

Remoção cirúrgica de tórus palatino para reabilitação através de prótese parcial removível: relato de caso

Surgical removal of palatine torus for rehabilitation through removable partial denture: case report

DOI:10.34117/bjdv8n12-255

Recebimento dos originais: 23/11/2022

Aceitação para publicação: 26/12/2022

Ozirleno da Graça Pego Sobrinho

Graduando em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Av. Constatino Nery, 3204, Chapada, Manaus – AM, CEP: 69050-000

E-mail: ozirlenoapui@gmail.com

Ana Beatriz Silva da Silva

Graduanda em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Av. Constatino Nery, 3204, Chapada, Manaus – AM, CEP: 69050-000

E-mail: anabeatriz4922@gmail.com

Claudio Henrique Andreocci de Oliveira Brasil

Graduando em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Av. Constatino Nery, 3204, Chapada, Manaus – AM, CEP: 69050-000

E-mail: claudioandreocci@gmail.com

Rafael Saraiva Torres

Cirurgia Bucomaxilofacial

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Av. Constatino Nery, 3204, Chapada, Manaus – AM, CEP: 69050-000

E-mail: saraivatorres@gmail.com

RESUMO

Introdução: O tórus palatino é uma exostose relativamente comum que frequentemente não apresenta sintomatologias e normalmente não necessita de tratamento, exceto em algumas situações específicas, como por exemplo: há necessidade de adaptação de próteses. **Objetivo:** Apresenta-se como principal objetivo deste relato de caso a remoção de um tórus palatino com finalidade de permitir a confecção de uma prótese parcial removível. **Metodologia:** Resultados e discussões: Nesses casos as cirurgias com finalidade protética têm como objetivo garantir maior estabilidade e melhor função a prótese que será confeccionada posteriormente. Este artigo foi elaborado por meio de um caso clínico de um paciente que compareceu à clínica FAMETRO. **Conclusão:** Caracteriza-se como tórus palatino, o crescimento ósseo anormal ao longo do plano sagital mediano do palato duro, sendo considerado a exostose intraoral mais comum.

Palavras-chave: tórus, exostose, prótese, cirurgia pré-protética.

ABSTRACT

Introduction: Palatine torus is a relatively common exostosis that often has no symptoms and usually does not require treatment, except in some specific situations, such as: there is a need for adaptation of prostheses. **Objective:** To present as the main objective of this case report the removal of a palatine torus in order to allow the making of a partially removable prosthesis. **Methodology:** Results and discussions: In these cases, surgeries with prosthetic purposes aim to ensure greater stability and better function of the prosthesis that will be made later. This article was prepared through a clinical case of a patient who attended the FAMETRO clinic. **Conclusion:** It is characterized as palatine torus, the abnormal bone growth along the median sagittal plane of the hard palate, being considered the most common intraoral exostosis.

Keywords: torus, exostosis, prosthesis, pre-prosthetic surgery.

1 INTRODUÇÃO

O tórus é considerado uma característica anatômica distinta, e não uma condição patológica, em alguns casos devido a sua morfologia e localização pode causar problemas no processo de adaptação de uma prótese dentária (Belsky et al., 2003). O termo tórus tem sua origem no latim, que significa tumor ou protuberância circular (Ponzoni et al., 2008). Normalmente caracterizado por crescimento ósseo excessivo (exostose), de caráter benigno, circunscrito, bem definido, unilateral ou bilateral, geralmente assintomático. (Erogölu & Erdal, 2008). O exame radiográfico não costuma evidenciar o tórus palatino, porém o mesmo pode ser observado através de tomografias, onde a presença de regiões mais hiper densas que o osso adjacente. As características histopatológicas apresentam uma massa óssea lamelar densa, podendo possuir uma área interna de osso trabecular, porém, apesar dos aspectos radiográficos e histopatológicos, o diagnóstico é essencialmente clínico (Soares, Cauê Fontan et. al. 2020)

Sua etiologia é descrita como multifatorial, incluindo fatores genéticos e ambientais, bem como condições do indivíduo afetado (Erogölu & Erdal, 2008). Quanto a suas desvantagens, pode interferir na mastigação, fonação e adaptação de próteses removíveis parciais ou totais. A remoção cirúrgica conservadora ainda é o tratamento de primeira escolha quando a lesão deve ser removida (Bernaola-Paredes WE et. al. 2020).

Nesse sentido, a remoção cirúrgica do tórus se tem início com anestesia local seja ela infiltrava ou por meio do bloqueio nervo, para maior tranquilidade durante a execução da técnica cirúrgica, que se tem início com a incisão e o descolamento do tecido muco periosteal para expor amplamente o tórus palatino, seguido pela utilização de instrumentos rotatórios e brocas cirúrgicas para formar sulcos horizontais e frontais, posteriormente

realiza-se o uso do cinzel e alavancas para remover pequenos fragmentos entre os sulcos, devido à presença comum de espículas ósseas após a remoção do osso, se faz de extrema importância realizar a regularização óssea fazendo o emprego sistema rotatório associado e lima para osso, finalizando o procedimento com a suturar do retalho (Martins-de-Barros et al. 2022).

A prótese parcial removível (PPR) busca a reabilitação oral, restabelecendo a estética, a fonética e a mastigação adequada para o paciente, e sendo atualmente uma das soluções reabilitadoras mais viáveis para a realidade da maioria da população brasileira. A prótese está sempre submetida a forças repulsivas, funcionais ou não, que geram movimentos que causam instabilidade à prótese e desconforto ao paciente. Tais movimentos podem ocorrer através da ação da gravidade, alimentos de consistência dura ou pegajosa, ação da musculatura para protética, oclusão, para função e fonação. A presença de uma estrutura como o tórus pode dificultar a retenção protética tornado a mais suscetível as forças repulsivas. O objetivo do presente estudo foi realizar um relato de caso de remoção de torus palatino e reabilitação com prótese parcial removível.

2 METODOLOGIA

Partindo da permissão da paciente por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em partilhar sua imagem para devido fim, o presente estudo trata de um relato de caso clínico de cunho analítico descritivo (Pereira *et al.*, 2018), realizado na clínica odontológica do CEUNI Fametro, na disciplina de estágio supervisionado em Clínica Integrada II, do curso de graduação do Centro Universitário Fametro.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino 55 anos, compareceu a clínica odontológica do Centro Universitário Fametro, relatando insatisfação com sua prótese parcial removível atual. Na história médica o paciente relata ser normal sistêmico e que não esteve sob cuidados médicos nos últimos 12 meses, e não está fazendo uso de nenhum medicamento, alega fazer uso de bebida alcoólica uma vez ao mês. No histórico familiar paciente alega não haver histórico de enfermidades com tendências hereditárias.

O exame clínico extraoral não revelou nenhuma anormalidade. No exame clínico intraoral foi observado uma massa de consistência endurecida, na região de palato duro, recoberta por mucosa de aparência normal. Ao ser questionado, o paciente não relatou

nenhum desconforto ou dor, e não observou crescimento da massa na sua idade adulta, afirma nunca ter buscado atendimento para investigar a origem, pois já convive com ela desde jovem e por não incomodar nunca havia reparado anteriormente (Figura 1 A). O diagnóstico foi concluído como se tratando de um tórus palatino. Devido a necessidade de confecção de uma nova prótese parcial removível, pois sua prótese atual apresentava-se insatisfatória com ausência de elementos dentários, substituindo apenas um incisivo central (figura 1 B), foi indicado a remoção cirúrgica do tórus palatino para uma melhor adaptação da futura prótese. O paciente foi encaminhado para a disciplina de Buco-Maxilo-Facial para a realização do procedimento cirúrgico.

Figura 1: A) Aspecto clínico; B) Prótese parcial insatisfatória.

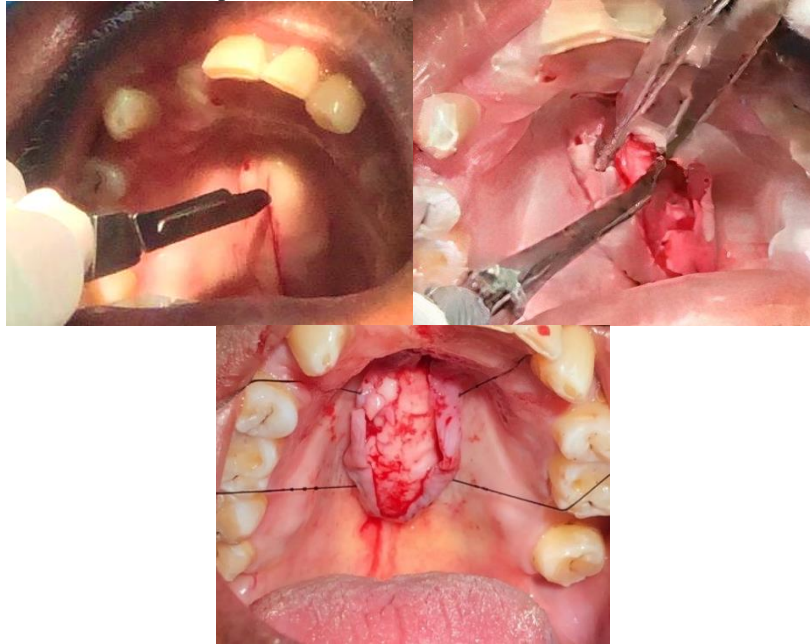


Fonte: autoria própria.

O processo de remoção do tórus teve início com a anestesia regional do nervo palatino maior, bilateralmente, e do nervo nasopalatino, e infiltrações locais para maior hemostasia tecidual, tendo como de escolha o anestésico local injetável Alphacaine 2% 1:100.000 –(DFL®).

A incisão foi feita em duplo Y com cabo de bisturi nº 3 lâmina nº15 (figura 2 A) e o descolamento do tecido mucoperiosteal com descolador de molt nº 9. (Figura 2 B). Foram realizadas confecção de rafia para manter o tecido mucoperiosteal afastado durante osteotomia. (Figura 2 C)

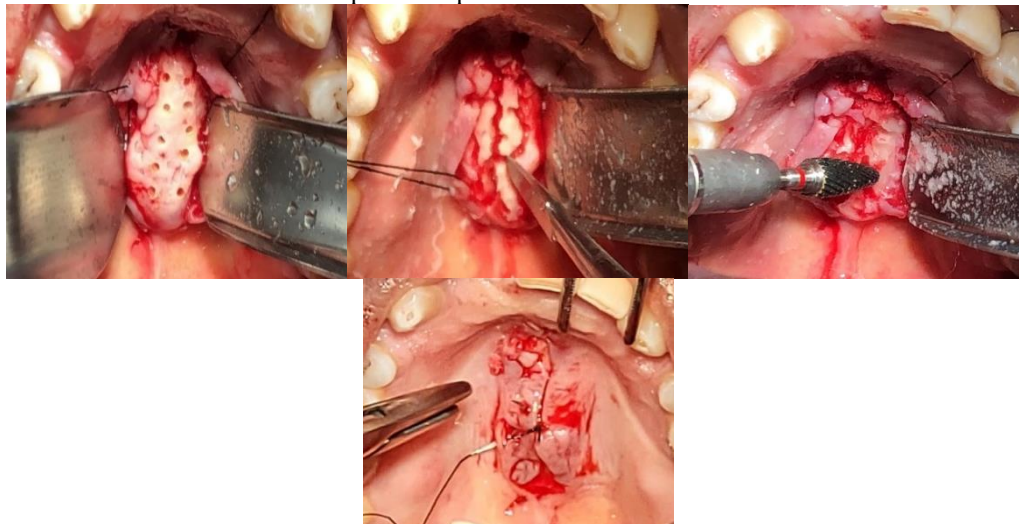
Figura 2: A) Incisão em Duplo Y sendo realizada com cabo de bisturi n° 3, lâmina n° 5; B) descolamento do tecido mucoperiosteal com auxílio do descolado de molt 9 e pinça anatômica; C) técnica da rafia sendo utilizada após o descolamento do tecido muco periosteal.



Fonte: autoria própria.

Utilizando a peça reta, brocas 702 hastes longa e irrigação com soro fisiológico, realizou-se a confecção das canaletas referências. (Figura 3 A). Seguido pela união das mesmas para realizar a segmentação do tecido, complementada por clivagem dos segmentos criados com alavancas seldin reta, (figura 3 B) e (figura 3 C). Após a exérese, realiza-se osteoplastia as brocas maxicut com irrigação com soro fisiológico, para regularização da superfície óssea. (Figura 3 D). O retalho mucoperiosteal foi reposicionado e suturado com ponto simples e fio de seda 3.0. (Figura 3 D)

Figura 3: A) Canaletas de referências; B) União das canaletas realizada, iniciando a clivagem do tecido ósseo com alavanca seldin reta; C) Clivagem do tecido ósseo concluída; D) Sutura sendo realizada, com ponto simples e fio de seda 3.0.



Fonte: autoria própria.

Foi prescrito medicação antibiótica (Amoxicilina 500mg) por 7 dias, anti-inflamatória (Nimesulida 100mg) por 3 dias e para controle da dor (Dipirona sódica 1g) por 24 horas. O paciente foi instruído a realizar a higienização da área operada com auxílio de uma gaze umedecida na solução de digliconato de clorexidina 0,12%, orientando-o a realização de bochecho apenas após 3 dias a data de realização da cirurgia. O paciente foi orientado que durante o pós-operatório a dormir com a cabeça elevada (colocar travesseiros sob a cabeça) que sua alimentação fosse líquida e pastosa gelada ou fria, nas primeiras 24 horas. Realizar compressas com gelo no local da cirurgia, pela parte externa, nas primeiras 24 horas. O paciente foi instruído a evitar esforço físico, a exposição ao sol, a utilização de cigarros e bebidas alcoólicas, que também evita-se cuspir, tossir, ou beber líquidos por canudinho.

Após 7 dias de pós-operatório foi observada mucosa palatina em processo de cicatrização apresentando áreas ora ulceradas ora apresentando tecido de granulação, porção de osso palatino estava parcialmente exposto (figura 4 A). Após 14 dias nota-se a continuação do processo de cicatrização com mucosa palatina apresentando áreas menos ulceradas além de menor exposição óssea. (Figura 4 B).

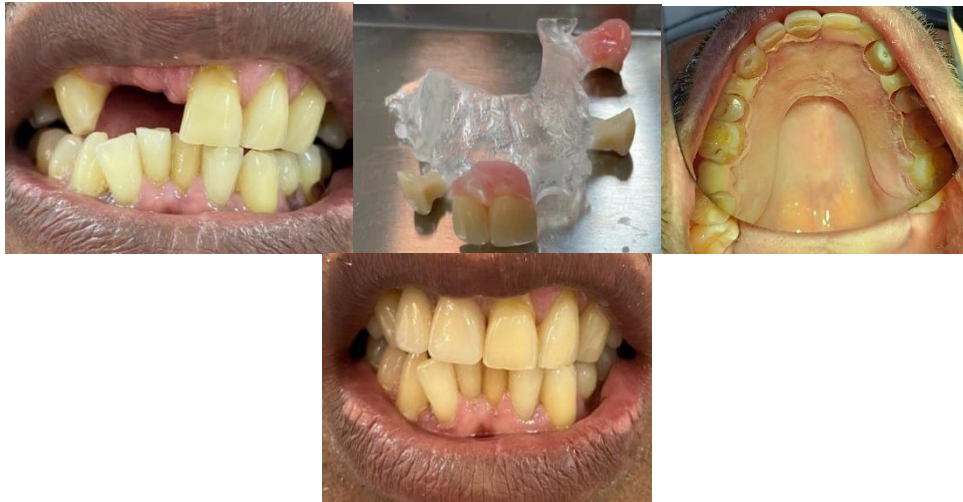
Figura 4: A) retorno do paciente após 7 dias, com a sutura. B) Retorno do paciente após 14 dias.



Fonte: autoria própria.

Após 21 dias o paciente foi encaminhado novamente para a disciplina de estágio supervisionado em clínica integrada II, onde se deu o início dos trabalhos para confecção de uma prótese provisória. A confecção prótese iniciou-se com a profilaxia dos elementos dentários seguidos pela escolha da cor dos dentes de estoque que seriam empregados, sendo a cor 66 a que mais se assemelha aos dentes naturais do paciente. Começou-se a moldagem com a seleção das moldeiras perfuradas para adultos em Alumínio (Tecnoden®) que melhor se adaptava a cavidade oral do paciente, seguido por sua individualização com cera utilidade e algodão, em seguida foi realizada a manipulação do alginato Hydrogum 5 Tipo I (Zhermack®), foi realizada então a moldagem da arcada superior e na sequência a moldagem da arcada inferior. Após a moldagem foi realizado a desinfecção dos moldes de alginato superior e inferior, borrifando álcool 70% e o selando em um saco plástico por 10 minutos. Realizou-se a manipulação do Gesso Pedra Especial Tipo IV (Durastone®) e o vazamento do mesmo nos moldes de alginato aplicando vibrações para remoção de bolhas de ar. Foi feito o registro da mordida do paciente fazendo o uso de uma Lâmina dobrada ao meio de Cera 7 Rosa Lâmina, (Lysanda®). Os modelos e o registro de mordida foram encaminhados ao laboratório para a confecção da PPR provisória. A prótese provisória foi entregue no vigésimo oitavo dia do pós-operatório, realizou-se a prova da prótese e os ajustes necessários para adaptação e oclusão satisfatória da PPR provisória. (Figura 5 A), (Figura 5 B), (Figura 5 C), (Figura 5 D).

Figura 5: A) paciente antes da instalação da PPR provisória. B) prótese parcial removível provisória; C) paciente após a instalação da PPR provisória; D) Região oral após a instalação da PPR provisória. Após x dias.



Fonte: autoria própria.

Uma semana depois o paciente retornou à clínica odontológica FAMETRO para verificar a adaptação da PPR provisória, no atendimento o paciente relatou desconforto na região de palato duro, foi constatado que havia a necessidade de se realizar alívios na prótese para melhor adaptação, os alívios foram realizados com a peça reta e broca maxicut.

3.2 DISCUSSÃO

Caracteriza-se como tórus palatino, o crescimento ósseo anormal ao longo do plano sagital mediano do palato duro, sendo considerado a exostose intraoral mais comum. Sua etiologia apesar de desconhecida, pode ser associado a fatores genéticos, alterações funcionais, e características raciais. Habitualmente não há manifesta de sintomatologia dolorosa, entre tanto a remoção é indicada quando há trauma recorrente, interferência nos processos de fonação, deglutição, mastigação, posicionamento normal da língua, ou para correção de deformidades ósseas que prejudiquem a adaptação de prótese dentarias (Costa, Edivan de Azevedo Silva da et al., 2019; Rossello VE et.al., 2019). No presente caso o paciente apresentava torus palatino sem relato de sintomatologia dolorosa. A cirurgia pré-protética de remoção de tórus palatino foi indicada nesse caso para adaptação de uma nova prótese parcial removível, pois a PPR que o paciente utilizava anteriormente a remoção do tórus palatino, não apresentava uma adaptação em boca satisfatória com ausência de 4 elementos dentarias sendo dois desses elementos importantes para a estética do sorriso, tornado a prótese ineficiente pois não

devolvia estética e função. (Silva et al, 2010) afirma que uma prótese inadequada surti efeitos negativos sobre a psique humana, na qual as principais consequências psicológicas são a perda de autoestima, dificuldade de socialização, raiva e frustração.

A incisão “duplo Y” foi escolhida, pois proporcionou uma melhor visualização do campo operatório o que foi importante para o sucesso do procedimento, pois facilitou a remoção do tórus ao tornar a cirurgia mais limpa e diminuir o risco traumatizar o tecido mole que circunda a exostose. (Pinheiro Neto CD et.al 2014) diz que compreensão detalhada da anatomia vascular do palato, em especial na região do forâmen palatino maior é fundamental para prevenção de lesões vasculares durante os procedimentos cirúrgicos nestas regiões evitando assim a necrose do retalho. Durante a síntese houve uma dificuldade ao realizar a sutura das incisões relaxantes realizadas no palato mole devido elas estarem muito posteriores. Sendo assim a incisão em “Y pode ser realizada em lesões menores conforme afirma (Sá, Carlos Diego Lopes et. al. 2017). Segundo (Chacko et al, 2010) as incisões em ‘Y’ ou duplo ‘Y’ tem como vantagem uma maior exposição palatina permitindo assim uma boa visão do campo operatório, porém apresenta como desvantagem uma maior possibilidade de laceração do retalho, além disso pode haver maior dificuldade na sutura da incisão posterior, favorecendo deiscência de sutura, também apresenta 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, no caso em questão foi realizada a sutura em duplo Y para melhor visualização do campo operatório.

Foi realizada a técnica de rafia, na qual se faz o emprego de fios de sutura para fazer amarrações no tecido muco periosteal, mantendo a área cirúrgica com uma melhor visualização e evitando lesões ao tecido. Os fios foram transpassados no tecido mole do palato já descolado do com as extremidades presas ao campo cirúrgico utilizando as pinças mosquito, de forma que o tecido ficasse tensionado para mantê-lo aberto, evitando assim lacerações por uso de força excessiva com o afastador e lesões acidentais ao manusear a zona operada e ao realizar o corte ósseo. O emprego da técnica foi de suma importância para melhorar a visualização do campo operatório, sendo assim independente de qual incisão seja realizada para a remoção do tórus é importante fazer cuidadosamente o descolamento, para evitar lacerações.

A muitas técnicas cirúrgicas empregadas na remoção de tórus, são divididas em aquelas que fazem o uso de instrumentos rotatórios e as que não o utilizam (Silva, Marcelo Gomes da et.al.2021). Neste caso a cirurgia foi realizada fazendo o emprego de

instrumentos rotatórios para confecção de canaletas guia e regularização óssea, e as alavanca seldin reta para a clivagem óssea reduzindo assim o risco de necrose óssea por aquecimento das brocas. Conforme explica Silva, (Marcelo Gomes da et.al.2021) que a manutenção da irrigação durante a secção e osteoplastias com instrumentos rotatórios reduz o risco de necrose óssea por aquecimento. A utilização neste caso da peça reta por ter uma baixa rotação associada com refrigeração líquida, diminui o risco de necrose óssea e apresenta melhor resultado de reparo ósseo, conforme apresenta o estudo realizado por (Monti, L. M., et.al.2014)

A remoção de tórus platino por ser um procedimento cirúrgico requer cuidados pós-operatórios, que visam a rápida recuperação e reduzem os riscos de complicações pós cirúrgicas. O controle da dor deve ser realizado por meio de analgésicos e anti-inflamatórios, os antibióticos reduziram o risco de possíveis infecções (Rodrigues et.al. 2022). No presente relato o analgésico de escolha foi a dipirona sódica de 1g devido a sua rápida ação no controle de dor de intensidade leve e moderada. (Vicentini et al 2013) explica que A dipirona sódica é um fármaco de grande utilização para o controle da sintomatologia dolorosa e inflamatória, sobretudo no pós-operatório de cirurgias odontológicas, com a sua efetividade analgésica podendo ser relacionada ao seu mecanismo de ação periférico, diferenciando a dos outros fármacos.

O anti-inflamatório de escolha foi a Nimesulida 100mg, por apresenta um mecanismo de ação eficaz na inibição dos processos inflamatórios e a associação positiva com analgésico facilitam a sua escolha. Segundo (Cardoso et. al. 2022) um dos AINES utilizados para modular a inflamação na odontologia é a Nimesulida pois é indicada para controle da dor com intensidade moderada e severa no período pós-operatório de intervenções odontológicas, pelo fato de possuir uma boa eficácia preventiva após a lesão no tecido e antes da sintomatologia dolorosa

Como ação para evitar infecções foi prescrito ao paciente amoxicilina 500mg como antibiótico assim como também o colutório bucal Digluconato de clorexidina 0,12%, para higienização da região operada afim de controlar a proliferação de bactérias reduzindo assim o risco de infecções. (Andrade et al 2013) diz que ao realizar cirurgias pré-protéticas com descolamento extenso deve-se orientar o paciente a realizar o bochecho da solução aquosa de digluconato de clorexidina 0,12%, pela manhã e à noite, até a remoção da sutura. (Andrade et al 2013) Afirma ainda que não é recomendável a utilização de antibióticos, em pacientes que não apresentam comprometimento do sistema imune e não sejam suscetíveis a infecções à distância, porém afirma que cabe ao cirurgião

dentista a decisão do emprego do fármaco após análise do caso. A escolhas dessa terapêutica medicamentosa ocorreu devido à ausência de alergias, doenças sistêmicas e hábitos nocivos por parte do paciente que poderiam levar a interações medicamentosas e a dificuldade do organismo de realizar a absorção e excreção dos fármacos. (Bergamaschi, Cristiane de Cássia et al. 2007) (Queiroz, Thallita Pereira, et al. 2013)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A exostose é um crescimento ósseo anormal de caráter benigno que normalmente não necessita de tratamento, porém dependendo do seu tamanho e localização pode causar desconforto ao paciente e dificuldades na fonação, mastigação, higienização da cavidade oral e adaptação de próteses removíveis. Nestas situações a intervenção cirúrgica para remoção conservadora do aumento ósseo é indicada, pois, agregara benefícios aos pacientes. A cirurgia pré-protética ocorreu conforme o previsto não havendo intercorrências durante o procedimento, e sem a presença de complicações no pós cirúrgico, proporcionando assim um desfecho satisfatório para o caso.

REFERÊNCIAS

- Andrade, E. D. (2013). *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia*. 3ª.ed.Artes Médicas.
- Belsky, J. L., et al. (2003). Torus palatinus: a new anatomical correlation with bone density in postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab*. 88(5):2081-6. doi: 10.1210/jc.2002-021726. PMID: 12727958.
- Bergamaschi, C. C., et al. (2007). “Interações medicamentosas: análises, antiinflamatórios e antibióticos (Parte II).”
- Bernaola-Paredes, W. E., et al. (2020)> An atypical presentation of gigantiform torus palatinus: a case report: atypical tori palatine and surgical management. *Int J Surg Case Rep.*<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210261220306490?via%3Dihub>.
- Cardoso, J. C. S., et al. (2022). “Análise do conhecimento e padrão de prescrição-município medicamentosa dos cirurgiões médicos da atenção básica no de Feira de Santana-BA.” *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*.
- Costa, E. A. S., et al. (2018). “Relato de caso: remoção de tórus palatino para reabilitação protética.” *Arquivos de Investigação em Saúde* 7.
- Freire, S. A. S. R., et al. (2010). A cirurgia pré-protética para Torus Palatino - Relato de caso. *Salusvita, Bauru*, 29(2), 47-55.
- Martins, M. D., et al. (2007). “Toro palatino e mandibular: revisão de literatura.”
- Martins-de-Barros, A. V., et al. (2022). “Exostoses instalados em maxila: relato de caso incomum e revisão da literatura.”
- Monti, L. M., et al. (2014). Osteotomia com Brocas de Alta e Baixa Rotação, com e sem Refrigeração Líquida: Estudo Histopatológico Duplo Cego em Suínos. *Archives of health investigation*.
- Pinheiro Neto, C. D., et al. (2010). Anatomical Model for Dissection in Corpses of the Palate Vascularization. *Int. Arch. Otorhinolaryngol*.
- Ponzoni, D., Guarino, JM., Perez, AP., Souza, RM., Paro, RF. (2008). Remoção cirúrgica de toro palatino para confecção de prótese total convencional – indicações de diferentes incisões. *RFO*.
- Queiroz, T. P., et al. (2013). Walter betoni Junior e Eduardo Hochuli Vieira. “Dipirona versus paracetamol no controle da dor pós-operatória.” *Revista de Odontologia da UNESP*.
- Rodrigues, A. G., et al. (2022). “Remoção de combinações de Tórus Mandibular Bilateral: relato de caso / Surgical Removal of Bilateral Mandibular Torus: case report.” *Revista Brasileira de Desenvolvimento*.

Rossello V. E., et al. (2019). Torus Palatinus. *Med Cutan Iber Lat Am.* 47(3), 216-218. doi:10.35366/91762.

Silva, M. G., et al. (2021). “Remoção de tórus mandibular bilateral com finalidade protética: relato de caso clínico.” *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento* 10.

Soares, C. F., et al. (2020). “Excisão de tórus palatino com dimensões atípicas: relato de caso”. *Cirurgia Oral, Medicina Oral, Patologia Oral e Radiologia Oral* 130.

Vicentini, C. B., et al. (2013). “Efeito comparativo da dipirona sódica e da dipirona sódica associada à cafeína para controlar a dor pós-exodontia”.