

Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Reporte de casos

Manejo quirúrgico de carcinoma escamocelular de paladar óseo Surgical management of squamous carcinoma of the hard palate

Arnulfo Torres G., MD*, Helen Silva L., MD**, Alejandra Alvarado N., MD**

* Médico, especialista en Otorrinolaringología, docente. Universidad de Cartagena.

** Médico, residente II año de Otorrinolaringología. Universidad de Cartagena.

Departamento de Cirugía, Sección de Otorrinolaringología.

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario del Caribe, Cartagena Colombia.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: Octubre 7 de 2011

Revisado: Noviembre 15 de 2011

Aceptado: Diciembre 12 de 2011

Palabras clave:

escamocelular, carcinoma, paladar óseo, tumor de paladar.

RESUMEN

Los tumores malignos en el paladar óseo son una patología poco frecuente. Se reportan del 1 al 5% de las neoplasias malignas de la cavidad oral, donde dos tercios de las lesiones son carcinomas escamocelulares. Por lo general se presentan como una masa o ulceración no dolorosa en el techo de la boca o el borde alveolar. La invasión ósea ocurre tardíamente y las lesiones se pueden tornar exofíticas cuando no se tratan. Uno de los factores predisponentes para esta patología es el tabaquismo invertido. Las metástasis clínicas se manifiestan entre un 10 a 25%. En estadios tempranos puede ser tratado de manera efectiva con cirugía o radioterapia. Presentamos el caso de un paciente con una lesión ulcerada en paladar óseo a nivel del torus palatino, de tres meses de evolución, con antecedente de alcoholismo y tabaquismo. Se documentó carcinoma escamocelular y se le practicó palatetectomía parcial, con colocación de prótesis dental en paladar óseo.

Correspondencia:
Helen Carolina Silva Lamus
felencsl@hotmail.com

0120-8411/\$ - see front matter © 2012 Asociación Colombiana de Otorrinolaringología Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial. Publicado por ACORL. Todos los derechos reservados

ABSTRACT

Keywords:

squamous, carcinoma, hard palate, palate tumor.

Malignant tumors of the palate are an infrequent pathology. It accounts about 1 to 5% of malignancies of the oral cavity, where two thirds of lesions are squamous cell carcinomas. Usually palate tumors appear with a painless mass or an ulceration on the roof of the mouth or alveolar ridge. Bone invasion occurs late. The lesions can become exophytic when left untreated. One of the predisposing factors for this pathology is the Reverse Smoking. Clinical metastases are found between 10 to 25%. In early stages, these tumors can be successfully treated with surgery or radiation therapy. We report a patient with an ulcerated lesion in hard palate at palatine torus level with 3 months course. He has alcoholism and smoking history. It was documented a squamous cells carcinoma. It was performed a partial palatotomy with placement of dental prostheses.

Introducción

El carcinoma escamocelular de paladar óseo corresponde a los carcinomas de cavidad oral (1, 9). Presenta una frecuencia de 5%, inferior a otras condiciones malignas en esa región, y los factores de riesgo son los mismos que aquellos para otro tipo de carcinoma escamocelular oral, en el que el tabaquismo invertido se constituye en un factor sobresaliente (1). También se asocia al uso del cigarrillo y el alcohol (10, 11).

Los signos y síntomas del carcinoma escamocelular del paladar óseo son la sensación de masa o edema, dolor, ulceración, mala adaptación de una prótesis dental y sangrado, aunque podría ser asintomático (8, 10). El 80% de los casos se diagnostican en los primeros seis meses de aparición de los síntomas (10).

El carcinoma localizado en el paladar óseo siempre debe diferenciarse de otros tumores que surjan del seno maxilar y que se extiendan a través del paladar óseo (2).

El tratamiento incluye la resección quirúrgica y la radioterapia. El procedimiento quirúrgico puede dejar defectos óseos con comunicación al antro maxilar y la fosa nasal, que deben ser manejados con prótesis (10).

La baja incidencia de estos tumores resulta en una experiencia limitada y poca literatura específica (5); por tanto, las controversias permanecen con respecto a la estrategia de tratamiento, el manejo del cuello y el control adyuvante postoperatorio (1, 2).

Caso clínico

Varón de 59 años, con antecedente de alcoholismo y tabaquismo crónico. Consultó al Servicio de Otorrinolaringología de la Clínica Universitaria San Juan de Dios de Cartagena, por lesión ulcerada en paladar, de tres meses de evolución, dolorosa con la ingestión de alimentos.

Al examen físico se observa torus palatino, con ulceración de la mucosa de 2,5 cm de diámetro mayor, sin compromiso alveolar (figura 1). Cuello clínicamente negativo.



Figura 1. Carcinoma escamocelular bien diferenciado. Paciente con ulceración de la mucosa, de 2,5 cm de diámetro mayor, a nivel de paladar óseo en torus palatino.

La tomografía computarizada (TC) de senos paranasales reporta imagen de discreta erosión en el paladar óseo y desviación septal derecha. La TC de cuello con contraste no evidenció metástasis ganglionares. La biopsia incisional de la lesión reportó carcinoma escamocelular bien diferenciado. La radiografía de tórax resultó normal.

Se indicó septoplastia más palatotomy.

Técnica quirúrgica

Infiltración del mucopericondrio y del mucoperiostio septal bilateral con lidocaína con epinefrina 1:200.000. Incisión hemitransfixiante izquierda, elevación del mucopericondrio,

del mucoperiostio y de la mucosa del piso nasal bilateral. Desinserción del cartílago cuadrangular de la espina nasal anterior y de la cresta maxilar. Se realiza condrotomía inferior y posterior. Resección de lonja del cartílago cuadrangular a lo largo de la inserción con cresta maxilar, vómer y lámina perpendicular del etmoides.

Colocación de abre bocas de McIvor. Con cauterio, se incide en mucosa y periostio palatino a 1 cm del borde de la lesión y se corta el hueso en todo su espesor a lo largo de la incisión antes descrita. Se retira la lesión en bloque (figuras 2, 3 y 4).



Figura 2. Abordaje oral para palatectomía con incisión en mucosa y periostio palatino a 1 cm del borde de la lesión.



Figura 3. Carcinoma escamocelular de paladar óseo. Retiro en bloque de la lesión con márgenes de resección amplios.

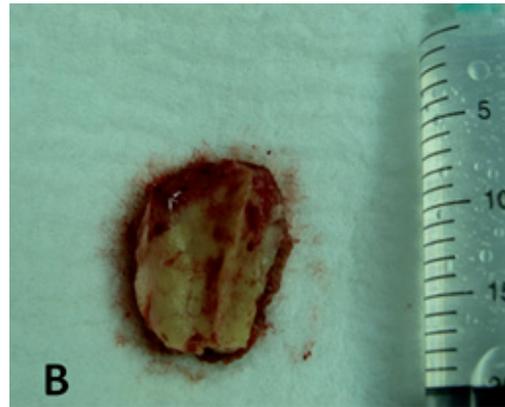
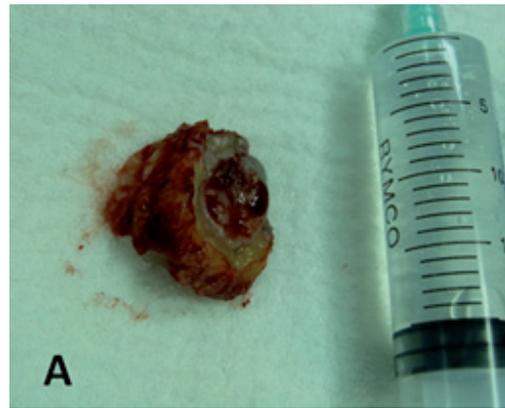


Figura 4. Carcinoma escamocelular de paladar óseo. Especimen resecado. A. Vista inferior. B. Vista superior.



Figura 5. Colocación de prótesis acrílica en defecto de paladar óseo.

Fijación de cartílago cuadrangular a espina nasal con poliglactina 4-0. Puntos de coaptación en séptum y cierre de incisión hemitransfixiante con catgut cromado 4-0. Taponamiento anterior con dedos de guante.

Colocación de prótesis acrílica que cubre defecto del paladar óseo. Fijación con alambre a piezas dentales 14 y 24.

El estudio histopatológico reportó carcinoma de células escamosas bien diferenciado, queratinizante, infiltrante, con bordes de resección sin compromiso por carcinoma. Hueso con invasión focal por carcinoma, sin sobrepararlo.

A los nueve meses de tratamiento el paciente se encuentra libre de enfermedad.

Discusión

El carcinoma escamocelular es el más frecuente de la cavidad oral y representa el 66% de los tumores que aparecen en el paladar óseo (11). Compromete principalmente a adultos mayores (6). Los cánceres en esta localización, según los estudios revisados, no tienen predilección por sexo.

Pueden exhibir una variación considerable en la diferenciación, grado de queratinización y estructura celular. Numerosos tumores muestran crecimiento papilomatoso exofítico en la superficie, y otros, lesiones ulceradas en la mucosa (7).

El tratamiento puede incluir cirugía sola (alveolectomía, palatetectomía, maxilectomía inferior, parcial lateral o total), radioterapia sola, o una combinación de las dos, dependiendo de la lesión primaria (2). La radiocirugía con “gamma knife” se ha documentado como una alternativa para microcirugía de carcinoma de paladar óseo (6).

Los defectos quirúrgicos pueden obturarse con un colgajo o con prótesis. La rehabilitación protésica para defectos palatales ofrece ventajas significativas, ya que es bien tolerada durante la radioterapia y permite la evaluación de posible recurrencia de la enfermedad. La prótesis temporal en el postoperatorio inmediato evita la necesidad del uso de sonda nasogástrica para alimentación, permite la reanudación temprana de la ingesta oral, facilita la articulación de la palabra y la rehabilitación del paciente (2, 11).

En general, los carcinomas escamocelulares de la cavidad oral tienen gran capacidad de diseminarse a nodos linfáticos. El riesgo de metástasis ocultas a nodos cervicales varía de 5 a 45%. Algunos estudios retrospectivos han sugerido que el comportamiento del carcinoma escamocelular en el paladar óseo es similar al de otros sitios de la cavidad oral (3, 4, 5). El tratamiento electivo de nódulos cervicales es ampliamente aceptado en pacientes en los que el riesgo de metástasis ocultas excede el 15 al 20% (3, 4).

El manejo actual, en ausencia de ganglios linfáticos palpables o radiográficamente sospechosos, es expectante, aunque otros estudios han recomendado la disección de cuello electiva con cuellos N0 (3, 4, 5), como vaciamiento selectivo de los niveles I al III, en pacientes con tumor T2 o mayor; otros recomiendan vaciamiento selectivo de los niveles I al III, más radioterapia postoperatoria en tumores T3 y T4 (11, 12). Infortunadamente, la incidencia de pacientes con tumores del paladar óseo N0 es limitada, por lo que el manejo del cuello sigue siendo controversial y el monitoreo a largo plazo de estos pacientes es necesario (4, 12, 13). La evidencia clínica o radiográfica de nodos linfáticos cervicales es indicativa de vaciamiento radical ipsilateral, radioterapia o ambos (13).

Belmatrinni et al. hacen algunas recomendaciones para el tratamiento de carcinoma escamocelular de maxilar, donde la disección electiva debe considerarse: pacientes con carcinoma escamocelular de paladar óseo cuando se encuentre a < 5 mm de la transición del paladar óseo al blando o cuando la cervicotomía se requiera para reconstrucción con un colgajo microvascular y en casos de sospecha de pobre adherencia durante el seguimiento (3).

La radioterapia posquirúrgica está reservada para tumores T3 y T4, márgenes positivos, extensión bucal, invasión vascular o perineural, y metástasis a nodos cervicales, especialmente si hay invasión extracapsular. Debe iniciarse en un término de seis semanas posterior a cirugía (11). La osteorradionecrosis es una de las complicaciones que requieren mayor atención.

El deficiente control de la enfermedad local contribuye a las altas tasas de falla regional. No es claro si el tamaño del tumor influye en la falla locorregional (4, 5).

Las tasas de supervivencia de pacientes con carcinomas de paladar gingival y alveolar son de 59 a 69% a cinco años (4).

Conclusiones

Dado que la incidencia del carcinoma escamocelular de paladar óseo es tan baja, no hay estudios que indiquen su prevalencia y pronóstico. Tampoco existen protocolos con indicaciones de manejo del cuello ni de radioterapia. El paciente reportado recibió tratamiento quirúrgico con resección del tumor con márgenes amplios. El uso inmediato de prótesis permitió una rápida rehabilitación. Consideramos que en este caso el procedimiento quirúrgico fue exitoso y se logró un adecuado control oncológico.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado

REFERENCIAS

1. Meng F, Ko J, Lou P, Wang C, Yang P, Chang C, et al. The determining risk factors for treatment outcomes in patients with squamous cell carcinoma of the hard palate. *Ann Surg Oncol*, 2012; DOI 10.1245/s10434-011-2214-1.
2. Truitt T, Gleich L, Huntress G, Gluckman J. Surgical management of hard palate malignancies. *Otolaryngol Head and Neck Surg*, 1999; 121: 548-52.
3. Beltramini G, Massarelli O, Demarchi M, Copelli C, Cassoni A, Valentini V, et al. Is neck dissection needed in squamous cell carcinoma of the maxillary gingival, alveolus and hard palate? A multicentre Italian Study of 65 cases and literature review. *Oral Oncology*, 2012; 48: 97-101.
4. Montes D, Schmidt B. Oral maxillary squamous cell carcinoma: management of the clinically negative neck. *J Oral Maxillofac Surg*, 2008; 66: 762-766.
5. Simental A, Johnson J, Myers E. Cervical metastasis from squamous cell carcinoma of the maxillary alveolus and hard palate. *Laryngoscope*, 2006; 16: 1682-1684.

6. Zhao H, Zhao W, Lin H. Treatment of carcinoma of the Hard Palate with gamma Knife Radiosurgery. *Stereotac Funct Neurosurg*, 1998; 70 (suppl 1): 161-165.
7. Eneroth C-M, Hjertman L, Moberger G. Squamous cell carcinomas of the palate. *Acta Otolaryng*, 1972; 72: 418-426.
8. Arrasmith W, Staats O, Alling C, Montgomery J. Clinical-Pathological conference. Case 4. Part 2. Squamous cell carcinoma of the hard palate. *Journal of Oral Surgery*, 1974; 32: 35-39.
9. Kovalic J, Simpson R. Carcinoma of the hard palate. *The Journal of Otolaryngology*, 1993; 22: 118-120.
10. Chung Ch, Rahman S, Lim M, Constable W. Squamous cell carcinoma of the hard palate. *Int J Radiation Oncology Biol Phys*, 1979; 5: 191-196.
11. Simental A, Myers E. Cancer of the hard palate and maxillary alveolar ridge: Techniques and applications. *Operative techniques in otolaryngology*, 2005; 16: 28-35.
12. Poeschl P, Seeman R, Czembirek C, Russmueller G, Sulzbacher I, Selzer E, et al. Impact of elective neck dissection on regional recurrence and survival in cN0 staged oral maxillary squamous cell carcinoma. *Oral Oncology*, 2012; 48: 173-178.
13. Mourouzis C, Pratt C, Brennan P. Squamous cell carcinoma of the maxillary gingival, alveolus, and hard palate: is there a need for elective dissection? *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2010; 48: 345-348.