

## EXTIRPACIÓN DE TORUS PALATINO POR PENSAMIENTO DISMÓRFICO

## REMOVING TORUS PALATINUS BY THOUGHT DYSMORPHIC

Carlos Cava Vergiu<sup>1</sup>, Walter Flores Cueto<sup>2</sup>, Yenny Obeso Valdivia<sup>3</sup>Cava C, Flores W, Obeso Y. Extirpación de *Torus palatino* por pensamiento dismórfico. Kiru 2008;(5):1,

## RESUMEN

El artículo presenta un caso de extirpación de *Torus palatino* por pensamiento dismórfico, con la respectiva solución para el tumor benigno de origen óseo y del problema de dismorfia selectiva. La paciente no requería la cirugía por no tener fundamento clínico desde el punto de vista protésico, ni presentar cuadro inflamatorio de tejidos blandos adyacentes, ni interferencia con el habla. La intervención quirúrgica se justificó por el sentimiento de la paciente al mencionar su incomodidad, preocupación y ansiedad de observarse en el espejo una protuberancia en su paladar, la cual la llevaba a un estado de dismorfobia dando como resultado autoexclusión social y la no aceptación personal. El tratamiento fue realizado en el Centro Quirúrgico de la Clínica Especializada en Odontología de la Universidad de San Martín de Porres. La paciente presentó una evolución sin complicaciones y se observó una respuesta favorable de los tejidos blandos y duros, cuyo interés queda para el análisis y estadística de este tipo de patologías.

**Palabras clave:** Torus palatino, Excrescencia ósea, Exostosis de los maxilares

## ABSTRACT

This article described a case of removal of a *Torus palatinus* by thought dysmorphic, with the respective solution for benign tumor of origin bone and the problem of selective dysmorphia. The patient did not require surgery because they have no clinical basis from the point of prosthetic sight, without presenting inflammation of soft tissue adjacent or interference with speech. The surgery was justified by the sense of the patient to mention his discomfort, worry and anxiety seen in the mirror a lump in his palate, which led to a state of Body Dysmorphic Disorder opt resulting in social and non-acceptance. Treatment was conducted at the Centre for Surgical Clinic Specializing in Dentistry at the University of San Martin de Porres, with an evolution without complications and favourable response from the hard and soft tissues, whose interest is for analysis and statistics of this sort of pathologies.

**Key words:** Torus palatinus

<sup>1</sup> Doctor en Odontología. Decano de la Facultad de Odontología USMP

<sup>2</sup> Doctor en Educación. Docente de la Facultad de Odontología USMP

<sup>3</sup> Cirujano dentista. Docente de la Facultad de Odontología USMP

**Correspondencia :**

Carlos Cava Vergiu

Correo electrónico:

## INTRODUCCIÓN

***Torus palatino:***

El término *Torus palatino* fue empleado para definir una exostosis en la región media palatina desde épocas tempranas del siglo XIX, siendo el primer registro conocido el de Joseph Fox en 1814; posteriormente lo utiliza el odontólogo Carabelli en 1842 y después Kupffer en 1879<sup>1</sup>. Thoma en 1950 emplea este término para definir una excrescencia ósea, no neoplásica, convexa de crecimiento lento, de base aplanada situada en la región de la sutura intermaxilar y palatomaxilar, ubicada sobre la superficie bucal del paladar duro<sup>2</sup>, concepto que se mantiene hasta el día de hoy.

El *Torus palatino* es una excrescencia ósea no neoplásica de crecimiento lento que puede variar de

una cresta uniforme hasta una prominencia, ocupando los dos tercios del paladar; constituyen formaciones óseas, sésiles, de forma nodular, fusiforme, lobulada o plana; pueden ser simétricos o asimétricos; el tamaño se puede describir como leve, moderado y marcado; también podemos medir sus tres dimensiones: altura, ancho y longitud; en algunos casos se ha visto extenderse hasta el reborde alveolar siendo muy raros estos casos. La mucosa que los recubre es usualmente pálida, delgada, lisa, brillante e intacta, pero puede ulcerarse fácilmente debido a un traumatismo. Se manifiesta habitualmente entre los 25 y 35 años de edad, siendo más frecuente en mujeres que en hombres: Constituye una de las alteraciones más comunes. con una prevalencia de 20% en la población, y con mayor incidencia en la raza india que en negros y blancos. Generalmente son asintomáticos y no precisan de tratamiento.

Radiológicamente pueden manifestarse como lesiones radiopacas difusas. Al examen histológico ambos tipos de *Torus* muestran la estructura de la cortical ósea adulta, con escaso estroma y espacios medulares.

El diagnóstico diferencial debe considerar abscesos palatinos, tumores de glándulas salivales y linfomas.

#### Trastorno dismórfico corporal (dismorfofobia)

Consiste en una preocupación fuera de lo normal por algún defecto físico, ya sea real o imaginado.<sup>11</sup> Si dicho defecto existe, la preocupación y ansiedad experimentada por estas personas es excesiva, percibiéndolo de un modo exagerado. El cuadro psicopatológico fue descrito por primera vez en 1891 por el italiano Enrico Morselli (1852-1929), quien acuñó el término en 1886. En su práctica, Freud tuvo al menos un paciente con este desorden: el aristócrata ruso Sergei Pankejeff quien presentaba una preocupación excesiva por su nariz; fue llamado «el hombre de los lobos» («der Wolfsmann») por Freud en orden a proteger su identidad.<sup>12</sup>

#### REPORTE DE CASO

Paciente de sexo femenino de 28 años de edad y aparente buen estado de salud general, acude a la Clínica Especializada en Odontología de la Universidad de San Martín de Porres con una exostosis en la región media palatina; la lesión presentaba un tamaño moderado, con una elevación de 6 mm., ancho de 8 mm. y longitud de 14 mm.; forma simple, bilateral, lobular y alargado de base aplanada. Se procedió a tomar una radiografía oclusal, confirmándose el diagnóstico (figura 1).

#### Técnica quirúrgica

Previamente se recomienda la antibioticoterapia horas antes de la intervención quirúrgica, con la finalidad de alcanzar un nivel antibacteriano adecuado.

Como primer paso se aplica anestésica local infiltrativa con vasoconstrictor (figura 3). Se realiza una incisión en forma de «Y» con un bisturí N°11,

mango N°3, atravesando toda la fibromucosa palatina hasta llegar a hueso (figuras.4,5). Con un periostótomo se elevan los colgajos y se colocan los puntos tractores, exponiendo así el crecimiento óseo (figura 6).

El *Torus palatino* se elimina con una fresa quirúrgica tras la práctica de unas marcas guías de profundidad, o bien con martillo y escoplo efectuando una eliminación por capas (figuras 7,8). El procedimiento en el sector más basal se realizó con lima para hueso, con el fin de evitar la comunicación orosinusal. Se procedió a continuación a irrigar con cloruro de sodio al 9% y Rifampicina en spray (figuras 9,10). Finalmente se suturó la herida con cinco puntos individuales (figuras 11,12); es conveniente pasar primero todas las suturas, dejando los cabos largos y anudando al final.

Una vez terminada la intervención se debe estabilizar y fijar los tejidos. Con esta finalidad se confeccionó una férula o placa palatina a base de acrílico, la cual se fija con alambres para ligaduras con el objetivo de aliviar las molestias postoperatorias: deglución de alimentos, laceraciones de la herida operatoria y para prevenir la formación de un hematoma. Se colocó la férula y sobre ésta cemento quirúrgico, debiendo permanecer durante un periodo de 7 días (figuras 13,14,15,16)

#### Indicaciones y medicación post operatoria

- Amoxicilina + Acido Clavulánico de 875mg. VO cada 12 horas por 5 días
- Dexametasona 4mg/5ml IM cada 12 horas por 2 días
- Ketorolaco 60mg IM cada 12 horas por 2 días
- Colutorios con Clorhexidina al 0.12% por 7 días
- Dieta blanda durante 6 semanas
- Reposo absoluto por 48 horas y relativo por 7 días
- Evitar hacer esfuerzo físico y actividades deportivas durante 6 semanas

Se realizaron los controles respectivos evaluando los tejidos a los 2 días, y a los 7 días de la cirugía se retira el cemento y puntos de sutura, dejando la placa por 5 días más (figura 17). Finalmente se realizó un control al mes, observándose una evolución favorable.

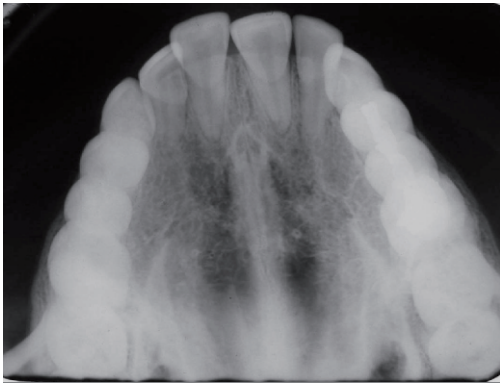


Figura 1: radiografía oclusal



Figura 2: examen clínico



Figura 3: anestesia infiltrativa



Figura 4: incisión inicial



Figura 5: incisión en "Y" terminada

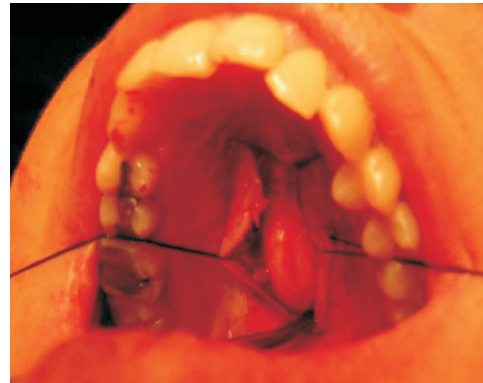


Figura 6: puntos tractoros



Figura 7: matca guía



Figura 8: eliminación del *Torus palatino*



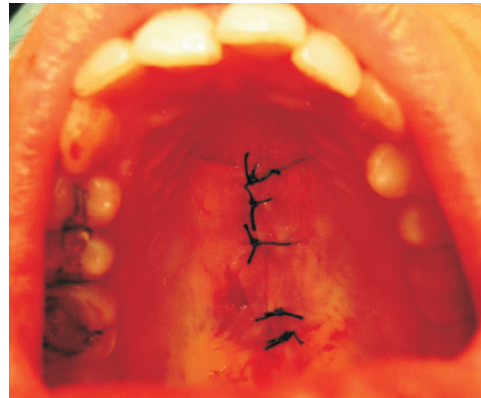
**Figura 9:** lavado del área quirúrgica



**Figura 10:** retiro de puntos tractores



**Figura 11:** colocación de puntos de sutura



**Figura 12:** sutura terminada



**Figura 13:** placa palatina en desinfectante



**Figura 14:** colocación de alambres en placa palatina



**Figura 15:** colocación de la placa palatina con cemento quirúrgico



Figura 16: placa palatina instalada



Figura 17: retiro de placa y control a las 7 días

## DISCUSIÓN

El caso clínico coincide con los antecedentes expuestos por los investigadores en los aspectos de edad, sexo y raza del paciente, así como en las características y comportamiento de estas patologías.

Con respecto a la técnica quirúrgica, la elección del tipo de incisión es fundamental para la observación, análisis y enucleación completa de la exostosis ósea, como también para no sobrepasar los límites del proceso.

Es importante destacar los buenos resultados que se obtienen con el uso de la fresa quirúrgica en el momento de la osteotomía, sin duda un momento crítico donde se requiere la mayor habilidad quirúrgica. El uso de la fresa quirúrgica agiliza la extirpación y reduce el tiempo de trabajo; también disminuye el trauma emocional, pues el uso del martillo y escoplo -ciertamente necesario en algunos casos-, es incómodo para el paciente que percibe los golpes bruscos.

La utilización de la placa palatina a base de acrílico ha dado buenos resultados en la disminución de molestias post operatorias no sólo en este tipo de intervenciones, sino también en cirugías de dientes retenidos en paladar.

La opción quirúrgica de este caso clínico se justificó por el cuadro de dismorfofobia presentado por la paciente. La eliminación de la lesión física permitió un equilibrio entre el campo de la salud bucal con la salud mental.

La extirpación del *Torus palatino* por causa de pensamiento dismórfico también permitió dar

solución a una alteración psicossomática, de modo que no solo se recuperó la anatomofisiología palatina del tejido, sino que el procedimiento permitió que el paciente recupere su autoestima.

## REFERENCIAS

1. Miller S, Roht Torus palatinus: a statistical study of torus palatinus and torus mandibularis. Amer J. Phys Anthrop 1960;18:263-272.
2. Thoma K. Oral pathology. 6a ed. Editorial Interamericana 1984:48-50.
3. Fonseca Raymond J. Oral and Maxillofacial Surgery. 1a ed. 2000:398-401).
4. Raspall G. Cirugía Maxilofacial. Editorial Panamericana, 1997:246-247.
5. King D, Moore G. An análisis of torus palatinus in a transatlantic study. J Oral Med 1976;31:44-46.
6. Spjut A.; Dorfman H, Fechner R, Ackerman L. Tumors of bone and cartilage. AFIP, Washington, 1970:117-196.
7. Organización Mundial de la Salud. Tipos histológicos de tumores óseos: Clasificación histológica Internacional de tumores óseos. O.M.S. Ginebra, 1972.
8. Whitney D. Drawing the Dream of the Wolves: Homosexuality, Interpretation and Freud's 'Wolf Man'. Indianapolis: Indiana University Press, 1995.
9. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV, de la American Psychiatric Association.
10. Freud S. From the History of an Infantile Neurosis. 1918 - Reimpreso en Peter Gay, The Freud Reader. Londres, 1995.

Presentado:

01-07-09

Aceptado para su publicación:

17-08-09