

215
31



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TORUS MAXILAR Y MANDIBULAR.

TESINA

QUE PRESENTA :

ALEJANDRO RAMIREZ CORTES.

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

ELABORÓ:

C.D. VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA



FACULTAD DE
ODONTOLOGIA

México, D.F. 1997.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS PADRES:

*Porque me dieron la vida y a ustedes les debo mi éxito,
por su amor, comprensión, paciencia y por aceptar que
yo haga lo que he querido hacer hasta el día de hoy.*

Gracias

A DIOS:

*Por que me diste la oportunidad de tener lo que hoy
tengo salud y familia. por iluminar mi camino y darme
fuerzas para lograr mi meta.*

Gracias.

A TÍ EVA:

*Por que gracias a ti he podido concluir uno de los
sueños de mi vida, gracias por el apoyo que me has
brindado en todo momento.*

Gracias.

A FABI:

*Por que gracias a ti ha sido posible que yo haya logrado
una de mis metas. por que siempre estuviste a mi lado
apoyandome en todo momento y por estar siempre cuando
más te necesito.*

Gracias

DR. VICTOR M. BARRIOS:

*Por compartir sus conocimientos y experiencia para la
realización de este trabajo.*

Gracias

ÍNDICE

CONTENIDO

PÁG.

INTRODUCCION

CAPÍTULO I. ASPECTOS GENERALES.

1.1. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS TORUS.....	1
1.2. CLASIFICACIÓN DE TORUS.....	3
1.3. TORUS PALATINO. GENERALIDADES.....	5
1.4. TORUS MANDIBULAR. GENERALIDADES.....	6
1.5. ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA DEL TORUS PALATINO.....	8
1.6. ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA DEL TORUS MANDIBULAR.....	10

CAPÍTULO II.

2.1. ANATOMÍA DEL MAXILAR.....	12
2.2. ANATOMÍA DE LA MANDÍBULA.....	16

CAPÍTULO III.

HISTORIA CLÍNICA.....	20
-----------------------	----

CAPÍTULO IV.

4.1. DIAGNÓSTICO.....	24
4.2. DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO.....	24
4.3. DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	25
4.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	26

CAPÍTULO V.

5.1. INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL TORUS PALATINO.....	28
5.2. INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL TORUS MANDIBULAR.....	29
5.3. CONTRAINDICACIONES.....	30
5.4. PRONÓSTICO.....	32

CAPÍTULO VI.

6.1. TRATAMIENTO.....	33
6.2. TIPO DE ANESTÉSICO A UTILIZAR.....	33
6.3. INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO.....	35
6.4. TIEMPOS QUIRÚRGICOS.....	37

CAPÍTULO VII.

7.1. TÉCNICA PARA LA ELIMINACIÓN DEL TORUS PALATINO.....	40
7.2. TÉCNICA PARA LA ELIMINACIÓN DEL TORUS MANDIBULAR.....	42
7.3. CUIDADOS POSOPERATORIOS.....	44
7.4. COMPLICACIONES EN EL TORUS PALATINO.....	45
7.5. COMPLICACIONES EN EL TORUS MANDIBULAR.....	46

CONCLUSIONES.....	48
BIBLIOGRAFÍA.	

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo de investigación muestra aspectos generales relacionados con los torus, tanto mandibular como maxilar.

No es muy común en nuestros días encontrarnos con éste tipo de anomalías, pero si es necesario saber: ¿Qué son? ¿Cómo se les denomina? ¿Qué problemas le puede producir a la persona que los padece? y sobre todo ¿Cuál es su pronóstico y tratamiento?

Es por este motivo que el siguiente trabajo contiene la información más importante sobre este tipo de anomalías, además de los diferentes tipos de torus que podemos encontrar y su clasificación, lo cual nos facilitará la comprensión de éstos.

Es necesario señalar la importancia del conocimiento exacto de estas patologías, para así poder dar un diagnóstico exacto y preciso de que tipo de alteración se trata y dependiendo de éste elaborar el mejor plan de tratamiento para el paciente. Ya que de lo contrario, es decir, de carecer de los conocimientos básicos sobre éste tema podemos caer en la confusión, creer que se trata de alguna tumoración maligna, cuando no lo es, o creer que se trata de un torus y tal vez nos estemos enfrentando a algún tipo de carcinoma y ésto puede costarle la vida al paciente.

Debido a ésto es necesario realizar una buena historia clínica al igual que la toma de radiografías las cuales nos permitirán hacer una valoración correcta de los pacientes como actividad elemental, con el fin de identificar oportunamente algún padecimiento y en especial algún torus, para de ésta forma tomar las medidas pertinentes de manera oportuna.

CAPÍTULO I

1.1. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS TORUS.

Se denomina torus a las excreciones óseas, que se localizan en la superficie periostica del maxilar superior y la mandíbula.

Cuando se presentan en la línea media del paladar o regiones laterales del mismo, se les denomina torus palatino, cuando se localizan en la cara lingual de la mandíbula se les llama torus mandibular.

CARACTERÍSTICAS.

Son proyecciones o protuberancias benignas de crecimiento lento de hueso nodular y asintomáticos que pueden observarse en cualquiera de los maxilares, en cualquier lugar y a cualquier edad, sin embargo suelen tener cierta predilección para su localización y su desarrollo.

Estos tipos de excreciones no tienen importancia patológica pero si importancia clínica, ya que no son neoplásicos y sólo en raras

ocaciones producen molestias, de aquí su importancia ya que en muy variados casos se formulan diagnósticos equivocados, considerandolos tumores, alarmando así a los pacientes. No es raro que estos últimos no se den cuenta de su presencia hasta ser advertidos de ellos por su médico o dentista.

Si se localizan en el maxilar se les denomina torus palatino y si se encuentra en la mandíbula se la denomina torus mandibular.

La única importancia clínica reside en su interferencia con la construcción de prótesis o protodoncias, si es muy lobulado en algunos casos la mucosa que los cubre puede ulcerarse debido a traumatismos, provocando una herida dolorosa, cuya cicatrización es lenta.

Puede requerirse extirpación quirúrgica cuando interfieran con la función o con la correcta adaptación en una rehabilitación protésica.

Como ya se mencionó tanto el torus palatino como el mandibular son asintomáticos, la gran mayoría de las veces.

CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS.

La observación de estas excreciones al microscopio ponen de manifiesto una masa de hueso normal denso o una capa periférica de hueso cortical con una zona central de médula y trabéculas óseas, es decir es una masa de hueso compacto, con un pequeño núcleo de hueso esponjoso, cubierta por una mucosa adelgazada y dotada de una vascularización precaria, lo que sumado a los traumatismos que con frecuencia inciden sobre los torus de gran tamaño favorecen su ulceración.

1.2. CLASIFICACIÓN DE TORUS.

Hay varias clasificaciones pero las más comunes son:

A) Torus planos: El tipo plano es ligeramente convexo, es una suave exostosis ubicada en la línea media del paladar duro varía de tamaño y está distribuida simétricamente a ambos lados del rafe medio, su base es amplia.

B) Torus fusiformes: Se presenta como un reborde en la línea media palatina. Su longitud varía y puede extenderse desde la papila incisiva hasta la terminación del paladar duro, puede tener un surco medio.

C) Torus nodular: Presenta pequeñas protuberancias, óseas, lisas y circunscritas y al unirse se forman surcos entre los nódulos. Esto, unido a las bases individuales de las exostosis indica el origen múltiple.

D) Torus lobular: Es una masa ósea relativamente grande que puede tener una base amplia o un pedículo con el cual parece estar suspendida. Su masa está recorrida por surcos que le imparten un aspecto lobulado. Suele haber una base común para todos los lóbulos, a diferencia de las bases múltiples del tipo nodular.

Los torus mandibulares se clasifican de acuerdo a su forma o aspecto y que si aparecen en uno o ambos lados, es decir, unilaterales o bilaterales en:

a) Torus unilarteral único: Es una exostosis única ubicada en la región de premolares por la parte lingual, de un sólo lado ya sea derecho o izquierdo.

b) Torus unilaterales múltiple: Este suele ser muy similar al tipo nodular de torus palatino. Esto es que tiene un aspecto de ser individual

cada protuberancia ósea, al igual que su base y se presenta en un solo lado, ya sea derecho o izquierdo.

c) Torus bilateral único: Es una sola exostosis o excreción que aparece en ambos lados de la mandíbula es decir tanto del lado derecho como izquierdo.

d) Torus bilateral múltiple: Son varias protuberancias óseas, unidas pero cada una con base individual y que se localizan en ambos lados de la mandíbula a la altura de los premolares por la cara lingual.

CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A LA ZONA DONDE APARECEN O SE LOCALIZAN

Este tipo de clasificación es una de la más comunes y se considera la más usual.

*Torus palatino: Se localiza en el paladar duro, por lo regular en la línea media de éste, es una masa ósea de base sesil o nodular.

*Torus mandibular: este se localiza en la superficie lingual de la mandíbula en la región premolar y en ocasiones también puede observarse encima de la inserción del músculo milohioideo.

Como ya se mencionó este tipo de clasificación es una de las más comunes.

CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A SU BASE.

Los torus también pueden clasificarse de acuerdo a su base en:

*Base sesil: Es decir que tienen una base amplia, dicha base es del mismo tamaño que la parte superior.

*Base pediculada: En cuya base se observa una especie de pedículo o caballo.

Este tipo de clasificación no es muy usual y solo la manejan algunos autores.

Por ser la clasificación más común de acuerdo a la zona donde se localizan los torus, las estudiaremos de esta forma:

1. Torus palatino
2. Torus mandibular

1.3. TORUS PALATINO.

CARACTERÍSTICAS GENERALES.

El primero en dar una definición sobre el torus palatino fue Kupffer y lo describió de la siguiente manera: "El término torus palatino se emplea para designar una excreción ósea, convexa de crecimiento lento y base aplanada situada en la región de la sutura media palatina sobre la superficie bucal del paladar duro.

Hoy en día esta descripción se sigue usando con algunas variantes.

El torus palatino, es una excreción ósea, sesil de hueso maduro, de crecimiento lento y a menudo asintomática, es benigna y es muy común que alcance grandes proporciones antes de ser descubierta, localizada en la línea media de la bóveda palatina.

A pesar de que los torus presentan varias formas el ejemplo clásico es observado en el paladar duro en forma de nódulo óseo duro y tamaño variable. A menudo se presenta labulado y a veces puede ulcerarse por traumatismos superficiales.

La línea media del paladar constituye la localización más frecuente y dependiendo de su crecimiento puede llenar en parte la cúpula.

CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS.

El torus palatino esta compuesto por hueso cortical, es una corteza de hueso compacto y duro, con un nucleo de hueso trabecular o esponjoso, algunas veces puede haber una médula grasosa y el periostio que lo cubre es muy delgado.

Los torus palatinos se eliminan cuando interfieren con la construcción de la dentadura, ulceración recurrente de la mucosa que lo cubre y curación tardia, dificultad para comer y hablar ya que es un gran obstáculo en la construcción y uso de una dentadura maxilar, porque forma una cresta dura en la cual se engancha la dentadura, en particular si ha ocurrido cierta reabsorcion de la apófisis alveolar después de las extracciones o si el torus ha crecido.

El traumatismo de la mucosa que lo cubre durante la masticación puede causar úlceras dolorosas que a causa de la finura de la membrana mucosa y de la exposición del hueso cortical subyacente, puede tardar en curar.

Hay ocasiones en que se tienen que eliminar los torus palatinos que se traumatizan crónicamente, no sólo en pacientes desdentados antes de construir la dentadura, sino también en los que tienen dientes maxilares naturales. La mayoría de las ulceraciones que cubren al torus palatino son de origen traumático.

1.4. TORUS MANDIBULAR

CARACTERÍSTICAS GENERALES.

Son excrecencias óseas, con frecuencia bilaterales y raras veces unilaterales. Se localizan en la cara lingual de la región canino

premolar de la mandíbula. Son de crecimiento lento en ambos lados, son asintomáticos.

CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS.

Al igual que su homónimo palatino el torus mandibular está compuesto por hueso cortical adulto o denso con pobreza de osteocitos. Rara vez se observa osteogénesis y osteoclasia, con un núcleo de hueso trabecular y el periostio que lo cubre es muy delgado. A veces algunas de estas lesiones pueden confundirse con osteoma esponjoso.

Un recubrimiento firme de mucosa palatina le forma una cápsula completa, no se observan muestras de inflamación a menos que se haya producido una ulceración superficial. Las lagunas y los osteositos suelen ser de tamaño reducido, de acuerdo con la relativa ausencia de actividad.

En las lesiones mayores puede haber una zona central de hueso esponjoso. Estas exostosis suelen estar encapsuladas por un estroma de tejido fibroso, colágeno grueso que parece estar tensamente estirado sobre su superficie.

Lo mismo que el torus palatino su morfología es muy variable puede ser único simple, lobulado o múltiple. Por lo regular son bulbares y ocasionalmente hacen coalescencia para formar una gruesa exostosis lingual que se extiende hacia atrás, desde el canino, hasta el segundo molar.

El primer investigador en dar una definición sobre el torus mandibular fue Furts y lo describía de la siguiente manera:

“El término torus mandibular designa una o varias exostosis sobre la superficie lingual de la mandíbula. Hoy en día esta descripción se sigue utilizando con algunas correcciones.

Los torus mandibulares se eliminan cuando la presencia de tales nódulos obstaculizan o complican la construcción de una dentadura total o parcial, cuando la cobertura mucosa se ulcera reiteradamente por diversas traumatizaciones, por ejemplo al masticar y la herida tarda demasiado en cicatrizar, cuando son tan grandes que dificultan el habla, la deglución y el libre movimiento de la lengua.

Forman unas salientes bilaterales lobulares y en casos más raros en repisa.

1.5. ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA DEL TORUS PALATINO

La etiología precisa no es clara, se puede considerar desconocida pero las teorías sobre su origen son abundantes y esto es lo que afirman algunos investigadores:

*Dos autores en el año de 1960, de nombre Susuki y Sakai consideraron: “El torus palatino es una lesión común en la apófisis palatina del maxilar superior, es un estado hereditario dominante mendeliano. Sugirieron una herencia poligénica.

*Otras teorías hablan sobre traumatismos.

*Maloclusión.

*Respuesta funcional, es decir, que el crecimiento óseo representa una relación aumentada o anormal de la oclusión de los dientes en la zona afectada. Para algunos investigadores esta reacción no es anormal, por el contrario la consideran como una formación compensatoria de hueso en los pacientes que presentan irregularidades en la oclusión.

*Goul, este investigador apoya la hipótesis de una dominación autosómica.

*Algunos otros estudiosos apoyan que existen razones importantes para creer que se trata de un tipo dominante, ligado al cromosoma X.

De todo esto se deriva que la teoría más posible parece ser la genética o hereditaria.

FRECUENCIA DEL TORUS PALATINO.

Existe una amplia variedad de opiniones acerca de la frecuencia o incidencia de los torus palatinos, de aquí que se comenten algunas de las más importantes.

-Suele aparecer en la primera década de la vida y se le observó en recién nacidos. Consta de dos partes óseas, cada una conectada con una de las apófisis palatinas, según Susuki y Sakai.

-Otro investigador de apellido Korner dice que aunque se observa algunas veces en niños, aproximadamente dos o tres por ciento, generalmente aparece después de la pubertad, la frecuencia de este tipo de excreción varía según la edad, existe un notable aumento en la incidencia después de la pubertad y es el doble de frecuente en mujeres que en hombre.

Se observa una marcada aparición dependiendo de las razas o poblaciones, por ejemplo es muy común observarse en esquimales, japoneses y coreanos; aproximadamente un sesenta por ciento y en la población adulta caucásica y negros se aproxima al veinte por ciento.

De lo anterior se puede resumir que es muy frecuente en poblaciones de asiáticos, indios americanos y esquimales. De acuerdo a

estudios realizados por varios investigadores la aparición de los torus palatinos es de dos a uno en relación mujer a hombre.

Aparecen antes de los treinta años de edad.

De acuerdo a su forma, el torus plano es el mas común, aproximadamente en un cincuenta por ciento, el fusiforme un treinta y cinco por ciento, el lobular un siete u ocho por ciento y por último el nodular en un seis por ciento.

1.6. ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA DEL TORUS MANDIBULAR.

ETIOLOGÍA

Es desconocida al igual que la del torus palatino, pero existen varias teorías sobre su etiología, como las que a continuación se mencionan:

*La función o reacción funcional a fuerzas masticadoras, esto ha sido considerado como una posible causa pero no hay ninguna prueba a favor de esta opinión.

*Otra es que se debe a una unión estructuralmente deficiente, ya que la zona más débil de la mandíbula está en la región de premolares, allí el cuerpo de la mandíbula comienza a curvarse para hallar la mitad opuesta y el volumen es mínimo, además el agujero mentoniano esta localizado en esa zona y contribuye a una mayor inestabilidad estructural de este punto.

*La teoría más aceptada señala que se debe a la genética. Señala que es heredado como un carácter dominante autosómico.

FRECUENCIA.

La frecuencia del torus mandibular varia según las razas. Los torus mandibulares se presentan con mayor frecuencia en negros y algunos asiáticos. Es muy común encontrarlo en los esquimales, aproximadamente en un setenta por ciento y este tipo de excreción es muy común en niños de este grupo racial, aproximadamente en un treinta por ciento. La frecuencia de esta anomalía es menor en hombres que en mujeres.

En la raza negra la frecuencia es de ocho por ciento, mientras que en chinos y japoneses es del once por ciento.

Haciendo una relación de frecuencia entre el torus palatino y el torus mandibular suele ser mas frecuente el primero en comparación con el segundo aproximadamente en relación de tres a uno.

CAPÍTULO II.

2.1. ANATOMÍA DEL MAXILAR

Este es un hueso par situado a los lados de la línea media, ambos maxilares constituyen la mayor parte de la cara. Constituye la porción lateral y anterior de la parte superior de la cara, techo de la cavidad bucal, pared lateral, suelo de la cavidad nasal y suelo de la cavidad orbitaria.

PORCIONES.

Cuerpo, apófisis cigomática, palatal, frontal y alveolar.

ARTICULACIONES.

Maxilar de lado opuesto, malar, palatino, etmoides, lagrimal, frontal, nasal, vómer y maxilar inferior (al ocluir los dientes).

AGUJEROS Y OTRAS ESTRUCTURAS.

Agujeros dentarios posterosuperior e incisivo, conducto palatino (con hueso palatino), conducto nasolagrimal (con los huesos lagrimal y cornete inferior), surco, conducto y agujero infraorbitario y antro maxilar.

El cuerpo de cada maxilar superior tiene una superficie facial, posterior (infratemporal), nasal y orbitaria. Aloja al gran seno o antro maxilar que comunica con la cavidad nasal.

La superficie facial del hueso se limita por arriba en el borde dentario inferior, por abajo, por el reborde alveolar, medialmente por la fosa nasal y la sutura intermaxilar de la línea media y a los lados, por la

apófisis cigomática. En esta superficie se insertan algunos de los músculos de la expresión y se encuentra el agujero infraorbitario por el que pasan las ramas terminales del nervio suborbitario y vasos sanguíneos infraorbitarios, por debajo de la línea media del reborde de la orbita.

La superficie facial generalmente muestra dos depresiones poco profundas. Fosa incisiva, por arriba de los alveolos de los incisivos y por abajo del borde inferior de la fosa nasal que esta limitada a los lados por la prominencia canina formada por la pared externa del alveolo del diente canino.

Fosa canina, se encuentra por detrás de la prominencia canina, entre el agujero infraorbitario, por arriba del reborde alveolar, por abajo y por delante de la apófisis cigomática.

Estas fosas muestran distintos grados de desarrollo según el individuo.

La superficie posterior (infratemporal) esta dirigida a la fosa infratemporal y se separa de la apófisis pterigoides externa por medio de la fisura pterigomaxilar, describe una curva medial y constituye el límite anterior de la fosa pterigopalatina en el cráneo articulado. La superficie posterior se separa de la anterior mediante la apófisis cigomática del hueso y por el reborde óseo que parte hacia abajo, el reborde alveolar.

La superficie posterior se continua por arriba con la superficie orbitaria, a nivel de la fisura oftálmica inferior. El músculo buccinador se inserta en la superficie posterior (por arriba del fondo de saco de la encía) y extendiéndose por abajo de la apófisis cigomática hasta la región premolar. En esta superficie hay dos o mas agujeros pequeños,

los orificios de los conductos dentarios posterosuperiores, por lo que los nervios y vasos dentarios posterosuperiores llegan a los dientes y a sus tejidos de sostén.

La porción inferomedial de la superficie posterior de este hueso se separa de la apófisis pterigoides en el cráneo articulado por medio de la tuberosidad del palatino.

La superficie orbitaria lisa forma el suelo de la cavidad orbitaria y el techo del seno aéreo maxilar. En su parte posterior se localiza el surco infraorbitario que conduce al túnel infraorbitario y al agujero que abre la superficie de la cara.

La superficie nasal presenta en su parte media un orificio grande e irregular que conduce al seno maxilar, en el hueso desarticulado. Por detrás de este orificio la superficie nasal se vuelve rugosa y en el cráneo articulado se le imbrinca por detrás de la lamina vertical del hueso palatino. Muestra un surco oblicuo hacia abajo y adelante que se convierte en un conducto (palatino) cuando el hueso palatino esta en su posición normal. Por debajo del orificio del antro y extendiéndose por delante hasta el borde nasal anterior, el hueso es liso y lo cubre la mucosa del conducto inferior de la cavidad nasal. Por delante del orificio, la superficie nasal presenta un profundo surco que en el cráneo articulado se convierte en conducto (nasolagrimal) con ayuda de los huesos lagrimal y cornete inferior. Por arriba del orificio del antro, en la unión de la superficie nasal y orbitaria del hueso pueden mostrarse una o más horadaciones, que en el cráneo articulado forman parte de la pared de una o más células etmoidales. El hueso maxilar llega hasta un nivel más alto que la apófisis frontal, por arriba del surco nasolagrimal. Hay un reborde horizontal que divide la superficie nasal

de la apófisis frontal en una posición inferior, en relación con el conducto inferior y una superior por delante de los conductos medio y superior. A este reborde del cornete se inserta el extremo anterior del cornete inferior.

En el cráneo articulado el orificio del antro maxilar se reduce mucho por porciones de otros huesos que ayudan a formar la pared lateral de la cavidad nasal, entre ellos: la lamina vertical del palatino por detrás; el cornete inferior, por abajo; la porción facial(laberinto) del etmoides, por arriba y el hueso lagrimal por delante:

Cada maxilar tiene cuatro apófisis:

-La cigomática que separa las superficies e infratemporal y se articula con el hueso malar por una superficie dirigida hacia afuera.

-La apófisis frontal se articula con la apófisis nasal del frontal entre el hueso nasal, por delante y el lagrimal por atrás. Ya se describió su superficie nasal. Su superficie externa presenta un reborde orbitario medial, que divide la apófisis en una parte posterior, situada en la parte anterior de la pared medial de la orbita y que forma parte de la fosa que aloja al saco lagrimal y una porción anterior, situada por fuera de la cavidad orbitaria.

-La apófisis alveolar contiene a los dientes superiores y por atrás termina en el bulbo alveolar, en los cráneos jóvenes, o en la tuberosidad maxilar en los cráneos adultos.

-La apófisis palatina se dirige hacia adentro desde la superficie interna del hueso entre las apófisis alveolares, por abajo y la superficie nasal por arriba. Forma la mayor parte del paldar duro que separa a la cavidad bucal de la nasal junto con la apófisis del lado opuesto. El suelo de la cavidad nasal(superficie superior del paladar duro) es liso, pero

muestra un reborde anteroposterior en la línea media que da inserción al vómer y forma la parte inferior del tabique nasal. La superficie inferior de la apófisis palatina del maxilar se vuelve rugosa por la inserción del mucoperiostio palatino. Hay un surco que se dirige hacia atrás, al agujero palatino mayor, situado en el ángulo que forman las apófisis alveolar y palatina, que en el cráneo articulado se abre en el paladar duro entre el maxilar y el palatino. Este agujero se localiza en el extremo inferior del conducto palatino y por él pasan nervios y vasos palatinos anteriores a lo largo del surco.

Los conductos incisivos se inician hacia la parte anterior del suelo de cada cavidad nasal. Cada conducto se abre en el agujero incisivo de la línea media que es completo cuando ambos huesos maxilares están articulados. Los conductos incisivos alojan a las ramas terminales de los vasos y nervios nasopalatinos (del tabique), rama del nervio maxilar del trigémino y de la arteria maxilar interna.

En los maxilares de los jóvenes hay una sutura en el paladar que se dirige hacia afuera desde el agujero incisivo hasta la zona comprendida entre los incisivos laterales y el canino. En la cavidad nasal esta sutura puede ascender por un corto trecho sobre la apófisis frontal, pero no aparece en la superficie facial y el hueso. Esta sutura separa al elemento premaxilar de la porción principal del hueso. En otros animales, pero no en el hombre, el hueso intermaxilar es un hueso separado antes y después del nacimiento.

2.2. ANATOMÍA DE LA MANDÍBULA.

Es un hueso par situado a los lados de la línea media, constituye el esqueleto de la parte inferior de la cara.

FORCIONES

Cuerpo, apófisis alveolares, rama, apófisis coronoides, ángulo y cóndilo.

ARTICULACIONES

Temporal(en la articulación temporaomaxilar), maxilar(al ocluir los dientes).

AGUJEROS

Mandibular(dental inferior), mentoniano.

Al nacer, la mandíbula está formada de una mitad derecha y una izquierda unidas por cartilago y tejido fibroso, en la sínfisis de la línea media. Las dos partes se unen en el primer año de vida formando un solo hueso. El cuerpo tiene forma de herradura y muestra un borde inferior subcutáneo y uno superior en el que están las apófisis alveolares que alojan a los dientes inferiores. La superficie externa o facial da inserción a alguno de los músculos de la cara y a cada lado, presenta el orificio mentoniano dirigido hacia arriba y hacia atrás. Aproximadamente en la mitad de los individuos el agujero está situado por abajo del vértice del segundo premolar. La superficie interna lingual se pone en relación con el suelo de la cavidad bucal, la lengua, las glándulas salivales, submaxilar y sublingual y con varios músculos incluyendo el milohioideo o diafragma bucal. La rama de la mandíbula forma una lámina vertical a cada lado, con una superficie externa, una interna, un borde posterior, uno anterior y dos apófisis en su parte superior. El músculo temporal se inserta en la parte anterior de la apófisis coronoides. La apófisis posterior, se denomina cóndilo y se articula con el temporal(articulación temporomandibular). El masetero se inserta en la cara exterior de la rama mandibular. El agujero

dentario inferior se encuentra sobre la superficie interna, en el centro. El orificio posterior del conducto dentario inferior cruza en el espesor del hueso y termina al frente en el agujero mentoniano. La superficie interna de la rama mandibular se vuelve rugosa por detrás y abajo del agujero mandibular debido a la inserción del músculo pterigoideo interno, esta zona se denomina ángulo de la mandíbula. El borde anterior de la rama baja desde la punta de la apófisis coronoides hacia el cuerpo del hueso donde se continúa con el reborde oblicuo externo, situado en la superficie externa del cuerpo. Este reborde es menos marcado a medida que se acerca al agujero mentoniano. Separa a las apófisis alveolares situadas arriba de la porción basal del hueso, abajo. La apófisis alveolar está recubierta por la encía por arriba del surco. A este último se adhiere el buccinador hasta el nivel del agujero mentoniano. El músculo triangular de los labios, el cuadrado del mentón y el de la borla de la barba se insertan hasta la línea media por debajo y al frente del agujero. Algunas fibras del músculo cutáneo del cuello se insertan al borde inferior del hueso. La arteria y vena facial se colocan sobre el hueso, en el punto en que penetran a la cara desde el hueso, sobre el borde anterior del masetero, en la unión entre la rama y el cuerpo de la mandíbula.

El reborde milohioideo baja desde la punta de la apófisis coronoides y continúa en la parte interna del cuerpo dando inserción al músculo milohioideo. La parte posterior del reborde milohioideo está próxima al reborde alveolar, en la zona del último molar; la parte anterior del reborde se continúa con la del lado opuesto, en la línea media y está cercana al borde inferior del hueso. En la línea media por arriba de la inserción milohioidea están los dos pequeños tubérculos

genianos que pueden fusionarse y formar una saliente vertical ósea. Los músculos genihioides y geniogloso se adhieren a estos tubérculos. Las fosas digástricas poco profundas que dan inserción a los vientres anteriores de los músculos digástricos se encuentran a ambos lados de la línea media entre el reborde milohioides por arriba y por el borde inferior del cuerpo por abajo. La superficie interna de la parte posterior del cuerpo, abajo del nivel de inserción del milohioides, se relaciona íntimamente con la porción superficial de la glándula submandibular.

La superficie interna de la parte anterior del cuerpo de la mandíbula se relaciona íntimamente con la externa de la glándula sublingual, sobre el nivel del reborde milohioides. Hay un surco que desciende y se dirige hacia adelante sobre la superficie interna de la rama mandibular desde el orificio del conducto dentario inferior y sirve para alojar a los vasos y nervio milohioides. Entre el surco milohioides y el reborde alveolar, el nervio lingual se pone en contacto con el hueso durante un corto trecho antes de situarse en la superficie superior (profunda) del músculo milohioides.

La lingula, es una saliente ósea en forma de lengua que se desprende de la superficie interna del agujero mandibular y da inserción al ligamento esfenomandibular.

El extremo superior de la rama forma la escotadura mandibular (coronoide), desde el vértice de la apófisis coronoides hasta el cóndilo. El reborde óseo pasa al lado externo del cuello del cóndilo, formando un reborde óseo que termina en el polo externo de la cabeza del cóndilo. Este reborde constituye el límite externo de la fosa pterigoidea, sobre la superficie anterior del cuello condilar, el extremo inferior del músculo pterigoideo se inserta en esta fosa.

CAPÍTULO III.

HISTORIA CLÍNICA.

La historia clínica es indispensable en nuestra profesión, no podemos omitir este paso por ningún motivo. El propósito del cirujano dentista al realizar este examen es el de determinar si la capacidad física y emotiva de un determinado paciente le permitirá tolerar un procedimiento específico. Nosotros como dentistas desearíamos poder contar con un elemento que nos ayude a decidir si podemos seguir o no un tratamiento relativamente seguro o si es mejor una consulta médica antes de efectuar dicho tratamiento.

¿Qué es la historia clínica o anamnesis? Se le denomina así a la relación ordenada y detallada de datos y conocimientos anteriores personales, familiares, actuales y detalles clínicos relativos a un paciente determinado.

Todas las historias clínicas deben incluir los siguientes puntos:

- a) Interrogatorio.
- b) Exploración bucal.
- c) Exploración física.

a) Interrogatorio: Tiene por objeto tener datos objetivos y subjetivos del paciente que no pueden obtenerse por la observación

directa con fines de diagnóstico y por medio de él se pueden obtener datos referentes a:

*Ficha o datos personales, es decir nombre, edad, sexo, ocupación, domicilio, teléfono, etcétera.

*Datos o antecedentes heredo-familiares, en este apartado se anotarán los datos referentes a enfermedades hereditarias o transmisibles que los familiares directos, abuelos, hermanos y conyuge que hayan sufrido, como son: antecedentes diabéticos, mentales, cardiacos, neoplásicos y por último sifilíticos.

*Antecedentes personales no patológicos, en este apartado se tendrá lo referente a costumbres, hábitos, etcétera.

-Número de habitaciones de su casa.

-Número de habitantes en su casa.

-Si es casa propia o rentada.

-Higiene personal.

-Grupo sanguíneo.

-Alimentación en cuanto a calidad y cantidad.

-Deportes que practica.

-Si tiene alguna adicción, como tabaquismo, alcoholismo o drogas.

-Preferencias sexuales, heterosexuales o bisexuales.

*Antecedentes personales patológicos, este apartado debe ser llenado en orden cronológico preferentemente.

-Enfermedades de la infancia.

-Antecedentes traumáticos quirúrgicos.

-Alérgicos.

-Transfusionales.

-Experiencias en previas aplicaciones anestésicas, tanto locales como generales.

*Padecimiento actual, fecha de inicio de la enfermedad, signos y síntomas de ésta, etcétera.

*Interrogatorio por partes y sistemas.

-Respiratorio.

-Genitourinario.

-Cardiovascular.

-Endócrino.

-Digestivo.

-Hematopoyético.

-Nervioso.

b) Exploración bucal.

El cirujano dentista no solo debe observar los dientes, sino todo lo que se encuentra a su alrededor, es decir, carrillos, lengua, piso de boca, paladar blando, duro, articulación temporo mandibular, etcétera.

Presencia de dientes supernumerarios, microdoncia y macrodoncia, posteriormente se profundizará en el estudio o exploración de la causa primaria, en este caso los torus.

-Palpación, mediante ésta se obtendrán datos de consistencia, firmeza, extensión y aumento de volúmen del hueso.

-Se observará la coloración, aumento de volúmen de la mucosa palatina o lingual y de la zona en general, la extensión y la forma que presenta; que puede ser lobular, fusiforme, etcétera. Se observará también si existen ulceraciones en la mucosa que cubre al torus o bien si ésta se encuentra intacta.

Por último se recurrirá a la percusión, este método no es muy común llevarlo a cabo principalmente en este tipo de anomalías, ya que no nos representa ningún síntoma característico, aunque algunos

autores afirman que por este método se localizarán puntos dolorosos o se provocarán reflejos; consiste en dar pequeños golpes en la región, tratando de obtener dolor a la percusión, con esto se van a diferenciar las partes afectadas.

c) Exploración física.

Son los datos generales en cuanto a peso, estatura, temperatura, pulso, tensión arterial y frecuencia respiratoria.

Continuamos con la exploración general:

-Cabeza, integridad anatómica de la misma, implantación de cabello, ojos, nariz, boca, etcétera.

-Cuello: forma, volúmen y área cardiaca.

-Abdomen: forma, alteraciones viscerales y volúmen.

-Extremidades: forma, longitud y movimiento.

Y como último punto viene el diagnóstico de presunción, el cual se corroborará más adelante con algunos métodos de diagnóstico de los cuales se hablará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO IV.

4.1. DIAGNÓSTICO.

Para relizar un diagnóstico correcto de algún tipo de torus, así como de su posición con las estructuras vecinas, nos basaremos en los estudios radiográficos, clínicos y microscópicos, que describiré con más detalle en este capítulo.

La presencia de los torus puede pasar inadvertida para el paciente, cuando son pequeños, ya que no existen síntomas que demuestren la presencia de ellos y no causan ningún tipo de problema.

Sólo cuando el tamaño de la exostosis es considerable y comienza a provocarles algún problema en la masticación o el lenguaje, es cuando se percatan de la presencia del torus y acuden para su tratamiento, también al solicitar algún tipo de prótesis, tanto totales como parciales y que estas abarquen la zona donde se encuentra el torus, es entonces cuando el cirujano dentista les informa que no es posible la colocación de su prótesis, debido a que presenta alguna anomalía, la cual debe extirparse y posteriormente se debe colocar la prótesis para que ésta se adapte perfectamente a la zona afectada.

La mayoría de las personas no le dan el valor que se merece a su boca o bien carecen de los conocimientos necesarios sobre su anatomía

4.2. DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO.

Tanto en los torus maxilares como mandibulares, los datos radiográficos suelen ser característicos y casi definitivos. Esto es debido a que los torus se componen casi en su totalidad de hueso compacto denso y por esta razón son siempre visible radiográficamente. Las

radiografías suelen ser una valiosa fuente de información y cuya importancia en el diagnóstico es única.

El tipo de radiografía más usual para el diagnóstico de los torus es la tipo oclusal y la periapical, esta última nos puede servir como apoyo a diferentes angulaciones, para determinar con más exactitud su situación.

Pero la radiografía que más nos auxilia en éste método de diagnóstico es la oclusal, por su amplitud, se observa mejor el torus, el cual se muestra, como radiopacidades bien definidas en la bóveda del paladar. Suelen ser de gran densidad pero a veces y sobre todo en los de gran tamaño la cortical del torus se distingue muy bien del centro medular menos denso.

Existen algunos métodos que nos sirven para saber de que grosor es el proceso palatino en otro sitio del torus y uno de éstos es la transluminación o luz de diafanoscopia. El resultado de éste método es que si el proceso palatino es delgado habrá iluminación en la cavidad nasal.

4.3. DIAGNÓSTICO CLÍNICO.

Este tipo de diagnóstico al igual que el radiográfico es muy importante.

Este procedimiento lo vamos a realizar por medio de visualización y palpación, tanto para torus palatino como mandibular.-

Palparemos detenidamente la cara lingual de la mandíbula, así como el paladar para detectar la presencia de estos torus.

Para establecer la posición que ocupan los torus en los maxilares, se determinará de una forma más clara mediante el método de diagnóstico que se mencionó anteriormente, el radiográfico.

Durante este examen clínico debemos confirmar uno o más abultamientos y determinar la extensión de éstos, la consistencia del paladar o de la porción lingual de la mandíbula y en caso de existir algún proceso infeccioso por encontrarse úlceras debido a traumatismos se localizarán puntos dolorosos. Estas ulceraciones se deben a que el tejido submucoso es muy escaso y por lo tanto la vascularización a la membrana mucosa es mínima, si la comparamos con otras áreas de los maxilares, todo esto aunado como ya se dijo anteriormente a algunos traumatismos, además debido a que la mucosa que cubre a los torus es generalmente muy delgada y da la impresión de que se ha encogido con el crecimiento del torus. Pero es necesario recordar que en el contorno de la exostosis la mucosa es del mismo grosor o espesor que en las otras áreas de la cara lingual de la mandíbula o del paladar duro.

4.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Este tipo de diagnóstico no es muy común hacerlo para ésta lesión, pero si para otras. Debido a que no es factible que se pueda confundir con algún otro tipo de patología debido a sus características y lo observado en los otros tipos de diagnóstico.

Algunos cirujanos dentistas, por falta de experiencia suelen confundir a este tipo de excreción principalmente cuando hay algún tipo de inflamación o ulceración con:

-Neurilenomas.

-Tumores vasculares.

-Abscesos palatinos.

-Tumores de glándulas.

Pero en caso de tener duda, o de no estar seguros de lo que estamos diagnosticando como ya se dijo anteriormente, las radiografías, el tacto y aún para tener más seguridad, la aspiración, son métodos específicos y que nos ayudarán a determinar claramente de que tipo de anomalía se trata.

CAPÍTULO V

INDICACIONES DEL TRATAMIENTO.

No está indicado su tratamiento a menos que interfieran en el funcionamiento del aparato estomatognático, ya que son inofensivos y probablemente cumplen en algunos casos una función protectora y útil como afirman algunos autores.

Como ya se dijo los torus no tienen importancia patológica. Los torus contra los que choca una prótesis, son fuente de dolorosa irritación crónica que puede hacer que se produzca una infección o falle la dentadura o ambas cosas o incluso en casos más severos volverse un factor etiológico de proceso maligno bucal.

5.1. INDICACIONES DEL TORUS PALATINO.

La eliminación quirúrgica es el único tratamiento aplicable a los torus, pudiéndose referir como indicaciones las siguientes:

- Ulceración recurrente de la mucosa que lo cubre con curación tardía y dificultad para comer y deglutir.
- Cancerofobia del paciente, no reducible mediante el asesoramiento especializado.

-Razones protésicas, tales como imposibilidad de confeccionar una prótesis, inestabilidad de la misma, sellado periférico defectuoso, etcétera.

-Torus de gran tamaño y lobulado que perturben la dicción o el habla.

5.2. INDICACIONES DEL TORUS MANDIBULAR

Al igual que el torus palatino, el único tratamiento aceptado es la resección quirúrgica, cuyas indicaciones son:

- Cuando obstaculizan la construcción de una dentadura total parcial o removablee.
- Cuando la cobertura mucosa se úlceras y la herida tarda demasiado en cicatrizar.
- Cuando son tan grande que dificultan el habla y la deglución.

Quando sea necesaria la extirpación quirúrgica de un torus, es necesario tomar en cuenta el estado general del paciente, tanto mental como psicológico y con lo que respecta a su salud y para esto nos vamos a basar en la historia clínica, la cual ya se mencionó en el capítulo 3.

Pero no únicamente nos vamos a apoyar en esta, sino también, en algunos otros estudios, como por ejemplo los análisis de laboratorio.

La extirpación de los torus es un procedimiento quirúrgico que incluye incisión, hemorragia, osteotomía y sutura, por lo tanto debe considerarse semejante a cualquier otra intervención quirúrgica.

Estos análisis nos van a servir para confirmar y reafirmar lo que nos informó el paciente acerca de su estado de salud. Dichos análisis nunca deben pasarse por alto, esto es lo que muchas ocasiones nos podrá asegurar si la extirpación quirúrgica la podemos realizar sin ninguna complicación, o bien que este paciente debido a algún trastorno se le considere su padecimiento como una contraindicación. Las contraindicaciones se mencionarán más adelante.

Las pruebas de laboratorio que se indican rutinariamente son:

- *Biometría hemática
- *Química sanguínea
- *Grupo sanguíneo y factor RH
- *Tiempo de protrombina

Un factor muy importante y al cual no le damos la importancia que se merece es el que respecta a la valoración psicológica del paciente. En este apartado hay que interrogar al paciente de que es lo que piensa acerca de su intervención quirúrgica que se le va a realizar, la reacción que presenta ante esta situación. Que tan temeroso o comprensivo es y lo más importante, que tan cooperativo. De todo esto el cirujano dentista se formará un juicio acerca de como es el comportamiento del enfermo y que probabilidades de éxito tendrá el tratamiento quirúrgico y si podemos contar con el paciente en todos

los aspectos y cuidados tanto preoperatorios como posoperatorios.

Además aquí también interviene la psicología del cirujano dentista, el cual debe tratar a su paciente de la mejor manera y no infundirle miedo, por el contrario decirle que lo que se le va a realizar es algo muy sencillo, que no representa ningún peligro y que todo va a salir muy bien, pero debemos hacerle incapie al paciente que es necesaria su cooperación.

5.3. CONTRAINDICACIONES

Las contraindicaciones para la excisión quirúrgica de los torus palatinos y mandibulares son las mismas para ambos, así que las daré a conocer en conjunto y estas son:

*En pacientes con trastornos en la coagulación o en tratamiento a base de anticoagulantes. Hay que consultar antes de la intervención a su médico.

*En pacientes diabéticos no controlados porque existe gran riesgo de que se presente alguna infección, el stress quirúrgico podría causar una descompensación en el proceso metabólico del paciente, un retardo en la cicatrización, alteraciones en la coagulación, existiendo el riesgo de una hemorragia.

*En pacientes con insuficiencia respiratoria.

*La presencia de algún proceso infeccioso agudo cercano a la zona por intervenir, ya que podría causar problemas en la herida o bien una diseminación de dicha infección.

*En pacientes cardiopatas no controlados debido a que los anestésicos y en particular los que contienen vasoconstrictor pueden tener efecto periférico, lo cual ocasionaría insuficiencia cardíaca, es raro pero puede ocurrir que comprometa la circulación a nivel del músculo ocasionando alteraciones que pueden ser leves y hasta en casos más severos necrosis en dicho músculo, por lo que se recomienda antes de realizar el procedimiento quirúrgico una valoración cardiovascular.

*En pacientes con limitación de la apertura bucal, ya que en este tipo de intervención, necesitamos la mayor visibilidad posible, para ver la zona que abarcan los torus.

5.4 PRÓNOSTICO.

El pronóstico de los torus en general, tanto palatino como mandibular es muy favorable, ya que éste tipo de excreciones que aunque no suelen considerarse normales, tampoco es una neoplasia o patologia. Por lo que no pone en peligro la vida del paciente y en caso de ser extirpado no tiene recidiva o no es recidivante.

En caso de que el cirujano dentista considere que es necesaria la cirugía del torus por cualquier motivo o causa que altere la función del aparato masticatorio entonces tendrá que realizar un buen estudio a la historia clínica realizada con anterioridad al paciente para saber las condiciones generales de éste y así poder determinar si dichas condiciones son las adecuadas para llevar a cabo el tratamiento quirúrgico.

Como ya se dijo cuando por algún motivo sea necesaria su remoción, esta únicamente puede ser por eliminación quirúrgica. Hay muchas técnicas para efectuarlo. La curación se cumple sin trastornos y son raras las complicaciones.

CAPÍTULO VI.

.6.1 TRATAMIENTO.

Cómo ya se mencionó en anteriores capítulos el único tratamiento para los torus es la eliminación quirúrgica en casos de que este indicada ésta.

El cirujano dentista es el único que puede decidir si este tratamiento se lleva acabo o no y antes de realizarlo debe tener en cuenta muchos factores como:

Estado general del paciente, si éste es apto para una intervención, que complicaciones pueden haber durante y después de ésta. Toda ésta información ya la tiene por medio de la historia clínica, ahora un factor muy importante es que tipo de anestésico se va a utilizar.

6.2 TIPO DE ANESTÉSICO A UTILIZAR.

Para elegir el tipo de anestésico a utilizar se deberá tener varias consideraciones como las que se mencionan a continuación:

- *Edad y estado físico del paciente.
- *Tiempo necesario para el procedimiento.
- *Infección y limitación de la apertura bucal.
- *Estado emocional del paciente.
- *El más importante el criterio del cirujano dentista.

EDAD Y ESTADO FISICO DEL PACIENTE.

Hay casos en que se contraíndique la administración de anestésicos locales y habrá otros en los que por trastornos cardiacos o de otro tipo el riesgo de la anestesia general sea muy alto debiendo utilizarse entonces la anestesia local.

Siempre que sea posible utilizarse la anestesia local hay que hacerlo, de este modo se evitara exponer al paciente al riesgo que representa la anestesia general.

TIEMPO NECESARIO PARA EL PROCEDIMIENTO.

El tiempo determinara el tipo de anestesia que se utilizara, en general los procedimientos intrabucales que requieren menos de treinta minutos, se manejan adecuadamente con anestesia local, y en caso de que el procedimiento requiera un tiempo más prolongado se recomienda que sea la anestesia general, en cuyo caso será necesario internar al paciente en un sanatorio que cuente con los elementos necesarios.

INFECCIÓN Y LIMITACIÓN DE LA APERTURA BUCAL.

La acción de un anestésico local, está determinada por el ph del medio en que se administra, siendo el óptimo para su acción un medio alcalino, es bien conocido que un tejido inflamado o con un proceso infeccioso, presenta un ph francamente ácido el cual modifica la acción del anestésico inyectado en forma total o parcial. Aunado a esta circunstancia la probabilidad de diseminación de la infección. Por todo lo anterior, en caso de haber infección bien establecida o reacción inflamatoria, de primera intención trataremos de resolver al proceso infeccioso para posteriormente establecer el manejo de anestésico local, cuando esto no fuera posible, preferimos manejar al paciente con anestesia general.

En algunos casos de limitación de apertura bucal y en los que sea necesario actuar de urgencia, tendrá que utilizarse la anestesia general, ya que por una parte dificultará la administración de anestésicos locales y por otra habrá necesidad de utilizarse relajantes musculares y abre bocas, instrumento que no podía emplearse bajo anestesia local.

ESTADO EMOCIONAL DEL PACIENTE.

Este es un factor muy importante ya que con frecuencia encontramos pacientes con aversión a las inyecciones dentro de la boca y miedo en general a procedimientos odontológicos, muchos de éstos casos tendrán que ser tratados bajo anestesia general sin embargo será necesario explicar a estas personas el riesgo que representa dicha anestesia.

CRITERIO DEL CIRUJANO DENTISTA.

La reunión de todos estos factores y el cirujano, además del entrenamiento, costumbre, comodidad y técnica del mismo para efectuar el procedimiento quirúrgico con una u otra anestesia, será fundamental en la elección de ésta.

La elección del anestésico depende de todos estos factores y hay que tener presente que la eliminación de los torus puede hacerse con anestesia local, en el consultorio y bajo anestesia general en un quirófano.

6.3 INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO.

El instrumental que se utiliza para la eliminación de los torus palatinos y mandibulares no es muy numeroso.

A continuación se dará a conocer el nombre y uso:

*Eyector: Es importante ya que se utiliza para la eliminación de la sangre, saliva etc.

*Jeringa para irrigación: Como su nombre lo indica nos va a servir para irrigar principalmente durante la osteotomía.

*Jeringa para anestesar.

*Bisturi: Por lo regular suele utilizarse el Bard park numero 3 y la hoja a utilizar depende del cirujano.

*Fresas quirúrgicas: Las más utilizadas son fresas quirúrgicas de fisura.

*Escoplo y martillo: Nos van a servir para hacer la excisión de los torus, muchos cirujanos dentistas no lo emplean debido a que se requiere cierta habilidad para su uso.

*Legra o elevador de periostio: Es el instrumento que se utiliza para desprender el colgajo mucoperiosteico de su inserción ósea después de realizada la incisión.

*Limas para hueso: Se utilizarán para alisar los bordes irregulares del hueso.

*Alvolotomo o gubia: Se utiliza para la eliminación de crestas o vértices salientes y en general para la regularización de bordes óseos y en éste caso para la eliminación de torus.

*Porta agujas: Es un instrumento indispensable para realizar la sutura.

*Tijeras: Se utilizan para eliminar tejidos patológicos o para regularizar tejidos blandos después de alguna eliminación.

*Material de sutura: Se utiliza seda de tres y cuatro ceros para efectuar el cierre de la herida.

G.4. TIEMPOS QUIRÚRGICOS.

- a) Asepsia.
- b) Anestesia
- c) Incisión y colgajo.
- d) Operación u osteotomía
- e) Tratamiento o alisamiento.
- f) Sutura.

a) ASEPSIA.

La palabra asepsia significa libre de germen.

El tratar de lograr la asepsia en la cavidad bucal es algo imposible, debido a que en esta existen infinidad de microorganismos pero no esta por demás hacer una limpieza del campo operatorio.

Vamos a realizar una odontosexis o limpieza, para eliminar el sarro y materia alba, posteriormente se le recomienda al paciente un enjuague con algún antiséptico bucal.

b) ANESTESIA

Puede ser de tipo local o regional y varia dependiendo del tipo de torus a eliminar.

Torus palatino: Se utilizará la técnica nasopalatina, la palatina posterior y palatina anterior.

Torus mandibular: Se utilizará la técnica regional mandibular, mentoniana y la infiltrativa.

c) INCISIÓN Y COLGAJO.

La incisión es la sección metódica de partes blandas con instrumento cortantes.

Mientras que el colgajo es una masa de tejido separado incompletamente del cuerpo.

La incisión debe ser:

*Lo suficientemente amplia.

*De una sola intención.

*Debe contener todas las estructuras que quedan sobre el hueso, es decir mucosa, submucosa y periostio.

*No hacer incisiones sobre tejidos con infección incontrolada, ya que puede haber una rápida extensión de ésta.

El colgajo debe tener una base amplia para evitar necrosis por falta de un buen aporte sanguíneo.

El desprendimiento del colgajo se efectuará colocando entre los labios de la herida, entre el mucoperiostio y el plano óseo la legra, desprendiendo el colgajo del hueso.

El colgajo mucoperiostico debe ser retraído y protegido durante el acto quirúrgico, se recomienda interrumpir dicha retracción periódicamente con el objeto de favorecer su irrigación.

La pinza de dientes de ratón, ayuda a disecar el colgajo, con ella se toma el labio de la incisión ligeramente y se levanta, al mismo tiempo que la legra desprende el colgajo.

Los bordes del colgajo deben cuidarse en tal forma, que cuando se reintegren a suposición anterior, se asegure la cicatrización.

d) OPERACION U OSTEOTOMÍA

En este tiempo quirúrgico es la eliminación del torus. La osteotomía es el procedimiento de eliminación total o parcial de hueso. Es muy importante evitar el calentamiento del hueso, irrigándolo con suero fisiológico por medio de una jeringa.

e) TRATAMIENTO DE LA ZONA OPERADA.

En este paso se va a proceder con el alisamiento de la superficie ósea, la cual se logra con limas para hueso o fresas quirúrgicas, esto va a depender del tamaño del torus. Posteriormente se procede con el lavado de la zona, el cual se realiza por medio de una jeringa y suero fisiológico con el fin de eliminar todas las esquirlas óseas que pudieran quedar.

f) SUTURA.

Este procedimiento que utilizamos para unir y fijar los tejidos separados por la incisión. El punto de sutura que se utiliza va a variar dependiendo de la zona y el tipo de incisión que se haya efectuado. El material que se utiliza es seda de tres o cuatro ceros.

CAPÍTULO VII.

7.1. TÉCNICA PARA LA ELIMINACIÓN DEL TORUS PALATINO

Una vez que se logra la asepsia y el paciente está perfectamente anestesiado, como ya se mencionó anteriormente, los torus palatinos pueden ser eliminados bajo anestesia general o local. Se puede inyectar submucosamente ya sea anestesia o una solución vasoconstrictora lo que proporciona una adecuada hemostasia, al tiempo que favorece al despegamiento de la fibromucosa.

Posteriormente se hace una incisión palatina media en toda la longitud del torus, con forma de "Y" o también llamada incisión de Mead. También se puede hacer una incisión de doble "Y" o incisión de Dorance, o una incisión palatina única en la línea media o si se prefiere la elíptica.

Las incisiones para crear los colgajos y exponer el torus palatino son diversas, siempre deben ser medio milímetro más grande que el torus, para darnos buena visibilidad.

En todos los casos el fino tejido mucoperiosteico adherido a un torus es difícil de disecar y aunque se diseque bien el colgajo puede necrosarse en el posoperatorio debido a su finura y por carecer de suficiente irrigación sanguínea.

Después de elevar el colgajo se pueden aplicar suturas de retención para mantenerlo fuera del camino.

Posteriormente se procede a la resección del torus, el cual no debe ser eliminado en bloque o masa, ante el riesgo de crear una comunicación buconasal. Sino que deberá subdividirse en segmentos con una fresa de fisura y después cada trozo se puede sacar con facilidad con el osteótomo o mediante gubias o escoplos. Esto se hace así

porque si se intenta sacar completo puede haber una fractura de la fina lamina palatina. A continuación se alisa minuciosamente el lecho de la resección o la base ósea, mediante limas para hueso, no siendo preciso dejar el paladar concavo con el siguiente riesgo de penetrar en la cavidad nasal.

Existe otra técnica en la cual el torus puede eliminarse por completo utilizando una escotina giratoria o fresa para hueso.

Por último se procede a la limpieza del lecho por medio de suero o agua bidestilada y una jeringa para irrigar con el fin de eliminar todas las espículas o desechos que pudieran quedar.

Una vez hecho esto se reponen los colgajos, se adaptan mediante presión digital a su lecho de soporte y se suturan con material no reabsorbible. Es aconsejable que la sutura no quede tensa por el contrario debe quedar en forma laxa.

Algunos autores aconsejan que se corte el tejido excedente que cubria al torus para que los bordes del colgajo se unan sin que exceda mucho tejido.

En general es suficiente cerrar la herida con unas pocas suturas de sujeción debido a que el colgajo permanecerá en su sitio por el tutor quirúrgico, férula, o bien por la dentadura en caso de que exista. Por esta razón es que se aconseja realizar preoperatoriamente un modelo de yeso, en el cual se simula la operación y sobre él se confecciona una férula de acrílico.

Una vez que se realizó la cirugía, la férula se rebasa con un acondicionador de tejidos y se adapta al paladar del paciente para

prevenir la formación de hematomas en el espacio muerto y para que el paciente este más comodo después de la operación. Y de esta forma facilitar la cicatrización de la mucosa palatina.

Esta férula palatina puede ir ajustada a los dientes mediante ganchos o ligaduras de acero inoxidable. Si no se quiere usar un tutor o férula se puede usar un rollo de gasa sujeto con sutura traspalatina.

7.2. TÉCNICA PARA LA ELIMINACIÓN DEL TORUS MANDIBULAR.

Una vez que se logra la asepsia y el paciente esta perfectamente anestesiado, al igual que el torus palatino se puede utilizar tanto local como general, en caso de ser la primera es la técnica regional mandibular y puntos locales.

Se prosigue con la incisión la cual deberá ser lo suficientemente larga para abarcar todo el torus y extenderse más alla del mismo aproximadamente cinco milímetros con el objeto de no desgarrar el colgajo, generalmente delgado. Sólo se retrae o se disea el grosor del mucoperiostio sobre el lado lingual. Los tejidos labiales no se liberan para proporcionar tejido labial estable para cerrar y evitar pérdida de la profundidad del surco.

Nunca debe hacerse la incisión sobre el torus mismo porque la linea de sutura quedará sobre el hueso traumatizado, además, como la mucosa que cubre al torus suele ser muy fina y si se llegará a hacer la incisión en esa zona la herida puede esfacelarse o gangrenarse y por lo tanto quedaria expuesto el hueso subyacente.

Una vez realizada la incisión se procede con el levantamiento del colgajo y despegamiento subperóstico hasta exponer la exostosis, este

paso debe hacerse con cautela para no desgarrar la fina cubierta mucoperiostica que cubre al torus.

El siguiente paso consiste en la osteotomía. Muchas veces el torus puede eliminarse de una sola intesión con un fino osteotomo. El cual es golpeado despues de haber sido colocado en la unión entre el torus y la lamina lingual.

Algunos autores recomiendan que se realice un canal con la fresa en el torus, para desarrollar un plano desde el cual se le dividirá, se procede a la colocación del osteotómo sobre la ranura que se hizo con el bisel del instrumento dirigido en dirección opuesta a la corteza y se divide el torus con un golpe de matillo.

Otros estudios recomiendan la eliminación unicamente a base de escoplo y fresa quirúrgica.

Quando existen multiples torus en el mismo lado, se puede incidir uno por uno o se puede hacer un surco preparatorio a lo largo de toda la cara superior con una fresa antes de eliminarlos.

Si se tratara de un torus de gran longitud el corte en secciones es la técnica quirúrgica a seguir.

Hay que tener cuidado al momento de eliminar el torus para que éste al momento de ser cortado no se desplace dentro del piso de la boca.

Existe un tratamiento optativo que evita esta posibilidad y consiste en desgastar el torus con la fresa, pero se corre el riesgo de lacerar el colgajo mucoso.

Después de haber eliminado el torus se procede con el alizamiento del lecho el cual se lleva acabo con una lima para hueso o

si el espacio lo permite, con una fresa para hueso o se realizan ambos procedimientos.

Se procede con la limpieza del área para eliminar las espículas óseas, se recomienda suero fisiológico o solución salina con una jeringa para irrigar.

Se continua con la sutura la cual debe ser mediante puntos separados con dexón o seda de tres ceros.

Aquí también es recomendable y útil un tutor o férula acrílica en lingual porque existe la posibilidad de que en el posoperatorio se forme un hematoma ya que el tejido blando excesivo produce un espacio muerto.

7.3. CUIDADOS POSOPERATORIOS

Los cuidados posoperatorios suelen ser los mismos tanto para los torus palatino como para mandibulares. Estos cuidados son muy importantes y de esto depende el éxito o el fracaso de todo el acto quirúrgico.

Como ya se mencionó anteriormente es indispensable e imperioso la construcción de una férula de acrílico, la cual es con el objeto de prevenir la formación de hematomas, para que el colgajo se adose perfectamente al hueso y de esta forma facilitar la cicatrización y para proteger al hueso durante los primeros días después de la operación.

Si por algún motivo no se puede usar la férula ésta se puede sustituir por un rollo de gasa, sujeta con sutura o en su defecto algún apósito quirúrgico.

El paciente deberá mantener una higiene oral esmerada, para evitar la acumulación de restos alimenticios en el sitio operado.

El dolor se controlara mediante analgésicos o anti-inflamatorios no esteroides. No es preciso utilizar antibioticos de rutina.

Tomar una dieta compatible con su estado, es decir a base de alimentos blandos o líquidos.

Evitar esfuerzos musculares de la región bucal por que esto pudiera provocar el desgarre de los bordes de la herida.

No ingerir bebidas alcoholicas ni fumar.

Algunos autores recomiendan que la férula debe permanecer en su lugar cuarenta y ocho horas despues de la cirugía, posteriormente debe quitarse para limpiar e inspeccionar la herida y se lleva acabo un vendaje sobre el sitio de la operación hasta haber curado bien la herida.

La férula y el material de sutura son retirados a los siete dias. Despues de que se realizo este último punto es aconsejable seguir viendo al paciente de una a dos veces por semana hasta ser dado de alta.

7.4. COMPLICACIONES EN EL TORUS PALATINO.

Las complicaciones son muy raras pero no por esto deja de ser imposible que aparezcan, la mayoría de estas complicaciones se deben al descuido por parte del operador.

-Hemorragia se debe principalmente a que el cirujano carece de los conocimientos necesarios de anatomía y al realizar la incisión puede abarcar o lesionar los vasos palatinos.

-Desgarramiento de la mucosa es debido a que el operador no tiene el debido cuidado en el manejo del colgajo.

-Hematoma es causado por la falta de colocación de una férula que es indispensable para adosar perfectamente la mucosa al hueso.

-Fractura de la lámina palatina, esta complicación es muy severa y es debido a que el cirujano no secciona el torus para eliminarlo en partes, lo cual es indispensable, por lo tanto al tratar de retirarlo completo puede ocurrir la fractura de la lámina o hueso palatino. Si esto llegara a suceder los fragmentos deberán colocarse en su lugar e inmovilizarlo con una férula. Puede llegar a quedar en el paladar una profunda depresión.

-También se puede llegar a perforar el piso de la nariz y en el peor de los casos hasta lesionar la mucosa nasal lo que provocaría una fistula nasobucal.

7.5. COMPLICACIONES EN EL TORUS MANDIBULAR.

Al igual que en el anterior las lesiones son muy raras, suelen ser por descuido del operador y son causadas en tejidos blandos.

- Daños o laceraciones al piso de boca o glándulas salivales, esto suele pasar con los instrumentos como fresas, escoplos, o cinceles, los cuales pueden deslizarse y provocar alguna herida en la zona.

- **Desgarramiento de la mucosa que cubre al torus, es debido a un manejo inadecuado del colgajo.**

De las complicaciones que se pueden presentar durante el acto quirúrgico y después de éste, tanto en el torus palatino como en el mandibular, todas se pueden evitar y está en nuestras manos que se logre. Solamente basta con poner atención en lo que estamos realizando, hacer uso adecuado del instrumental y tener conocimientos básicos sobre lo que estamos haciendo.

CONCLUSIONES.

Al término de la elaboración de este trabajo de investigación he llegado a la conclusión de que a pesar de que el torus no es considerado una neoplasia y no es común encontrarlo en nuestra población si es necesario tener los conocimientos básicos sobre este tema. Al decir conocimiento básicos me refiero a ¿Qué es? ¿Cómo se observa? ¿Cuál es su tratamiento?, etcétera.

Si decidimos realizar la extirpación quirúrgica es porque realmente es necesaria e imperiosa y de no ser así, no tiene caso llevarla a cabo.

Al realizar el tratamiento quirúrgico debemos considerar algunos factores que son de suma importancia, los cuales nos ayudarán a planear la cirugía para que esta ocurra de la mejor manera sin complicaciones.

Estos factores son:

- Realizar una buena historia clínica la cual es fundamental en nuestra profesión.
- Tener conocimientos específicos de anatomía sobre la zona a tratar.
- El estudio radiográfico es esencial como método de diagnóstico en compañía de algunos otros métodos básicos, dependiendo de esto, elaborar, planear y elegir el mejor plan de tratamiento.

Como ya dije anteriormente si nos decidiéramos por la eliminación quirúrgica, es necesario tener las bases sobre la técnica a seguir, saber que en cualquier tipo de cirugía pueden existir complicaciones, las cuales están en nuestras manos evitarlas y que si el éxito o el fracaso de esta excisión depende en un noventa por ciento de

nosotros como cirujanos dentistas y el otro diez por ciento depende de la colaboración del paciente, por lo anterior es necesario unirnos, colaborar mutuamente para el buen desempeño de nosotros como cirujanos dentistas y así poder prestar ayuda a las personas que acuden a solicitarnosla.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFÍA

BERNIER, JOSEPH L. TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES ORALES. 701-708 P. ED. LIBREROS. 1959. 884PT.

BHASKAR, S. N. PATOLOGÍA BUCAL. 701-708 P. ED. EL ATENEO. 1975. 456PT.

KRUGER, GUSTAV. TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL. 104-105 P. NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA S.A. DE C.V. 1990. 616PT.

LASKIN, DANIEL M. CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL. 311-314, 536 P. ED. MÉDICA PANAMERICANA. 1987. 782PP.

LÓPEZ, ARRANZ J.S. CIRUGÍA ORAL. 411-413. P. ED. INTERAMERICANA MCGRAW HILL. 1a ED. 1991. 560 PP.

QUIROZ, GUTIERREZ FERNANDO. TRATADO DE ANATOMÍA HUMANA. 97-101, 108-111. ED. PORRÚA S.A. 1983. TOMO I. 501 PP.

THOMA, ROBERT J. GORLIN. EOLDMAN M. HENRY. PATOLOGÍA ORAL. 48-50. ED. SALVAT EDITORES. S.A. 1973. 1273 PP.

W. HENRY HALLINSTIEAR. ANATOMÍA PARA CIRUJANOS DENTISTAS. 261-367 P. ED. TIERRA FIRME S.A. DE C.V. 1983. 404 PP.