



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO/A**

TEMA:

Exéresis de exostosis mandibular multilobular bilateral

AUTOR:

Peter Wilmer Borbor Silva

TUTOR:

DR. Juan José Macío Pincay MSc.

GUAYAQUIL, MAYO 2016



APROBACIÓN DEL TUTOR

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es: EXÉRESIS DE EXOSTOSIS MANDIBULAR MULTILOBULAR BILATERAL, presentado por el Sr Peter Wilmer Borbor Silva. Del cual he sido su tutor/a, para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a.

Guayaquil, 6 de mayo del 2016.

.....

Dr. Juan José Macio Pincay. MSc.

CC: 0908946627



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CERTIFICACION DE APROBACIÓN

Los abajo firmantes certifican que el trabajo de Grado previo a la obtención del título de odontólogo, es original y cumple con las exigencias académicas de la Facultad de Odontología, por consiguiente, se aprueba.

Dr. Mario Ortiz San Martin. Esp.

Decano

Dr. Miguel Álvarez Avilés. Mg

Subdecano

Dr. Patricio Proaño Yela. Mg

Gestor de Titulación



DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Peter Wilmer Borbor Silva, con cédula de identidad N° 0927087536, declaro ante el Consejo Directivo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, que el trabajo realizado es de mi autoría y no contiene material que haya sido tomado de otros autores sin que este se encuentre referenciado.

Guayaquil, 6 de mayo del 2016.

.....
Peter Wilmer Borbor Silva
CC. 0927087536



DEDICATORIA

A mi padre, Sergio Borbor Muñoz, y a mi madre, Jéssica Silva Macías, por inspirarme a ser mejor cada día y acompañarme en los logros que lleve a lo largo de mi vida.



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme un día más de vida, permitir culminar mi carrera en Odontología y llenar de orgullo a toda mi familia.

A mi padre Sergio Borbor Muñoz y a mi madre Jéssica Silva Macías quienes me enseñaron que para todo hay tiempo en la vida, solo hay que ser disciplinado, por sus buenos consejos para ser una persona más responsable y dedicada y por estar siempre conmigo en los buenos y malos momentos a lo largo de mi carrera universitaria.

A mi hermano Sergio Borbor Silva quien me inspiró a seguir adelante.

A mis hermanitos “los chiquitos” Jeffrey y Jéssica Borbor Silva a quienes sirvo como ejemplo y me alegra ser un orgullo para ellos.

A mi novia Katty Delgado Andrade por apoyarme día a día y motivarme a ser un mejor profesional de la salud.

A Elvis Rivas Martillo “el rey” por ser un verdadero amigo a lo largo de todos estos años.

A mis docentes por compartir sus conocimientos, experiencias y anécdotas que me ayudarán al momento de tratar a mis pacientes.

A todos... Gracias por creer en mí.



CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

Mario Ortiz San Martín, MSc.

DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Presente.

A través de este medio indico a Ud. que procedo a realizar la entrega de la Cesión de Derechos de autor en forma libre y voluntaria del trabajo EXÉRESIS DE EXOSTOSIS MANDIBULAR MULTILOBULAR BILATERAL, realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil, **6** de mayo del 2016.

.....

Peter Wilmer Borbor Silva
0927087536

RESUMEN

Las exostosis de los maxilares constituyen entidades benignas las cuales deben ser correctamente identificadas a través de un detallado diagnóstico diferencial. Son áreas vulnerables al trauma ya que pueden significar una zona de alto riesgo de osteonecrosis en pacientes que reciben bifosfonatos. Las exostosis son neoformaciones benignas localizadas o difusas del tejido óseo y para poder identificarlas es importante realizar un buen examen clínico y radiográfico, así como una completa anamnesis para establecer el diagnóstico y un eventual plan de tratamiento si el caso lo justifica, como veremos más adelante. El torus palatino podría ser el resultado de una leve isquemia crónica del periostio como resultado de una suave presión del septum nasal. Por otro lado, el torus mandibular sería consecuencia de la acción a la fuerza de torsión del arco de la mandíbula. Las exostosis óseas no requieren tratamiento a menos que sean de gran tamaño, compliquen las funciones de fonación, masticación, dicción, deglución o la posición normal de la lengua, generen desplazamiento dental o produzcan trauma y ulceración de la superficie mucosa, pero, especialmente, cuando imposibilitan la colocación y uso de las prótesis totales o removibles. Debemos establecer la exéresis de la exostosis mandibular multilobular bilateral en la clínica dentomaxilar de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil. El resultado es favorable para el paciente con pronta recuperación. Cuando está indicado el tratamiento, la eliminación quirúrgica, mediante su tallado o remoción desde la base de la unión, es la técnica habitual recomendada para el paciente.

Palabras claves: exostosis, periostio, multilobular.

ABSTRACT

The maxillary exostosis are benign entities which must be properly identified through a detailed differential diagnosis. They are vulnerable to trauma areas because they can pose a high risk area of osteonecrosis in patients receiving bisphosphonates. The exostosis are benign neoplasms localized or diffuse bone tissue and for identification is important to make a good clinical and radiographic examination and a complete medical history to establish the diagnosis and eventual treatment plan if the case warrants, as discussed below . The palatal torus could be the result of mild chronic ischemia of the periosteum as a result of gentle pressure of the nasal septum. On the other hand, the mandibular torus would result from the action to the torque bow of the jaw. Bone exostosis not require treatment unless they are large, complicate functions of phonation, chewing, speech, swallowing or normal position of the tongue, generate dental displacement or produce trauma and ulceration of the mucosal surface, but especially when preclude placement and use of total or removable dentures. We must establish the excision of bilateral mandibular multilobar exostosis in the clinic dentomaxilar Pilot School of Dentistry at the University of Guayaquil. The result is favorable for the patient with early recovery. When treatment is indicated, surgical removal, by carving or removal from the base of the union, is the usual technique recommended for the patient.

Keywords: exostosis, periosteum, multilobar

ÍNDICE

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	I
APROBACIÓN DEL TUTOR	II
CERTIFICACION DE APROBACIÓN.....	III
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.....	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
ÍNDICE	X
ÍNDICE DE FOTO	XI
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVO.....	27
3. Desarrollo del caso.....	28
3.1. Historia clínica del paciente	28
3.1.1. Identificación del paciente.....	28
3.1.2. Motivo de consulta:	28
3.1.3. Anamnesis	28
3.2. Odontograma	29
3.3. Imágenes	30
3.3.2. Fotos extraorales	30
3.1.2. Fotos intraorales	34
3.1.3. Imágenes radiográfica	36
4. DIAGNÓSTICO	37
5. PRONÓSTICO	37
6. PLANES DE TRATAMIENTO.....	37
7. DISCUSIÓN	50
8. CONCLUSIONES.....	51
9. ANEXOS	54

ÍNDICE DE FOTO

Fig. 1. Odontograma	29
Foto. 1.Foto frontal del paciente.....	30
Foto. 2.Foto frontal del paciente sonriendo.	31
Foto. 3.Foto lateral derecha del paciente.	32
Foto. 4.Foto lateral izquierda del paciente	33
Foto. 5. Foto de arcada superior	34
Foto. 6. Foto de arcada inferior	34
Foto. 7. Imagen frontal ambas arcadas en oclusión.....	35
Foto. 8. Imagen lateral derecha.....	35
Foto. 9. Imagen lateral izquierda	36
Foto. 10. Rx oclusal del paciente	36
Foto. 11. Asepsia extra-oral	38
Foto. 12. Asepsia intra-oral	38
Foto. 13. Anestesia infiltrativa al área	39
Foto. 14. Anestesia infiltrativa al área	39
Foto. 15. Incisión lado izquierdo.....	40
Foto. 16. Sindesmotomía y debridación	40
Foto. 17. Osteotomía.....	41
Foto. 18. Osteotomía finalizada.....	41
Foto. 19. Regularización de hueso.....	42
Foto. 20. Alisamiento de hueso finalizado	42
Foto. 21. Sutura.....	43
Foto. 22. Sutura finalizada.....	43
Foto. 23. Aplicación de surgicel.....	44
Foto. 24. Anestesia infiltrativa lado derecho.....	44
Foto. 25. Anestesia al nervio dentario inferior lado derecho.	45
Foto. 26. Incisión lado derecho	45
Foto. 27. Sindesmotomía lado derecho.....	46
Foto. 28. Osteotomía lado derecho.	46
Foto. 29. Regularización de hueso lado derecho	47

Foto. 30. Aplicación de rifosina al suero fisiológico	47
Foto. 31. Irrigación de la zona operatoria	48
Foto. 32. Sutura.....	48
Foto. 33. Sutura finalizada.....	49

INTRODUCCIÓN

Desde el siglo pasado diferentes autores, como Fox (1809) y Danniels (1884), trataron de definir el Torus desde el punto de vista clínico e histopatológico, mientras que para los años 50 del presente siglo, Woo (1950) lo hace de acuerdo a su localización. (Lolymar, 2010)

La cavidad oral es el asentamiento de diversas patologías, que pueden alterar el estilo de vida. Entre esas patologías se encuentran los torus y otras exostosis. Son malformaciones con crecimiento excesivo del hueso y recubiertos por epitelio delgado sano. Se observan como un engrosamiento submucoso, duro y bien delimitados, recubierto por una mucosa pálida. Al corte, se muestra un tejido óseo denso con un patrón laminado, usualmente compuesto por hueso maduro, laminar, diseminado de osteocitos con espacios pequeños lleno de médula gruesa o estroma brovascular. Es mínima la actividad osteoblástica. (Arevalo, 2006)

Según Shafer y Levi en 1983 y Stafne en 1987, definen a los torus como protuberancias o exostosis que se encuentran en forma localizada en la región bucal, mientras que Antoniades y cols., y Sapp y cols., en 1998, coinciden en que los torus son excrecencias no neoplásicas, las cuales se pueden localizar en los maxilares provenientes del mismo hueso. (Lolymar, 2010)

El término torus, proviene del latín: eminencia o abultamiento. Fue utilizado primeramente por Kupfer y Besselhagen en 1879, y se utiliza para designar las exostosis surgidas en la línea media del paladar y en la cara posterior e interna de la mandíbula. El torus palatino se presenta en la línea media del paladar duro y el torus

mandibular en la cara lingual frente a bicúspides. A su vez las exostosis se encuentran a lo largo de la región vestibular del hueso alveolar. (Arevalo, 2006)

A pesar que su etiología es desconocida, se han formulado diferentes teorías multifactoriales, pero no excluyentes, que explican la naturaleza genética (Suzuki y Sakai 1960; Sellevold, 1980; Seah,1995 ; Gorsky y cols, 1996; Nolte y cols,1997) , ambiental (Pynn y cols, 1995; Seah , 1995; Nolte y cols, 1997) , funcional (Johnson , 1959 ; Osseberg ,1981 ; Pynn y cols , 1995; Czusah y cols, 1996 ; Nolte y cols, 1997) en la formación de estas excrescencias óseas. (Marina, 2010)

La etiología es discutida, se han puntualizado factores genéticos, ambientales y la hiper-función masticatoria Son de crecimiento lento a lo largo de la vida y por lo general asintomáticas y suelen iniciarse después de la pubertad. El tamaño y la forma pueden variar desde un guisante hasta una estructura multilobular de tamaño importante. Pueden apreciarse en una radiografía como un defecto radio opaco difuso. (Arevalo, 2006)

Pueden medir de tres a cuatro centímetros de diámetro. Los torus de mayor tamaño pueden entorpecer el movimiento de la lengua, interferir con el habla, limitar la colocación de aparatos protésicos y el mantenimiento de la higiene oral. Pueden producir úlceras que no cicatrizan y que pueden evolucionar a osteomielitis crónica. (Arevalo, 2006)

Garguilo y Arrocha en 1967 y Czusah y cols., 1996, describen que después de realizar injertos gingivales libres, se podían observar la formación de torus o exostosis en áreas en las cuales se realizaron dichos injertos. Hegtvedt en 1990, propone tres teorías que

explican la existencia de estas protuberancias óseas luego de realizar injertos libres de encía. (Adriana, 2010)

Los torus son excrecencias no neoplásicas del hueso cortical denso, comúnmente localizados en dos puntos específicos: línea media del paladar o región canino/premolar en la superficie lingual mandibular. (Rodríguez, 2014)

La etiología es discutida y se ha puntualizado factores genéticos, ambientales y la hiperfunción masticatoria como desencadenantes de su aparición. (Robles, 2014)

Los huesos maxilares no son ajenos a las patologías que se pueden presentar en el sistema esquelético. Algunas de esas condiciones y patologías son singulares por sus características clínicas, su distribución y prevalencia. (Castillo, 2008)

Los torus mandibulares se observan en la superficie lingual de la mandíbula en la zona de los premolares y las exostosis múltiples se observan en la superficie bucal del maxilar y de la mandíbula por debajo del pliegue mucobucal en la región molar. (Ruslan, 2009)

El torus como tumor óseo benigno puede localizarse en el maxilar a nivel del paladar, o en la mandíbula a nivel de las tablas internas; o puede aparecer en cualquier parte del esqueleto. (Castillo, 2008)

El TM es una exostosis o crecimiento óseo en la superficie lingual de la mandíbula. Este crecimiento ocurre generalmente cerca de la línea milohioidea, opuesto a los

premolaes, pero se puede extender del canino al primer molar. La mucosa que los recubre tiende a ser fina y no tolera por lo general las fuerzas de las prótesis que se colocan encima de ellos. (Castillo, 2008)

Los torus palatinos, los torus mandibulares (TM) y las exostosis de los maxilares son un claro ejemplo de ellos. Hasta la presente existen ideas especulativas acerca de su etiopatogenia, de los factores asociados, de su incidencia y prevalencia, de su necesidad de tratamiento, lo que puede crear confusión entre los clínicos tanto en diagnóstico como en el manejo. (Castillo, 2008)

Los torus son nódulos o protuberancias de diferentes formas configuradas por tejido óseo. Suelen crecer en la línea central del paladar (torus palatino) o la zona interior de la mandíbula (torus mandibular), concretamente donde se ubican los premolaes, y lo habitual es que sean bilaterales. (Rosado, 2015)

Existen varios factores que pueden promover el desarrollo de los torus. Habitualmente se desarrollan al principio de la etapa adulta y están relacionados a bruxismo, masticación o factores genéticos. El tamaño de los torus varía con el tiempo y son de crecimiento lento. Suelen ser multilobulados y están recubiertos por una delgada capa de tejido oral la cual se lesiona con facilidad, especialmente por uso de prótesis confeccionadas sin detectar la presencia del torus. (Rosado, 2015)

Normalmente los torus no requieren ningún tipo de tratamiento, aunque puede ser necesaria su eliminación quirúrgica para evitar que interfieran en la realización de implantes dentales, la confección de prótesis removibles dento-muco soportadas para devolver la funcionalidad masticatoria al paciente, cuando son demasiado grandes, a tal punto que, comprometan la estética y lleguen a provocar la inflamación

de la mucosa o la ulceración de la misma, o si originan acumulación de alimentos a su alrededor, comprometiendo la higiene bucal y ocasionando halitosis. (Rosado, 2015)

Son de crecimiento lento, a lo largo de la vida. Radiográficamente se observa como un defecto radiopaco, difuso, que puede medir de 3 a 4 cm de diámetro. (Frías, 2014)

Los torus son un tipo de exóstosis óseas (crecimiento anormal de hueso, no tumoral, que produce una protuberancia sobre la superficie), que pueden aparecer tanto en la cara interna de la mandíbula como en el paladar. Tienen un crecimiento muy lento, y hasta en un 90 % de los casos pueden ser bilaterales. Histológicamente muestran la estructura del hueso cortical maduro. Radiológicamente aparecen como lesiones radio-opacas difusas. (Polanco, 2012)

La incidencia del torus de la mandíbula es baja en el 6% a 12.5% entre caucásicos y en los habitantes de la llanura africana. De manera contraria, algunos autores reportan una prevalencia mucho más elevada en la Costa Atlántica Colombiana. (Marquez, 2008)

Aparecen en la línea media del paladar duro, con formas diversas (planos, fusiformes, nodulares o polilobulados). La mucosa que los cubre suele estar íntegra, a veces algo más pálida, aunque si se traumatiza se ulcera con cierta facilidad y puede tardar en cicatrizar. (Polanco, 2012)

Son frecuentes, aparecen hasta en un 20% de la población. El tamaño puede variar desde tan pequeños que pasan inadvertidos y se detectan por palpación, hasta otros que llegan a ocupar todo el paladar interfiriendo con el habla normal. Habitualmente

se localizan en la porción central de la línea media del paladar, aunque también pueden aparecer en la parte anterior o posterior. (Polanco, 2012)

Los de mayor tamaño pueden entorpecer el movimiento de la lengua, interferir en el habla y limitar la colocación de aparatos protésicos. Es recomendable en caso de producirse úlceras concomitantes en el torus y no asentar bien la prótesis removible por ese defecto; la excisión quirúrgica del mismo. (Rodríguez, 2014)

Los torus son exóstosis óseas benignas redondeadas, con superficie lisa y formada por hueso nodular denso. Su localización habitual es en la línea media del paladar o en las superficies linguales de la mandíbula; esta localización nos permite diferenciarlos de los osteomas. (Rodríguez, 2014)

Son lesiones relativamente frecuentes que llegan a aparecer hasta en el 25% de la población, en el caso de los palatinos y en un 10% en los mandibulares. Son asintomáticas y suelen ser un hallazgo causal en el momento de la colocación de una prótesis. Sólo se tratan quirúrgicamente cuando lo exige un tratamiento protético. (Rodríguez, 2014)

También pueden llevar a otras lesiones, como hiperplasia e incluso llegara ser factor etiológico de enfermedad bucal maligna. Susuki y Sakai en 1960 al estudiar los aspectos familiares de los torus, encontraron que cuando ambos padres tenían torus palatino o torus mandibulares, la prevalencia en sus hijos eran 63% y 58%, respectivamente. (Arevalo, 2006)

El fibroma osificante o cementante maduro que ha producido un abultamiento del paladar cortical puede imitar una exostosis. Sin embargo, en ese caso las radiografías

periapicales muestran un reborde radiotransparente fino que rodea la lesión fibroósea madura. También pueden imitar un torus o una exostosis, el hematoma subperióstico osificado, el callo óseo no resuelto, el osteoma, el osteosarcoma precoz y el condrosarcoma precoz. (Avendaño, 2006)

Los torus y las exostosis se pueden asociar a ciertas enfermedades, como la adenomatosis del colon, el síndrome de Mafucci, la enfermedad de Olier y los osteocondromas múltiples. (Avendaño, 2006)

Al igual que la exóstosis y osteomas, los torus son considerados como lesiones tumorales benignas, aunque no son neoplasias verdaderas. En realidad son excrecencias no neoplásicas de hueso cortical denso, comúnmente localizado en dos puntos específicos: línea media del paladar o región canino/ premolar en la superficie lingual mandibular. (Robles, 2014)

Estas malformaciones de hueso están recubiertas por epitelio delgado sano. Se observan como un engrosamiento submucoso, duro y bien delimitados, recubierto por una mucosa pálida. Al corte se observa un tejido óseo denso con un patrón laminado, usualmente compuesto por hueso maduro, laminar, diseminado por osteocitos con espacios pequeños llenos de médula gruesa o estroma fibrovascular. (Frías, 2014)

El torus palatino se presenta en la línea media del paladar duro y el torus mandibular en la cara lingual frente a bicúspides. (Robles, 2014)

La etiología es discutida y se ha puntualizado factores genéticos, ambientales y la hiperfunción masticatoria. Son de crecimiento lento a lo largo de la vida y por lo general asintomáticas y suele iniciarse después de la pubertad. (Frías, 2014)

El tamaño y forma de los torus puede variar desde un guisante hasta una estructura multilobular de tamaño importante. Puede apreciarse en una radiografía como un defecto radiopaco difuso y puede medir de 3 ó 4 cm de diámetro. (Rodríguez, 2014)

El torus de mayor tamaño puede entorpecer el movimiento de la lengua, interferir en el habla, limitar la colocación de aparatos protésicos y el mantenimiento de higiene oral. Puede producir úlceras que no cicatrizan y que pueden evolucionar a osteomielitis crónica. (Robles, 2014)

El fibroma osificante o cementoma madura que ha producido un abultamiento del paladar cortical puede imitar una exóstosis. Sin embargo, en ese caso las radiografías periapicales muestran un reborde radiotransparente fino que rodea la lesión fibroósea madura. (Frías, 2014)

También puede imitar un torus o una exóstosis, el hematoma subperióstico osificado, el callo óseo no resuelto, el osteoma, el osteosarcoma precoz y el condrosarcoma precoz. (Rodríguez, 2014)

Los torus y exostosis normalmente aparecen en mujeres de la tercera década de vida, edad, en una proporción de mujer: hombre de 2:1 (Shafer y Levi 1987). En niños son sumamente raros. (Pynn, 1995)

La prevalencia del torus es de 27 x 1 000 adultos, cerca del 10% de la población general es afectada. (Figueredo, 2013)

Aunque sus causas no se conocen bien, actualmente los torus se consideran como el resultado de la interacción de factores genéticos, medioambientales y la hiperfunción masticatoria. (Figueredo, 2013)

El torus mandibular es una lesión no neoplásica, definida como una hiperostosis que se ubica en la superficie lingual de la mandíbula, frecuentemente en la zona de caninos a premolares; siempre por encima de la línea milohioídea. Al igual que el torus palatino, está compuesto por hueso compacto y esponjoso, presentado una cantidad limitada de medula ósea, cubierta por una delgada mucosa pobremente vascularizada. Los torus mandibulares pueden presentarse unilaterales o bilaterales, pero a menudo se encuentran en ambos lados de la mandíbula. (Gálvez, 2014)

Hay varios factores que causan el crecimiento del torus mandibular. Si bien la disposición genética es uno, el torus mandibular suele estar presente en los casos donde hay rechinar o apretazón de los dientes, una situación conocida entre los especialistas como bruxismo. Debido a esto, se cree que el estrés es también un factor de causa. (Marin, 2015)

Afortunadamente, en la mayoría de los casos, el torus mandibular no es un problema y no necesita ningún tratamiento. Sin embargo, algunos pacientes pueden necesitar que su torus mandibular sea eliminado. Esto suele ocurrir cuando el torus mandibular es un obstáculo para la realización de procedimientos dentales, tales como implantes

dentales, colocación de aparatos ortopédicos o de dentaduras postizas. Sin embargo, la extirpación quirúrgica de los torus mandibulares también puede ser utilizada en casos de dolor crónico o una mala mordida. (Marin, 2015)

Los torus palatinos y mandibulares están recubiertos por una capa extremadamente delgada de tejido y por esta razón, pueden irritarse con mucha facilidad incluso con ligeros movimientos de la prótesis dental. La textura fina de la mucosa genera que el paciente no tolere una oclusión cargada de la dentadura. (Moreno, 2013)

Los torus palatinos se presentan en la línea media del paladar duro como un aumento de volumen circunscrito de consistencia dura pétrea, la mucosa subyacente muy fina, de color normal, pero ocasionalmente puede estar hipocoloreada, indolora, de crecimiento lento y puede estar presente en los primeros años de vida. (Moreno, 2013)

Son protuberancias óseas de tamaño variable, generalmente menores que los torus, con formas nodulares, pediculadas o planas, que aparecen sobre la superficie ósea de los maxilares como una formación bajo la mucosa dura, no dolorosa y bien delimitada. Son más frecuentes en el maxilar superior, cerca de los caninos (colmillos). (Polanco, 2012)

La cirugía de torus mandibular es un procedimiento de cirugía oral, poco común, que consiste en la eliminación de hueso en la boca. Esta cirugía se ha demostrado que mejora en gran medida la calidad de vida de los pacientes que sufren del exceso de este hueso en la mandíbula. (Marin, 2015)

En términos simples, un torus mandibular es simplemente un hueso que crece dentro de la boca, típicamente entre los premolares inferiores y la lengua. En la mayoría de los casos, el hueso crece en ambos lados de la boca. (Marin, 2015)

Los huesos maxilares son parte de la estructura esquelética corporal por lo cual no son ajenos a las patologías que se presentan en ella. Algunas guardan semejanza entre sí, otras son muy singulares por sus características patognomónicas, por ejemplo, los torus palatinos, los torus mandibulares y las exostosis de los maxilares. Sin embargo, existen ideas especulativas acerca de su etiopatogenia, de los factores asociados, de su incidencia y prevalencia, de su necesidad de tratamiento, entre otras. (Arevalo, 2005)

El propósito de esta revisión es presentar la información existente sobre estas patologías en textos usados para la formación de profesionales de salud en nuestro medio y en el ámbito universal, y en otras publicaciones que hayan servido de soporte a las ideas concebidas acerca de los torus y las exostosis, haciendo énfasis en los aspectos diagnósticos. Se pretende que esta información sirva de orientación para investigaciones futuras. (Arevalo, 2005)

Los torus y la exostosis se pueden asociar a ciertas enfermedades, como la adenomatosis del colon, Síndrome de Mafucci, la enfermedad de Ullier y los osteocondromas múltiples. No es necesario eliminar los torus a no ser que interfieran para realizar una prótesis oral o dificulten la higiene oral. (Rodríguez, 2014)

Clasificación:

Los torus se han podido clasificar según su tamaño, localización y número. Los torus pequeños, alcanzan tamaños no mayores de 3mm, mientras que los medianos oscilan

de 3 a 5 mm. Los grandes, por su parte, se van a caracterizar por alcanzar tamaños mayores de 5 mm. (Seah, 1995)

Clasificación de acuerdo a su tamaño

- Las exostosis pueden ser muy pequeñas, siendo en algunos casos casi puntiforme.
- Las que ocupan completamente un cuadrante.

Tienen un crecimiento limitado. Usualmente se presentan en adultos, pero comienzan a desarrollarse en jóvenes y alcanzan su tamaño final la adultez. (Ruslan, 2009)

Clasificación según su forma

- Planos se presentan como una suave convexidad simétrica y base amplia.
- Fusiformes son más pronunciados y a veces con un surco en la línea media.
- Nodulares presentan varias protuberancias con base individual.
- Lobulares tienen una base amplia y común para los diferentes lóbulos. (Ruslan, 2009)

Los torus pueden presentar formas lobuladas consistentes en una masa pedunculada lobulillar que puede surgir a partir de una base única. Pueden presentarse también, multilobulados, con múltiples protuberancias cada una con base individual; éstas pueden unirse con surcos entre ellas. (Sánchez, 2013)

Los torus mandibulares se presentan en la región de la cara lingual de la mandíbula, con variadas formas y tamaño. Pueden ser bilaterales (en más del 80%) y unilaterales,

lobulados, múltiples y por sobre la línea milohiodea y su localización más común es la región de los premolares. (Moreno, 2013)

Las localizaciones de estas excrecencias óseas pueden ser palatinas, mandibular y zonas múltiples en formas de exostosis. (Levi, 1987)

Los torus mandibulares son más raros que los palatinos (cerca del 8% de la población). Aparecen en la superficie lingual de la mandíbula, sobre todo en la zona de los premolares, aunque pueden extenderse hacia los molares o hacia los incisivos. Pueden tener varias formas, con protuberancias únicas o múltiples. (Polanco, 2012)

Los torus palatinos constituyen protuberancias óseas de crecimiento lento, cuya base es plana, pueden observarse en la línea media del paladar duro, elevándose en los márgenes de la apófisis palatina a nivel de la sutura media del paladar comprometiendo ambos lados de dicha sutura. (Shafer, 1987)

Los torus mandibulares se observan en la superficie lingual de la mandíbula en la zona de los premolares (Shafer y Levi, 1987) y las exostosis múltiples se observan en la superficie bucal del maxilar y de la mandíbula por debajo del pliegue mucobucal en la región molar. (Levi, 1987)

Una lesión que frecuentemente se observa en boca, el torus mandibular y el torus palatino, que no tienen mayor importancia, son consideradas malformaciones, con formación excesiva de hueso, recubierto por mucosa sana, pero que pueden ulcerarse y corresponde uno a tumoración en cara lingual frente a caninos y premolares inferiores, bilateral, y el torus palatino es una excrecencia ósea en la línea media del

paladar duro, de forma ovalada, a veces con varias masas pero que solamente dan problemas cuando se traumatizan o si el paciente necesita una prótesis removible. (Martinez, 2016)

Según su forma, se han clasificado en cuatro grandes grupos. Los planos se presentan como una suave convexidad simétrica y base amplia; los fusiformes son más pronunciados y a veces con un surco en la línea media. Los nodulares presentan varias protuberancias con base individual y los lobulares tienen una base amplia y común para los diferentes lóbulos. (Shafer, 1987)

De acuerdo al número, pueden ser únicos, múltiples (Stafne, 1987) unilaterales y bilaterales. (Levi, 1987)

Los torus mandibulares, constituyen un crecimiento que se observa en la superficie lingual de la mandíbula el cual se presenta por arriba de la línea milohioidea opuesta a los premolares, elevándose de la línea oblicua interna. (Pynn, 1995)

Algunas veces se extienden hacia distal del tercer molar y mesial del incisivo lateral. Se presentan en varias formas y tamaños, pudiéndose observar la mucosa que los recubre rosada pálida o blanquecina. Dichas protuberancias pueden ser individuales o múltiples. (Pynn, 1995)

Hueso mandibular o maxilar inferior

Es el único hueso móvil del cráneo, y cumple las funciones de soportar las piezas dentarias inferiores y prestar inserción a los músculos masticadores para que, actuando sobre ella, permitan la masticación. Es un hueso impar que consta de una zona central horizontal, el cuerpo de la mandíbula, y dos zonas laterales, las ramas

mandibulares, que ascienden a ambos lados de la cara hacia la superficie articular del temporal. (Nastilerz, 2012)

Cuerpo Mandibular: Tiene forma de arco con la concavidad posterior y consta de dos caras anteriores y posteriores.

Cara Anterior: En la zona media se dispone una línea rugosa, la sínfisis mandibular, que marca el punto de soldadura de las dos unidades constituyentes de la mandíbula.

Cara Posterior: A nivel de la línea media se localizan dos pequeños relieves a cada lado para inserción de músculos, las espinas mentonianas superiores e inferiores. (Nastilerz, 2012)

Nervio Mandibular

Es un nervio mixto que resulta de la unión de uno de los ramos sensitivos del trigémino con su raíz motora. Es el ramo terminal más voluminoso del ganglio del nervio trigémino. El nervio mandibular es el nervio de la mandíbula y de sus dientes, del mentón y de la lengua, así como de la masticación. (Latarjet, 2012)

Trayecto y relaciones:

Porción intracraneal: el ramo sensitivo, corto y ancho es oblicuo hacia abajo, adelante y lateralmente; está situado en una prolongación de la cavidad trigeminal; la raíz motora es más larga, se encuentra en la cavidad, tiene una vaina de piamadre, pasa por debajo del cuerno lateral del ganglio y se adiciona al nervio mandibular. (Latarjet, 2012)

Está por debajo del lóbulo temporal, por arriba de la porción petrosa del hueso temporal, lateralmente al nervio maxilar y medial al foramen espinoso junto con la arteria meníngea media. (Latarjet, 2012)

Foramen oval: contiene al nervio mandibular, la arteria meníngea media y vénulas

Región de la fosa infratemporal: penetra en la fosa a su salida del foramen oval. Termina después de un corto trayecto situado entre la cara lateral de la fascia interpterigoidea y la cara medial del musculo pterigoideo lateral.

Medialmente, la fascia interpterigoidea separa al tronco del nervio de la parte alta del espacio perifaríngeo. Lateralmente se encuentra la fascia pterigotemporomandibular. (Latarjet, 2012)

Distribución

Los ramos del nervio mandibular se pueden dividir en colaterales y terminales. Todos son exocraneales.

Los ramos colaterales son:

Ramo meníngeo: entra al cráneo por el foramen espinoso junto con la arteria meníngea media.

Los otros ramos son laterales, medial y posterior. (Latarjet, 2012)

Nervios temporales profundos: son el temporomasetérico, el temporal profundo medio y el temporobucal. Los dos primeros se dirigen lateralmente por encima del borde superior del musculo pterigoideo lateral, llegan a la cresta esfenotemporal y entran a la fosa temporal. El temporobucal pasa entre las dos cabezas del musculo pterigoideo bucal. (Latarjet, 2012)

Nervio temporomaseterino: se origina de la parte anterior del nervio mandibular, se dirige en sentido lateral , atraviesa la parte alta cribosa de la fascia interpterigoidea: foramen crotafiticobuccinador, en dirección horizontal y se sitúa entre la cabeza del pterigoideo lateral y la cara inferior del ala mayor del esfenoides; se divide en:

Nervio temporal profundo posterior: que asciende por delante de la articulación temporomandibular; está situado entre el plano óseo y el musculo, y se distribuye por parte posterior de este. Ninguna arteria temporal lo acompaña. Tiene un ramo comunicante con el nervio temporal profundo medio. (Latarjet, 2012)

Nervio meseterino: que cruza la cara superficial de la cabeza inferior del pterigoideo lateral y se dirige a la escotadura mandibular. Atraviesa la escotadura alcanzando la cara profunda del musculo masetero entre sus dos porciones, a las que inerva.

El nervio temporal profundo medio: se origina por debajo del foramen oval, se dirige en sentido lateral, atravesando la parte cribosa de la fascia interpterigoidea. Se halla entre en borde superior de la cabeza superior del pterigoideo lateral y la cara inferior del ala mayor del esfenoides. (Latarjet, 2012)

Al llegar a la cresta esfenotemporal se refleja arriba y lateralmente, acompañado por la arteria temporal profunda media. Se distribuye por la cara profunda del temporal por su parte media. Se comunica con el temporal profundo anterior y con el posterior

El nervio temporobucal: es originado por dos raíces cortas que se fusionan en un tronco único, el que se dirige lateralmente hacia adelante pasando por la parte cribosa de la fascia interpterigoidea, pasa entre las dos cabezas del musculo pterigoideo lateral, a las que inerva: nervio del pterigoideo lateral. (Latarjet, 2012)

Al llegar a la cara superficial de este musculo se divide en: nervio temporal profundo anterior, acompañado por la arteria temporal profunda anterior; cruza la cabeza superior del pterigoideo lateral.

Es exóstosis ósea indolora localizada en la mandíbula de naturaleza benigna. Tiene una prevalencia de 10% de la población general. Suele localizarse en la superficie lingual mandibular, normalmente entre los premolares. La exóstosis tiene una densa cortical y escaso hueso esponjoso. Pueden ser prominentes o multilobulados, pero generalmente son únicos y con un tamaño que oscila entre 1´5-2 cm. Tiene un crecimiento lento aunque pueden alcanzar un gran tamaño. (Pérez, 2007)

Indicaciones de extirpación

- No suele requerir tratamiento a menos que alcancen un gran tamaño alterando funciones como la deglución, habla o produzcan ulceraciones en la mucosa lingual.
- También está indicado extirparlo en caso de cancerofobia.
- Si impide un correcto asentamiento y adaptación de la prótesis removible. (Pérez, 2007)

Técnica quirúrgica

Tras anestesiar al paciente levantamos un colgajo amplio de espesor total por lingual (Incisión festoneada) con el fin de separarlo cuidadosamente para proteger el nervio lingual que circunda esta zona y remodelaremos con pieza de mano y abundante irrigación toda la exóstosis ósea, si dejar espículas ni irregularidades. A continuación reposicionamos el colgajo y suturamos. (Pérez, 2007)

Características Histopatológicas:

Histopatológicamente se describen como una excrecencia nodular exofística del hueso cortical denso y un centro de hueso esponjoso en el cual se pueden observar zonas

calcificadas formando bandas delgadas y separadas por espacios ocupados de médula ósea (Sapp, 1998)

Según Seah 1995; en un corte transversal de un torus palatino grande, se pueden observar varias capas. Estas capas son la nasal compacta, esponjosa y bucal mientras que en los torus pequeños estas mismas capas tienden a estar fusionadas. La capa de tejido esponjoso en los torus palatinos se desarrolla a expensas de la sutura media palatina y en los torus mandibulares solamente se podrá observar ésta capa cuando éstos presenten un gran tamaño. (Seah, 1995)

Características Radiográficas:

Radiográficamente aquellas exostosis que están compuestas por hueso compacto se pueden observar como una radiopacidad uniforme mientras, las que contienen un espacio medular grande se pueden observar el trabeculado óseo con facilidad. (Stafne, 1987)

Los torus palatinos, pueden demostrarse en una radiografía oclusal, en dicha película se observa una opacidad de forma oval situada en la línea media. (Stafne, 1987)

Los cuerpos de estos torus aparecen como masas radiopacas con abundantes detalles de obliteraciones en dientes y senos maxilares. (Seah, 1995)

Los torus mandibulares, a diferencia del torus palatino, pueden observarse tanto en una radiografía periapical como en placas oclusales. Se presentan como áreas bien circunscritas de alta radiopacidad en las raíces de los dientes. (Pynn, 1995)

El examen clínico intraoral así como una completa anamnesis son fundamentales para establecer el diagnóstico y plan de tratamiento que mejor se adapte a las posibilidades de rehabilitación oral del paciente. (Frías, 2014)

Si parte de la rehabilitación oral va a requerir la confección de prótesis removibles dento-mucosoportada para devolver la funcionalidad masticatoria al paciente, la revisión de los tejidos orales es de suma importancia. (Robles, 2014)

Se debe aliviar cualquier tipo de irregularidades propias de la mucosa (fibromas, tejidos flácidos, etc) así como irregularidades provocadas por tejido óseo (torus mandibulares o palatino, exóstosis, etc). (Rodríguez, 2014)

Diagnóstico:

Para realizar un diagnóstico veraz y certero debemos valernos del examen clínico, realizando la palpación y evaluación de la mucosa, pruebas de vitalidad a los dientes involucrados, aspiración de la lesión exámenes radiográficos y estudios histopatológicos. (Pynn, 1995)

Diagnósticos Diferenciales:

En muchas ocasiones los torus se han podido confundir con formaciones de abscesos, neoplasias de origen óseo, vascular y de glándulas. (Pynn, 1995)

En muchas ocasiones los torus se han podido confundir con formaciones de abscesos, neoplasias de origen óseo, vascular y de glándulas salivales. (Rosado, 2015)

El examen clínico intraoral así como una completa anamnesis son fundamentales para establecer el diagnóstico y plan de tratamiento que mejor se adapte a las posibilidades de rehabilitación oral del paciente. (Rosado, 2015)

Tratamiento:

Las exostosis y torus carecen de significado patológico y rara vez adquieren importancia clínica. El tratamiento de elección es la exéresis siempre y cuando la lesión se encuentre dentro de las indicaciones siguientes:

Requerimientos Protésicos: todas aquellas exostosis y torus con suficiente volumen que interfieran en la inserción de un aparato protésico, como en el caso de los torus palatinos cuando se extienden hacia atrás, puede afectar en forma adversa el sellado palatino posterior de la dentadura total o parcial y cuando se vea comprometida la estabilidad de la prótesis. (Henderson, 1988)

En el caso de los torus mandibulares, la mucosa que lo recubre suele ser delgada y susceptible a la irritación crónica de la base o del conector mayor de la prótesis, lo cual representa un obstáculo para el sellado de los bordes de la dentadura. (Miller, 1975)

Las exostosis y torus carecen de significado patológico y rara vez adquieren importancia clínica. El tratamiento de elección es la exéresis siempre y cuando la lesión se encuentre dentro de las indicaciones siguientes:

- Requerimientos Protésicos: todas aquellas exostosis y torus con suficiente volumen que interfieran en la inserción de un aparato protésico, como en el caso de los torus palatinos cuando se extienden hacia atrás, puede afectar en forma adversa el sellado palatino posterior de la dentadura total o parcial y cuando se vea comprometida la estabilidad de la prótesis. (Rosado, 2015)
- En el caso de los torus mandibulares, la mucosa que lo recubre suele ser delgada y susceptible a la irritación crónica de la base o del conector mayor de la prótesis, lo cual representa un obstáculo para el sellado de los bordes de la dentadura. (Rosado, 2015)
- Relación con la fonación: cuando las exostosis sean tan grandes que interfieran con el habla normal del paciente.
- Relación con los traumatismos de la mucosa: si su tamaño llega a alcanzar un tamaño grande, puede provocar la inflamación, ulceración y traumatismo constante de la mucosa de revestimiento del torus. (Rosado, 2015)
- Cuando se ve comprometida la higiene del paciente: cuando los torus alcanzan formas lobuladas, sobre todo los torus mandibulares, pueden producir zonas de acúmulos de alimentos y producir halitosis en el paciente.
- Cuando este comprometida la estética del paciente.
- Cuando estén asociados a procesos infecciosos como las Osteomielitis y a procesos neoplásicos como Carcinomas. (Rosado, 2015)

Relación con la fonación: cuando las exostosis sean tan grandes que interfieran con el habla normal del paciente. (Pynn, 1995)

Relación con los traumatismos de la mucosa: si su tamaño llega a alcanzar un tamaño grande, puede provocar la inflamación, ulceración y traumatismo constante de la mucosa de revestimiento del torus. (Figun, 1988)

Cuando se ve comprometida la higiene del paciente: cuando los torus alcanzan formas lobuladas, sobre todo los torus mandibulares, pueden producir zonas de acúmulos de alimentos y producir halitosis en el paciente. (Pynn, 1995)

Cuando este comprometida la estética del paciente. (Pynn, 1995)

Cuando estén asociados a procesos infecciosos como las Osteomielitis y a procesos neoplásicos como Carcinomas. (Volchansky, 1984)

La cirugía de extirpación de torus no es complicada, aunque la recuperación puede ser lenta. El odontólogo normalmente utilizará un anestésico local y luego reducirá o eliminará el torus mandibular con instrumentos especiales. (Marin, 2015)

Después de quitar los torus, el médico sutura la zona. Los pacientes deben esperar por lo menos una semana para su recuperación inicial, momento en el que tienen que volver para una post-evaluación. La recuperación total tomará tres a cuatro semanas, aunque un paciente será capaz de realizar la mayoría de sus actividades habituales durante el período de recuperación. (Marin, 2015)

Al igual que con cualquier tipo de cirugía dental, los pacientes tendrán que hablar con sus odontólogos a fondo antes del procedimiento con el fin de entender por completo,

prepararse para ella y hacer que su recuperación sea posible lo más leve y rápido.
(Marin, 2015)

Técnica de la exéresis del torus

- Anestesia.
- Se comienza a realizar el colgajo mucoperiostico en la zona papilar marginal, con una hoja de bisturí del número 15.
- Con la pieza de baja velocidad y una fresa 701L se comienza a seccionar parte del torus, irrigando con suero Fisiológico.
- Con el elevador recto plano se provoca la fractura del torus. (Rosado, 2015)
- Se procede a regularizar la superficie remanente con una lima de hueso.
- Se aproximan los tejidos para realizar la sutura con seda negra tres ceros.
- Por último se da una cobertura profiláctica al paciente. Se prescribe Amoxicilina 500 mg V.O. tid. Por 7 días e Ibuprofen 400 mg v.o. quid. por 4 días en caso de inflamación y dolor. A los 8 días se retiran los puntos de sutura y se evidencia el tejido sano, en proceso de cicatrización idóneo. (Rosado, 2015)

¿Siempre hay que extirpar los torus?

Las exostosis y torus carecen de significado patológico y rara vez adquieren importancia clínica. El tratamiento de elección es quirúrgico, pero solamente hay que extirparlos cuando se cumpla alguna de las siguientes condiciones:

- Prótesis Dental: cuando el volumen del torus o la exóstosis interfiere con una prótesis dental, haciendo que no ajuste bien o no sea estable, o simplemente produce molestias por el roce con la prótesis. (Polanco, 2012)

- Fonación: cuando sean tan grandes que interfieran con el habla normal del paciente.
 - Traumatismos de la mucosa: un tamaño grande, puede provocar la inflamación, ulceración y traumatismo constante de la mucosa de revestimiento del torus.
 - Limitación para la higiene oral: cuando la forma es polilobulada pueden quedar huecos difíciles de limpiar donde se acumulen alimentos produciendo halitosis.
 - Cuando este comprometida la estética del paciente.
 - Cuando estén afectados por otros procesos (neoplasias, infecciones...)
- (Polanco, 2012)

¿Cómo se tratan?

En los casos en que está indicado, el tratamiento es quirúrgico: la lesión se extirpa mediante una sencilla intervención, de forma rápida e indolora.

¿Anestesia Local o General?

Nuestra dilatada experiencia nos permite extirpar prácticamente todos los torus de forma rutinaria bajo anestesia local y de forma ambulatoria, sin necesidad de ingreso hospitalario. (Polanco, 2012)

Complicaciones para la remoción del torus:

Las complicaciones en la remoción quirúrgica del torus, raramente han sido reportadas. Generalmente estas pueden ocurrir cuando se levanta el mucoperiostio. También se pueden producir seccionamientos del Conducto de Wharton o Submaxilar, laceraciones del piso de la boca y demás estructuras anatómicas que puedan requerir posteriormente una reparación quirúrgica. (Pynn, 1995)

Hay que evitar el daño del nervio dentario inferior y lingual ya que las laceraciones de estos pueden producir parestesias en el paciente. Al realizar la remoción de un torus

palatino se debe mantener intacta la arteria palatina y no provocar una comunicación bucosinusal con el seno maxilar. (Pynn, 1995)

Las infecciones postquirúrgicas al remover un torus también constituyen una complicación en estos pacientes si no se tienen los cuidados necesarios. (Pynn, 1995)

2. OBJETIVO

Establecer la excéresis de la exostosis mandibular multilobular bilateral en la clínica dentomaxilar de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

Desarrollo del caso

3.1. Historia clínica del paciente

3.1.1. Identificación del paciente

Nombres: Feliciano

Apellidos: Pluas Solorzano

Edad: 63

Fecha de nacimiento:

Residente en: Guayaquil

Provincia de: Guayas

Calle:

Teléfono particular: 0967236694

Familiar Cercano: -Teléfono:

3.1.2 Motivo de consulta:

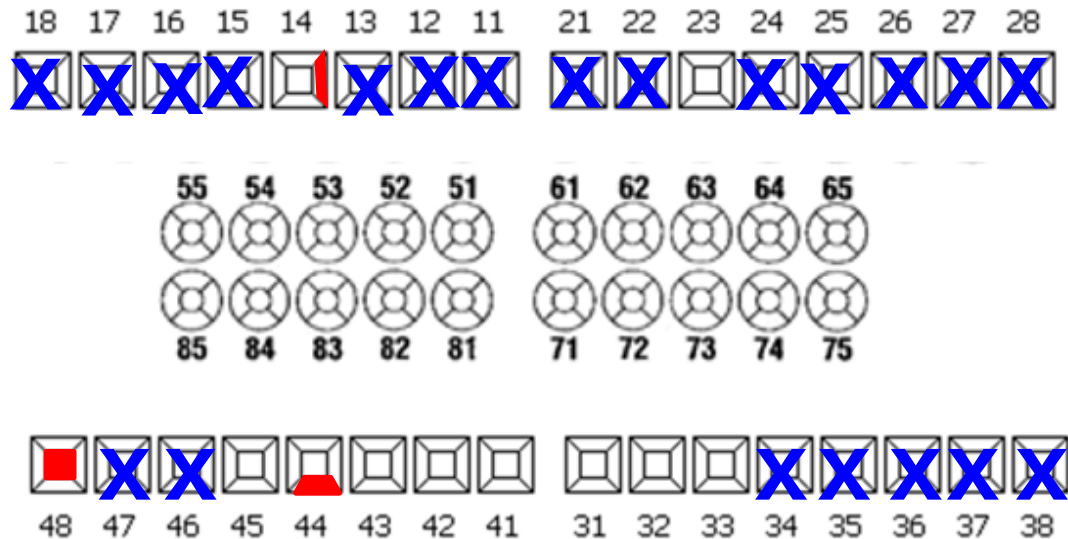
El paciente llegó a la facultad recomendado por la Dra. Rocío Centeno y nos manifiesta que desea mejorar su salud oral por lo que nos dice: “Quiero arreglarme los dientes”. Se le realizaron tratamientos quirúrgicos entre ellos: extracciones dentales, tratamientos periodontales y por último la exéresis de exostosis mandibular con el fin de su rehabilitación bucal.

3.1.3 Anamnesis

El paciente presenta hipertensión y está bajo medicación, tomando warfarina y cardio aspirina, no presenta ninguna otra enfermedad sistemática o infectocontagiosa, no padece alergias a ningún medicamento. Además, el paciente indica que dejó de fumar y tomar hace más de 20 años. En antecedentes patológicos familiares el paciente no refiere ningún antecedente. En sus signos vitales la presión se encuentra en 130-80, la frecuencia cardíaca se encuentra en 80 lat. x min. 36.5 °C y la frecuencia respiratoria es de 18 respiraciones por minuto. Al examen extra oral no presenta ninguna patología aparente y al examinar los tejidos blandos no se encuentra ninguna anomalía.

3.2 Odontograma

Fig. 1. Odontograma



Fuente: Propia de la investigación

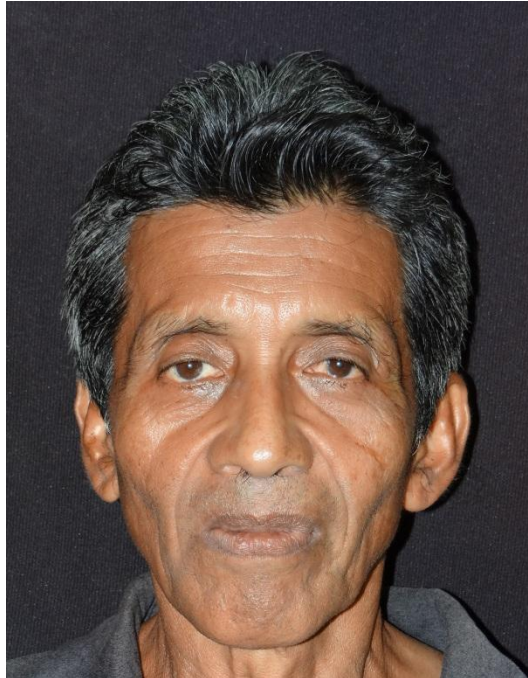
Autor: Peter Borbor Silva.

Descripción: Ausencia de piezas 18, 17, 16, 15, 13, 12, 11, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 38, 37, 36, 35, 34, 46, 47 ;Caries en la cara mesial de pieza 14: Caries en cara oclusal de pieza 48; Caries en cara vestibular de pieza 44.

3.3 Imágenes de RX, modelos de estudio, fotos intraorales, extraorales.

3.3.2 Fotos extraorales

Foto. 1.Foto frontal del paciente



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva

Se observa que el tipo facial del paciente es dolicocefálico y pérdida en dimensión vertical por ausencia de piezas.

Foto. 2.Foto frontal del paciente sonriendo.

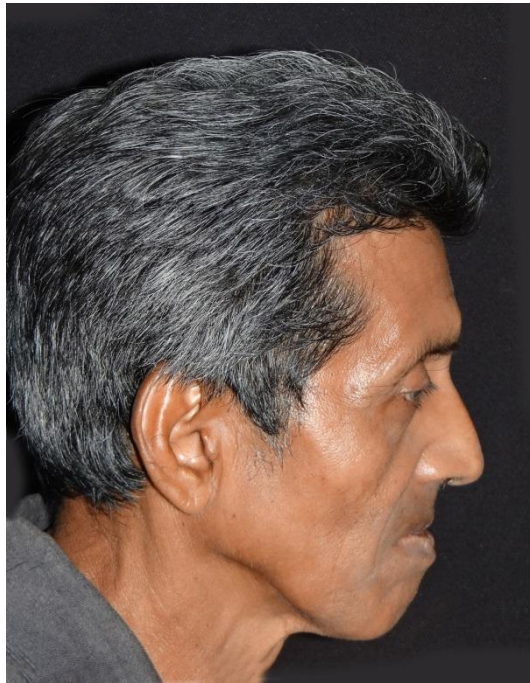


Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva

Se observa que el tipo facial del paciente es dolicocefálico y ausencia de piezas en la parte anterior

Foto. 3. Foto lateral derecha del paciente.



Fuente: Propia de la investigación.

Autor: Peter Borbor Silva.

Paciente de perfil convexo. Se observa una retroquelia del labio superior y una proquelia del labio inferior

Foto. 4.Foto lateral izquierda del paciente



Fuente: Propia de la investigación.

Autor: Peter Borbor Silva.

Paciente de perfil convexo. Se observa una retroquelia del labio superior y una proquelia del labio inferior

3.1.2 Fotos intraorales

Foto. 5. Foto de arcada superior



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Se observa la presencia de pieza 14 y 23

Foto. 6. Foto de arcada inferior



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Se observa la presencia de piezas 48, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33. Presencia de exostosis mandibular bilateral multilobular.

Foto. 7. Imagen frontal ambas arcadas en oclusión.



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Se observa caries mesial en pieza 14.

Por ausencia de piezas superiores se observa extrusión
de piezas inferiores

IMAGEN LATERAL DERECHA E IZQUIERDA

Foto. 8. Imagen lateral derecha



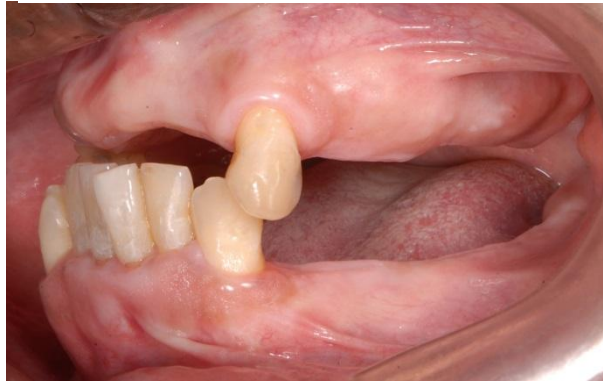
Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

No se observa clase de Angle por ausencia de piezas
dentarias

3.1.2 IMÁGENES RADIOGRÁFICA

Foto. 9. Imagen lateral izquierda



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

No se observa clase de Angle por ausencia de piezas dentarias.

Foto. 10. Rx oclusal del paciente



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Sombras radiopacas a nivel del cuerpo de la mandíbula compatible con exostosis mandibular.

DIAGNÓSTICO

Excéresis de exostosis mandibular bilateral multilobular.

PRONÓSTICO

Favorable para el paciente.

PLANES DE TRATAMIENTO

- a. Excéresis de exostosis mandibular con escoplo y martillo.
- b. Excéresis de exostosis mandibular con pieza de mano.
- c. No se realiza la excéresis de la exostosis y se realiza una prótesis dental con rebase.

5.1 Tratamiento

La cirugía de extirpación de torus no es complicada, aunque la recuperación puede ser lenta. El odontólogo normalmente utilizará un anestésico local y luego reducirá o eliminará el torus mandibular con instrumentos especiales. (Marin, 2015)

Después de quitar los torus, el médico sutura la zona. Los pacientes deben esperar por lo menos una semana para su recuperación inicial, momento en el que tienen que volver para una post-evaluación. La recuperación total tomará tres a cuatro semanas, aunque un paciente será capaz de realizar la mayoría de sus actividades habituales durante el período de recuperación. (Marin, 2015)

Foto. 11. Asepsia extra-oral



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Gasa con povidona aplicada en la zona extra oral.

Foto. 12. Asepsia intra-oral



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva

Gasa con povidona aplicada en el área quirúrgica, intra oral.

Foto. 13. Anestesia infiltrativa al área



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva

Aplicación de anestesia con técnica infiltrativa.

Foto. 14. Anestesia infiltrativa al área



Fuente: Propia de la investigación.

Autor: Peter Borbor Silva.

Aplicación de anestesia con técnica infiltrativa;
aguja corta; tubo de anestésico con lidocaína al 3%

Foto. 15. Incisión lado izquierdo



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Incisión con bisturí hoja # 15

Foto. 16. Sindesmotomía y debridación

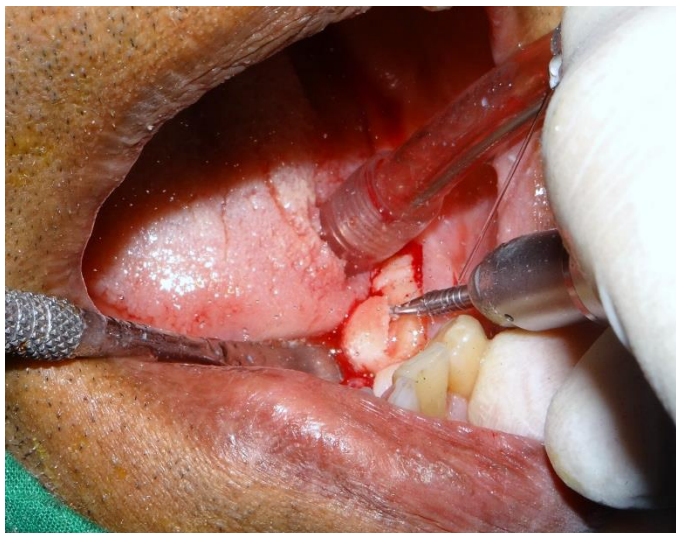


Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Separación de la mucosa, debridación, levantamiento de colgajo y exposición de la exostosis mandibular.

Foto. 17. Osteotomía.

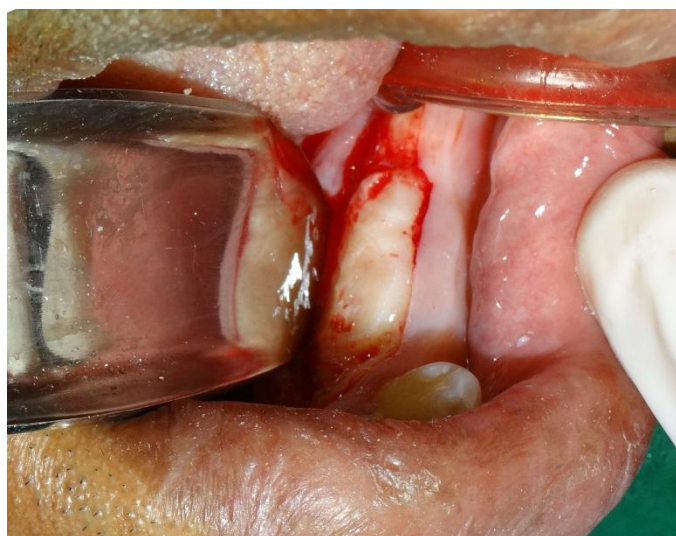


Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Exéresis de la exostosis mandibular por medio de osteotomía.

Foto. 18. Osteotomía finalizada.



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Osteotomía terminada.

Foto. 19. Regularización de hueso



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Alisado de hueso

Foto. 20. Alisamiento de hueso finalizado

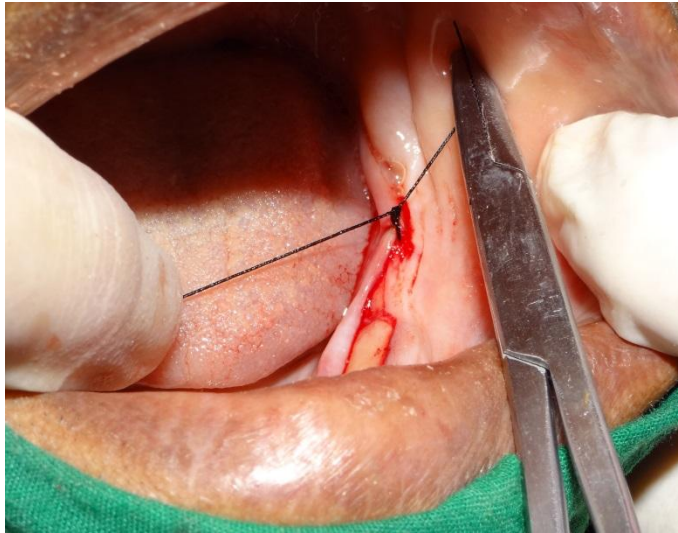


Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Regularización de hueso terminado.

Foto. 21. Sutura.

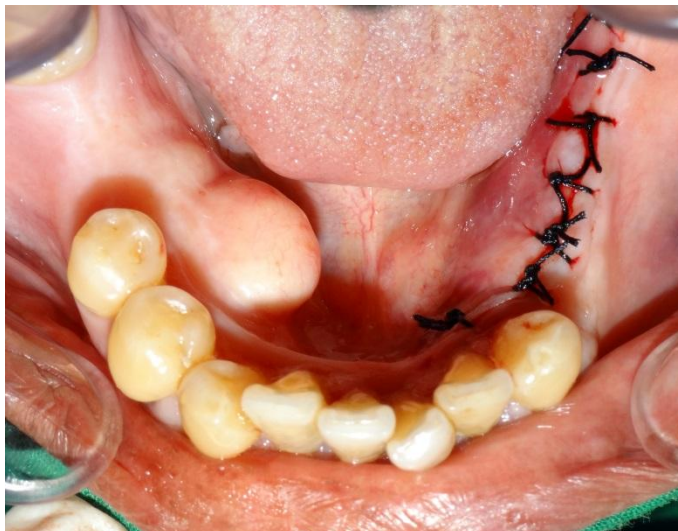


Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Sutura con hilo de seda número 0,3

Foto. 22. Sutura finalizada.



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Sutura finalizada, punto individual.

Foto. 23. Aplicación de surgicel



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Colocación de membrana de surgicel.

Foto. 24. Anestesia infiltrativa lado derecho.



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Aplicación de anestésico mediante técnica infiltrativa.

Foto. 25. Anestesia al nervio dentario inferior lado derecho.



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Aplicación de anestésico mediante técnica troncular;
aguja larga,; tubo de anestésico con lidocaína al 3%

Foto. 26. Incisión lado derecho



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Incisión en el área quirúrgica con hoja de bisturí #15

Foto. 27. Sindesmotomía lado derecho



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Debridación de mucosa y levantamiento de colgajo.

Foto. 28. Osteotomía lado derecho.



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Exéresis de exostosis mandibular lado derecho.

Foto. 29. Regularización de hueso lado derecho



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Regularización de hueso.

Foto. 30. Aplicación de rifosina al suero fisiológico



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Aplicación de rifosina en suero fisiológico.

Foto. 31. Irrigación de la zona operatoria

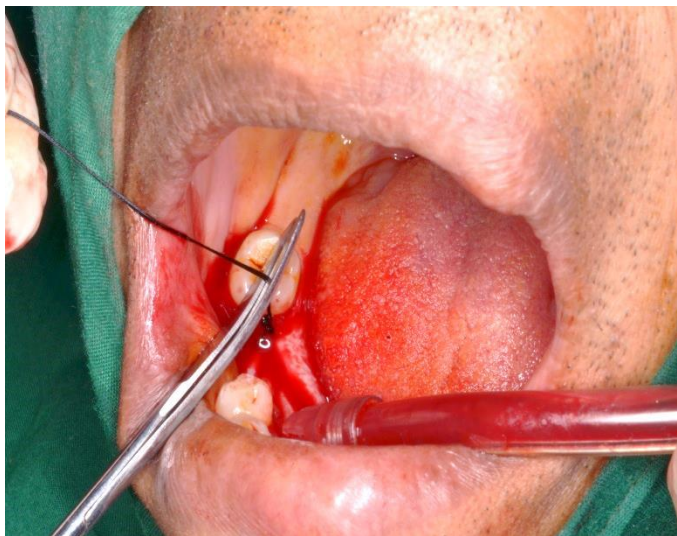


Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

irrigación con rifosina+ suero fisiológico en la zona quirúrgica.

Foto. 32. Sutura



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Inicio de sutura con hilo de seda número 0,3

Foto. 33. Sutura finalizada.



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Peter Borbor Silva.

Sutura finalizada, punto individual.

6. Discusión

Diferentes tipos de exóstosis se han descrito, siendo los torus palatino y el torus mandibular, las dos más comunes exóstosis intraorales; las cuales frecuentemente son visibles en las radiografías periapicales dentales. (Rodríguez, 2014)

Diversos estudios corroboran el predominio del torus palatino, frente al torus mandibular. No obstante, otros autores como Bruce y Al Quaran encontraron una mayor prevalencia de torus mandibular con respecto al torus palatino. No hay explicaciones para esta discrepancia de prevalencia. (Frías, 2014)

Suele detectarse entre personas de 20 a 30 años, disminuyendo en los mayores de 50 años. Diversos autores opinan que los sujetos con torus mandibulares, exhibían una mayor prevalencia de dientes desgastados y disfunción temporomandibular, que se ha relacionado con el bruxismo. (Robles, 2014)

Por lo regular no se realiza tratamiento al Torus, aunque en ocasiones puede ser de tal tamaño y forma que es difícil elaborar una prótesis parcial o total. Se puede intentar construir la prótesis sobre la prominencia ósea, siempre y cuando no sea muy grande la lesión. Si la lesión es grande, la aparatología puede ser imposible y se hace necesario un tratamiento quirúrgico. Otras indicaciones para escisión quirúrgica pueden ser: razones psicológicas, trauma continuado, interferencia con el habla y la masticación.

7. Conclusiones

Los torus o exostosis constituyen excrecencias óseas no neoplásicas las cuales tienen una etiología desconocida, los cuales pueden diagnosticarse a través del examen clínico, radiográfico e histopatológico. A pesar de que estas excrecencias óseas no tienen significado patológico como tal se han propuesto diversas indicaciones para su tratamiento con la finalidad de satisfacer todas las necesidades del paciente. Es de gran importancia estar familiarizado con éstas estructuras óseas ya que tienden a confundirse muchas veces con lesiones neoplásicas benignas y malignas y está en nuestro campo conocerlas desde todo punto de vista para así poder planificar el plan de tratamiento de nuestros pacientes.

8. Bibliografías:

1. Antoniades Dz & cols.:1998 Concurrence of torus palatinus with palatal and bucal exostoses: case and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 85: 552-557.
2. Sapp Philips & cols.:1998 Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea.
3. Madrid.
4. Shafer W.G. & Levi B.M.:1986 Tratado de Patología Bucal .Cuarta edición ,México , Editorial Interamericana.
5. Stafne: 1987 .Diagnóstico Radiológico en Odontología. Quinta edición, Buenos Aires, Editorial Panamericana.
6. Figun M. & Garino R.: 1988 Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada. Tercera edición,Argentina,Editorial El Ateneo.
7. Seah Y.H.: 1995.Torus palatinus and torus mandibularis : a review of the literature. Australian Dental Journal 40(5):318-321.
8. Suzuki M. & Sakai T.: 1960. A familial study of the torus palatinus and torus mandibularis.Am J Phys Anthropol.18:263-272.
9. Sellevold B.J.:1980 Mandibular torus morphology. Am J Phys Anthropol. 53:569.
10. Gorsky M. & cols.: 1996 Prevalence of torus palatinus in a population of young and adults Israelites.Arch Oral Biol,41:623-625.
11. Nolte A. & Schirren C.G: 1997 Torus Mandibularis.Hautarzt. 48: 414-416.
12. Pynn B. & cols: 1995. Tori Mandibularis : a case report and review of the literature. Journal of the Canadian Dental Association 61-12:1057-1066.
13. Johnson Otis: 1950 The tori and the Masticatori stress. J Pros Den 9-6:975-977.
14. Osseberg, N.S: 1981. Mandibular torus: a synthesis of new previously reported data and discussion of its cause. Am J Phys Anthropol 1-52.
15. Czuszek Ch & cols: 1996. Development of an exostosis following a free gingival graft: case reports. Journal of Periodontology. 67:3 250-253.
16. Garguilo A. & Arrocha R.: 1967. Histochemical evaluation of free gingival grafts. Periodontics, 5:285-291.

17. Hegtvedt A. & cols.: 1990. Skin grafts vestibuloplasty exostosis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 69:149-152.
18. Schelegel: 1996. Patología Médico Quirúrgica bucofacial . Tercera edición Madrid.
19. Eggen S. & Natving B: 1991. Variation in torus mandibularis prevalence in Norway. Community Dent Oral Epidemiol. 19: 32-35.
20. Miller Ernest: 1975. Prótesis parcial removible. Primera edición, México, Editorial Interamericana.
21. Henderson D. & Steefel V. 1988: Prótesis Parcial Removible según Mc Craken. Sexta edición, Argentina, Editorial Mundi.
22. Volchansky: 1996 Clinical study of mandibular exostoses in South Africa Caucasoids. Journal of Dental Association o South Africa. 41: 139-141.

ANEXOS