

RESECCIÓN DE TORUS PALATINO Y COLOCACIÓN DE PRÓTESIS PROVISIONAL COMO OBTURADOR: REPORTE DE CASO.

RESECTION OF PALATINE TORUS AND POST-SURGICAL PLACEMENT OF PROVISIONAL PROSTHESIS AS AN OBTURATOR: CASE REPORT.

Sedeño-Jiménez Ana Cristina^{1*}, Aguilera-Molina Narda Del Rocío², Castillo-Jiménez Dayana Mishell³

¹ Odontóloga Rural del Ministerio de Salud Pública. Esmeraldas (Ecuador).

² Od. Esp. Cirugía Maxilofacial. Guayaquil (Ecuador).

³ Odontóloga de consulta particular. Cuenca (Ecuador).

*anncriss29@hotmail.com

Resumen

El torus palatino es una alteración ósea benigna que se localiza a nivel del paladar duro. Generalmente no requiere tratamiento a menos que su tamaño interfiera con el uso de la prótesis o altere la fisiología de la fonación, masticación, dicción y deglución. Se presenta el caso de un paciente masculino de 73 años, que acudió a la consulta por la presencia de un abultamiento en el paladar, con molestias durante el cepillado dental, alimentación y dicción; luego del examen intraoral se diagnosticó un torus palatino. Mediante una tomografía computarizada de haz cónico (TCHC) se identificó que el torus exhibía una cortical de grosor cercano a 2mm. El plan de tratamiento radicó en la resección del torus palatino y la colocación post-quirúrgica de una placa contensora de colgajo, en la clínica de Odontología de la Universidad de Guayaquil. Los resultados del post-operatorio a los 8 días fueron satisfactorios; la prótesis provisional conservó el acondicionamiento de la fibromucosa del paladar manteniendo el colgajo en su posición, no se evidenció la presencia de hematomas por gravedad, ni necrosis de la parte osteotomizada del torus.

Palabras clave: Exostosis, osteotomía, paladar, obturador.

Abstract

Palatal torus is a benign bone disorder that is located at the level of the hard palate. Usually it does not require treatment unless their size interferes with the use of the prosthetic apparatus or change the physiology of phonation, chewing, speech and swallowing. A case is reported of 73-year-old male patient, who went to the dentist by the presence of a bulge on the palate, with discomfort during tooth brushing, food and diction is presented; after intraoral exam we diagnosed a palatine torus. Using a cone beam computed tomography (CBCT) it was identified that exhibited a cortical torus close to 2mm thick. The treatment plan consisted in resection palatine torus and post-surgical placement of a flap retaining plate in the clinic of Dentistry, Guayaquil University. The results of post-operative after 8 days were satisfactory; provisional prosthesis retained conditioning fibromucosa palate keeping the flap in position, we couldn't evidence the presence of hematomas by gravity or necrosis of the torus osteotomized.

Key words: Exostoses, osteotomy, palate, obturator.

1 INTRODUCCIÓN

El torus palatino es una excrescencia ósea no neoplásica, de consistencia pétre¹ y base plana con forma nodular, lobulada o fusiforme;²⁻⁴ situado en la región de la línea media del paladar duro.⁵⁻⁷ La mucosa que lo cubre suele presentarse empalidecida, lisa y brillante; generalmente

es asintomático y de crecimiento lento pero progresivo.^{8,9} Su etiología se atribuye a múltiples causas como: factores genéticos mendelianos de herencia autosómica dominante, hiperfunción masticatoria (fuerzas musculares), factores nutricionales (consumo de ácidos grasos polisacáridos y vitamina D), pérdida de piezas dentarias posteriores, factores

ambientales, trauma y reacción perióstica.^{10,11}

La literatura epidemiológica señala que el torus palatino se presenta con mayor frecuencia en mujeres^{12,13} entre 30 y 40 años de edad, que en hombres. No obstante puede presentarse en cualquier etapa de la vida, ya que no existe una edad predilecta para su aparición.³ Radiográficamente, esta entidad se observa como una masa radiopaca difusa a manera bilateral que se sobrepone al antro de Highmore.¹⁴

Histopatológicamente, es hueso que ha incrementado su número de células normales, formado por hueso laminar, cortical compacta, escaso estroma y áreas medulares en donde se puede evidenciar la actividad osteoblástica o periostática acelerada.¹⁵

Clínicamente, la mayoría de torus palatinos no presentan síntomas ni requieren tratamiento,¹⁶ sin embargo, cuando su tamaño es marcado, pueden ocasionar alteraciones en la fonación, deglución y función masticatoria.¹⁷⁻¹⁹ Por otra parte en pacientes que utilizan prótesis dental las ulceraciones son el principal motivo de consulta, debido a que el sellado, asentamiento y estabilidad de la misma se ven alterados por la presencia de esta excrecencia ósea.²⁰ En estos casos el tratamiento apunta a la eliminación quirúrgica.¹⁴

Este estudio reporta el caso clínico de un paciente con torus palatino, de varios años de crecimiento, que acude a la clínica Odontológica de la Universidad de Guayaquil para realizarse la resección del mismo por las molestias que había estado presentando.

2 REPORTE DEL CASO

Paciente masculino de 73 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acude a la consulta por no estar conforme con un abultamiento que tiene en el paladar; refiere que anteriormente se realizó una prótesis dental, que utilizó por un corto tiempo debido a que le producía lesiones en la mucosa. En el examen intraoral se observó la presencia de una exostosis de forma lobular y base amplia a nivel de la línea media palatina (Figura 1); la lesión presentaba un tamaño moderado, con una elevación de 9mm, ancho de 12mm y longitud de 15mm; se solicitó una tomografía computarizada de haz cónico (TCHC) para la planificación del tratamiento.

Mediante la TCHC, se identificó que el torus presenta una cortical de grosor cercano a 2mm (Figura 2). A partir de las características de la imagen radiográfica se procedió a realizar la exeresis del torus palatino.



Fig. 1. Examen intraoral.

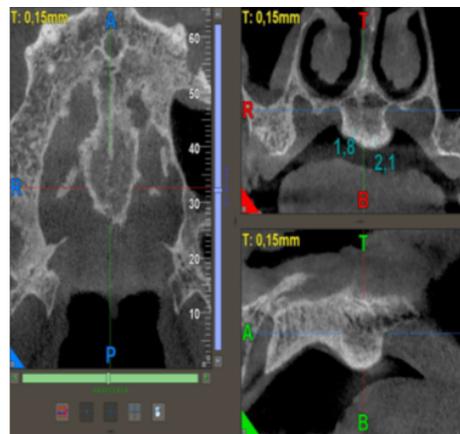


Fig. 2. Cone Beam del maxilar superior – corte axial, sagital y coronal.

El prequirúrgico inició con la toma de una impresión de alginato para la obtención de un modelo de estudio que se usó para la planificación quirúrgica y confección de la prótesis provisional que sirvió como obturador.

2.1 Técnica quirúrgica

El intraoperatorio comenzó con la asepsia extraoral e intraoral del paciente. Bajo anestesia infiltrativa (lidocaína al 2%) (Figura 3) se realizó la incisión en forma de doble Y en el paladar duro a la altura de la línea media sobre la extensión del torus (Figura 4), posteriormente con la ayuda del periostótomo se realizó el levantamiento del colgajo palatino de espesor total; la osteotomía se ejecutó mediante guías divisorias (Figura 5) con fresa de carburo de tungsteno número 6 e irrigación constante de suero fisiológico.

Los fragmentos óseos fueron eliminados con cincel y martillo (Figura 6). Para finalizar se efectuó una sutura

de puntos simples con seda 3-0 (Figura 7), se acondicionó el colgajo con apósito de cemento quirúrgico y se colocó de forma inmediata la prótesis acrílica provisional (Figura 8).



Fig. 3. Anestesia infiltrativa.

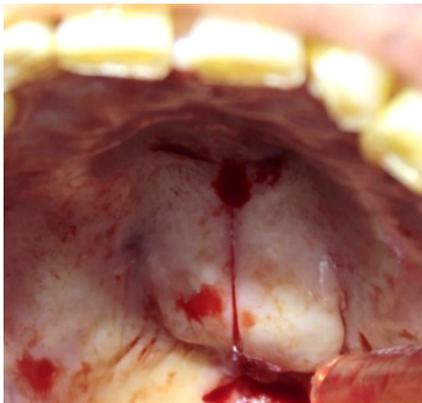


Fig. 4. Incisión en forma de doble Y.

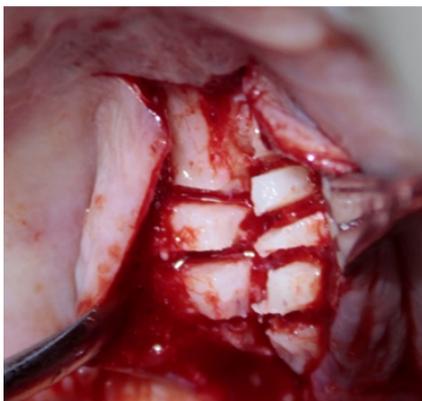


Fig. 5. Osteotomía.



Fig. 6. Fragmentos óseos eliminados.



Fig. 7. Diéresis.



Fig. 8. Placa provisional.

A continuación se dieron indicaciones generales al paciente sobre los cuidados postoperatorios que debe tener (de forma oral y escrita) y se prescribe Ibuprofeno 400mg (1 tableta cada 8 horas por 5 días) para el control del dolor y de

la inflamación. A las 48 horas se realizó un primer control. Los puntos de sutura fueron retirados a los 7 días, al igual que la placa acrílica (Figura 9). Los controles de evolución fueron realizados durante dos meses y medio (Figura 10).



Fig. 9. Retiro de placa y control a los 7 días.



Fig. 10. Control a los dos meses y medio.

3 DISCUSIÓN

Luego del análisis del caso clínico presentado en este artículo y en base a la salud del paciente, su edad, extensión y tamaño de la patología (a través de la TCHC), la técnica quirúrgica seleccionada fue la incisión de Dorrance (incisión en doble Y). Su elección está fundamentada en el levantamiento de un colgajo que no sobrepase los límites de la patología, pero que vez permita la observación clínica, análisis y enucleación completa del torus palatino.^{1,21}

Para la retracción del colgajo, en este caso clínico se utilizó separadores de Minnesota, lo que permitió una buena visualización del campo quirúrgico; sin embargo, Cava C y col. en Perú, año 2008 muestran el empleo de puntos de sutura, los cuales se dejan largos y se anudan a los remanentes dentarios. Además, refieren que es fundamental el uso de

antibioticoterapia como profiláctico para alcanzar un nivel antibacteriano aceptable.¹ En el presente caso clínico, no se administraron profilácticos, debido a que no existe evidencia científica sobre los beneficios de la utilización de profilaxis antibiótica en pacientes sin antecedentes sistémicos.

Con respecto a la colocación de la prótesis provisional, el estudio realizado por De los Santos y col. en República Dominicana, año 2017 señalan la utilización de una placa provisional de acetato, pues detallan que este material es más firme y rígido que el acrílico, lo que ayuda en la remodelación ósea.²² En contraposición, Cava C y col. en Perú, año 2008 reportaron la colocación de una prótesis provisional de acrílico, debido a que sus características permiten que se adapte mejor a la mucosa y brinde la oportunidad de colocar cemento quirúrgico o gasa yodoformada como agente acondicionante entre la prótesis y la mucosa palatina.¹ De igual forma en este estudio se prefirió el empleo de la prótesis provisional acrílica, ya que la placa de acetato a más de quedar extremadamente adherida a la mucosa del paladar, imposibilita la colocación de acondicionadores de tejido e impide el ingreso de oxígeno a los tejidos blandos de la zona quirúrgica. La prótesis provisional de acrílico utilizada en este caso clínico, permitió conservar el acondicionamiento de la fibromucosa del paladar, manteniendo el colgajo en su posición. Además, no se evidenció la presencia de hematomas por gravedad, ni necrosis de la parte osteotomizada del torus.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores no manifiestan ningún conflicto de interés.

Referencias

- 1 Cava C, Flores W, Obeso Y. Extirpación de Torus palatino por pensamiento dismórfico. *Kiru*. 2008; 5(1):73-7.
- 2 Al Quran F, Al-Dwairi Z. Torus palatinus and torus mandibularis in edentulous patients. *J. Contemp. Dent. Pract.* 2006; 7(2):112-9.
- 3 Batista T, Jorge E, Estrada A, Jardines T, Tamayo J. Torus mandibulares y palatinos en pacientes atendidos en la Policlínica Pedro Díaz Coello. *Correo Científico Médico*. 2013; 17(3): 315-19.
- 4 Jaingkittivong A, Apinhasmit W, Swasdison S. Prevalence and clinical characteristics of oral tori in 1,520 Chulalongkorn University Dental School patients. *Surg Radiol Anat.* 2007; (29):125-131.
- 5 Hiremath V, Husein A, Mishra N. Prevalence of torus palatinus and torus mandibularis among Malay population. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2011; 1(2):60-4.
- 6 Sisman Y, Ertas E, Gokce C, Akgunlu F. Prevalence of torus palatinus in cappadocia region population of Turkey. *Eur J Dent.* 2008; 2(4): 269-75.

- 7 Díaz R. Torus mandibular bilateral, eliminación quirúrgica para prótesis parcial removible. *Rev. Cient. Odontol.* 2010; 6(1): 38-41.
- 8 Sangwan A, Sharma k. Mandibular Tori - A case report and Review. *IJDC.* 2011; 2(5): 125-27.
- 9 Chambrone L, Chambrone L. Bony exostoses developed subsequent to free gingival grafts: case series. *Brint Den J.* 2005; 1999(3):146-49.
- 10 Domingues M, Porredon S, Trevizani M, Kalil S, Porta Santos K. Toro palatino e mandibular: revisão de literatura. *ConScientiae Saúde.* 2007; 6(1):57-62.
- 11 Eroğlu S, Erda Y. Why did the frequency of palatine torus increase in the ancient Anatolian populations? *HOMO: Journal of Comparative Human Biology.* 2008; 59:365-82.
- 12 Re Domínguez M, Riveros R, Moreno T, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfmacher O, et al. Torus palatinus. Report of two cases. *Our Dermatol Online.* 2016; 7(2):169-171.
- 13 Miranda C, Sánchez M. Torus palatinos y mandibulares en pacientes que acuden a consulta al Servicio de Odontología del Hospital Militar Regional de Acapulco, Guerrero. *Rev Sanid Milit Mex.* 2014; 68:272-5.
- 14 Manotas I, Pertuz V, Suárez L. Torus palatino, torus mandibular y exostosis maxilares. *Duazary.* 2005; 2(2): 115-23.
- 15 Molano P, Yepes B, Londoño C. Aparición de exostosis 7 años después de aumento del reborde alveolar con técnica de bolsillo. *Universitas Odontológica.* 2018; 37(78).
- 16 Sinisterra G, Álvarez J, Molano P. Exposición espontánea de un torus palatino de la línea media. *Biomédica.* 2013; 33:31-5.
- 17 Fuentes F, Borie E, Parra V, Rebolledo S. Torus palatino y torus mandibular. *Int. J. Odontostomat.* 2009; 3(2):113-7.
- 18 García A, Martínez J, Gómez R, Soto A, Oviedo L. Current status of the torus palatinus and torus mandinular. *Med Oral Patal Oral Cir Bucal.* 2010; 15(2): 353-60.
- 19 Meza J. Cavidad oral: Torus palatinus y torus mandibularis. *Rev. Gastroenterol.* 2004;(24):343-48.
- 20 Martínez G, Cabrera G. Remoción quirúrgica de torus mandibular: Reporte de caso. *Medigraphic.* 2016; 17(53): 1324-27.
- 21 Lalama N. Libro de cirugía bucal. Primera ed. Guayaquil; 2004.
- 22 De los Santos L, Diaz J. Torus palatino, Revisión bibliográfica y Reporte de caso clínico. In *Seminario de Casos Clínicos*; 2017; Santo Domingo. p. 13.

Recibido: 18 de Octubre del 2019

Aceptado: 20 de Noviembre del 2019

