

25  
21



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**TORUS PALATINO MANDIBULAR**

**T E S I S I N A**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
C I R U J A N O D E N T I S T A  
P R E S E N T A:  
**CORY EVRETT/BAKER REINOSO**



Responsable del Area del Seminario de Cirugía Bucal y Asesor:

C.D. ROCIO GLORIA FERNÁNDEZ LÓPEZ

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.

## **AGRADECIMIENTOS**

***A Dios***

*Por permitirme llegar hasta este punto*

***A mis padres***

***Toby Gene Baker***

***Berta Reinoso de Baker***

*Les doy las gracias por haberme dado su apoyo y confianza para mi formación.*

***A mis hermanas:***

***Shirley Lee Baker Reinoso y***

***Becky Sue Baker Reinoso***

*Por el apoyo y cariño que nos ha unido en todo momento.*

***A mis abuelitos***

***Clearence †, Shirley †, Concepción y***

***Jesus †.***

*Quines han hecho del respeto y la honradez una virtud de su corazón. Siempre estan conmigo*

***A mis tíos Estela, Aureli, Sandy,  
Victor y Jesus***

***A Ana Gloria Alonso Hernández  
Por haberme brindado siempre su apoyo y  
su amistad.  
Gracias.***

***Gracias a: Cristina, Patricia,  
Guillermo, Jair, Marco, y Pablo.  
Por acompañarme en todo momento  
durante la carrera.***

***A al Dr. Alejandro López Rodríguez  
Gracias por su apoyo y sobretodo por su  
amistad***

***A la Dra. Rocío Gloria Fernández López  
Por su dedicación y consejo para la  
realización del presente trabajo***

***A la UNAM***

*En especial a la Facultad de Odontología  
para encontrar en ella, compañeros y  
experiencias, que han colaborado en mi  
formación profesional.*

# TORUS PALATINO MANDIBULAR

## INDICE

Introducción	1
Capitulo I. Generalidades del Torus Palatino y Mandibular	3
1.1 Antecedentes	3
1.2 Exostosis	4
1.3 Definición	4
1.4 Clasificación por su forma y tamaño	5
1.5 Patología y Etiología	8
1.6 Histología	8
1.7 Diagnostico Diferencial	9
1.8 Incidencia y prevalencia	9
1.9 Estudio morfológico realizado en Noruega	11
1.10 Tratamiento y cuidados preoperatorios	12
Capitulo II. Técnicas y tratamiento del Torus Palatino y Mandibular	14
2.1 Métodos de anestesia empleados para la extirpación del Torus Palatino y Mandibular	14
2.1.1 Bloqueo nervioso nasopalatino	14
2.1.2 Bloqueo palatino anterior	15
2.1.3 Bloqueo alveolar inferior (Bloqueo Mandibular)	17
2.1.4 Bloqueo lingual	19
2.2 Técnica para la exeresis de Torus Palatinus	21

<b>2.3 Eliminación del Torus Mandibular (Osteomandibular) .....</b>	<b>33</b>
<b>2.4 Técnica quirúrgica para la eliminación del Torus por el método de Dorrane .....</b>	<b>38</b>
<b>2.5 Destrucción del Torus Palatino por privación de su irrigación complementaria .....</b>	<b>39</b>
<b>2.6 Secuelas quirúrgicas que deben evitarse cuando se eliminan Toripalatinos .....</b>	<b>40</b>
<b>2.7 Cuidados postoperatorios .....</b>	<b>41</b>
<b>Conclusión .....</b>	<b>44</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>45</b>

## INTRODUCCIÓN

El Torus palatino y el Torus lingual representan una patología poco frecuente. Dentro de todas las alteraciones de la boca humana existen diferentes tipos de torus palatinos y torus mandibulares y se dice que es mas frecuente en pacientes del sexo femenino que en el masculino.

Aunque por si mismo, no suele considerarse como un grave problema, resulta de vital importancia, en el caso en el que deba de utilizarse una prótesis en la persona que lo padece. Por otro lado es causa de ulceraciones en la boca, problemas en la fonación, o bien en la masticación.

El objetivo de este trabajo es el de profundizar sobre las técnicas quirúrgicas para el diagnostico, tratamiento, solución, etc. considerando la mejor de estas para cada tipo de paciente a tratar.

Estas aportaciones están diseñadas para ayudar a la formación de estudiantes de odontología, considerando que la mayoría de ellos se desempeñaran en el futuro como cirujanos dentistas con consultorios particulares.

En resumen, tanto el torus mandibular como el palatino al ser un crecimiento de tipo óseo, genera determinados trastornos en el paciente tales como irritaciones en la mucosa, ulceraciones y principalmente problemas en la inserción de prótesis dentales de igual manera se ha comprobado que la incidencia es mas frecuente en el sexo femenino y se sugieren diversas hipótesis con respecto a su etiología como son genética,

hereditarios, raciales y nutricionales, por lo que estos trastornos deben ser eliminados tratando estos torus quirúrgicamente, tomando en cuenta el previo diagnóstico y conociendo el tipo de torus que va a ser eliminado, se eligirá la técnica más apropiada para el paciente conociendo la anatomía de la región perfectamente y teniendo los cuidados preoperatorios pertinentes en cuenta, se deberá emplear una buena técnica de anestesia.

Dentro de las distintas técnicas de extirpación quirúrgica de estos crecimientos de tipo óseo se podrán utilizar instrumentos como son el martillo y un escoplo, la fresa quirúrgica bien su destrucción por privación de su irrigación; los cuidados del cirujano en el torus operatorio es también muy importante en la manipulación de los tejidos blandos, como duros se deberá llevar a cabo minuciosamente y el cuidado postoperatorio dependerá de el paciente para su pronta rehabilitación.

## **CAPITULO I**

### **GENERALIDADES DEL TORUS PALATINO Y MANDIBULAR**

#### **1.1 ANTECEDENTES**

Como se ha dicho, este tipo de problema se presenta en el paladar o en la mandíbula. Nunca se ha reportado un padecimiento maligno; generalmente se elimina para impedir la irritación de la mucosa suprayacente y para permitir la colocación de la prótesis. En la literatura se menciona que los torus palatinos son mas frecuentes que los mandibulares, sin diferencia de raza y sexo. Es común ver su crecimiento en las primeras tres décadas de la vida y se estabilizan después de este periodo.<sup>(8)</sup>

A menudo este crecimiento del paladar provoca gran ansiedad en el paciente cuando lo describe por primera vez y es necesario tranquilizar al paciente y algunas veces hacer la extirpación quirúrgicamente.<sup>(8)</sup>

El torus palatino y mandibular es considerado como impedimento para colocar una prótesis en cavidad oral.<sup>(16)</sup>

Por otro lado, se ha observado en individuos con grandes musculos masticadores y dientes muy abracionados mecánicamente.

En los individuos que muerden borde incisal con borde incisal el torus es más frecuente.

El torus mandibular asienta en la cara interna del maxilar inferior, a nivel de los premolares inferiores y ocasiona un aumento de volumen, unilobulado o bilobulado que simula la corona de un diente retenido, y que muchas veces ha sido tomado como tal.

El examen radiografico elimina la duda, en algunos casos se observa en la radiografía una ligera línea cortical que corresponde a la periferia del torus.

El color de la encía que la cubre es normal o tiene una coloración amarilla producida por el hueso. <sup>(2)</sup>

## 1.2. EXOSTOSIS

Las protuberancias óseas circunscritas y localizadas en la tabla cortical del hueso recibe el nombre de exostosis son relativamente comunes, dentro de ellas se encuentran los torus palatinos y mandibular. Estas son unas de las exostosis más frecuentes de la boca, también pueden aparecer exostosis en otras zonas como en el hueso alveolar o en las áreas bucolabiales de ambas arcadas <sup>(2)</sup>.

## 1.3. DEFINICIÓN

El torus palatino s una prominencia ósea benigna del paladar duro. Suele ser bilateral y esta ubicado en la sutura palatina mediana con extensión lateral a partir de ella. Involucra la apofisis palatina del maxilar superior pero rara vez el hueso palatino. Tales excrecencias óseas son generalmente simétricas, de tamaño y formas variables, que están constituidas por dos partes principales derecha e izquierda que a su vez pueden estar divididas en dos o más segmentos. <sup>(2)</sup>

#### 1.4 CLASIFICACIÓN POR SU FORMA Y TAMAÑO

- 1.- La excrecencia convexa, sesil, lisa, bilateral, generalmente de dibujo simétrico.
- 2.- El torus nodular, masa semi fusionada de diverso tamaño y número de protuberancias óseas semipedunculadas (Figura No. 1).

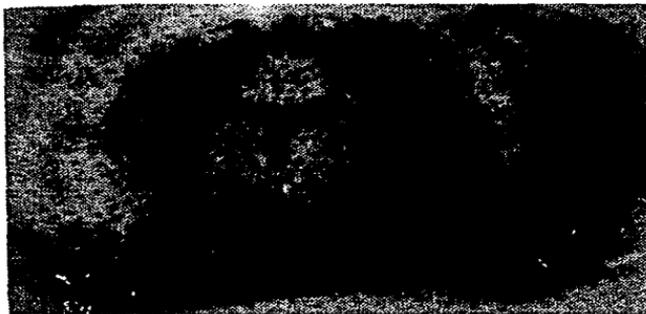


Figura No. 1

3.- El Torus lobulado es con toda probabilidad un torus nodular que gracias a un crecimiento mas rápido, es bastante grande y posee socavaciones sumamente marcadas. La base es pedunculada, pero ello resulta difícil de visualizar en el torus lobulado (Figura No. 2).



Figura No. 2.

4.- El torus fusifore mucho menos común que los tres primeros, es largo, delgado con un reborde redondeado en la parte media o puede presentar una forma de mayor a menor (Figura No.3).<sup>(2)</sup>

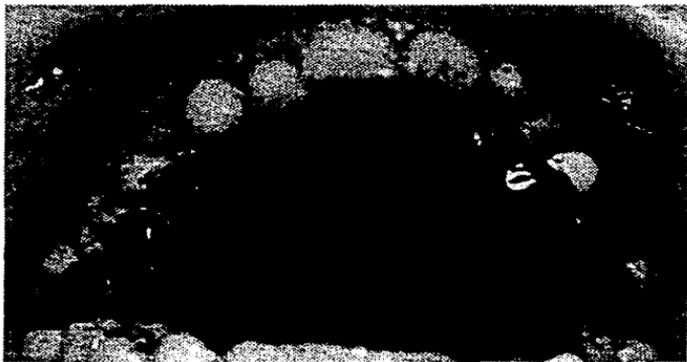


Figura No. 3.

En Noruega en un estudio realizado en 5000 habitantes, su forma de clasificación lógicamente según por su tamaño: <sup>(13)</sup>

- a) Pequeño.
- b) Mediano.
- c) Grande

No existe una medida exacta, esta es de acuerdo a su apariencia <sup>(9)</sup>. Para torus mandibular no existe una clasificación comprobable con la del torus palatino.

## 1.5. PATOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

Estas lesiones son crecimientos óseos hiperplásicos, no neoplásicos, del paladar y mandíbula <sup>(11)</sup>. Su etiología hasta la fecha es desconocida aunque actualmente se han creado ciertas hipótesis, y se cree que sea por factures genéticos, étnicos y nutricionales y para algunos se trataría de una reacción funcional a fuerza masticación, maloclusiones, traumatismos. <sup>(6,8,20)</sup>

## 1.6. HISTOLOGÍA

Los torus consisten en hueso lamelar o compacto normal y en estos tejidos óseos se están exhibiendo rasgos histológicos normales. Sus características microscópicas normalmente se llegan a organizar en la pubertad y estos tienen un periodo de crecimiento activo en la edad adulta temprana, y el ritmo de crecimiento de estos torus tanto palatino como mandibular es muy lento. <sup>(12,23)</sup>

## 1.7 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Este tipo de anomalías suele confundirse muchas veces con otros tipos de crecimiento como son un osteoma, abscesos o tumores salivales, que también es una lesión benigna de crecimiento lento que esta compuesto de hueso laminar denso, se puede presentar periféricamente o central pero normalmente su ubicación periférica lo distingue del primero.

La ubicación en la línea media, el crecimiento lento y la característica dureza que presentan los torus permiten distinguirlos de abscesos palatinos o tumores salivales, que estos son mas blandos y de ubicación habitual algo desplazados del rafe medio.<sup>(8,24)</sup>

## 1.8 INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL TORUS MANDIBULAR Y EL TORUS PALATINO

Un estudio realizado en el Instituto de la Universidad de Oslo, revela que en un total de 2010 pacientes en tratamiento dental, es mas alto el índice de aparición en las mujeres que en los hombres,<sup>(6)</sup> en este total de pacientes dentales sobre 10 años de edad nativos de dos diferentes regiones de Noruega y en el Valle de Gudbrandsdalen en el área interior localizada en el sureste del país.<sup>(23)</sup>

Los dos grupos se presume que pertenecen al mismo origen caucásico y mucho también a la dieta llevada en Pescado-Carne del cual fue 3 a 1 en Lofoten y 1 a 3 en Gudbrandsdalen.<sup>(23)</sup>

Un ejercicio en los músculos de la masticación reveló que son casi semejantes a surgir por responsabilidad multifactorial con una parte de factores genéticos que residen en los cromosomas X.

La prevalencia de el torus palatino aparece mas alto entre nativos de Lofoten que consumen comida blanda, que entre la otra población y la prevalencia mas alta existe en una hipótesis en donde se tenga una conexión de los nutrientes y sustancias en el agua salada posiblemente de ácidos grasos polisaturados y vitamina D.<sup>(6)</sup>

Otro estudio realizado sobre la prevalencia de torus palatino y torus mandibular en las regiones de Alemania y en la de Thai.<sup>(23)</sup>

El torus fue grabado en el 13.5 % de 1317 pacientes Alemanes (606 hombre y 711 mujeres) en el cual la estadística diferencial entre los 2 sexos no es significativa. El torus palatino fue encontrado en el 23.1 % de 947 pacientes en Thai ( 404 hombre y 543 mujeres ). La diferencia entre los dos sexos fue significativa, el porcentaje de mujeres de Alemania es parecido a las mujeres de Thai<sup>(23)</sup>.

El torus mandibular se grabo en el 5.2 % de pacientes germanos con un 8.6 % en el hombre y un 2.4 % de las mujeres afectadas.<sup>(23)</sup>

En Thai un 9.4 % en el hombre y en 9 % en las mujeres, y en cuanto a la etiología del torus mandibular y el torus palatino no esta totalmente clara, ya que deben considerarse los factores raciales.<sup>(23)</sup>

**EL ESTUDIO MORFOLÓGICO REALIZADO EN NORUEGA**

Este estudio realizado en 5000 Noruegos, 2783 mujeres y 2217 hombres oscilando en la edad de 16 a 89 años. Se ha estudiado arduamente la presencia de torus palatino y torus Mandibular analizando por medio de observación el tamaño y forma del tori, sexo y edad <sup>(23)</sup>.

El tori ha sido clasificado de acuerdo a su tamaño ya sea:

- a) Grande.
- b) Mediano
- c) Pequeño

No existe una medida exacta ya que consiste en que las características del torus palatino y torus mandibular no son medibles sino visibles.

La prevalencia en las figuras de los dos tipos de torus han sido bastantes bajos de acuerdo con el reporte anterior <sup>(6)</sup>.

En el torus palatino predomina en el sexo femenino con una proporción de (5:3). En el torus mandibular los hombres son mayoría y la proporción sexual es (4-3). En los dos sexos prevalecen los 2 tipos de torus, que se presentasen mas casos entre grupos de 35 y 65 años. <sup>(6)</sup>

En la mayoría de los análisis se indica que en ambos torus existe una correlación real entre la prevalencia de tamaño y figura del torus palatino pero no del madibular.

Las figuras de coincidencia de los 2 torus es muy poco probable denotar una insignificante correlación, quedando los análisis que demuestran que cada torus ocurre más de 2 veces como frecuentemente en un porte individual de otro torus <sup>(7)</sup>.

El morfo-analisis explica los diversos modelos de conducta clínica en los 2 tipos y el peso relativo o hereditario contra los factores del medio ambiente así como morfogenéticos que son determinantes para la condición, incluyendo casi continuamente lo genético y que ha contribuido a despojar una nueva luz en el fenómeno del torus <sup>(7)</sup>.

#### 1.10 TRATAMIENTO Y CUIDADOS PREOPERATORIOS

En este tipo de tratamiento quirúrgico del torus mandibular y el torus palatino debemos contar con lo siguiente <sup>(9,24,26)</sup>.

- a) Historia clínica del paciente (completa).
- b) Exámenes de laboratorio (Tiempos de sangrado, tiempo de coagulación, tiempo de protrombina, etc.).
- c) Radiografías (oclusal).

En la exploración clínica se debe revisar al paciente cuidadosamente y en una forma general si se llegara a detectar que la zona en la cual se va hacer algún tipo de tratamiento quirúrgico lo que se debe de hacer ejemplo de que si el paciente presenta una ulcera ya sea por traumatismo, etc., se debe quitar el agente que produce esa ulcera, esperar a que esta zona se encuentre en condiciones mas favorables para ser intervenida <sup>(24,27)</sup>.

No será necesario premedicar a este tipo de pacientes antes de la intervención quirúrgica, de no ser que tenga algún problema sistémico y que su medico lo indique así <sup>(24,27)</sup>.

## CAPITULO II

### TÉCNICAS Y TRATAMIENTO DEL TORUS PALATINO Y MANDIBULAR

#### 2.1 MÉTODOS DE ANESTESIA EMPLEADOS PARA LA EXTIRPACIÓN DE TORUS PALATINO Y TORUS MANDIBULAR.

En cualquiera de las técnicas quirúrgicas para la extirpación de torus palatino y de torus lingual, se requiere de una buena técnica de anestesia. La cual puede ser de forma local o general. La más utilizada es la técnica local en la que se vera su forma de administración:

En la extirpación del torus palatino se usara la anestesia local bloqueando los tres agujeros palatinos; es útil infiltrar solución anestésica bajo el mucoperiostio alrededor del torus puesto que así se produce una elevación separándolo del hueso subyacente <sup>(1,14)</sup>.

#### 2.1.1 BLOQUEO NERVIOSO NASOPALATINO.

La analgesia de los nervios palatinos no se usan con tanta frecuencia como los bloqueos alveolares y las infiltraciones, la técnica es la siguiente <sup>(14)</sup>:

- 1.- Identificar las papilas incisivas.
- 2.- La penetración de la aguja debe ser apenas al lado de las papilas y se dirige a un punto a  $\frac{1}{2}$  cm de profundidad y directamente por abajo de

las papilas o hasta que se llegue al hueso. Esta es la abertura del canal aunque no es necesario penetrar en este.

**3.- Inyectar en este punto.**

El tamaño de la aguja corta calibre 25 o cualquier aguja que utilice para inyecciones bucales.

El área de analgesia incluirá la encía palatina anterior de cúspide a cúspide y el periostio palatino de las cúspides e incisivos. La inervación sensitiva del periostio palatino de la cúspide y de las encías se comparte con el nervio palatino anterior. Las áreas ipsolaterales y contralaterales se anestesian con una sola inyección.

La inyección nasopalatina es muy molesta. Este dolor puede reducirse al mínimo con una infiltración bucal en la línea media antes e infiltrarlo posteriormente las papilas interdentes bucales entre los incisivos centrales. Luego aplica el nasopolatino. Sigue siendo molesto pero menos que si se aplicara primero sola (1,4).

**2.1.2 BLOQUEO PALATINO ANTERIOR.**

El bloqueo nervioso palatino anterior se usa para el mismo propósito que el bloqueo nervioso nasopalatino. La técnica es la siguiente (4):

- 1.- Identificar la concavidad mayor del paladar duro posterior en la zona del segundo y tercer molar y, con una torunda de algodón, tocar el tejido blando que se deprime y que se encuentra aproximadamente a la mitad de la distancia entre la cresta alveolar y la línea media.

En algunos casos se vera una pequeña depresión junto a los alvéolos de la zona del segundo molar y el tercero, identificando la abertura del canal.

- 2.- El agujero palatino mayor se encuentra bajo este tejido.
- 3.- La inserción de la aguja se efectúa en el lado opuesto de la boca hacia el lado visible del agujero.
- 4.- Se inserta la aguja a la profundidad de 0.5 c o hasta que llegue al hueso. En este punto se inyecta.

El área de analgesia será la encía palatina posterior desde la cúspide hasta el tercer molar a la línea media y el periostio palatino asociado, y la inervación sensitiva del hueso palatino de la cúspide periostio y encías es compartido con el nervio nasopalatino <sup>(4)</sup>.

El dolor de la inyección puede reducirse si se aplica anestesia de presión al área del canal durante 30 segundos antes dela inyección. Esto se hace con un aplicador con la punta de algodón de la misma manera en que se aplica anestesia típica <sup>(4)</sup>.

Es posible administrarse una inyección palatina parcial en cualquier punto a lo largo del trayecto anterior. Se aplica en la concavidad mayor del paladar duro en el punto medio entre la cresta alveolar y la línea media .

### 2.1.3. BLOQUEO ALVEOLAR INFERIOR (BLOQUEO MANDIBULAR)

El bloqueo nervioso alveolar inferior es probablemente la inyección dental que mas se usa de rutina porque es utilizada para cualquier procedimiento de restauración o quirúrgico de la mandíbula, es también el mas difícil de dominar debido al área "blanco" tan pequeña que se localiza profundamente en la mucosa subyacente. Es el sitio anatómico que tiene la mayor variabilidad entre los pacientes. Una técnica depurada superara la mayor parte de los problemas que se encuentran continuamente <sup>(14)</sup>.

El agujero mandibular se localiza a la mitad del tercio posterior de la rama de la mandíbula en dirección posterior anterior y a una distancia variable sobre o por abajo del plano oclusivo mandibular. La porción mas anterior del nervio alveolar inferior, el sitio "blanco" se localiza anatómicamente en la parte media de la rama. El área "blanco" en el surco mandibular es un espacio limitado, redondeado hacia abajo por la inserción del ligamento esfenomandibular y la inserción del musculo pterigoideo interno, anteriormente por la aponeurosis del musculo bucinador y la inserción anterior del ligamento esfenomandibular y posteriormente por un lóbulo de la glándula parotida. Existe un espacio anatómico de tejido conectivo laxo de varios centímetros arriba del sitio "blanco". Un error en la colocación en otro sitio que no sea superiormente provocara el deposito de la solución en una zona muy densa para que la difusión del llegue al nervio <sup>(4,14)</sup>.

**TÉCNICA** <sup>(1,4,14)</sup>:

- 1.- La boca del paciente debe estar abierta lo más que se pueda. El dedo pulgar de la mano que no esta operando la inyección se coloca sobre el triángulo pterigomandibular y luego se jala lateralmente hasta la depresión más profunda en el borde anterior de la rama. Esta depresión se llama escotadura coronoides.
- 2.- A medida que el dedo pulgar se desliza lateralmente hacia la escotadura coronoides, jala con el tejido laxo del triángulo pterigomandibular, creando una zona tensa para la penetración de la aguja.
- 3.- El primero o segundo dedos de la mano que no aplica la inyección palpa y fija la posición posterior de la rama encontrando una ligera regresión del tejido blando.
- 4.- El surco mandibular y la porción anterior del nervio alveolar inferior ( área blanco ) se localiza en una línea bisectriz entre el pulgar y el dedo, que establece su altura y en el punto medio entre el pulgar y el otro dedo, estableciendo su localización posterior, anterior. Esta manera de colocación de los dedos también establece la inclinación relativa de la rama y asegura el control de la mandibula del paciente durante la inyección..
- 5.- La línea de inserción de la aguja es desde las bicúspides mandibulares opuestas y va dirigida hacia el surco mandibular visible.

6.- La aguja se inserta en el punto identificado hasta que se toca suavemente el hueso. La profundidad de penetración se estima por la posición del pulgar y el otro dedo, pero rara vez sobrepasa los 2 cm o menos de 1 cm, excepto en un individuo de complexión muy grande o en un niño.

7.- La inyección se aplica en este punto.

Tamaño de la aguja calibre 25 Volumen 1.0 a 1.5 ml.  $\frac{1}{2}$  a  $\frac{3}{4}$  de cartucho.

El área de analgesia será la pulpa de los dientes mandibulares. El periostio bucal desde la primera bicúspide a la línea media y el labio inferior ipsolateral <sup>(4)</sup>.

El punto de penetración en la mucosa varía ya que se localizara a lo largo de la línea de inserción desde las bicúspides mandibulares opuestas al surco mandibular. Esta línea de inserción debe penetrar en el aspecto posterior del musculo bucinador y quedar inmediatamente lateral al rafé pterigomandibular. En algunas ocasiones, la aguja pasara otra vez del primer borde pterigoideo interno, lo que ocasionará cierta resistencia y dolor. Esto no siempre puede predecirse o evitarse. La técnica es la misma tanto para el lado izquierdo como el derecho <sup>(4,14)</sup>.

#### **2.1.4 BLOQUEO LINGUAL**

El bloqueo nervioso lingual puede aplicarse como una inyección separada o incluirse como parte del bloqueo nervioso alveolar inferior. Un bloqueo nervioso alveolar inferior generalmente también anestesia el

nervio lingual sin que esta sea la intención debido a la difusión; si bien el bloqueo nervioso lingual específico, rara vez anestesia aunque sea parcialmente, el alveolar inferior. Estos dos bloqueos se administran rutinariamente juntos para procedimientos de restauración o quirúrgicos <sup>(4)</sup>.

### TÉCNICA

- 1.- Después de aplicar el agente anestésico en el surco mandibular, se saca la aguja a la mitad de su profundidad insertada en la misma línea que fue introducida.
- 2.- Esta es la localización aproximada del nervio lingual. La inyección del nervio lingual se efectúa en esta localización. Tamaño de la aguja larga calibre 25 (la misma para bloqueo alveolar inferior).

El área de analgesia será el periostio lingual de los dientes mandibulares hasta la línea media, la encía lingual asociada, el piso de la boca hasta la línea media y los dos tercios anteriores de la lengua hasta la línea media, también se anestesiara la cuerda del tímpano (gusto).

Asimismo, puede hacerse el bloqueo nervioso lingual parcial, después que el nervio lingual entra al piso de la boca. En este caso, se inserta la aguja en el piso de la boca, junto al hueso alveolar lingual. Un diente posterior al área deseada de analgesia. <sup>(14)</sup>

**2.2 TÉCNICA PARA LA EXERESIS DE TORUS PALATINUS**

En la línea media se hace la incisión llevada desde el extremo anterior hasta el posterior del crecimiento óseo. En el extremo de esta incisión mediana se realizan incisiones laterales derecha e izquierda, a una distancia de 0.5 cm. mas allá del ancho del torus a derecha e izquierda en el paladar, la línea circular quebrada ilustra el agujero palatino, el cual debe ser evitado en la confección de las incisiones laterales, y detrás de los incisivos centrales, el agujero palatino anterior cual debemos tener cuidado en la realización de la incisión (Figura No. 4).<sup>(2)</sup>

En el levantamiento del colgajo hay que tener cuidado, levantarlo sin perforarlo, eso es complicado porque esta membrana es completamente delgada. Hay escasez de material fibroso en el tejido. El epitelio escamoso esta estrechamente adherido al mucoperiostio en algunos puntos, en los distintos nódulos óseos (Figura No. 5).<sup>(2,3)</sup>

Levantar esta membrana de dichas emisiones óseas redondeadas, disecarla de la línea de fusión y depresión sin perforarla es excesivamente difícil cuando el colgajo hacia la periferia del osteoma, la membrana mucoperiostica se torna mas densa y se eleva con mayor facilidad. Una vez elevados los colgajos se les puede sostener con suturas adyacentes o mediante un periostotomo ancho (Figura No 6). Después con una fresa de punta de lanza se perforan puntos iniciales en las líneas de fusión, en la línea media y entre los distintos nódulos. Estos orificios se unen por medio de una fresa de fisura detallada.<sup>(2,3)</sup>

Los distintos nódulos se eliminan mediante un escoplo de un solo bisel (Figura No. 7 y 8). El borde del escoplo se coloca en la base del osteoma (Torus) con el bisel hacia el hueso palatino. El escoplo así golpeado con el martillo produce un movimiento aplanador, pero si el escoplo fuera rotado de manera que el bisel no se dirigiera al hueso palatino, al golpearlo podría penetrar en la cavidad nasal (Figura No. 9) <sup>(2)</sup>

El paladar se alisa y redondea al reubicar el colgajo (Figura No. 10), se advierte que no es tan largo como lo era al principio, porque los colgajos poseen cualidades elásticas, de manera que se acortan algo. Las porciones que exceden son eliminados con tijeras y después se aproximan los bordes y se suturan en posición (Figura No. 11 y 12). <sup>(2,3)</sup>

Se recomienda realizar revisiones posteriores, solo para evaluar la buena cicatrización de los tejidos parodontales (Figura No. 13) .

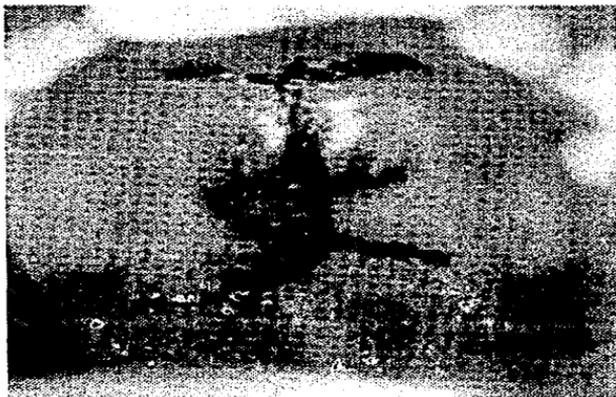


Figura No. 4. La incisión se realizara en la línea media extendiéndola más allá de la lesión para terminar en Y en cada extremo



Figura No. 5. La elevación del tejido se deberá hacer cuidadosamente y ampliamente para penetrar en las fisuras irregulares entre cada lóbulo del torus.



Figura No. 6. Se sujetan los colgajos en las piezas dentales adyacentes con la misma sutura para una mejor visibilidad.



Figura No. 7. Colocación del escoplo y eliminación del torus con un golpe firme y de una sola pieza, se elimina el lóbulo mayor

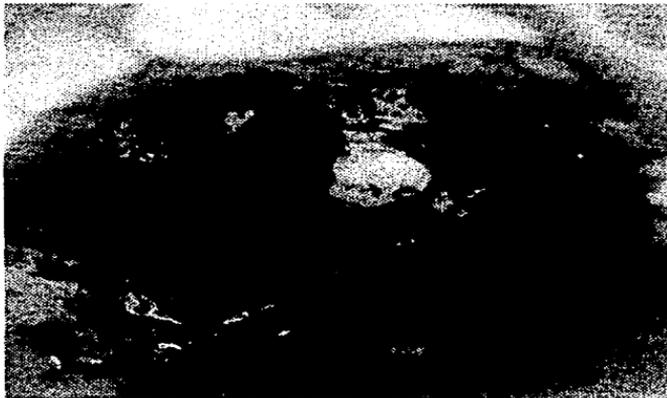


Figura No. 8. Posteriormente se con el escoplo se elimina el lóbulo menor.

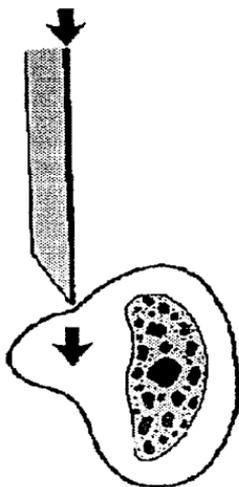


Figura No. 9. Colocación correcta de escoplo para la eliminación  
del Torus



Figura No. 10. Las irregularidades del hueso serán removidas por la línea y posteriormente un aislamiento con una fresa de tipo romo.



Figura No. 11. las suturas se colocaran horizontal medio ayudan a la colocación del tejido en posición.



Figura No. 12. El colgajo termina por ser suturado, después de su posicionamiento.

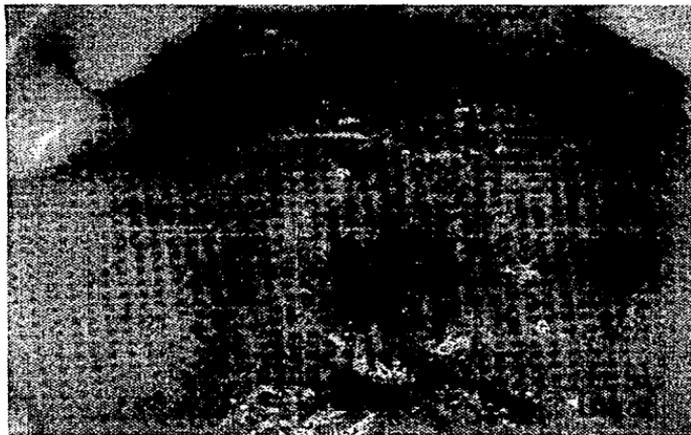


Figura No. 13. Revisión del paciente tres meses después de la intervención.

## 2.3 ELIMINACIÓN DEL TORUS MANDIBULAR (OSTEOMANDIBULAR)

Los torus mandibulares pueden variar en forma y posición, pero predominan los bilaterales y en zona de premolares y molares (figura No. 14) <sup>(9, 25)</sup>

Antes de realizar la incisión hay que higienizar la boca con una solución antiséptica. Se hace una incisión a lo largo de la cresta alveolar de la mandíbula, desde el primer molar de un lado hasta el primer molar del otro lado. <sup>(2,3)</sup>

Se levanta el colgajo mucoperióstico hasta 1 cm. por debajo del torus mandibular, en ambos lados de la mandíbula. En la región anterior no hace falta legar tanto el colgajo (Figura No. 15). <sup>(2,3)</sup>

Se coloca una gasa en el campo operatorio, entre el colgajo lingual, el cuerpo de la mandíbula y el espacio quirúrgico que se extiende debajo del torus (osteoma). Esto evita que el hueso reseca se pierda en las estructuras profundas del piso de la boca. <sup>(2,3)</sup>

Las excrescencias óseas se eliminan con un escoplo afilado y martillo. El escoplo se coloca como se describió para la eliminación del osteoma palatino. Este hueso es muy denso, como marfil, y no puede sacarse con gubia. <sup>(7)</sup>

Se suaviza con limas para hueso o piedras para cortar hueso.

Remueva las gasas de la profundidad del campo operatorio.

Se coloca el colgajo en su lugar, y si los bordes se superponen, recórtelos con tijeras curvas del tipo Mayo hasta que los bordes se aproximan.

Después, se hace una sutura continua o discontinua para cerrar la línea de incisión (Figura No. 16) .<sup>(7)</sup>

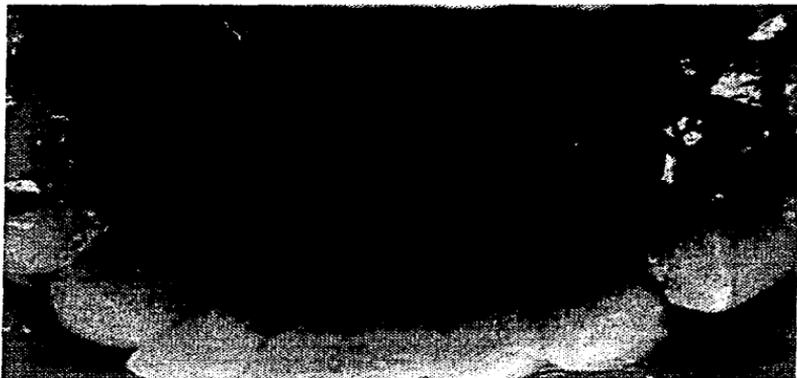


Figura No. 14. Torus mandibular en región premolar



Figura No. 15. Exostosis del torus mandibular

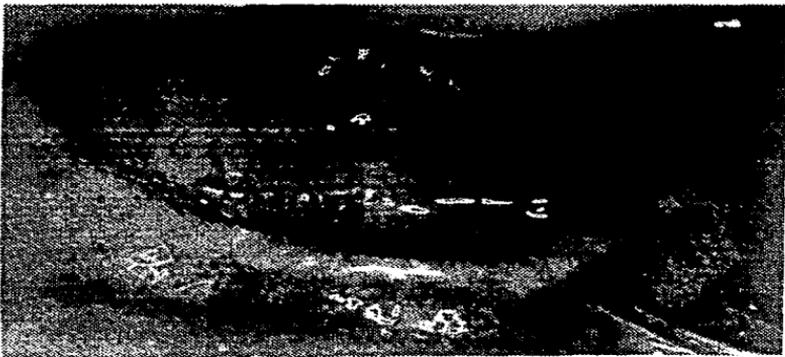


Figura No. 16. Paciente a tres meses después de la eliminación  
del Torus Mandibular

## 2.4. TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA LA ELIMINACIÓN DEL TORUS PALATINO POR EL MÉTODO DE DORRANEE

Se practica una incisión, cuyas extremidades se abren en "V" o en arco <sup>(24,25)</sup>.

La incisión lineal recorre el centro del torus, en sentido anteroposterior y en toda su extensión.

La incisión en arco sobrepasa los límites del proceso. Debe de llegar profusamente hasta el hueso, seccionando fibromucosas y periostio.

La hemostasia en este tipo de procedimiento la vamos a llevar a cabo por compresión.

En la preparación de colgajos se utilizara una espátula de (Freer) o con un periostotomo se levantan los colgajos, dejando al descubierto la exostosis.

Ostectomía es tiempo difícil que requiere habilidad quirúrgica. El torus es generalmente esclerótico y necesita ser eliminado a escoplo y martillo, procurando no perforar o reseca el piso de las fosas nasales (atrofia).

Prevención que se logra mediante la sección en fragmentos con una fresa accionada bajo un chorro de suero fisiológico. Los elementos seccionados se eliminan con un elevador

La sutura. Ya habiendo extirpado el torus y regularizados los bordes y superficies óseas de implantación del proceso con fresas redondas, pinzas gubias y escofinas, se vuelven los colgajos a su sitio y se mantienen con varios puntos de sutura. el hematoma es un accidente frecuente en esta clase de intervenciones.

La extirpación del torus mandibular, es prácticamente la misma técnica utilizada en el torus palatino con algunas variantes, como la incisión y los cuidados que se deben de tomar en cuenta en cuanto anatomía y localización son diferentes (Figura No. 16).<sup>(2,20,24)</sup>

#### **2.5 DESTRUCCIÓN DE UN TORUS PALATINO POR PRIVACIÓN DE SU IRRIGACIÓN COMPLEMENTARIA**

Si se observan los tori, se verá que nacen de la cortical ósea, de la que no reciben nutrición. El denudar la mucosa suprayacente, eliminará la única fuente de nutrición; después, se descalcifica por la acción de los organismos saprofitos naturales de la cavidad bucal, en 21 días.<sup>(2,3)</sup>

En desdentados o en bocas muy limpias el periodo de descalcificación se prolonga. La capa externa del Torus se exfolia y queda un tejido remanente rico, que puede ser eliminado con una cureta que actúe hasta el tejido esponjoso. El hueso vivo limita el proceso de descalcificación y el área se epiteliza en tiempo normal por lo común de 10 a 14 días. Los organismos responsables son: Neisseria, Micrococcus y Streptococcus mitis pigmentados.<sup>(2,3)</sup>

**2.6. SECUELAS QUIRÚRGICAS QUE DEBEN EVITARSE CUANDO SE ELIMINAN TORIPALATINOS**

- 1.- Fractura segmentaria del interior del torus palatino, con el proceso palatino del maxilar superior y el piso nasal con una parte del septum nasal <sup>(2)</sup>. Un estudio del siguiente esquema mostrara como sucede. Todo cirujano tiene éxito en la eliminación de un tori palatino muy pequeños, en pocos minutos de cortes repetidos con escoplo afilado alrededor de la base del torus, asi se le separa de la apofisis palatina del maxilar superior y donde el proceso palatino del maxilar superior consiste solamente en una cortical ósea delgada que separa la cavidad bucal de la nasal, un corte del torus palatino con un escoplo produce la fractura segmentaria. Si el paladar es tan denso como en se puede aplicar esta técnica. Para determinar si el proceso palatino es delgado o no en otro sitio del torus, colocar una luz de diafonoscopia o trasiluminación a través del tejido palatino, primero en un lado del torus y después en el otro lado y mirar en la cavidad nasal, con un opérculo nasal. Si el proceso palatino es delgado, la cavidad nasal se iluminara. En estos casos es necesario eliminar el torus con una fresa o segmentarlo y a continuación cortar los pequeños segmentos con un escoplo afilado. <sup>(2,3)</sup>
- 2.- El torus puede estar completamente separado de la apofisis palatina del maxilar superior, y después, el ultimo corte con el escoplo fractura, con el torus, una parte del hueso palatino. esto produce un defecto marcado en la unión de los tejidos duros y blandos del paladar, los cuales hacen mas dificil la construcción de una prótesis completa

superior. Para evitar esto, no trate de eliminar, ni moderadamente, tori amplios en su totalidad cuando el borde posterior se inmiscuya en hueso palatino. A lo largo de las líneas de sutura corte con fresas el torus en pequeñas porciones y divida estas con un escoplo afilado.

- 3.- No corte surcos tan profundos que penetren en la cavidad nasal. Puede producirse una hemorragia nasal, pocas veces hay que recurrir al taponaje para controlar la hemorragia pero se hará si esta no cesa en cinco minutos. <sup>(2,3)</sup>

## 2. CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Es importante que el paciente siga las siguientes indicaciones, las cuales le ayudaran a evitar complicaciones y a promover la cicatrización <sup>(27)</sup>.

- 1.- Los primeros pasos en la cicatrización son ayudados manteniendo los tejidos en reposo, no moleste el sitio de la intervención. Evite la masticación excesiva, escupir o hacer enjuagues rigurosos.
- 2.- La actividad física debe ser limitada, guarde reposo durante las primeras 24 a 48 horas consecutivas a su operación. Al acostarse mantenga su cabeza elevada mediante una almohada.
- 3.- Eventualmente, puede ocurrir un ligero sangrado, el cual se controla ejerciendo presión firme mediante una gasa sobre el sitio sangrante durante 45 minutos.
- 4.- Cierta grado de malestar o dolor pueden presentarse. Para eliminarlo tome los analgésicos en la forma que se indicaron.

- 5.- Es normal que se presente inflamación alrededor del área intervenida. Con el fin de minimizar se recomienda aplicar compresas heladas durante 30 o 45 minutos cada hora solo el día de la operación.
- 6.- Mantener una dieta líquida abundante durante el día de la cirugía es importante. Puede beber todos los líquidos que desee.
- 7.- En caso de que esté tomando algún medicamento, sígalo haciendo, a menos se indique lo contrario.
- 8.- Evite fumar al menos durante 48 horas.
- 9.- Al día siguiente de la intervención realice enjuagues cuidadosos de agua tibia con sal 3 veces al día. Puede usted iniciar su higiene bucal tan pronto como lo tolere.
- 10.- No se preocupe por las suturas. Estas serán retiradas en su próxima cita sin ninguna molestia.
- 11.- La inflamación y la capacidad funcional comenzara a disminuir después de 48 horas. Esto puede favorecer mediante la aplicación de fomentos húmedo-caliente tantas veces como desee.
- 12.- Si el dolor, la inflamación o la incomodidad aumenta después del 4° día llame al consultorio para pedir cita.
- 13.- Es factible que se presente una equimosis después de los primeros días. Esto disminuirá con fomentos calientes.

- 14.- Tome todos los medicamentos que se le prescriben en forme regular, si alguno de ellos crea una reacción desagradable ( urticaria, dolor estomacal, etc.) háganoslo saber a la brevedad posible.
- 15.- Al día siguiente de su intervención puede iniciar su dieta normal siempre que se tolere.

Algunos autores han considerado como conveniente el uso de una placa temporal, fabricada antes de la cirugía con el fin de evitar la caída por gravedad del colgajo, así como evitar la formación de coágulos en el mismo (Figura No. .<sup>(27)</sup>

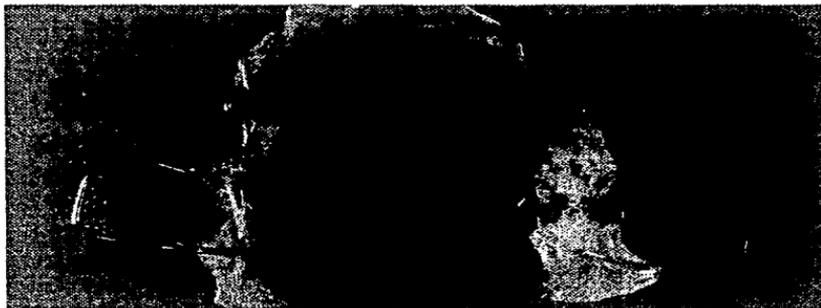


Figura No. 17. Placa temporal como una posible indicación postquirúrgica

## CONCLUSIÓN

En las técnicas de extirpación del torus mandibular como palatino son buenas aunque hay preferencia de una técnica sobre otra, en cuanto que es preferible la utilización de una pieza de mano con fresa para la eliminación de estos crecimientos óseos porque nosotros tendríamos control absoluto en nuestros movimientos al momento de ir desgastando y no llegaríamos a provocar las iatrogenias antes mencionadas de las perforaciones con el martillo y el escoplo, y sin embargo utilizando la fresa evitaríamos este tipo de problema, pero lo que tendríamos es un calentamiento fuerte y constante de la pieza de mano por ello tendremos que tener una excelente irrigación de la zona a ser tratada quirúrgicamente, para evitar este calentamiento que más trastornos nos llegaría a ocasionar en el paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Allen, Anestesia dental y analgesia general. Noruega Dental, 1989.
2. Archer Harry W. Cirugía Bucal, Atlas paso por paso de técnicas quirúrgicas. Editorial Mundi.
3. Archer Harry W. Oral and Maxilofacial Surgery: Vol II. 5ª. edición W.B. Saunder Company.
4. Bennet Richard. Anestesia local y control del dolor en la práctica dental. Editorial Mundi, S.A.,
5. Bruce Sanders, Cirugía bucal y Maxilofacial Peditrica. Editorial Mundi, 1984.
6. Eggen S. y Natvig B. Concurrence of torus mandibularis and torus palatinus. Scandinavian Journal Dental Research 102 (1): 60-63, 1994.
7. Eggen S. y Natvig B. Variation in torus prevalence in Norway. Scandinavian Journal Dental Research 102 (1): 54 - 59, 1994.
8. Ever Sole Lewis R., Patología Bucal, diagnostico y Tratamiento. Editorial Medica Panamericana, abril 1991.
9. Flynn H., Martínez N., Meyer C.J. Torus palatinus Journal Dental 5(6): 339-41, 1992
10. Galicherbaf M. An unpredictable result from a torus palatinus removal and its treatment. Journal Prosthetic Dent 398-8, 1992.

11. Grins Pan, Enfermedades de la boca, semiología, patología clínica y terapéutica de la mucosa bucal. Editorial Mudi, Tomo 3.
12. Grispan S. Enfermedad de la boca; Semiología, patología y terapéutica. Tomo III. Editorial Mundi S.A.
13. Haugen L. K. Palatine and mandibular tori, a morphologic study in the current Norwegian population. Acta Odontólogo Scandinavian, 50 (2):65-77, 1992
14. Jastak T., Yagiela J. A. Local Anesthesia of the oral cavity. De. C.B. Saunders Company.
15. Kretschmar J.L. Physician common oral conditions. Am. Far. 5(1): 225-34, 1996.
16. Kruger O. Gustavo, Tratado de Cirugía Bucal. Editorial Interamericana.
17. López Arranz J.S. Cirugía Oral. Editorial Interamericana-McGraw Hill, 1991.
18. Martin W. D. Tratado de cirugía bucal práctica, editorial Continental.
19. Niels Björn Jorgensen, Jess Hayden. Anestesia Odontológica. Editorial Interamericana.
20. Portilla Robertson, Javier, Texto de Patología Oral, Editorial el Ateneo, Noviembre 1989.
21. Raspall Guillermo. Cirugía Oral. Editorial Médica - Panamericana. 1994.

22. Reic Hart, Neuhaus F. y Sookasem M. Prevalence of torus palatinus and torus mandibularis in 1000 patients. Indian Journal Dental Research. 3 (4): 107 - 110, 1992.
23. Reichart, Neuhaus F. y Sookasem M. Prevalence of torus palatinus and torus mandibularis in Germans and Thai. Community Dent Oral Epidemiology 16 (1): 61-64, 1988
24. Ries Centeno, Guillermo A., Cirugía bucal. Patología, clínica y Terapéutica, Editorial El Ateneo, 1987.
25. Russell Hopkins. Preprosthetic Oral Surgery. Editorial Lew and Febiger.
26. Seah Y. Torus palatinus and torus mandibularis a review of the literature. Journal Dental Research. 40 (5): 318 - 321, 1995.
27. UNAM-F.O. Hoja de indicaciones para el paciente: Indicaciones Postquirúrgicas. Depto. de Cirugía Oral y Maxilofacial.