

## TUMOR DE GLANDULAS SALIVARES ECTOPICO EN PALADAR

Por los Dres. *Landete y Pacios.*

Enfermo J. M. J., de cincuenta y seis años de edad, con la siguiente historia:

Hace tres años apareció una tumoración en bóveda palatina y en las proximidades del reborde izquierdo, junto a la tuberosidad. Llegó a alcanzar el tamaño de un huevo de paloma, de forma redondeada, dura y como pegada a la mucosa palatina. Fue intervenido en Badajoz, precisando en el postoperatorio una transfusión por hemorragia. Le quedó una comunicación orosinusal que a los tres meses desapareció por granulación.

Siguió bien y sin molestias hasta hace tres meses. Tuvo entonces una sensación de punzada acompañada de hinchazón en la zona intervenida, que cedió con los antibióticos. Desde entonces, lentamente, reapareció el tumor, que ha ido creciendo poco a poco en el mismo sitio, sin llegar a alcanzar el tamaño primitivo y siendo su forma más aplanada.

En los antecedentes, catarros nasales con epistaxis frecuentes; es casado y tiene una hija sana.

En la exploración, enfermo bien constituido, delgado y con ligera palidez de piel y mucosas.

En la exploración estomatológica se encuentra la cresta alveolar superior izquierda desdentada a partir del canino; en ella existe una tumoración limitada por la región bicuspídea por delante, la línea media por dentro, el tercio posterior del velo palatino por detrás y la apófisis piramidal por fuera. Dicha tumoración abomba uniformemente la mucosa palatina, a la que respeta, siendo sus límites poco netos; se observa cicatriz mucosa de la intervención anterior.

A la palpación es dura y más consistente en la región palatina que en la vestibular; el fondo del vestíbulo izquierdo ha desaparecido y se encuentra ocupado por la tumoración. La palpación no es dolorosa. El resto de la boca está parcialmente desdentada, séptica y con numerosos restos dentarios. Las mucosas de revestimiento y lingual son normales.

En el cuello se palpan dos adenopatías duras y la P. A., 12/8.

La exploración radiográfica en proyección anteroposterior de cara demuestra un abombamiento del arbotante inferior de la apófisis pirami-

dal que está prácticamente desaparecido. La cavidad del seno maxilar se halla ocupada por una sombra densa cuyos límites invaden casi todo el maxilar. El maxilar y seno del lado derecho son normales.

El análisis de sangre, normal en todos sus aspectos.

A la vista de estos datos pensamos en la existencia de un tumor mixto de glándula salivar accesoria de paladar; su aspecto morfológico difería un tanto de lo que solemos ver en la Clínica, pero estas diferencias las atribuimos a ser una recidiva posiblemente malignizada.

Con este diagnóstico se orientó la biopsia, cuyo informe expondrá después el doctor OLIVA.

El día 18 de este mes, y bajo anestesia general, procedimos a la resección completa del maxilar superior izquierdo por la técnica de Diefenbach-Weber modificada por el doctor B. LANDETE, que respeta el reborde orbitario. Por debajo de este reborde aparecía la tumoración de aspecto globuloso y color violáceo oscuro. La pared anterior del seno había desaparecido y toda su cavidad estaba ocupada por el tumor. En uno de los puntos de tracción del tumor el separador perforó éste y de él salió un líquido espeso, filante y del mismo color de la tumoración.

La extracción final de la pieza operatoria estuvo dificultada por la fragilidad de las paredes óseas adelgazadas y rechazadas por el crecimiento del tumor. Hubo que transfundir un litro de sangre.

El postoperatorio fue normal y apirético. A los pocos días ya se levantaba el enfermo. Al tercer día se retiró el vendaje compresivo, y a los siete, los puntos.

Ante el resultado del estudio anatomopatológico de la pieza operatoria se remite el enfermo para su estudio al doctor MIÑÓN, que contestó que no se demostraba tejido tiroideo aberrante en ningún sitio.

#### INFORME DE B. DE TUMORACIÓN MAXILAR

##### *Estudio macroscópico:*

Pieza cilíndrica de 11 centímetros de larga y 5 de ancha revestida de piel por una de sus bases. Su consistencia es acentuada.

##### *Estudio histopatológico:*

Formación adenomatosa, papilífera con partes sólidas y otras cavidades, en la que no se han visto atipias ni mitosis. El estroma es de conjuntivo recio.

La malignidad histológica es baja.