

Case Report:

A Large Residual Cyst in the Left Anterior Region of Maxilla: A Case Report

*Samaneh Aghighi Hatamipour¹ , Azra Mohiti¹ , Samira Haji Sadeghi² 

1. Department of Oral Diseases, Faculty of Dentistry, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

2. Department of Oral Diseases, Faculty of Dentistry, University of Qom, Qom, Iran.



Citation Aghighi Hatamipour S, Mohiti A, Haji Sadeghi S. A Large Residual Cyst in the Left Anterior Region of Maxilla: A Case Report. Qom University of Medical Sciences Journal. 2021; 15(2):150-155. <https://doi.org/10.52547/qums.15.2.150>

 <https://doi.org/10.52547/qums.15.2.150>



Received: 10 Feb 2020

Accepted: 01 Apr 2021

Available Online: 01 May 2021

Keywords:

residual cyst, Periapical cyst, Radicular cyst, Enucleation, Cysts, Odontogenic cysts

ABSTRACT

Background and Objectives: residual cyst is an odontogenic cyst that develops after a tooth with a radicular cyst is extracted so that all or part of the cyst remain in place. These cysts are known as asymptomatic inflammatory odontogenic cysts and form approximately 2.2%-18% of odontogenic cysts.

Methods: A 30 years old man patient, referred to the department of oral medicine of Yazd dental university for evaluation of radiolucent lesion seen in panoramic radiography. Large oval shape unilocular radiolucency with well-circumscribed and corticated borders was seen that extended from the distal of left central tooth to the apex of second premolar on the same side. The canine tooth also appeared to be in sinus space.

Conclusion: According to the present study, basically, residual cystic should be considered in differential diagnosis of unilocular radiolucency in edentulous area.

* Corresponding Author:

Samaneh Aghighi Hatamipour

Address: Department of Oral Diseases, Faculty of Dentistry, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Tel: +98 (35) 36255881

E-Mail: drsa.hatami@gmail.com

مقاله موردی:

یک کیست رزیجوال بزرگ در قسمت قدام سمت چپ ماگزیلا: گزارش یک مورد

*سمانه عقیقی حاتمی پور^۱، عذرا محیطی^۱، سمیرا حاجی صادقی^۲

۱. گروه بیماری‌های دهان و دندان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

۲. گروه بیماری‌های دهان و دندان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: کیست رزیجوال، نوعی کیست ادنتوژنیک است که به دنبال کشیدن دندان دارای کیست رادیکولار ایجاد می‌شود، به نحوی که همه یا قسمتی از کیست در محل باقی بماند. کیست مذکور، به عنوان کیست ادنتوژنیک التهابی بدون علامت شناخته شده و حدود ۲/۲-۱۸ درصد از کیست‌های ادنتوژنیک را تشکیل می‌دهد.

روش بررسی: بیمار، آقای ۳۰ ساله بود که جهت ارزیابی ضایعه لوسنت دیده‌شده در گرافی پانورامیک به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی یزد ارجاع شد. ضایعه بیضی شکل رادیولوسنت تک‌حفره‌ای بزرگ با حدود مشخص و کورتیکه، در تنه فک بالا مشاهده شد که از دیستال دندان سانتال سمت چپ ماگزیلا تا حدوداً اپکس دندان پره مولر دوم همان سمت امتداد یافته بود. همچنین به نظر می‌رسید دندان کانین در فضای سینوس قرار داشته باشد.

نتیجه‌گیری: طبق نتایج پژوهش حاضر، اصولاً کیست رزیجوال، باید در تشخیص افتراقی رادیولوسنسی‌های منفرد در ناحیه بی‌دندانی قرار گیرد.

تاریخ دریافت: ۲۲ بهمن ۱۳۹۹
تاریخ پذیرش: ۱۲ فروردین ۱۴۰۰
تاریخ انتشار: ۱۱ اردیبهشت ۱۴۰۰

کلیدواژه‌ها:

کیست رزیجوال، کیست پری آپیکال، کیست رادیکولار، انوکلیشن، کیست‌ها

مقدمه

کیست‌های فکین اساساً به دو دسته ادنتوژنیک و غیرادنتوژنیک تقسیم می‌شوند. کیست‌های ادنتوژنیک ممکن است از اپی تلیوم ارگان مینایی، بقایای غلاف مالاسز، اپیتلیوم مینایی کاهش یافته یا بقایای دنتال لامینا منشأ گیرند [۱]. کیست رزیجوال یکی از شایع‌ترین کیست‌های ادنتوژنیک التهابی فکین است که به علت برداشت ناکامل کیست رادیکولار یا سایر کیست‌های التهابی ممکن است ایجاد شود [۱، ۲]. این کیست‌ها معمولاً بی‌علامت بوده و طی رادیوگرافی‌های روتین کشف می‌شوند [۲]. ساز ضایعه معمولاً ۰/۵ تا ۱ سانتی متر است و به‌ندرت بزرگ‌تر می‌شود [۳] ما در این پژوهش یک مورد کیست رزیجوال با ابعاد بزرگ را مورد بررسی قرار دادیم.

شرح مورد

بیمار یک آقای ۳۰ ساله بود که جهت انجام درمان ایمپلنت

دندان کانین سمت چپ ماگزیلا به کلینیک خاتم‌الانبیاء یزد مراجعه کرده بود و پس از تهیه رادیوگرافی و مشاهده ضایعه لوسنت در ناحیه بی‌دندانی قدام سمت چپ ماگزیلا، جهت بررسی بیشتر به بخش بیماری‌های دهان دانشکده یزد ارجاع شده بود.

در نمای بالینی، هیچ‌گونه تورم (چه داخل و چه خارج دهانی) و آسیمتری وجود نداشت و بیمار هیچ‌گونه شکایتی از وجود یا سابقه درد در ناحیه مذکور، گزارش نکرد. دندان‌های پره مولر اول و دوم سمت چپ ماگزیلا وایتال و دندان لترال سمت چپ نان وایتال و حساس به دق بود. کریپیتوس وجود نداشت و بافت پوشاننده ناحیه، نرمال و هم‌رنگ مخاط اطراف بود. ناحیه در لمس درد نداشت (تصویر شماره ۱).

بین دندان‌های مولر اول و دوم، در ناحیه حدفاصل بین لثه چسبنده و موکو جینجیوال، یک تیزی لمس شد که در نمای ظاهری سفید رنگ بود. بیمار از لحاظ سیستمیک کاملاً سالم

* نویسنده مسئول:

سمانه عقیقی حاتمی پور

نشانی: یزد، دانشگاه علوم پزشکی یزد، دانشکده دندانپزشکی، گروه بیماری‌های دهان و دندان.

تلفن: ۳۶۲۵۵۸۸۱ (۳۵) ۹۸+

رایانامه: drsa.hatami@gmail.com

سمت چپ ماگزیلا باز و به نظر کمی blunt می‌رسید و تاج آن نیز دارای پرکردگی کامپوزیت کلاس ۴ حجیم و نزدیک به پالپ دندان بود. به نظر می‌رسید دندان کانین سمت چپ ماگزیلا، در فضای سینوس قرار داشته باشد، طوری که تاج دندان بین ریشه‌های مولر اول و دوم باشد و از یک‌سوم اپیکال دندان‌های مولر اول و دوم، آکلوزالی تر نباشد.

در سایر دندان‌ها پوسیدگی و تحلیل وجود نداشت. هر چند ریشه دندان‌های پره مولر اول و دوم همان سمت به نظر کمی کوتاه‌تر از سمت مقابل می‌رسید. دیواره مزبالی سینوس به نظر می‌رسید که تحت فشار ضایعه کمی به سمت مخالف حرکت کرده و فضای درون سینوس، تا حدی مه‌آلود بود. در تشخیص‌های افتراقی بیمار، کیست رزیجوال، ادونتوژنیک کراتوسیست، آملوبلاستومای یونی لاکولار و ژانت سل گرانولومای مرکزی قرار گرفت.

با مشاوره بخش جراحی فک و صورت دانشکده، بیمار در بیمارستان شهید رهنمون یزد بستری و ضایعه تحت بیهوشی عمومی با بیوپسی اکسیژنال خارج شد (تصویر شماره ۳).

حین انجام جراحی، پس از برداشت نسج کافی از استخوان و نازک شدن دیواره، آسپیراسیون انجام شد که نشان‌دهنده مایع کهربایی آغشته به خون و با ویسکوزیته بالا بود (تصویر شماره ۴).

دیواره سینوس با دیواره دیستالی ضایعه در ارتباط نبود و این دو دیواره کاملاً از هم مجزا بودند. نمای ظاهری دیواره ضایعه ضخیم و رنگ قرمز قهوه ای داشت (تصویر شماره ۵). نمونه به بخش پاتولوژی بیمارستان رهنمون ارسال و پس از بررسی میکروسکوپی، کیست رزیجوال گزارش شد.



تصویر ۱. تصویر نمای داخل دهانی: فضای بی‌دندانی دندان لترال با بافت پوشاننده به رنگ طبیعی و بدون تورم

بود و سابقه‌ای از ضربه به دندان شیری کانین را در کودکی بیان می‌کرد که زمان دقیق را به خاطر نمی‌آورد که طی این ضربه، دندان کانین شیری لق و سپس توسط خود بیمار خارج شده بود.

در نمای رادیوگرافی پانورامیک (تصویر شماره ۲)، ضایعه رادیولوسنت، منفرد و بیضی‌شکل با ابعاد تقریبی ۳×۴ سانتی‌متر، در تنه فک بالا، با حدود مشخص و کورتیکه دیده شد که از دیستال دندان سانترال سمت چپ ماگزیلا تا حدوداً اپکس دندان پره مولر دوم چپ امتداد یافته بود. ضایعه مذکور، از بُعد فوقانی تحتانی حدوداً از ۲ سانتی‌متری کرست آلوئول شروع شده و ۳ سانتی متر امتداد یافته بود. این ضایعه، ریشه دندان‌ها را نپوشانده بود و در اپکس دندان‌ها قرار داشت. اپکس ریشه دندان لترال



تصویر ۲. تصویر نمای پانورامیک ضایعه‌ای رادیولوسنت، منفرد و بیضی شکل با ابعاد تقریبی ۳×۴ سانتی‌متر، در تنه فک بالا، امتداد یافته از دیستال دندان سانترال سمت چپ ماگزیلا تا حدوداً اپکس دندان پره مولر دوم چپ.



مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

تصویر ۴. تصویر مایع آسپیره شده از ضایعه

رزیجوال نقش داشته باشد. در این پژوهش یک کیست رزیجوال بیضی شکل بزرگ در ناحیه قدام فک بالا، در یک مرد ۳۰ ساله که با جابه جایی دندانی همراه بود بررسی شد.

در برخی مطالعات به جابه جایی های دندانی در اثر کیست رزیجوال اشاره شده است [۱-۴]. کیست ها توسط یک لایه اپیتلیوم مفروش می شوند و ممکن است حاوی مواد مایع یا نیمه جامد باشد. به دنبال پرولیفره شدن سلول های اپیتلیالی، Degeneration و Liquifaction رخ داده و باعث شکل گیری کیست می شود. مواد حاصل از Liquifaction در داخل کیست، باعث فشار بر ساختارهای مجاور شده و منجر به گسترش آن می شود. از آنجایی که غالباً ساختارهای مجاور مقاومت یکسانی را در برابر این فشارها نشان می دهند، کیست به صورت متقارن و دایره ای رشد می کند. اما در برخی موارد به دلیل مقاومت نابرابر شکل ضایعه ممکن است تغییر یافته و بیضی شود. همین امر می تواند در جابه جایی دندانی نیز نقش داشته باشد و حتی گاهی اوقات بر استخوان کورتیکال نیز تأثیر گذاشته و باعث اکسپنشن آن شود [۱].

کیست رزیجوال معمولاً به صورت انوکلیشن، مارسوپالیزاسیون یا دیکامپرشن درمان می شود [۸]. ضایعات کوچک می توانند توسط انوکلیشن درمان شوند. اما کنتر اندیکاسیون هایی برای انوکلیشن وجود دارد، مثلاً در مواردی که سایز ضایعه بزرگ بوده و یا دسترسی مشکل باشد [۸، ۹]. کیست های رزیجوال بزرگ تمایل به گسترش ساختارهای آناتومیک اطراف دارند. بنابراین مارسوپالیزاسیون و به دنبال آن انوکلیشن می تواند یک روش مناسب جهت کاهش سایز کیست باشد [۹]. هر دو روش مارسوپالیزاسیون و دیکامپرشن از راه کاهش فشار داخل کیست باعث کاهش سایز آن می شوند [۲، ۳]. به هر حال انجام این روش ها نیاز به صرف زمان، همکاری خوب بیمار و انجام پروسه های متعدد درمانی دارد.

کارسینوم های ادنتوژنیک داخل استخوانی نظیر اسکواموس



مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

تصویر ۳. خارج کردن ضایعه به روش بیوپسی اکسیژنال و تحت بیهوشی عمومی

بحث

کیست های التهابی جزء شایع ترین کیست های فکین محسوب می شوند [۱-۳]. کیست رزیجوال حدود ۲/۱۸- درصد کیست های ادنتوژنیک را تشکیل داده و معمولاً در دهه سوم زندگی دیده می شود [۴، ۵]. به طور کلی این کیست در مردان بیشتر گزارش شده است [۳-۶]. کامبلیمات^۱ و همکارانش کیست رزیجوال را در مردان سه و نیم برابر شایع تر از زنان گزارش کردند [۷]. در اکثر مطالعات، وقوع کیست رزیجوال در فک بالا نسبت به فک پایین بیشتر گزارش شده است [۱-۷]. در فک بالا علاوه بر پوسیدگی، بروز بالاتر آسیب های تروماتیک که با از دست رفتن دندان همراه است می تواند در پیدایش بیشتر کیست

1. Kambalimath



مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

تصویر ۵. تصویر ماکروسکوپی دیواره کیست: دیواره ضخیم ضایعه با رنگ قرمز قهوه ای

نگارش پیش‌نویس تحقیق و بررسی، ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته، بصری‌سازی: سمانه عقیقی حاتمی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

سل کارسینوما می‌تواند از بقایای غلاف اپیتلیوم ادنتوژنیک ایجاد شود. فراوانی کارسینوم‌های ادنتوژنیک حدود ۱ تا ۲ درصد از تمام سرطان‌های دهانی است [۱۰، ۱۱]. از بین تمام کیست‌های ادنتوژنیک، کیست رادیکولار و رزيجوال بالاترین پتانسیل تغییرات بدخیمی اپیتلیوم را دارند [۱۰]. باندرا^۲ و همکارانش گزارش کردند که کیست‌های رزيجوال و رادیکولار شایع‌ترین (۶۰ درصد) کیست‌های تبدیل‌شده به اسکواموس سل کارسینوما هستند [۱۰]. با توجه به احتمال حضور مدت‌زمان طولانی ضایعه و نگرانی از بروز تغییرات بدخیمی، سایز بزرگ ضایعه و همکاری ضعیف بیمار جهت انجام پروسه‌های متعدد و زمان‌بر سایر گزینه‌های درمانی، تصمیم بر آن شد تا حذف ضایعه به روشی سریع‌تر و با بیوپسی اکسیژنال انجام شود. پاتوژنز تغییرات بدخیمی اپیتلیوم کیست‌های ادنتوژنیک ناشناخته است. برخی محققین پیشنهاد کردند که حضور التهاب مزمن طولانی مدت ممکن است باعث ایجاد فاکتورهای مؤثر در تغییرات بدخیمی در اپیتلیوم کیست شود [۱۰-۱۳].

قبل از مداخلات جراحی بهتر است آسپیراسیون با سوزن گیج ۱۸ و با احتیاط انجام شود. در مطالعه حاضر به دنبال آسپیراسیون خروج ماده کهریایی آغشته به خون و ویسکوز مشاهده شد که در کیست‌های رزيجوال یافته‌ای معمول نیست. حضور طولانی‌مدت ضایعه و تجمع سلول‌های التهابی مزمن در ناحیه می‌تواند باعث ایجاد این مایع شده باشد. برخی از پژوهشگران نیز به خروج مایع مشابه با گزارش حاضر در مطالعات خود اشاره داشته‌اند [۱۴-۱۶].

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه کیست رزيجوال معمولاً در فضای بی‌دندانی ظاهر می‌شود، در صورت مشاهده رادیولوژیسی تک حفره در این ناحیه، این کیست باید در اولویت تشخیص‌های افتراقی قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است.

حامی مالی

این تحقیق هیچ گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، مدیریت پروژه: عذرا محیطی؛ نظارت، اعتبارسنجی و منابع: سمیرا حاجی صادقی؛ تحلیل،

Reference

- [1] Adappa D, Chatra L, Shenai P, Veena KM, Rao PK, Prabhu RV. Residual cyst: A case report. *Int J Adv Health Sci.* 2014; 1(4):24-7. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.684.2109&rep=rep1&type=pdf>
- [2] Glick M. *Burket's oral medicine.* 12th ed. Connecticut. United States: PMPH-USA; 2015. https://books.google.com/books/about/Burket_s_Oral_Medicine_12th_Edition.html?id=cBEqCAAQBAJ
- [3] Wood NK, Goaz PW. *Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions.* 5th ed. London: Mosby; 1997. <https://www.amazon.com/Differential-Diagnosis-Oral-Maxillofacial-Lesions/dp/0815194323>
- [4] Tsvetanov T. Residual cysts: A brief literature review. *Int J Med Dent Sci.* 2016; 5(2):22-9. [DOI:10.19056/ijmdsjssmes/2016/v5i2/100632]
- [5] Pechalova PF, Poriazova EG, Pavlov NV. Residual cyst of the jaws. *Clin Res Stud.* 2011; 323(5):15-7. <http://repository.usmf.md/handle/20.500.12710/8314>
- [6] Shear M, Speight P. *Cysts of the oral and maxillofacial regions.* 4th ed. Oxford: Blackwell and Munksgaard; 2007. <https://www.worldcat.org/title/cysts-of-the-oral-and-maxillofacial-regions/oclc/819203732>
- [7] Kambalimath DH, Kambalimath HV, Agrawal SM, Singh M, Jain N, Anurag B. Prevalence and distribution of Odontogenic Cyst in Indian population: A 10 year retrospective study. *J Maxillo Fac Oral Surg.* 2014; 13:10-5. [DOI:10.1007/s12663-012-0450-y] [PMID] [PMCID]
- [8] Allon DM, Allon I, Anavi Y, Kaplan I, Chaushu G. Decompression as a treatment of odontogenic cystic lesions in children. *J Oral Maxillofac Surg.* 2015; 73(4):649-54. [DOI:10.1016/j.joms.2014.10.024] [PMID]
- [9] Enislidis G, Fock N, Sulzbacher I, Ewers R. Conservative treatment of large cystic lesions of the mandible: A prospective study of the effect of decompression. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 42(6):546-50. [DOI:10.1016/S0266-4356(04)00152-4]
- [10] Bodner L, Manor E, Glazer M, Brennan PA. Cystic lesions of the jaws in edentulous patients: Analysis of 27 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2011; 49:643-6. [DOI:10.1016/j.bjoms.2010.10.009] [PMID]
- [11] Wenguan X, Hao S, Xiaofeng Q, Zhiyong W, Yufeng W, Qingang H, et al. Prognostic factors of Primary Intraosseous Squamous Cell Carcinoma (PIOSCC): A retrospective review. *PLoS ONE.* 2016; 11(4):e0153646. [DOI:10.1371/journal.pone.0153646] [PMID] [PMCID]
- [12] Kolhatkar SA, Rajhans N, Moolya N, Mhaske N, Sabale D, Patil Tand, Enucleation of residual cyst: A case report. *Int J Curr Res.* 2017; 9(9):57314-6. <https://www.journalcra.com/article/enucleation-residual-cyst-case-report>
- [13] Shojaei S, Jamshidi S, Yaripoor S, Shahabinejad M. A rare large residual cyst of the mandible. *Avicenna J Dent Res.* 2016; 8(4):e24825. [DOI:10.17795/ajdr-24825]
- [14] Romero-Blanquicett A, Martínez-Martínez A, Díaz-Caballero AJ. Treatment of a residual cyst located in the upper maxilla: A case report. *Rev Fac Odontol Univ Antioq.* 2018; 30(1):86-91. [DOI:10.17533/udea.rfo.v30n1a11]
- [15] Limbhore M, Patil V, Ramanojam S. Surgical management of residual cyst: A case report. *Era's J Med Res.* 2018; 5(1):81-3. [DOI:10.24041/ejmr2018.68]
- [16] Kumar N, Alchaar N. A large residual cyst associated with mandible: A case report and literature review. *J Med Sci and Clin Res.* 2019; 7(4):525-8. [DOI:10.18535/jmscr/v7i4.90]