IAES
Revista Clínica de Odontologia

Remoção de cisto linfoepitelial oral: relato de caso

Removal of an oral lymphoepithelial cyst: a case report

Recebido: 18-12-2025 | Aceito: 30-12-2025 | Publicado: 20-02-2026

Maria Eduarda Dias Tavares
E-mail: mariaeduardadtavares@gmail.com
Faculdade do Amazonas - IAES

Fernando dos Santos Gonçalves Junior
E-mail: nando.contato92@gmail.com
Faculdade do Amazonas – IAES

Kleber Maia Pereira
E-mail: klebermaia.p@gmail.com
Faculdade do Amazonas – IAES

Lara Pepita de Souza Oliveira
E-mail: larapepita1@gmail.com
Faculdade do Amazonas – IAES

Lizete Karla Filgueiras de Souza
E-mail: lizetefilgueiras@hotmail.com
Faculdade do Amazonas – IAES

Como citarTavres MED, Gonçalves Junior FS, Pereira KM, Oliveira LPS, Souza LKF. Revista Clínica de Odontologia. Remoção de cisto linfoepitelial oral: relato de caso. 2025(2):79-91.

RESUMO

O cisto linfoepitelial oral (CLO), também conhecido como cisto linfoide, é uma lesão benigna rara, derivada de epitélio estratificado pavimentoso associado a tecido linfoide. Sua origem mais aceita é a inclusão de epitélio embrionário no interior de agregados linfoides, com posterior proliferação e formação cística. Apesar de mais frequentemente localizado no assoalho bucal e na região ventral da língua, pode ser encontrado na lateral da língua região onde, apesar de sua raridade, pode ser confundido com outras lesões císticas ou até mesmo com processos neoplásicos.

Palavras-chave: Diagnóstico diferencial. Cavidade bucal. Patologia bucal. Biópsia.

ABSTRACT

The oral lymphoepithelial cyst (OLC), also referred to as a lymphoid cyst, is an uncommon benign lesion originating from stratified squamous epithelium associated with lymphoid tissue. Its most accepted pathogenesis involves the entrapment of embryonic epithelium within lymphoid aggregates, leading to subsequent proliferation and cystic transformation. Although most

frequently reported on the floor of the mouth and the ventral surface of the tongue, it may also occur on the lateral border of the tongue, where its rarity may result in misdiagnosis as other cystic lesions or even neoplastic processes.

Keywords: Differential diagnosis. Oral cavity. Oral pathology. Biopsy.

INTRODUÇÃO

Os cistos da cavidade oral, sejam eles odontogênicos ou não odontogênicos, apresentam grande relevância clínica para um cirurgião-dentista, podem mimetizar uma ampla variedade de lesões benignas e malignas, exigindo atenção criteriosa no diagnóstico diferencial e na definição da conduta adequada[1].

Entre essas lesões, destaca-se o Cisto Linfoepitelial Oral (CLO), considerado uma entidade benigna incomum, cuja etiopatogenia ainda não está completamente esclarecida, sendo mais frequentimente relacionada ao aprisionamento de restos epiteliais no interior do tecido linfoide, como subsequente proliferação e formação cística[2,3]. Clinicamente, o CLO se manifesta como uma lesão nodular submucosa, geralmente pequena, assintomática, de crescimento lento e recoberta por mucosa de aspecto normal, podendo apresentar coloração amarelada até esbranquiçada variando de acordo com a quantidade de queratina dentro do lúmen[4,5].

Apesar de benigno, o CLO deve ser corretamente diagnosticado para evitar procedimentos desnecessários, ansiedade do paciente e verificar hipóteses de malignidade6. Nesse contexto, destaca-se o uso da peneira cirúrgica diagnóstica (surgical sieve) como uma ferramento de auxílio no raciocínio clínico. A peneira cirúrgica consiste em um processo sistemático de filtragem de hipóteses diagnósticas, que classificam a doença conforme sua natureza, podendo ser congênita, infecciosa, traumática, neoplásica, entre outros. Aplicada à estomatologia, a surgical sieve visa garantir que nenhuma possibilidade

10.70614/63r3pd97

Direitos autorais: © 2024 pelos autores. Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

relevante seja descartada e permite que o profissional verifique diagnósticos de lesões bucais de forma lógica e abrangente, reduzindo erros e aprimorando a precisão diagnóstica, especialmente em casos de apresentação clínica atípica, como o cisto linfoeptelial oral [13,14,15].

O tratamento de escolha mais indicado é a excisão cirúrgica completa, procedimento simples e eficaz, que apresenta excelente prognóstico e baixa taxa de recidiva quando realizada adequadamente[2,3]. Nesse sentido, o presente relato de caso contribui de maneira relevante para a literatura ao descrever uma apresentação clínica em localização menos comum, auxiliando o cirurgião-dentista no estabelecimento de diagnósticos precisos e condutas terapêuticas seguras[1,4,6].

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 29 anos, parda, compareceu a clínica da Faculdade do Amazonas – IAES com queixa de uma "bolinha na língua". Durante a anamnese, não foram identificadas alterações sistêmicas relevantes, histórico familiar significativos ou hábitos deletérios. Apesar de possuir formação em odontologia, a paciente apresentava ansiedade em relação ao quadro, pois havia levantado previamente a hipótese de carcinoma mucoepdermoide após pesquisa em fontes não científicas.

No exame intraoral, identificou-se a presença de um nódulo na região de ventrolingual do lado direito próximo a região dos dentes molares. A lesão apresentava forma arredondada de consistência firme, de coloração amarelada, natureza única, assintomática, sem halo de vermelidão e de base séssil. Tais características encontram concordância com descrições da literatura conforme relatado por Sykara et al., Huang et al., Carvalho et al. e Leite et al.[1,2,4,10].

10.70614/63r3pd97
Direitos autorais: © 2024 pelos autores. Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



Figura 1 - Aspecto inicial da lesão localizada na região ventrolingual da lingua

Com auxílio da peneira cirúrgica foi realizado a estrutura de um raciocínio diagnóstico através de quatro fases sequenciais, que auxiliam na organização, exclusão e priorização de hipóteses diagnósticas, permitindo uma avaliação estruturada e abrangente das possíveis etiologias e das condições clínicas do caso.

A tabela 1, apresenta a fase de geração de hipóteses, na qual foram consideradas todas as possíveis etiologias em cada categoria prevista pela surgical sieve, abrangendo causas sistêmicas e locais.

Tabela 1 – Fase de geração

Categoria	Patologias
Vascular	Hemangioma capilar ou cavernoso, Linfangioma (cisto linfático superficial), Varizes linguais
Infecciosa	Granuloma piogênico em fase fibrosa, Candidíase hiperplásica crônica, Papilite viral (HPV-relacionada)
Traumática	Fibroma de irritação (hiperplasia fibrosa focal), Granuloma traumático, Mucossele superficial
Autoimune	Penfigoide benigno de mucosas, Pênfigo vulgar, Líquen plano bolhoso oral
Metabólica	Amiloidose oral localizada, Xantoma verruciforme, Depósito de lipídios (xantelasmas orais)

10.70614/63r3pd97

Direitos autorais: © 2024 pelos autores. Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Iatrogênica	Hiperplasia fibrosa por prótese ou aparelho ortodôntico, Alterações por medicações (quimioterápicos, antihipertensivos), Fibrose submucosa por trauma químico
Neoplásica	Fibroma verdadeiro, Neurofibroma / Schwannoma, Carcinoma mucoepidermoide de baixo grau
Congênita	Cisto linfoepitelial oral, Cisto dermoide (forma superficial), Hamartoma lingual
Degenerativa	Granuloma de corpo estranho fibrosado, Hialinização tecidual localizada, Esclerose focal da mucosa
Endócrina	Macroglossia amiloidótica, Deposição mucopolissacarídica (mixedema), Lesões nodulares em diabetes mellitus
Funcional	Hiperplasia por fricção (mordedura crônica), Lesão por sucção ou atrito mecânico, Lesões associadas ao bruxismo e parafunções orais
Hematogênica	Lesão purpúrica persistente (microhematoma encapsulado), Granuloma eosinofílico (histiocitose), Sarcoma de Kaposi (fase inicial)

A tabela 2, demonstra a fase de filtração de hipóteses, em que foram excluídas aquelas incompatíveis com o quadro clínico da paciente, permanecendo apenas as que apresentavam maior relação com os achados clínicos.

Tabela 2 – Fase de filtração

Categoria	Patologias
Vascular	
Infecciosa	
Traumática	Fibroma de irritação (hiperplasia fibrosa focal), Granuloma traumático, Mucocele superficial
Autoimune	
Metabólica	
Iatrogênica	

10.70614/63r3pd97
Direitos autorais: © 2024 pelos autores. Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Neoplásica	Carcinoma mucoepidermoide de baixo grau
Congênita	Cisto linfoepitelial oral
Degenerativa	
Endócrina	
Funcional	Hiperplasia por fricção (mordedura crônica), Lesões associadas ao bruxismo
Hematogênica	

A tabela 3, corresponde a ordenação diagnóstica, na qual as hipóteses remanescentes foram organizadas conforme a probabilidade, auxiliando na definição da conduta mais adequada.

Tabela 3 – Fase de Ordenação

	Patologias
Ordenação	1° Cisto Lifoeptelial Oral 2° Carcinoma Mucoepidermoide 3° Fibroma De Irritação 4°Granuloma Traumático 5° Mucocele Superficial 6° Hiperplasia por fricção 7°Lesões associadas ao bruxismo

Por fim a quarta etapa, que corresponde à definição do diagnóstico final por meio de exames complementares, sendo indicada neste caso, a biópsia excisional para confirmação histopatológica e remoção completa da lesão.

Deu-se início ao procedimento cirúrgico, no qual realizou-se o planejamento para o procedimento, abrangendo a seleção de técnica anestésica, planejamento para incisão e preparo para a abordagem cirúrgica conservadora, assegurando remoção íntegra da lesão e minimização de riscos intraoperatórios.

Os materiais utilizados para a remoção cirurgica desta lesão foram: campo cirurgico estéril, sugador cirúrgico, soro estéril, clorexidina, afastador Minnesota, cubas metálicas para auxílio, cabo de bisturi, lâmina 15C, gaze esteril, pinça porta-agulha Mayo Hegar, pinça Allis, pinça Dietrich, tesoura irís, espelho

10.70614/63r3pd97
Direitos autorais: © 2024 pelos autores. Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

clínico, pinça clínica, pinça mosquito, fio de sutura em nylon 4-0, seringa carpule, agulha curta e anestésico lidocaína (Figura 2).



Figura 2 - Mesa cirúrgica para auxílio

Observou-se que no dia da cirurgia a lesão não apresentava coloração tão amarelada quanto no exame inicial (Figura 3). Essa variação clínica pode ser explicada pela quantidade de queratina presente no interior do lúmen cístico, que influencia diretamente no aspecto visual da lesão, variando assim entre amarelado, esbranquiçado ou até semelhante à mucosa normal.



Figura 3 - Aspecto secundário da lesão

Inicialmente realizamos a anestesia local infiltrativa (Figura 4) aplicada ao redor da lesão, garantindo analgesia efetiva e condições ideais para a realização da exérese cirúrgica. Após a realização da anestesia correta, realizou-se à incisão elíptica com a lâmina 15c (Figura 5) ao redor da lesão, respeitando margens de segurança nos limites da mucosa adjacente. A exerése da lesão foi feita com a pinça Dietrich (Figura 6).

10.70614/63r3pd97
Direitos autorais: © 2024 pelos autores. Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



Figura 4 - Anestesia Infiltrativa ao redor da lesão



Figura 5 - Incisãoelíptica ao redor da lesão



Figura 6 - Exérese da lesão

Após a exérese, realizou-se uma sutura simples da mucosa de um único ponto com fio de sutura em Nylon 4-0 (Figura 7 A e B). A simplicidade da sutura refletiu o pequeno porte da lesão, não havendo necessidade de múltiplos pontos ou técnicas mais complexas.



Figura 6 - Exérese da lesão



Figura 6 - Exérese da lesão

A peça cirúrgica foi acondicionada em um frasco apropriado contendo solução formalina a 10% (Figura 8), garantindo a adequada fixação tecidual e preservação das características morfológicas necessárias para a realização da

10.70614/63r3pd97

Direitos autorais: © 2024 pelos autores. Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

análise laboratorial. O material foi encaminhado para o exame histopatológico para a confirmação diagnóstica.

O laudo anatomopatológico concluiu que as características descritas no exame macroscópico somadas à avaliação microscópica são compatíveis com cisto linfoeptelial oral, confirmando diagnóstico previamente estabelecido com o auxílio da peneira cirúrgica. A identificação precisa desse padrão histopatológico reforça o caráter benigno da lesão e valida a conduta adotada para este caso, além de afastar definitivamente qualquer suspeita de neoplasia maligna.



Figura 6 - Exérese da lesão

Para o pós-operatório, foram prescritos analgésico e anti-inflamatório para controle da dor e do processo inflamatório, além de orientações quanto aos cuidados locais e retorno para acompanhamento, não sendo observadas intercorrências durante o período de cicatrização.

DISCUSSÃO

O caso relatado demonstra a relevância clínica do CLO com o diagnóstico confirmado atráves da análise histopatológica. Embora classicamente descrito no assoalho bucal e na face ventral da língua, o CLO também pode ocorrer na borda lateral da língua, como observado nesta paciente. Apesar de não tão comum, este caso encontra respaldo em relatos recentes que enfatizam a lateral da língua como um possível sítio de manifestação, o que reforça a importância de o cirurgião-dentista considerar essa hipótese diagnóstica mesmo em localizações

10.70614/63r3pd97
Direitos autorais: © 2024 pelos autores. Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

atípicas, que está em concordância com Sykara et al., Huang et al., Leite et al. e Dominoni et al.[1,2,10,11].

No presente caso, a coloração da lesão sofreu variação entre as consultas, passando de um aspecto mais amarelado na consulta inicial, para uma coloração menos evidente e semelhante a cor da mucosa normal no pré-operatório imediato. Este dado é relevante pois Carvalho et al. [4] demonstraram que a coloração do CLO pode variar entre amarelada, esbranquiçada ou da cor da mucosa normal, de acordo com o conteúdo de queratina presente no lúmen.

Outro aspecto fundamental neste caso foi a aplicação da peneira cirúrgica diagnóstica como auxiliar no raciocínio clínico. Esse método descrito na literatura como um sistema de filtragem ordenada de hipóteses diagnósticas, permite classificar lesões segundo categorias etiológicas, garantindo que nenhuma possibilidade relevante seja negligenciada conforme Moore et al. e Hillson et al. [13,15], descrevem. Sua utilização é especialmente indicada em lesões nodulares orais, que podem verificar condições benignas e malignas da lesão, assim como descrito por Huang et al. e Carvalho et al[2,4]. A surgical sieve permitiu descartar hipóteses incompatíveis com as características clínicas como processos infecciosos e traumáticos por exemplo, e priorizar diagnósticos condizentes com o retratado em clínica. Este processo conduziu a suspeita diagnóstica mais provável de CLO, posteriormente confirmada através do exame histopatológico em concordância com os achados descritos por Cunha et al.[3]. Assim, a peneira cirúrgica contribuiu diretamente para a definição da conduta adequada, reduzindo incertezas e aprimorando a precisão do diagnóstico diferencial.

A lesão pode ser confundida com entidades benignas, como mucocele, lipoma, fibroma ou um carninoma maligno como o carcinoma mucoepidermoide [2,4]. Esse ponto é particularmente relevante no caso relatado, uma vez que a borda lateral da língua é uma região de maior risco para lesões malignas. A análise microscópica, entretanto, demonstrou características clássicas de CLO, descartando a possibilidade de malignidade e corroborando os achados de

10.70614/63r3pd97
Direitos autorais: © 2024 pelos autores. Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

estudos multicêntricos que descrevem o perfil histopatológico característico dessa lesão [1,3,10].

A conduta adotada no presente caso, baseada na excisão cirúrgica completa, está em plena concordância com os estudos de Huang el al. e Francisconi et al.[2,6], que apontam essa abordagem como tratamento de escolha para o CLO. O uso de técnicas simples aliada a uma anestesia adequada e o manuseio correto e delicado dos tecidos, permitiu um resultado satisfatório do caso, com cicatrização adequada e ausência de complicações. Apesar do grande consenso de que a exérese cirúrgica é suficiente para o tratamento do CLO, Sykara et al.[1] defende que a escolha terapêutica deve considerar a possibilidade de recorrência, ainda que rara, sugerindo que a ressecção ampla ou acompanhamento prolongado pode ser necessária em situações específicas. Tal posicionamento difere do presente relato, uma vez que a remoção completa com a técnica conservadora demonstrou um resultado extremamente satisfatório.

Comparando o desfecho obtido neste caso com a literatura, observa-se plena concordância quanto ao prognóstico favorável do CLO. Estudos anteriores já haviam demonstrado que a remoção completa garante cura definitiva, não havendo relatos consistentes de recidiva em seguimentos clínicos adequados o que é semelhante ao descrito por Sykara et al., Huang et al., Cunha et al., Leite et al. e Galvão & Pinto [1,2,3,10,12]. Assim, este relato reforça que, apesar da raridade do CLO e da possibilidade de diagnósticos diferenciais mais graves, a correta identificação clínica, o correto e adequado uso de ferramentas de raciocínio estruturado como a surgical sieve associada ao exame histopatológico e ao manejo cirúrgico adequado assegura excelente resultado clínico e qualidade de vida, principalmente em relação a ansiedade que preocupava a paciente em seu exame inicial.

CONCLUSÃO

10.70614/63r3pd97

Direitos autorais: © 2024 pelos autores. Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Em suma, o caso relatado demonstrou que, após a excisão cirúrgica completa, a paciente apresentou evolução satisfatória, com cicatrização adequada e ausência de recidiva. A análise histopatológica confirmou a natureza benigna do CLO, descartando a malignidade.

REFERÊNCIAS

1. 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.

2. Huang J, Zhang L, Cheng G, Yang Y. Oral lymphoepithelial cyst at the lateral border of the tongue. Clin Case Rep. 2023;11(9):e7736.

3. Cunha JF, Soares CD, Silveira EJD, Godoy GP, Nonaka CFW, Freitas RDA, et al. Oral lymphoepithelial cyst: a multicenter study of 132 cases in Brazil with clinical, histopathological, and immunohistochemical analyses. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2022;27(4):e310-6.

4. Carvalho MV, Nonaka CFW, Almeida RAA, Freitas RDA, Miguel MCC, Pinto LP. Cisto linfoepitelial oral: relato de quatro casos e revisão de 119 casos reportados na literatura. J Bras Patol Med Lab. 2012;48(6):449-54.

5. Nakayama Y, Shiba M, Ichihashi Y, Koyama S, Nishikawa Y, Toh Y. Lymphoepithelial cyst on the tongue: a case report. J Oral Biol Craniofac Res. 2023;13(1):74-7.

6. Francisconi CF, Manfrin AR, Ramos LM, da Silva SO, de Aguiar MCF. Oral lymphoepithelial cyst: case report. J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2024;125(1):102-5.

7. Malamed SF. Manual de anestesia local. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

8. Greenwood M, Lowry J, Rogers S. Oral soft-tissue biopsy: an overview. J Can Dent Assoc. 2013;79:c75.

9. Mohamed F, Patel BC. Oral Surgery, Biopsies. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2025 Oct 1].

10.70614/63r3pd97

Direitos autorais: © 2024 pelos autores. Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

10. Leite RB, de Souza LB, Pinto LP, de Medeiros AMC. Oral lymphoepithelial cyst: a case report and literature review. *J Bras Patol Med Lab*. 2017;53(5):334-8.

11. Dominoni CS. Cisto linfoepitelial em língua: relato de caso clínico \ [Trabalho de Conclusão de Curso]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2024.

12. Galvão, H. C., & Pinto, C. A. (2010). "Cisto linfoepitelial: uma revisão". Revista de Odontologia da UNESP, 39(5), 301-306.

13. Moore RJ, Dave M, Stocker J, Aggarwal VR. Simplifying differential diagnoses of orofacial conditions: a guide to surgical sieves and red flags. Br Dent J. 2021;230(5):289-93. Available from:

14. Wong T, Yap T, Wiesenfeld D. Common benign and malignant oral mucosal disease. Aust J Gen Pract. 2020;49(9):575-80.

15. Hillson R. The surgical sieve revisited: a simple framework for the clinical problem-solver. Clin Teach. 2015;12(2):123-6.

10.70614/63r3pd97

Direitos autorais: © 2024 pelos autores. Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).