil S, Gupta V, Misra N, Misra P. Bilateral lateral periodontal cyst. *BMJ Case Rep.* 2013 May 10;2013.
10. Kumuda A.R.H.T., Shetty S.R., Babu S. Unusual Clinicoradiographic Presentation of a Lateral Periodontal Cyst. *J Dent (Tehran).* 2012 Autumn; 9(4): 265–269.
11. 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;81:210-6.
12. Cohen DA, Neville BW, Damm DD and White DK. The lateral periodontal cyst. A report of 37 Cases. *J Periodontol* 54, 230-234, 1983.
13. Siponen M, Neville BW, Damm DD, Allen CM. Multifocal lateral periodontal cysts: a report of 4 cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;111:225-233.
14. Angelopoulou E, Angelopoulos AP. Lateral periodontal cyst. Review of the literature and report of a case. *J Periodontol* 1990;61:126-31.
15. Standish SM, Shader WG. The lateral periodontal cyst. *J Periodontol* 1958;29:27-33.
16. Phelan JA, Kritchman D, Fusco-Raner M, Freedman PD, Lumerman H. Recurrent botryoid odontogenic cyst (Lateral periodontal cyst). *Oral Surg* 1988;66: 345-348.
17. Meseli SE, Agrali OB, Peker O, Kuru L. Treatment of lateral periodontal cyst with guided tissue regeneration. *Eur J Dent* 2014;8:419-23.
18. Βασιλείου ΑΒ. Πλάγια περιοδοντική κύστη. Περιγραφή περίπτωσης και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Στοματολογία* 2003,60(1):27-33
19. Redman RS, Whitestone BW, Winne CE, Hudec MW, Patterson RH. Botryoid odontogenic cyst: report of a case with histologic evidence of multicentric origin. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1990;19:144-6.
20. de Carvalho LF, Lima CF, Cabral LA, Brandão AA, Almeida JD. Lateral Periodontal Cyst: a Case Report and Literature Review. *J Oral Maxillofac Res* 2010 (Oct-Dec);1(4):e5.
21. Difio PM, Hartwell GR, Gordon F. Median mandibular lateral periodontal cyst. *Oral Surg* 1987;63: 545-550.
22. Nikitakis NG, Brooks JK, Melakopoulos I, Younis RH, Scheper MA, Pitts MA, Al-Mubarak H, Sklavounou A. Lateral periodontal cysts arising in periapical sites: a report of two cases. *J Endod.* 2010 Oct;36(10):1707-11.
23. Buckley FM, Huntley P, Speight PM. A lateral periodontal cyst in association with a follicular cyst. *Br Dent J* 1989;167: 26-28.
24. Wood KN, Goaz PW. Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions. 5th ed. St. Louis: Mosby; 1997. p. 305-6.
25. Kumuda AR, Sheety R, Babu S. Unusual clinicoradiographic presentation of a lateral periodontal cyst, *Journal of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran* 2012, vol 9, No4 :265-269.
26. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A Textbook of oral pathology. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 265-268, 1983.
27. Saygun I., Ozdemir A., Safali M. Lateral Periodontal Cyst. *Turk J Med Sci*: 31 (2001)375-378.
28. Formoso-Senande MF, Figueiredo R, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Lateral periodontal cysts: A retrospective study of 11 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008 May;13(5):E313-7.
29. Tolson GE, Czuszek CA, Billman MA, Lewis DM. Report of a lateral periodontal cyst and gingival cyst occurring in the same patient. *J Periodontol.* 1996 May;67(5):541-4.
30. Melzer JA. Lateral periodontal cyst: report of a case with 1-year reentry. *Int J Periodont Rest Dent* 1999;19: 299-303.
31. A New Approach for the Treatment of Lateral Periodontal Cysts with an 810-nm Diode Laser. Isola G, Matarese G, Lo Giudice G, Briguglio F, Alibrandi A, Crupi A, Cordasco G, Ramaglia L. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2017 Jan/ Feb;37(1):e120-e129.
32. Managing a Lateral Periodontal Cyst With Bone Graft: A Computed Tomography Assessment 18 Months Postoperatively. Livada R, Shiloah J, Anderson KM, Callahan WR. *Compend Contin Educ Dent.* 2017 Jan;38(1):e5-e8.
33. Lehrhaupt NB, Brownstein CN, Deasy MJ. Osseous repair of a lateral periodontal cyst. *J Periodontol* 1997;68: 608-611.