



Quiste linfoepitelial oral, experiencia del Laboratorio de Histopatología de la UAM-Xochimilco

Oral lymphoepithelial cyst, experience of the Laboratory of Histopathology at UAM-Xochimilco

Estela de la Rosa-García,* Jessica Maldonado-Mendoza,** Marcela Vázquez-Garduño.***

Resumen

Introducción: el quiste linfoepitelial oral (QLEO) representa menos del uno por ciento de todas las lesiones de la cavidad oral. **Reporte de caso:** se presentan cuatro casos diagnosticados como QLEO, que constituyeron el 0.03% de las lesiones revisadas en el laboratorio de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X). La mitad de los casos fueron mujeres. Clínicamente todos fueron pápulas blanquecino-amarillentas y firmes a la palpación. Histopatológicamente, el 75% presentó epitelio hiperplásico paraqueratinizado con áreas no queratinizadas, y células descamadas, fibras de queratina, material eosinófilo e infiltrado inflamatorio en su cavidad, la pared quística de todos los quistes mostró tejido linfoide difuso y centros germinales. **Conclusiones:** el QLEO es una lesión infrecuente caracterizada por un aspecto clínico discreto con rasgos histopatológicos definidos y en cuyo diagnóstico, la participación del especialista en patología y medicina bucal lo hizo más preciso.

Palabras clave: quistes del desarrollo, quiste linfoepitelial oral, patología y medicina bucal.

Abstract

Introduction: Oral lymphoepithelial cyst (OLEC) accounts for less than one percent of all oral cavity lesions. **Case report:** Four cases diagnosed as OLEC are presented, constituting 0.03% of the lesions reviewed in the laboratory of Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X). Half of the cases occurred in women. Clinically, all were firm, whitish-yellowish papules. Histopathologically, 75% presented hyperplastic parakeratinized epithelium with non-keratinized areas containing desquamated cells, keratin fibers, eosinophilic material, and inflammatory infiltrate in their cavity, while the cystic wall of all samples showed diffuse lymphoid tissue and germinal centers. **Conclusions:** OLEC is a rare lesion with a discrete clinical appearance and distinctive histopathological features. The oral pathology and medicine specialist has relevant participation in its accurate diagnosis.

Keywords: developmental cysts, oral lymphoepithelial cyst, oral pathology and medicine.

* Maestra en Odontología; Maestría en Patología y Medicina Bucal. Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

** Doctora en Ciencias Biológicas y de la Salud; Maestría en Patología y Medicina Bucal. Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

*** Maestra en Patología y Medicina Bucal; Maestría en Patología y Medicina Bucal. Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Correspondencia: Jessica Maldonado Mendoza
Calz. del Hueso núm. 1100, Col. Villa Quietud, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04960. CDMX, México.
Correo electrónico: jmaldonado@correo.xoc.uam.mx

Recibido: mayo 4, 2023.

Aceptado: junio 24, 2023.

INTRODUCCIÓN

El quiste linfoepitelial oral (QLEO) es un quiste del desarrollo, no odontogénico, conformado por una cavidad ocupada por células descamadas, revestida de epitelio y rodeada de tejido fibroso con agregados de tejido linfoide,¹ que representa menos del uno por ciento de todas las lesiones de la cavidad oral.^{2,3}

Su desarrollo parece estar relacionado con tejido linfóide ectópico atrapado en la zona del anillo de Waldeyer, a la implantación traumática de epitelio de cubierta en la amígdala palatina o en la lingual,⁴ a inclusiones de tejido linfóide atrapadas en el epitelio de los conductos glandulares salivales (DALT) de la parótida o de glándulas menores durante la embriogénesis,^{4,5} o bien, a la presencia de conglomerados de epitelio de cubierta que forman criptas que pueden dilatarse y obstruirse en la amígdala oral.⁵

Es un poco más frecuente en mujeres entre la tercera y cuarta décadas de la vida,^{2,6,7} principalmente en la superficie ventral y borde lateral posterior de la lengua,^{2,7,8} seguido por la amígdala palatina, orofaringe, piso de boca y paladar duro.^{9,10}

Clínicamente, se presenta como una pápula amarillenta o blanquecina, firme, que usualmente mide menos de un centímetro^{3,7} y debe diferenciarse de la hiperplasia fibrosa, el lipoma y el mucocele,³ así como del quiste epidermoide o la sialotiasis, especialmente si la lesión está en piso de boca.^{3,7}

En la mayoría de las ocasiones, el QLEO es identificado durante el examen de rutina y suele ser asintomático; sin embargo, ocasionalmente llega a provocar dolor, ardor leve o disfagia en lesiones grandes o ulceradas.^{2,4,7}

Debido a su muy baja frecuencia, los estudios multicéntricos son la fuente que provee más información de esta lesión. Las series de casos de servicios de diagnóstico son escasas; no obstante, son relevantes, ya que actualizan las características clínico-patológicas de poblaciones determinadas, corroboran hallazgos y contrastan la

información registrada en otras regiones, por lo tanto el objetivo de este trabajo es reportar cuatro casos de QLEO registrados en el Laboratorio de Histopatología de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X), al igual que describir sus características demográficas y clínico-patológicas sobresalientes.

REPORTE DE CASO

Caso 1. Paciente femenino de 26 años, referida por un servicio odontológico privado a la Clínica de Detección Temprana de Lesiones Bucales de la UAM-X, por presentar una pápula en el tercio posterior del borde lingual del lado derecho, sugestiva de QLEO/sialolito (**cuadro 1, figura 1**). Durante la anamnesis no se identificaron datos de relevancia, por lo que después de corroborar valores adecuados de los exámenes prequirúrgicos y de la firma de un consentimiento informado, se realizó la biopsia excisional de la lesión. La evaluación microscópica mostró criterios compatibles con el QLEO (**cuadro 2**).



Figura 1. Femenino de 26 años con pápula blanco-amarillenta en el borde posterior de la lengua.

Cuadro 1. Características demográficas y clínicas de cuatro casos con diagnóstico de quiste linfoepitelial oral.

No. caso	Sexo	Edad (años)	Localización anatómica	Aspecto clínico	Color	Superficie	Consistencia	Base	Tamaño (cm)
1	F	26	Tercio posterior lingual derecho	Pápula esférica	Blanquecino	Lisa	Firme	Sésil	0.5 x 0.4
2	M	43	Base de lengua	Pápula ovoidal	Blanquecino	Lisa	Firme	Sésil	0.5 x 0.5
3	M	51	Tercio posterior lingual derecho	Pápula esférica	Blanquecino	Lisa	Blanda	Sésil	0.9 x 0.8
4	F	22	Pilar anterior amigdalino izquierdo	Nódulo ovoidal	Amarillento	Lisa	Blanda	Sésil	0.6 x 0.4

F: femenino; M: masculino; cm: centímetros.

Caso 2. Paciente masculino de 43 años, referido por el servicio de patología y medicina bucal de la clínica Especializada Condesa, por presentar una lesión compatible con un QLEO (**cuadro 1**), por tal motivo se llevó a cabo una biopsia excisional. Dicho diagnóstico clínico presuntivo fue corroborado por los hallazgos histopatológicos que se describen en el **cuadro 2** y se ilustran en la **figura 2**.

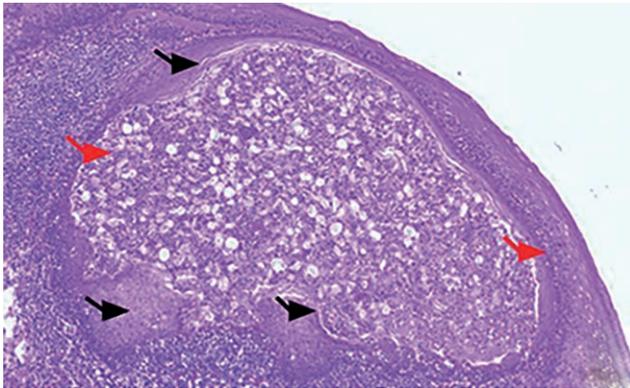


Figura 2. Epitelio estratificado paraqueratinizado con áreas de hiperplasia de aspecto botón epitelial (flechas negras) que se intercalan con zonas con epitelio delgado no queratinizado (flechas rojas).

Caso 3. Paciente masculino de 51 años, que asistió a la Clínica de Detección Temprana de Lesiones Bucles de la UAM-X, referido por una alumna de pregrado, por presentar una pápula en el tercio posterior de la lengua del lado derecho. Al no encontrar antecedentes de relevancia para su motivo de consulta actual y mostrar características clínicas sugestivas de un QLEO (**cuadro 1**), se solicitaron exámenes prequirúrgicos y la firma de un consentimiento informado para efectuar la biopsia excisional. El reporte histopatológico confirmó lo observado en la clínica (**cuadro 2**).

Caso 4. Paciente femenino de 22 años, quien, al ser alumna de pregrado de la UAM-X, acudió al servicio de la Clínica de Detección Temprana de Lesiones Bucles, por presentar un nódulo ovoidal en pilar anterior amigdalino asintomático sugestivo de QLEO (**cuadro 1**). Dicho diagnóstico clínico, fue corroborado por los hallazgos microscópicos encontrados (**cuadro 2**, **figuras 3 y 4**).

DISCUSIÓN

La presente serie brinda información clínico-patológica de cuatro casos de QLEO obtenidos del archivo del Laboratorio de Histopatología de la UAM-X, el cual ha brindado atención durante 43 años a 12 177 pacientes.

Cuadro 2. Características histológicas de cuatro casos con diagnóstico de quiste linfoepitelial oral.

Característica	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Epitelio de revestimiento quístico				
Escamoso estratificado completamente paraqueratinizado	X			
Escamoso estratificado paraqueratinizado con áreas no queratinizadas	X		X	X
Epitelio hiperplásico sin procesos epiteliales	X	X	X	X
Epitelio escamoso estratificado con zonas ulceradas		X		
Características y contenido del lumen				
Una cavidad		X		X
Más de una cavidad	X		X	
Células descamadas, material eosinófilo y fibras de queratina	X	X	X	X
Infiltrado inflamatorio: linfoplasmocitario, polimorfonucleares y macrófagos		X	X	X
Sin infiltrado inflamatorio	X			
Tejido linfoide				
Rodeando difusa y totalmente el lumen	X	X	X	X
Con formación de centros germinales	X	X	X	X
Cubierta epitelial en contacto con mucosa oral				
Presente	X	X	X	X
Continuidad con la cavidad quística	X		X	
Quiste subyacente al epitelio de cubierta	X	X	X	X
Estructuras adyacentes al quiste				
Acinos, ductos y lobulillos de glándulas salivales	X		X	X
Tejido nervioso	X			X

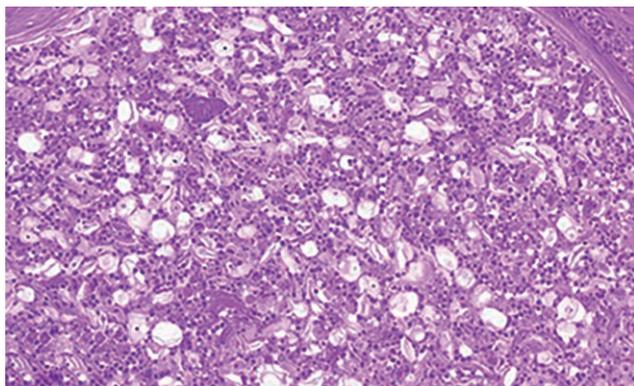


Figura 3. Contenido quístico en el que se observan células descamadas, fibras de queratina y macrófagos e infiltrado inflamatorio.

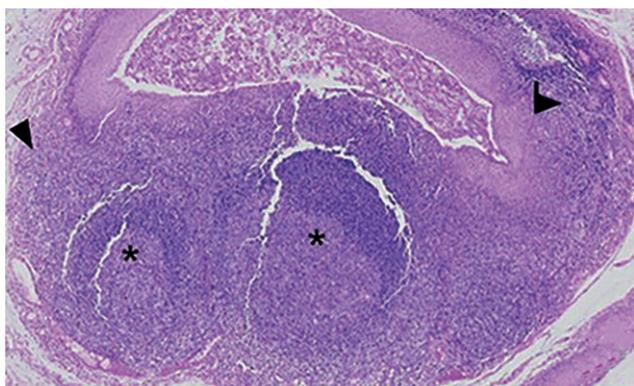


Figura 4. Imagen que muestra dos centros germinales (asteriscos) e infiltrado inflamatorio linfocitario difuso delimitando al epitelio de revestimiento de la cavidad del quiste (flechas).

Estos casos representaron el 0.03% de las muestras recibidas en el servicio, lo que coincide con el 0.05% encontrado en un estudio colaborativo llevado a cabo por cinco universidades brasileñas.⁸ En relación con los quistes del desarrollo no odontogénicos registrados en el servicio (n = 169), se halló una frecuencia de 1.39%, que fue mayor al 0.35 y al 0.56% registrados en dos centros de diagnóstico universitarios en Brasil, y que corroboran su baja frecuencia.^{3,11}

Diversas series indican que las mujeres son afectadas en más del 50% de los casos, con una relación de 2.24:1 con respecto a los hombres,^{3,7,10,11} aunque algunos estudios señalan mayor frecuencia en hombres;^{4,12,13} lo que coincide de algún modo con los resultados de este trabajo, en el que la presencia de las lesiones fue similar en ambos sexos. La distribución por la edad varía entre la segunda a la novena décadas de vida (13 a 84 años)⁸ con un promedio de edad al momento del diagnóstico de

36.4 a 45.8 años,^{2,13} acorde con las edades de los casos que aquí se presentan.

El aspecto clínico en todos los casos fue equivalente a lo informado anteriormente y el aspecto amarillento se debe a la presencia de tejido linfoide y queratina en ellos.^{2,7,8,12,14} De forma similar a lo expresado con antelación, el borde lateral de la lengua fue el sitio más afectado, seguido en frecuencia por el vientre de lengua, piso de boca, labio inferior, mucosa bucal, paladar duro, y la región amigdalina,^{2,5,7-9,13,14} debido a la presencia de agregados de tejido linfoide ectópico.⁵

El diagnóstico clínico presuntivo en los cuatro pacientes fue QLEO, lo cual contrasta con un trabajo realizado en China por Yang *et al.*,⁷ en el que se señaló que en ninguno de los 120 casos incluidos fue considerado dicho diagnóstico. Asimismo, se diferencia de otras series que mencionan a las lesiones mesenquimatosas hiperplásicas benignas,^{3,4,6,7,15,16} de glándulas salivales, o abscesos amigdalinos^{9,10,12} como diagnósticos diferenciales del QLEO. Esto podría obedecer a que los casos de este estudio acudieron para su diagnóstico y tratamiento a una clínica especializada en patología y medicina bucal, lo que resalta la importancia de la participación de un especialista para una impresión diagnóstica más acertada.

De igual modo, los pacientes de esta serie no tuvieron síntomas; sin embargo, según la literatura consultada, el 1.66% de los pacientes pueden referir disgeusia,⁷ y el nueve por ciento ardor o dolor por corto tiempo,² que puede estar relacionado con su localización y a la presencia de una lesión de dimensiones grandes, infección local o ulceración.^{4,7}

Con respecto al tratamiento del QLEO, la mayoría de las series mencionan a la escisión completa como la terapéutica indicada y llevada a cabo;^{5,9,12,14,17} tal como se hizo en el total de los casos del presente reporte. En cuanto al pronóstico, el QLEO no presenta recurrencias una vez que se ha eliminado completamente;^{4,6-8} así como se observa en estos casos, los que evidenciaron cicatrización completa a la semana de evaluación, y que fueron los motivos por los cuales se les dio de alta definitiva de la Clínica de Detección Temprana de Lesiones Bucuales de la UAM-X.

Histopatológicamente, el 50% de los casos estaban casi en contacto con el epitelio de la mucosa oral, hecho que fue también advertido en el 13.6% de los pacientes brasileños.² En relación con el revestimiento quístico, el 75% de los casos mostró epitelio escamoso hiperplásico paraqueratinizado con áreas no queratinizadas; mientras que el 25% de los pacientes restantes epitelio paraqueratinizado delgado, igual a lo comunicado en la literatura, que menciona que el 95% están revestidos por epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, y aproximadamente la mitad de ellos con hiperplasia.^{4,6,8} Lo anterior corrobora que el QLEO evidencia diversos tipos de revestimiento epitelial,^{2,6,8,15} sin que estos hallazgos representen una modificación en su diagnóstico o comportamiento.

De acuerdo con la literatura revisada, el QLEO puede presentar en su luz queratinocitos poliédricos con núcleo central descamados, entremezclados con fibras de queratina, material eosinófilo amorfo e infiltrado inflamatorio de tipo crónico con macrófagos,^{2,6,10,12,13,18} coincidiendo con este estudio.

Referente a la cápsula, todos los casos aquí expuestos mostraron infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario difuso rodeando la cavidad y formación de centros germinales (tejido linfoide); lo cual difiere del 37.1% encontrado en Brasil,² y el 65.38% en un estudio griego.⁶ En lo que respecta a la presencia de centros germinales, puede ser un hallazgo común reportado en el 40.2,² 44.2⁸ y 53.85%⁶ de los casos. Las diferencias entre dichos datos y los presentes pueden deberse a que la muestra es reducida y los primeros reunieron una mayor casuística. Aun así, este criterio histopatológico es relevante para el diagnóstico diferencial con otras entidades que pueden ocurrir en sitios similares, como es la hiperplasia de tejido linfoide benigna.^{4,19}

Entre las estructuras adyacentes al quiste, 75% de los casos aquí reportados mostraban lóbulos de glándulas salivales menores mucosecretoras ubicadas en la cápsula y de forma adyacente a la cavidad; lo que difiere con otros estudios en donde se ha reportado en 23.5% de los individuos;² en tanto que el 50% mostraron tejido nervioso, lo cual hace referencia a que se trata de tejidos propios de la región y no representa una característica específica del QLEO.

CONCLUSIONES

En conclusión, el QLEO fue infrecuente dentro de la casuística del Laboratorio de Histopatología de la UAM-X. Se caracterizó por un aspecto clínico discreto con rasgos histopatológicos definidos y cuya escisión completa fue la forma ideal de tratamiento. La participación del especialista en Patología y Medicina Bucal en su identificación permitió una mayor precisión en su diagnóstico.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a los especialistas, así como al alumnado, cuya dedicación durante los 43 años de servicio del Laboratorio de Histopatología de la UAM-X, permitió el desarrollo del presente artículo.

REFERENCIAS

1. Speight PM. *Shear's Cysts of the oral and maxillofacial regions*. 5th ed. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2022. p. 256-68.
2. Cunha JLS, Roza ALOC, Cruz VMS, Ribeiro JL, Cavalcante IL, Cavalcante RB, *et al*. Oral lymphoepithelial cyst: A Collaborative clinicopathologic study of 132 cases from Brazil. *Head Neck Pathol*. 2022; 16(1): 268-77.
3. Uchoa-Vasconcelos AC, Filizola-de Oliveira DJ, Roman-Martelli SJ, Etges A, Neutzling-Gomes AP, Chaves-Tarquínio SB. Demographic profile of oral nodontogenic cysts in a Brazilian population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014; 19(4): e308-12.
4. Buchner A, Hansen LS. Lymphoepithelial cysts of the oral cavity. A clinicopathologic study of thirty-eight cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1980; 50(5): 441-9.
5. Knapp C. Oral tonsils: location, distribution, and histology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1970; 29(1): 155-61.
6. Sykara M, Ntovas P, Kalogirou EM, Tosios KI, Sklavounou A. Oral lymphoepithelial cyst: A clinicopathological study of 26 cases and review of the literature. *J Clin Exp Dent*. 2017; 9(8): e1035-43.
7. Yang X, Ow A, Zhang CP, Wang LZ, Yang WJ, Hu YJ, *et al*. Clinical analysis of 120 cases of intraoral lymphoepithelial cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012; 113(4): 448-52.
8. da Silva KD, Coelho LV, do Couto AM, de Aguiar MCF, Tarquínio SBC, Gomes APN, *et al*. Clinicopathological and immunohistochemical features of the oral lymphoepithelial cyst: A multicenter study. *J Oral Pathol Med*. 2020; 49(3): 219-26.
9. Moon JY, Kim N, Jeong JY, Kim JS, Heo SJ. Lymphoepithelial cyst in the palatine tonsil: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2022; 101(20): e29246.
10. Aloyouny AY. Unusual Site for a White Nodule on the Palatine Tonsil: Presentation, Differential Diagnosis, and Discussion. *Case Rep Dent*. 2021; 1371329.
11. Nonaka CF, Henriques AC, de Matos FR, de Souza LB, Pinto LP. Nonodontogenic cysts of the oral and maxillofacial region: demographic profile in a Brazilian population over a 40-year period. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2011; 268(6): 917-22.
12. Castro JG, Ferreira GM, Mendonça EF, Castro LA. A rare occurrence of lymphoepithelial cyst in the palatine tonsil: a case report and discussion of the etiopathogenesis. *Int J Clin Exp Pathol*. 2015; 8(4): 4264-8.
13. Bhaskar SN. Lymphoepithelial cysts of the oral cavity. Report of twenty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1966; 21: 120-8.
14. Sakoda S, Kodama Y, Shiba R. Lymphoepithelial cyst of oral cavity. Report of a case and review of the literature. *Int J Oral Surg*. 1983; 12(2): 127-31.
15. Giunta J, Cataldo E. Lymphoepithelial cysts of the oral mucosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1973; 35(81): 77-84.
16. Schafer DR, Glass SH. A Guide to yellow oral mucosal entities: etiology and pathology. *Head Neck Pathol*. 2019; 13(1): 33-46.
17. Khelemsky R, Mandel L. Lymphoepithelial cyst of mouth floor. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010; 68(12): 3055-7.
18. Flaitz CM. Oral lymphoepithelial cyst in a young child. *Pediatr Dent*. 2000; 22(5): 422-3.
19. Pinheiro JC, da Silva Barros CC, Rolim LSA, Pereira Pinto L, de Souza LB, de Andrade Santos PP. Oral lymphoid lesions: a 47-year clinicopathological study in a Brazilian population. *Med Mol Morphol*. 2019; 52(3): 123-4.