

EXTIRPACION DE TORUS MANDIBULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Vázquez Pachón C¹, Fernández Asián I¹, Torres-Lagares D¹, Gutiérrez-Pérez JL².

¹Máster en Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla.

²UGC Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Los torus se tratan de protuberancias óseas anatómicas de carácter benigno, también denominadas exóstosis. Se componen de una estructura ósea cortical densa y una cantidad mínima de tejido óseo esponjoso. A su vez, se encuentran recubiertas de una mucosa vascularizada, frágil y normalmente, de reducido grosor. Aparecen con frecuencia durante la segunda o tercera década de la vida.⁽¹⁾

Cuando se encuentran en la zona palatina, suelen encontrarse a lo largo del rafe medio denominándose en este caso, torus palatino; que involucra tanto la zona del rafe palatino medio como el proceso palatino. Así mismo, cuando tienen lugar en el hueso mandibular, generalmente se localizan en la cara lingual; situándose principalmente en la región de los caninos y premolares, por encima del reborde milioideo, denominándose torus mandibular.^(2,3)

A diferencia de estas dos localizaciones anatómicas, cuando este tipo de exóstosis aparecen en cualquier otra localización distinta a las dos mencionadas anteriormente, zona palatina maxilar o zona lingual mandibular, no recibe ninguna designación de forma precisa y puede presentarse como una protuberancia de tejido óseo en la cara vestibular del hueso maxilar, cara vestibular de la mandíbula o en cualquier otra localización de la zona palatina del maxilar, que no sea en la zona media.⁽⁴⁾

En cuanto a su anatomía, es decir, la propia forma de los torus, cuando se trata de torus palatinos, se pueden clasificar en planos, fusiformes, nodulares y lobulares. Además, suelen presentar un crecimiento hacia el exterior, que se localiza en la línea media del paladar, aunque esta ubicación puede variar. Como hemos mencionado, la zona de formación más frecuente de estas estructuras es la línea media del paladar, en la parte central, pero se pueden detectar también en la parte anterior o posterior del paladar. Existen casos donde, incluso, los pacientes pueden presentar estas estructuras a lo largo de toda la línea media palatina desde la fosa palatina anterior hasta la terminación del paladar duro.⁽⁵⁾

En el caso de los torus mandibulares se clasifican en solitarios unilaterales y bilaterales, múltiples unilaterales y bilaterales, pudiéndose encontrar también de forma combinada de manera bilateral. Por otro lado,

el tamaño también puede variar presentándose mediante la forma y tamaño de un pequeño guisante hasta agrandamientos que pueden llegar a ocupar un área de gran extensión dentro de la cavidad oral.⁽⁶⁾

El motivo de tratar quirúrgicamente este tipo de protuberancias óseas, no es por su potencial patológico ni por su hallazgo clínico, sino por una serie de motivos que se podrían enumerar como: Motivos protésicos, fonatorios, traumatismos de repetición, higiene y/o motivos estéticos.⁽⁷⁾

En cuanto a las complicaciones quirúrgicas derivadas de la remoción de los torus, suelen producirse cuando se realiza el despegamiento del colgajo a espesor total; pudiéndose producir incluso, laceraciones en suelo de boca y otras estructuras nobles de esa misma región y que requieran de un ambiente hospitalario para poder solventar dichas complicaciones. Es por ello que se debe de tener en cuenta durante todo el procedimiento el potencial daño al nervio lingual y las consecuencias que esto tendría.^(8,9)

CASO CLÍNICO

A continuación se presenta un caso clínico que fue intervenido por los alumnos del máster de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla, donde se realizó la remoción quirúrgica de un torus mandibular, en un paciente masculino, 54 años de edad quién no refería ninguna patología de tipo sistémico ni se encontraba en tratamiento con ningún medicamento de interés clínico.

Este paciente demandó ser atendido en el máster de cirugía de la Universidad de Sevilla debido a que, se trataba de un paciente totalmente edéntulo (de escaso tiempo de evolución) el cual solicitaba en su odontólogo general la rehabilitación protésica de ambos maxilares con prótesis completas removibles superior e inferior. Pese a ofrecerle otro tipo de alternativas rehabilitadoras, como la rehabilitación protésica mediante prótesis sobre implantes, principalmente por la edad del paciente, las rechazó debido a motivos económicos.

Clinicamente se podía apreciar que el paciente presentaba torus mandibulares con forma redondeada, de gran tamaño, que casi llegan a ocupar la totalidad

del espacio del suelo de boca (Imagen 1)

Tras la realización de CBCT, y su estudio radiológico y prequirúrgico se procedió a realizar la cirugía, bajo anestesia local. Esta se planifico realizarla en dos



Imagen 1.
Incisión lingualizada en zona del tercer cuadrante

tiempos quirúrgicos, en primer lugar se realizaría la zona del tercer cuadrante y posteriormente la zona del cuarto cuadrante. Previamente a la cirugía se utilizó la técnica anestésica troncular del nervio lingual y el nervio dentario inferior. Realizando también infiltraciones anestésicas para la anestesia del nervio bucal.

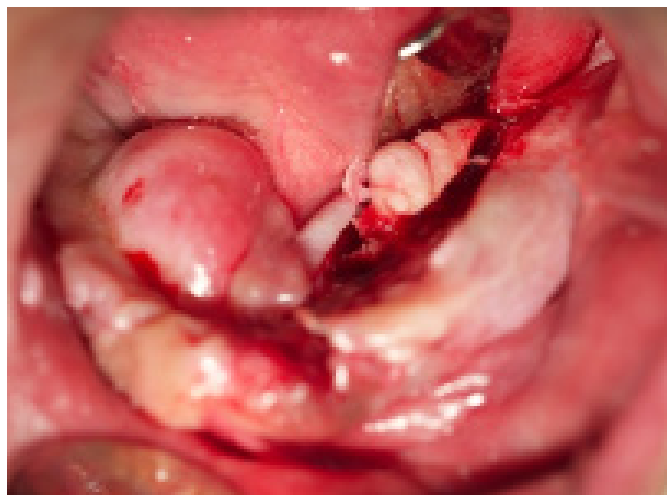


Imagen 2.
Despegamiento de colgajo mucoperióstico

Utilizando una hoja de bisturí del nº 15, se procedió a una incisión horizontal a espesor total ligeramente lingualizada en la zona del tercer cuadrante, con el objetivo de realizar el levantamiento del colgajo justo encima del inicio del torus lingual, en la base del mismo, y no se realizó ninguna descarga liberadora (Imagen 1).

Una vez realizada la incisión, se procedió al levantamiento del colgajo, dejando expuesto las exostosis óseas presentes en la zona (Imagen 2). A continuación, con una pieza de mano y fresa de ostectomía redonda del nº 8 y abundante irrigación, se procedió

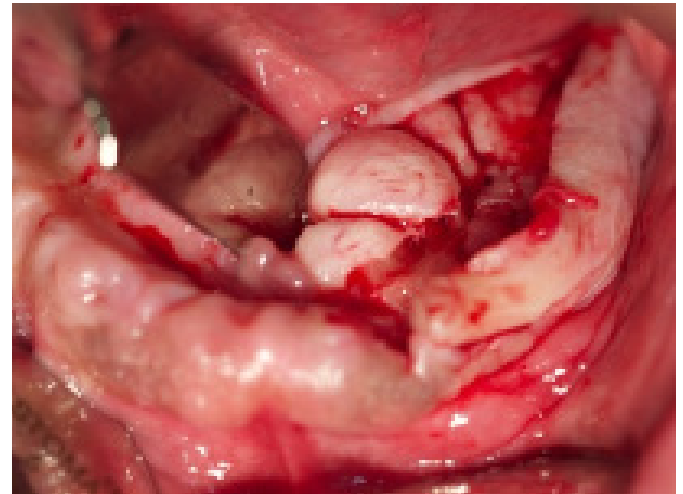


Imagen 3.
Ostectomía

a realizar la ostectomía para posteriormente, con un botador, poder separar los fragmentos óseos (Imagen 3-5).

Una vez extraídos los fragmentos óseos, se procedió a regularizar las superficies óseas remanentes situados en la zona lingual mandibular, para que no queda-

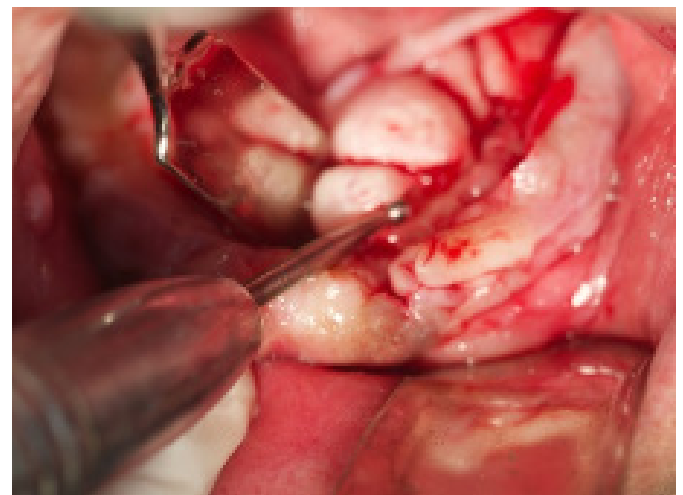


Imagen 4.
Extracción de fragmento óseo

se ninguna espícula ósea que pudiese producir complicaciones futuras. Finalmente, se suturó la herida, con técnica de sutura continua, con hilo de sutura supramid 4/0 (Imagen 6 Y 7).

En cuanto a la medicación postoperatoria, se prescribió al paciente tomar tratamiento analgésico y antiinflamatorio, y las mismas medidas higiénico - dieté-

ticas que en cualquier otra cirugía realizada en la cavidad oral: dieta fría y blanda, no enjuagarse, ni escupir ni cepillarse en 24h, enjuagues de clorhexidina...

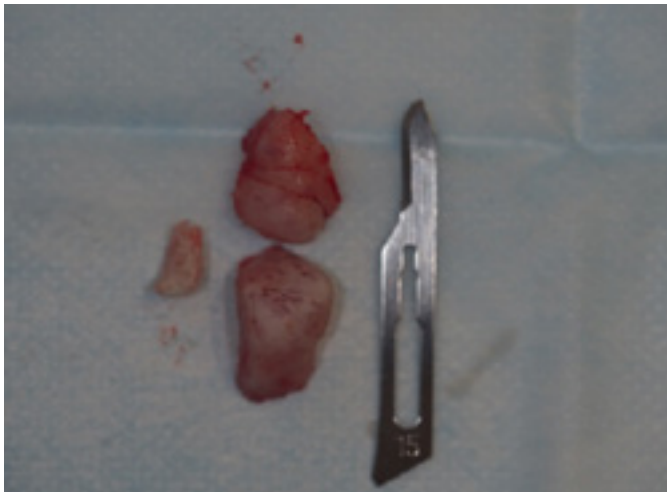


Imagen 5.
Fragmento Óseo



Imagen 6.
Reposición del colgajo tras regularización ósea



Imagen 7.
Sutura

Se sometió al paciente a controles, evaluando los tejidos, a los 2 días, a la semana y se retiró la sutura en esta última visita. Posteriormente se procedió a realizar la remoción quirúrgica del torus localizado en la zona del cuarto cuadrante siguiendo el mismo protocolo antes descrito. Finalmente, se tomo una cita de control a los 30 días desde la última intervención donde se pudo observar una evolución favorable de los tejidos y se dio el alta al paciente para que pudiese ser rehabilitado en su odontólogo.

DISCUSIÓN

En primer lugar, se podría decir que los torus se tratan de protuberancias de tipo nodular que se componen de tejido óseo maduro, y que reciben el nombre derivado de su posición anatómica. Son considerados variaciones anatómicas y en ningún caso podemos considerarlos como entidades patológicas.⁽¹⁰⁾

El tamaño, forma y la localización anatómica tanto de los torus mandibulares como palatinos son aspectos muy importantes a tener en cuenta en los tratamientos de rehabilitación protésica en estos pacientes. En el caso de los torus mandibulares de tamaño medio o gran tamaño, cuando se sitúan en la zona molar – premolar, van a obligar a modificar el diseño de la prótesis que se planea confeccionar, o en su defecto, realizar una intervención quirúrgica para eliminar esa exóstosis y poder conferir a la futura prótesis removible mayor estabilidad y sellado.^(10, 11)

En diversos estudios también se ha reportado que los torus pueden estar asociados a otros tipos de trastornos como son: alteraciones en el habla, pronunciación, ulceraciones orales, alteración de la función de la masticación, problemas parafuncionales...^(12, 13)

Además, también cabe añadir que la mucosa que recubre los torus suele encontrarse ulcerada, debido a que recibe mayor impacto o traumatismo con los alimentos y porque la mucosa que los recubre, suele ser delgada. Suelen ser un hallazgo clínico casual y que normalmente, a excepción de lo comentado anteriormente, no requiere ningún tratamiento especial.^(10,12, 13)

Por otro lado, la presencia de torus en pacientes que van a ser sometidos a cirugía de inserción de implantes o cirugías de regeneración ósea, puede resultar beneficioso, ya que pueden resultar una importante zona donante de hueso autógeno. Esto cobra gran importancia en la implantología actual ante la necesidad de realizar procedimientos de regeneración ósea guiada ante determinados defectos que puedan presentarse en la zonas que van a ser rehabilitadas.^(14, 15)

CONCLUSIONES

Los torus mandibulares, así como cualquier tipo de exóstosis que se puedan encontrar en la cavidad oral, son excrescencias óseas, no neoplásicas, de etiología desconocida, que a pesar de no tener un significado patológico, son tratadas con el objetivo de satisfacer unas necesidades, que varían desde necesidades protésicas hasta requerimientos estéticos.

Pueden ser diagnosticados mediante un examen clínico de forma ocasional, de forma radiográfica o histopatológica. Dado su carácter benigno, es de vital importancia conocer estas estructuras con el objetivo de no confundirlo con otro tipo de lesiones neoplásicas y poder desarrollar así un plan de tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sisman Y, Ertas ET, Gokce C, Akgunlu F. Prevalence of torus palatinus in cappadocia region population of Turkey. *Eur J Dent.* 2008;2:269-275

2. AlZarea BK. Prevalence and pattern of torus palatinus and torus mandibularis among edentulous patients of Saudi Arabia. *Clin Interv Aging.* 2016;24:11:209-213.

3. Hiremath VK, Husein A, Mishra N. Prevalence of torus palatinus and torus mandibularis among Malay population. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2011;1:60-64.

4. Sawair FA, Shyyab MH, Al-Rababah MA, Saku T. Prevalence and clinical characteristics of tori and jaw exostoses in a teaching hospital in Jordan. *Saudi Med J.* 2009;30:1557-1562.

5. Jaiakittivong A, Langlais RP. Buccal and palatal exostoses: prevalence and concurrence with tori. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000;90:48-53.

6. García-García AS, Martínez-González JM, Gómez-Font R, Soto-Rivadeneira A, Oviedo-Roldán L. Current status of the torus palatinus and torus mandibularis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010. 1;15:353-360.

7. El Sergani AM, Anderton J, Brandebura S, Obniski M, Ginart MT, Padilla C, Butali A, Adeyemo WL, Long RE Jr, Moreno LM, Marazita ML, Weinberg SM. Prevalence of Torus Palatinus and association with dental arch shape in a multi-ethnic cohort. *Homo.* 2020. 30;71:273-280.

8. Goncalves TM, de Oliveira JA, Sanchez-Ayala A, Rodrigues Garcia RC. Surgical resection and prosthetic treatment of an extensive mandibular torus. *Gen Dent.* 2013;61:65-68.

9. De Carvalho RW, de Carvalho Bezerra Falcão PG, Antunes AA, de Luna Campos GJ, do Egito Vasconcelos BC. Guided surgery in unusual palatal torus. *J Craniofac Surg.* 2012;23:609-11.

10. Khan S, Shah SAH, Ali F, Rasheed D. Concurrence of Torus Palatinus, Torus Mandibularis and Buccal Exostosis. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2016;26:111-113.

11. Scriciu M, Mercuru V, Mercuru R, Birjovanu C, Stan MC, Marinescu IR, Niculescu M, Iorgulescu D, Botosiu M. Morphological and clinical characteristics of the torus palatinus and torus mandibularis in a sample of young and adults' Romanian people. *Rom J Morphol Embryol.* 2016;57:139-144.

12. Goncalves TM, de Oliveira JA, Sanchez-Ayala A, Rodrigues Garcia RC. Surgical resection and prosthetic treatment of an extensive mandibular torus. *Gen Dent.* 2013;61:65-8.

13. Antoniadis DZ, Belazi M, Papanayiotou P. Concurrence of torus palatinus with palatal and buccal exostoses: case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998;85:552-7.

14. Moraes Junior EF, Damante CA, Araujo SR. Torus palatinus: a graft option for alveolar ridge reconstruction. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2010;30:283-9.

15. Drew H, Zweig B. Use of a buccal exostosis autograft for alveolar ridge augmentation: an aid to implant placement. *J N J Dent Assoc.* 2007;78:40-2.