



QUISTE LINFOEPITELIAL BENIGNO REPORTE DE DOS CASOS

- **Od. Alven Jesús Antonio Arreaza Indriago.** Residente de primer año de la Maestría en Medicina Estomatológica de la [Facultad de Odontología U.C.V.](#)
e-mail: alvenjesus@yahoo.com.mx
- **Od. Maino Bahamonde.** Residente de segundo año de la Maestría en Medicina Estomatológica de la [Facultad de Odontología U.C.V.](#)
- **Od. Aura Yolanda Osorio,** especialista en Periodoncia. Profesor Asistente de la Cátedra de Clínica Estomatológica y de la Maestría en Medicina Estomatológica de la [Facultad de Odontología U.C.V.](#)
- **Od. Cecilia Jiménez Palacios,** M.Sc. en Medicina Estomatológica, Profesor Asociado de la Cátedra de Clínica Estomatológica y de la Maestría en Medicina Estomatológica de la [Facultad de Odontología U.C.V.](#)

Recibido para arbitraje: 28/02/2003

Aceptado para publicación: 11/04/2003

Resumen

El quiste linfoepitelial es una lesión ubicada en la submucosa, de color amarillento que aparece donde existe tejido linfoide extraamigdalino. Histológicamente es un quiste, cuyo epitelio de revestimiento se encuentra rodeado de tejido linfoide bien circunscrito. Se describen dos casos de quiste linfoepitelial benigno en pacientes adultos que fueron atendidos en el servicio de Clínica Estomatológica de la [Facultad de Odontología de la U.C.V.](#) El tratamiento fue la eliminación quirúrgica de las lesiones. No se presentaron recidivas. El reporte de dos casos en un año en el servicio, demuestra que la lesión no es tan infrecuente como se reporta en la literatura mundial y en nuestro país.

Summary

The lymphoepithelial cyst is a submucous lesion of yellowish color that appears where exists lymph tissue out of tonsil. Histological is a cyst whose coating epithelium is surrounded by a limit lymph tissue. Two cases of benign lymphoepithelial cyst are described in adult patients that were attended in the Stomatology Clinic of the [Faculty of Dentistry of the UCV.](#) The report of two cases in a year in the service shows that the lesion is not so infrequent as report the world dental literature and in our country.

Introducción

Se puede encontrar tejido linfoide ectópico en diferentes de sitios de la boca. En condiciones normales se encuentra en los bordes laterales de la lengua, donde se conoce como tonsila lingual. Los agregados de tejido linfoide se observan comúnmente en el paladar blando, piso de la boca y pilares tonsilares aunque también puede presentarse en otros sitios.¹

El quiste linfoepitelial bucal es una lesión nodular submucosa superficial asintomática, de color amarillento que suele medir menos de 1 cm. de diámetro. Aparece con mayor frecuencia donde existe tejido linfoide extraamigdalino. Los sitios más frecuentes son la parte anterior del piso de la boca y el borde posterolateral de la lengua, sin embargo, puede presentarse en la superficie ventral de la lengua, paladar blando, pilares amigdalinos y orofaringe^{2,3}.

Puede originarse de tejido epitelial atrapado en los ganglios linfáticos u otro tejido linfoide durante el desarrollo embrionario. La proliferación subsecuente de ese epitelio produce una masa clínicamente visible.¹

El intervalo de edad es muy amplio, desde la adolescencia hasta el séptimo decenio de la vida. La distribución por sexos es prácticamente igual.¹

Se ha reportado un notable incremento de la incidencia de quistes linfoepiteliales de las glándulas salivales mayores en pacientes VIH positivos. No está claro el mecanismo de formación de estos quistes en dichos pacientes.^{4,5,6}

Histológicamente el quiste linfoepitelial está revestido por epitelio escamoso estratificado muchas veces paraqueratósico. Pueden existir áreas focales de células columnares pseudoestratificadas o células mucosas. El epitelio de revestimiento está rodeado por un componente linfoide discreto bien circunscrito, a menudo con formación de centro germinal.⁷ Puede tener un pequeño poro o cripta a nivel de la mucosa bucal que comunica con la luz del quiste.³

Cuando se presenta en el piso de la boca puede evidenciar el aspecto clínico similar a una sialolitiasis.¹

Las anomalías del desarrollo como teratomas o quistes dermoides pueden incluirse dentro de los diagnósticos diferenciales. Cuando el quiste afecta la glándula parótida debe distinguirse del linfoma salival, tumor de Warthin y neoplasia quística de origen salival.⁶

Una vez eliminada la lesión mediante escisión quirúrgica no tiende a recidivar.^{1,2,6}

REPORTE DE CASO N° 1

Paciente femenina de 55 años de edad que acude a consulta referida del Hospital General Guarenas-Guatire. La paciente está aparentemente sana; manifiesta haber sido tratada por leishmaniasis hace 20 años, haber sido intervenida quirúrgicamente para una histerectomía total en 1983, y haber presentado una lesión quística en mama izquierda biopsiada en 1992.

Ambos progenitores muertos por cáncer (cáncer de mama, y de estómago respectivamente) aunque la paciente no supo especificar el tipo de tumor que padecieron.

La paciente es fumadora crónica desde hace 35 años (dos cajas diarias de cigarrillo) y manifiesta ingerir grandes cantidades de café al día.

Al examen clínico se observa una lesión quística de color blanco-amarillento en el borde posterior del paladar blando de aproximadamente 0,7 cm. de diámetro, en el lado derecho, muy cerca de la úvula (fig. 1). Un dato clínico importante es que no había linfadenopatía cervico-facial.



Fig. 1 Se observa una lesión quística de color blanco-amarillento en el borde posterior del paladar blando

Exámenes complementarios: hematología completa, fórmula leucocitaria, PT, PTT, creatinina, glicemia, VSG; encontrándose éstos dentro de los límites normales. Y, VDRL y VIH; los cuales no fueron reactivos.

El diagnóstico provisional fue; lipoma. Dentro de los diagnósticos diferenciales se consideraron; el quiste linfoepitelial y mucocele.

Se realizó biopsia excisional de la lesión en el borde posterior del paladar blando con el siguiente resultado histopatológico: quiste linfoepitelial.

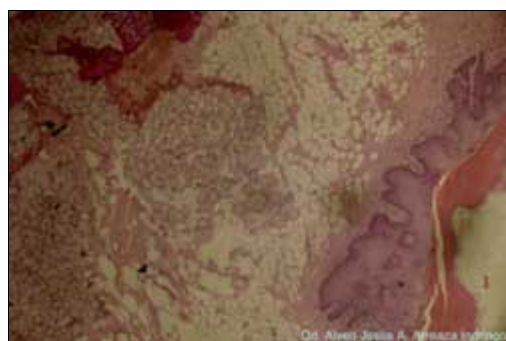


Fig. 2

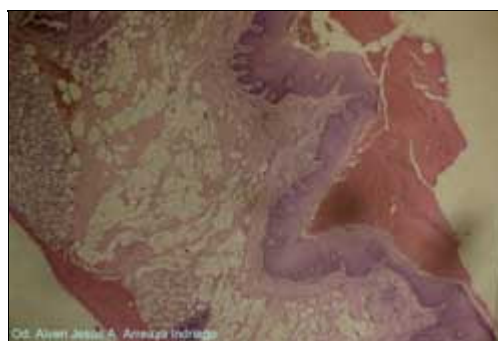


Fig. 3

La histopatología muestra un epitelio plano estratificado recubriendo una luz quística, tejido linfoide y conjuntivo subyacente, así como también; Glándulas salivales accesorias (fig.2 y 3).

REPORTE DE CASO N°2

Paciente masculino de 72 años de edad, natural de Bologna (Italia) y procedente de Charallave (Edo. Miranda). Acude a consulta por presentar lesión en cara interna de carrillo izquierdo.

El paciente refiere haber padecido las enfermedades virales y eruptivas de la infancia, bronconeumonía en la adolescencia, hernia inguinal, disfunción de retorno venoso en extremidades inferiores, cáncer de próstata. Actualmente tumor benigno en Cerebelo.

Padre muerto por cirrosis hepática a los 68 años de edad, madre muerta por causa desconocida, hermana muerta por tumor cerebral.

El paciente es portador de prótesis total superior y es fumador desde hace 40 años (puros) e ingiere alcohol regularmente (vino). La lesión es asintomática.

Al examen clínico se observa una lesión quística de color amarillento, de bordes definidos, de aproximadamente 4 mm. de diámetro, de superficie lisa, base sésil, indolora a la palpación, ubicada en cara ventral de lengua (fig. 4).



Fig.4 lesión quística de color amarillento en cara ventral de lengua

Los exámenes complementarios comprendieron; rutina quirúrgica, Rx panorámica y estudio histopatológico. Los valores séricos resultaron dentro de los valores normales.

- Diagnóstico provisional: Quiste linfoepitelial.
- Diagnósticos diferenciales: Lipoma, Mucocele
- Tratamiento: Biopsia excisional.
- Histopatologicamente la lesión estaba conformada por un epitelio plano paraqueratinizado, rodeado por tejido linfoide con centros germinales.
- No se observó recidiva de ninguna de las lesiones.

CONCLUSIÓN

La ubicación anatómica de las lesiones aquí reportadas coincide con la mayoría de los reportes en la literatura internacional que relacionan a los quistes linfoepiteliales con el tejido linfático extraamigdalino.⁷

Queda claro que el quiste linfoepitelial benigno es una lesión que se presenta más de lo que es reportada en la literatura de nuestro país, y que es de suma importancia para el estomatólogo estar familiarizado con las características clínicas, pronóstico y tratamiento de una lesión que puede presentarse en un número cada vez mayor de sus pacientes.

REFERENCIAS

1. Regezi JA, Sciubba JJ. Patología Bucal: Correlaciones Clinicopatológicas. McGraw-Hill Interamericana Editores. México DF. 2000.
2. Buchner A, Hansen LS. Lymphoepithelial cyst of the oral mucosa. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1980; 50: 441.
3. Chaudhry AP. A clinicopathologic study of intraoral lymphoepitheilal cyst. J Oral Med. 1984; 39: 79.
4. Francisco Soler Presas. Quiste linfoepitelial. 1997. Disponible en: www.secom.org/articulos/casoscli/caso0008.html
5. D'Agay MF, De Roquancourt A, Peuchamaur M, et al. Cystic benign

lymphoepithelial lesion of the salivary glands in the HIV-positive patients. Virchows Arch. [A] 1990; 417: 353-356.

6. Fner MD, Gallo L, Perchick A; et al. Fine needle aspiration of the cystic benign lymphoepithelial lesion of the parotid gland in patients at risk for the acquired immune deficiency syndrome. Acta Cytol. 1990; 34: 821-926.
7. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Harcourt Ediciones. Madrid. España. 1998.