

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

ΠΛΑΓΙΑ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΚΥΣΤΗ:
ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣI. Β. ΦΡΥΤΑΚΗ¹, Π. ΤΑΜΙΩΛΑΚΗΣ¹, Σ. ΜΕΡΚΟΥΡΕΑ²,
Χ. ΓΚΙΛΑΣ², Κ. Ι. ΤΟΣΙΟΣ³

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Η πλάγια περιοδοντική κύστη (ΠΠΚ) είναι μια σπάνια αναπτυξιακή οδοντογενής κύστη, η κλινική και ακτινογραφική εικόνα της οποίας μπορεί κάποιες φορές να προβληματίσει το γενικό οδοντίατρο, θέτοντας ζητήματα διαφορικής διάγνωσης μεταξύ άηλων κυστικών, αηλών και νεοπλασματικών εξεργασιών. Παρουσιάζεται περίπτωση ΠΠΚ σε άνδρα 68 ετών, με κλινική εικόνα κλυδάζουσας διόγκωσης των ούλων της κάτω γνάθου και ακτινογραφική εικόνα μονόχωρης ακτινοδιαύγασης μεταξύ των ριζών των #44 και #43, εκ των οποίων ο δεύτερος είχε ταυτόχρονα περιακρορριζική βλάβη. Η ΠΠΚ αντιμετωπίστηκε με εκφυρήνιση και υποτροπίασε τρία έτη μετά. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να δοθεί έμφαση στα γενικά χαρακτηριστικά της ΠΠΚ, και να συζητηθεί η διαφορική διάγνωση και ο πιθανός παθογενετικός μηχανισμός της.

Όροι ευρετηρίασης Πλάγια περιοδοντική κύστη, οδοντογενής κύστη

¹ Προπτυχιακός Φοιτητής/τρια Εργαστηρίου Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

² Μεταπτυχιακός Φοιτητής/τρια Α' κύκλου Εργαστηρίου Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

³ Επίκουρος Καθηγητής Εργαστηρίου Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Υπεύθυνος επικοινωνίας

Π. Ταμιωλάκης
Αμυκλών 41 Λαμπρινή, 11142 Αθήνα
Τηλ.: 6947550504
E-mail: ptamiolakis@hotmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πλάγια περιοδοντική κύστη (ΠΠΚ) είναι μια σχετικά σπάνια αναπτυξιακή οδοντογενής κύστη των γνάθων,¹ η οποία αντιπροσωπεύει το 0,4% όλων των οδοντογενών κύστεων και το 0,7-1,5% των κύστεων των γνάθων.²⁻⁵ Περιγράφηκε για πρώτη φορά ως ξεχωριστή οντότητα από τους Standish & Shafer το 1958.⁶ Η κύρια κλινική της σημασία έγκειται στο ότι δε σχετίζεται με φλεγμονή και νέκρωση του πολφού και των περιακρορριζικών ιστών, οπότε με την αναγνώρισή της αποφεύγονται άσκοπες οδοντιατρικές θεραπείες.²

Εντοπίζεται κυρίως στην κάτω γνάθο, σε ποσοστό το οποίο σε πρόσφατη ανασκόπηση αγγίζει το 73,9%,³ με ιδιαίτερη προτίμηση για την περιοχή προγομφίων-κυνόδοντα, και ακολουθεί η άνω γνάθος και κυρίως η περιοχή πηλαγίου τομέα-κυνόδοντα. Άλλες λιγότερο συχνές θέσεις εντόπισης είναι η περιοχή

CASE REPORT

LATERAL PERIODONTAL CYST:
A CASE REPORTI. V. FRYTAKI¹, P. TAMIOLAKIS¹, S. MERKOUREA²,
H. GKILAS², K. I. TOSIOS³

ABSTRACT The lateral periodontal cyst (LPC) is a rare developmental odontogenic cyst. Its clinical and radiographic appearance sometimes raises differential diagnosis issues and complicates dental management, as it can be similar to other cystic or even neoplastic lesions. A case of LPC in a 68-year-old male is reported. The lesion clinically appeared as a fluctuant gingival swelling of the mandible and was radiographically characterized as a unilocular radiolucency between the roots of #44 and #43, the latter having a periapical lesion as well. LPC was treated by enucleation and recurred after three years. The aim of this study is to lay emphasis on the general characteristics of LPC and comment on its differential diagnosis and pathogenesis.

Key words Lateral periodontal cyst, odontogenic cyst

¹ Undergraduate Student, Department of Oral Pathology and Medicine, Dental School, UoA

² Postgraduate student, Department of Oral Pathology and Medicine, Dental School, UoA

³ Assistant Professor, Department of Oral Pathology and Medicine, Dental School, UoA

Correspondence

P. Tamiolakis
41 Amyklon Str. Lamprini, 11142 Athens
E-mail: ptamiolakis@hotmail.com

των προσθίων δοντιών της κάτω γνάθου και των προγομφίων της άνω γνάθου,² ενώ σπάνια έχουν αναφερθεί ΠΠΚ στην περιοχή των γομφίων³ ή αμφοτερόπλευρα.⁷ Το ηλικιακό εύρος κυμαίνεται μεταξύ 13-85 χρόνων,^{2,8,9} με αυξημένη επίπτωση στην 5η-7η δεκαετία της ζωής.^{3,9,10} Σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς, δεν παρατηρείται προτίμηση φύλου,^{5,11} ενώ άηλοι διαπιστώνουν ήπια έως σαφή υπερχολή των ανδρών.^{1,2,9}

Η ΠΠΚ είναι ασυμπτωματική σε περισσότερο από το 1/3 των ασθενών και συνήθως αποτελεί τυχαίο ακτινογραφικό εύρημα,^{2,12} ενώ στο 33% - 57% αναφέρεται περιοδικό οίδημα, εκροή υγρού και ευαισθησία στην ψηλάφηση.^{12,13} Τα παρακείμενα της βλάβης δόντια είναι συνήθως ζωντανά^{5,12} και δεν παρατηρούνται περιοδοντικοί θύλακοι.¹² Μπορεί, ωστόσο, να υπάρχει συμπτωματική νέκρωση^{2,5} ή/και περιοδοντική

βλάβη, ευρήματα που δυσκολεύουν τη διαφορική διάγνωση.¹² Επίσης, μπορεί να αναπτυχθεί σε θέσεις όπου υπάρχουν ενδοδοντικά θεραπευμένα δόντια ή σε νωδές περιοχές.¹⁴ Επομένως, η παρουσία νεκρών ή θεραπευμένων δοντιών δεν αποκλείει τη διάγνωση ΠΠΚ.

Ακτινογραφικά, η ΠΠΚ παρουσιάζεται ως μονόχωρη, καλή περιγεγραμμένη, ωσειδής, κυκλική ή σχήματος δακρύου ακτινοδιαύγαση.^{1,12-14} Αναπτύσσεται ανάμεσα στις ρίζες των δοντιών, μεταξύ του αυχενικού και ακρορριζικού τριτημορίου της ρίζας,^{3,14} αλλά έχουν αναφερθεί και ακρορριζικές εντοπίσεις.¹² Παρουσιάζει ακτινοσκιερό όριο,^{3,13,14} εκτός αν επιμολυνθεί, οπότε το όριο μπορεί να είναι ασαφές.¹ Δεν παρατηρείται απορρόφηση των ριζών των παρακείμενων δοντιών, τα οποία μπορεί ωστόσο να έχουν παρεκτοπισθεί.^{2,3} Το μέγεθος κυμαίνεται από 0,1-2,5cm,^{2,9,14} με τις περισσότερες βλάβες να είναι 0,3-0,7cm.^{2,9} Η ΠΠΚ θεωρείται ότι αναπτύσσεται αργά,² με μέσο ρυθμό ανάπτυξης τα 0,7mm ανά έτος.¹¹

Η ιστολογική εικόνα της ΠΠΚ είναι διαγνωστική.^{14,15} Χαρακτηρίζεται από την παρουσία λεπτού, πολύστιβου πλάκωδους, μη-κερατινοποιημένου επιθηλίου αποτελούμενου από 1-5 σειρές κυττάρων, με εστιακές παχύνσεις.^{12,14}

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται περίπτωση ΠΠΚ, με στόχο να δοθεί έμφαση στη διαφορική διάγνωση και να συζητηθεί η παθογένεση.

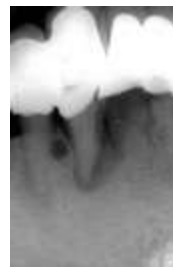
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Άνδρας 68 ετών προσήλθε για αξιολόγηση συμπτωματικής διόγκωσης στην κάτω γνάθο, διάρκειας ενός μήνα. Ο ασθενής είχε επισκεφθεί αρχικά οδοντίατρο, ο οποίος διαπίστωσε παρουσία θυλάκων, εκτεταμένη απώλεια πρόσφυσης και ευαισθησία κατά την επίκρουση στον #43 και προέβη σε λήψη οπισθοφατνιακής ακτινογραφίας, στην οποία παρατήρησε ακρορριζική βλάβη στον #43, αλλά και ακτινοδιαύγαση μεταξύ των #43-#44. Με τη διάγνωση οδοντοφατνιακού αποστήματος χορηγήθηκε αμοξυκυκλίνη με κλαβουλανικό οξύ επί πέντε ημέρες, χωρίς αποτέλεσμα. Ο ασθενής δεν μπορούσε να συσχετίσει τη βλάβη με πιθανό αιτιολογικό παράγοντα. Κατά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού ανέφερε θρομβοφλεβίτιδα και υπέρταση, ρυθμιζόμενες φαρμακευτικά με ετιλεφρίνη, ιβερσαρτάνη με υδροχλωροθειαζίδη, βουφλομεδίλη, κλοπιδογρέλη και λανσοπραζόλη. Κάπνιζε περίπου 20 τσιγάρα ανά ημέρα, από την ηλικία των 20 ετών. Το οικογενειακό του ιστορικό ήταν ελεύθερο.

Στην κλινική εξέταση παρατηρήθηκε ωσειδής κηλοδάχρυσα διόγκωση, κυανής χροιάς και λείας επιφάνειας στα προστοματικά ούλα μεταξύ των #43-#44, σε επαφή με το χαλινό, διαμέτρου περίπου 0,3cm (εικ. 1). Ο υπόλοιπος βλεννογόκος ήταν φυσιολογικός. Κατά την εξωστοματική κλινική εξέταση δεν διαπιστώθηκαν ψηλαφητοί επιχώριοι λεμφαδένες. Η οπισθοφατνιακή ακτινογραφία έδειξε περιρριζική αλλοίωση στον #43 και ωσειδή, καλή περιγεγραμμένη, μονόχωρη



Εικόνα 1. Κλινική εικόνα της βλάβης. Παρατηρείται ωσειδής διόγκωση κυανής χροιάς μεταξύ #43-#44, σε επαφή με το χαλινό.



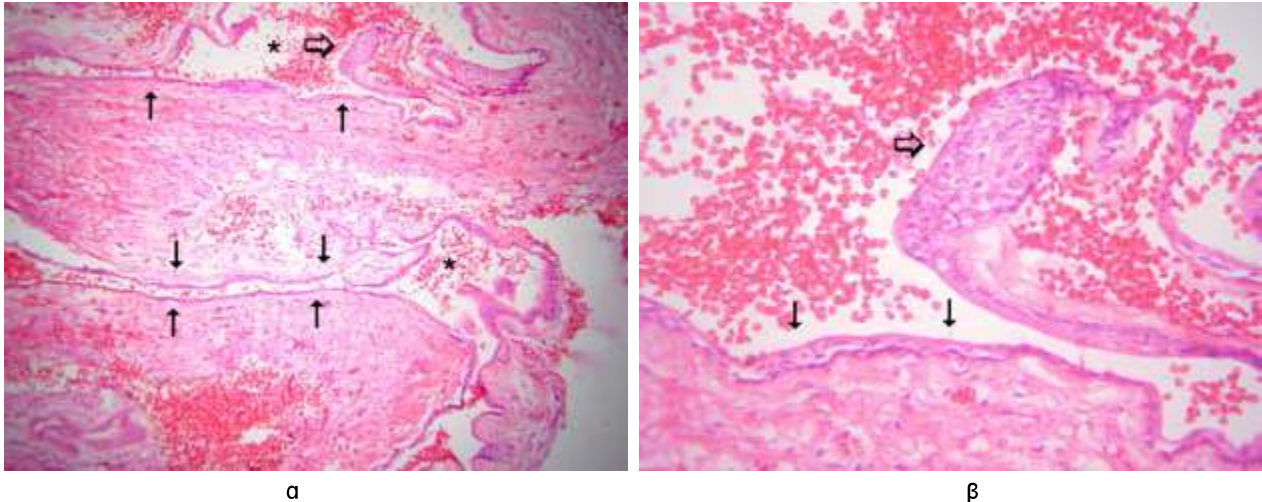
Εικόνα 2. Οπισθοφατνιακή ακτινογραφία. Παρατηρείται περιρριζική αλλοίωση στον #43 και ωσειδής, καλή περιγεγραμμένη, μονόχωρη ακτινοδιαύγαση μεταξύ των #43-#44.

ακτινοδιαύγαση μεταξύ των #43-#44, περίπου στο μέσο τριτημόριο των ριζών τους και εγγύτερα στη ρίζα του #44 (εικ. 2).

Με βάση τα κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα τέθηκε πιθανή κλινική διάγνωση ΠΠΚ. Ακολούθησε εκπαρηγόνηση της βλάβης με τοπική αναισθησία. Κατά την επέμβαση αποκαλύφθηκε ενδο-οστική κοιλότητα με ομαλά τοιχώματα που δεν ερχόταν σε επαφή με τις ρίζες των δοντιών, και έγινε απόξεση των τοιχωμάτων. Το χειρουργικό παρασκεύασμα μονιμοποιήθηκε σε φορμόλη 10% και υποβλήθηκε σε ιστοπαθολογική εξέταση.

Η μικροσκοπική εξέταση τομών πάχους 5μm χρωσμένων με αιματοξυλίνη και νωσίνη έδειξε τμήματα κυστικού τοιχώματος επενδύμενα από λεπτό, μη-κερατινοποιημένο επιθήλιο, πάχους 2-3 σειρών και αποτελούμενο κυρίως από κυβοειδή κύτταρα. Παρατηρήθηκαν, επίσης, εστιακές παχύνσεις με διαυγή κύτταρα και εκτεταμένη αποκόλληση του επιθηλίου από το τοίχωμα, το οποίο αποτελούνταν από κυτταροβριθή και αγγειοβριθή ινώδη συνδετικό ιστό (εικ. 3α, β). Με βάση τα παραπάνω ευρήματα τέθηκε τελική διάγνωση ΠΠΚ. Ο ασθενής παραπέμφθηκε για ενδοδοντική και περιοδοντική θεραπεία του #43.

Τρία έτη μετά, ο ασθενής ανέφερε εκ νέου εμφάνιση διόγκωσης στην ίδια περιοχή, αλλά ασυμπτωματική και μικρότερων διαστάσεων σε σχέση με την πρώτη φορά. Ζητήθηκε νέος απεικονιστικός έλεγχος, αλλά ο ασθενής δε θέλησε να συνεχίσει. Σε τηλεφωνική επικοινωνία έξι μήνες μετά την εμφάνιση της νέας βλάβης, ανέφερε πως οι διαστάσεις της έχουν παραμείνει σταθερές.



Εικόνα 3α. Το τοίχωμα της κυστικής κοιλότητας (*) επενδύεται από λεπτό επιθήλιο (λεπτό βέλος) με εστιακές παχύνσεις (παχύ βέλος). **3β.** Σε μεγαλύτερη μεγέθυνση διακρίνονται τα διαυγή κύτταρα στη θέση πάχυνσης του επιθηλίου (χρώση αιματοξυλίνης και πωσίνης, αρχικές μεγεθύνσεις Α x100 και Β x400).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ΠΠΚ είναι μια αναπτυξιακή οδοντογενής κύστη, με χαρακτηριστική εντόπιση στην πλάγια περιοδοντική χώρα δοντιού με ζωντανό πολφό.¹ Στην περίπτωση που παρουσιάζεται, τα επιδημιολογικά δεδομένα συμφωνούν με αυτά που περιγράφονται στη βιβλιογραφία,^{1-3,5-9,11,12} καθώς ο ασθενής ήταν άνδρας, διένυε την 7η δεκαετία και η βλάβη εντοπιζόταν στην κάτω γνάθο, στην περιοχή κυνόδοντα-προγομφίων.

Η ΠΠΚ είναι συνήθως ασυμπτωματική και αποτελεί τυχαίο ακτινογραφικό εύρημα.^{2,12} Ωστόσο, αύξηση του μεγέθους της μπορεί σπάνια να προκαλέσει διάτρηση του οστικού πετάθου και να οδηγήσει κλινικά στην εμφάνιση κλυδάζουσας διόγκωσης, συνήθως κυανής χροιάς, στα ούλα,^{2,12,16} όπως παρατηρήθηκε και στο συγκεκριμένο ασθενή. Στις περιπτώσεις αυτές, η βλάβη προσομοιάζει κλινικά με την ουλική κύστη των ενήλικων, της οποίας θεωρείται πως αποτελεί το ενδοοστικό ανάλογο.¹⁷ Ο ακτινογραφικός έλεγχος, ο οποίος πρέπει να γίνεται για κάθε βλάβη εντοπιζόμενη στα ούλα, δείχνει την κεντρική ή περιφερική εντόπιση.

Η ακτινογραφική εικόνα της ΠΠΚ θεωρείται χαρακτηριστική, καθώς αυτή παρουσιάζεται συνήθως ως μονόχωρη, καλά περιγεγραμμένη ακτινοδιαύγαση ωοειδούς ή κυκλικού σχήματος ή σχήματος δακρύου μεταξύ των ριζών γειτονικών δοντιών.^{1,3,12,14} Έχουν, ωστόσο, αναφερθεί και περιπτώσεις ΠΠΚ με ακρορριζική εντόπιση¹² και τότε τίθεται ζήτημα διαφορικής διάγνωσης με τις ακρορριζικές κύστεις και τα ακρορριζικά κοκκίωματα. Σε αντίθεση με τις βλάβες οδοντικής αιτιολογίας, οι ΠΠΚ σχετίζονται συνήθως με δόντια με ζωντανό πολφό, γι' αυτό και είναι απαραίτητος ο έλεγχος ζωτικότητας. Η ιδιαιτερότητα της συγκεκριμένης περίπτωσης έγκειται στο ότι το ένα εκ των δύο δοντιών μεταξύ των οποίων αναπτύχθηκε η ΠΠΚ συνοδευόταν από ακρορριζική αθλοίωση. Παρομοίως, σε ακόμη δύο δημοσιευμένες περιπτώσεις,¹² οι ΠΠΚ σχετίζονταν με δόντια με νεκρό πολφό ή με ανάγκη εν-

δοδοντικής θεραπείας, γεγονός το οποίο σε συνδυασμό με την ακρορριζική τους εντόπιση δυσχέρανε τη διαφορική διάγνωση.¹² Στη διαφορική διάγνωση της ΠΠΚ από βλάβες πολφικής αιτιολογίας είναι χρήσιμη η λήψη δύο οπισθοφατνιακών ακτινογραφιών με διαφορετική οριζόντια γωνία λήψης, οπότε αναδεικνύεται η σχέση της βλάβης με τις ρίζες των δοντιών.

Τονίζεται πως η συνήθης ακτινογραφική εικόνα της ΠΠΚ δεν είναι παθογνωμονική, καθώς παρόμοια εικόνα μπορεί να εμφανίσουν άλλες οδοντογενείς κύστεις, όπως οι πλάγιες περιρριζικές κύστεις, οι οποίες σχετίζονται με δόντια με νεκρό πολφό, η αδενοειδής οδοντογενής κύστη και η ενασβεστιούμενη οδοντογενής κύστη.^{1,18} Ακόμη παρόμοια ακτινογραφική εικόνα παρουσιάζουν ο κερατινοκυστικός οδοντογενής όγκος (οδοντογενής κερατινοκύστη),^{1,10,18,19} το μονοκυστικό αδαμαντινοβήλασμα^{10,20} και σπανιότερα το κεντρικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα,^{1,18,21} και το κεντρικό βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα.²² Επομένως, προκειμένου να τεθεί η τελική διάγνωση, είναι απαραίτητη η ιστοπαθολογική εξέταση της βλάβης.

Η ΠΠΚ χαρακτηρίζεται ιστοπαθολογικά από την παρουσία λεπτού, πολυστιβίου πλάκωδους, μη κερατινοποιημένου επιθηλίου, αποτελούμενου από 1-5 σειρές κυττάρων, ανάμεσα στα οποία διακρίνονται διάσπαρτα διαυγή κύτταρα με πυκνωτικό πυρήνα, πλούσια σε γλυκογόνο.^{1,12,13} Κατά τόπους το επενδυτικό επιθήλιο μπορεί να είναι κυβοειδές ή χαμηλό κυλινδρικό ή να αποτελείται από σειρά κυττάρων με άφθονο ηωσινόφιλο κυτταρόπληγμα που προβάλλει στην κυστική κοιλότητα.¹ Εστιακά παρατηρούνται επιθηλιακές παχύνσεις ή «πλάκες» με στροβιλοειδή εμφάνιση ή αποκόλληση του επιθηλίου από τον υποκείμενο συνδετικό ιστό.^{1,2,14} Το κυστικό τοίχωμα αποτελείται από ινώδη συνδετικό ιστό, στον οποίο διακρίνονται υποεπιθηλιακή υαλινοποιημένη ζώνη^{1,14} και νησίδες οδοντογενούς επιθηλίου που προσομοιάζουν με επιθηλιακά υπολείμματα της οδοντικής ταινίας.¹

Όμοια ιστοπαθολογική εικόνα εμφανίζουν η ουλική κύστη των ενήλικων, η οποία είναι αμιγώς περιφερική βλάβη, καθώς και η βοτρυοειδής κύστη, η οποία αποτελεί τον πολυκύστιο τύπο της ΠΠΚ.^{2,12,23}

Ο παθογενετικός μηχανισμός των ΠΠΚ δεν έχει αποσαφηνιστεί.¹³ Σύμφωνα με τους Altini & Shear,⁴ η ΠΠΚ προκύπτει από πολλαπλασιασμό κυττάρων του λεπτυνθέντος επιθηλίου του οδοντικού οργάνου που παραμένουν ως υπολειμματικός οδοντικός ιστός πλάγια της ρίζας του δοντιού, αφού αυτό έχει ανατείθει στο φραγμό. Σύμφωνα με άληθους ερευνητές, η ύπαρξη των διαυγών, πηλούσιων σε γλυκογόνο κυττάρων ανάμεσα στα κύτταρα του επενδυτικού επιθηλίου και στις εστιακές παχύνσεις, καθώς και η παρουσία υπολειμμάτων του Serres στο συνδετικό ιστό, υποδηλώνουν ότι η ΠΠΚ προέρχεται, όπως και η οδοντογενής κερατινοκύστη, από επιθηλιακά υπολείμματα της οδοντικής ταινίας,^{1,24} τα οποία άληθωστε βρίσκονται τις περισσότερες φορές στην προστοματική επιφάνεια του οστού, στις θέσεις που εμφανίζονται συχνότερα οι ΠΠΚ.² Άληθες λιγότερο πιθανές θεωρίες προέλευσης του επενδυτικού επιθηλίου της ΠΠΚ περιλαμβάνουν την ενδιάμεση στιβάδα του οργάνου της αδαμαντίνης στο στάδιο του κώδωνα,²⁵ τα επιθηλιακά υπολείμματα του Malassez¹ και τον κυστικό εκφυλισμό ενός υπερέρριθμου οδοντικού σπέρματος.²⁶

Αναφορικά με τα αίτια που διεγείρουν το οδοντογενές επιθήλιο, έχουν προταθεί γενετικοί παράγοντες,⁴ τοπικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως τραύμα,¹³ και ορμονικοί παράγοντες.¹⁴ Σε δύο περιπτώσεις ΠΠΚ που αναπτύχθηκαν σε σχέση με δόντια με πολφική βλάβη υποστηρίχθηκε ο ρόλος της φλεγμονής στην παθογένεση ή/και στην αύξηση της ΠΠΚ, μέσω της απελευθέρωσης αυξητικών παραγόντων και κυτοκινών στις φλεγμαίνουσες ακρορριζικές περιοχές.¹²

Θεραπεία εκλογής για την ΠΠΚ αποτελεί η εκπαρήνιση με ταυτόχρονη απόξεση των οστικών τοιχωμάτων.^{2,9,14} Αναγκαία είναι η προσεκτική προσέγγιση έτσι ώστε να μη θιγούν οι ρίζες των παρακείμενων δοντιών.^{2,5} Σε αφαίρεση εκτεταμένων βλαβών έχει προταθεί η χρήση μεμβράνης με ή χωρίς οστικό μόσχευμα, για να επιτευχθεί καλύτερη και γρηγορότερη αποκατάσταση του οστικού ελλείμματος.²⁷

Οι ΠΠΚ έχουν χαμηλό ποσοστό υποτροπών που εκτιμάται στο 3-4%. Ο κυριότερος λόγος υποτροπής είναι η μη πλήρης αφαίρεση της βλάβης.⁹ Έχουν αναφερθεί υποτροπές από 15 μήνες ως 7 χρόνια μετά την αρχική αφαίρεση της βλάβης.¹² Συχνότερη θεωρείται η υποτροπή στις βοτρυοειδείς κύστες και αποδίδεται κυρίως στη μορφολογία τους, η οποία καθιστά δυσκολότερη την πλήρη αφαίρεσή τους.²³ Στην περίπτωση που παρουσιάζεται, παρά την προσεκτική απόξεση, η βλάβη υποτροπιάσε τρία χρόνια μετά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Σε κάθε περίπτωση βλάβης εντοπιζόμενης στο βλεννογόνο των ούλων, πρέπει να πραγματοποιείται λήψη οπισθοφανιακής ακτινογραφίας.
2. Οι κεντρικές βλάβες που γειτνιάζουν με ρίζες δοντιών δε σχετίζονται πάντα με οδοντική παθολογία. Ο οδοντίατρος οφείλει να γνωρίζει τη διαφορική τους διάγνωση, προκειμένου να αποφεύγονται άσκοπες ενδοδοντικές και περιοδοντικές θεραπείες ή χειρότερα εξαγωγές.
3. Τα παρακείμενα της ΠΠΚ δόντια είναι συνήθως ζωντανά, αλλιώς η παρουσία νεκρών ή ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών δεν αποκλείει τη διάγνωσή της.
4. Η συνήθης ακτινογραφική εικόνα της ΠΠΚ δεν είναι παθολογική. Προκειμένου να τεθεί η τελική διάγνωση, είναι απαραίτητη η ιστοπαθολογική εξέταση της βλάβης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΑΠ, ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Σ, ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε. Σύγχρονη Στοματική και Γναθοπροσωπική Παθολογία. 3^η έκδοση. *Λίτσας, Αθήνα 2000: 459-465, 488-503.*
2. 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.*
3. DE ANDRADE M, SILVA AP, DE MORAES RAMOS-PEREZ FM, SILVA-SOUSA YT, DA CRUZ PEREZ DE. Lateral periodontal cyst: report of case and review of the literature. *Oral Maxillofac Surg 2012, 16: 83-87.*
4. ALTINI M, SHEAR M. The lateral periodontal cyst: an update. *J Oral Pathol Med 1992, 21: 245-250.*
5. KEREZOUDIS NP, DONTA-BAKOYIANNI C, SISKOS G. The lateral periodontal cyst: aetiology, clinical significance and diagnosis. *Endod Dent Traumatol 2000, 16: 144-150.*
6. STANDISH SM, SHAFER WG. The lateral periodontal cyst. *J Periodontol 1958, 29: 27-33.*
7. LEGUNN KM. Bilateral occurrence of the lateral periodontal cyst: a case report. *Periodontal Case Rep 1984, 6: 56-59.*
8. KUMUDA ARVIND RAO HT, SHETTY SR, BABU S. Unusual clinicoradiographic presentation of a lateral periodontal cyst. *J Dent (Tehran) 2012, 9: 265-269.*

9. FORMOSO SENANDE MF, FIGUEIREDO R, BERINI AYTES L, GAY ESCODA C. Lateral periodontal cysts: a retrospective study of 11 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008, 13: 313-317.
10. ΧΡΗΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Π, ΓΕΩΡΓΑΚΗ Μ, ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε, ΤΟΣΙΟΣ Κ. Αδαμαντινοβηλάστωμα με εικόνα πλάγιας περιρριζικής κύστης. Παρουσίαση περίπτωσης. *Στοματολογία* 2009, 66: 71-76.
11. RASMUSSEN LG, MAGNUSSEN BC, BORRMAN H. The lateral periodontal cyst. A histopathological and radiographic study of 32 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1991, 29: 54-57.
12. ΝΙΚΙΤΑΚΗΣ Ν, ΒΡΟΟΚΣ Τ, ΜΕΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ι, ΤΟΥΝΗΣ Ρ, ΣΧΕΠΕΡ Μ, ΠΙΤΤΣ Μ, et al. Lateral periodontal cysts arising in periapical sites: a report of two cases. *J Endod* 2010, 36: 1707-1711.
13. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΛΒ. Πλάγια περιοδοντική κύστη. Περιγραφή περίπτωσης και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Στοματολογία* 2003, 60: 27-33.
14. 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: 210-216.
15. BAKER RD, D'ONOFRIO ED, CORIO RL, CRAWFORD BE, TERRY BC. Squamous-cell carcinoma arising in a lateral periodontal cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1979, 47: 495-499.
16. ANGELOΠΟΥΛΟΥ Ε, ANGELOΠΟΥΛΟΣ Α. Lateral periodontal cyst. Review of the literature and report of a case. *J Periodontol* 1990, 61: 126-131.
17. KREIDLER JF, RAUBENHEIMER EJ, VAN HEERDEN WFP. A retrospective analysis of 367 cystic lesions of the jaw - the Ulm experience. *J Craniomaxillofac Surg* 1993, 21: 339-341.
18. ΚΟΛΟΚΟΤΡΩΝΗΣ Α, ΕΠΙΒΑΤΙΑΝΟΣ Α. Στοματολογία. *University Studio Press, Θεσσαλονίκη* 2011: 128-138, 164-165, 443-448.
19. FINKELSTEIN MW, HELLSTEIN JW, LAKE KS, VINCENT SD. Keratocystic odontogenic tumor: a retrospective analysis of genetic, immunohistochemical and therapeutic features. Proposal of a multicenter clinical survey tool. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2013, 116: 75-83.
20. GONDAK RO, ROCHA AC, NEVES CAMPOS JG, VARGAS PA, DE ALMEIDA OP, LOPES MA, et al. Unicystic ameloblastoma mimicking apical periodontitis: a case series. *J Endod* 2013, 39: 145-148.
21. FERRETTI C, MUTHRAY E. Management of central giant cell granuloma of mandible using intralesional corticosteroids: case report and review of literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2011, 69: 2824-2829.
22. JOHNSON B, VELEZ I. Central mucoepidermoid carcinoma with an atypical radiographic appearance. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008, 106: 51-53.
23. FARINA VH, BRANDÃO AA, ALMEIDA JD, CABRAL LA. Clinical and histologic features of botryoid odontogenic cyst: a case report. *J Med Case Rep* 2010, 4: 260.
24. WYSOCKI GP, BRANNON RB, GARDNER DG, SAPP P. Histogenesis of the lateral periodontal cyst and the gingival cyst of the adult. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980, 50: 327-334.
25. GREER RO JR 1, JOHNSON M. Botryoid odontogenic cyst: clinicopathologic analysis of ten cases with three recurrences. *J Oral Maxillofac Surg* 1988, 46: 574-579.
26. 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, 112: 18-20.
27. 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: 1360-1364.