

# Excrecencias óseas en el sistema estomatognático: caracterización clínica y sociodemográfica en un estudio transversal

## Bony outgrowths in the stomatognathic system: clinical and sociodemographic characterization in a cross-sectional study

Eilien Tovío-Martínez <sup>1abc</sup>, Eliana Domínguez Romero <sup>1a</sup>, Samuel Urbano-Del-Valle <sup>2abd</sup>  
<sup>1</sup> Institución Universitaria Visión de las Américas, Medellín, Colombia.  
<sup>2</sup> Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia.  
<sup>a</sup> Odontólogo (a)  
<sup>b</sup> Especialista en Estomatología y Cirugía Oral  
<sup>c</sup> Magister en Educación  
<sup>d</sup> Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial

### RESUMEN

**Objetivos:** Caracterizar clínica y sociodemográficamente las excrecencias óseas en el sistema estomatognático, identificando su prevalencia, distribución anatómica, y posibles factores asociados como antecedentes familiares y parafunciones orales. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y de corte transversal, basado en 178 historias clínicas de pacientes atendidos entre 2020 y 2024 en una consulta privada de estomatología, cirugía oral y maxilofacial en Medellín. Se analizaron variables sociodemográficas, anatómicas, ambientales y antecedentes familiares. La recolección de datos se realizó mediante formulario estandarizado y análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** El 83 % de los pacientes fueron mujeres y el 17% hombres, con una edad media de  $37 \pm 3$  años. El 45% procedía de la región andina. Las excrecencias óseas se localizaron principalmente en la mandíbula (54,7%), seguidas del paladar (31,3%). El diagnóstico más común asociado fue bruxismo (47%). El 81 % de los pacientes reportaron antecedentes familiares de excrecencias óseas. Los principales motivos para la remoción fueron estéticos (41%), desadaptación protésica (33%) y dificultad en la higiene oral (16%). **Conclusiones:** Las excrecencias óseas en el sistema estomatognático fueron más frecuentes en mujeres y en la región mandibular. Se observó una asociación con antecedentes familiares y hábitos parafuncionales como el bruxismo, lo cual sugiere una posible predisposición genética y ambiental. Se requieren estudios adicionales con enfoque prospectivo y análisis genético-nutricional para explorar estas relaciones en mayor profundidad.

**Palabras clave:** Exostosis; Huesos; Mandíbula; Hueso Paladar; Hiperostosis. ([Fuente: DeCS BIREME](#))

### ABSTRACT

**Objectives:** To clinically and sociodemographically characterize bony exostoses in the stomatognathic system, identifying their prevalence, anatomical distribution, and potential associated factors such as family history and oral parafunctional habits. **Materials and Methods:** A retrospective, descriptive, cross-sectional study was conducted using 178 medical records of patients treated between 2020 and 2024 at a private stomatology, oral and maxillofacial surgery practice in Medellín. Sociodemographic, anatomical, environmental variables, and family history were analyzed. Data collection was performed via a standardized form, followed by descriptive statistical analysis. **Results:** Eighty-three percent of patients were female and 17% male, with a mean age of  $37 \pm 3$  years. Forty-five percent originated from the Andean region. Bony exostoses were predominantly located in the mandible (54.7%), followed by the palate (31.3%). The most common associated diagnosis was bruxism (47%). Eighty-one percent of patients reported a family history of bony exostoses. Primary reasons for surgical removal included aesthetic concerns (41%), prosthetic maladaptation (33%), and oral hygiene difficulty (16%). **Conclusions:** Bony exostoses in the stomatognathic system were more frequent in females and the mandibular region. An association with family history and parafunctional habits such as bruxism was observed, suggesting potential genetic and environmental predisposition. Further studies with a prospective design and genetic-nutritional analysis are required to explore these relationships in greater depth.

**Keywords:** Exostoses; Bones; Mandible; Palate; Hard; Hyperostosis. ([Source: MeSH NLM](#))

**Recibido:** 20 de marzo de 2025

**Aprobado:** 22 de abril de 2025

**Publicado:** 30 de junio de 2025

#### Correspondencia:

Eilien Tovío-Martínez  
Correo electrónico: [eilien.tovio@uam.edu.co](mailto:eilien.tovio@uam.edu.co)

© Los autores. Este artículo es publicado por la Universidad de San Martín de Porres (Lima, Perú) Es un artículo de acceso abierto distribuido bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>



## INTRODUCCIÓN

Las excrecencias se presentan como formaciones benignas de tejido óseo que se consideran como protuberancias, crecimientos anormales o variaciones anatómicas siendo las más comunes el torus palatino (TP), mandibular (TM) y las exostosis que consisten básicamente en hueso cortical denso sin médula que están revestidos por una mucosa delgada y poco vascularizada. El TP se conforma de una masa ósea nodular protuberante que crece en relación con la línea media del paladar duro <sup>(1)</sup>, los TM son crecimientos óseos exofíticos ubicados en la región lingual o premolar de la mandíbula y suelen ser bilaterales, morfológicamente varían en tamaño y se clasifican en aplanados, fusiformes, nodulares y lobulados <sup>(2)</sup>. Por otro lado, las exostosis son prominencias óseas, por lo general, tanto en maxilar como en mandíbula, de las mismas características que los torus <sup>(3)</sup>.

Desde el punto de vista epidemiológico las excrecencias óseas presentan un aumento entre finales de la segunda y principios de la tercera década de vida deteniéndose a principios de la cuarta década principalmente, la presencia de estas entre la primera y segunda década de vida es rara. En la literatura se reportan estudios con gran diversidad de grupos étnicos como hispanos, nigerianos, asiáticos, afroamericanos, americanos europeos, caucásicos y nativos americanos los cuales presentan mayor predilección de torus mandibulares <sup>(4-7)</sup>.

Para abordar la etiología de las excrecencias óseas es importante explorar las diversas perspectivas que los expertos han propuesto a lo largo de la historia en donde han planteado diferentes teorías que intentan explicar el origen y el desarrollo de estas. Por un lado, se habla acerca de un componente genético por la transmisión autosómica dominante, así como una proporción relativamente alta de padres homocigotos. Otro enfoque sugiere factores ambientales como el desgaste dental, la pérdida de dientes y la tensión mecánica que intervienen en la remodelación ósea, así mismo, las actividades parafuncionales como el bruxismo, se consideran también los hábitos alimenticios en relación a sustancias presentes en el pescado de agua salada específicamente los ácidos grasos poliinsaturados omega-3, como el ácido eicosapentaenoico (EPA) y el ácido docosahexaenoico (DHA), la vitamina D, el calcio y el fósforo, sin embargo, no se ha realizado un estudio exhaustivo de esta <sup>(5,8)</sup>.

La localización de las exostosis es la superficie bucal de los procesos alveolares superior e

inferior cubiertos por una mucosa lisa y brillante del mismo color o ligeramente más claro que el resto de la cavidad bucal. Por otro lado, los torus son únicos o múltiples situados en la zona lingual del cuerpo mandibular a la altura de los premolares y molares en el caso del TM o hacia la línea media del paladar duro para el TP, recubiertos por una mucosa lisa, brillante, del mismo color que el resto de la cavidad bucal <sup>(1,9)</sup>. Clínicamente estas excrecencias óseas se descubren incidentalmente durante el examen clínico intraoral porque generalmente son asintomáticas; las indicaciones más comunes para la resección quirúrgica son la necesidad de rehabilitación oral, trauma, disfagia u odinofagia o por causas psicológicas <sup>(5,10)</sup>.

Las características imagenológicas de las excrecencias óseas se identifican principalmente en la radiografía panorámica como áreas radiopacas difusas y de forma ovalada, sin embargo, las imágenes bidimensionales no permiten visualizar correctamente las estructuras anatómicas, por lo que se hace necesario el uso de la tomografía computarizada de haz cónico que permite identificar las excrecencias con una densidad similar al hueso de características hiperdensas <sup>(11)</sup>.

El análisis histológico revela que se encuentra hueso trabeculado y hueso cortical maduro sin atipia celular, tanto el torus palatino como mandibular tienen un espesor máximo de 1,67 y 1,16 pulgadas, respectivamente, con distribución de espesor completo, además presentan una cortical ósea nodular con zonas interóseas de menor diámetro que contienen capilares <sup>(12)</sup>. En el diagnóstico diferencial se menciona la aparición de los osteomas, odontomas, fibromas osificantes o cementomas maduros y otras formaciones. El problema subyacente se basa en que en contadas ocasiones los torus son analizados histológicamente después de la resección quirúrgica lo que genera realmente poco conocimiento en relación con la etiología de éstos, no obstante, un factor que se considera importante es la evaluación de los antecedentes familiares y personales <sup>(13)</sup>. Por lo general estas excrecencias no requieren tratamiento, sin embargo, existen casos en los cuales se realiza la remoción de estas como presencia de lesiones ulcerativas en la mucosa, restricción en la función masticatoria, dificultad en la articulación verbal o soporte protésico <sup>(14)</sup>.

Debido a su prevalencia en ciertos grupos demográficos y su potencial impacto en la calidad de vida, las excrecencias óseas representan un tema relevante en salud pública. Aunque generalmente son asintomáticas, pueden alterar funciones como

la masticación y la articulación verbal, lo que en algunos casos requiere intervención quirúrgica. Además, la variabilidad étnica en su frecuencia resalta la necesidad de considerar tanto los factores genéticos como ambientales en su estudio. Comprender estos aspectos puede favorecer una evaluación clínica más precisa y orientar futuras investigaciones en salud bucal. En este contexto, el objetivo de esta investigación es caracterizar clínica y sociodemográficamente las excrecencias óseas en el sistema estomatognático, identificando su prevalencia, distribución anatómica y posibles factores asociados, como los antecedentes familiares y las parafunciones orales, que podrían influir en su aparición y evolución.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño y población del estudio

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal. La población del estudio estuvo conformada por pacientes mayores de edad con diagnóstico de excrecencias óseas (torus palatino, torus mandibular o exostosis) registrados en las historias clínicas de una consulta privada de estomatología, cirugía oral y maxilofacial ubicada en la ciudad de Medellín. Durante el periodo comprendido entre 2020 y 2024, se identificaron 178 casos que cumplieron con los criterios establecidos, los cuales conformaron la muestra total del estudio.

### Criterios de selección

Se incluyeron únicamente aquellos con historias clínicas completas y un diagnóstico documentado de excrecencias óseas, como exostosis o torus mandibular/maxilar. Se excluyeron los registros de pacientes que no alcanzaban la mayoría de edad al momento de la atención, garantizando así la homogeneidad de la muestra. Además, se descartaron historias clínicas con información parcial o datos faltantes sobre las características y localización de las excrecencias óseas. También se excluyó a pacientes con enfermedades metabólicas, genéticas o endocrinas documentadas que pudieran influir en los resultados, dado que estos factores pueden predisponer al desarrollo de anomalías óseas.

### Variables

El estudio se llevó a cabo seleccionando de manera sistematizada aquellos pacientes registrados en la bitácora institucional utilizando las palabras clave “exostosis”, “excrecencia ósea” y “torus mandibular/maxilar”. Posteriormente, se realizó el análisis de las historias clínicas, evaluando variables sociodemográficas como la edad, el sexo y la procedencia; variables anatómicas como la

localización, el tipo y el tamaño de las excrecencias; antecedentes familiares como la predisposición hereditaria; y variables ambientales como la evaluación oclusal y el impacto en la calidad de vida.

## Procedimientos y técnicas

### Instrumentos de recolección de datos

Con el fin de obtener la información necesaria sobre las excrecencias óseas de manera eficiente y sistemática, se decidió utilizar un formulario de registro como herramienta principal.

### Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos se realizó por un equipo de tres investigadores (I1, I2 e I3), quienes previamente participaron en un taller de capacitación y calibración para estandarizar criterios de selección y registro. Durante la calibración se revisaron de forma conjunta 20 historias clínicas piloto, alcanzándose un coeficiente de concordancia kappa  $\geq 0,80$ .

Selección de historias clínicas:

- Revisión de bitácoras: dos investigadores (I1 e I2) accedieron de manera independiente a las bitácoras institucionales para identificar todos los casos posibles.
- Filtrado por términos clave: aplicaron los criterios “exostosis”, “excrecencia ósea” y “torus mandibular/maxilar” para localizar las historias pertinentes.
- Arbitraje: en caso de discrepancia sobre la inclusión de un caso, el tercer investigador (I3) tomó la decisión final.

Registro estandarizado: incluyó un análisis individual y grupal.

Análisis individual: cada historia clínica seleccionada fue examinada por I1 e I2 de forma independiente, registrando datos en un formulario estandarizado que incluía:

- Variables sociodemográficas (edad, sexo, procedencia).
- Datos clínicos y anatómicos (localización, tipo y tamaño de la excrecencia).
- Antecedentes familiares de excrecencias óseas.
- Factores oclusales y funcionales (p. ej., diagnóstico de bruxismo, impacto en calidad de vida).

Análisis grupal: los investigadores compararon sus registros; las diferencias fueron discutidas y resueltas por consenso o vía el tercer investigador.

Verificación de datos:

- Control de calidad: I3 revisó de forma

ciega un 10% aleatorio de los registros para confirmar la fiel transcripción de la información de las historias clínicas.

- Reporte de inconsistencias: cualquier discrepancia detectada se corrigió tras cotejo directo con la fuente original.

### Plan de análisis

Los datos fueron consignados en un formato de registro de recolección de información basándose en las variables estudiadas y se analizaron con el programa SPSS versión 25 para la tabulación y análisis de los datos, los cuales fueron procesados a través de estadísticas descriptivas que trabajan promedios y porcentajes para mejor comprensión de la información recopilada.

### Consideraciones éticas

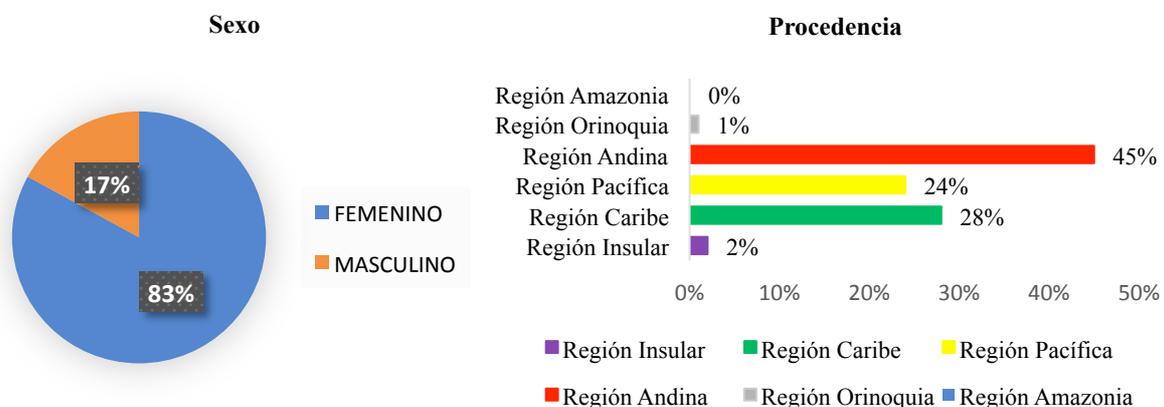
Este estudio se realizó conforme a los principios de la Declaración de Helsinki y a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Dado que se trató de una investigación retrospectiva y descriptiva, basada exclusivamente en la revisión de historias clínicas preexistentes, sin intervención directa sobre los pacientes ni recolección de muestras biológicas, se consideró como una investigación de riesgo

mínimo según el artículo 11 de dicha resolución, y por tanto exenta de requerir aprobación por parte de un comité de ética externo.

La revisión se efectuó a partir de registros clínicos provenientes de una consulta privada de estomatología y cirugía oral, en la cual los autores ejercen actividad profesional. Para proteger la privacidad de los pacientes, los datos fueron anonimizados y codificados, eliminando cualquier información que permitiera su identificación. Solo el equipo investigador tuvo acceso a los datos, en un entorno controlado. El estudio fue diseñado bajo estrictos criterios de confidencialidad y respeto por la integridad de los pacientes, garantizando en todo momento el manejo ético y responsable de la información.

### RESULTADOS

Se obtuvieron 178 historias clínicas con diagnóstico de torus mandibular, maxilar o excrecencias óseas, 83% (n=113) de los pacientes eran mujeres y 17% (n=65) eran hombres. La edad media fue de  $37 \pm 3$  años cuya procedencia en su mayoría fueron de la región andina con un 45%, seguida de la región caribe con un 28%, y ninguno procedía de la región amazónica (Figura 1).

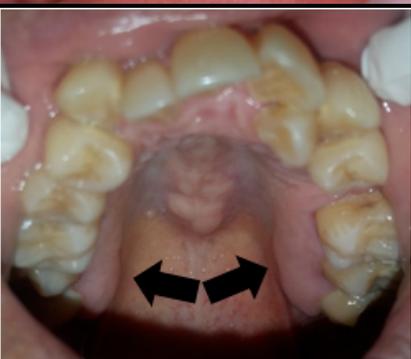


**Figura 1.** Distribución de la población según sexo y lugar de procedencia, destacando las principales características demográficas del grupo en estudio

El sitio de mayor prevalencia de las excrecencias óseas fue a nivel mandibular (54,7%), seguido de región palatina (31,3%), la exostosis vestibular (11,8%) y por último la exostosis palatina (2,2%) (Tabla 1). La cual detalla no solo la frecuencia de presentación de cada tipo de excrecencia, sino también su

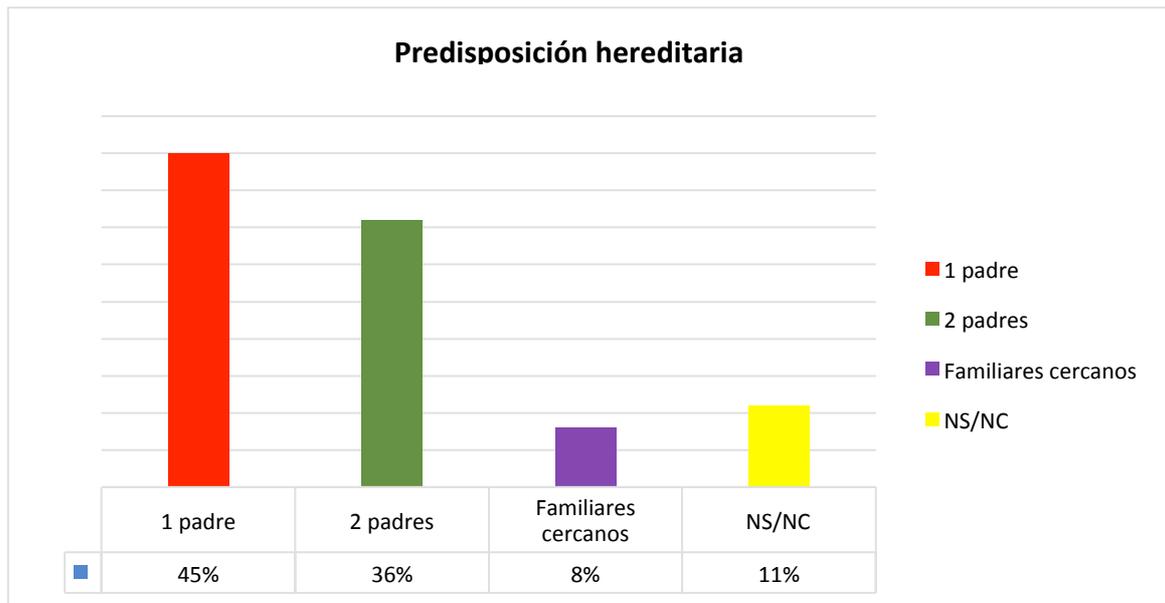
localización anatómica precisa, características morfológicas (como si son unilobuladas o multilobuladas) y los rangos de tamaño aproximado, información que resulta clave para su reconocimiento clínico y diagnóstico diferencial.

**Tabla 1.** Excrecencias óseas por región anatómica de la población de estudio

| Tipo                                | Sitio anatómico o localización   | Tamaño aproximado                      | Imagen  |
|-------------------------------------|--|--|---|
| <b>Torus palatino</b>               | Rafe medio palatino de 1 a 2 cm aproximadamente de distancia de las rugas palatinas y 0,5 a 1 cm de distancia del paladar blando, uni o multilobulado.             | Desde 1 a 3 cm de altura por anchura.  |    |
| <b>Torus mandibular</b>             | Tabla ósea lingual de la mandíbula, en su gran mayoría bilateral, usualmente entre los caninos al primer molar inferior, yendo desde unilobulado a multilobulados. | Desde 0,5 y 4 cm de altura por anchura |    |
| <b>Exostosis bucal o vestibular</b> | Distribuidos en toda la tabla ósea bucal o vestibular de ambos maxilares, bilateral.   | Desde 2,0 a 4 cm                       |   |
| <b>Exostosis palatina</b>           | Tabla ósea palatina del maxilar, usualmente bilateral y en zona de molares superiores hacia la tuberosidad   | Hasta de 4 a 5 cm                      |  |

En la variable de antecedentes familiares, se examinó la predisposición hereditaria asociada a estos antecedentes, en donde se encontró que al menos uno de los padres presentó

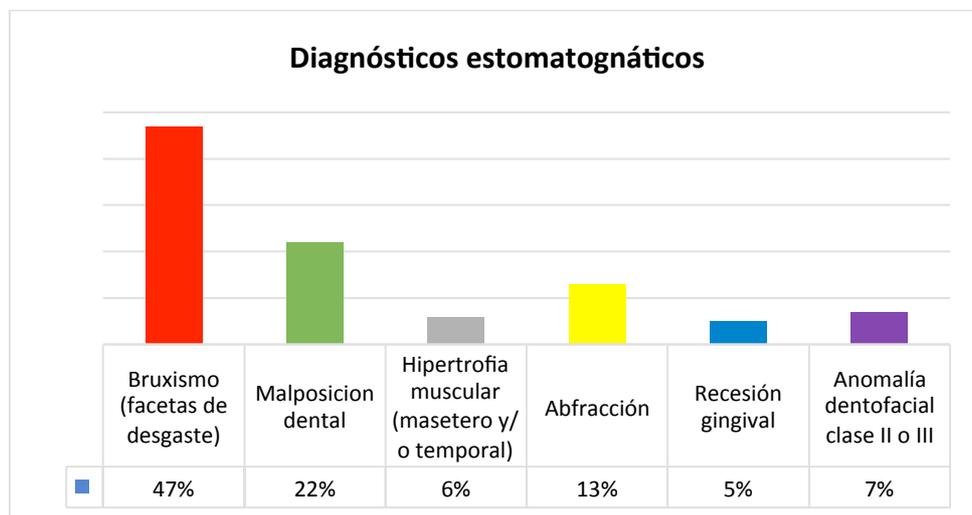
excrecencias óseas en cavidad oral con un 45%, seguido de los dos padres con un 36%, por otra parte, el 11% no sabían o no conocían del tema (Figura 2).



**Figura 2.** Porcentaje de pacientes con antecedentes familiares que indican predisposición hereditaria a excrecencias óseas.

Con respecto a la evaluación estomatognática el diagnóstico principal presentado fue el bruxismo en el 47% de los pacientes, los cuales estuvieron atendidos con una placa neuromiorrelajante y en algunos casos en adición a toxina botulínica; seguido por la

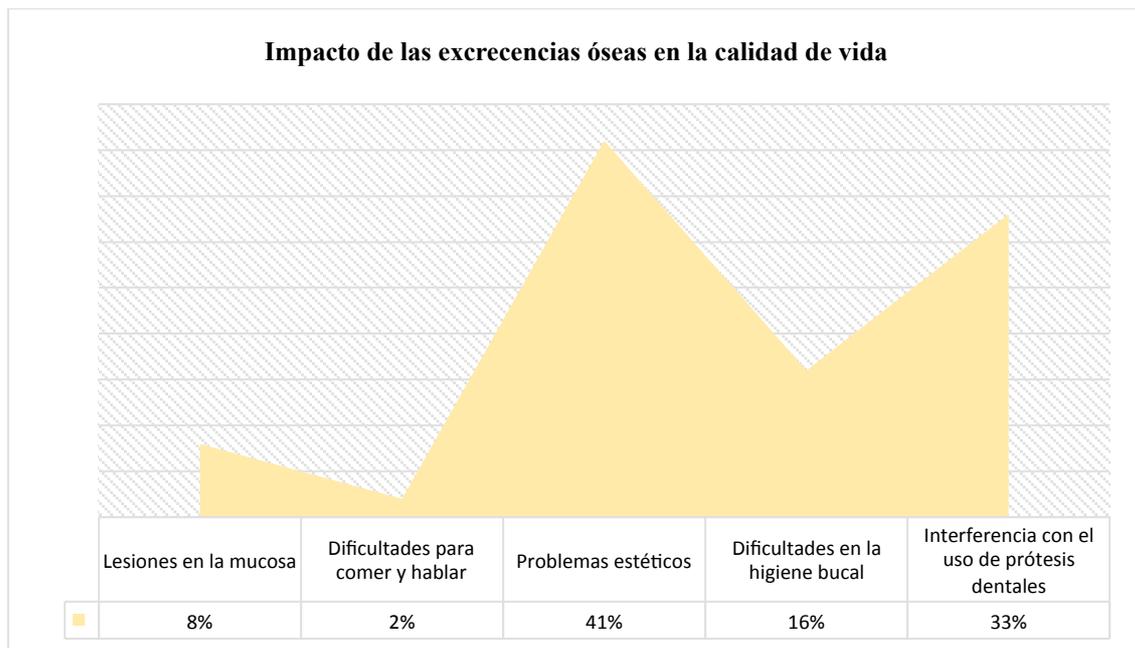
malposición dental con un 22%, siendo tratados con ortodoncia, seguido del 13 % de pacientes con diagnóstico de abfracción y solo un 5 % presentaron recesión gingival (Figura 3).



**Figura 3.** Distribución de los principales diagnósticos estomatognáticos en la población evaluada, con referencia a los tratamientos aplicados.

Entre los factores que influyen en la relación entre las excrecencias óseas y el impacto en la función estomatognática de los pacientes, por los cuales se realiza la remoción, se identificaron los siguientes: problemas

estéticos (41%), desadaptación de las prótesis dentales (33%) y dificultades en la higiene bucal (16%). Solo un 2% mencionó dificultades para comer y hablar (Figura 4).



**Figura 4.** Factores asociados al impacto de las excrecencias óseas en la calidad de vida, incluyendo aspectos estéticos, funcionales y relacionados con la salud oral

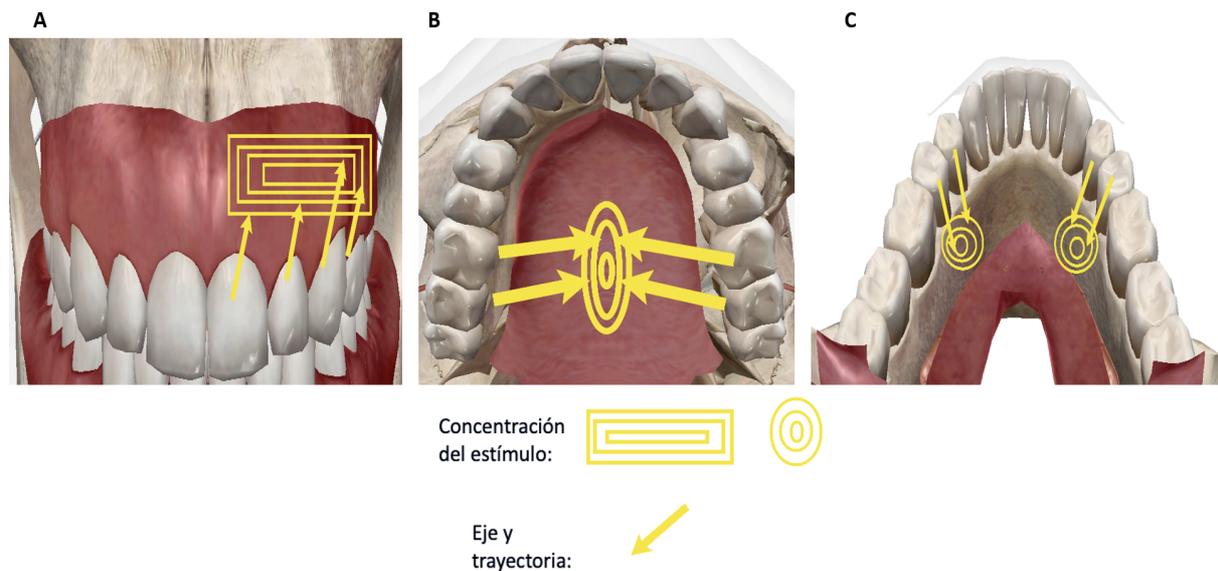
## DISCUSIÓN

Autores como Tai y cols afirman que la etiología de los TM sigue siendo desconocida, pero las posibles causas incluyen factores genéticos, traumatismos, hábitos alimentarios y condiciones sistémicas. Una etiología multifactorial es ampliamente reconocida, es decir, una combinación de factores genéticos, ambientales, nutricionales y procesos inflamatorios <sup>(15)</sup>.

Dou y cols, indicaron que los torus mandibulares contienen un grupo de células madre mesenquimales diferentes al resto, con potencial de diferenciación al tejido adiposo y disminución del tejido óseo comparado con otras partes del hueso normal, por otro lado, al suprimir la función de las señales de Notch3, tiene un papel importante en el crecimiento óseo para la formación de torus, debido a que puede contribuir en parte al crecimiento óseo del torus mandibular condicionado por el proceso de diferenciación osteogénica regulada por las células madre mesenquimales en la mandíbula <sup>(9)</sup>. Aunque en el presente trabajo no se realizaron análisis genéticos para estudiar la información genómica de la población en estudio, se evaluaron los antecedentes familiares, los cuales proporcionan una perspectiva sobre la susceptibilidad genética de los individuos. Cabe destacar que, al tratarse de un auto-

reporte del paciente, los resultados pueden estar sesgados debido a la dependencia de la memoria del paciente y la información proporcionada por su familia.

Clínicamente la fuerza muscular, la presión de masticación y el número de dientes presentes parecen estar relacionados con la formación de dichas excrecencias que pueden formarse debido a las fuerzas que actúan sobre las crestas alveolares tanto superiores como inferiores <sup>(16,17)</sup>. En estudios de Chang y cols, Lease y cols en el 2021 afirman que se trata de una respuesta ósea de carácter protector y compensatorio a la sobrecarga oclusal en las zonas más vulnerables por lo que un aumento en el tamaño de la cortical mandibular puede tratarse de un signo patognomónico del patrón neuromuscular relacionado con el bruxismo, asociado a fracturas dentales, facetas de desgaste, abfracciones, crenaciones, línea alba y morsicatio buccarum <sup>(2,5)</sup> (Figura 5). Tanto Jeong y cols, Lee y cols como Muñuzuri y cols demostraron en sus investigaciones que el estrés que incurre en el inicio de un patrón de bruxismo, abrasión e hipermastocación parece ser uno de los factores más relacionados a la aparición de excrecencias óseas <sup>(18-20)</sup>, tal y como se evidencia en el presente trabajo en el que el 47 % de los pacientes tenían como diagnóstico de base bruxismo y todas las características clínicas asociadas a éste.



**Figura 5A:** Fuerza axial y centrífuga; **5B:** Distribución de las fuerzas en una trayectoria centrípeta; **5C:** Fuerza en sentido axial y centrípeta.

Otra de las causas relacionadas con las excrecencias óseas son los factores nutricionales asociados al consumo de vitamina D y ácidos grasos poliinsaturados en la que los depósitos por encima de los valores normales 20-40 ng/ml incurren, desde el punto de vista metabólico, en una mayor hiperactividad metabólica que aumenta el depósito de éstos a necesidad del individuo <sup>(21)</sup>. Así mismo algunos estudios han planteado hipótesis relacionadas a la ingesta de ciertos alimentos como el pescado de agua salada con el desarrollo de las excrecencias, por su alto contenido de nutrientes esenciales como el calcio, fósforo, vitamina D, en el fortalecimiento de estructuras óseas <sup>(8)</sup>. A pesar de que no se llevó a cabo el estudio de las variables nutricionales en esta investigación, se pudo establecer que el 54 % de la población estudiada venía de procedencia costera como los son la región insular, caribe y pacífica, lo que podría contemplar la posibilidad de que tenga cierta relación con lo que plantea la literatura. Son necesarios más estudios que demuestren este planteamiento.

Esta investigación presenta varias limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, al ser un estudio retrospectivo, la calidad de los datos dependió de la precisión y completitud de las historias clínicas, lo que podría haber introducido sesgos de selección, especialmente si algunos registros estaban incompletos o no

documentaban adecuadamente las características de las excrecencias óseas. Además, el enfoque en una única consulta privada de estomatología y cirugía oral y maxilofacial en Medellín puede limitar la generalización de los hallazgos a otras poblaciones o contextos clínicos. La exclusión de pacientes con enfermedades metabólicas, genéticas o endocrinas también podría haber reducido la diversidad de la muestra, limitando así la evaluación de la influencia de estos factores en la aparición de excrecencias óseas. Asimismo, la falta de análisis genéticos y nutricionales impide una comprensión más profunda de las interacciones entre factores genéticos y ambientales en la etiología de las excrecencias.

Para futuros estudios, se recomienda realizar investigaciones multicéntricas que incluyan una población más diversa, lo que permitiría obtener resultados más generalizables. Además, sería valioso incluir análisis genéticos y nutricionales para explorar más a fondo la relación entre predisposición hereditaria, hábitos alimenticios y la formación de excrecencias óseas. Se sugiere establecer protocolos estandarizados para la recolección de datos en historias clínicas, garantizando una documentación más completa y precisa de los antecedentes y características de los pacientes. Por último, se debería considerar la implementación de estudios prospectivos que evalúen de manera continua la evolución de los pacientes diagnosticados, lo que podría

contribuir a un mejor entendimiento de la etiología y manejo de estas condiciones. La inclusión de variables como el bruxismo y otros factores ambientales podría enriquecer el análisis y proporcionar información más detallada sobre el impacto en la salud bucal.

Para concluir se puede decir que la mayoría de los estudios de exostosis maxilares incluyen el TM y TP como los más frecuentes, logrando comparar la presencia de éstos en ambos sexos, la relación y etiología entre las excrecencias óseas y su impacto en la función estomatognática, identificando factores genéticos y ambientales como determinantes clave. Los resultados de este estudio permitieron caracterizar a los pacientes con excrecencias óseas a nivel del sistema estomatognático, observándose que una proporción considerable presentaba antecedentes de parafunción o bruxismo, así como antecedentes familiares que podrían sugerir una predisposición hereditaria. En cuanto a los motivos que llevaron a la remoción de estas lesiones, destacaron los problemas estéticos y la desadaptación de prótesis dentales. Estos hallazgos permiten identificar aspectos relevantes que pueden incidir en la calidad de vida y percepción personal de los pacientes. Lo anterior resalta la necesidad de futuros estudios que exploren posibles relaciones entre factores genéticos, funcionales y nutricionales en el abordaje clínico y preventivo de las excrecencias óseas.

#### Roles de contribuciones según CRediT

Conceptualización: ETM, SUDV. Metodología: ETM, SUDV. Análisis formal: ETM, SUDV. Investigación: ETM, SUD, EDR. Recursos: ETM, SUDV. Redacción – Borrador original: EDR, ETM, SUDV. Redacción – Revisión y edición: ETM, SUDV, EDR.

**Fuente de financiamiento:** Autofinanciado.

**Conflictos de interés:** Los autores declararon no tener conflicto de interés.

#### REFERENCIAS

- Chang PC, Hsu CL, Tai SY, et al. Torus Palatinus in Taiwan Patients Receiving Peritoneal Dialysis and Hemodialysis: A Prospective Observational Study. *J Multidisc Healthc*. 2020;13:373-379. doi:10.2147/JMDH.S252013
- Chang PC, Tai SY, Hsu CL, et al. Torus Mandibularis in Patients Receiving Hemodialysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(18):9451. doi:10.3390/ijerph18189451
- Limongelli L, Tempesta A, Capodiferro S, et al. Oral maxillary exostosis. *Clin Case Rep*. 2018;7(1):222-223. doi:10.1002/ccr3.1918
- Maduakor SN, Nwoga MC. Prevalence of mandibular and palatine tori among the Ibos in Enugu, South-East Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 2017;20(1):57-60. doi:10.4103/1119-3077.178911
- Lease LR. Correlations between dental wear and oral cavity characteristics: Mandibular torus, palatine torus, and oral exostoses. *Am J Hum Biol*. 2021;33(2):e23446. doi:10.1002/ajhb.23446
- Lu M, Kang T, Kong Y, et al. Prevalence of Oral Exostoses in Northern China During the Past Six Millennia-From a Sex and Age Perspective. *J Craniofac Surg*. 2023;34(2):768-771. doi:10.1097/SCS.00000000000008956
- Morita K, Tsuka H, Shintani T, et al. Prevalence of Torus Mandibularis in Young Healthy Dentate Adults. *J Oral Maxillofac Surg*. 2017;75(12):2593-2598. doi:10.1016/j.joms.2017.04.044
- Scriciu M, MercuȚ V, MercuȚ R, et al. 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.
- Dou XW, Park W, Lee S, et al. Loss of Notch3 Signaling Enhances Osteogenesis of Mesenchymal Stem Cells from Mandibular Torus. *J Dent Res*. 2017 Mar;96(3):347-354. doi: 10.1177/0022034516680349
- Lee HM, Kang DW, Yun PY, et al. Associations between mandibular torus and types of temporomandibular disorders, and the clinical usefulness of temporary splint for checking bruxism. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):182. doi:10.1186/s12903-021-01550-y
- Moreira ST, da Silva CJ, Rolim ANM, et al. Exostosis palatina aberrante. *Rev Cubana Estomatol*. 2020;57(2):e2928.
- Loukas M, Hulsberg P, Tubbs RS, et al. The tori of the mouth and ear: a review. *Clin Anat*. 2013;26(8):953-960. doi:10.1002/ca.22264
- da Fonseca Pereira I, Lopes N, Devito K, et al. Diagnóstico e manejo das exostoses maxilares: relato de caso. *Rev. Flum. Odontol*, 2022;2(58):11-16.
- Telang LA, Telang A, Nerali J, et al. Tori in a Malaysian population: Morphological and ethnic variations. *J Forensic Dent Sci*. 2019;11(2):107-112. doi:10.4103/jfo.jfds\_66\_19
- Tai SY, Hsu CL, Tsai AI, et al. Survey of Torus Palatinus in Patients with End-Stage Renal Disease Undergoing Hemodialysis. *Biomed Res Int*. 2018;2018:1356910. doi:10.1155/2018/1356910
- Toro M, Chaple-Gil A, Romo F, et al. Rendimiento y fuerza masticatoria máxima funcional en pacientes con prótesis parcial removible dentomucosoportadas y dentoimplantosoportadas. *Rev Cubana Estomatol*. 2024; 61.
- Aristizabal J, López O, López L. Actividad y Fuerza de Maseteros y Temporales de Pacientes Rehabilitados con Sobredentadura

- vs Pacientes dentados. *Int. J. Odontostomat.* 2017;1(2):224-230. doi:10.4067/S0718-381X2017000200016
18. Jeong CW, Kim KH, Jang HW, et al. The relationship between oral tori and bite force. *Cranio.* 2019;37(4):246-253. doi:10.1080/08869634.2017.1418617
19. Lee HM, Kang DW, Yun PY, et al. Associations between mandibular torus and types of temporomandibular disorders, and the clinical usefulness of temporary splint for checking bruxism. *BMC Oral Health.* 2021;21(1):182. doi:10.1186/s12903-021-01550-y
20. Muñuzuri Arana HL, Vargas Zuñiga LM, Adams Ocampo JC, et al. Prevalencia de torus palatinos y mandibulares en pacientes de la facultad de odontología UAGRO. *CPJIO.* 202;1(1):21-25.
21. Yamamoto E, Jørgensen TN. Immunological effects of vitamin D and their relations to autoimmunity. *J Autoimmun.* 2019;100:7-16. doi:10.1016/j.jaut.2019.03.002

---

Eilien Tovío-Martínez  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3702-2791>  
Correo: [eilien.tovio@uam.edu.co](mailto:eilien.tovio@uam.edu.co)

Eliana Domínguez Romero  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7380-6226>  
Correo: [elianadominguez@uam.edu.co](mailto:elianadominguez@uam.edu.co)

Samuel Urbano-Del-Valle  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5773-8642>  
Correo: [samuel.urbano@udea.edu.co](mailto:samuel.urbano@udea.edu.co)