

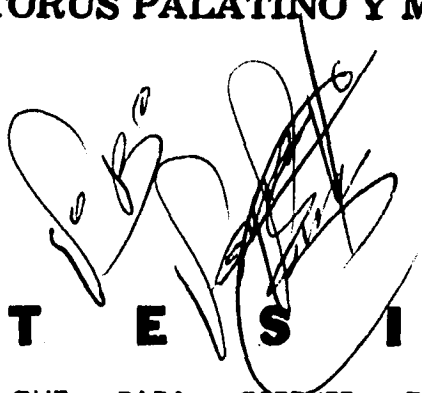


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

101
ZED

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TORUS PALATINO Y MANDIBULAR



T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA PRESENTAN: DORANTES VAZQUEZ MA. DEL CARMEN ELIAS ALGALAN MA. DEL ROSARIO

ASESOR: C.D. VICTOR MANUEL BARRIOS



MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AL C.D. VICTOR MANUEL BARRIOS .

CON AGRADECIMIENTO Y ESTIMACION POR SU ASE_
SORAMIENTO Y ORIENTACION.AGRADECIENDO DE
ANTEMANO TODO LO OBTENIDO EN EL TRANCURSO
DEL SEMINARIO.

GRACIAS POR LA MOTIVACION QUE NOS BRINDO A
LO LARGO DEL SEMINARIO DE TITULACION,Y EL
HABER COMPARTIDO SUS CONOCIMIENTOS CON NOSO-
TROS.

AL HONORABLE JURADO.

QUIERO AGRADECER EN PRIMER LUGAR A "DIOS"
PORQUE ME HA DADO TODO LO SUFICIENTE, PARA VIVIR
Y PARA PODER TERMINAR MI CARRERA PROFESIONAL.

A MI MAMA:

POR HABERME APOYADO NO SOLO DURANTE MI CARRERA
SINO POR TODA MI VIDA Y PORQUE ES UNA DE LAS
PERSONAS QUE MAS HAN CONFIADO EN MI.

GUILLERMINA ALGALAN.

A MI PAPA:

POR AYUDARME Y POR LO PRINCIPAL QUE FUE EL HABER
CREIDO EN MI. AUNQUE EL NO ESTE PRESENTE QUIERO AGRADE_
CERLE TODO LO QUE HIZO POR MI Y ESPERO NO DEFRAUDARLO
JAMAS.

ANTONIO ELIAS MORA.

A MIS HERMANOS:

QUE HAN CONFIADO EN MI PERSONA Y QUE ME HAN
AYUDADO SIEMPRE.

TOÑA, JOSE LUIS, JUAN, DANIEL Y LULU.

A TODA MI FAMILIA:

POR ESTAR CONMIGO TANTO EN LAS BUENAS COMO
EN LAS MALAS.

A MIS AMIGOS:

QUE HEMOS CONVIVIDO MUCHO TIEMPO Y QUE HE
RECIBIDO APOYO, AMISTAD SINCERA. (ALBA, LALO,
MEMO, CARMEN).

EN ESPECIAL DE UNA AMIGA INCONDICIONAL QUE
HA CONFIADO EN MI, ME HA APOYADO Y HA ESTADO
CONMIGO EN LAS BUENAS Y EN LAS MALAS.

IRMA HERNANDEZ ALVARADO.

Agradezco.

A mí Madre, por su cariño, amor
y apoyo incondicional en cualquier
momento que lo he necesitado.

A mí Padre, que con su cariño,
apoyo, esfuerzo y paciencia hizo
posible mi formación como
profesionista .

A Ustedes.

Que gracias a sus consejos
y todo el apoyo que me han
brindado han hecho posible
éste gran momento.
Gracias Papás.

A mi esposo.

**Por su gran amor y todo el
apoyo que me ha brindado
para seguir adelante.**

A ti hijo.

**Que eres la bendición más
grande que Dios me ha dado.**

A mi hermano Guillermo

y a su familia a quienes quiero mucho.

**A mis queridos hermanos
Cristi y Mario.**

A mis abuelitos.

Trinidad Cisneros, en tú memoria.

Rafael Cisneros. en tú memoria.

Guadalupe Beristain T.

Raúl Vázquez N.

Con cariño.

A mis tíos y primos.

INTRODUCCION.

El término torus del latín eminencia, abultamiento, introducido por Kupfer y Bessel Hagen en 1879, se emplea para designar una excrecencia o sea convexa, bien definida de crecimiento lento y progresivo aunque puede detenerse espontáneamente, recubierto por una densa cortical y escaso hueso esponjoso, recubierto por una delgada y pobremente irrigada capa de mucosa. Su localización más frecuente en maxilar es en la región de la estructura medio - palatina, sobre la superficie bucal del paladar duro y en la mandíbula en la superficie lingual a nivel de premolares, pudiendo ser en este caso uní o bilateral. Su forma es variable y se presenta de manera plana, fusiforme, nodular o lobular.

La frecuencia es mayor en la mujer que el hombre en relación 2:1 presentándose raras veces en niños y adolescentes, siendo los pacientes más afectados de 30 años o más. Las teorías sobre su origen son abundantes, desde su origen desconocido (Sharry, 1977) posible origen traumático (Ries Centeno, 1980), a la más aceptada hoy en día, que es la genética (Körner, Dorrance, Fertig, Susuki, Saizai, 1960). Cuando ambos progenitores presentan el padecimiento, la frecuencia en los hijos es de 40 a 60%.

Estudios de familia llevados a cabo por Dieminger sugiere una herencia poligénica, Gould apoyó la hipótesis de que existe un tipo dominante ligado al cromosoma X. Actualmente se les considera protuberancias óseas congénitas de características benignas (exostosis de griego exo, fuera y osteón ,hueso), produciéndose al no cesar su actividad los osteoblastos, y depositarse hueso, bien a lo largo de la línea de fusión del paladar o sobre los tubérculos genimandibulares.

Para realizar un diagnóstico correcto, es necesario basarnos en estudios clínicos y radiográficos para de ésta forma descartar la posible presencia de un adenoma, osteoma, fibroma, etc.

Los tiempos quirúrgicos que se llevan a cabo para la eliminación de los diferentes tipos de torus, son los siguientes: incisión, colgajo, osteotomía, alisamiento y sutura.

Una de las complicaciones más frecuentes en la eliminación de torus palatinos son: hemorragia, hematoma, fractura del paladar y perforación de la bóveda palatina, en los mandibulares las complicaciones son: únicamente sobre tejidos blandos.

El pronóstico de los torus tanto palatinos como mandibulares es favorable.

INDICE.

TORUS MANDIBULAR Y PALATINO.

CAPITULO I.	PAG.
1.1. ANATOMIA MAXILAR.	1
1.2. ANATOMIA MANDIBULAR.	5
 CAPITULO II. DEFINICION, CLASIFICACION Y ETIOLOGIA DE LOS TORUS.	
2.1. DEFINICION.	10
2.2. CLASIFICACION.	12
2.3. ETIOLOGIA.	14
 CAPITULO III. DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.	
3.1. DIAGNOSTICO.	15
3.2. PRONOSTICO.	17
 CAPITULO IV. VALORACION PREOPERATORIA.	
4.1. HISTORIA CLINICA.	18
4.2. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO.	24

CAPITULO V. INSTRUMENTAL UTILIZADO EN LA TECNICA QUIRURGICA.

	PAG.
5.1. INSTRUMENTAL QUIRURGICO.	26

CAPITULO VI. TIEMPOS QUIRURGICOS Y TECNICAS MAS EMPLEADAS PARA LA ELIMINACION DE LOS TORUS.

6.1. TIEMPOS QUIRURGICOS.	27
6.2. TECNICA MAS UTILIZADAS PARA LA ELEIMINACION DE TORUS PALATINO.	28
6.3. ELIMINACION DEL TORUS MANDIBULAR.	31

CAPITULO VII. COMPLICACIONES EN LA ELIMINACION DE LOS TORUS.

7.1. COMPLICACIONES DEL TORUS MANDIBULAR.	33
7.2. COMPLICACIONES DEL TORUS PALATINO.	34

CAPITULO I. GENERALIDADES.

1.1. ANATOMIA MAXILAR.

1.2. ANATOMIA MANDIBULAR.

1.1 ANATOMIA DEL MAXILAR

Situación. El maxilar, se encuentra situada por fuera de la cavidad nasal, por encima de la cavidad bucal, por debajo de la cavidad orbitaria y por delante de la cavidad faríngea.

Relaciones. El maxilar es un hueso par que se compone por dos huesos, que se encuentran en la línea y están unidos por una sutura media.

Este hueso contribuye a la formación de la parte superior de la cara, nariz, órbitas y paladar duro.

Está formado por un cuerpo y cuatro apófisis que son:

- Apófisis frontal.
- Apófisis piramidal.
- Apófisis palatina.
- Apófisis alveolar.

APOFISIS FRONTAL: Es la porción más superior del maxilar o apófisis ascendente que se articula con el hueso frontal y los huesos propios de la nariz.

APOFISIS PIRAMIDAL: Esta apófisis va en dirección lateral y posterior desde el cuerpo del maxilar al hueso malar con el cual se articula.

APOFISIS PALATINA: Está situada en la parte posterior e inferior del cuerpo del maxilar y va a formar la mayor parte de la bóveda palatina.

APOFISIS ALVEOLAR: Es la parte más inferior que rodea y sostiene los órganos dentarios.

Este hueso está constituido por : tejido esponjoso, en la parte anterior de la apófisis palatina, la base de la apófisis ascendente y el borde alveolar, mientras el resto del hueso está formado por una laminilla delgada de tejido compacto, por lo consiguiente delgados y frágiles, ésta fragilidad se ve aumentada por la presencia del seno maxilar y el antro de Highmore.

REGION PALATINA.

Es cóncava y se halla situada por de bajo de las fosas nasales y por delante de la feringe, la región palatina se continúa hacia adelante y e los lados con la región Gingivodentaria superior. por detrás se termina por el borde libre del paledar, limitando allí, con la base de la lengua y con el istmo de las fauces.

Es una especie de tabique osteomembranoso que separa; por su cara superior las fosas nasales; por su cara inferior forma parte de la boca, de la que constituye la bóveda.

La región palatina se divide en dos regiones básicas:

La región anterior o paladar duro.

La posterior o paladar blando.

EL PALADAR DURO: Presenta en su configuración externa, de adelante hacia atrás los siguientes elementos:

- a) Tubérculo palatino o papila incisiva.
- b) Crestas o rugas palatinas.
- c) Rafé medio o palatino.
- d) Foveolas palatinas.

a) Tubérculo palatino o papila incisiva. Es una masa de tejido blando de forma ovalada que cubre el orificio inferior del conducto nasopalatino.

b) Crestas o rugas palatinas. Se encuentran en la parte anterior del paladar y comienzan en al zona del tubérculo palatino. Son pliegues elevados cuya profundidad, cantidad y orientación varía, son prominentes en los niños y adultos jóvenes y ausentes o mínimos en ancianos.

c) Rafé medio o palatino. Es una capa muy delgada de mucosa que forma la línea media del paladar, se extiende desde el tubérculo palatino hacia el paladar blando. La región del rafé presenta el área de fusión de los procesos palatinos. Esto hace que el tejido esté íntimamente unido al hueso. en esta zona pueden observarse a veces el torus palatino.

d) Foveolas palatinas. Son pequeñas depresiones que pueden estar o no presentes. Se hallan a cada lado de la línea media cercana a la unión del paladar duro con el blando. son el orificio de salida de los conductos de las numerosas glándulas que hay en el paladar.

La bóveda palatina consta de cuatro capas, que son:

a) Capa mucosa inferior. La mucosa es de color rosa pálido. Su espesor es mayor en las partes laterales que en la línea media, es resistente y se adhiere íntimamente al periostio. A nivel del borde alveolar del maxilar se continúa con las encías.

b) Capa glandular. Está formada por dos masas de pequeñas glándulas llamadas glándulas posterolaterales, que se les encuentra situadas a cada lado de la línea media. En ésta segunda capa pero en su parte más anterior se encuentra acumulo de células grasas que están localizados más profundamente. Por lo tanto se les encuentra entre el tejido conectivo subepitelial y el periostio del hueso palatino

c) Capa ósea. La bóveda ósea del paladar, rugosa por el lado bucal, lisa en cambio, por el lado nasal, formada por la cara inferior de las apófisis palatinas del maxilar y la lámina horizontal de los palatinos, presenta en la línea media y en su parte anterior el agujero palatino anterior, en los ángulos posterolaterales los agujeros palatinos accesorios.

d) Capa mucosa superior. La cara nasal del paladar óseo está tapizado por la pituitaria, mucosa que pertenece a las fosas nasales.

Paladar blando o velo del paladar

Su forma exterior resistente, movable y contráctil para responder al papel que está porción desempeña en la succión, fonación y deglución.

Es continuación de la bóveda palatina y su dirección es primero horizontal y después oblicua hacia abajo y atrás.

La porción movable del paladar termina hacia atrás por un borde libre que va a estar formado por: la úvula y los pilares del velo del paladar.

Irrigación e inervación de la región palatina. Las arterias proceden de la esfenopalatina y de la palatina superior o descendente, rama de la maxilar interna.

La arteria esfenopalatina da origen a la arteria nasopalatina, que pasa por el conducto nasopalatino y se anastomosa con la arteria palatina mayor para distribuirse en los tejidos blandos y glándulas del paladar en la zona de los dientes anteriores.

Arteria palatina superior o descendente. Entra a la cavidad bucal por el conducto palatino posterior, en donde se divide en un ramo anterior y otro posterior el ramo anterior se anastomosa con las ramas de la esfenopalatina y el ramo posterior, se dirige hacia atrás para irrigar el paladar blando y la zona amigdalina.

Las venas acompañan a los troncos arteriales y van al plexo pterigoideo, en las venas de la mucosa nasal, de la lengua y de las amígdalas.

Los nervios proceden de los tres palatinos y nasopalatino, que son ramas del esfenopalatino rama colateral del nervio maxilar, segunda división del trigémino. Nervio palatino anterior, sale por el agujero del mismo nombre y se dirige hacia delante y del lado interno del proceso alveolar y termina anastomosándose con el nervio nasopalatino a nivel de los premolares.

Este nervio va a inervar el paladar y las encías hasta el primer premolar.

Los nervios palatinos medio y posterior penetran en los conductos palatinos accesorios y se distribuyen por el paladar blando, amígdalas y parte de la faringe.

El nervio nasopalatino. se distribuye en la bóveda de la cavidad nasal y el tabique nasal, pasa hacia el conducto nasopalatino y penetra en la cavidad bucal por el agujero del mismo nombre, e inerva la mucosa palatina en la zona del canino, incisivo y central.

El velo del paladar comprende en su estructura cinco capas de tejidos yendo de su cara bucal a su cara nasofaríngea.

a) **Capa mucosa inferior.** La mucosa del velo del paladar es de color más intensamente rosado delgada fina y está débilmente unida a la aponeurosis, entre las cuales se interpone, a nivel de la úvula y de los pilares una capa de submucosa laxa lo que hace que éstos presenten predisposición particular a los edemas.

b) **Capa glandular.** Las glándulas que existen en esta capa son las glándulas palatinas del paladar blando y sus secreciones son totalmente mucosas.

c) **Capa aponeurótica.** La aponeurosis del velo del paladar ocupa sólo un tercio anterior de la longitud total del velo. Es una hoja tendinea, cuyo borde anterior se fija en el borde posterior de la bóveda palatina o sea y en la espina nasal posterior mientras los bordes laterales toman inserción en el gancho de la apófisis pterigoides. Se adelgaza hacia atrás y se pierde en medio de los fascículos musculares que van a insertarse en ella, ya que desempeñan el papel de esqueleto de inserción de los músculos del velo del paladar. Aunque esta capa es delgada es muy resistente.

d) **Capa muscular.** Los músculos que se encuentran en esta capa son diez, cinco de cada lado y son:

- 1.- Palatogloso.
- 2.- Palatofaríngeo.
- 3.- Músculo de la úvula.
- 4.- Peristafilino interno(elevador del velo del paladar).
- 5.- Peristafilino externo(tensor del velo del paladar).

1.2 ANATOMIA DE LA MANDIBULA.

Situación. La mandíbula está colocada por detrás y debajo del maxilar, suspendida en la base del cráneo por tan solo dos puntos, que corresponden a las articulaciones tempomandibulares.

Es un hueso impar. medio, simétrico, y es la única porción móvil del esqueleto facial.

La mandíbula consta de un cuerpo y dos ramas.

Cuerpo. Tiene la forma de una herradura con la concavidad dirigida hacia atrás. Se estudian en el dos caras una anterior y otra posterior y dos bordes un superior y un inferior.

Cara anterior. Presenta en la línea media la sínfisis mentoniana, que termina en su parte inferior con una eminencia piramidal llamada eminencia mentoniana; a la derecha e izquierda de la sínfisis, se inicia la línea oblicua externa, que va de la eminencia mentoniana al borde anterior de la rama; un poco por encima de esta línea, a nivel del segundo premolar se encuentra un orificio que es el agujero mentoniano por el cual pasan el nervio y los vasos mentonianos.

Cara posterior. Presenta en la línea media cuatro eminencias dos superiores y dos inferiores, llamadas apófisis geni, partiendo del borde anterior de la rama, se encuentra una línea oblicua interna o milohioidea, que se dirige hacia abajo y adelante, para terminar en el borde inferior de esta cara, por encima de esta línea, y un poco por fuera de las apófisis geni, se encuentra la fosita sublingual, por debajo de esta misma línea y a nivel de los dos o tres últimos molares se encuentra otra fosita más grande, la submaxilar para alejar a las glándulas del mismo nombre.

Borde superior o alveolar. Es ocupado por las cavidades alvéolo - dentarias que sirven para la implantación de los órganos dentarios.

Borde inferior. Es romo y redondeado y presenta en su parte interna dos depresiones llamadas fositas digástricas, situadas una a cada lado de la línea media.

Ramas. Son de forma cuadrilátera y cada una de ellas presenta dos caras y cuatro bordes.

Cara interna. Presenta, en su centro, el orificio superior del conducto dentario. En el borde de este orificio, por delante y debajo del mismo, se encuentra una laminilla de forma triangular, llamada espina de Spix. De la parte posteroinferior de éste orificio parte un canal oblicuamente que se denomina canal milohioideo. Por toda la parte inferior de esta cara se ven rugosidades para el músculo pterigoideo interno.

Cara externa. Su parte inferior es más rugosa que la superior, ya que sobre aquélla se inserta el músculo masetero.

Borde anterior. Es cóncavo, desciende formando un canal.

Borde posterior. Liso y obtuso, recibe también el nombre de borde parotídeo, por sus relaciones con la glándula parótida.

Borde superior. Presenta en su parte media, una escotadura, llamada escotadura sigmoidea. Por delante de ésta escotadura se levanta una eminencia laminar en forma de triángulo, nombrada apófisis coronoides. Por detrás de la escotadura sigmoidea se encuentra una segunda eminencia es el cóndilo del maxilar que es de forma elipsoide, se articula con la cavidad gienoidea del temporal. Se une al resto del hueso por un estrechamiento llamado cuello del cóndilo, en cuyo lado interno se encuentra una depresión rugosa para la inserción del músculo pterigoideo externo.

Borde inferior. Se continúa con el borde inferior del cuerpo. Por detrás al unirse con el borde posterior, forma el ángulo de la mandíbula, o gonion.

Este hueso, está formado por tejido esponjoso, recubierto por una gruesa capa de tejido compacto. Este tejido sin embargo se adelgaza considerablemente al nivel del cuello del cóndilo.

La región sublingual. La lengua llena por completo la concavidad del arco maxilar. Su cara inferior descansa sobre una superficie de forma triangular, extendida desde las encías hasta la base de la lengua.

Tiene por órgano esencial la glándula sublingual, está colocado inmediatamente por detrás de los incisivos; su base encorvada hacia atrás, corresponde exactamente a la parte más posterior de la cara inferior de la lengua sus dos lados están limitados a derecha e izquierda por los arcos dentarios.

En profundidad la región sublingual se extiende hacia el músculo milohioideo que la separa de la región suprahiodea, está cubierta en toda su extensión por mucosa bucal lisa y sonrosada a través de la cual se transparentan las venas raninas; existe también en la línea media un repliegue mucoso de forma semilunar que une la cara inferior de la lengua con el piso de la boca, llamado frenillo lingual, y a los lados de éste un tubérculo con un orificio redondeado en su vértice, desembocadura del conducto de Wharton, atrás y a los lados de éste se encuentra un cañal con varios orificios, donde desembocan los canales de excreción de la glándula sublingual.

Irrigación e inervación de la región sublingual:

Vasos y nervios. Se encuentra en relación más o menos inmediata con el conducto de Wharton, la arteria y la vena sublinguales y el nervio lingual.

Arteria y nervios sublingual. La arteria y vena lingual vascularizan esta región, están situadas en la cara interna de la glándula, por debajo del conducto de Wharton.

La arteria rama de la lingual, se anastomosa constantemente con una rama procedente de la arteria submentoniana, rama de la facial.

Nervio lingual. Después de haber recorrido la región cigomática, penetra en el compartimiento sublingual a nivel del último molar. En este punto es muy superficial, pues está cubierto tan solo por la mucosa del suelo y tejido celular. En el punto en que el lingual rodea el conducto de Wharton, emite el nervio sublingual, que se ramifica formando un plexo antes de penetrar en la glándula sublingual.

El compartimiento sublingual contiene:

a) La glándula sublingual. Es la más pequeña de las glándulas salivales, aplanada transversalmente y con su eje mayor dirigido de atrás adelante y de fuera adentro, dirigida paralelamente al cuerpo de la mandíbula y corresponde a éste hueso por su cara externa; por su cara interna descansa sobre los músculos de la lengua. Su borde superior levanta la mucosa del piso de boca, determinando a cada lado del frenillo las dos prominencias oblongas que se conocen con el nombre de carúnculas sublinguales. Su extremidad posterior corresponde a la prolongación anterior de la glándula submaxilar; su extremidad anterior se pone en contacto con la del lado opuesto, detrás de la sinfisis mentoniana.

La glándula sublingual se abre en el piso de boca por un número variable de conductos escretorios, la más voluminosa de éstas glándulas da origen a un conducto especial, llamado conducto de Bartholin o Rivinus, que se abre al lado y un poco por detrás del conducto de Wharton. La secreción, aunque mixta, es predominantemente mucosa.

De la cara interna de la glándula submaxilar, se desprende una prolongación anterior y otra posterior, la anterior o submilohioidea es aplanada transversalmente, que se dirige hacia arriba y hacia adelante, entre los músculos hipogloso y milohioideo, acompañando al canal de Wharton hasta la glándula sublingual.

El conducto de Wharton nace en la parte media de la cara interna de la glándula submaxilar, se dirige hacia adelante y adentro, hasta el borde inferior del frenillo de la lengua en donde cambia de dirección y se curva un poco hacia arriba para desembocar en el piso de boca en su parte más anterior, corre por debajo de la mucosa del piso de boca adosado al de lado opuesto y desemboca a los lados del frenillo, en el ostium umbilicale de Bourdeau.

El tejido celular laxo. todos los órganos que acabamos de describir están rodeados por una capa de tejido celudiposo, laxo especialmente hacia adentro debido a la gran movilidad de la lengua.

CAPITULO II. DEFINICION, CALSIFICACION Y ETIOLOGIA DELOS TORUS.

2.1. DEFINICION.

2.2. CLASIFICACION.

2.3. ETIOLOGIA.

2.1 DEFINICIONES.

Torus. Los torus son proyecciones o sea benignas, de crecimiento lento en la mandíbula y maxilar. No tiene importancia patológica pero a veces se formula un diagnóstico equivocado considerándolos tumores alarmando así a los pacientes.

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

TORUS PALATINO.

El término torus palatino, se emplea para designar una excrecencia o sea convexa, de crecimiento lento y base aplanada situada en la región de la sutura media palatina sobre la superficie bucal del paladar duro.

Este término fue utilizado por vez primera por el gran investigador Kupffer. Torus palatino.

Este es un tumor común y es observado algunas veces como una hiperostosis en el proceso palatino. Está situado en la línea media del paladar, y cuando el lóbulo aumenta de tamaño puede ocupar lentamente parte de la bóveda. Esta definición fue establecida por Gould A. W.

TORUS PALATINO.

El término torus palatino, se emplea para designar una excrecencia o sea convexa, de crecimiento lento y base aplanada situada en la región de la sutura media palatina sobre la superficie bucal del paladar duro.

Este término fue utilizado por vez primera por el gran investigador Kupffer. Torus palatino.

Este es un tumor común y es observado algunas veces como una hiperostosis en el proceso palatino. Está situado en la línea media del paladar, y cuando el lóbulo aumenta de tamaño puede ocupar lentamente parte de la bóveda. Esta definición fue establecida por Gould A. W.

Torus palatino. T. Harris R., dijo que torus palatino, es un tumor benigno y lento crecimiento de la proyección del hueso del proceso del maxilar y ocasionalmente de las placas horizontales de los huesos palatinos. Ocurre bilateralmente en la sutura media de la superficie oral del paladar duro.

TORUS MANDIBULAR.

Es una exostosis, que generalmente ocurre bilateralmente en la superficie media y posterior del cuerpo y proceso alveolar de la mandíbula. Esta definición la dio J. Pekarsky .

Torus mandibulares. El término torus mandibular designa una o varias exostosis sobre la superficie lingual de la mandíbula. Este término lo aplicó Fust.

Según Kruger. Los Torus no tienen importancia patológica, pero a veces se formula un diagnóstico equivocado considerándolos tumores, alarmando así a los pacientes. Los torus contra los que choca una prótesis, son fuentes de dolorosa irritación crónica que puede hacer que se produzca una infección o falla la dentadura, o ambas cosas, incluso volverse un factor etiológico de proceso maligno bucal.

2.2 CLASIFICACION.

Como se ha mencionado en las definiciones hechas anteriormente, los torus se han clasificado por la región en que se presentan y son:

- a) Torus Palatino
- b) Torus Mandibular o tori de la mandíbula

TORUS PALATINO.

Etiología. es desconocida, aunque se han sugerido como posibles factores, herencia, trauma superficial, mal oclusión y respuesta funcional a la masticación. Existen también otras teorías como:

a) Crecimiento tardío de los márgenes medios de los procesos palatinos que crecen durante la pubertad dejando de hacerlo al final de la segunda década de la vida.

b) En la teoría genética, estudio de familias llevados a cabo por Suzuki y Sakai sugieren una herencia poligénica. Could apoyó la hipótesis de una dominancia autosómica.

c) Se han planteado también como una forma de hiperplasia compensadora debido a influencia genética. En la actualidad se cree que son anomalías del desarrollo, de naturaleza benigna y sin ninguna importancia patológica.

d) Se debe a un excesivo desarrollo de las superficies medias de cada apófisis palatina dando lugar a la formación de una apófisis única.

La frecuencia es dos veces más prevaeciente en las mujeres que en los varones.

Por lo qua respecta a la región afectada, se presenta más en el paladar que en la mandíbula.

Estas masas óseas pueden aumentar durante las primeras décadas de la vida, pero se estabiliza después de ésta periodo sin cambio considerable.

MORFOLOGIA. Su tamaño y forma son variables pero frecuentemente es más nodular que fusiforme. Se puede observar como un abultamiento en el centro de la bóveda de consistencia ósea apenas detectable o de la superficie lisa, simétrica suavemente limitado como una prominencia o nódulo de pequeño tamaño; de unos milímetros hasta una masa de moderado tamaño, redonda, ovalada y elíptica con una base de adhesión plana o ligeramente pedunculada; como un tumor masivo y voluminoso, de dureza o sea que ocupa la mayor parte del volumen de la bóveda. A veces discurre por su centro un surco o una estría en dirección anteroposterior, correspondiente a la línea defucion, en otros casos una o varias muescas acanalan su superficie en dirección lateral; por ello, la superficie irregular de algunos torus presentan interesantes y característicos modelos de crecimiento.

La morfología del torus varía mucho como ya se mencionó anteriormente, pero las formas que más se observan son las siguientes:

- a) Plana
- b) En forma de aguja
- c) Nodular
- d) Fisural
- e) Lobular
- f) Fusiforme
- g) Multifocular extensa

Estructura. El torus palatino, posee una corteza de hueso compacto y duro y un área central de hueso más esponjoso. Algunas veces puede haber una médula grasosa.

Trastornos causados por torus palatino:

- Desarrollarse hasta interferir el habla.
- La mucosa se traumatiza, ulcera y no se puede curar a causa de su pobre vascularidad.
- El temor del paciente, al notar su presencia y pensar que se trata de un tumor maligno.

- Cuando el torus interfiere la forma de una prótesis: interfiere el sellado posterior de alguna prótesis; inestabilidad de la dentadura, debido al balanceo ya que el torus actuaría como fulcrum.

TORUS MANDIBULAR.

Etiología. Al igual que el torus palatino es desconocida sin embargo algunos autores han establecido una base genética definitiva para este carácter. Hay datos indicativos de que es heredado como un carácter dominante.

Frecuencia. La frecuencia del torus mandibular varía de acuerdo a la edad, raza y sexo.

Predilección por el sexo. Se presenta con la misma frecuencia en varones y mujeres.

Morfología. De la misma manera que el torus palatino, su morfología es variable, su tamaño varía desde el de medio guisante hasta el de media nuez. Puede ser único o lobulado. El torus mandibular suele ser bilateral pero no simétrico. Se origina por lo general inmediatamente por encima de la línea milohioidea, frecuentemente se localiza en la región canina - premolar, pero también los podemos encontrar como múltiples nodulos óseos que se extiende de la región incisiva a la molar, por la cara lingual de la mandíbula.

Estructura. El torus mandibular está compuesto de hueso cortical denso con cantidades mínimas de una corteza medular.

Trastornos causados por torus mandibular

- Dificulta el habla cuando se desarrolla exageradamente.
- Causan dificultad al comer
- La cubierta mucosa se ulcera, como resultado del trauma y fracaso al curarse.
- Impide el uso de un removible parcial o de una prótesis completa.

CAPITULO III. DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.

3.1. DIAGNOSTICO.

3.2. PRONOSTICO.

CAPITULO III. DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.

3.1. DIAGNOSTICO.

3.2. PRONOSTICO.

3.1 DIAGNOSTICO.

La presencia de los torus palatino y mandibular puede pasar inadvertida para el paciente, cuando su tamaño es relativamente pequeño y no le causa ningún tipo de problema; ya que no existen síntomas que indiquen la presencia de éste. Sumándose a esto, que la mayoría de los pacientes son personas que desconocen parcial o totalmente la anatomía de su aparato estomatognático; por lo que no le prestan la atención debida.

Sólo cuando el tamaño del torus es mayor y empieza a causarles trastornos de lenguaje o masticación es, entonces, cuando acuden a su dentista.

También al solicitar el paciente, algún tipo de prótesis ya sean totales o parciales y que abarquen la zona donde se encuentra el o los torus, es entonces cuando el odontólogo le comunica que no es posible colocar la prótesis, que el paciente necesita, por encontrarse presente algún tipo de torus, el cual es necesario eliminar para el buen funcionamiento de su aparato protésico.

Para realizar un diagnóstico correcto de algún tipo de torus, así como de su posición y realización con las estructuras vecinas a él, nos basaremos en los medios clínicos, radiográficos y microscópicos que a continuación escribiremos.

Diagnóstico Clínico.

Para establecer el diagnóstico clínico de los torus tanto palatinos como mandibulares; observaremos y palparemos detenidamente el paladar y la cara lingual del maxilar y así detectar la presencia de estos torus.

Durante éste examen clínico debemos confirmar uno o más abultamientos y determinar la extensión de los mismos, la consistencia del paladar o de la porción lingual de la mandíbula y en caso de existir algún proceso infeccioso por encontrarse úlceras expuestas en zonas de fricción se localizarán los puntos dolorosos.

La presencia de úlceras es porque la mucosa que cubre el torus es generalmente muy delgada y de la impresión que se ha encogido por la expansión de la exostosis.

Debido a la escasez de tejido conectivo submucoso la vascularización a la membrana mucosa es relativamente pobre en comparación con otras áreas de los maxilares.

En la periferia del torus la mucosa tiene el mismo espesor que en las otras áreas del paladar duro o de la cara lingual de la mandíbula.

Para establecer la posición que ocupan los torus en los maxilares, se determinará de una forma más clara mediante un estudio radiográfico apropiado.

Diagnóstico Radiográfico.

Suele ser una valiosa fuente de información que tendrá importancia en el diagnóstico.

Ya que los torus se componen en su mayoría o en su totalidad de hueso compacto denso, son casi siempre visibles radiográficamente.

Se ven mejor en las radiografías oclusales, se muestran como radiopacidades características bien definidas en la bóveda del paladar. Suelen ser de gran densidad, pero, a veces, y sobre todo en los de mayor tamaño, la cortical externa del torus se distingue muy bien del centro medular menos denso.

Si radiográficamente no se determina que tan delgado o grueso es el proceso palatino en otro sitio del torus, nos auxiliaremos colocando la luz de diafanoscopia o transluminación a través del tejido palatino, primero en el lado del torus, después en el otro, y se mira en la cavidad nasal como un opérculo nasal. Si el proceso palatino es delgado, la cavidad nasal se iluminará.

En los torus mandibulares los datos radiográficos suelen ser característicos y casi definitivos.

En éste examen radiográfico nos podemos auxiliar con radiografías periapicales a diferentes angulaciones, para determinar con más exactitud su situación.

Diagnóstico Diferencial.

El diagnóstico diferencial con inflamaciones del paladar debe incluir:

- 1.- Adenoma pleomórfico o tumor de la glándula salival.
- 2.- Absceso palatino.
- 3.- Neurona, neurofibroma o neurilemoma.
- 4.- Tumores vasculares (hemangioma, hematoma).

Algunos de los exámenes de diagnóstico incluyen el tacto, radiografías, aspiración y evaluación del color.

Raramente las lesiones siguientes se parecen a torus o exostosis clínica o radiográficamente:

- 1.- Un fibroma cementante u osificante que cause una convexidad en la cortical.
- 2.- Un hematoma subperióstico osificado.
- 3.- Un callo óseo sin resolverse.
- 4.- Un osteoma .
- 5.- Un osteosarcoma o condrosarcoma en sus primeros estadios de desarrollo.

3.2 PRONOSTICO.

El pronóstico de los torus, tanto palatinos como mandibulares es favorable, por lo que esta afección no pone en peligro la vida del paciente.

Y dependiendo de los datos proporcionados en la historia clínica del paciente, conoceremos de antemano su situación actual, tanto personal como clínica; y así determinar si las condiciones que presenta el paciente, son las adecuadas para llevar a cabo el tratamiento, que será en éste caso la cirugía de los torus.

CAPITULO IV. VALORACION PREOPERATORIA.

4.1. HISTORIA CLINICA.

**4.2. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
DEL TRATAMIENTO.**

4.1 Historia Clínica

Concepto. Se llama historia clínica a la relación ordenada y detallada en los que ya se obtienen los datos y conocimientos anteriores personales, familiares, actuales y detalles clínicos, relativos a un paciente determinado.

El propósito del Cirujano Dentista al realizar éste examen es para determinar si la capacidad física y emotiva de un paciente determinado le permitirán tolerar un procedimiento específico. En nuestra calidad de Dentista, quisiéramos establecer un factor de evaluación que nos permita decidir si podemos proseguir, con relativa seguridad, el tratamiento, o si esta indicada una consulta médica antes de efectuar dicho tratamiento.

La historia clínica que se elabora para una cirugía de torus palatino y mandibular es muy parecida a cualquier otra historia clínica, sea institucional, o de la práctica privada, y se va a elaborar basándose en los elementos propedéuticos conocidos y que son:

- a) Interrogatorio.
- b) Inspección y exploración general.
- c) Exploración bucal.

a) Interrogatorio. Es el conjunto de palabras lógicas y ordenadas que se hace al paciente con el objeto de recoger datos objetivos y subjetivos, que no pueden ser obtenidos por la observación directa, con fines de diagnóstico, y por medio de él vamos a obtener todos los datos referentes a:

Ficha personal. Es decir, nombre, edad, sexo, ocupación; domicilio y teléfono, y en caso institucional número de expediente, cama y servicio.

Antecedentes hereditarios. En esta parte se anotarán los datos referentes a enfermedades hereditarias o transmisibles que los familiares directos padres, abuelos, hermanos, cónyuge hayan sufrido, como son: antecedentes luéticos, fímico, diabéticos, cardíacos, neoplásicos y mentales.

En los antecedentes personales no patológicos; se van a obtener datos referentes a:

condiciones de vida y nivel socioeconómico del paciente, por lo que se interrogará sobre: hábitos, higiene personal, habitación, alimentación, ingesta de líquidos, lugar de nacimiento y residencia actual, escolaridad, trabajo anterior y actual, deportes que practica, tabaquismo, alcoholismo, toxicomanías, cuadro completo de inmunizaciones recientes.

Antecedentes personales patológicos. En esta parte se obtendrán los datos concernientes a enfermedades que el paciente, haya padecido en el curso de su vida, los que serán anotados de ser posibles en orden cronológico, desde la infancia hasta la actualidad, debiendo orientar al paciente interrogándolo sobre enfermedades crónicas como; amigdalitis de repetición, cuadros diarreicos, estados catarrales frecuentes y sobre otras enfermedades importantes como: fiebre reumática, crisis convulsivas, neumonía, antecedentes cardiacos, enfermedades venéreas y enfermedades renales y otras.

El interrogatorio en ésta parte será orientado también hacia antecedentes hemorrágicos traumáticos, transfusionales y anestésicos tanto generales como locales.

Antecedentes Odontológicos. Principalmente en relación con probables complicaciones anestésicos o hemorrágicos: antecedentes alérgicos ya sea a medicamentos o a medicamentos y otras sustancias.

Cronología del padecimiento actual. En esta parte se interrogará al paciente sobre la fecha de inicio, sintomatología, localización, causa a que lo atribuye, evolución, terapéutica, empleada y estado actual.

El interrogatorio también se utilizará para obtener los datos relacionados con padecimientos de aparatos y sistemas que se anotarán en la parte de la historia clínica que les corresponde. cuyo orden es más o menos semejante en toda historia clínica.

b) Inspección y exploración general. En esta parte se observarán y anotarán el aparente estado general del paciente, observando la relación entre la edad aparente y la cronológica, la constitución, conformación, facies, orientación, actitud, forma de adaptarse al medio, marcha y movimientos.

Continuando con la exploración corporal incluye:

Cabeza. Integridad anatómica de la misma, exostosis y enostosis, implantación del cabello, ojos, nariz, boca cuya exploración se explica más adelante y oídos.

Cuello. Forma, volumen, longitud, tráquea, tejido celular, pulso carotídeo, exploración de los ganglios.

Tórax. Forma, volumen, exploración de campos pulmonares y área cardíaca.

Abdomen. Forma, volumen, alteraciones viscerales y movimientos peristálticos.

Extremidades. Forma longitud, simetría, movimientos y pulso.

c) Exploración bucal. En lo referente a los datos que el odontólogo obtendrá y asentará respecto a la exploración de la cavidad y en relación con los torus palatinos y mandibulares, se apoyará y auxiliará en los siguientes métodos:

Observación. Es efectuada en el orden siguiente:

Coloración. Aumento de volumen de la mucosa palatina o lingual, y de éste lugar, extensión forma en que se presenta: que puede ser nodular, forma de aguja, fusiforme o lobular.

Se observará también si existen ulceraciones en la mucosa que cubre el torus o si la mucosa está intacta.

Palpación. Mediante ésta se obtendrán datos de consistencia, firmeza, extensión, del aumento de volumen en hueso.

Percusión. Por éste medio, se localizarán puntos dolorosos o se provocarán reflejos, esto se llevará a cabo con un instrumento, aplicando pequeños golpes en determinada región y tratando de obtener dolor a la percusión vertical y horizontal. Con esto diferenciaremos las partes afectadas.

Análisis de laboratorio. Ya que la exéresis de los torus es un padecimiento quirúrgico que incluye incisión, hemorragia, osteotomía, etc, debe ser considerado semejante a cualquier otra intervención quirúrgica y por lo tanto así como se ha investigado el estado general del paciente por medio de la historia clínica, tendremos que confirmar éste a través de pruebas de laboratorio, las que deben indicarse rutinariamente y que son:

- Biometría hemática.
- Tiempo de Protrombina.
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Química sanguínea.

La valoración psicológica, es un complemento de la valoración clínica, que el C.D. deberá tener muy en cuenta. El cuidado de cualquier paciente requiere mucho más que el simple conocimiento y habilidad técnica; son también imprescindibles el interés para el paciente como ser humano y una comprensión de sus sentimientos y necesidades emocionales.

En primer lugar, es sumamente importante considerar y entender la relación médico - enfermo: la comprensión de los problemas que frecuentemente surgen en ésta relación interpersonal le permitirán al primero, manejarla más eficazmente.

En segundo lugar, la reacción con la que diferentes personas responden al mismo estímulo, varía considerablemente pues las circunstancias tienen mucho que ver con la percepción del dolor, y la reacción del paciente a él, estarán sujetos a múltiples factores psicológicos, entre los que podemos mencionar:

- La continuidad del dolor.
- La carga dolorosa total.
- El entrenamiento o acostumbamiento del paciente al dolor.
- La experiencia dolorosa previa.
- El conocimiento y comprensión del dolor por parte del paciente.
- La atención y distracción.
- Los estados de fatiga y de histeria.

Valoración y Elección Anestésica.

El procedimiento quirúrgico para la eliminación de los torus, no es fácil y puede hacerse en el consultorio con anestesia local, regional y anestesia general.

Si se utiliza esta última, el procedimiento puede efectuarse más eficazmente en el hospital.

La elección del tipo de anestesia que se utilizará dependerá de los siguientes factores:

- a) Tiempo necesario para el procedimiento.**
- b) Edad y estado físico del paciente.**
- d) Infección y limitación de la apertura bucal.**
- e) Criterio de cirujano.**

a) Tiempo necesario para llevar a cabo un procedimiento quirúrgico, determinará el tipo de anestesia que se utilizarán. en general, los procedimientos intrabucales que requieren de menos de 30 minutos, se manejan adecuadamente con anestesia local; en los casos en que los procedimientos quirúrgico es más prolongado se manejará mejor con anestesia general, en cuyo caso será necesario internar al paciente en un sanatorio que cuente con los elementos necesarios.

b) La edad y el estado físico del paciente, son también factores a valorar, ya que habrá casos en que se contraindique la administración de anestésicos locales y habrá otros en los que por trastornos cardíacos o sistemáticos de otra índole, la región 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 éste modo se evitará, exponer al paciente al riesgo que representa la anestesia general.

c) El estado emocional del paciente es otro factor digno de tomarse en cuenta para determinar la elección de la anestesia, ya que frecuentemente encontramos pacientes con aversión a las inyecciones dentro de la boca, y miedo en general a los procedimientos odontológicos; muchos de estos casos tendrán que ser tratados bajo anestesia general, sin embargo será necesario explicar al paciente el riesgo que representa dicha anestesia.

d) Infección y limitación de la apertura bucal. La acción de un anestésico local, esta 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 el proceso infeccioso para posteriormente establecer el manejo con anestesia 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, instrumentos que no podría emplearse bajo anestesia local.

e) Criterio del cirujano. 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.

4.2 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

Las indicaciones para realizar la eliminación quirúrgica de torus palatinos son:

- Desarrollarse hasta interferir con el habla.
- Cuando cause problema al masticar y deglutir.
- La mucosa se traumática, ulcerada y no se pueda curar a causa de su pobre vascularización.

- El paciente no pueda de otro modo ser convencido de que no tiene un tumor maligno.

- Cuando el torus interfiera con la forma de una prótesis removible. Aún cuando la construcción de la prótesis no contemple todo el torus, se tiene que remover.

Otro criterio para removerlo sería:

- Tamaño extremo.
- Socavación.
- Interfiera con el sellado posterior de la dentadura.
- Inestabilidad de la dentadura debido al balanceo ya que el torus sirve de fulcro.

Las indicaciones para eliminar quirúrgicamente un torus mandibular, son casi las mismas que el anterior.

- Cuando llega a ser tan grandes que impiden o dificulten el habla.
- Causen dificultad al comer.
- Cuando la cubierta mucosa se ulcerada como resultado del trauma y fracaso al curarse.

- Para facilitar la construcción de un removible parcial o prótesis completa.

Las contraindicaciones para realizar la exéresis de cualquier tipo de torus son:

- La presencia de algún proceso infeccioso agudo cercano a la zona por intervenir, ya que en un momento causaría problemas en la herida.

- Limitación de la abertura bucal, ya que en éste tipo de intervención, necesitamos la mayor visibilidad posible, para ver la zona que abarque los torus.

- En pacientes diabéticos no controlados, por que presentarían alteraciones en la coagulación y retardo en el proceso de cicatrización, elevándose el riesgo de una hemorragia, además de la posibilidad de que se presente un proceso infeccioso; por otro lado el stress quirúrgico podría ocasionar una descompensación en el proceso metabólico del paciente.

- En pacientes cardíacas no controlados. en éstos casos el efecto de los anestésicos locales, de manera predominante los que administramos con vaso constrictores, ocasionan vaso constricción periférica redundar en insuficiencia cardíaca, o bien aunque con menor frecuencia comprometer la circulación a nivel de músculo cardíaco y establecer alteraciones que puedan ir de leve hasta franca necrosis de dicho músculo, por lo que no es recomendable realizar el procedimiento quirúrgico sin una valoración cardiovascular previa al tratamiento quirúrgico.

- En paciente con insuficiencia respiratoria.

- En pacientes con insuficiencia renal crónica.

- Con trastornos en la coagulación o en tratamiento a base de anticoagulantes.

CAPITULO V. INSTRUMENTAL UTILIZADO EN LA TECNICA QUIRURGICA.

5.1. INSTRUMENTAL QUIRURGICO.

5.1 INSTRUMENTAL QUIRURGICO.

El instrumental quirúrgico que se utiliza en la cirugía de los toros es el siguiente:

Bisturi. Consta de dos partes, el mango y la hoja, por lo general se usa el mango de bisturi de Bard Park No.3, las hojas más empleadas son las No.15 y 12.

Legra o elevador de periostio. Es el instrumento que se utiliza para desprender el colgajo mucoperióstico de su inserción ó sea después de practicada la incisión.

Fresas Quirúrgicas. Las más adecuadas para cortar y reducir el torus, son las fresas de carburo, de fisura No.700, también la fresa de punta de lanza.

Escoplo y martillo. Este instrumento se utiliza cuando los toros son pequeños y de base no ancha, en toros palatinos y mandibulares y cuando tenga suficiente experiencia al usarlos.

Gubia o alveolotomo. Se utiliza para la eliminación de crestas o vértices salientes y en general para la regularización de bordes óseos.

Limas para hueso. Son instrumentos utilizados para alisar bordes óseos.

Tijeras. Las hay curvas y rectas; se utilizan para eliminar tejidos - patológicos o para regularizar tejidos blandos después de alguna extirpación; cortar el sobrante de los puntos de sutura.

Porta agujas. Instrumento indispensable para practicar la sutura.

Material de sutura. Se utiliza seda de tres ceros y cuatro ceros de 1/4 de círculo

Jeringa para irrigación. Es indispensable en el momento de la osteotomía.

Eyector. Es importante ya que se encarga de la eliminación de la sangre, saliva y suero de irrigación.

**CAPITULO VI. TIEMPOS QUIRURGICOS Y TECNICAS MAS EMPLEADAS PARA LA
ELIMINACION DE LOS TORUS.**

6.1. TIEMPOS QUIRURGICOS.

6.2. TECNICA MAS UTILIZADA PARA LA ELIMINACION DE TORUS PALATINO.

6.3. ELIMINACION DEL TORUS MANDIBULAR.

6.1. TIEMPOS QUIRURGICOS ASEPSIA Y ANESTESIA.

La asepsia es indispensable para evitar la infección del campo operatorio, siendo este tiempo quirúrgico efectuado de la siguiente manera:

Si el paciente presenta sarro, hay que eliminarlo primeramente, se le efectúa una limpieza dental para que después de esta se coloque un antiséptico bucal o también a base de agua oxigenada y una solución jabonosa o solamente se puede lavar perfectamente con agua oxigenada.

La técnica de anestesia puede variar dependiendo del lugar donde se localize el torus, esta va a ser:

En palatino.- La técnica nasopalatina, la palatino anterior y la del palatino posterior.

En la mandíbula.- Es la técnica del nervio dentario inferior (troncular), la mentoniana y la infiltrativa.

Se recomienda colocar puntos locales en la superficie donde se va efectuar la incisión esto es para cohibir un poco la hemorragia en el momento de estar levantando el colgajo.

INCISION.

La incisión tiene por objeto abrir un camino y realizar la intervención.

Esta debe reunir una serie de condiciones:

- a) Debe ser tan pequeña como sea posible y tan grande como sea necesaria.
- b) Hacerse de una sola intención.
- c) Debe llegar en profundidad hasta el tejido óseo.
- d) El diseño del colgajo debe tener una base amplia para proporcionar un buen aporte sanguíneo.

DISECCION DEL COLGAJO.

El desprendimiento del colgajo se efectuará colocando entre los labios de la herida y entre el mucloperióstico y el plano óseo la legra, desprendiendo el colgajo del hueso y elevando el perióstico sin lesionar la mucosa.

Los bordes del colgajo deben cuidarse en tal forma, que cuando se reintegren a su posición anterior, los bordes estén bien conservados y de esa manera se asegura su cicatrización.

La pinza de dientes de ratón, ayudan 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.

El colgajo mucoperiostio debe ser retraído y protegido durante el acto operatorio, interrumpiendo dicha retracción periódicamente con el objeto de favorecer su irrigación.

Ostetomía. Es el procedimiento de eliminación total o parcial del hueso. Es muy importante evitar el calentamiento del hueso, irrigando con suero fisiológico, por medio de una jeringa.

Alisamiento. El alisamiento de la superficie ósea se logra con limas para hueso o con fresas quirúrgicas esto va a depender del tamaño del torus.

Sutura. Es el procedimiento que utilizamos para unir y fijar los tejidos separados por la incisión. El tipo de sutura que utilizamos para unir y fijar los tejidos separados por la incisión. El tipo de sutura que se utiliza va a variar dependiendo de la zona y del tipo de incisión que se haya efectuado (puntos aislados, sujete continuo, etc.). El material a utilizar es seda 3 ceros con aguja de 1/4 de círculo de corte redondo.

6.2. TECNICA MAS UTILIZADA PARA LA ELIMINACION DE UN TORUS PALATINO.

La posición del paciente en el sillón dental debe ser con la cabeza inclinada hacia atrás para que el paladar este en un plano vertical. La anestesia se usa para bloquear los nervios palatinos derecho e izquierdo. La inyección de un anestésico local cerca de la base de la protuberancia ósea, limitará la hemorragia en la zona y al mismo tiempo, inflará los tejidos lo suficiente para facilitar la disección.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Una incisión en la línea media del paladar es hecha a lo largo del torus de 0.5 cm; más allá del ancho del torus.

Si el torus es demasiado grande, se hace una incisión de doble "Y", se debe tener mucho cuidado para evitar la penetración en el paladar blando.

Se levanta el colgajo se le puede sostener con suturas, para mantenerlos fuera del campo operatorio.

La elevación del colgajo es difícil, ya que la membrana es demasiado delgada y puede romperse o desgarrarse muy fácilmente.

Cualquiera de estos accidentes puede producir isquemia, resultando necrosis de uno o ambos colgajos.

Con una fresa de fisura se hacen ranuras en el torus, a la profundidad deseada, se debe hacer con cuidado para evitar la penetración en el piso de la nariz.

Una vez que el torus se ha dividido, los pedazos se pueden remover con un cincel y martillo. El borde del cincel se coloca en la base del torus con el bisel hacia el hueso palatino, golpeando con el martillo y cincel, al golpearlo puede penetrar en la cavidad nasal.

Una vez eliminados todos los pedazos del torus pasamos al alisamiento. Este se logra con cizallas y limas para hueso. El torus necesita reducirse hasta que resulte un contorno cóncavo del paladar. Un paladar plano o aún con un ligero residuo en la superficie media es adecuado en la mayoría de los casos.

Al volver a colocar el colgajo, las porciones excedentes son eliminadas con tijeras, después se aproximan los bordes y se suturan en su posición normal.

Se debe tener cuidado al suturar ya que la mucosa es muy delgada y puede desgarrarse.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS INMEDIATOS.

Una férula quirúrgica de acrílico, se utiliza para proteger al colgajo durante los primeros días después de la operación, ya que ésta no solo protege a los tejidos contra lesiones y dentritus alimenticios, sino también evita la formación de hematomas, lo que retrasaría el proceso de cicatrización.

Si no se ha preparado la férula, suele ser suficiente un apósito bucal, puede ser también posible insertar una gasa embebida en tintura de benzoina, la que se fija con suturas cruzadas. Si existen dientes, estos se utilizan para anclar las suturas cruzadas. Las suturas se pueden retirar después de 6 ó 10 días.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS MEDIATOS.

Determina el éxito o fracaso de todo el procedimiento completo.

Estos cuidados tienen como meta lo siguiente:

- Prevenir la infección. Se administrarán antibióticos.
- Combatir la inflamación. Reacción natural de los tejidos traumatizados por las maniobras quirúrgicas.

Esto se logra mediante fisioterapia y antiinflamatorios a juicio del cirujano. Generalmente se utilizan analgésicos que contienen antiinflamatorios.

- Evitar el dolor. Controlado a base de analgésicos.

Los cuidados por parte del paciente consistirán en:

- No molestar la herida tocándola con los dedos, palillos de dientes o la lengua. Debido a que la irritación, sangrado infección podrían instalarse en dicha herida.
- No fumar, ni ingerir bebidas alcohólicas, durante la cicatrización de la herida.
- Dieta a base de alimentos blandos o líquidos exentos de grasa e irritación, con el objeto de evitar traumatizar la herida durante el acto masticatorio.
- Practicar una higiene bucal exhaustiva, con el fin de evitar la acumulación de restos alimenticios en el sitio operado.

- Evitar esfuerzos musculares de la región bucal, podría provocar el desgarre de los bordes de la herida.

Los puntos de sutura serán retirados en un término de 6 a 10 días, practicando un lavado antes y después de quitarlos, citando al paciente una o dos veces posteriores, hasta ser dado de alta totalmente.

6.3 TÉCNICA UTILIZADA PARA LA ELIMINACIÓN DEL TORUS MANDIBULAR.

El paciente se coloca en la misma posición que en la técnica de eliminación del torus palatino, una vez colocado en posición el paciente, se anestesia la técnica que se utiliza es la regional (dentario inferior), la mentoniana y se utilizan puntos locales. Este tipo de anestesia es con el fin de que toda la mandíbula este totalmente bloqueada y no presente ningún tipo de molestias.

Una vez bien anestesiado el paciente, hacemos la incisión que como ya se mencionó anteriormente, ésta se efectúa dependiendo del tamaño que presente el torus dejando la base del colgajo en la parte inferior de la mandíbula.

Pasamos a levantar el colgajo este se levanta con legra y se va sujetando con las pinzas de dientes de ratón, se tendrá cuidado, ya que la mucosa que reviste al torus es muy delgada. La mucosa del torus es muy delgada y fácilmente se desgarra, cuidado se deberá tener mientras el colgajo está levantado, especialmente alrededor de los torus múltiples.

La eliminación es similar a la del torus palatino. Es similar a la del torus palatino. Es también de gran ayuda para el cirujano que el asistente quirúrgico sostenga la mandíbula mientras el martillo y cincel son usados

En el caso de un largo y fusiforme torus, el corte en secciones, es la técnica quirúrgica más segura.

El alisamiento del hueso se hace con limas para hueso y fresas.

Una inspección cuidadosa y aspiración de la herida son esenciales para quitar todas las astillas de hueso y desechos antes de que la mucosa sea cerrada, el excedente del colgajo es eliminado y suturado con material no absorbente y sutura continua.

Los cuidados postoperatorios inmediatos, van a ser los mismos que para el torus palatino como el uso de una férula de acrílico para eliminar el edema y la formación de hematomas.

La presencia de conductos salivales y del nervio lingual, así como la facilidad con que presenta edema postoperatorio e infección en el piso de la boca, dificultan aún más la cirugía en esta zona.

Los cuidados postoperatorios mediatos, serán los mismos.

CAPITULO VII. COMPLICACIONES DEL TORUS MANDIBULAR.

7.1. COMPLICACIONES DEL TORUS MANDIBULAR.

7.2. COMPLICACIONES DEL TORUS PALATINO.

7.1 COMPLICACIONES EN LA ELIMINACION DE LOS TORUS MANDIBULARES.

Son raras, y son causadas principalmente en tejidos blandos:

- a) Al desgarrar el tejido del colgajo.
- b) Al lacerar el piso de boca con cinseles, fresas y otros instrumentos.

Una laceración profunda puede causar un sangrado molesto y fuerte. Un sangrado masivo en el piso de la boca puede producir edema de la lengua y áreas adyacentes interfiriendo con el paso del aire.

La laceración de las glándulas salivales submandibulares pueden necesitar una reparación quirúrgica.

El uso apropiado de instrumental y la utilización correcta de éste, pueden generalmente evitar estas complicaciones así como los conocimientos.

7.2. COMPLICACIONES DE LOS TORUS PALATINOS.

Complicaciones:

- Hemorragia:

- a) Incisiones bien hechas evitan y abarquen los vasos nasopalatinos.
- b) Un manejo cuidadoso de los colgajos reducirá la posibilidad de una hemorragia.
- c) Un sangrado en la mucosa, generalmente se calmará una inyección una cantidad de anestésico local.
- d) En otras ocasiones una sutura o ligadura pueden ser necesarias para detener la hemorragia.
- e) El sangrado intraóseo puede ser controlado al presar el hueso adyacente en contra del punto de sangrado.

- Hematoma.

Un hematoma puede ser formado entre la mucosa y el hueso del paladar duro por:

- Una hemorragia persistente, flacidez de los colgajos adaptados y la falta de la férula quirúrgica.

- Un hematoma puede llegar a infectarse, si los colgajos de la mucosa hacen costra y se necrosan.

- Los hematomas deberán ser drenados en cuanto se descubren, y administrar antibióticos para reducir la oportunidad de infección.

- Perforación del piso de la nariz.

Esta perforación es rara a menos que haya hemorragia y ésta no pare en corto tiempo (5 a 8 minutos). En tal caso es necesario recurrir al taponamiento o poner una gasa en la nariz.

- Fractura del paladar.

Es la peor de las complicaciones que puede suceder durante la eliminación del torus del paladar, si ocurriera una fractura en el paladar , los fragmentos deberán ponerse en su posición e inmovilizarse con una férula.

La mucosa deberá volverse a colocar en su lugar con precisión y suturarse. Si no se ha quitado el torus completamente, deberá posponerse la cirugía hasta que la fractura no se haya regenerado.

El paladar deberá ser estabilizado con un entablillado durante el periodo de cicatrización. Si el fragmento del paladar no puede reponerse, la mucosa palatina nasal deberá inmovilizarse con una placa y provisionalmente cerrarse soportado por una férula quirúrgica.

CONCLUSIONES.

Después de presentar el desarrollo de éste trabajo, que va enfocado a la Cirugía de los torus palatinos y mandibular ,resulta evidente el tener siempre presente la relación que existe entre la preoperatoria; las técnicas quirúrgicas y los cuidados postoperatorios, pues de estos factores dependerá el éxito o fracaso del tratamiento que se lleve a cabo.

Por lo que es necesario hacer hincapié en los siguientes puntos:

a) El tratamiento quirúrgico que se vaya a realizar requiere del conocimiento de las estructuras anatómicas que rodean a ésta patología para el mejor manejo de los tejidos que se encuentran involucrados.

b) Para un mejor entendimiento de las alteraciones mencionadas, es de gran valor conocer su etiología y su clasificación.

c) Un diagnóstico correcto de los torus, nos dará como resultado un pronóstico y tratamiento adecuados.

d) La valoración radiográfica es de importancia porque nos ayuda a situar y delimitar los torus en la cavidad oral.

e) La valoración mediante el examen clínico, nos ayudará a determinar las condiciones locales y generales que favorecen a la realización del tratamiento.

f) La realización de la cirugía de los torus palatinos y mandibulares; se llevará a cabo sólo cuando esta sea indispensable, ya sea por las molestias causadas al paciente, por el ajuste de una prótesis o para tranquilizar al paciente de que la lesión que presenta no es maligna.

g) El operador debe conocer el instrumental y tener habilidad al emplearlo ,esto es con el fin de aumentar el porcentaje de éxito en la técnica empleada ,y de esa forma evitar accidentes de consecuencias graves para el paciente.

h) La correcta aplicación de los cuidados postoperatorios por parte del paciente se considera también un factor importante para el éxito del tratamiento.

i) Cuando se tenga algún accidente o complicación se debe proceder de manera inmediata para solucionarlo y de esta forma podemos evitar una complicación mayor.

BIBLIOGRAFIAS.

SOBOTTA. Atlas de Anatomía Humana. Vol I .19ª Edición. Editorial Panamericana.1992.p.p.422. De la 4 a 97.

SHAFER. William.Tratado de Patología Bucal. 4ª Edición. Editorial Interamericana.S.A. C.V.México.D.F.1988.P.P.940.
De la 167 a 169.

GARDNER. Anatomía de Gardner. 5ª Edición.Editorial Interamericana México.D.F.1992.p.p.928. De la 646 a 647.

KRUGER. Gustav.Tratado de Cirugía Bucal. 5ª Edición. Editorial Interamericana.México.D.F. 1986.p.p.685. De la 104 a 105.

LOPEZ. Arranz.Cirugía Oral. 1ª Edición. Editorial Interamericana. México.D.F.1991.p.p. 560. De la 411 a 413.

RIES. Centeno.Cirugía Bucal.9ª Edición.Editorial Librería el Ateneo. México.D.F.1987. p.p.724. De la 558 a 560.
Waite. Daniel. Tratado de Cirugía Bucal. 2ª Impresión.Editorial Continental. México.D.F.1988.p.p.584.De la 200 a 209.

HEMEROGRAFIAS.

EL TORUS: UNA ENTIDAD COMUN, PERO DESCUIDADA. Robert L. Eckles.DDS.Artículo de la A.D.M.No.18.Volúmen IV . No.10.Noviembre-Diciembre 1988.p.p.117-123.

CIRUGIA DEL TORUS PALATINO Y MANDIBULAR. O.Castro Reino. Revista de Actualidad Odontostomatológica.Española. No.394.Año L.Junio 1990. p.p.47-53.

EXOSTOSIS VESTIBULAR DEL MAXILAR ANTERIOR.Roberto Valencia. Hitte.Revista A.D.M. Volúmen.XLI.No.5 .Septiembre-Octubre 1984. p.p.121 -123.

