

TUMORES DE PALADAR

J. Vázquez Barro, J. Herranz González,
J. Martínez Vidal, M. Pérez Fernández, E. Pallas Pallas.

Servicio de ORL. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

INTRODUCCION

Las tumoraciones de paladar son raras, representando el 8% de los cánceres de la región oral y el 2% de todas las lesiones cancerosas. La relación lesiones malignas-lesiones benignas es 12/1 (1). Los tumores benignos más frecuentes son los tumores mixtos de glándulas salivales y los papilomas; siendo el carcinoma epidermoide el tumor maligno más frecuente.

La clínica más común se expresa como sensación de masa, disfagia, adinofagia y dolor. El tratamiento quirúrgico es, para la mayoría de los tumores el recomendado. La supervivencia varía según el tipo histológico del tumor, describiéndose supervivencias del 50 al 100% (a los 5 años) para el carcinoma epidermoide (2), y del 10% para el adenocarcinoma (3).

RECUERDO ANATOMICO:

El paladar puede ser dividido en tres porciones: paladar duro, paladar blando y úvula. El paladar duro es una estructura ósea (proceso palatino maxilar y lámina horizontal de

RESUMEN:

Los tumores de paladar representan el 8% de los cánceres de la región oral y el 2% de todos los cánceres, siendo el carcinoma epidermoide la lesión más frecuente entre todos los tumores de paladar. En este trabajo pretendemos analizar los casos observados en nuestro servicio en los últimos 10 años (1978-1988) haciendo especial hincapie en: edad, sexo, histología, localización, clínica, presencia de adenopatías, tratamiento, pronóstico. Asimismo, efectuamos una revisión de la literatura en los concerniente a este grupo de tumores.

SUMMARY:

Palate tumors represent a total of 8% of all oral cancers and a total of 2% in the rest of the body. During 1978 to 1988 we have observed 6 cases of palate tumors. in this paper, we wish to revise the weither material available and establish comparative information related to other data available paying special attention to: Age / sex / histology / Area / Symptams / Lymphadenopathy / Treatment / Prognosis.

hueso palatino) cubierta por periostio y mucosa. El paladar blando es una estructura fibromuscular que se proyecta por detrás del eje posterior del paladar duro, estando también cubierto por mucosa. La úvula es una proyección del eje libre del paladar blando en la línea media.

La mucosa del paladar es un epitelio escamoso estratificado con una submucosa que contiene un elevado número de glándulas salivales menores, mayormente mucinosas, y cuyo número aumenta al acercarnos a la úvula.

Los linfáticos del paladar duro drenan hacia la cadena ganglionar cervical profunda. Los linfáticos del paladar blando drenan, además de hacia la cadena ganglionar cervical profunda, hacia los ganglios faríngeos y retrofaríngeos.

Existen cruzamientos entre las cadenas linfáticas de ambos lados.

MATERIAL Y METODOS

En el período de tiempo comprendido entre 1978-1988 hemos observado en nues-

tro Hospital seis tumoraciones de paladar. No hemos encontrado predominancia de sexo (50% 0 y 50% 0). Las edades estaban comprendidas entre 18 y 89 años con una media de 65 años. La naturaleza histológica de los tumores fue predominantemente maligna (84%), correspondiendo las lesiones malignas a: carcinoma epidermoide (60%), melanoma (20%) y carcinoma epitelial mioepitelial (20%). La lesión benigna correspondió, histológicamente, a adenoma monomorfo. En todos los casos se practicó escisión quirúrgica, complementándose en dos casos de carcinoma epidermoide con radioterapia.

Hemos efectuado una revisión de la literatura, y hemos establecido una comparación entre nuestros datos y los objetivados por otros autores, haciendo hincapié en: edad / sexo / histología / localización / clínica / presencia de adenopatías / tratamiento / pronóstico.

RESULTADOS

A continuación, exponemos un resumen de los casos seleccionados.

Caso n°1: Varón de 69 años, no fumador ni bebedor, con lesión tumoral vegetante en paladar duro dcho. (adenoma tubular) sin lesión ósea, cuya sintomatología es sensación de masa/dolor. No presentó adenopatías. Crecimiento lento de la tumoración (10 a.). Se le practicó escisión quirúrgica, actualmente lleva 1 año libre de enfermedad.

Caso n°2: Mujer de 84 años, no fumadora ni bebedora, con carcinoma pobremente diferenciado en paladar duro izdo., ulcerado, T2 NO MO. La clínica era de sensación de masa. No había invasión ósea y el crecimiento del tumor fue rápido (4 m.). Se practicó escisión y radioterapia. Actualmente, 4 años libre de enfermedad.

Caso n°3: Varón de 77 años, fumador / bebedor importante, con carcinoma epidermoide en paladar blando, vegetante, T4 NO MO, que consultó por disfagia/odinofagia y afecto de tumor también en base de lengua. (Recidiva de Ca. laríngeo antiguo). Se practicó escisión quirúrgica, pero falleció al cabo de 1 año.

Caso n°4: Varón de 77 años, fumador / bebedor importante, que presenta carcinoma

epidermoide moderadamente diferenciado en paladar blando, T1 NO MO, izdo., ulcerado, de crecimiento rápido (1 m) y que consultó por sensación de masa. Se practicó escisión+radioterapia y lleva 7 meses libre de enfermedad.

Caso n°5: Mujer de 18 años, no fumadora ni bebedora, con carcinoma epitelial mioepitelial en paladar duro izdo., T2 NO MO, vegetante, sin lesión ósea. Consultó por sensación de masa, y el crecimiento del tumor fué rápido (3 m). Se practicó escisión quirúrgica, lleva 1 año libre de enfermedad.

Caso n°6: Mujer de 89 años, no fumadora ni bebedora, con melanoma en paladar duro y blando de 6 cms., que consulta por sensación de masa. Anteriormente, escisión melanoma de gingiva. Presentaba adenopatías submandibulares, y el crecimiento fué rápido (1 año). No se practicó escisión total por riesgo quirúrgico cardíaco muy alto y mal estado general.

DISCUSION

Los tumores de paladar son predominantemente malignos. Hemos encontrado un 16,6% (1/6) de lesiones benignas, frente al 8% señalado por otros autores. (1)

LESIONES MALIGNAS

Carcinoma epidermoide.

De entre las lesiones malignas, el carcinoma epidermoide es el tipo histológico más frecuentemente encontrado, señalándose porcentajes que oscilan entre el 70 y 90% de todos los tumores malignos de paladar (1,4 y 5). En nuestra serie un 60% de los tumores malignos fueron carcinomas epidermoides. En cuanto a la localización, un 66% se encontraba en el paladar blando (en nuestra serie), coincidiendo con los datos objetivados por otros autores, que describen porcentajes del 70% para esta localización (4). Algún autor señala sublocalizaciones para los carcinomas de células escamosas; así, Kohn ha objetivado un 75% en el eje del paladar blando, un 5% en la división paladar blando/duro, un 20% en paladar duro (4). Generalmente, si la lesión se localiza en paladar duro, rara-

mente invade hueso (1) dato que se corresponde con los observados en nuestra serie (2/2).

El carcinoma de células escamosas afecta sobre todo a varones, con porcentajes que oscilan entre el 56 y el 90% (1, 6, 7 y 8). Nosotros hemos observado un 66% de varones en nuestra serie. La edad media de aparición de carcinoma de células escamosas oscila entre los 56 y los 70 años según diversos autores (1, 6, 7, y 8). En nuestra serie la edad media fué de 76 años.

En lo referente a la etiología, todos los autores coinciden en destacar el porcentaje alto de fumadores (7 y 9). No se ha establecido todavía el papel que juega el alcohol en la etiopatogenia de estos tumores, aunque se piensa que es destacado. En nuestra serie, un 66% eran fumadores y bebedores.

La clínica más comunmente citada en estos tumores es: *sensación de masa, disfagia, odinofagia y dolor*. Hemos observado sensación de masa en 66% y disfagia y odinofagia en 33%. No hemos encontrado ningún caso de adenopatías metastásicas, aunque el porcentaje de metástasis señalado en la literatura varía entre un 23 y un 37% (5, 6 y 10). El tratamiento recomendado para estos tumores es la escisión quirúrgica y posterior reconstrucción del defecto anatómico, jugado la radioterapia un papel coadyuvante.

En la literatura se señala una supervivencia a los 5 años de un 50 a 100% para T1 (2), y un 30 a 45% para T2 T3 (7 y 10). Son factores de mal pronóstico el sexo masculino (6), edad superior a 60 años (7) y tamaño mayor de 3 cms. (6). La incidencia de segundos primarios varía entre el 15% (5) y el 24% (7). Estos últimos parámetros no los hemos estudiado debido a la relativa proximidad temporal de su observación clínica (un paciente falleció al año y otros dos, a los 2 años se encuentran libres de enfermedad).

Tumores malignos no epidermoides.

Tumores de glándula salivales: aunque nosotros no hemos observado ningún caso, los tumores más frecuentes tienen como origen a las glándulas salivales menores. Generalmente asientan en paladar duro (57%), son unilaterales, su crecimiento es

lento, sin predominio sexual, y generalmente sin invasión ósea (1). La incidencia de fumadores es de un 20% para este tipo de tumores (11). La edad media oscila entre 45 y 55 años (1 y 12). La variedad más común es el carcinoma adenoquístico, que presenta un 20/50% de recurrencias si es de alto grado de malignidad (12). El adenocarcinoma (segundo tipo lesional en cuanto a frecuencia) presenta un pésimo pronóstico, con recurrencias del 70% y metástasis a distancia (generalmente pulmón) en un 30% (12). Estudios recientes atribuyen a la radioterapia un cierto papel como tratamiento coadyuvante de la cirugía (11 y 13).

Melanomas: Son tumores raros que aparecen predominantemente en varones con edades comprendidas entre 50 y 70 años. En nuestro caso, correspondía a una mujer de 89 años. Predominantemente asientan en paladar duro (13), en nuestro caso asentaba también en paladar duro. Se señala, en la literatura, una supervivencia de 2 años. La literatura consultada cita como causa de muerte la metástasis cerebral, pulmonar, piel, hígado (12).

Carcinoma epitelial mioepitelial: son tumores muy raros que muestran, desde el punto de vista histológico, un patrón difícilmente reconocible, con un probable origen en los ductos intercalares. Este término, para Donath, abarca tumores descritos como adenomiomas, tumores mioepiteliales (con glucógeno), y adenomas tubulares (15). Generalmente, los que derivan en glándulas menores (a diferencia de los que derivan de glándulas mayores) presentan un patrón de crecimiento irregular, no circunscrito e infiltrativo (15). Nosotros hemos observado un tumor de estas características en una mujer de 18 años, T2 NO MO, de crecimiento rápido y localizado en paladar duro sin adenopatías y sin invasión ósea. Batsakis ha reseñado un caso en paladar duro con crecimiento destructivo/infiltrativo. El mismo autor señala que estos tumores se comportan como carcinomas mucoepidermoides de moderado-bajo grado de malignidad (15).

Otros: linfomas, rhabdomyosarcomas...

LESIONES BENIGNAS

Las tumoraciones benignas de paladar

son mucho menos frecuentes que las malignas (1), incluyendo fundamentalmente tumores cuyo origen se sitúa en la mucosa o en las glándulas salivales, siendo mucho menos frecuentes aquellas que provienen de otras estructuras histológicas del paladar.

La lesión derivada de las glándulas salivales más comúnmente encontrada es el adenoma mixto (12) nosotros observamos un caso de adenoma tubular. Por lo que se refiere a la localización de las lesiones derivadas de las glándulas, éstas asientan predominantemente en el tercio posterior del paladar duro ó en el paladar blando (12). Nuestro caso se hallaba en el paladar duro. Clínicamente, el síntoma más común es la sensación de masa como observamos en nuestro caso.

El tratamiento recomendado es la escisión quirúrgica siendo la tasa de recurrencia muy baja (16). En nuestro caso, a los 2 años está libre de enfermedad.

En cuanto a los tumores derivados de la mucosa epitelial, son los papilomas las lesiones más frecuentes encontradas, con edades que oscilan entre 20 y 50 años (17) siendo generalmente únicas y pequeñas, y de consistencia blanda si no están queratinizadas. No son lesiones premalignas, y las recurrencias raramente ocurren tras la escisión.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- MARTIN, H.: Tumors of the palate. *Arch. Surg.* 4: 599, 1942.
- 2.- FLETCHER, GH. et al.: Squamous cell carcinoma of the tonsillar area and palatine arch. *Am. J. Roentgerol. Rad. Nucl. Ther. Med.* 96: 574, 1966.
- 3.- ADAMS, GL. et al: Adenocar. of the head and neck. *Arch. Otolaryngol.* 88, 1960.
- 4.- KOHN, EM. et al.: Primary neoplasms of the hard and soft palates and the uvula. *Mayo Clin. Proc.* 38: 233, 1963.
- 5.- SEYDEL, HG. et al.: Carcinoma of the soft palate and uvula. *Am. J. Roentgerol. Rad. Ther. Med. Nucl.* 120: 603, 1974.
- 6.- RATZER, ER. et al.: Epidermoid carcinoma of the palate. *am. J. Surg.* 119: 294, 1970.
- 7.- RUSS, Jw. et al.: Squamous cell carcinoma of the soft palate. *Laryngoscope.* 87: 1151, 1977.
- 8.- KONRAD, HR. et al.: Epidermoid carcinoma of the palate. *Arch. Otolaryng.* 104: 208, 1978.
- 9.- CHUNG, CK. et al.: Malignant salivary gland tumors of the palate. *Arch. Otolaryngol.* 104: 501, 1978.
- 10.-FEE, WE. et al.: Squamous cell carcinoma of the soft palate. *Arch. Otolaryngol.* 105: 710, 1979.
- 11.-CHUNG, CK. et al: Radiotherapy in the management of primary malignancies of the hard palate. *Laryngoscope.* 90: 576, 1986.
- 12.-BATSAKIS, JG.: Tumors of the head and neck, 2nd edition. Williams and Wilkins Company, 91, 92; 1979.
- 13.-CHAUDRY, AP. et al: Primary malignant melanoma of the oral cavity. *Cancer* 11; 923, 1958.
- 14.-SHAH, JP. et al.: Mucosal melanomas of the head and neck. *Am. J. Surg.* 134: 531, 1977.
- 15.-BATSAKIS, JG.: Tumors of the head and neck, 2nd edition. Williams and Wilkins Company, 47, 1979.
- 16.-BATSAKIS, J.G.: Tumors of the head and neck, 2nd edition. Williams and Wilkins Company, 90, 1979.
- 17.-BATSAKIS, JG.: Tumors of the head and neck. 2nd edition. Williams and Wilkins Company, 76, 1979.