

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

PRISCILA ISNARDI SCARPELLINI

**REMOÇÃO CIRÚRGICA DE *TORUS PALATINUS*
VOLUMOSO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

BAURU
2015

PRISCILA ISNARDI SCARPELLINI

**REMOÇÃO CIRÚRGICA DE *TORUS PALATINUS*
VOLUOSO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde como parte do requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob orientação de Leandro de Andrade Holgado

**BAURU
2015**

Scarpellini, Priscila Isnardi

S286r

Remoção cirúrgica de TorusPalatinus Volumoso - relato de caso clínico / Priscila IsnardiScarpellini. -- 2015.

42f. : il.

Orientador: Prof. Me. Leandro de Andrade Holgado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade do Sagrado Coração – Bauru – SP.

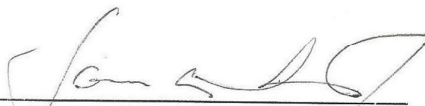
1. TorusPalatinus. 2. Exostose. 3. Cirurgia Oral. I. Holgado, Leandro de Andrade. II. Título.



ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ata de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de Priscila Isnardi Scarpellini.

Ao dia dezessete de novembro de dois mil e quinze, reuniu-se a banca examinadora do trabalho apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de PRISCILA ISNARDI SCARPELLINI, intitulado: **“Remoção cirúrgica de tórus palatino volumoso. Relato de caso clínico”** Compuseram a banca examinadora os professores Ms. Leandro de Andrade Holgado (orientador), Dr. Aparício Fiúza de Carvalho Dekon e Dr. Roberto Yoshio Kawakami. Após a exposição oral, a candidata foi arguida pelos componentes da banca que se reuniram, e decidiram, APROVAR, com a nota 10,0 a monografia. Para constar, fica redigida a presente Ata, que aprovada por todos os presentes, segue assinada pelo Orientador e pelos demais membros da banca.



Ms. Leandro de Andrade Holgado (Orientador)



Dr. Aparício Fiúza de Carvalho Dekon (Avaliador 1)



Dr. Roberto Yoshio Kawakami (Avaliador 2)

DEDICATÓRIA

Gostaria de dedicar este trabalho de conclusão de curso, ao meu esposo e Cirurgião Dentista Victor Sebastián, que de forma especial e carinhosa, me deu força e coragem, me apoiando e encorajando nos momentos de dificuldades e me ensinando a vencer obstáculos. Proporcionando-me a realização de um sonho: Ser uma Cirurgiã Dentista.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer o Prof. Ms. Leandro de Andrade Holgado, pelo incentivo e carinho o qual aceitou a ser meu orientador do trabalho de conclusão de curso. Aproveito, e agradeço a todos os professores do curso de Odontologia desta Universidade, que tiveram participação da minha trajetória e aprendizado na graduação. Também agradeço o Prof. Dr. Aparício Fiuza de Carvalho, que aceitou prontamente o meu convite em fazer parte da banca examinadora. Agradeço o Prof. Dr. Roberto Yoshio Kawakami pela oportunidade concedida, em ter a participação como auxiliar nesta cirurgia e pela a honra de tê-lo como integrante da minha banca examinadora.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

RESUMO

O *torus palatinus* é uma alteração de desenvolvimento ósseo, classificada como exostose, sem potencial de malignidade e geralmente se encontra na linha média do palato duro. Sua etiologia ainda não é definida, mas segundo a literatura, sua origem pode ser por causas genéticas ou de forças excessivas de oclusão. O *torus palatinus* tem quatro subdivisões: *torus* nodular, lobular, plano e o alongado, os quais são diferenciados pelo tamanho, bases e tipos de bordas. Geralmente não apresentam sintomatologia e sua descoberta muitas vezes é por acaso. É indicada a sua remoção para pacientes que relatam dificuldades de mastigação e deglutição de alimentos, causando traumas e sintomatologia dolorosa. Ainda a indicação da remoção para pacientes que necessitam de reabilitação oral com próteses totais ou até mesmo parciais. Temos algumas técnicas cirúrgicas de incisões como a de Winter e de Dorrance em "Y". A escolha da incisão é de acordo com a necessidade de um campo operatório maior ou menor. Neste trabalho de relato de caso clínico, tratava-se de um *torus* do tipo nodular bastante volumoso, que causava muito desconforto a paciente. Optou-se pela remoção do mesmo, em ambiente ambulatorial sob anestesia local. A técnica cirúrgica de incisão utilizada foi a de Dorrance em "Y" pela extensão da exostose óssea. Neste caso devido a extensão posterior foi utilizado a incisão em forma de um único "Y", diferente daquela que preconiza a técnica de Dorrance em duplo "Y". Foram utilizados brocas esféricas em baixa rotação e alveolótomo para a remoção dos fragmentos ósseos, e a regularização do osso remanescente com broca Maxcut. Depois de realizados os cuidados pós-cirúrgicos da área operada com sutura, foram feitos ajustes na placa confeccionada com intuito de proteção tecidual da área operada.

Palavras-chave: *Torus Palatinus*. Exostose. Cirurgia Bucal.

ABSTRACT

Surgical removal of large torus palatinus – case report

Torus Palatinus is a bone development disturbance, classified as exostosis, no malignant potential and generally is in the middle of the hard palate. Its etiology is still not set, but according to the literature, their cause may be genetic or by excessive occlusal forces causes. The *Torus Palatinus* has four subdivisions: nodular torus, lobular, flat and elongated. Which are differentiated by size, bases and types of edges. Generally do not exhibit symptoms and their discovery is often by chance. It indicated its removal for patients reporting difficulty in chewing and swallowing food, causing trauma and pain symptoms. We also have an indication of removal for patients who require treatment for oral rehabilitation with partial or complete dentures. We have some surgical techniques incisions as the Wintter and Dorrance in "Y". The choice of incision is used according to the need of a greater or lesser operative field. In this clinical case report, a nodular type *TorusPalatinus*, causing much discomfort to the patient. Which it was decided to remove it, in an ambulatory clinic setting under local anesthesia. The surgical technique used incision was the Dorrance in Y" due extent of bone exostosis. In this case, because the posterior extension incision was used in the form of a single Y", unlike that recommends Dorrance technique double Y". Spherical drills were used at low speed and a bone-nibbling for the removal of bone fragments, and the regularization of the remaining bone with Maxcut drill. After performed the post-surgical care area operated, adjustments were made in the plaque made with tissue protective purpose of the operated area.

Key words: *Torus Palatinus*. Exostosis. Oral Surgery.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
3	PROPOSIÇÃO	18
4	CASUÍSTICA E MÉTODOS	20
5	DISCUSSÃO	28
6	CONCLUSÕES	32
	REFERÊNCIAS	34

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O *torus palatinus* é uma alteração no desenvolvimento ósseo, classificada como exostose, sem potencial maligno e geralmente se encontra na linha média do palato duro. O primeiro relato foi descrito por Fox no ano de 1814 e recebeu sua nomenclatura em 1879 (KUPFFER e BESSEL-HAGEN, 1879). Na maioria dos casos, são assintomáticos e não causam desconforto ao paciente (VIDIC 1966). Sua etiologia ainda não é completamente definida, mas segundo a literatura, sua causa pode ser desde forças excessivas de oclusão até causas genéticas. Sua maior ocorrência é geralmente em pacientes jovens e do sexo feminino (GARCIA – GARCIA et al., 2010).

O *torus palatinus* pode ser nomeado em quatro subdivisões, *torus* plano, *torus* alongado ou fusiforme, *torus* nodular e *torus* lobular. Os quais se diferenciam pelo tamanho, bases e tipos de bordas (JAINKITTIVONG e LANGLAIS 2000, NEVILLE et al., 2004). Pelo fato do *torus* geralmente não apresentar sintomas, sua descoberta é por acaso, em exames de rotina.

A cirurgia de remoção do *torus* é indicada para pacientes que relatam sintomatologia dolorosa, dificuldade de deglutição e fonação e dificuldade na mastigação de alimentos, causando traumas e conseqüentemente dor. Também está indicado sua remoção para pacientes que sofram de cancerofobia (RALDI et al., 2008), por confundirem essa protuberância com tumores e também indicado sua remoção para pacientes que necessitam passar por tratamentos reabilitadores com próteses totais e até mesmo parciais, nestes casos o *torus* irá prejudicar a adaptação destas próteses (HOLTZCLAW e HINZE, 2013).

Algumas técnicas cirúrgicas de incisões são descritas na literatura, como a de Wintter e de Dorrance em “Y”. Essas incisões variam de acordo com o tamanho da lesão, sendo uma mais indicada para a necessidade de um campo operatório menor (Winter) (PERRI et al., 2003) e outra para quando o cirurgião necessita de um maior campo operatório, abrindo mão de uma incisão maior e mais complexa (Dorrance em “Y”) (DORRANCE, 1929; PERRI et al., 2003).

Em relação ao pós-operatório, algumas manobras são de suma importância, primeiro é o caso do tipo de incisão utilizada pelo cirurgião, fazendo com que não haja a necessidade de incisões muito grandes para lesões de pequeno porte (PERRI et al., 2003). Outra é a técnica anestésica e o sal anestésico utilizado,

trazendo maior conforto ao paciente e melhor campo de visão ao cirurgião durante a operação. O profissional também pode fazer o uso de placas acrílicas pré-fabricadas em modelos de gesso. Essas servirão como proteção da área operada para possíveis traumas, contaminações, remoção acidental da sutura (SAAD e CALLESTINI, 1990; NEVILLE et al., 2004).

Com o exposto, neste trabalho de conclusão de curso, relato de caso clínico, iremos descrever o que a literatura relata sobre *torus*, sobre as melhores técnicas de incisões para cada tipo de *torus*, sobre as manobras utilizadas pelos profissionais para trazer melhor conforto e melhor pós-operatório e assim concluindo que a remoção do *torus palatinus* para pacientes que relatam sintomatologia deve ser recomendada, trazendo bem estar ao paciente.

2 Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Etiologia do *torus palatinus*

A palavra *torus* é a origem latina da palavra *torus*, que significa protuberância circular, tumor. O *torus palatinus* tem seu surgimento a partir de um crescimento ósseo (exostose) localizado na linha média do palato duro. Sua origem ainda é amplamente discutida, alguns grupos acreditam no surgimento do *torus* por fatores genéticos, enquanto outros acreditam que eles se originam a partir de fatores ambientais, tais como forças excessivas provenientes da mastigação (MILLER, 1960; VIDIC, 1966; JAINKITTIVONG e LANGLAIS, 2000).

Mesmo sem uma definição de sua origem, estudos mostram que o *torus* acomete o dobro de indivíduos femininos aos masculinos e a faixa etária correspondente as segundas e terceiras décadas de idade como sendo as mais afetadas (VIDIC, 1966; QUEIROZ, AMORIM, 2003).

De acordo com VIDIC, 1966 e Garcia- Garcia et al., 2010, pelo *torus* ter como uma de suas características é a evidencia de sintomas, sua descoberta no paciente é geralmente ocasionais, em um exame de rotina.

2.2 Classificação do *torus*

De acordo com Jainkittivong e Langlais (2000), o *torus* é classificado de acordo com sua localização, e pode ser dividido em: *torus palatinus*, exostose localizada na linha média do palato duro ou ainda em *torus* mandibular, exostose localizada na face lingual da mucosa alveolar mandibular. Essas duas divisões podem ainda ser subdivididas de acordo com o seu formato, sendo classificados como: *torus* plano, aonde sua base é ampla e sua superfície é alongada, ligeiramente convexa; *torus* alongado ou fusiforme, o qual apresenta com características de uma crista, *torus* nodular, o qual caracterizasse como múltiplas protuberâncias, sendo cada protuberância individual, com sua própria base e *torus* lobular, com características parecidas ao *torus* nodular, porém as protuberâncias não são individuais e apresentam apenas uma base (NEVILLE et al., 2004).

Independente de sua classificação, o *torus* geralmente não apresenta mal estar aos pacientes, mas em alguns casos, eles podem trazer desconforto ou prejudicar algum tipo de tratamento odontológico.

2.3 Problemas decorrentes dos *torus*

Como foi relatado anteriormente, o *torus*, tanto o palatino quanto o mandibular, tem como uma de suas características serem assintomático. Esta característica não o impede de trazer malefícios para o indivíduo. Geralmente os problemas são causados por fatores secundários, fazendo com que o crescimento da massa óssea não seja o originador da dor, e sim um fator externo. Um grande exemplo disto são os traumas. Não é esta massa óssea a causadora direta de traumas, e sim um fato externo a ele, como por exemplo, a escovação, o indivíduo na hora de sua higienização acaba batendo com sua escova dental no *torus* e por consequência o traumatizando (SEAH, 1995).

Outro caso muito relatado na literatura é na área reabilitadora. Os *torus* acabam sendo classificados como imperfeições superficiais ósseas, atrapalhando na retenção e estabilidade de próteses, sejam tanto próteses totais quanto parciais (SAAD e CALLESTINI, 1990).

Muitos pacientes também relatam que encontram certa dificuldade no momento da fonação, da deglutição e até mesmo na respiração. Dificuldade esta relacionada ao *torus*, sendo este causando barreiras na passagem do ar e assim atrapalhando na fonação, também servindo como barreira no momento da aspiração do ar ou nos movimentos necessários para deglutir um alimento (FURTADO et al., 2008).

Esses são alguns dos muitos problemas decorrentes do surgimento de *torus* na população, sendo nestes casos indicado a remoção cirúrgica, proporcionando ao paciente mais conforto e bem estar.

2.4 Remoção cirúrgica de *torus*

Essas exostoses geralmente não apresentam desconforto ao paciente, mas como citado anteriormente nesta revisão, existem diversos relatos de desconfortos

trazidos por eles. Para isso, manobras cirúrgicas são adotadas para a remoção do mesmo.

Para tal manobra, algumas técnicas são descritas, cada uma com sua peculiaridade e indicação, assim, fazendo com que o cirurgião dentista consiga ter melhor acesso, visibilidade e uma remoção facilitada. Para isso, o conhecimento das diferentes técnicas cirúrgicas e de suma importância.

Uma dessas técnicas descrita é a de Winter. Nela, a incisão tem um formato semilunar com base lateral. Ela geralmente é recomendada para lesões com extremidades mais arredondadas e de menores tamanhos (PERRI, 2003, PANZONI et al., 2008).

Outra técnica consolidada na literatura é a de Dorrance em “Y”. Como o próprio nome já diz, nesta técnica, a incisão tem um formato de “Y”. Sua recomendação é para lesões de tamanho maiores, fazendo com que seja possível um maior deslocamento das bordas da mucosa e conseqüentemente uma melhor visualização do campo operatório (DORRANCE, 1929; PERRI, 2003; FREIRE et al., 2010).

A técnica de Dorrance pode ainda apresentar uma variação, que é a Dorrance com duplo “Y”, a qual expõe ainda mais o campo operatório, mas esta traz dificuldade na hora de suturar e fazer irrigação, sendo então apenas indicada para casos de exostoses muito grandes (FREIRE et al., 2010).

Independente da técnica de incisão indicada, sempre o cirurgião dentista deve fazer uso de anestesia e de técnicas anestésicas mais indicadas para cada caso, assim trazendo um melhor conforto ao paciente, melhorando a visualização do campo operatório, diminuindo o tempo cirúrgico e, por conseguinte trazendo um melhor pós operatório ao paciente (PANZONI et al., 2008; PEREIRA et al., 2013).

Outra ferramenta que o profissional pode usar são as placas de resina confeccionadas previamente em modelos de gesso obtidos a partir de moldes do paciente previamente à cirurgia (PANZONI et al., 2008; PEREIRA et al., 2013). Essas placas têm por objetivo proteger a área cirúrgica após o procedimento realizado, assim evitando que as suturas sejam removidas acidentalmente, que durante uma alimentação não ocorra a contaminação do local, que não haja traumas na região da incisão, tudo isso fazendo com que traga bem estar ao paciente no pós-operatório e

assim não havendo a necessidade do uso prolongado ou exagerado de medicamentos para redução de dor (analgésicos), redução de inflamação (anti-inflamatórios) e redução de contaminação (antibióticos) (PANZONI et al., 2008; PEREIRA et al., 2013).

Com base no exposto acima, podemos indicar a remoção do *torus* para pacientes que relatam desconforto ou que irão passar por procedimentos reabilitadores. É de suma importância o profissional saber diferenciar e diagnosticar os diferentes tipos de *torus* e saber qual a melhor técnica de incisão para cada tipo. O uso de uma correta técnica anestésica e do correto sal anestésico trazem ao paciente melhor conforto durante o tempo cirúrgico. O uso de dispositivos pós-cirúrgicos com finalidade de proteção da área operada fazem com que a necessidade de medicamentos diminua, assim evitando seu uso exagerado e desnecessário, trazendo o sucesso da remoção cirúrgica do *torus*.

3 Proposição

3 PROPOSIÇÃO

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico da paciente I.B.S.J, que se apresentou na clínica da Universidade do Sagrado Coração com *torus palatinus*, o qual lhe causava muito desconforto.

4 Casuística e Métodos

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

Relato de caso clínico:

Paciente I.B.S.J., gênero feminino, 57 anos, procurou o serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial da Universidade do Sagrado Coração – Bauru –S.P. tendo como queixa principal o aumento volumétrico no palato duro com dificuldades de deglutição. Relatou ainda sintomatologia dolorosa ao ingerir alimentos ácidos e trauma na região do palato.

Durante o exame clínico a paciente relatou ser hipertensa e diabética, mas que ambas as patologias se apresentavam controladas. Foram solicitados exames laboratoriais pré-cirúrgicos como hemograma, coagulograma completo e Glicemia em jejum. Ao exame físico intra-bucal, observou-se que a paciente apresentava aumento volumétrico extenso no palato duro, de aspecto nodular e de base séssil compatível *torus palatinus* (Figura 1).

Figura 1- Aspecto clínico pré-operatório do *torus palatinus*.

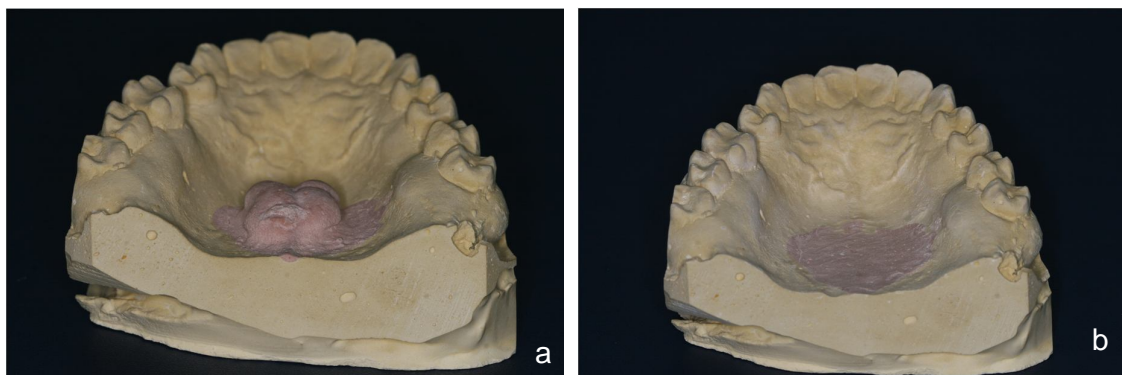


Fonte: Prof. Dr. Roberto Yoshio Kawakami

Planejou-se para o caso em questão a remoção cirúrgica do *torus* em ambiente ambulatorial sob anestesia local. Após, foi agendado retorno para que a paciente trouxesse os resultados dos exames complementares e para posterior agendamento da cirurgia. No retorno, foi feita a moldagem do arco superior da paciente com alginato e posterior vazamento com gesso tipo pedra para confecção

do modelo de estudo (figura 2a). A região do modelo referente ao *torus* foi desgastada com broca do tipo Maxicut e confeccionado uma placa em resina acrílica (figura 2b), a qual seria instalada na região operada para a proteção tecidual local. Ainda no pré-cirúrgico foi feita prescrição medicamentosa de um antimicrobiano de amplo espectro (Amoxicilina 500mg em intervalo de 8 em 8 horas por 7 dias), para o controle da dor e modulação da resposta inflamatória receitou-se um antiinflamatório não esteroidal (Nimesulida 100mg em intervalos de 12 em 12 horas por 3 dias) e um analgésico de ação periférica (Paracetamol gotas em intervalos de 6 em 6 horas por 3 dias) e um benzodiazepínico para controle da ansiedade pré-cirúrgica (Diazepam 5mg dose única). Toda a medicação prescrita foi iniciada pela paciente 1 hora antes do procedimento cirúrgico.

Figura 2 - Em a) Modelo de estudo, e b) desgaste do *torus palatinus* para confecção da placa de acrílico.



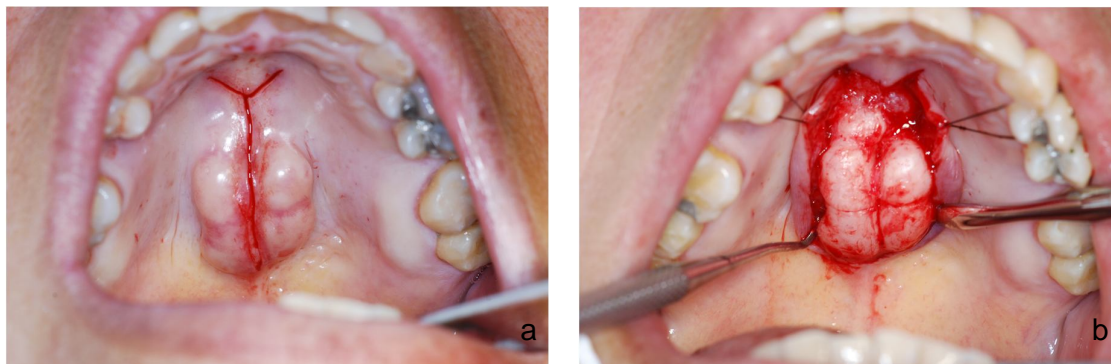
Fonte: Prof. Ms. Leandro Holgado

Para a realização do procedimento cirúrgico, foi realizada a antissepsia extra e intra-oral com gaze embebida em solução tópica de polivinilpiridona-iodo (PVPI) a 1% (Povidine tópico, Johnson & Johnson, São Paulo, SP), e a montagem de campos cirúrgicos estéreis. As técnicas anestésicas executadas foram bloqueio dos nervos Nasopalatino e Palatinos Maiores bilateral, com Cloridrato de Mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000 (Mepiadre, DFL, Rio de Janeiro, RJ).

A incisão eleita para este caso clínico, foi uma variação da incisão de Dorrance, que preconiza uma incisão em duplo “Y”, contudo devido a extensão posterior da exostose óssea realizou-se a incisão em forma de um único “Y” de anterior para posterior. Após a incisão foram realizados descolamento mucoperiosteal e suturas de reparos nas bordas da incisão para uma melhor visualização do campo

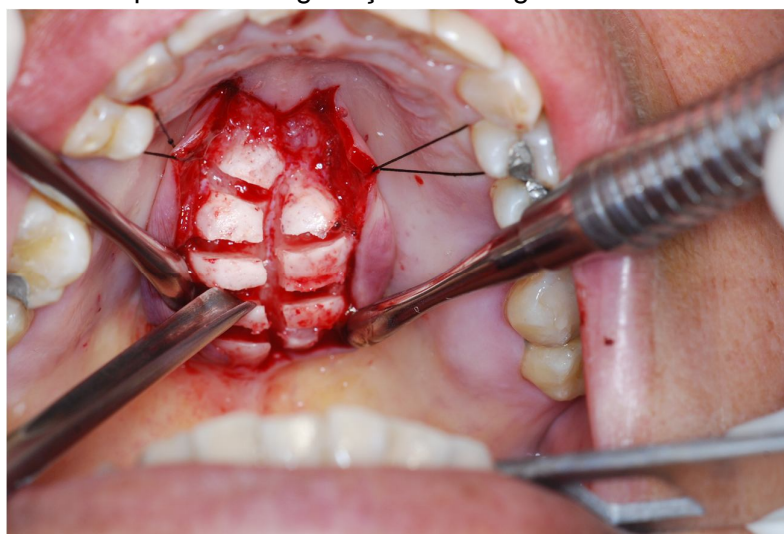
operatório e manutenção do afastamento do retalho cirúrgico. Fazendo o uso de broca esférica carbide número 08 em baixa rotação, e sob abundante irrigação com soro fisiológico estéril, foram realizadas as canaletas no sentido longitudinal e transversal (figura 4). O alveolótomo foi utilizado para a remoção dos fragmentos ósseos, e para regularização do osso remanescente ósseo, foi utilizada a broca Maxicut, e o refinamento da regularização com o uso de uma lima para osso. Após completa remoção do torus palatinus, realizamos os cuidados pós-cirúrgico com a área operada, e após procedeu-se à sutura contínua com fio de seda 4-0 (Ethicon – Johnson & Johnson, São Paulo – SP) (figura 5).

Figura 3 - Em a) Incisão de Dorrance em “Y” único, e b) visualização do *torus palatinus* após descolamento muco periosteal.



Fonte: Prof. Dr. Roberto Yoshio Kawakami

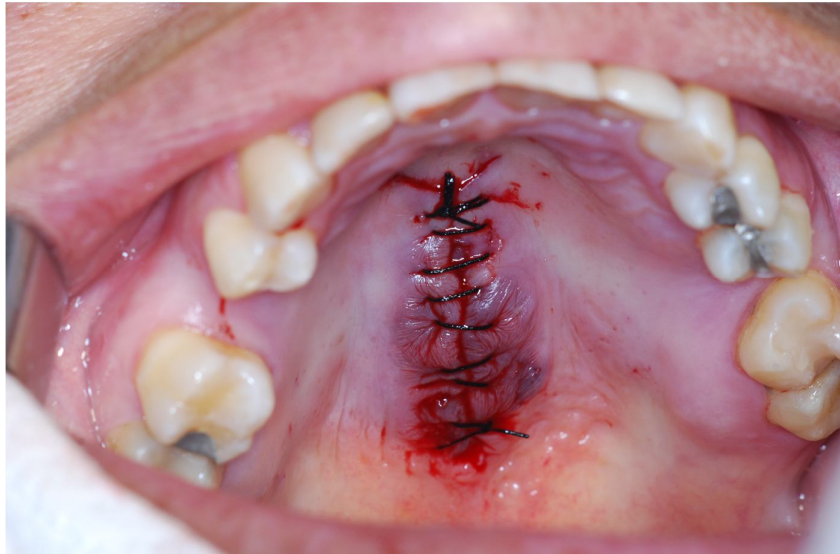
Figura 4 - Canaletas confeccionadas com broca esférica para posterior fragilização dos fragmentos ósseos.



Fonte: Prof. Dr. Roberto Yoshio Kawakami

Após a sutura realizou-se os ajustes necessários da placa previamente confeccionada com o intuito de proteção tecidual da área operada, e o reembasamento da mesma com material condicionador tecidual resiliente – Coe-Soft para uma melhor adaptação e conforto da paciente. Foram dadas as devidas orientações quanto aos cuidados pós-cirúrgicos, como a dieta, higiene local e fazer uso correto da medicação prescrita.

Figura 5 - Leito operatório após a sutura



Fonte: Prof. Dr. Roberto Yoshio Kawakami

Figura 6 - Instalação da placa de acrílico para proteção da área operada.



Fonte: Prof. Dr. Roberto Yoshio Kawakami

Após 7 dias a paciente retornou para o controle pós operatório, onde foi realizados procedimentos de higiene com a região operada, precedendo a remoção da sutura. Nota-se que regiões ainda eritematosas, e uma deiscência de sutura na região posterior (figura 7a). Foi removida a sutura e prescrito á paciente instruções de higiene local, com o aparelho acrílico e bochechos com solução de clorexidina a 0,12% (figura 7b).

Figura 7 - Em o pós operatório imediato de 7 dias antes da remoção da sutura, e após remoção da sutura.



Fonte: Prof. Dr. Roberto Yoshio Kawakami

Com 15 dias de controle pós-operatório a paciente retornou para avaliação da região operada e da ulceração da região posterior, onde foi constatada uma melhora do quadro ulcerativo, porém ainda com área de exposição óssea. A paciente recebeu orientações sobre a continuidade da higienização local e utilização da placa acrílica para proteção local (figura 8).

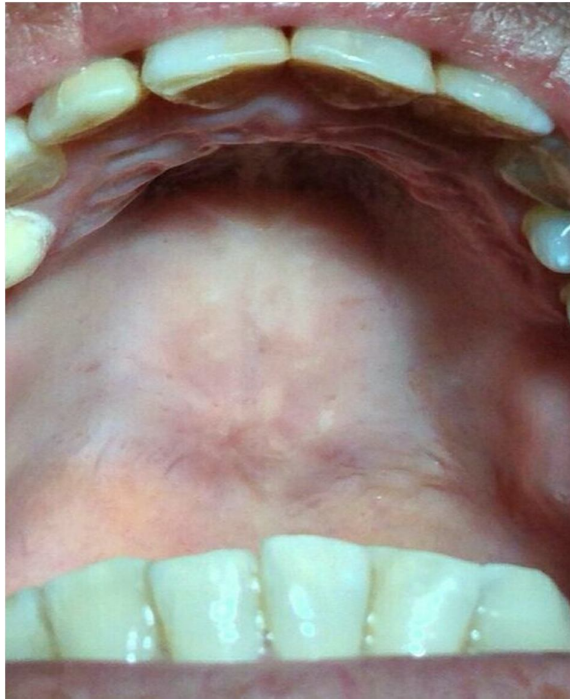
Figura 8 – Pós operatório após 15 dias do procedimento cirúrgico



Fonte: Prof. Dr. Roberto Yoshio Kawakami

Após o último controle pós-operatório a paciente foi acompanhada pelas próximas semanas, sendo que a mesma continua tratamento na clínica de prótese dentária da Universidade do Sagrado Coração. Após 11 meses foi documentado mais um controle onde observou-se completa cicatrização do local operado (figura 9).

Figura 9 – Pós-Operatório com 11 meses



Fonte: Prof. Dr. Roberto Yoshio Kawakami

5 Discussão

5 DISCUSSÃO

O *torus palatinus* é tido como uma exostose óssea, comumente observada na linha média do palato duro, cuja patogênese ainda é obscura, discutindo-se uma origem genética ou fatores ambientais associados como o estresse mastigatório (NEVILLE et al., 2004). Segundo Marcolino e Silva, 2012, as exostoses são crescimentos ósseos benignos, afetando de 20 a 25% os ossos gnáticos, sendo chamados de *torus*, cujo acometimento nos ossos da face é raro, com exceção da mandíbula e maxila.

A prevalência dessa exostose pode variar com relação a diferentes populações. Sisman et al. 2008, em seu levantamento sobre a prevalência do *torus palatino* na população da região da Capadócia, Turquia, observaram que diferenças entre idades e gênero, onde a prevalência foi maior em mulheres (5,7%) do que em homens (1,8%), e com relação a idade, o *torus palatinus* acometeu com maior frequência indivíduos com 60 anos ou mais (7,1%). Em um estudo conduzido por Sawair et al., 2009, 618 voluntários atendidos pelo departamento de odontologia da Universidade do Hospital da Jordânia, 34,6% apresentavam *torus palatinus*.

Renon et al., (1994) analisando pacientes e cabeças ósseas constataram que o *torus palatinus* é a exostose mais frequente, e que a proporção encontrada em cabeças ósseas (20,41%) é maior que a verificada em pacientes (5,18%). Conforme observado por Henrique et al., 2009, um levantamento realizado em indivíduos adultos da população de Uberaba, Minas Gerais com relação a presença de lesões bucais, o *torus palatinus* representou 1,2% de seus achados.

O *torus palatinus* aparece normalmente na porção média e sobre a linha média do palato duro, onde é frequente a observação de um aumento volumétrico, que pode apresentar diferentes morfologias, duro à palpação e indolor, cuja evolução é lenta (CASTRO et al., 2000; JAINKITTIVONG et al., 2000; NEVILLE et al. 2004). Apesar do que a literatura aponta como uma localização preferencialmente na linha média do processo palatino existe a possibilidade desta exostose acometer somente uma hemi-arcada conforme demonstrado por Raldi et al., 2008. Corroborando com a grande maioria dos casos expostos pela literatura pertinente, o presente caso clínico a paciente apresentava um aumento nodular que se apresentava sobre a linha média do processo palatino.

Normalmente o *torus* seja ele palatino ou mandibular não requer nenhum tratamento, sendo que o portador pode não saber de sua existência ou adaptar-se à sua presença, não trazendo, portanto nenhum tipo de prejuízo ao portador desta exostose. Contudo quando essa alteração está associada a lesões frequentes, dificuldade de deglutição e/ou fonação ou até mesmo interferir na adaptação de próteses totais ou parciais, sua excisão cirúrgica está indicada (MARTINS et al., 2007; PONZONI et al., 2008). Em nosso relato clínico optou-se pela remoção cirúrgica do *torus palatinus* devido à dificuldade que a paciente apresentava em deglutir e também a presença de sintomatologia dolorosa frente a ingestão de alimentos ácidos e aos frequentes traumas na região.

Considerando a necessidade de remoção dessa alteração, dentre os tempos cirúrgicos para a realização desta técnica de exérese, a incisão destaca-se, pois a mesma pode apresentar traçados diferentes frente à morfologia e o tamanho desta exostose. Winter preconiza uma incisão em forma semilunar lateralmente ao *torus*, onde após do descolamento do mucoperiósteo palatino o *torus* fica exposto. Porém este tipo de incisão limita-se a exostoses pequenas. Entretanto, a incisão de Dorrance é realizada em forma de duplo “Y” ou em alguns casos uma variação da técnica em um único “Y” quando a extensão posterior do *torus* estiver próximo ao palato mole (MARZOLA et al., 1997).

Devido à extensão da exostose do caso clínico apresentado por nós, optou-se pela incisão de Dorrance, e devido à sua extensão posterior muito próximo a divisão do palato duro com o palato mole a incisão realizada foi em um único “Y”, pois uma incisão em duplo “Y” certamente atingiria o palato mole, sendo esta região bem vascularizada o que poderia dificultar o procedimento cirúrgico. A opção pelo traçado incisivo foi a mesma optada por Ponzoni et al., (2008), porém diferente da eleita por Moraes-Júnior & Damante, (2010) onde a incisão de Dorrance apresentou um traçado de duplo “Y”. Entretanto Raldi et al., (2008) em um caso de excisão atípica de *torus palatinus* onde mesmo encontrava-se somente em uma hemi-arcada, elegeu-se uma incisão semilunar supracrestal.

Para uma melhor proteção da área operada proporcionando também ao paciente um pós-operatório mais confortável também foi planejada a confecção de uma placa em acrílico e reembasada com material resiliente condicionador de tecido que também mostra concordância com a literatura em questão como citado por Raldi et al., (2008); Ponzoni et al., (2008); García-García et al., (2010).

Durante os controles pós-operatórios a paciente não relatou dores intensas ou algum tipo de desconforto além daquele esperado que se segue após qualquer procedimento cirúrgico. Clinicamente a área operada apresentou boa cicatrização após 7 dias. A região ulcerada não apresentava dor exacerbada segundo a paciente, sendo que o aparecimento da mesma foi atribuída segundo os autores em muito devido a friabilidade do tecido mucoso daquela região decorrente da presença da exostose, o que também pode provocar uma certa dificuldade de perfusão sanguínea o que poderia ter contribuído para o aparecimento da mesma.

Contudo, após um acompanhamento a longo prazo, o tecido operado encontrava-se com excelente recuperação e cicatrização após 11 meses de controle, o qual também relatado pela paciente não apresentou nenhum tipo de sintomatologia, e que a ausência do *torus palatinus* melhorou a qualidade de vida, desaparecendo por completo as queixas iniciais registradas no pré-operatório.

6 Conclusões

6 CONCLUSÕES

A remoção cirúrgica de exostoses ósseas como o *torus palatinus* é um procedimento seguro, sendo totalmente aceitável sua remoção em ambiente ambulatorial. A indicação de sua exérese se faz necessária quando constantes lesões na região e dificuldade de deglutição ou fonação estiverem associadas.

A utilização da placa de acrílico se mostrou eficiente em conferir um maior conforto pós-operatório ao paciente prevenindo o aparecimento de hematomas e favorecendo o processo de cicatrização.

Referências

REFERÊNCIAS

- CASTRO, A. L. Estomatologia. São Paulo: Editora Santos; 2000.
- DORRANCE, G. M. **Torus palatinus**. The dental cosmos, Philadelphia, v. 71, p. 275-285, 1929.
- FOX, J. **Natural history and diseases of human teeth**. E. Cox: London; 1814.
- FREIRE, S.A.S.R.; SANTOS, P.L.; CARVALHO, A.C.G.S.; NETO R.V.; LIMA, F.A.S.; MOURA, W.L. A cirurgia preprotética para Torus Palatino - Relato de caso. **Salusvita**, v. 29, n. 2, p. 47- 55, 2010.
- FURTADO, A.C.N.; LEITE, A.K.M.; ALBUQUERQUE, R.A.; SOBRAL, A.P.V. **Correlação entre a presença de exostoses e disfunção temporomandibular**, 2008.
- GARCÍA-GARCÍA, A.S.; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, J.M.; GÓMEZ-FONT, R.; SOTO-RIVADENEIRA, A.; OVIEDO-ROLDÁN, L. Current status of the torus palatinus and torus mandibularis. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. □
- HENRIQUE, P. R.; BAZAGA JÚNIOR, M.; ARAÚJO, V. C.; JUNQUEIRA, J. L. C.; FURUSE, C. Prevalência de alterações da mucosa bucal em indivíduos adultos da população de Uberaba, Minas Gerais. *Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 57, n. 3, p. 261-267, 2009.
- HOLTZCLAW, D.; HINZE, F. Prevalence of Palatal Exostoses in Patients That Have Received Periodontal Surgery in the Posterior Maxilla. **Clinical Advances in Periodontics**, v. 0, n. 0, p.1-6, 2013.
- JAINKITTIVONG, A.; LANGLAIS, R.P. Buccal and palatal exostoses: prevalence and concurrence with tori. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, 90(1):48-53, 2000.
- KUPFFER, C.; BESSEL-HAGEN, F. Verhandlungen der berlinergesellschaft für anthropologie, ethnologie und urgeschichte. **Zeitschrift für Ethnologie**, 11:70–1, 1879.
- MARTINS, M. D.; LATA, S. P.; MARTINS, M. A. T.; BUSSADORI, S. K.; FERNANDES, K. P. S. Torus palatina e mandibular: revisão de literatura. *ConScientiae Saúde*, v. 6, n. 1, p. 57-62, 2007.
- MARZOLA, C. Cirurgia Pré-protética. São Paulo: Pancast, 1997.
- MORAES JUNIOR, E. F.; DAMANTE, C. A.; ARAÚJO, S. R. Torus Palatinus: A graft option for alveolar ridge reconstruction. *The International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry*, v. 30, n. 3, 2010.
- NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

PERRI DE CARVALHO, P.S.; BASSI, A.P.; PONZONI, D. Cirurgia pré-protética. In: Cardoso RJA, Machado MEL. Odontologia arte e conhecimento: dentística, prótese, ATM, implantodontia, cirurgia, odontogeriatrics. São Paulo: **Artes Médicas**, 409-37, 2003.

PONZONI, D.; GUARINO, J.M.; PEREZA, P.; SOUZAR, M.; PARO, R.F. Remoção cirúrgica de TorusPalatinus para confecção de prótese total convencional – indicações de diferentes incisões. **RFO**, v. 13, n. 2, p. 66-70, 2008.

QUEIROZ, S.B.F.; AMORIM, R.F.B. Remoção cirúrgica de torus palatino por trauma alimentar repetitivo. Relato de caso. **Ver BrasCir Periodontia**, 2003.

RALDI, F.V.; NASCIMENTO, R.D.; SÁ-LIMA, J.R.; TSUDA, C.A.; MORAES, M.B. Excision of an atypical case of palatal bone exostosis: a case report. **J Oral Sci**, 50:229-31, 2008.

SAAD NETO, M.; CALLESTINI, E.A. **Cirurgias com finalidade protética. In: Zanini SA. Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial.** Rio de Janeiro: Revinter; 1990. p. 177-95.

SAWAIR, F. A.; SHAYYAB, M. H.; AL-RABAB'AH, M. A.; SAKU, T. Prevalence and clinical characteristics of tori and jaw exostoses in a teaching hospital in Jordan. **Saudi Med J**, v. 30, n. 12, 2009.

SEAH Y.H. Torus palatinus and torus mandibularis: a review of the literature. **Aust Dent J**, 40:318-21, 1995.

VIDIC, B. Incidence of torus palatinus in Yugoslav skulls. **J Dent Res**, 45:1511-5, 1966. □