

REMOCIÓN QUIRÚRGICA DE TORUS MANDIBULAR: REPORTE DE CASO

SURGICAL REMOVAL OF MANDIBULAR TORUS: CASE REPORT

Griselda Martínez Martínez*, Gabriela Cabrera Rueda**

*Autora responsable

**UASLP, UAA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

RESUMEN

Introducción. El término torus tiene origen latín, el cual significa "estar fuera" o "bulto". Es más ampliamente reconocida la etiología multifactorial. No requiere tratamiento a menos que sea de gran tamaño, altere la función, uso de prótesis o cause trauma de la superficie como la ulceración. Caso clínico. Paciente masculino de 64 años acude a consulta por presentar molestias por ulceración y sangrado ocasional como resultado del trauma con la comida a la masticación. El plan de tratamiento fue mediante cirugía quirúrgica con instrumentos rotatorios. Conclusiones. El torus fue removido completamente. La recuperación del paciente no presentó complicaciones y se observó una buena cicatrización de la zona.

ABSTRACT

Introduction. The term torus has latin origin, which means "be out" or "bulge". The multifactorial etiology is more widely recognized. It does not require treatment unless it is oversized, alter function, use of prostheses or cause trauma of the surface as ulceration. Clinical case. 64-Year-old male patient attends presented discomfort by ulceration and occasional bleeding as a result of the trauma with chewing food. The treatment plan was by means of surgical surgery with rotating instruments. Conclusions. The torus was completely removed. The recovery of the patient not present complications and was observed a good healing in the area.

Descriptor: Torus, sangrado, cicatrización
Keyword: Torus, bleeding, healing

Martínez, M.G., Cabrera, R.G. Remoción Quirúrgica de Torus mandibular: Reporte de caso. Oral Año 17. Núm. 53, 2016. 1324-1327. Recibido: Mayo, 2013. Aceptado: Noviembre, 2014.

INTRODUCCIÓN

El término torus tiene origen latín, el cual significa "estar fuera" o "bulito".^{1,2} Su etiología más aceptada hoy en día es la genética, pero no siempre ha sido posible demostrar el carácter autosómico dominante.^{1,2,3,4} Siendo más ampliamente reconocida la etiología multifactorial, es decir, en acción conjunta con factores genéticos, medio ambientales, nutricionales y procesos inflamatorios.⁵ Dentro de los factores ambientales se hace referencia al estrés, como consecuencia de la hiperfunción masticatoria, abrasión dentaria o bruxismo, presencia de trastornos de la ATM y el aumento de la edad.^{1,2,3} Se describen dos tipos de exostosis orales: torus mandibular (TM) y torus palatino (TP).^{6,7} La forma única es más prevalente que la múltiple y su crecimiento es gradual.^{1,3,6,8}

No requiere tratamiento a menos que sea de gran tamaño, altere la función, uso de prótesis, así como en el sellado posterior, asentamiento y estabilidad de estas; cause trauma de la superficie como la ulceración, interfieran en la fisiología de la fonación, la masticación, dicción, deglución y en la posición normal de la lengua.^{1,2,3,5} Cuando el tratamiento es indicado, apunta a la eliminación quirúrgica, mediante su tallado o remoción cortándose desde la base de la unión.^{1,3}

La presencia de torus podría ser ventajosa, ya que podrían ser utilizados como sitios de recolección de hueso para ser utilizado en zonas de tejido óseo perdido.^{1,2,9} también pueden ser útiles para aumentos de hueso horizontal y, aunque no muy comúnmente, son usados para la elevación de seno maxilar como fuente de hueso autógeno.^{10,11}

Este artículo reporta el caso clínico en un paciente masculino con torus mandibular que para un buen tratamiento se realizó una revisión de bibliografía, revisión clínica, radiográfica y terapéutica.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 64 años, referido a la Clínica de Maestría en Rehabilitación Bucal de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, el cual no presenta antecedentes médicos y odontológicos de interés para su padecimiento actual.

El paciente se acude a consulta debido a que presenta molestias por ulceración y sangrado ocasional como resultado del trauma con la comida a la masticación.

A la exploración se encontró un crecimiento óseo múltiple bilateral cubierto de mucosa oral normal. Este crecimiento óseo se encontró en la placa cortical lingual extendiéndose desde el órgano dentario 36 a la zona del órgano dentario 45, midiendo alrededor de 35mm x 25mm x 10mm. Se solicitó un estudio

radiográfico de la zona en la que se observó una imagen radioopaca anormal. (Figura 1 y 2)



Figura 1. Torus multilobular bilaterales en región de premolares a molares mandibulares.



Figura 2. Estudio radiográfico de zona de premolares y molares mandibulares en la que se observó una imagen radioopaca anormal.

El plan de tratamiento fue desarrollado con la intención de desaparecer las molestias ocasionadas por el torus, como la ulceración referida por el paciente.

La cirugía se realizó bajo anestesia local con lidocaína 2% y adrenalina 1:100.000 aplicando la técnica mandibular bilateral. Con un bisturí número 3 y hoja No. 15. Se realizó una incisión horizontal de espesor total y la posterior elevación del colgajo en sobre. En seguida se realizó la osteotomía utilizando una fresa de carburo para baja velocidad e irrigación con solución salina isotónica. (Figura 3, 4, 5, 6 y 7)



Figura 3. Incisión horizontal con bisturí número 3 y hoja No. 15.



Figura 4. Elevación del colgajo de espesor total.



Figura 5. Osteotomía con fresa 203 para baja velocidad.



Figura 6. Remoción de fragmentos de hueso.



Figura 7. Se observan fragmentos de hueso después de la osteotomía.

A continuación se procedió a utilizar limas para hueso para regularizar las superficies óseas de la tabla interna. Finalmente se realizó limpieza del área, irrigación con solución salina, reposición del colgajo, sutura con seda negra 4.0.

DISCUSIÓN

El hallazgo del torus suele ser observado durante el examen clínico en el consultorio dental. Esto es debido a que son asintomáticos para la mayor parte, y los que tienen torus no son conscientes de ello.¹² A veces, los pacientes pueden presentar alteraciones fonéticas, la limitación de la mecánica de la masticación, ulceraciones de la mucosa, depósitos de alimentos, inestabilidad protésica, y algunos pacientes pueden experimentar cancerofobia y consultar a un profesional con el fin de buscar una solución.^{2,13}

Según Proffitt,¹⁴ fuerzas fuertes de corta duración (<5kg<1s) que se producen durante las actividades de masticación, son absorbidas en gran parte por el periodonto. Este proceso resulta en no movimiento dental ortodóntico pero si en flexión del colágeno y del hueso alveolar pudiendo provocar un efecto piezoelectrónico. En un estudio el Dr. Dave Singh¹⁵ postuló que tanto el maxilar superior y la mandíbula se someten a deformación ósea similar durante las actividades parafuncionales, tales

como bruxismo nocturno, con los músculos de la masticación que actúa antagónicamente a los constrictores faríngeos durante la obstrucción de las vías respiratorias, y el estrés del periostio osteogénico que dar lugar a la deposición ósea en forma de torus en un sitio específico.

Muchos pacientes son reacios a someterse a la utilización de un osteótomo y un mazo mientras está despierto, especialmente si los golpes repetidos se requieren para separar el toro o exostosis del hueso. Como resultado de estos factores, la mayoría de los pacientes que se presentan con torus aplazan e incluso evitan el tratamiento clínico. El interés es creciente en el uso de procedimientos quirúrgicos con instrumentos rotatorios y manuales para este tipo de osteotomías.^{12,14,15}

CONCLUSIÓN

El torus mandibular múltiple bilateral fue removido completamente. La recuperación del paciente no presentó complicaciones y se observó una buena cicatrización de la zona tomando en consideración que mientras más grande es el tamaño del torus la respuesta de la cicatrización va a ser más retardada debido a que se puede presentar la necrosis de la mucosa que no tiene un adecuado soporte óseo.

El paciente se mostró contento y agradecido mencionando que ya no tiene molestias a la masticación y que ya no presenta ulceración ni sangrado.

El tratamiento realizado para el torus mandibular en este caso clínico se puede considerar el enfoque quirúrgico como la alternativa terapéutica indicada para la remoción completa de la condición clínica patológica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Fuentes, F.R., Borie, E.E., Parra, V.P. & Rebolledo, S.K. Torus palatinus y torus mandibular. *Int. J. Odontostomat.* 2009; 3(2): 113-7.
- 2.-García-García, A.S., Martínez-González, J.M., 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; 15 (2): 353-60.
- 3.-Meza-Flores, J.L. Cavidad Oral: Torus palatinus y Torus mandibularis. *Rev. Gastroenterol.* 2004; 24: 343-48.
- 4.-Al Quran, F.A.M., Al-Dwairi, Z.N. Torus Palatinus and Torus Mandibularis in Edentulous Patients. *J Contemp Dent Pract.* 2006; (7)2: 112-19.
- 5.-Unterman, M.D.S., Fitzpatrick, M.D.M. Torus Mandibularis. *West J Emerg Med.* 2010; 11(5): 520.
- 6.-Songwan, A., Sharma, K. Mandibular Tori –A Case report & Review. *IJCD.* 2011; 2(5): 125-27.
- 7.-Rajasekaran, S.A., Chauhan, R. A case report mandibular tori. *Dental Impact.* 2012; 4(1): 25-29.
- 8.-Chambrone, L.A., Chambrone, L. Bony exostoses developed subsequent to free gingival grafts: case series. *Brit Den J.* 2005; 199(3): 146-49.
- 9.-Scott, D. Ganz. Mandibular Tori as a Source for Onlay Bone Graft Augmentation: A Surgical Procedure. *PP&A.* 1997; 9(9): 973-84.
- 10.-Neiva, F.R., Neiva, F.G., Wang, Hom-Lay. Utilization of mandibular tori for alveolar ridge augmentation and maxillary sinus lifting: A case report. *QJ.* 2006; 37: 131-37.
- 11.-Sonnier, K.E., Horning, G.M., Cohen, M.E. Palatal tubercles, palatal tori, and mandibular tori: Prevalence and anatomical features in a U.S. population. *J Periodontol.* 1999; 70: 329-36.
- 12.-Periklis, Proussaefs. Clinical and Histologic Evaluation of the Use of Mandibular Tori as Donor Site for Mandibular Block Autografts: Report of Three Cases. *Int. J. Periodontics & Restor. Dent.* 2006; 26(1): 43-51.
- 13.-Simmons, J., Prehn, R. Airway protection: The missing link between nocturnal bruxism and obstructive sleep apnea 2009; 32: 218.
- 14.-Dave, S.G. On the etiology and significance of palatal and mandibular tori. *The Journal of Craniomandibular Practice.* 2010; 28(4): 213-15.
- 15.-Echeverría, J.J., Montero, M., Abad, D., Gay, C. Exostosis following a free gingival graft. *J Clin Periodontal.* 2002; 29: 474-77.