

Caso Clínico

Acesso cirúrgico modificado para remoção de tórus palatino: Relato de caso



Carlos Diego Lopes Sá^a, Radamés Bezerra Melo^a, Raissa Pinheiro^b, Alexandre Simões Nogueira^c, Fabio Wildson Gurgel Costa^c, Eduardo Costa Studart Soares^c

^a Curso de Odontologia, Faculdade Paulo Picanço, Fortaleza, Brasil

^b Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, São Luis, Brasil

^c Curso de Odontologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 16 de Maio de 2017

Aceite a 4 de Novembro de 2017

On-line a 16 de Novembro de 2017

Palavras-chave:

Acesso cirúrgico

Exostose

Tórus palatino

R E S U M O

O tórus palatino é definido como um crescimento ósseo não patológico ao longo da linha média do palato duro, sendo considerada a exostose intra-oral mais comum. Apresenta etiologia desconhecida, porém alguns autores acreditam que surge devido a uma interação entre fatores genéticos e ambientais. Na maioria dos casos, são assintomáticos, não sendo necessária a remoção cirúrgica. O presente trabalho objetivou relatar o caso de tórus palatino tratado por uma técnica cirúrgica modificada. Em ambiente hospitalar e, sob anestesia geral, foi realizada uma incisão de espessura total estendendo-se lateralmente ao tórus palatino, limitado anteriormente pelas rugas palatinas e posteriormente pelo forame palatino maior. Esta técnica demonstrou como principais vantagens a simplicidade de execução, acesso favorável, linha de incisão ter repousado sobre osso sadio e pós-operatório satisfatório. Em sumário, a técnica cirúrgica utilizada foi uma alternativa prática e segura, podendo ser empregada no tratamento do tórus palatino quando bem indicada. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2017;58(4):231-235)

© 2017 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Publicado por SPEMD. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Modified surgical access for the removal of palatine torus: Case report

A B S T R A C T

The palatine torus is defined as a non-pathological bone growth along the midline of the hard palate and is considered the most common intraoral exostosis. Its etiology is unknown, but some authors believe that it occurs due to an interaction between genetic and environmental factors. In most cases, it is asymptomatic and does not require surgical removal. The present work aimed to report a case of palatine torus treated with a modified surgical technique. In

Keywords:

Surgical access

Exostosis

Palatine torus

* Autor correspondente.

Correio eletrónico: carlosdiego@facpp.edu.br (Carlos Diego Lopes Sá).

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.11.028>

1646-2890/© 2017 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by SPEMD.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

the hospital setting and under general anesthesia, a thick incision was made extending laterally to the palatine torus, limited anteriorly by palatine folds and posteriorly by the greater palatine foramen. This technique demonstrated the following advantages: simple execution, favorable access, an incision line rested on a healthy bone and satisfactory postoperative outcome. In summary, this surgical technique was a functional and safe alternative and could be used in the treatment of the palatine torus when indicated. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2017;58(4):231-235)

© 2017 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Published by SPEMD. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

O tórus palatino é definido como um crescimento ósseo não patológico que ocorre ao longo da linha média do palato duro, sendo considerado a exostose intraoral mais comum¹ e com uma incidência variável de 9 a 65%.² Apresenta etiologia desconhecida, porém alguns autores acreditam que o tórus palatino surge devido a uma interação entre fatores genéticos e ambientais, como a tensão mastigatória.³ O seu desenvolvimento é lento e progressivo com pico de crescimento descrito no início da vida adulta.²

Clinicamente o tórus palatino apresenta-se com forma e tamanho variados, o que permite sua classificação nos tipos plano, alongado, nodular e lobular.⁴⁻⁵ A variante plana é caracterizada por uma exostose suave, ligeiramente convexa na linha média; varia de tamanho e é simetricamente distribuída para ambos os lados da rafe mediana. O tipo alongado apresenta-se como uma crista na linha média; seu comprimento é variável, podendo estender-se da papila incisiva até a porção posterior do palato duro.¹ O padrão morfológico nodular apresenta duas ou mais protuberâncias que se aglutinam, formando sulcos entre elas e tais protuberâncias apresentam bases individuais. Já a variante clínica lobular é observada como uma massa óssea relativamente grande que exhibe uma única base, podendo ser sésil ou pediculado.⁶ Radiograficamente os tórus palatinos apresentam-se como sombras radiodensas que exibem radiopacidade mais acentuada do que o osso circundante. Ao exame microscópico, observa-se uma massa de osso cortical lamelar denso, sendo algumas vezes constatada uma zona interna de osso trabecular; entretanto, a despeito dos aspectos radiográficos e histopatológicos, o diagnóstico é eminentemente clínico na grande maioria dos casos.²⁻⁷

Em geral, os tórus palatinos são assintomáticos, não sendo necessária sua remoção cirúrgica. Em algumas circunstâncias, entretanto, uma intervenção cirúrgica é necessária, como por exemplo: em casos que exibem grandes dimensões, presença de traumatismo sobre a mucosa que o recobre, retenções ósseas profundas, interferência na fala ou deglutição, indicação protética e considerações psicológicas. Nesse contexto, quando se faz necessária uma abordagem cirúrgica, diferentes técnicas cirúrgicas têm sido adotadas a depender da forma e tamanho da lesão.⁸

O presente artigo tem como objetivo discutir um caso clínico de uma paciente necessitando de remoção de um extenso torus palatino no qual uma abordagem cirúrgica modificada foi empregada.

Caso clínico

Paciente do sexo feminino, 72 anos de idade, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Universidade Federal do Ceará queixando-se de “osso bem grande no céu da boca que dificulta falar”. A paciente relatou que a lesão teria um tempo de evolução de 10 anos, com crescimento lento e sem sintomatologia dolorosa. Ao exame físico intrabucal, verificou-se um aumento de volume na região da linha média do palato, consistência dura, com aproximadamente 1,5 cm em seu maior comprimento, base sésil, formato lobular e recoberto por mucosa de aspeto normal (Figura 1). Diante da hipótese diagnóstica de tórus palatino, o planejamento cirúrgico consistiu na remoção da lesão em ambulatório utilizando técnica cirúrgica modificada associada à instalação imediata de uma prótese provisória.

Inicialmente realizou-se bloqueio anestésico dos nervos nasopalatino e palatino maior, bilateralmente, seguido de uma incisão no formato de “U” invertido estendendo-se lateralmente ao tórus palatino e sendo limitado anteriormente pelas rugas palatinas e posteriormente pelo forame palatino maior (Figura 2). Após a exposição completa do tórus (Figura 3), realizou-se sua remoção por meio ostectomia com brocas de desgaste (Figuras 4 e 5). Foram realizadas as exodontias dos



Figura 1. Aspeto clínico inicial do tórus palatino.



Figura 2. Incisão segundo Chacko et al.

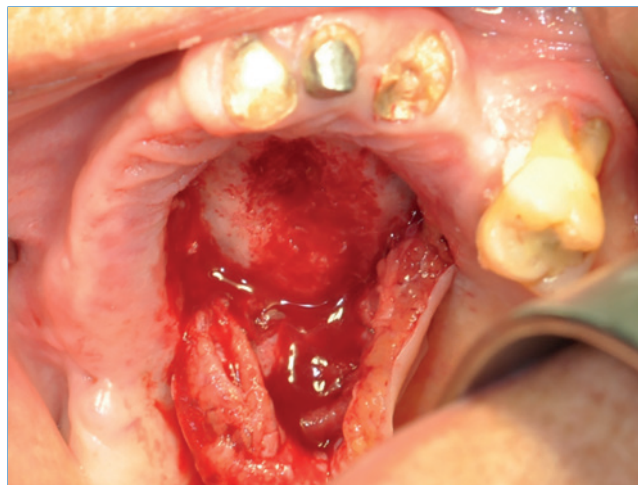


Figura 5. Remoção completa do tórus palatino.

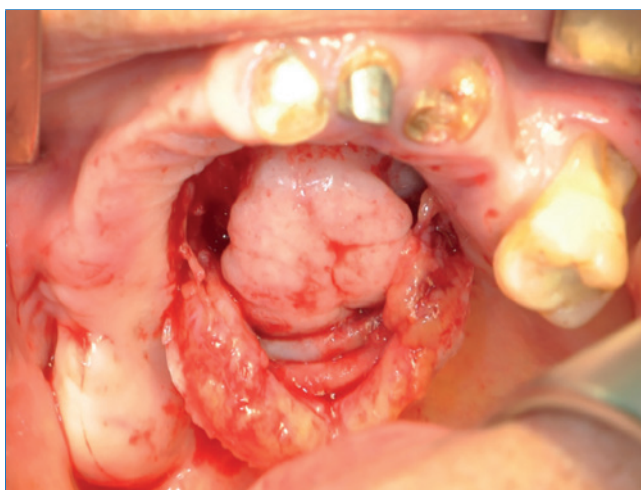


Figura 3. Descolamento mucoperiosteal e exposição da patologia.



Figura 6. Adaptação de goteira cirúrgica.



Figura 4. Osteotomia segmentar da lesão.



Figura 7. Acompanhamento pós-operatório de 6 meses mostrando cicatrização completa da área operada.

elementos dentários remanescentes, e o retalho mucoperiosteal foi, então, suturado em seu local anatómico. Por fim, adaptou-se uma goteira cirúrgica a fim de se evitar a formação de hematoma no pós-operatório imediato, agindo, dessa forma, como um penso compressivo (Figura 6).

Os acompanhamentos pós-operatórios demonstraram completa reabilitação funcional da paciente e ausência de complicações tardias (Figura 7), tendo sido confeccionada, no final, uma prótese total superior definitiva. Foi possível observar remissão das queixas anteriormente relatadas, apontando a satisfação da paciente com o resultado da cirurgia.

Discussão e conclusões

O tratamento cirúrgico do tórus palatino tem sido comumente descrito na literatura com quatro tipos de incisões (incisão em “Y” ou duplo “Y”, incisão semilunar com base lateral, incisão de espessura completa e incisão modificada segundo Chacko et al.,¹⁰ cada uma apresentando as suas indicações, vantagens e desvantagens segundo descrito na Tabela 1.

Tradicionalmente, a remoção é feita a partir de uma incisão ântero-posterior ao longo do tórus em forma de Y ou em duplo Y. Apresenta como vantagem uma ampla exposição palatina, porém apresenta uma maior possibilidade de laceração do retalho pois a mucosa que recobre o tórus palatino é bastante friável, além disso pode haver maior dificuldade de sutura do traçado posterior, favorecendo deiscência de sutura. Outra desvantagem desta técnica é a maior possibilidade de ocorrência de fístula oro-nasal decorrente da linha de incisão se encontrar sob a área de osteotomia que pode ser perfurada durante sua execução.⁷⁻⁹

Para lesões menores e ovaladas pode-se utilizar a incisão semilunar com base lateral em que o traçado único tem também como vantagem o menor número de relaxantes. Esta incisão permite, por meio de traçado único em forma de arco, o acesso à lesão pelo descolamento mucoperiosteal. Além disso, a área de remoção óssea permanece recoberta por tecido fibromucoso íntegro após reposicionamento do retalho e sutura. Esse fator pode ser importante para evitar possíveis complicações, como a deiscência da sutura. É conveniente que se utilize esta incisão também nos casos de ulcerações da mucosa por trauma repetitivo, favorecendo, assim, a cicatrização da área.⁷

A incisão de espessura completa consiste numa incisão ao longo de toda a espessura do alvéolo estendendo-se da tube-

rosidade maxilar esquerda à direita em pacientes desdentados. Já em indivíduos dentados, a incisão é realizada no sulco gengival. Apesar deste procedimento ser considerado uma técnica mais extensa que a tradicional, proporciona o melhor acesso a patologia. O descolamento mucoperiosteal é refletido no sentido ântero-posterior, podendo estender-se até a região posterior do palato duro se necessário. Este tipo de incisão tem como características ser um procedimento mais invasivo, maior acesso e menor chance de traumatizar a mucosa do palato e formação de fístula oro-nasal.⁸

No presente caso foi utilizada a incisão preconizada por Chacko et al.¹⁰ que é indicada principalmente em tórus palatinos anteriorizados, sendo considerada uma técnica simples de ser executada, permitindo um amplo acesso. Essa técnica surgiu com o objetivo de minimizar as desvantagens da incisão “Y” e duplo “Y”; diferentemente desta, há uma maior chance de a linha de incisão estar sobre osso sadio, o que vai de acordo com os princípios básicos da cirurgia. Outra vantagem seria a maior facilidade de descolamento da mucosa do palato devido o início do procedimento ocorrer numa mucosa de maior espessura e com menos riscos de laceração do retalho, desta forma favorecendo também a sutura do retalho.¹⁰ Em relação ao caso clínico deste artigo, observou-se, durante o procedimento cirúrgico, facilidade para exposição do tórus e, consequentemente, sua remoção, com mínimo trauma à mucosa de recobrimento. Além disso, o período pós-operatório decorreu satisfatoriamente.

Independentemente do tipo de incisão eleita para a remoção do tórus palatino é importante realizar um descolamento cauteloso, como realizado no presente caso clínico, a fim de se evitar lacerações ou perfurações da mucosa, uma vez que é normalmente muito fina e aderida ao tórus subjacente. Durante a remoção da lesão, também se teve o cuidado de não perfurar o osso palatino, o que poderia levar à formação de uma comunicação buconasal conforme descrito na literatura.⁶

A remoção do tórus palatino não é indicada em todos os casos, apenas quando houver interferência na fala, ocorrência de traumatismo da mucosa de recobrimento, em considerações psicológicas, ou, ainda, quando a lesão interferir na confecção de uma prótese, situação essa descrita no presente caso. A literatura cita várias técnicas de incisão, e a escolha da abordagem modificada por Chacko et al.¹⁰ justificou-se, principalmente, devido o tamanho e formato do tórus palatino. A técnica utilizada neste caso clínico foi considerada uma alternativa prática e confiável para o tratamento desta patologia.

Tabela 1. Indicações, vantagens e desvantagens dos tipos de incisões para remoção de tórus palatino.

Tipo de Incisão	Indicação	Vantagens	Desvantagens
Incisão em “Y” ou duplo “Y”	Lesões maiores	Amplo acesso	Deiscência da sutura
Incisão semilunar	Lesões menores e ovaladas; em casos de ulceração da mucosa	Menor número de relaxantes; risco menor de deiscência da sutura	
Incisão de espessura completa	Lesões maiores	Amplo acesso; risco menor de traumatizar a mucosa de recobrimento	Incisão mais extensa
Incisão segundo Chacko et al. ¹⁰	Lesões anteriorizadas	Técnica simples; acesso amplo; linha de incisão sobre osso sadio	

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de pacientes.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram ter recebido consentimento escrito dos pacientes e/ou sujeitos mencionados no artigo. O autor para correspondência está na posse deste documento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Komori T, Takato T. Time-related changes in a case of torus palatinus. *J Oral Maxillofac Surg.* 1998;56:492-4.
2. Martins MD, Lata SP, Trevizani Martins MA, Bussadori SK, Fernandes KPS. Toro palatino e mandibular: revisão de literatura. *ConScientiae Saúde.* 2007;6:57-62.
3. Gorsky M, Bukai A, Shohat M. Genetic influence on the prevalence of Torus palatinus. *Am J Med Genet.* 1998;75:138-40.
4. Eroglu S, Erdal YS. Why did the frequency of palatine torus increase in the ancient Anatolian populations? *Homo.* 2008;59:365-82.
5. Neville BW, Damm DD. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009;21-3.
6. Antoniadis DZ, Belazi M, Papanayiotou P. Concurrence of torus palatinus with palatal and buccal exostoses: Case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998;85:552-7.
7. Ponzoni D, Ponzoni D, Guarino J, Perez A, Souza R, Paro R. Remoção cirúrgica de toro palatino para confecção de prótese total convencional – indicações de diferentes incisões. *RFO-UPF.* 2008;13:66-70.
8. Papadopoulos H, Lawhorn T. Use of a Palatal Flap for Torus Reduction. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008;66:1969-70.
9. Pereira AR, Vale DS, Pereira MKC. Utilização de Placa de Silicone Após Tratamento Cirúrgico de Torus Palatino: Relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2014;14:9-14.
10. Chacko JP, Joseph C. Modified Palatal Flap – A Simpler Approach for Removal of Palatal Tori. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68:943-4.