

## Coexistência incomum de cisto linfoepitelial oral e glossite migratória benigna

Karuza Maria Alves Pereira<sup>1</sup>, Cassiano Francisco Weege Nonaka<sup>2</sup>, Pedro Paulo de Andrade Santos<sup>3</sup>, Ana Myriam Costa de Medeiros<sup>4</sup>, Hébel Cavalcanti Galvão<sup>5</sup>

## Unusual coexistence of oral lymphoepithelial cyst and benign migratory glossitis

Palavras-chave: cisto linfoepitelial, cisto linfoepitelial oral, glossite migratória benigna.  
Keywords: lymphoepithelial cyst, oral lymphoepithelial cyst, benign migratory glossitis.

### INTRODUÇÃO

O cisto linfoepitelial é uma lesão incomum em cavidade oral, apresentando-se como discreta elevação assintomática, de coloração branco-amarelada, geralmente localizada em assoalho bucal<sup>1,2</sup>. Por sua vez, a glossite migratória benigna está caracterizada por áreas eritematosas ao longo da superfície da língua, margeadas por bordas esbranquiçadas, com períodos de exacerbação e remissão, conferindo o aspecto migratório típico desta entidade<sup>3</sup>. Até o presente momento, este é o primeiro relato de caso revelando coexistência de cisto linfoepitelial oral e glossite migratória benigna.

### RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 46 anos, recorreu ao Serviço de Diagnóstico Oral, queixando-se de episódios de ardência na língua com períodos de remissão, presente há vários anos. Ao exame intra-oral foram constatadas áreas eritematosas múltiplas, dolorosas, com bordas esbranquiçadas, localizadas no dorso da língua, sendo diagnosticadas como glossite migratória benigna. Dessa forma, a paciente foi submetida à terapia de suporte com corticosteróide à base de cloridrato de dexametasona (0,1mg/ml), para alívio dos sintomas.

A inspeção minuciosa da superfície da língua permitiu identificar, na região pósterio-lateral, uma pápula indolor, com aproximadamente 5mm de diâmetro, de coloração amarelada, até então, não percebida pela paciente (Figura 1). Procedeu-se à biópsia excisional, encaminhando-se o material



Figura 1. Fotografia revelando lesões eritematosas margeadas por discreta borda esbranquiçada circunscrita, bem como, na superfície pósterio-lateral da língua, pápula amarelada.

para exame histopatológico no Serviço de Anatomia Patológica. A análise microscópica revelou cavidade revestida por epitélio pavimentoso estratificado paraceratinizado com interface epitélio-conjuntivo plana, e cápsula de tecido conjuntivo fibroso exibindo tecido linfóide proeminente com formação de centro germinativo. Dessa forma, a lesão foi diagnosticada como cisto linfoepitelial.

Após um ano de preservação, não foram observados indícios de recidiva do cisto linfoepitelial oral. Em relação à glossite migratória benigna, puderam ser constatados três episódios sintomáticos de recidiva, todos tratados de forma paliativa com corticosteróide à base de cloridrato de dexametasona (0,1mg/ml).

### DISCUSSÃO

Cistos linfoepiteliais em cavidade oral são raros. Muitos destes localizam-se na região de assoalho de boca (65,3 %), com a superfície pósterio-lateral da língua sendo responsável por aproximadamente 13,7% dos casos. As lesões de cisto linfoepitelial oral são assintomáticas e de pequenas dimensões, raramente excedendo 15mm de diâmetro<sup>1,2</sup>. No caso ora relatado, a presença de uma lesão de cisto linfoepitelial de pequenas dimensões, em localização intra-oral pouco frequente, ressalta a importância da realização de um exame clínico minucioso.

Escassos relatos descrevem a coexistência de cistos linfoepiteliais orais e cistos epidermóides em um mesmo sítio anatômico<sup>4</sup>. Adicionalmente, análises de casos de glossite migratória benigna relatam a associação desta com diversas condições médicas, locais ou sistêmicas<sup>5</sup>. Contudo, até o presente momento, não havia sido reportada a coexistência de cisto linfoepitelial oral e glossite migratória benigna.

A patogênese dos cistos linfoepiteliais orais permanece incompreendida, sendo sugeridos como prováveis fatores causais: traumatismos locais e obstrução de criptas tonsilares<sup>2,4</sup>. Adicionalmente, a etiopatogênese da glossite migratória benigna é motivo de discussão na literatura, e diferentemente dos cistos linfoepiteliais orais, não se relaciona a eventos traumáticos ou obstrutivos<sup>5</sup>. Assim, a coexistência de cisto linfoepitelial oral e glossite migratória benigna observada no caso ora apresentado, provavelmente representa uma associação incomum entre

doenças de etiologias distintas.

O tratamento para o cisto linfoepitelial oral consiste na remoção cirúrgica conservadora, sendo raras as recidivas<sup>2,4</sup>. No caso em questão, um ano após realização de biópsia excisional, não há indício de recorrência da lesão. Com relação à glossite migratória benigna, três episódios sintomáticos de recidiva foram evidenciados, todos estes submetidos à terapia de suporte com corticosteróide tópico, à semelhança de outros casos descritos na literatura<sup>6</sup>.

### COMENTÁRIOS FINAIS

Até o presente momento, este é o primeiro relato de coexistência de cisto linfoepitelial oral e glossite migratória benigna. Apesar de exibirem patogênese incompletamente elucidada, estas lesões exibem eventos etiopatogênicos distintos. Dessa forma, a coexistência de cisto linfoepitelial oral e glossite migratória benigna, provavelmente representa uma associação incomum entre estas duas doenças.

Adicionalmente, cistos linfoepiteliais orais constituem lesões de pequenas dimensões. Assim, o presente relato ressalta a importância da realização de um exame clínico minucioso, considerando não somente a queixa principal reportada pelo paciente.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antoniadis D, Epitavianos A, Zaraboukas T. Lymphoepithelial cysts of the oral cavity: literature review and report of four cases, one case with coexistence of epidermal cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod.* 2004;98(2):209.
2. Flaitz CM, Davis SE. Oral and maxillofacial case of the month: oral lymphoepithelial cyst. *Tex Dent J.* 2004; 121(7):624-31.
3. Menni S, Boccardi D, Crosti C. Painful geographic tongue (benign migratory glossitis) in a child. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004;18:736-48.
4. Epitavianos A, Zaraboukas T, Antoniadis D. Coexistence of lymphoepithelial and epidermoid cysts on the floor of the mouth: report of a case. *Oral Dis.* 2005;11:330-3.
5. Jaikittivong A, Langlais RP. Geographic tongue: clinical characteristics of 188 cases. *J Contemp Dent Pract.* 2005;6(1):123-35.
6. Cambiaghi S, Colonna C, Cavalli R. Geographic tongue in two children with nonpustular psoriasis. *Pediatr Dermatol.* 2005;22(1):83-5.

<sup>1</sup> Mestre em Patologia Oral, Aluna de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral.

<sup>2</sup> Mestre em Patologia Oral, Aluno de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral.

<sup>3</sup> Especialista em Prótese Dentária, Aluno de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral.

<sup>4</sup> Doutora em Patologia Oral, Professora da Disciplina de Diagnóstico Oral.

<sup>5</sup> Doutora em Patologia Oral, Professora do Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Endereço para correspondência: Prof. Dra. Hébel Cavalcanti Galvão - Departamento de Odontologia Av. Senador Salgado Filho 1787 Lagoa Nova Natal RN 595056-000.

Tel. (0xx84) 215-4132/ 215-4138 - Fax (0xx84) 215-4138 - E-mail: hebel.galvao@yahoo.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 20 de março de 2007. cod. 3790.

Artigo aceito em 28 de março de 2007.