

Remoção de Grande Toro Palatino: Relato de Caso

Diego Thiers Oliveira Carneiro ^{1,*}, Adália Ribeiro Lima ², João Rodrigo Silva de Sousa ³, Sávio Germano Victor Carvalho ²

¹ Post-graduate Program in Pathology, Federal University of Ceara, Fortaleza, CE, Brazil.

² Ateneu University Center - UNIATENEU, Fortaleza, CE, Brazil.

³ Christus University Center - UNICHRISTUS, Fortaleza, CE, Brazil.

* Correspondência: diego_thiers@hotmail.com.

Resumo: Tórus são crescimentos ósseos benignos comumente encontrados na boca, particularmente no palato duro, maxila e na região vestibular ou palatina do processo alveolar, ou na face lingual da mandíbula acima da linha milo-hióidea. Eles são mais comuns em mulheres e indivíduos de ascendência asiática. O caso clínico aqui apresentado ilustra a remoção de um grande toro lobular palatino em um paciente do sexo masculino de 67 anos, realizada em regime ambulatorial. O acesso cirúrgico foi realizado através de retalho mucoperiosteal em formato de “Y” devido à extensão para região posterior. Após a retirada da exostose, foi realizada sutura com colocação de dreno cirúrgico. Quinze dias após a cirurgia, o paciente não apresentava sinais de necrose tecidual.

Palavras-chave: Tórus; Cirurgia oral; Reabilitação oral.

Citação: Carneiro DTO, Lima AR, Sousa JRS, Carvalho SGV. Remoção de Grande Toro Palatino: Relato de Caso. Brazilian Journal of Dentistry and Oral Radiology. 2023 Jan-Dec;2:bjd29.

doi: <https://doi.org/10.52600/2965-8837.bjdor.2023.2.bjd29>

Recebido: 8 Agosto 2023

Aceito: 31 Agosto 2023

Publicado: 23 Setembro 2023

1. Introdução

Os tórus são projeções ósseas benignas que são frequentemente encontradas na cavidade oral. Eles podem ser localizados no palato duro, na maxila, e na região vestibular ou palatina do processo alveolar ou na mandíbula pela face lingual e acima da linha milo-hióidea [1]. São mais prevalentes em mulheres e em pessoas com ancestralidade asiática [2]. A etiologia dos tórus é desconhecida, porém, estudos recentes relataram que o surgimento pode estar intimamente relacionado com a hereditariedade e fatores ambientais.

O tórus palatino é assintomático e clinicamente, apresenta-se com formas e tamanhos variados sendo classificados em três tipos: alongado, plano, nodular e lobular. O aspecto clínico do padrão alongado apresenta -se como uma crista na linha média com comprimento variável, podendo estender-se da papila incisiva até a região posterior do palato duro. O plano é caracterizado por uma exostose leve, suave de convexidade na linha média de tamanho variável e é simetricamente distribuída na rafe mediana. O tórus do tipo nodular apresenta duas ou mais protuberâncias que se aglutinam, formando sulcos entre elas e suas protuberâncias apresentam bases individuais. O aspecto lobular possui uma estrutura óssea relativamente grande com uma base única sésil ou pediculado.

Radiograficamente, os tórus palatinos apresentam-se como áreas radiodensas que exibem radiopacidade mais acentuada do que o osso circundante. Microscopicamente, observa -se uma massa de osso cortical lamelar denso, alternado, esporadicamente por uma zona interna de osso trabecular. Por suas características típicas a grande maioria dos casos são diagnosticados na consulta clínica. Em algumas situações é necessário um tratamento cirúrgico para a remoção do tórus palatino com, por exemplo: tórus com grandes dimensões, traumas recorrentes na mucosa fina que recobre a exostose óssea e, principalmente a indicação protética. Mas é considerado também a remoção cirúrgica pela necessidade do paciente [3]. O presente artigo evidenciou um caso clínico de remoção cirúrgica de tórus palatino com acesso em “Y” com indicação cirúrgica pré-tratamento reabilitador protético.



Direitos autorais: Este trabalho está licenciado sob uma Licença Internacional Creative Commons Atribuição 4.0 (CC BY 4.0).

2. Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, 67 anos de idade, foi encaminhado para procedimento cirúrgico de remoção de tórus palatino, pois necessitava de tratamento reabilitador protético do tipo prótese total superior. O paciente relatou que o tempo de desenvolvimento seria cerca de 20 anos, apresentou um crescimento lento e sem dor. Foi realizado uma tomografia computadorizada cone beam da maxila para que pudesse visualizar a extensão e inserção da exostose. No exame de imagem, foi evidenciado que o paciente apresentava uma reabsorção alveolar generalizada, exostose no palato duro de base sésil, formato lobular com a mucosa de aspectos fisiológicos e estruturação delgada.

Para a execução do procedimento o paciente foi preparado previamente com antissepsia extraoral com clorexidina a 2% e antissepsia intraoral com clorexidina 0,12% seguido de aposição de campo cirúrgico estéril. O bloqueio anestésico foi realizado no nervo nasopalatino e do nervo palatino maior bilateralmente. A incisão cirúrgica foi realizada no formato de "Y". Após o descolamento mucoperiosteal cuidadosos visto a espessura delgada da mucosa o tórus foi completamente exposto. Com o objetivo de remover a exostose foi realizado a osteotomia com brocas de desgaste óssea seccionado previamente os lóbulos. Após a remoção total da estrutura óssea o retalho mucoperiosteal foi suturado em seu local anatômico de referência. Após o procedimento cirúrgico, a prótese provisória foi instalada como goteira interpondo uma fina camada de cimento cirúrgico. Após um período de 15 dias a mucosa apresentava-se bem aderida, com indícios claros de cicatrização com ausência de necrose tecidual (Figura 1).

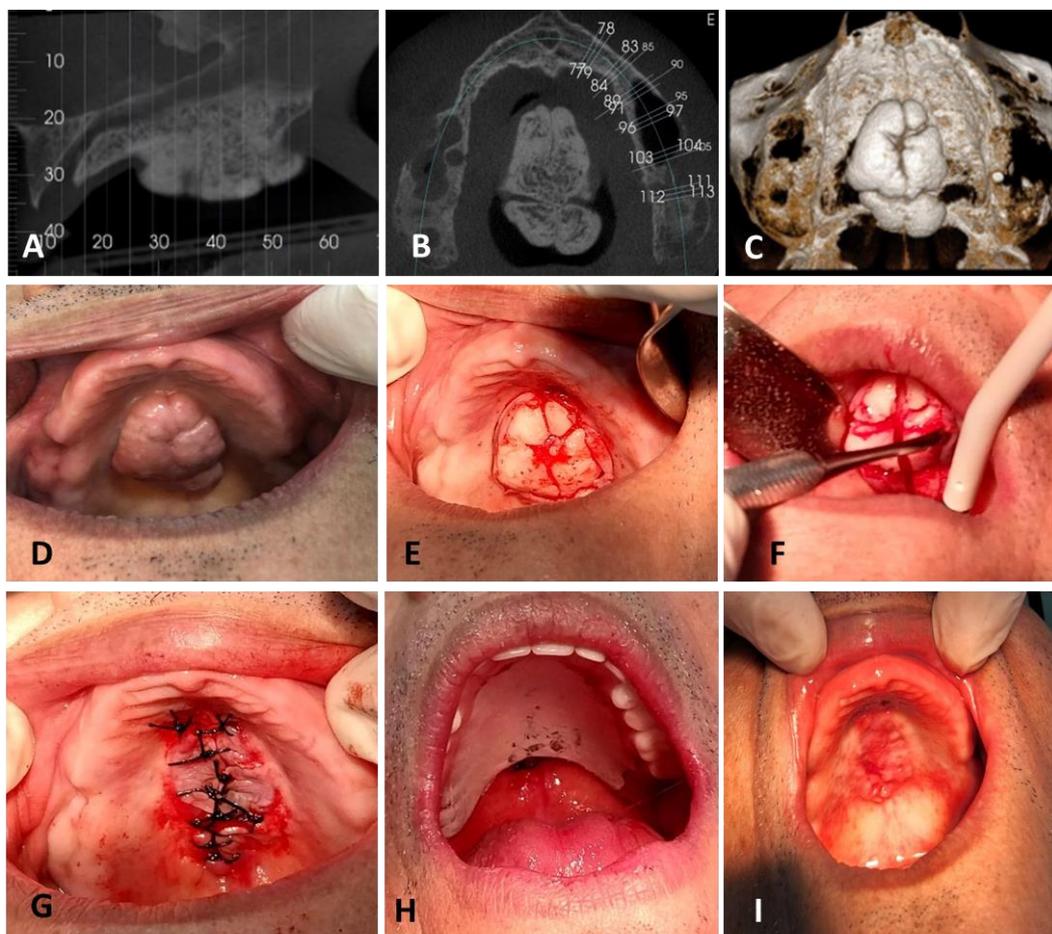


Figura 1: A. Aspecto tomográfico da lesão em corte sagital. B. Aspecto tomográfico da lesão em corte coronal. C. Reconstrução 3D do tórus palatino. D. Aspecto clínico inicial. E. Exposição da exostose óssea após o descolamento mucoperiosteal. F. Secção óssea do tórus realizada com broca cirúrgica. G. Aspecto pós-operatório imediato. H. Aspecto pós-

operatório imediato com a goteira cirúrgica e cimento cirúrgico. I. Aspecto pós-operatório de 15 dias.

3. Discussão

Tórus palatino é caracterizado por uma protuberância óssea benigna localizada na linha média do palato, sendo sua maior prevalência no sexo feminino [1]. A etiologia para o desenvolvimento do tórus é ainda desconhecida. Porém, estudos recentes relataram que sua prevalência pode estar intimamente relacionada com a hereditariedade e fatores ambientais, que incluem hábitos alimentares, uso de medicações como a fenitoína e o estado nutricional do paciente [3]. Os tórus possui crescimento lento, mas progressivo. A taxa de crescimento é maior entre a segunda e a terceira década de vida do paciente [4,5].

A classificação do tamanho do toro palatino se dá a partir do formato e da altura da base ao pico, apresentando as seguintes medidas: pequeno (0 a < 3 mm), médio (3 a < 5 mm) e grande (\geq 5 mm) [1]. Geralmente, os tórus são assintomáticos e sua indicação cirúrgica está intimamente relacionada com o tratamento reabilitador protético, fonte doadora de enxerto ósseo em cirurgia de implantes ou por vontade do paciente. Porém, há alguns outros motivos para a indicação cirúrgica, como, por exemplo, limitação da mastigação, úlcera traumática, retenção de alimentos no local, alta sensibilidade e distúrbios da fala [3].

Quando se refere à dificuldade de estabilidade de uma prótese, o único tratamento é a excisão cirúrgica, como também, em casos de ulcerações, disfagia e trauma local, sendo a cirurgia com anestesia local [6] e reposicionamento de retalho que podem ser confeccionadas em quatro tipos: incisão em “Y” ou duplo “Y”, incisão semilunar com base lateral, incisão de espessura completa e incisão modificada [6]. Na ocasião do caso clínico optou-se pela incisão em “Y” visto que a estrutura da lesão se estendia até os limites do palato mole muito embora sua base estivesse em palato duro. Incisões feitas em Y, é a incisão mais usada devido à ampla exposição que oferece e por minimizar os riscos de lesões nos nervos nasopalatino e palatino maior [7]. Após a confecção do retalho é necessário que o descolamento mucoperiosteal seja realizado com muita cautela para evitar a laceração tecidual (Antoniaedes, 1998). É importante também ser cauteloso durante a osteotomia para que se evite a comunicação buconasal [7].

4. Conclusões

O caso clínico evidencia uma remoção de tórus palatino de um paciente com indicação de reabilitação protética com prótese total. A remoção cirúrgica do tórus foi o tratamento de primeira com a escolha individualizada do acesso cirúrgico devendo ser cauteloso na etapa de osteotomia da exostose.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: Afirmamos que o participante consentiu com a pesquisa ao endossar um documento de consentimento claro, e a investigação aderiu aos padrões éticos delineados na Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Materiais Suplementares: Nenhum.

Referências

1. Jeong CW, Kim KH, Jang HW, Kim HS, Huh JK. The relationship between oral tori and bite force. *The Journal of Craniomandibular & Sleep Practice*. 2018. Doi: 10.1080/08869634.2017.1418617.
2. Hanafi A, Alweis R. Images in medicine: torus palatinus. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*. 2019; 9:4, 367-368. Doi: 10.1080/20009666.2019.1643219.
3. Kün-Darbois JD, Guillaume B, Chappard D. Asymmetric bone remodeling in mandibular and maxillary tori. *Clin Oral Invest*. 2017 February. Doi:10.1007/s00784-017-2080-8.

4. Limongelli L, Tempesta A, Capodiferro S, Maiorano E, FÁvia G. Oral maxillary exostosis. *Clinical Case Reports*. 2019; 7:222–223. Doi: 10.1002/ccr3.1918.
5. Lai WS, Wang HW. Nodular Torus Palatinus. *The Journal of the American Osteopathic Association*. 2016 july; 116, 7. Doi:10.7556/jaoa.2016.100.
6. Carvalho RWF, Falcão PGCB, Antunes AA, Campos GJL, Vasconcelos BCE. Guided Surgery in Unusual Palatal Torus. *The Journal of Craniofacial Surgery*. 2012; 23:2. Doi: 10.1097/SCS.0b013e31824cd7d9.
7. Chacko JP, Joseph C. Modified Palatal Flap – A Simpler Approach for Removal of Palatal Tori. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010;68:943-4. 10.1016/j.joms.2009.04.009.