



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE ODONTÓLOGA**

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

**CIRUGÍA DE TORUS MANDIBULAR BILATERAL CON
REHABILITACIÓN PROTÉSICA INMEDIATA**

AUTORA:

JENIFFER CAROLINA VÉLEZ ECHEVERRÍA

TUTORA:

Dra. Piedad Rojas Gómez. Msc

Guayaquil Mayo del 2018

Ecuador



CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

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

.....
Dr. Miguel Álvarez Avilés, Msc

Decano

.....
Esp. Julio Rosero Mendoza. Msc

Gestor de Titulación



APROBACIÓN DEL TUTOR/A

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es: **CIRUGÍA DE TORUS MANDIBULAR BILATERAL CON REHABILITACIÓN PROTÉSICA INMEDIATA**, presentado por la Srta. **JENIFFER CAROLINA VÉLEZ ECHEVERRÍA** del cual he sido su tutor/a, para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga.

Guayaquil, Mayo del 2018.

.....
Dra. Piedad Rojas Gómez. Msc

CC: 0906025028



DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Jeniffer Carolina Vélez Echeverría, con cédula de identidad N° 1207648542, declaro ante las autoridades 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, Mayo del 2018.

.....
Jeniffer Carolina Vélez Echeverría

CC: 1207648542



DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a mi Padre, el rey de mi vida, el dueño de mi corazón quien me dio todos los recursos y su amor constante para cumplir mi meta y sé que me seguirá apoyando para cumplir mi sueño; a mi madre por darme la vida y enseñarme a caminar en este mundo, por enseñarme lo bueno y lo malo también; a mi hermano, quien me ha sido mi compañía, mi sustento durante todo este proceso y a mis amigas, que siempre estuvieron en los mejores y peores momentos de mi vida, Karen Andrea y Lilibeth, Gracias.



AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios, por darme la fuerza que algún momento creí perdida y por mis padres, sin ellos no estaría en este lugar, me han brindado durante toda mi vida el apoyo, el tesón y el impulso que necesité durante el curso de mi carrera. A los demás miembros de mi familia, gracias por creer en mí y en mi sueño.

Amigos, gracias por estar siempre cerca de mí y ayudarme en todos los momentos en los que estuve lejos de mi familia y en los que necesité un apoyo sincero; a los Docentes de la Universidad de Guayaquil por su paciencia y compartir sus conocimientos con nosotros y convertirnos en profesionales; Mi tutora que se comprometió desde el inicio con mi proyecto y nunca se desanimó, Dra. Piedad Rojas. A mis pacientes por cumplir cada cita programada. Espero que acojan mi logro como suyo y sientan la misma satisfacción por haber cumplido mi meta.



CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

Miguel Álvarez Avilés, 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: **CIRUGÍA DE TORUS MANDIBULAR BILATERAL CON REHABILITACIÓN PROTÉSICA INMEDIATA** realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil Mayo del 2018.

Jeniffer Carolina Vélez Echeverría

CC: 1207648542

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN	i
APROBACIÓN DEL TUTOR/A	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR	vi
RESUMEN	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	4
EL PROBLEMA	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1.1 Delimitación del problema	4
1.1.2 Formulación del problema	4
1.1.3 Preguntas de investigación	5
1.2 Justificación	5
1.3 Objetivos	6
1.3.2 Objetivos específicos	6
1.4 HIPÓTESIS	6
1.4.1 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.4.1.1 Variable independiente	6
1.4.1.2 Variable Dependiente	6
CAPÍTULO II	9
MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	11
2.2.9 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	14
MARCO METODOLÓGICO	26
3.1 Diseño y tipo de investigación	26
3.2 Población y muestra	26
3.3 Métodos, técnicas e instrumentos	26
Procedimiento de la investigación	27
3.5 Análisis de Resultados	28

3.6 Discusión de los resultados	29
CAPÍTULO IV	31
4.1 Conclusiones	31
ANEXOS	36
ANEXO 1: FICHA CLÍNICA DEPARTAMENTO CIRUGÍA, UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	36
FICHA DE TRABAJO CLÍNICO - CIRUGÍA BUCO MAXILOFACIAL	36
.....	54
.....	55
.....	56

RESUMEN

Los Torus son neoplasias benignas de crecimiento lento y asintomático que aparecen en los maxilares, el torus mandibular es una hiperostosis que puede presentarse en las hemiarquadas mandibulares a la altura de premolares y molares. Presentamos el caso de un paciente edéntulo parcial, que presenta torus mandibular bilateral de tipo único lobular, con antecedentes de presentar molestias a la hora del cepillado y el obstáculo a la hora de confeccionar una prótesis acrílica removible. Este tipo de lesiones pueden ser de gran extensión, interfiriendo en las funciones fonéticas, masticatorias y estéticas del paciente. El propósito de este trabajo es determinar los pasos operatorios para la cirugía del torus mandibular bilateral, tomando en cuenta todos los antecedentes que el paciente refiere en la historia clínica; la técnica elegida para la exéresis fue la de desgaste con fresones de carburo tungsteno y abundante irrigación con suero fisiológico para evitar la necrosis ósea, inmediatamente se procedió a aplicar acondicionadores de tejidos para adaptar la placa y por último, se hizo la colocación de la prótesis inmediata removible que consiguió devolver funciones del aparato estomatognático en el paciente. Los resultados obtenidos ocho días después de la intervención son satisfactorios, la cirugía fue un éxito, se recuperó la forma fisiológica de la mandíbula en su cara interna, la cicatrización fue correcta y el uso de la prótesis inmediata con los acondicionadores de tejidos fue favorable para proteger a los tejidos contra agentes infecciosos y las fuerzas oclusales, conservando la mayor cantidad de remanente óseo posible.

Palabras claves: Cirugía, Torus, Exéresis, Rehabilitación

ABSTRACT

The Torus are benign neoplasms of slow growth and asymptomatic that appear in the jaws, the mandibular torus is a hyperostosis that can occurred in the hemiarcs of the mandible at the level of premolars and molars. We present the case of a partial edentulous patient, who presents bilateral lobe torus of a single lobular type, with a history of presenting discomfort at the time of brushing and the obstacle when making a removable acrylic prosthesis. This type of injuries can be of great extension, interfering in the phonetic, masticatory and aesthetic functions of the patient. The purpose of this work is to determine the operative steps for bilateral mandibular torus surgery, taking into account all the antecedents that the patient refers to in the clinical history; the technique chosen for the abscission was the wear with tungsten carbide burs and abundant irrigation with physiological saline to avoid bone necrosis, immediately proceeded to apply tissue conditioners to adapt the plate and finally, the placement of the prosthesis was made immediate removable that managed to return functions of the stomatognathic device in the patient. The results obtained eight days after the intervention are satisfactory, the surgery was a success, the physiological form of the jaw was recovered in its internal face, the healing was correct and that use of the immediate prosthesis with the tissue conditioners was favorable for protect tissues against infectious agents and occlusal forces, keeping as much bone remnant as possible.

Keywords: Surgery, Torus, Abscission, Rehabilitation

INTRODUCCIÓN

El término Torus, significa "sobre crecimiento" o "bulto" en latín, que define esta patología como una protuberancia ósea benigna sin paso por malignidad, de etiología idiopática, que se asocia a factores hereditarios, genéticos, ambientales, intrínsecos como la posición de piezas dentales, sobrecargas oclusales y de músculos masticatorios, bruxismo, sobredosis de fármacos como la vitamina D y suplementos agregados en la dieta.

Esta lesión se crea por medio de una sobrecarga de osteoblastos y hueso que se depositarán a lo largo de la línea de fusión del paladar o en los cuerpos hemimandibulares, están formados por una cortical externa, densa, compacta que limita la extensión de la patología en la cara interna de la mandíbula y en su interior por hueso esponjoso de poco contenido medular y poca vascularización; llegan a medir de 0.5 a 0.7 mm y frecuentemente se encuentra en zona de premolares y molares. Son asintomáticos y solo se identifican durante el examen intraoral.

Es fundamental saber diferenciarlo de otras patologías con grado de malignidad, por eso, se emplean instrumentos de diagnóstico como la tomografía computarizada 3D; permite realizar diagnósticos muy precisos con baja exposición a las radiaciones.

La elaboración de una prótesis acrílica inmediata, tiene como finalidad la conservación de tejido óseo y blandos en el maxilar, como apósito durante el periodo postquirúrgico mientras se confecciona la prótesis definitiva, una rápida devolución de las funciones del aparato estomatognático, recuperación y conservación de la dimensión vertical y estética del paciente.

El propósito de este estudio de caso tiene como intención determinar el procedimiento de la Cirugía del torus mandibular bilateral, el diagnóstico correcto y su diferenciación con otras patologías, explicando la técnica de exéresis empleadas en los últimos años que son más conservadoras y menos traumáticas, como la eliminación de torus mandibular con implemento de instrumentos rotatorios.

Además, daremos a conocer la importancia de la rehabilitación protésica inmediata con la aplicación de acondicionadores de tejidos blandos previos a la adaptación y colocación de la prótesis inmediata removible, que nos ayudara inmediatamente a recuperar la función fonética, masticatoria y estética del paciente.

En el caso de estudio realizado se obtuvieron resultados similares a los alcanzados en el artículo Torus mandibulares y palatinos en pacientes atendidos en la Policlínica Pedro Díaz Coello del 2013, donde hace mención que la incidencia de torus en los maxilares es mayor en hombres y de tipo único loburar. (Sandoval, 2015)

La exposición de un torus suele deberse a varias causas, sobre un torus prominente puede haber irritación crónica por daño traumático producido por alimentos duros También pueden originar secuestros durante el cepillado o hábitos orales, una posible constricción vascular, exceso de fuerzas de oclusión y o un trauma quirúrgico. En la última década las exostosis de los maxilares, en especial el torus palatino y en menor medida el torus mandibular, constituyen un área de observación obligada por parte del profesional. Por su mayor exposición al trauma, se consideran factores de riesgo para el desarrollo de osteonecrosis en pacientes que reciben agentes antirresortivos (Ej. bifosfonatos) especialmente por vía intravenosa. (Ceccotti, 2015)

El tratamiento indicado es la exéresis con instrumentos rotatorios aplicando maniobras similares a los que presenta el tratado de Cirugía Bucal: Tiempos operatorios, donde el desgaste óseo fue realizado con fresas carburo tungsteno y abundante irrigación, protegiendo la integridad ósea. (Escoda, 2013)

Capítulo I: El planteamiento del problema, se realizó en base a los pacientes que acuden a la consulta y que muestran aumento de tejido óseo en la cavidad denominado Torus que puede ser de tipo Palatino o Mandibular, su crecimiento suscita desperfectos del sistema estomatognático, incluyendo alteraciones de la fonación, masticación, deglución, irritación y ulceraciones traumáticas.

Capítulo II: Marco Teórico, basado en la recopilación de datos de artículos, libros, tratados entre el 2008 y el 2017; donde se explican formas de elaborar el correcto diagnóstico, diagnóstico diferencial, explicación y aplicación de pasos quirúrgicos y rehabilitación protésica inmediata post cirugía.

Capítulo III: Marco Metodológico, este estudio de caso clínico es de tipo cualitativo; es de alcance descriptivo ya que se fue describiendo paso a paso el acto quirúrgico para llegar a la rehabilitación inmediata y documental, ya que se realizó una búsqueda de teorías primarias acerca de Cirugía de Torus Mandibular Bilateral, haciendo énfasis en los términos enfocados en la técnica quirúrgica, con el propósito de brindar una herramienta diagnóstica y guía para el clínico.

Capítulo IV: Conclusiones y recomendaciones, basados en los resultados del desarrollo del caso clínico.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los Torus Mandibulares son lesiones óseas benignas de crecimiento lento y asintomático, que se observan clínicamente como un aumento de tejido en la cortical interna mandibular, pueden ser uni o bilaterales. Su crecimiento promueve desperfectos del sistema estomatognático, incluyendo alteraciones de la fonación, masticación, deglución, irritación y ulceraciones traumáticas de la mucosa lingual al contacto de aparatos protésicos desajustados como las prótesis parciales removibles y, en algunos pacientes la manifestación de cancerofobia al momento de identificar la lesión nodular y creer que pueda tener paso por un periodo de malignidad.

1.1.1 Delimitación del problema

- **Área:**
Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.
- **Campo:**
Clínica de cirugía bucal.
- **Alcance:**
Año lectivo II Ciclo 2017-2018
- **Línea de investigación:** Salud oral prevención tratamiento y servicio de salud
- **Sublínea de investigación:** Tratamiento

1.1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las indicaciones para implementación de la prótesis inmediata en la exéresis del Torus Mandibular Bilateral?

1.1.3 Preguntas de investigación

¿Qué es un torus Mandibular?

¿Cómo identificar un torus Mandibular?

¿Cuáles son los signos y síntomas que nos ayudan a diferenciar un Torus Mandibular de otras lesiones óseas faciales?

¿Cómo se manifiestan los efectos sobre la salud oral a consecuencia de lesiones óseas benignas?

¿Cuáles son las técnicas quirúrgicas aplicadas en la extirpación de torus Mandibular bilateral depende la remoción total del mismo?

¿Cuál es el Tipo de instrumental usado en la extirpación de torus Mandibular bilateral?

¿Qué son los acondicionadores de tejidos blandos?

¿Cuál es el uso de los acondicionadores de tejidos blandos previo a la instalación de una prótesis inmediata?

¿Qué es una prótesis inmediata?

¿Cuáles son los usos de una prótesis inmediata removible?

1.2 Justificación

Con este trabajo de acción clínica, se pretende establecer el tratamiento quirúrgico como la opción ideal frente a la identificación lesiones óseas en los maxilares que cambian la estética de los mismos.

En la actualidad estas lesiones que presentan los pacientes en la cavidad oral, representan un verdadero desafío para los rehabilitadores, ya que deben buscar un equilibrio entre el confort del paciente y el correcto funcionamiento de la prótesis. Este proyecto tiene como finalidad demostrar que el tratamiento quirúrgico o exéresis del torus mandibular bilateral es la posibilidad para recuperar la fisiología y la anatomía del maxilar, teniendo en cuenta que será un procedimiento sistematizado que deberá restablecer de manera completa e integral las funciones del aparato estomatognático, los pacientes podrán recuperar su estética, su higiene, y podrá devolverle la oportunidad de recupera la función masticatoria al permitir colocar un aparato protésico sabiendo que es importante antes de intervenir su valoración clínica en donde intervienen el estado de salud general del

paciente, su densitometría ósea, la limitación de la lesión y con qué otras estructuras anatómicas que está relacionado.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar el procedimiento de la Cirugía del torus mandibular bilateral con su rehabilitación protésica inmediata.

1.3.2 Objetivos específicos

- Elaborar un correcto plan de tratamiento quirúrgico de Torus Mandibular Bilateral para optimizar el funcionamiento del sistema estomatognático
- Justificar las ventajas y desventajas de la exostosis o Torus mandibular Bilateral para la óptima adaptación del aparato protésico removible inmediato.
- Demostrar un análisis de resultados basados en caso clínico desarrollado por el autor.
- Sugerir el uso de Prótesis Inmediata post exéresis del torus mandibular bilateral.

1.4 HIPÓTESIS

Si se realiza una cirugía de Torus mandibular en paciente edéntulo parcial, se logra la Rehabilitación protésica inmediata.

1.4.1 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1.1 Variable independiente

Cirugía de Torus mandibular bilateral

1.4.1.2 Variable Dependiente

Rehabilitación protésica inmediata

1.4.2 Operacionalización de variables

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Fuente
Independiente: Cirugía de Torus mandibular	Procedimiento quirúrgico de una patología benigna, que consiste en la remodelación del aumento de tejido óseo, en la cortical de la tabla interna mandibular en la zona de los premolares inferiores de la cavidad bucal	Características clínicas	Tamaño: Pequeños 3mm Medianos de 3-5mm Grandes 5mm Numero: Unilaterales y Bilaterales Localización: Palatinos mandibulares y zonas múltiples (exostosis)	Libro “XIX Taller internacional de patología oral” Universidad de Chile.
		Diagnóstico diferencial	Neoplasias de origen óseo: Osteoma periférico Osteoma Osteoide Tumores de células gigantes Condroma Osteoblastomas	Libro “XIX Taller internacional de patología oral” Universidad de Chile.
		Protocolo quirúrgico:	1. Pre quirúrgico: a) H. C 2. Quirúrgico Técnicas de exéresis: -Cinzel Escoplo -Fresones 3. Postquirúrgico Fisioterapia Farmacoterapia	Libro “XIX Taller internacional de patología oral” Universidad de Chile.

<p>Dependiente: Rehabilitación protésica inmediata</p>	<p>Procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante aparatoología removible, temporal o permanentemente En extracciones dentarias para dar mayor confort el postoperatorio se emplea con acondicionadores de tejidos blandos</p>	<p>Prótesis parcial Prótesis completa Con acondicionador o Sin acondicionador de tejidos</p>	<p>Acrílica Inmediata Puede ser: “P” Permanente (1 mes) “T” temporal (3 días),</p>	<p>Art. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. 2016 Doc. Acondicionador de Tejidos. Universidad de Chile. 2017</p>
--	--	---	---	---

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Durante el periodo lectivo 2017 -2018, se ha registró en el departamento estadístico de la Universidad de Guayaquil, el incremento asistencial de pacientes que buscan su rehabilitación oral; dentro de esta información, pudimos reconocer la presencia de ciertas patologías orales que tomaban fuerte importancia en la salud psíquica y física del paciente como lo son las Neoplasias Óseas Mandibulares, siendo el Torus Palatino y Mandibular los más frecuentes y representando un reto a la hora de la rehabilitación y concientización de la necesidad se removerlo por parte del profesional al paciente. Es por esto, que se ha elaborado este trabajo documental y de análisis de caso con el fin de determinar el procedimiento ordenado, conservador y atraumático de la cirugía de torus mandibular con su rehabilitación protésica inmediata que tendrá como objetivo, devolver la morfología natural de la mandíbula y las funciones del aparato estomatognático del paciente.

Se identificaron los torus como neoplásicas óseas, benignas sin peligro de evolución, compuestos por hueso cortical denso, comúnmente localizados en dos puntos específicos: línea media del paladar en maxilar superior o región canino/premolar en la superficie lingual mandibular; basados en una población de 159 pacientes locales de Temuco. Chile, en donde el predominio de presencia de esta lesión fue del 5.3% específicamente en la región mandibular. La etiología es desconocida, pero se destacan los hábitos alimenticios relacionados con el nivel de consumo de ácidos grasos polisaturados y vitamina D, involucrados en el proceso de crecimiento óseo; fuerzas musculares ejercidas en la región, posición de piezas dentarias, metabolismo celular. Presencia de exostosis orales en pacientes de la ciudad de Temuco, Chile. (Fernández R, 2011)

Sus características morfológicas, destacan que el tamaño y forma de los torus puede variar desde un garbanzo hasta una estructura multilobular de tamaño significativo. En este caso clínico de Tratamiento quirúrgico de un torus palatino en la consulta de odontología, el torus de mayor tamaño puede entorpecer el movimiento de la lengua, interferir en la fonación, limitar la colocación y adaptación de aparatos protésicos y el mantenimiento de higiene oral, usualmente compuesto por hueso maduro, laminar de mínima actividad osteoblástica. Pueden ser identificados en una radiografía panorámica u oclusal de 3 ó 4 cm de diámetro. Motivo de tratamiento quirúrgico de un torus palatino en la consulta de odontología. (Marchena, 2011)

Según Eggen y Natvug, son más frecuentes entre los 10 y los 49 años, y de rara aparición después de los 50, aplicable en un caso clínico de una paciente de 82 años, donde el desarrollo del torus mandibular parece estar relacionado con el número de dientes presentes y funcionales, y, en muchas ocasiones, se ha asociado con bruxismo; factores hereditarios y del medio ambiente, ingestión de medicamentos o un patrón de herencia familiar. (Sinisterra, 2013)

Son de mayor incidencia en el sexo masculino, y de forma nodular, según el estudio de Prevalencia de Torus Palatino y Mandibular en la población de la Universidad de las Américas, sede Colon se tomó una muestra de 1000 personas, 531 de género femenino y 469 de género masculino. 130 mujeres presentaron Torus en los maxilares, mientras que en los hombres el número se incrementó a 270. El torus mandibular se presentó de tipo nodular en el 18% de la muestra masculina, plano, 17.7%, múltiple 44.4% y único 30.37%. En el caso de las mujeres, tuvo una incidencia del 4% torus mandibular nodular y múltiple mandibular del 13%. (Sandoval, 2015)

La exposición de un torus suele deberse a varias causas, sobre un torus prominente puede haber irritación crónica por daño traumático producido por alimentos duros También pueden originar secuestros durante el cepillado o hábitos orales, una posible constricción vascular, exceso de fuerzas de oclusión y o un trauma quirúrgico. En la última década las exostosis de los maxilares, en especial el torus palatino y en menor medida el torus mandibular, constituyen un área de observación obligada por parte del profesional. Por

su mayor exposición al trauma, se consideran factores de riesgo para el desarrollo de osteonecrosis en pacientes que reciben agentes antirresortivos (Ej.: bifosfonatos) especialmente por vía intravenosa. (Ceccotti, 2015)

La composición histológica del torus palatino es hueso compacto denso o una concha de hueso compacto con un interior de hueso esponjoso, sin importante vascularización y tramos nerviosos. Histopatológicamente se identifica como una masa nodular exofística del hueso cortical denso mandibular con un centro de hueso esponjoso sin mayor cantidad de médula ósea. (Laquihuanaco, 2016).

La mayoría de los torus son encontrados entre los 11 a 30 años y son raros antes de los 10 años, Son más comunes en mujeres, su incidencia varía desde 0.5 a 85% y menos del 3% ocurre en niños en paciente ubicados al Norte de Perú, no requieren tratamiento, a menos que sean grandes o alteren la función propia del aparato estomatognático. (Laquihuanaco, 2016)

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1 DESARROLLO EMBRIOLÓGICO DE LA MANDÍBULA

Durante la vida fetal las dos mitades de la mandíbula están unidas por una sínfisis fibrocartilaginosa, llamada sincondrosis. Las dos mitades se sueldan definitivamente, constituyéndose la sínfisis mentoniana al tercer mes de vida extrauterina. El crecimiento de la mandíbula se da hacia abajo y adelante se desarrolla a expensas del cartílago condilar, en sentido vertical por la formación de los rebordes o apófisis alveolares. (Langman S. , 2008)

El Torus Mandibular es una neoplasia que se presentan en la cara interna del cuerpo mandibular, a nivel de la línea milohiodea, casi siempre aparece a nivel de premolares o caninos, estos crecimientos son de tipo benigno, en su mayoría son de forma nodular y pueden presentarse como únicos o múltiples, unilaterales o bilaterales. Cuando está presente un torus mandibular, la mayoría de veces se muestra de forma bilateral. Aun no existe un fundamento sobre su etiología, se discuten diferentes factores que pueden ser desencadenantes de este crecimiento, como fuerzas masticatorias, problemas oclusales,

alimentación, tratamientos de ortodoncia, consumo de algunos medicamentos (exceso de vitamina D), también se incluyen factores genéticos, factores ambientales, hiperfunción y crecimiento continuo que contribuyen a su aparición. (Hiremath, 2014)

Aunque los torus no son patológicamente significativos, pueden alterar los detalles radiográficos en el área de los senos maxilares y los premolares inferiores. También interfieren con la construcción y la función de las prótesis removibles, así como con las funciones orales. La prevalencia de torus varía ampliamente en diferentes poblaciones, desde 0.4% a 66.5% para Torus Palatino y 0.5% a 63.4% para Torus Mandibular. (Hiremath, 2014)

2.2.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Los torus palatinos y mandibulares están recubiertos por una capa extremadamente delgada de mucosa queratinizada, rojiza y brillante; por esta razón, pueden irritarse con mucha facilidad; la textura fina de la mucosa genera que el paciente no tolere una oclusión cargada de la prótesis. Los torus pueden presentar formas lobuladas consistentes en una masa pedunculada que puede surgir a partir de unas bases únicas; multilobulados, y bilaterales sobre la línea milohioidea y su localización más común es la región de los premolares. Los torus palatino y mandibular fueron clasificados por varios autores en sus diferentes estudios. Para realizar este trabajo clínico se tomará en cuenta la clasificación según características clínicas y ubicación de Al Quran y Dwairi. (Sánchez, 2013)

2.2.3 Torus Palatino.

Corresponde a un crecimiento de la apófisis palatina del maxilar superior, presentándose en forma de espolón o nodular, que se extiende en sentido anteroposterior en la línea media del paladar.

2.2.4 Torus mandibular.

Según su forma:

- **Torus llanos o planos.** El torus mandibular se presenta como una protuberancia ligeramente convexa con una superficie lisa. (Miranda, 2014)

- **Torus lobular.** Se presenta como masa, pedunculada, sé- sil o lobular. Pueden surgir de una sola base. Se aplica para ambos tipos de torus. (Miranda, 2014)
- **Torus nodular.** Protuberancias múltiples, cada uno con base individual, pueden unirse formando surcos entre ellos. Se aplica en ambos tipos de torus. (Miranda, 2014)

Según su tamaño:

- **Torus pequeños:** Alcanzan tamaños no mayores de 3
- **Torus medianos:** Oscilan de 3 a 5 mm.
- **Torus grandes:** Alcanzan tamaños mayores de 5 mm.10 (Miranda, 2014)

Según número:

- Unilateral único, Unilateral múltiple y Bilateral.

2.2.5 Características radiológicas.

En la Radiología Dental del Dr. Wuehermann y MansonHing se refieren a las exóstosis y torus como proliferaciones óseas localizadas en la capa externa de la cortical de los maxilares, que se muestra en la radiografía periapical como una masa radiopaca difusa dentro de los huesos maxilares, de contornos lisos; no circunscritas por el espacio del ligamento periodontal y la lámina dura. La radioopacidad va a depender del tamaño y grado de calcificación de la masa proliferada. (Miranda, 2014)

2.2.6 Etiología

Sobre el origen del torus existen diferentes hipótesis que sugieren posibles factores etiológicos como una leve isquemia periostal crónica, otras teorías sugieren factores hereditarios, medioambientales, genéticos, administración excesiva de medicamentos (vitamina D), metabolismo endocrino alterado, regulación dinámica osteocelular, factores extrínsecos, paracrinós, funcionales y parafuncionales, como posibles agentes etiológicos de la patología. (Marín, 2014)

2.2.7 Características histológicas.

La composición histológica del torus es hueso compacto denso o una concha de hueso compacto con un interior de hueso esponjoso, sin importante vascularización y tramos

nerviosos. Visible con radiografías tipo Palatina intrabucal se logra identificar como una masa nodular exofística del hueso cortical denso mandibular con un centro de hueso esponjoso sin mayor cantidad de médula ósea. (Laquihuanaco, 2016).

2.2.8 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico preciso del torus es significativo para la planeación de la rehabilitación integral protésica y debe ser diferenciado de otras patologías benignas. Para realizar un diagnóstico veraz y certero debemos valernos del examen clínico intraoral, valoración radiográfica y pruebas sanguíneas. (Marín, 2014)

2.2.9 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

a) Osteoma periférico

Los osteomas periféricos mandibulares son tumores óseos poco frecuentes, constituidos por tejido óseo, y se caracterizan por un crecimiento lento y asintomático, por lo que generalmente se diagnostican en un examen de rutina de forma casual. Se encuentran asociados más comúnmente al Síndrome de Gardner. (De Conto Ferdinando, 2013)

b) Osteoma Osteoide

El osteoma osteoide es una neoplasia ósea benigna de forma esférica de 2 centímetros o menos de diámetro. Produce dolor de mayor presencia durante la noche que cede ante la administración de ácido acetilsalicílico. Su aparición en maxilares es muy rara. (Santana, 2014)

c) Tumores de células gigantes

El tumor de células gigantes se define como una neoplasia ósea primaria benigna localmente agresiva, dolorosa, que afecta con mayor frecuencia a mujeres entre la 2ª y 3ª décadas de la vida. (Krupp, 2016)

d) Condroma

El condroma es un tumor benigno compuesto por el cartílago hialino maduro; suelen ser únicos o múltiples como en el Síndrome de Olliver y Maffucci. Su sitio más frecuente es el sector anterior del maxilar, en la mandíbula ocurre en los alveolos anteriores, la sínfisis

y la región de molares. Dentro de los tratamientos al condroma, el más aconsejable es la escisión amplia. (Reyes, 2012).

e) Osteoblastomas

El osteoblastoma es un tumor óseo benigno de lento crecimiento; tiene predilección por los adultos jóvenes entre 22 y 45 años, con predominio en la mandíbula del 71.6%. La apariencia radiográfica del Osteoblastoma es extremadamente variable y, dependiendo del grado de calcificación de la lesión puede aparecer como: radiolúcida o mixta con radioopacidades moteadas y un margen bien definido. (Patiño, 2013) (Marino, 2001)

2.2.10 TRATAMIENTO

Pre Quirúrgico

Son todos los pasos iniciales de recuperación de información proveniente del paciente.

Historia Clínica.

Documento médico legal de mayor importancia entre el paciente y el médico, es una forma de registro, cuyas cuatro características principales son: profesionalidad, ejecución típica, objeto y licitud. Se registran datos personales del paciente, antecedentes personales y familiares; se compone, además, de datos científicos como recopilación de niveles sanguíneos reflejados en un hemograma, resultados de exámenes complementarios de imágenes, biopsias, etc. (Guzman, 2012)

Exámenes Complementarios

Son un conjunto de estudios que aportan valiosa información al análisis médico, ya sea para confirmar o dar mayor certeza al diagnóstico de una patología en cuestión. (Docslide, 2015)

Radiografías y Tomografía.

Las radiografías dentales son un tipo de imagen obtenida a través de radiación electromagnética de los dientes y la boca. Las estructuras que son densas, aparecerán de color blanco (radiopacidad) en la película revelada. Las estructuras que contienen aire aparecerán de color negro en la película (radiolucidez) mientras que los dientes, los tejidos y los líquidos, aparecerán como sombras de color gris. (Docslide, 2015)

Existen cuatro tipos de radiografías:

- Interproximales
- Periapicales
- Oclusal
- Panorámica

Tomografía Computarizada.

Especialmente indicada para la región dentomaxilofacial, ofrece la reproducción tridimensional de los tejidos mineralizados maxilofaciales, con mínima distorsión y dosis de radiación. Las imágenes de tomografía computarizada son capturadas por una sola exploración del escáner, reconstruidas digitalmente en puntos tridimensionales o voxels (píxel 3D), permitiendo un examen más rápido, preciso y con una menor exposición del paciente a la radiación. (Souza, 2016)

2.2.11 Operatorio

Asepsia

La asepsia en cirugía bucal es un conjunto de acciones prequirúrgicas diseñadas para evitar la infección de la herida durante la intervención. Existe ausencia total de gérmenes microbianos. (Vieira, 2013)

Asepsia del Paciente

La cavidad bucal nunca está completamente estéril. Sin embargo, puede evitarse la mayor parte de la contaminación antes de la intervención efectuando:

- Indicaciones de higiene unos 2-3 días antes de la cirugía. (Vieira, 2013)
- Limpieza de boca minuciosa, previa a la intervención con cepillo y enjuagues antisépticos. (Vieira, 2013)
- Se deberá adecuar al paciente (ropa quirúrgica –bata, gorro, etc. (Vieira, 2013)
- Aplicación en la zona operatoria de agentes químicos líquidos clorhexidina, povidine, en la piel más allá del campo operatorio. (Vieira, 2013)

Incisión

Se define como incisión al acto de realizar un corte firme y continuo a nivel de una capa tisular usando un instrumento cortante permitiendo crear un espacio de penetración para acceder hasta la zona a tratar. Los tipos de incisiones que se efectuarán en la cavidad bucal vendrán condicionados por las características anatómicas, y por las peculiaridades de cada tipo de patología y su consiguiente vía de abordaje adecuada. (Salud, 2015)

- Conocer perfectamente la anatomía de la región, para evitar así iatrogenia por su desconocimiento.
- Respetar los vasos sanguíneos de la zona, y así no comprometer la correcta irrigación del colgajo.
- La incisión debe efectuarse verticalmente y de un solo trazo sin líneas secundarias.

Requisitos de una incisión:

- Buena visibilidad.
- Mínima injuria.
- Aprovechamiento máximo de las capacidades de curación del paciente.

Levantamiento de Colgajo

Los colgajos se realizan para dar acceso quirúrgico a un área o para mover el tejido seccionado de un sitio a otro. (Echeverri, 2015)

El diseño del colgajo debe permitir una correcta visualización de la lesión a tratar, para ofrecer un campo operatorio amplio y que no ofrezca obstáculos durante las manipulaciones quirúrgicas. El extremo del colgajo nunca debe ser mayor que la base a menos que una arteria mayor esté incluida en la base. (Escoda, 2013)

El levantamiento de colgajo debe hacerse en toda la extensión que se necesite para visualizar la lesión exponiendo el hueso maxilar, sin desgarros o perforaciones accidentales que van a intervenir en el incorrecto aporte sanguíneo y favorecerán la aparición de complicaciones postoperatorias como dolor, hinchazón, infección, etc. (Arellano, 2016)

Tipos de Colgajo.

Colgajo triangular

El colgajo triangular se obtiene con una incisión horizontal a nivel de la cresta gingival denominada incisión sulcular. Las papilas interdentes incluidas en el colgajo deben levantarse sin traumatizarlas en exceso; de esta forma aseguramos un contorno adecuado y se conserva la anatomía del área interdental. Es mejor incidir en la depresión entre dientes adyacentes, donde la mucosa y la encía adherida son más gruesas, tienen mejor circulación sanguínea, ofrecen un mejor tejido para la sutura y son más distensibles al aparecer el edema postoperatorio. (Escoda, 2013)

Colgajo trapezoidal

Se emplea para exponer superficies amplias del hueso maxilar que involucran quistes, tumores óseos; para acceder a dientes incluidos por vestibular, como colgajo de traslación o de reposición apical. Estará indicado en los casos en que el proceso patológico es muy localizado y se precisa por tanto una menor exposición ósea. (Escoda, 2013)

Colgajo gingival

Este colgajo elimina la posibilidad de cortar la arteria o vena palatinas mayores o el nervio palatino anterior en el caso de efectuar abordajes de la región palatina (caninos incluidos, mesiodens, etc.). Visualización de lesiones Oseas benignas en caso de realizarse en la cara lingual de la mandíbula. (Escoda, 2013)

2.2.12 Técnicas de exéresis

Se puede realizar este procedimiento con un cincel escoplo y martillo, teniendo en cuenta la posibilidad de fractura mandibular al efectuar el procedimiento. (Calle, 2010)

Osteotomía

Acto de eliminar, desgastar o retirar hueso. Debe efectuarse el desgaste total de tejido óseo involucrado en la lesión con el fin de eliminarla. El tipo de instrumental usado en estos procesos son: material rotatorio de baja velocidad y cinceles. El objetivo de este proceso será la regularización del hueso mandibular a través del instrumento rotatorios (fresones) o de limas para hueso. (Arellano, 2016)

Material rotatorio

El empleo del material rotatorio (pieza de mano o contraángulo de baja velocidad con fresas de distintos tipos) es el que preferente para efectuar las osteotomías y ostectomías. El contraangulo y la fresa redonda de carburo de tungsteno del nº 8 son el instrumento ideal para efectuar este tipo de acciones quirúrgicas. Cuando deba fresarse el hueso maxilar, debemos levantar adecuadamente el periostio, para no lesionarlo con la fresa giratoria. La realización de osteotomías u ostectomías por lingual debe ser muy cuidadosa, ya que el porcentaje de complicaciones intraoperatorias y secuelas en esta zona es más elevado. (Escoda, 2013)

Se debe ejecutar la irrigación del campo, dirigiendo un chorro de suero fisiológico o sobre la zona donde fresamos el hueso evitando así el sobrecalentamiento del hueso durante todo el procedimiento. La fresa debe girar a un máximo de 40.000 revoluciones por minuto (r.p.m.), ejerciendo poca presión y durante cortos periodos de tiempo en sentido de agujas de reloj. La velocidad recomendada en una cirugía ósea es alrededor de las 20.000 r.p.m. (Escoda, 2013)

Fresones

Esta técnica de desgaste realiza bajo constante irrigación de solución salina, se inicia con fresa grande y acaba con fresa redonda de tungsteno del nº 8. Pueden usarse turbinas quirúrgicas que van a alta velocidad, siempre con una gran irrigación. El tejido debe readaptarse y palpase para evaluar el contorno y la eliminación de las concavidades y esquirlas óseas. Se utiliza una técnica de sutura punto simple o continúa para cerrar las incisiones. Generalmente, la colocación de una gasa en el suelo de la boca retenida es de utilidad para reducir el edema postoperatorio y la formación de hematoma. (Hupp, 2014)

Tipos de fresas.

Fresas de carburo de tungsteno (HM) perforantes de Thomas, redondas o ligeramente lanceoladas de diferentes calibres (normalmente del nº 8), para osteotomía y ostectomía, y de estrías. (Escoda, 2013)

Cinceles o escoplos

Es útil para osteotomía, ostectomía y odontosección, los cinceles acaban sus extremos en bisel, pueden ser de bisel sencillo, de doble bisel o acanalado. Son instrumentos que se usan junto al martillo con la acción de golpeteo en tejido óseo, actualmente fueron sustituidos por instrumental rotatorio. (Estela, 2011)

El escoplo ha sido de uso frecuente en Cirugía Bucal tanto para la sección ósea (osteotomía) como para la resección (ostectomía). Se usan los de bisel simple o doble, y los de media caña. Podemos emplearlos a presión manual o a golpes de martillo. Autores como Ries Centeno y Asanami los siguen recomendando, aunque en la mayoría de las cirugías conservadoras, son útiles para completar algún tipo de odontosección o de osteotomía. El escoplo y el martillo permiten una gran precisión en la resección ósea o en el trazado de la línea de osteotomía y tienen la ventaja de no producir calentamiento del hueso, pero presentan el inconveniente de que resultan muy desagradables para el paciente consciente, así mismo su mal manejo puede producir fracturas óseas no planificadas y daños a la morfología mandibular. Howe remarca igualmente que su uso está contraindicado en hueso esclerótico y en una mandíbula delgada y atrófica. (Escoda, 2013)

Ubicación del bisel del cincel escoplo durante el procedimiento:

- Hacia el hueso, el escoplo levantará fragmentos superficiales sin profundizar. (Estela, 2011)
- Superficie opuesta al hueso, el escoplo irá profundizando al ir golpeando con el martillo. (Estela, 2011)

Sutura

La sutura consiste en aproximación de tejidos con las mismas características para unir los extremos de los bordes que permanecen separados durante el transoperatorio. El propósito de la sutura es favorecer y mejorar la cicatrización, para ello se debe evitar que la herida sufra cualquier infección, se deberá proteger la herida de agresiones externas, se evita la supuración, además se mantiene la zona seca. (Revollo, 2011).

Clasificación de la técnica de sutura:

Sutura discontinua.

También llamada sutura interrumpida, puntos sueltos o puntos separados, esta técnica de sutura es la más utilizada en cirugía bucal tanto para cerrar pequeñas como grandes incisiones consiste en colocar puntos independientes fijados cada uno por un nudo, con una distancia aproximada de 0.5 cm entre cada punto. Una de las ventajas de la sutura interrumpida es que se trata de una técnica relativamente sencilla y útil para cerrar incisiones de pequeñas dimensiones; permite colocar puntos independientes y controlar la tensión en cada uno de ellos a lo largo de la herida; además si un punto se desata o se rompe los puntos restantes pueden mantener la adaptación e integridad de la herida. (Felzani, 2007)

Punto Simple

Se realiza insertando la aguja a través del tejido en un lado de la herida, pasa hacia el lado opuesto para luego anudarlo. Los puntos de entrada y salida de la aguja deben guardar la misma distancia respecto a los bordes de la herida (3-5mm) y esa distancia debe marcar la separación entre puntos sucesivos. (Arellano, 2016)

La sutura continua o ininterrumpida

En la cavidad bucal esta técnica de puntos continuos puede ser útil en los siguientes casos: para suturar incisiones amplias; para cerrar grandes desgarros de la mucosa bucal (yugal o labial); para tratar heridas extensas a consecuencia de intervenciones de cirugía preprotésica; en la regularización de rebordes óseos. Entre las desventajas de la sutura ininterrumpida se encuentra el hecho que si se rompe un trozo del hilo puede desatarse toda la sutura, así mismo las suturas continuas señala Fuller, generan una tensión lateral sobre los bordes de la herida, por lo que no se debe apretar excesivamente el hilo. (Felzani, 2007)

Tipos de hilo de sutura

Según su origen:

- a) Naturales:
 - a. Origen animal: Seda. Catgut y Colágeno.

- b. Origen Vegetal: Lino y Algodón.
- b) Sintéticas:
 - a. Poliamidas. Polipropilenos y Poliésteres.
 - b. Poliglicólico. Poliglactin. Polidioxanomas.

Según la permanencia en el organismo

Absorbibles: Colágeno. Catgut. Poliglicólico. Poliglactyn. Polidioxanomas..

No absorbibles: Poliamidas. Poliésteres. Algodón. Lino. Polipropileno. Seda.

2.2.13 COMPLICACIONES DURANTE LA EXÉRESIS

Las complicaciones en la remoción quirúrgica del torus, raramente han sido reportadas. Habitualmente estas pueden ocurrir cuando se levanta el mucoperiostio, el levantamiento de colgajo debe ser limpio, proporcionar buena visibilidad, campo amplio de trabajo y su reposición fácil y rápida para evitar hematomas futuros. (Trejo, 2015)

Las hemorragias intraoperatorias surgen inmediatamente después de haber culminado las osteotomías, tanto en maxilar superior como en mandíbula. Los vasos más comúnmente involucrados son la arteria palatina descendente, el plexo venoso pterigoideo, la arteria maseterina y algunas ramificaciones de la arteria maxilar interna. (Trejo, 2015)

También se pueden producir seccionamientos del Conducto de Wharton o Submaxilar, traumatismos del piso de la boca, sección de nervios y demás estructuras anatómicas que puedan requerir posteriormente una reparación quirúrgica en una intervención. (Hupp, 2014)

Post Quirúrgico

Una vez terminado el acto quirúrgico, se pide al paciente que se mantenga en el sillón, se debe confirmar que existe hemostasia de los tejidos manipulados durante la intervención.

Fisioterapia

- En el caso de cirugías con desgaste óseo y un poco más traumático se le recomienda al paciente realizar terapias de temperatura sobre la zona tratada.
- Evitar realizar ejercicios o actividades que demanden esfuerzos físicos intensos durante 2 días.
- Llevar una dieta normal, pero si evitar la ingesta de alimentos muy calientes o muy fríos.
- Higiene oral rigurosa para evitar la infección de la zona; agregar enjuagues bucales con clorhexidina.

Medicación post operatoria

- Amoxicilina + Acido Clavulánico de 875mg. VO cada 12 horas por 5 días. (VELASQUEZ, 2010)
- Ketorolaco 60mg IM cada 12 horas por 2 días. (VELASQUEZ, 2010)
- Colutorios con Clorhexidina al 0.12% por 7 días. (VELASQUEZ, 2010)

2.2.14 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. (Miller, 2012)

En el caso de la función masticatoria puede conllevar a una variación de dieta por parte del paciente, forzando a nuevas prácticas alimenticias orientadas a un mayor consumo de alimentos blandos y fáciles de masticar; en relación con la fonación, cuando estas neoplasias son de mayor extensión que interfieran con el lenguaje normal del paciente, así mismo, la extensión limitará la rehabilitación del paciente y los estímulos externos provocaran inflamación. (Guitierrez, 2015)

Edentulismo parcial

El edentulismo es la pérdida total o parcial de piezas dentales, siendo sus causas más frecuentes; caries dental, periodontitis crónica, fracturas radiculares, higiene oral deficiente y el nivel socioeconómico. La pérdida de las piezas dentales, trae como consecuencia la alteración del sistema estomatognático. (Vanegas, 2016)

Prótesis Acrílicas

Es la parte de la Odontología que se encarga de reemplazar el órgano perdido cuando no hay algunos dientes en una arcada parcialmente. El diseño de la prótesis es variado y su finalidad es utilizar los dientes pilares y tejidos de soporte para conseguir armonía, estabilidad, soporte y retención. (Rodríguez, 2013)

Prótesis Inmediatas

La prótesis inmediata también llamadas prótesis de transición se confecciona antes de realizar el procedimiento quirúrgico de lesiones óseas que impiden la elaboración del aparato protésico. Se instala inmediatamente después de haber realizado el acto quirúrgico. Puede constituir prótesis parciales o totales; esta prótesis se asienta sobre los tejidos de cicatrización, los cuales probablemente sufrirán transformaciones y modificaciones importantes en corto tiempo. Este tipo de tratamiento ofrece múltiples ventajas entre las cuales consideramos las quirúrgicas, biológicas, estéticas, mecánicas, psíquicas y fonéticas. (Pérez, 2013)

Ventajas

Al realizar el establecimiento de la prótesis, una vez terminado el acto quirúrgico, esta se comporta como un vendaje, que protegerá el coágulo en el alveolo, favorece su repitelización, proporciona aislamiento del medio bucal, e impide la aparición de infecciones secundarias; el postoperatorio del tratamiento quirúrgico se hace más aceptable; hay menos dolor y al mismo tiempo se acostumbra al uso de la prótesis. (Pérez, 2013)

Desventajas

Al ser elaboradas con bases de acrílico y temporales, tienden a retener más placa bacteriana y pueden generar lesiones traumáticas en los tejidos blandos como estomatitis bacteriana, enfermedad periodontal que migra a otras piezas dentales, especialmente en los que no poseen topes. (Pérez, 2013)

2.2.15 ACONDICIONADORES DE TEJIDOS BLANDOS

Los acondicionadores de tejidos son materiales de rebasado, blandos, que pueden aplicarse sobre la superficie de adaptación de las prótesis. Se utilizan para proporcionar una almohadilla provisional que distribuye la carga masticatoria a los tejidos blandos y duros subyacentes. (Quiroga, 2017)

Aplicaciones

- Estabilización inicial de prótesis inmediatas. (Quiroga, 2017)
- Luego de una cirugía oral preprotética, lo ideal es instalar la prótesis en forma inmediata, ya que ésta sirve de vendaje y de guía para el remodelado del hueso; para lo cual puede servir también la prótesis que usa el paciente, si está en buenas condiciones, haciéndole un rebasado con acondicionadores de tejidos los cuales se renovarán frecuentemente hasta la completa cicatrización. (Quiroga, 2017)

Requisitos de los acondicionadores de tejido:

- Deben permanecer blandos: para mantener un efecto de almohadillado correcto sobre los tejidos blandos subyacentes. (Quiroga, 2017)
- Debe ser resiliente: Es decir debe absorber la carga masticatoria y distribuirlas. (Quiroga, 2017)
- Deben ser biocompatibles con los tejidos orales. (Quiroga, 2017)

Presentación: Polvo y líquido. (Quiroga, 2017)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y tipo de investigación

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo; es de alcance descriptivo ya que se fue describiendo paso a paso el acto quirúrgico para llegar a la rehabilitación inmediata y documental, ya que se realizó una búsqueda de teorías primarias acerca de Cirugía de Torus Mandibular Bilateral de los últimos 5 años de publicación, haciendo énfasis en los términos enfocados en la etiología, clasificación, así como su tratamiento, con el propósito de brindar una herramienta diagnóstica y guía para el clínico.

3.2 Población y muestra

El presente trabajo no cuenta con población y muestra ya que es un trabajo de tipo cualitativo, descriptivo donde se realiza la descripción de un solo caso clínico.

3.3 Métodos, técnicas e instrumentos

Se realizó un estudio Inductivo y Científico analítico, se procedió a hacer una revisión analítica de todos los documentos existentes y de los resultados obtenidos en el desarrollo del caso.

3.4 Técnica observacional

Ya que se hizo una observación clínica paso a paso del paciente y de la técnica quirúrgica establecida durante la exéresis del torus mandibular.

Instrumentos:

Clasificación de textos primarios secundarios y terciarios

- Artículos Bibliográficos.
- Artículos de revisión de literatura.

- Reporte de casos clínicos.

Desarrollo del caso clínico

- Ficha de la Facultad Piloto de Odontología, ficha 033.
- Historia Clínica del departamento de Cirugía Bucal.
- Tomografía.

Procedimiento de la investigación

Se inició realizando una revisión bibliográfica de la literatura recopilada de los últimos 5 años, clasificando aquellas que exponían las generalidades del torus mandibular, su etiología y características clínicas. Se seleccionaron los textos o conceptos básicos con los que se constituye el marco teórico, tomando como base, artículos de revisión bibliográfica y reportes de caso clínico. En la Cirugía de Torus Mandibular con una rehabilitación protésica inmediata se han descrito varias técnicas para llegar a un diagnóstico certero; su clasificación se realiza en base a su ubicación y aspecto clínico.

Constitución del marco teórico referencial, sintetizando artículos en los que se presentaban características clínicas de las lesiones óseas benignas de los maxilares, características radiográficas para el correcto diagnóstico del torus mandibular, reportes de casos clínicos con presentación de tratamiento usando fresones y cincel escolpo; regularización ósea a través de limas de hueso y fresones de carburo tungsteno.

Se establece el protocolo de intervención quirúrgica, iniciando con asepsia extraoral e intraoral del paciente, incisión de tipo festoneada y levantamiento de colgajo tipo “sobre”, exéresis del torus mandibular nodular bilateral con el uso de fresones e irrigación constante de suero fisiológico, regularización de la cortical interna mandibular con el uso de limas para hueso y fresas de carburo tungsteno sutura y acondicionamiento de los tejidos previo a la colocación de la prótesis inmediata removible.

El control post cirugía se realizó 7 días después de la intervención, se observaron cambios favorables en la morfología de la cortical interna mandibular, correcta cicatrización de

los tejidos blandos circundantes a la lesión, no existen hematomas producto de la pérdida de la vascularización y de la colocación de la prótesis inmediata; se restableció la función sensitiva y motora de los nervios involucrados durante la cirugía, adaptación del paciente a la prótesis inmediata y nuevo control de oclusión.

3.5 Análisis de Resultados

La Cirugía de torus constituye un campo de menor, enmarcado dentro de los límites del uso de la anestesia local y la cirugía ambulatoria de baja complejidad en tejidos superficiales. Si bien engloba procedimientos básicos de la Cirugía General, su campo requiere del desarrollo de destrezas quirúrgicas específicas asociadas a un conocimiento especializado.

Proporcionó datos importantes durante el preoperatorio, operatorio y postoperatorio, la cirugía fue planificada con el fin de devolver al paciente la morfología normal de la mandíbula mediante procesos quirúrgicos en donde intervinieron instrumental rotatorio de baja velocidad como los fresones de carburo tungsteno con abundante irrigación de suero fisiológico para evitar el sobrecalentamiento de la fresa y así producir necrosis ósea del área tratada, durante el desgaste se confirmó que la composición histológica del nódulo óseo era hueso compacto en su totalidad, por lo cual su exéresis con cincel escolpo no fue elegida, sino más bien, se eligió continuar con el desgaste con el fin de no producir fractura mandibular. No se presentaron complicaciones durante la cirugía y se consiguió la rápida hemostasia de los tejidos involucrados. La sutura fue de tipo punto simple para agilizar los procesos de aproximación de tejidos aislados producto de la incisión y conseguir la pronta recuperación de los tejidos blandos. Se procedió a aplicar acondicionador de tejidos blandos durante la adaptación de la prótesis inmediata con el fin de suavizar las zonas con sobre presión y proporcionar propiedades anti fúngicas a la prótesis y proteger a los tejidos blandos de agentes patógenos durante el transcurso de la elaboración de la prótesis final.

Como resultado postoperatorio obtuvimos una recuperación óptima de los tejidos manipulados durante la cirugía, correcta cicatrización de heridas en tejidos blandos, una reducción de 4mm de espesor entre tabla interna y tabla externa mandibular derecha e izquierda, los mismos que eran ocupados por la lesión ósea; a través de la rehabilitación

integral del paciente con la prótesis inmediata, restituimos oclusión, dimensión vertical, funciones fonéticas y masticatorias además de la estética del paciente.

.

3.6 Discusión de los resultados

Una vez concluido el caso clínico y levantada la información documental de los diferentes tipos de exostosis benignas que se han descrito, se presenta, que el torus palatino y mandibular son los más comunes a la hora de realizar el examen intraoral en la consulta odontológica, el torus palatino se encuentra a ambos lados de la sutura del paladar, mientras que los torus mandibulares se encuentran en la superficie lingual de la mandíbula, por arriba de la cresta del musculo milohioideo; según el Dr. Iván Arévalo en su trabajo Torus palatino, torus mandibular y exostosis maxilares, la etiología de este tipo de lesiones aun es discutida y solo le atribuye a factores ambientales, hiperfunción masticatoria y genéticos, sin tener en cuenta que también pueden aparecer por una alteración en el metabolismo de hormonas, exceso de fármacos como la vitamina D o por el desplazamiento de piezas dentales. Aparece tanto en hombre como en mujeres, siendo este último grupo el más afectado, también se atribuye la presencia de esta lesión a las alteraciones metabólicas durante la vida de la mujer, aumentando la probabilidad de que la lesión se vuelva más densa con el paso de los años.

El diagnóstico es clínico y se debe descartar otras lesiones mediante exámenes complementarios; aunque la mayoría de autores refieran que la ortopantomografía es el medio más indicado para identificarlo, en este estudio se utilizó la tomografía computarizada Cone Beam para delimitar la extensión de la lesión, cuanto había comprometido la cara lingual de la mandíbula y la cantidad de tejido compacto que lo conformaban. La técnica quirúrgica empleada en esta intervención de exéresis de torus mandibular bilateral fue realizada con fresones de carburo tungsteno quirúrgicos y refrigeración con suero fisiológico. El Dr. Sinesterra en su artículo Exposición espontánea de un torus palatino de la línea media menciona que se debe practicar osteotomía con una fresa refrigerada de baja velocidad en los surcos que se encuentran en la interfase de la lesión y cortical interna mandibular, con una profundidad de casi un centímetro de profundidad y proceder a realizar la ostectomía con cincel escolpo, ya que estos instrumentos permiten una gran precisión en la resección ósea o en el trazado de la línea

de osteotomía y tienen la ventaja de no producir calentamiento del hueso, teniendo en consideración que la hiperostosis de su estudio consistía de una capa externa de cortical ósea densa con un interior de hueso esponjoso, facilitando el proceso de remoción con cincel, usó fresas de menos calibre hasta reconstruir la anatomía maxilar con una fresa redonda para hueso, a diferencia de este caso clínico, en donde la lesión era de tejido óseo compacto en toda su extensión. Otros autores como Ries Centeno y Asanami siguen recomendando la ostectomía con escoplo y martillo, bajo anestesia local, aunque durante la intervención quirúrgica en un paciente ansiolítico, nervioso o aprensivo suele ser una experiencia desagradable, agotadora e incómoda. Sin embargo, el tratamiento de este caso se realizó bajo anestesia local en un paciente ansiolítico, por lo cual el uso de cincel y martillo no estaba indicado, se desarrolló la cirugía de manera conservadora evitando inconveniente de que resultan muy desagradables para el paciente consciente.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

La cirugía de Torus Mandibular Bilateral en un paciente edéntulo parcial, es un procedimiento que consiguió la remodelación de la cortical interna mandibular para una posterior rehabilitación integral del paciente.

Considerar detenidamente el estudio clínico radiográfico del Torus Mandibular antes de iniciar el tratamiento quirúrgico, realizar un diagnóstico certero y un plan de tratamiento conveniente tanto para el profesional como para el paciente.

Durante la cirugía de exéresis de torus debemos manejar como aspecto primordial la conservación de tejidos blandos en óptimas condiciones para el asentamiento de la prótesis inmediata.

Los acondicionadores de tejidos blandos ayudan a conservar los tejidos de soporte, protegiéndolos contra agentes patógenos.

El uso de la prótesis inmediata después del acto quirúrgico tiene como fin preservar los tejidos blandos y duros para una posterior elaboración de la prótesis definitiva.

Los resultados operatorios fueron de gran agrado al solucionar esta problemática ante una cancerofobia.

4.2 Recomendaciones

Rehabilitación integral del paciente que posee esta deformación esquelética debe realizarse la cirugía para lograr mejorar su higiene su fonación su masticación y estética.

Realizar un plan de tratamiento certero mediante medios de diagnósticos veraz utilizando la tomografía 3D es muy conveniente para el profesional como para el paciente.

Conservar la integridad de los tejidos blandos utilizando los acondicionadores de tejidos que brinda óptimas condiciones de la salud de los tejidos para el asentamiento de la prótesis inmediata.

Establecer controles de la evolución de la lesión, en caso de no ser eliminada, mediante exámenes complementarios con el fin de descartar patologías con alto grado de malignidad.

Indicar a los pacientes endéntulos parciales o totales, que el diagnóstico oportuno de estas lesiones así mismo con el planteamiento de un plan de tratamiento ayudará a la rehabilitación rápida y correcta de las futuras prótesis dentales.

Contribuir con la adaptación de una prótesis inmediata, respetando los principios de conservación de tejidos blandos donde descansará la prótesis final instaurando el uso de acondicionares de tejidos para evitar que la prótesis ejerza presión inadecuada sobre el terreo protésico.

Explicar al paciente que el uso de una prótesis inmediatamente después del acto quirúrgico ayudará como apósito, protegerá el hueso y los tejidos afectados durante la intervención de las fuerzas oclusales masticatorias, devolverá sus funciones fonéticas y masticatorias completas.

BIBLIOGRAFÍA

- (s.f.).
- Arellano, L. E. (2016). *Slideshare*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/DRARELLANO1/tipos-de-incisin-y-colgajos>
- Bárbara Felgueroso Rodríguez, M. R. (2009). *Torus Mandibular: Revisión*. SIGNATURA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA GENERAL Y BUCAL, URJC - GRUPO XVI: CURSO ACADÉMICO 2008-2009.
- Brad W. Neville, D. D. (2009). *Oral and Maxillofacial Pathology*.
- Calandro, E. (2010). Influencia de la determinación del espacio disponible mandibular lingual como factor a considerar en la selección del conector mayor de dentaduras parciales removibles. . *Revista Odontologica*, 12-15.
- Calle, D. R. (2010). TORUS MANDIBULAR BILATERAL, ELIMINACIÓN QUIRURGICA PARA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE. *Revista oficial del colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica*.
- Carl, M. (2008). *Prótesis Dental sobre Implantes*. Madrid, España: Editorial Elsevier Mosby.
- Cava-Vergíu, C.-E. (2008). Extirpación de Torus palatino por pensamiento dismórfico. *Revistas USMP*.
- Ceccotti, E. (2015). Exostosis benignas de los maxilares. *Journal* .
- Centeno, G. A. (1979). *Cirugía bucal con patología clínica y terapéutica*. El ateneo.
- De Conto Ferdinando, C. M. (2013). Osteoma periférico en ángulo mandibular: relato del caso. *Odontoestomatología, Montevideo*.
- Docslide. (16 de Dicimebre de 2015). *Docslide*. Obtenido de <https://docslide.com.br/documents/examenes-complementarios-en-odontologia.html>
- E, F. (2001). Principios Fundamentales de Regeneración Ósea; su aplicación para implantes endoóseos. *Revista AOA*.
- Echeverri, P. E. (2015). *Principios Quirúrgicos en la Cirugía Oral y Maxilofacial*. Obtenido de Maxillofacial. Co: <http://maxillofacial.co/>
- Escoda, C. G. (2013). Tiempos operatorios en Cirugía Bucal. En C. G. Escoda, *Tratado de Cirugía Bucal*.
- Estela, C. C. (2011). Instrumental Quirúrgico Odontológico. *Servicios Personalizados, Revistas Bolivianas*.
- Felzani, R. (2007). SUTURA DE LOS TEJIDOS EN EL ÁREA DE CIRUGÍA BUCAL: REVISIÓN DE LA LITERATURA. *Acta Odontologica Venezolana*.
- Fernández R, B. E. (2011). Presencia de exostosis orales en pacientes de la ciudad de Temuco, Chile. *AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA*, 22.
- Fernández, F., Echevarría, B., Campos, S., Soto, R., & P., P. V. (2012). Presencia de exostosis orales en pacientes de la ciudad de Temuco, Chile. *Avances en Odontoestomatología*.
- Figun, & G. (2008). *Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada. Tercera edición*. Argentina: El Ateneo.
- Gallegos, K. (2016). Eliminacion de Torus Mandibular empleando la tecnica de cincel y martillo., (pág. 80). Guayaquil.
- Guterrez, L. C. (2015). Edentulismo y necesidad de tratamiento protesico en adultos de ambito urbano marginal. *Revista Estomatol Herediana*.

- Gutierrez, J. (2005). *Manual de enseñanzas practicas en cirugia bucal*. Madrid.
- Guzman, F. (2012). La Historia Clínica: elemento fundamental del acto medico . *Revista Colombiana* .
- Hiremath VK, A. H. (2011). Prevalence of torus palatinus and torus mandibularis among Malay population. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*.
- Hiremath, A. H. (2014). Prevalence of torus palatinus and torus mandibularis among Malay population. *PMC*.
- Hupp, E. E. (2014). *Cirugía oral y maxilofacial contemporánea*. Barcelona: ELSELVIER.
- Ivan Manota Arévalo, V. L. (2005). TORUS PALATINO, TORUS MANDIBULAR. *Revista de la Facultad de Ciencias de Salud, Universidad de Magdalena*.
- Krupp, M. S. (2016). Tumor central de células gigantes en mandíbula:. *Revista ADM*.
- Langman. (2007). *Langman embriología médica: con orientación clínica*.
- Langman, S. (2008). *Embriología médica: con orientación clínica*. Madrid: Medica Panamericana.
- Laquihuanaco, R.-C. R. (2016). HALLAZGO RADIOLÓGICO INCIDENTAL: CÓNDILO BÍFIDO, CALCIFICACIÓN DE LIGAMENTO ESTILOHIOIDEO Y TORUS MANDIBULAR, REPORTE DE CASO. *Revista Científica Odontológica, Universidad científica del sur*.
- López, V. F. (4 de Agosto de 2012). *ODONTO ESTUDIANTE*. Obtenido de <http://odontoestudiantevfol.blogspot.com/2012/08/torus-y-exostosis.html>
- Manotas Arevalo Iván1, E. A. (2006). TORUS PALATINO, TORUS MANDIBULARES Y EXOSTOSIS DE LOS MAXILARES.
- Manotas Arevalo Iván1, E. A. (2011). Torus Palatino, Torus Mandibulares y Exostosis de los Maxilares:. *Revista Ciencias Biomédicas Colombianas, Volumen 1 No. 1*.
- Marchena, O. R. (2011). MOTIVO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN TORUS PALATINO EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA. *Revista europea de odontoestomatología*.
- Marín, O. . (2014). EL TORUS EN CAVIDAD ORAL, HALLAZGOS EN UNA MUESTRA POBLACIONAL DE SANTIAGO DE CALI. *Revista Gastrohnutp*.
- Marino, A. (2001). Osteoblastoma Benigno de Mandíbula. *Revista Dental de Chile* .
- Melgar, R. B. (2014). De las prótesis inmediatas a la sobredentadura: Reporte de un caso. *Revista odontológica mexicana*.
- Miller, S. (2012). *Atlas de Anatomia Humana*. Editorial Medica Panamericana.
- Miranda, P. O.-C. (2014). Torus palatinos y mandibulares en pacientes que acuden a consulta al Servicio de Odontología del Hospital Militar Regional de Acapulco, Guerrero. *Rev Sanid Milit Mex*.
- Navarro, C. (2008). *Cirugia Oral*. Madrid: Aran Ediciones.
- Nayib, R. L. (2013). *ASPECTOS CLAVES TERCER MOLAR*. CIB.
- Norman TL, W. Z. (1997). *Microdamage of human cortical bone: incidence and morphology in long bones*.
- Odontologia al dia* . (2014). Obtenido de Odontología al Dia Blogger Templates: <http://odontodia.blogspot.com/2015/11/torus-mandibular.html>
- Oviedo, J. E. (2012). *Osteoma periférico mandibular*:. Publicación Científica Facultad de Odontología. UCR.
- Patiño, T. J. (2013). Osteoblastoma maxilar. Reporte de un caso y revision de literatura. *Mediagraphic*.

- Peñarrocha M, S. J. (2001). *Implante inmediato a la extracción*. Barcelona : Ars Médica.
- Pérez, R. F. (13 de Abril de 2013). Terapia rehabilitadora con prótesis inmediata. *Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com*.
- Pynn, & C. (1995). Tori Mandibularis. *Journal of the Canadian Dental Association*.
- Quiroga, R. (2017). *Acondicionador de Tejidos*. Chile.
- Revollo, E. Y. (2011). TIPOS DE SUTURAS. *Revista de Actualización Clínica, Revistas Bolivianas*.
- Reyes, D. L. (2012). *Condroma de la glándula parótida*. Hospital Universitario “Comandante Manuel Fajardo” La Habana, Cuba.
- Rodriguez, C. M. (2013). *REHABILITACIÓN COMPLETA EN UN PACIENTE*.
- Rodríguez, M. D. (2005). *Cirugía bucal: Patología y Técnica*. Barcelona: Masson. Sa.
- Saldaña. (2013). Quiste óseo aneurismático mandibular de tipo sólido. *Revista española cirugía oral maxilofacial* .
- Salud, C. (2015). *CCM Salud* . Obtenido de <https://salud.ccm.net/>
- Sánchez, E. J. (2013). Torus mandibulares y palatinos en pacientes atendidos en la Policlínica Pedro Díaz Coello. *Correo Científico Médico Online*.
- Sandoval, A. G. (2015). Estudio de prevalencia de torus palatino y mandibular en la población de la Universidad de las Américas, sede Colon y Granados., (pág. 63).
- Santana, A. B.-B.-L. (2014). Osteoma osteoide. Presentación de un caso. *Salud en Tabasco*.
- Sinisterra, J. A. (2013). Exposición espontánea de un torus palatino de la línea media. *Biomedica, Bogotá*, Vol 33 no1.
- Souza, A. (2016). Tomografía computadorizada no planejamento cirúrgico em Periodontia: revisão de literatura. *Rev. Bras. Odontol.* .
- Stricker A, G. R. (2004). Immediate loading of 2 interforaminal dental implants supporting an overdenture: clinical and radiographic results after 24 months. *Int. J Oral Maxillofac Implants*.
- Trejo, B. M. (2015). Complicaciones en cirugía ortognática. Conceptos actuales y revision de literatura. *Revista ADM*.
- Vanegas, E. V.-C. (2016). Frecuencia del edentulismo parcial y total y su relacion con factores asociados en la Clinica Universitaria Cuenca Ecuador 2016. *Rev Estomatol Herediana*.
- VELASQUEZ, J. O. (2010). *MANUAL DE TERAPEUTICA ODONTOLOGICA*. Health Books.
- Vieira, D. (13 de Agosto de 2013). *Asepsia en Cirugía Bucal*. Obtenido de Propdental: <https://www.propdental.es/blog/implantes-dentales/asepsia-en-cirurgia-bucal/>

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA CLÍNICA DEPARTAMENTO CIRUGÍA, UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FICHA DE TRABAJO CLÍNICO - CIRUGÍA BUCO MAXILOFACIAL

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Marcos López	Edad: 68 años
Dirección: Cdla. Colinas de la Alborada	E. Civil: Soltero
Ocupación: Comerciante	
Teléf.: 0996066097	

2. ANAMNESIS

2.1 ANTECEDENTES PERSONALES

SI		NO		SI		NO		SI		NO		Describir lo anormal			
Hábitos				Toma Medicamentos?		X		Consumo Alcohol?		X		Consumo Drogas?		X	
Enfer. Sistémicas		X		Diabetes		X		HTA		X		Alergias		X	
Antec. Quirúrgico		X		Exodoncias?		X		Hemorragias?		X		Complicaciones?		X	
Enf. Contagiosas		X		Herpes labial		X		Hepatitis A, B		X		HIV / Otros		X	
Padres viven	X			Sanos				HTA		X		Diabetes / Otros		X	

Especifique: Paciente asintomático.

2.2 INTERROGATORIO POR SISTEMAS

	N	A	Describir lo Anormal (N: Normal - A: Anormal)
Respiratorio	N		
Cardio vascular	N		
Digestivo	N		

3. MOTIVO DE LA CONSULTA:

“Vengo a arreglarme los dientes”

3.1 HISTORIA DE ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente sistémicamente no presenta enfermedad actual.

4. EXAMEN CLÍNICO POR APARATOS: Inspección, palpación, percusión y auscultación.

Respiratorio	Frecuencia Resp: 20 x min	ESTERTORES:	SIBILANCIAS	No
Cardio vascular	Pulso Radial: 77 x min	Frecuencia Cardíaca	Presión Arterial: : 123/80 mmhg	Temp: 37°

Especifique

5. EXAMEN CLÍNICO REGIONAL: CARA.

5.1 Examen extraoral:

N A Describir lo anormal (N: Normal - A: Anormal)

Simetría facial	N		
Tercios faciales	N		
A T M	N		
Cuello	N		

Especifique.....

5.2 Examen Intraoral:

N A Describir lo anormal (N: Normal - A: Anormal)

Tejidos blandos	N		
Tejidos duros	N		

Especifique.....

6. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: Exéresis Torus Mandibular Bilateral

7. CONDUCTA A SEGUIR: Toma de tomografía computarizada Cone Beam y Hemograma Completo

8. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

8.1 BIOMETRÍA HEMÁTICA.

GR: 5.5 mill	GB: 5.0	HB: 15.1	HTCO:44%	T.Coag.13"	TS: 5'	PLAQ: 360.000	GLICEMIA: 175 mg
--------------	---------	----------	----------	------------	--------	---------------	------------------

Describir lo

anormal.....

8.2 INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA.

DIAGNOSTICO RX:

Presencia de Torus Mandibular Bilateral de tipo Lobular a la altura de premolares y caninos.

Línea Periodontal: Normal

Línea Alveolar: Normal

Trabeculado: Normal

9. INDICACIONES PREOPERATORIAS.

MEDICACIÓN QUE ESTA CONSUMIENDO:**ANTIBIÓTICOS: NO****AINES: NO****ANTISÉPTICOS: NO****OTROS:****TÉCNICA QUIRÚRGICA PROGRAMADA:**

Exéresis de Torus Mandibular Bilateral con Rehabilitación Protésica Inmediata

11. DESCRIBIR EL ACTO QUIRÚRGICO (PROTOCOLO)

Asepsia extraoral e intraoral del paciente con solución de Yodo Povidine y gasas en toda su extensión; de manera intraoral se hace mayor enfoque en el área de premolares y caninos que es donde se encuentra el Torus Mandibular. Se procede a anestesiarse de manera tópica la mucosa con anestésico tópico y torunda de algodón, se esperan 2 minutos. Técnica de anestesia seleccionada: Troncular (Dentario Inferior), Nervio Lingual y Mentoniano. Se procede a realizar la incisión festoneada en la cara interna de la mandíbula extendiéndose desde los premolares a cara distal del incisivo latera inferior izquierdo y luego el derecho respetando el contorno de los cuellos dentales, Levantamiento de colgajo tipo sobre con Periostótomo cuidando de no desgarrar el tejido, exposición del torus mandibular de lado izquierdo, se identifica que es de tejido compacto en su totalidad con la ayuda de la tomografía y se procede a realizar la exéresis con fresa carburo tungsteno y abundante irrigación de suero fisiológico, la exéresis se consigue con el desgaste de la lesión lobular; así mismo, del lado derecho se expuso el torus y se procedió a desgastar la hiperostosis; se comprobó que los rebordes óseos estén prolijos, libres de esquirlas óseas, lavado con suero fisiológico y sutura de tipo punto simple con hilo Vicryl reabsorbible. Uso de acondicionador de tejidos blandos para la adaptación de la prótesis inmediata. Se coloca la prótesis y se comprueba que no existan puntos de mayor presión.

Fecha: 14/03/2018	Hora de Inicio: 2:40PM	Hora de Terminación: 5:00PM	Profesor responsable: Dra: Piedad Rojas
-----------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	---

12. BIOPSIA O CULTIVO: No.**13. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:** Torus Mandibular Nodular Bilateral**14 PRONÓSTICO:** Favorable**15. INDICACIONES Y TRATAMIENTO POST QUIRÚRGICO:**

- Evitar realizar ejercicios o actividades que demanden esfuerzos físicos intensos durante 2 días.
- Llevar una dieta normal, pero si evitar la ingesta de alimentos muy calientes o muy fríos.
- Higiene oral rigurosa para evitar la infección de la zona; agregar enjuagues bucales con clorhexidina.

- Amoxicilina + Acido Clavulánico de
- Ketorolaco 60mg IM cada 12 horas por 2 días

16. CONTROL POST QUIRÚRGICO:

Fecha	Procedimiento
20 Abril 2018	Control de suturas, hilo totalmente reabsorbido, cicatrización correcta de los Tejidos, no hui dehiscencia de tejidos blandos, no hay infección. Observamos la Cara lingual de la mandíbula totalmente lisa y con su forma fisiológica devuelta.

Figura 1: Consentimiento informado.


14 JUN 2017

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLÓGIA
DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN Y DIAGNÓSTICO**

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, Marcos López, con C.I. N°: 0300373915 he sido informado (a) del procedimiento de diagnóstico y comprendo la naturaleza del mismo.

Se me han explicado todos los procedimientos recomendados para un tratamiento integral con la finalidad de restituir mi salud bucal.

Comprendo que de ninguno manera el posible tratamiento propuesto constituye promesa o garantía de resultados y se me ha alertado que puede ser necesario la práctica de otros procedimientos a causa de eventos inesperados.

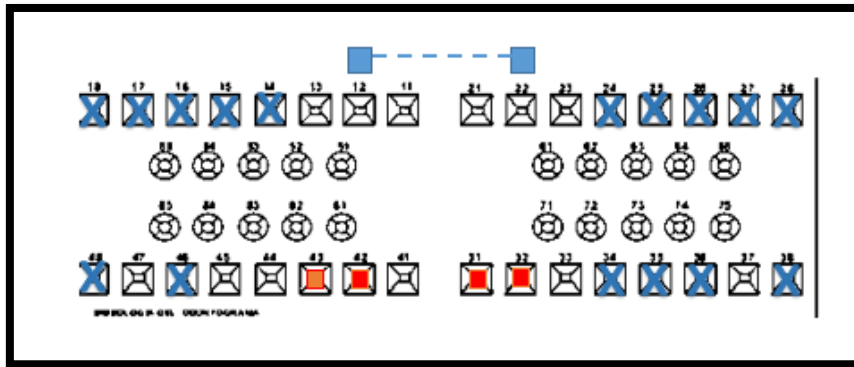
Comprendo también que de no seguir las indicaciones de cuidado e higiene bucal que se me han sugerido, o el incumplimiento a las citas, minimizarían las posibilidades de un buen resultado.

En virtud de lo anterior, expongo que concuerdo y acepto lo informado en relación a los tratamientos que me han sido explicados y otorgo autorización para la atención recomendada, bajo los términos establecidos, así como la autorización para la realización de procedimientos adicionales o alternativos en la medida en que sea necesario a criterio del estudiante tratante bajo la supervisión y autorización del tutor académico del área.


Firma responsable.

Marcos López C.I. N° 0300373915 Fecha 14 junio 2017

Figura 2: Odontograma del paciente

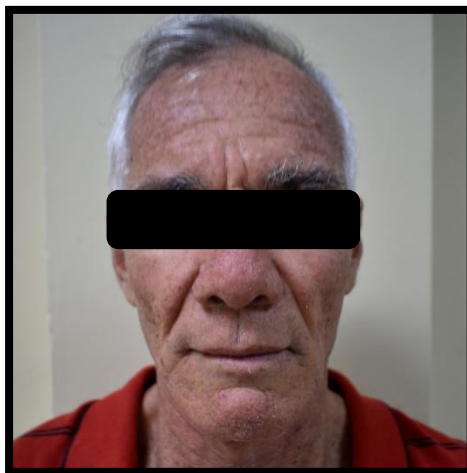


Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría

Paciente edéntulo parcial superior e inferior. Ausencia de piezas: 14, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 26, 27, 28, 34, 35, 36, 46 y 48.

EXAMEN EXTRAORAL

Foto 1: Fotografía extraoral



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría

Paciente presenta tipo de cara Dolicofacial, pérdida de dimensión vertical.

Foto 2: Fotografía perfil izquierdo



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría

Tipo de Perfil: Recto, sin patologías aparentes.

EXAMEN INTRAORAL

Foto 3: Arcada Superior. Intraoral



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría

Arcada tipo Oval. Ausencia de piezas 14, 15, 16, 24, 25, 26. Prótesis fija – Coronas en piezas: 11,12,13,21,22,23.

Foto 4: Arcada Inferior. Intraoral

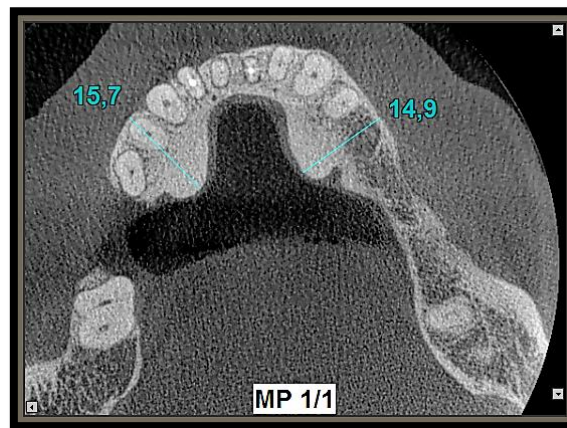


Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría

Observamos presencia de Torus Mandibular Bilateral de aspecto único lobular.

ESTUDIO TOMOGRÁFICO

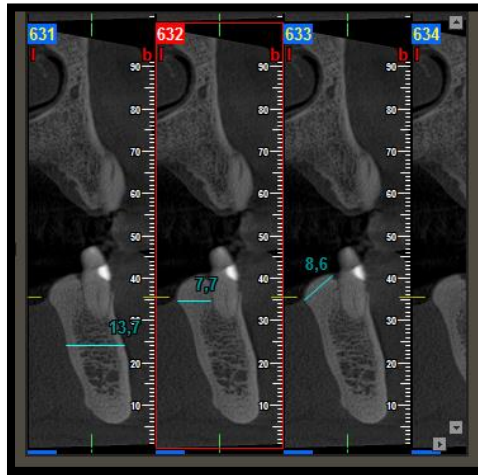
Figura 3: Maxilar Inferior, corte axial



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría

Observamos presencia de Torus Mandibular Bilateral de tipo Lobular en cara interna de la Mandíbula que se observan como protuberancias radiopacas. Espesor de tabla externa a tabla interna de 15.7 mm en el lado derecho y 14.9 mm en el lado izquierdo.

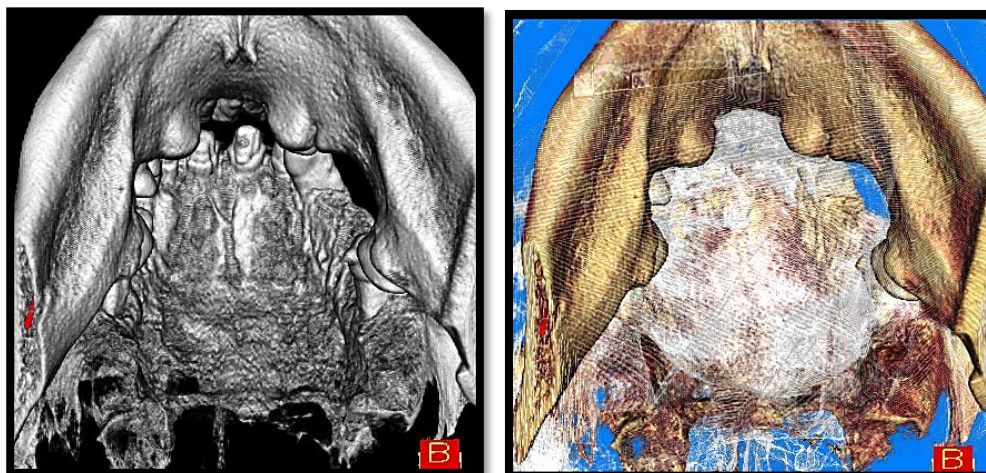
Figura 4: Corte transversal



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría

Observamos presencia de Torus Mandibular Bilateral de tipo Lobular. Corte realizado a la altura de los caninos.

Figura 5: Reconstrucción 3D



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría

Observamos lesión lobular en ambos lados de la arcada mandibular, el torus se presenta como protuberancia ósea a la altura de premolares inferiores.

Figura 6: Diagnóstico Tomográfico

Paciente: Marcos López Guitian
Edad: 62 años.
Referido por: Dr(a). Br. Jennifer Vélez
Estudio: TOMOGRAFÍA DE HAZ CÓNICO.

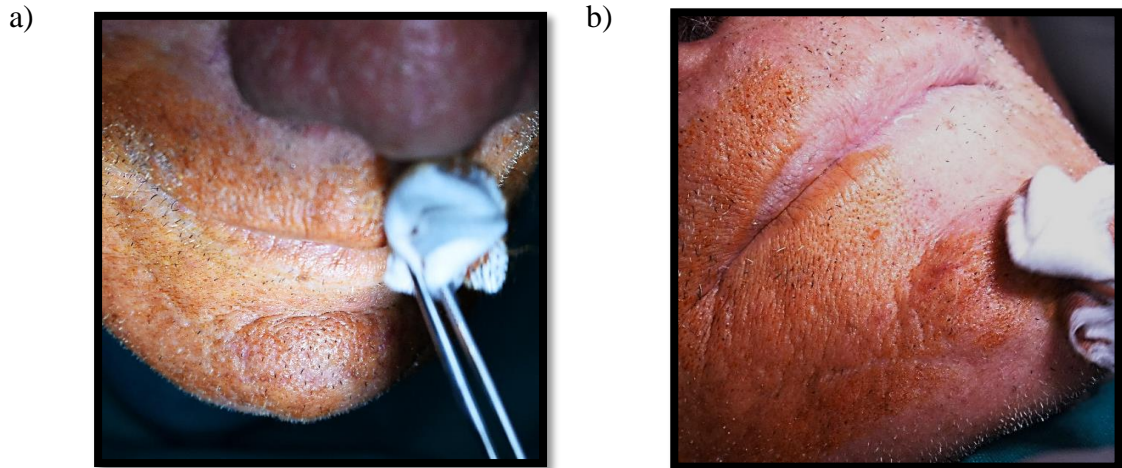
Paciente que acude para estudio de tomografía de haz cónico. Al volumen de adquisición se observa:

- Zona isodensa de bordes definidos, asociada al piso del seno maxilar izquierdo, compatible con pseudoquistes de retención mucoso.
- Pieza 12: Patrón de remodelado a nivel coronario compatible con tallado protésico. Material de obturación endodóntica homogéneo y levemente sobrepasado del límite apical, sin signos aparentes de alteración.
- Pieza 21: Patrón de remodelado a nivel coronario compatible con tallado protésico. Material de obturación endodóntica homogéneo y levemente corto respecto a la longitud radicular total. Asociado al ápice se observa una zona hipodensa de bordes definidos, compatible con proceso osteolítico periapical.
- Pérdida ósea horizontal de las crestas alveolares hasta la unión del tercio cervical con el medio en toda la zona antero-inferior.
- Pieza 31: Material de restauración coronario en el tercio oclusal hacia lingual, observándose una interfaz con el material de obturación endodóntico, el cual se observa homogéneo y levemente sobrepasado del límite apical, acompañado de un ensanchamiento generalizado del espacio del ligamento periodontal.
- Pieza 42: Zona hipodensa de bordes irregulares, ubicada en el contorno mesial de la corona, compatible con caries profundidad D3. Material de obturación endodóntica homogéneo y levemente pasado del límite apical. Ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal generalizado.

Fuente: Propia de la investigación
Autor: Centro radiológico Dentaimagen

CASO CLÍNICO OPERATORIO

Foto 5: Asepsia extraoral



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría.

Labio superior asepsia. B) Labio inferior. Se realiza a asepsia extraoral con gasa más yodo povidine; se frota la superficie externa de la cavidad oral.

Foto 6: Asepsia Intraoral



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría.

Se frota la superficie interna de la cavidad oral con la ayuda de una pinza algodonera, gasas y Povidine.

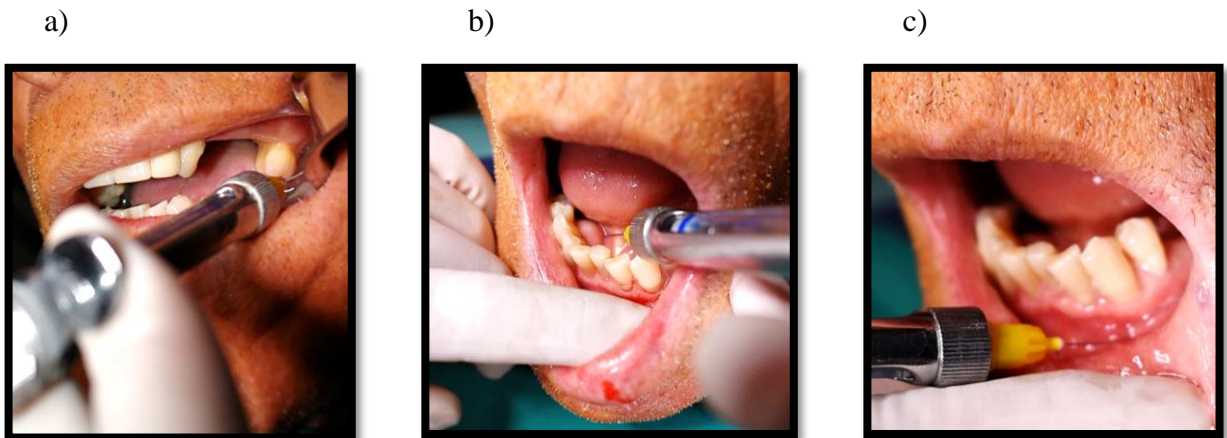
Foto 7: Anestesia tópica



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría.

Aplicación de anestésico tópico previo a inserción de aguja para técnica troncular e infiltrativa de anestesia.

Foto 8: Técnica Anestésica



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría.

Técnica de anestesia troncular: a) Nervio Dentario inferior, b) Ligal e c) Infiltrativa del Mentoniano. Anestésico elegido: Articaína al 4%.

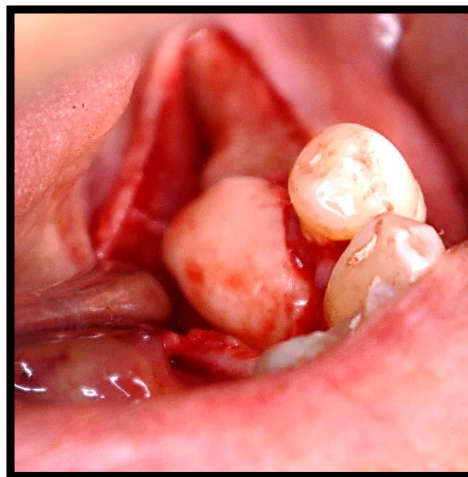
Foto 9: Incisión festoneada



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría.

Ejecución de incisión festoneada desde espacio endente a la altura de premolares de lado izquierdo hasta cara distal del incisivo central inferior izquierdo; rodeando los cuellos dentarios, incisión limpia de un solo trazo sobre tejido óseo sano.

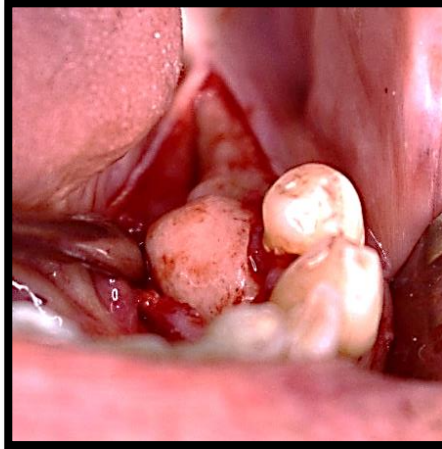
Foto 10: Levantamiento de colgajo



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría.

Levantamiento de colgajo con Periostótomo, de lado izquierdo a la altura de premolares y canino.

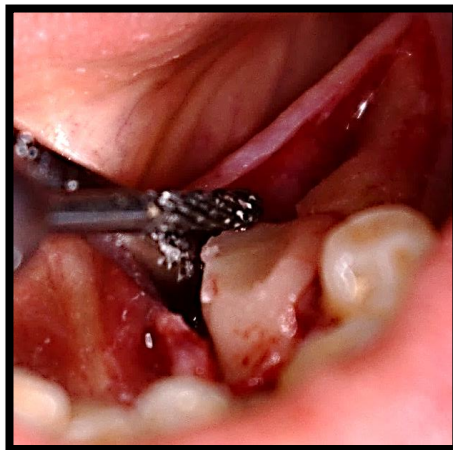
Foto 11: Exposición de Torus Mandibular



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría.

Exposición de Torus Mandibular de lado izquierdo de tipo único nodular, próximo a desgaste con Pimpollo.

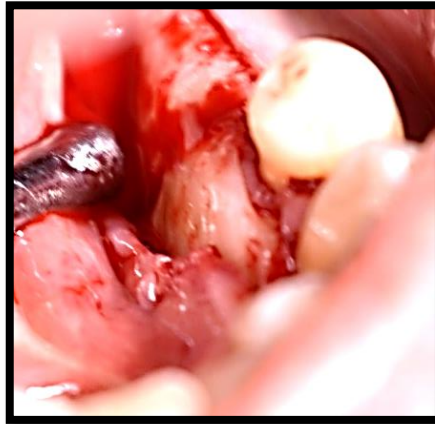
Foto 12: Desgaste de Torus Mandibular 1



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría.

Exposición de Torus Mandibular de lado izquierdo de tipo único nodular, próximo a desgaste con Pimpollo.

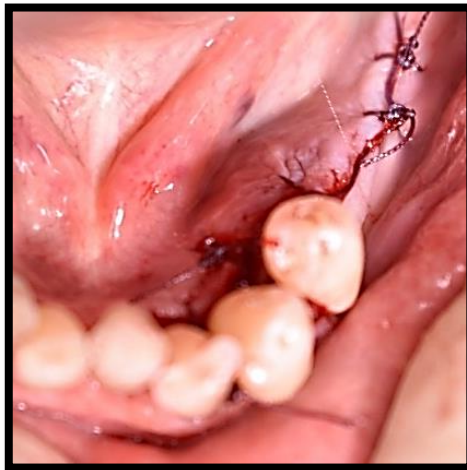
Foto 13: Desgaste total torus



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría.

Desgaste del torus con fresa carburo tungsteno y abundante irrigación para impedir la necrosis ósea. Regularización del borde lingual de la mandíbula.

Foto 14: Sutura



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría.

Sutura punto simple con Hilo Vicryl después de la regularización de la cara lingual de la mandíbula, irrigación y limpieza con suero fisiológico; se controla hemorragia se establece hemostasia y se procede a suturar.

Foto 15: Técnica anestésica, lado derecho

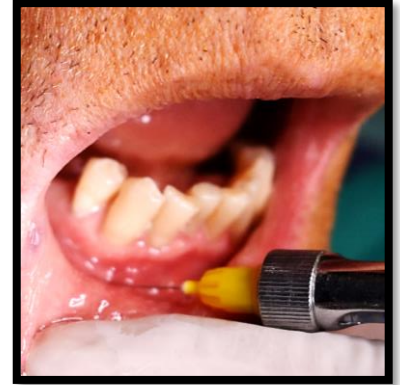
a)



b)



c)



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría.

Técnica de anestesia Troncular: a) Nervio Dentario inferior, b) Lingual y c) Mentoniano. Anestésico elegido: Articaina al 4%.

Foto 16: Incisión



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría.

Ejecución de incisión festoneada desde espacio endente a la altura del molar de lado derecho hasta la cara distal del incisivo lateral inferior derecho.

Foto 17: Levantamiento de colgajo



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría.

Levantamiento de colgajo con Legra, de lado derecho. Exposición de Torus Mandibular de lado izquierdo de tipo único nodular, próximo a desgaste con Pimpollo.

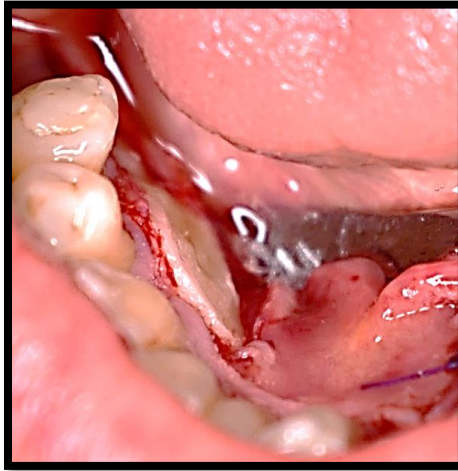
Foto 18: Desgaste de Torus Mandibular lado derecho.



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría.

Desgaste del torus con fresa carburo tungsteno y abundante irrigación para impedir necrosis ósea.

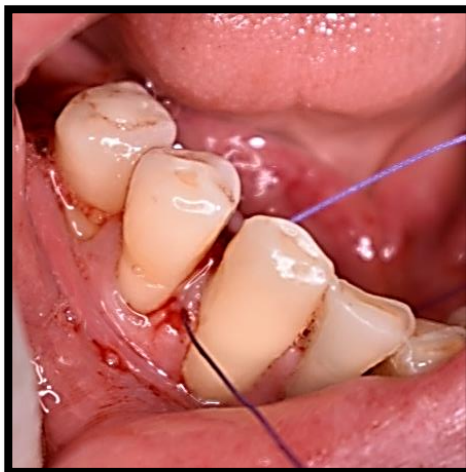
Foto 19. Desgaste completo del Torus Mandibular.



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría.

Regularización del borde lingual de la mandíbula.

Foto 20: Sutura



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría.

Sutura punto simple con material Vicryl después de la regularización de la cara lingual de la mandíbula, irrigación y limpieza con suero fisiológico; se controla hemorragia se establece hemostasia y se procede a suturar.

Foto 21: Finalización exéresis



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría

Exéresis total de torus mandibular bilateral de tipo único nodular en cada hemiarcada a la altura de premolares.

Foto 22: Acondicionador de tejidos.



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría

Uso de acondicionador de tejidos previo a la adaptación de la prótesis inmediata removible.

Foto 23: Adaptación de Prótesis inmediata removible



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría

Pulido de exceso de acrílico y zonas de presión excesiva para una correcta adaptación.

Foto 24: Prótesis Removible adaptada



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría

Adaptación de la prótesis inmediata, recuperación de función masticatoria contiguo del acto quirúrgico.

Foto 25: Fotografía de Control



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría

Se observa recuperación completa de los tejidos blandos, buena cicatrización. Línea de la cara interna mandibular simétrica, si restos de esquirlas óseas que puedan alterar el resultado pronosticado.

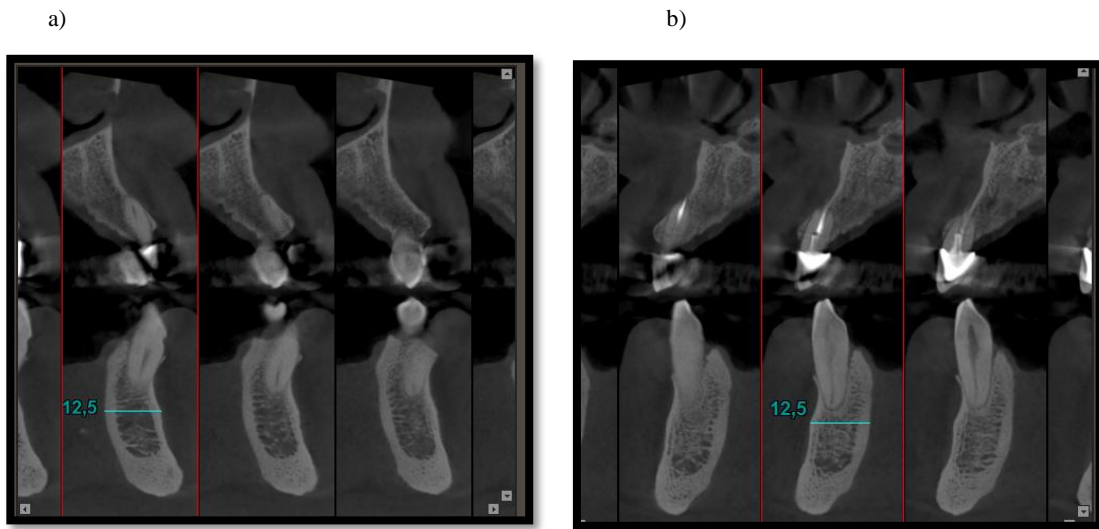
Figura 7: Corte Axial



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría

Corte Axial. Se observa correcta y completa eliminación de Torus Mandibular Bilateral sin necrosis o pérdida ósea post cirugía. Se eliminó 4mm de lado derecho e izquierdo que pertenecían a la lesión.

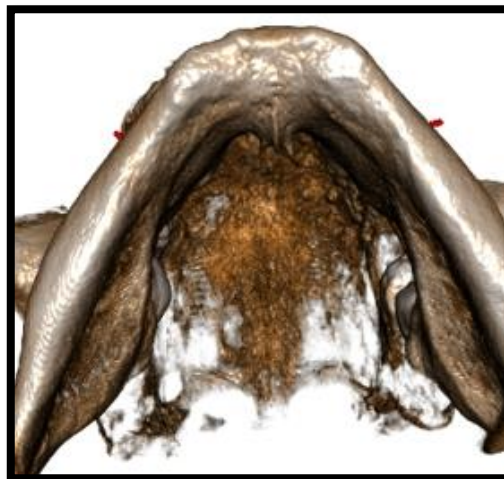
Figura 8: Corte Transversal



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría

Se observa correcta y completa eliminación de Torus Mandibular Bilateral sin necrosis o pérdida ósea post cirugía.

Figura 9: Reconstrucción 3D



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Jeniffer Vélez Echeverría

Se observa correcta y completa eliminación de Torus Mandibular Bilateral sin necrosis o pérdida ósea post cirugía. Disminución del espesor de la cortical ósea.

Figura 10: Diagnostico Imagenológico

Paciente: Marcos López Guitian
Edad: 63 años.
Referido por: Dr(a). Jennifer Vélez
Estudio: TOMOGRAFÍA DE HAZ CÓNICO.

Paciente que acude para estudio de tomografía de haz cónico. Al volumen de adquisición se observa:

- Pieza 21: Material de obturación endodóntica homogéneo y levemente corto respecto a la longitud radicular total, quedando un corto trayecto de conducto libre. Ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal del tercio apical.
- Pieza 42: Material de obturación endodóntica homogéneo y sobrepasado del límite apical. Comparado con el estudio previo, se puede apreciar una disminución de la densidad tomográfica del hueso periférico al material endodóntico, con lo cual se puede presumir que la lesión osteolítica incrementa su tamaño, acompañado de la persistencia del Ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.

Fuente: Propia de la investigación
Autor: Centro radiológico Dentaimagen