

## EXOSTOSIS PALATINA FAMILIAR

### EXOSTOSES PALATINE FAMILY

José Luis- D'Addino<sup>1a</sup>, María Mercedes-Pigni <sup>1b</sup>, Adriano-Sorace <sup>1c</sup>

#### Resumen

Los torus se consideran excrescencias no neoplásicas, las cuales se localizan en los maxilares y dependen del tejido óseo. Nuestro objetivo es presentar un caso de torus palatino con asociación familiar en una paciente femenina de 48 años. Se realizó un estudio retrospectivo considerando la cirugía realizada en un Hospital General. Hemos utilizado un colgajo de mucosa oral como injerto libre y los resultados han sido satisfactorios. Enfatizamos la necesidad de familiarizarse con estas lesiones para no incurrir en estudios innecesarios al pensar en neoplasias del piso de la boca. KIRU. 2016 jul-dic; 13(2): 176-178.

**Palabras clave:** Exostosis Múltiple Hereditaria (Fuente: DeCS BIREME).

#### Abstract

Torus is considered non-neoplastic exostoses, which may be located in both maxillary bones and depends of the bone tissue. Our objective is to present a case of torus palatinus in association with familiar torus in a 48 year-old female patient. We underwent a retrospective study considering the surgery made in a General Hospital. We used a mucosa free flap and the result was satisfactory. We emphasize the need of keeping in mind the main characteristic of this lesion to avoid unnecessary studies of differential diagnosis with cancer in the oral cavity. KIRU. 2016 jul-dic; 13(2): 176-178.

**Key Words:** Exostoses, Multiple Hereditar (Source: MeSH NLM).

<sup>1</sup> Hospital Municipal de Vicente López. Bs. As., Argentina.

<sup>a</sup> Jefe del Servicio de Cirugía General.

<sup>b</sup> Fellow en Cirugía de Cabeza y Cuello.

<sup>c</sup> Jefe de Médicos Residentes.

#### Correspondencia

Dr. José Luis D'Addino

Dirección: Adolfo Alsina 1991 (1602) Florida. Bs. As. Argentina.

Correo Electrónico: jldaddino@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

La exostosis (Torus) es una protuberancia ósea no neoplásica que posee histopatología de tejido óseo cortical, escasa médula ósea y se encuentra cubierto por una fina mucosa pobremente vascularizada de unos 6 mm de espesor promedio. La prevalencia global se calcula entre 12 y 26% pero ésta varía mucho dependiendo del grupo étnico que sea estudiado o escrutado. En Corea, se halló en un 24,1% de la población, en Iowa en el 16% y en esquimales en el 60 al 80%, siendo esta última la mayor prevalencia del mundo. No hay diferencia significativa de género; la edad promedio es de 30 años <sup>(1)</sup>. No existe una etiología definida para el desarrollo de este tipo de lesiones; se han descripto el bruxismo, la mala oclusión, etc. También fueron descriptos casos de torus en varios miembros de una familia, que se transmitirían de una manera autosómica dominante <sup>(2)</sup>.

#### CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 48 años que consulta por formación en paladar duro, la que le produce dislalia y molestia en la deglución (figura 1). Refiere que su madre, fallecida, padeció de una patología similar con esa localización (posee una foto de la

lesión que por ser de mala calidad, no incluimos en la presentación), operada hace 40 años y su abuela, también fallecida, presentaba la misma lesión pero nunca se intervino quirúrgicamente.

Luego de la anamnesis, inspección y palpación, se solicitaron estudios de rutina que resultaron normales, una tomografía computada con corte axial y coronal y reconstrucción tridimensional la cual evidenció la lesión del paladar duro (figura 2).



Figura 1. Torus palatino prequirúrgico

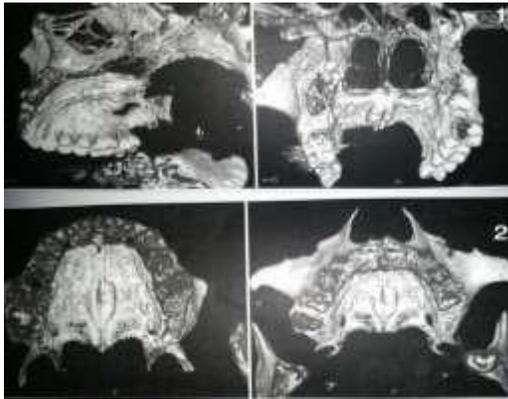


Figura 2. (1 y 2) Reconstrucción tridimensional tomográfica del torus

Se interpretó como torus palatino único, medial, nodular y con mucosa conservada pero con una pequeña úlcera. Se decidió la conducta quirúrgica y, bajo anestesia general con intubación nasotraqueal, se procedió a la resección de la exostosis palatina. Previo a la resección ósea con escoplo y fresado de los bordes, se envió la mucosa palatina que contenía una ulceración central a biopsia por congelación y el resultado fue una úlcera crónica sin signos de malignidad. Se tomó mucosa oral de la cara lateral de la lengua y luego de cerrar el lecho dador, se injertó sobre el área receptora (figura 3).



Figura 3. (1) Exostosis ósea. (2) Resección ósea. (3) Injerto mucoso capitonado

Las suturas se realizaron con material reabsorbible. Dejamos un capiton de gasa que se retiró a las 96 horas. La paciente fue externada sin morbilidad por el procedimiento en 24 horas. La evolución fue favorable tanto en el lecho dador como en el receptor (foto 4).



Figura 4. Post operatorio al 7° día.

El informe anatomopatológico de la muestra reveló: tejido óseo denso con un patrón laminado, compuesto por hueso maduro, osteocitos con pequeños espacios llenos de médula gruesa y fibrovascular. Torus palatino.

## DISCUSIÓN

El torus palatino en la línea media es el más conocido y el de mayor frecuencia de presentación. Hay casos en que se presenta asociado con otras exostosis en maxilar inferior.

Desde el siglo pasado, diferentes autores como Fox y Danniels trataron de definir el torus desde el punto de vista clínico e histopatológico mientras que para los años '50 Woo lo hace de acuerdo a su localización. Desde fines de los '80 se reconoce al torus como protuberancias o exostosis que se encuentran en forma localizada en la región bucal<sup>(3)</sup>. A pesar de su etiología desconocida, se formularon distintas teorías multifactoriales especialmente en los años '90. En un 30% de los casos, tiene una base genética, como en nuestra paciente. Algunos autores citan que se transmite de manera autosómica dominante y existiría una alta frecuencia en parientes homocigotas. Dentro de las causas externas que producirían el torus, cabe mencionarse obstrucción de la vía aérea superior, apnea del sueño, bruxismo, mal oclusión dentaria que altera los músculos masticatorios que son antagónicos de los constrictores de la faringe, estrés oclusivo, injurias superficiales alveolares, ingesta crónica de alimentos blandos, etc<sup>(1,2,3)</sup>.

Estas protuberancias, de lento crecimiento, pueden sufrir fenómenos de remodelación con reabsorción y crecimiento. Se pueden clasificar según su tamaño, localización y número. Lo más común es citarlas por su localización como: palatinas, mandibulares, zonas múltiples, etc. También se pueden clasificar por su forma y se dividen en planas, fusiformes, nodulares y lobulares. De acuerdo al número pueden ser únicas o múltiples, unilaterales o bilaterales<sup>(1,4)</sup>.

Habitualmente en su crecimiento no comprometen la mucosa la cual se encuentra intacta, en ocasiones se la evidencia más pálida que el resto de la cavidad oral.

Pueden ser estudiados con una radiografía oclusal, panorámica de maxilares, pero el gold estándar es la Tomografía computada, con cortes axiales y coronales y reconstrucción 3D.

Es fácilmente evidenciable el hueso compacto con radiopacidad uniforme <sup>(5)</sup>.

La histopatología los describe como excrescencias nodulares exofíticas del hueso cortical denso y un centro de hueso esponjoso en el cual se pueden observar zonas calcificadas formando bandas delgadas y separadas por espacios ocupados de médula ósea <sup>(6)</sup>.

Cabe citarse como diagnóstico diferencial de esta patología a los abscesos, neoplasias óseas o mucosas, vasculares y de glándulas salivales menores <sup>(7)</sup>. La inspección, palpación, estudios radiológicos y eventualmente una punción biopsia con aguja fina permiten hacer un diagnóstico de certeza.

Las exostosis palatinas se hacen quirúrgicas cuando el enfermo requiere tratamiento protésico y esta lesión interfiere, cuando produce alteración de la fonación, ocasiona traumatismos de la mucosa, ulceraciones o sangrado, cuando se ve comprometida la higiene del paciente, si afecta la estética, si se asocia a procesos infecciosos como una osteomielitis o sospecha de carcinomas <sup>(1 - 3)</sup>.

El tratamiento quirúrgico consiste en la remoción de la protuberancia ósea dejando intacta la arteria palatina y no provocando la comunicación bucosinusal con el seno maxilar o la cavidad nasal. Una vez removido completamente, se puede rellenar con sustituto óseo, cubrir con colgajos rotatorios de mucosa o injertos libres.

En nuestro caso, el injerto libre fue la elección dado que el tamaño de la lesión no permitía un colgajo rotatorio.

## CONCLUSIÓN

El torus palatino es una lesión benigna, con asociación familiar aunque de etiología desconocida. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con otras lesiones orales. Su indicación quirúrgica está determinada cuando existan factores que alteren la masticación o fonación. Luego de la resección completa, una alternativa fácil y con buenos resultados es el injerto de mucosa oral.

**Contribuciones de autoría:** JLD participó en el diseño del estudio, revisión de la literatura y aporte del material de estudio MMP JLD participó en el diseño del estudio, aporte del material de estudio, recolección, obtención de datos y redacción del artículo, AS brindó asesoría técnica, recolección, obtención de datos y redacción del artículo Todos los autores han realizado una versión crítica del artículo y han aprobado su versión final.

## Fuente de financiamiento

Autofinanciado.

## Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

## FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Dutto M. Achenbach RE. Torus mandibular. Rev. Arg. Dermatol. 2012;93 (3):720-723
2. Scriccio M. Mercut V, Mercut R, Birjavanu C, Stan MC, Marinescu JR, Niculescu M, Iorgulescu D, Bataiosu M. Morphological and clinical characteristics of the torus palatinus and torus mandibularis in a sample of young and adults Romanian people. Rom J Morphol Embryol 2016; 57(1):139-144
3. Rodríguez L. Santos M. Medina A. Torus y exostosis óseas. Revisión de la literatura. Acta Odontol Venezolana. 1999;37(2):20-27
4. Smitha K. Smitha GP, Alveolar exostosis-revised: a narrative review of the literature. Saudi J Dent Res. 2015;6(1):67-72
5. Choi Y, Park H, Lee JS y col. Prevalence and Anatomic Topography of mandibular Tori: Computed Tomographi Analysis. J Oral Maxillofac Surg 2012;70:1286-1289
6. García-García AS, Martínez-González JM, Gómez-Font R y col. Current status of the torus palatinus and torus mandibular. Med Oral Patol Cir Bucal 2010;1(15):353-360
7. Alzarea BK. Prevalence and pattern of torus palatinus and torus mandibularis among edentulous patients of Saudi Arabia Clin Interv Aging 2016;24(11):209-213

Recibido: 20-06-16

Aprobado: 04-08-16

**Citar como:** D'Addino J. L, Mercedes-Pigni María, Sorace A. Exostosis palatina familiar. KIRU. 2016;13(2):178-180.