

Remoção de tórus palatino associado a complicações pós-cirúrgicas: relato de caso

Palatine torus removal associated with post-surgical complications: case report

DOI:10.34117/bjdv9n1-244

Recebimento dos originais: 16/12/2022

Aceitação para publicação: 16/01/2023

Gabriel Amaral da Silva

Graduando em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Rua Raimundo de Moraes, 293, São Jorge, Manaus – AM, CEP: 69033-130

E-mail: amaralgabriel78262@gmail.com

Pedro Luiz Camurça da Rocha

Graduando em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Rua Hugo Abreu, 29, Lírio do Vale I, Manaus – AM, CEP: 69038-260

E-mail: pedroluizam@gmail.com

Mônica Sacramento Monteiro Araújo

Graduanda em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Rua Kobe, 65, Parque Dez de Novembro, Manaus – AM, CEP: 69054-645

E-mail: monicas_araujo@yahoo.com.br

Lyandra de Freitas Izidoro

Graduanda em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Avenida Constantino Nery, 3451, Chapada, Manaus – AM, CEP: 69010-160

E-mail: lyandrafreitas17@gmail.com

Lívia Coutinho Varejão

Especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Avenida Constantino Nery, 3000, Chapada, Manaus - AM, CEP: 69050-010

E-mail: draliviacoutinho@gmail.com

Hannah Marcelle Paulain Carvalho

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Avenida Constantino Nery, 3000, Chapada, Manaus - AM, CEP: 69050-010

E-mail: hannah.carvalho@fametro.edu.br

Marina Rolo Pinheiro da Rosa

Mestra em Clínica Odontológica

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Avenida Constantino Nery, 3204, Chapada, Manaus - AM, CEP: 69050-000

E-mail: marina.rosa@fametro.edu.br

RESUMO

O tórus palatino (TP) é um crescimento ósseo benigno, idiopático e assintomático, localizada na linha média do palato duro, apresentando-se nos formatos unilobular, polilobular, plano, nodular ou fusiforme. Sua remoção cirúrgica, quando indicada, pode levar a complicações imediatas ou tardias. O objetivo desse trabalho é relatar o manejo cirúrgico e terapêutico da remoção de um tórus palatino associado à complicação pós-cirúrgica para melhora das funções do sistema estomatognático. O presente trabalho relata a remoção cirúrgica de tórus palatino em uma paciente do gênero feminino, pré-diabética, queixando-se de abaulamento na região do palato duro há aproximadamente 30 anos, com repercussão estética e fonoaudiológica. O procedimento cirúrgico foi realizado em ambiente ambulatorial através da confecção de uma incisão em duplo “Y” no corpo da lesão seguido do descolamento mucoperiosteal para visualização completa do tórus. Em seguida, a remoção do mesmo foi realizada com broca minicut em peça reta sob irrigação copiosa com soro fisiológico 0,9%. Após 2 semanas a paciente evoluiu com deiscência do retalho. Sendo assim, foi realizado uma nova abordagem cirúrgica e medicamentosa para resolução da complicação. Atualmente a paciente apresenta boa evolução, sem queixas no pós-operatório e com completa cicatrização tecidual.

Palavras-chave: exostose, reoperação, corticosteroide.

ABSTRACT

Palatine torus (TP) is a benign, idiopathic and asymptomatic bone growth located in the midline of the hard palate, presenting in unilobular, polylobular, flat, nodular or fusiform formats. Its surgical removal, when indicated, can lead to immediate or late complications. The objective of this work is to report the surgical and therapeutic management of the removal of a palatine torus associated with post-surgical complications to improve the functions of the stomatognathic system. The present work reports the surgical removal of the torus palatine in a female patient, pre-diabetic, complaining of bulging in the hard palate region for approximately 30 years, with aesthetic and speech-language repercussions. The surgical procedure was performed in an outpatient setting by making a double “Y” incision in the body of the lesion followed by mucoperiosteal detachment for complete visualization of the torus. Then, it was removed with a minicut drill in a straight piece under copious irrigation with 0.9% saline solution. After 2 weeks, the patient evolved with flap dehiscence. Therefore, a new surgical and drug approach was performed to resolve the complication. Currently, the patient is progressing well, with no postoperative complaints and complete tissue healing.

Keywords: exostosis, reoperation, corticosteroid.

1 INTRODUÇÃO

As exostoses orais (EO) são crescimentos ósseos não patológicos, de causa desconhecida, presentes geralmente na região palatina da maxila e ao redor da face lingual dos pré-molares da mandíbula (STAFNE; GIBILISCO, 1975). Quando observados no arco superior, tal condição é chamada de tórus palatino (TP) ou tórus mandibular (TM), se no inferior, podendo ser observado múltiplas exostoses em um mesmo paciente (SONNIER et al., 1999; LOUKAS et al., 2013).

De acordo com Singh et al. (2017), as EO têm prevalência em pacientes de etnia asiática, predominantemente chineses, seguidos de malasianos e indianos, variando entre 8% a 51% na maxila e com preponderância de 6% a 32% na mandíbula em toda a população mundial. As EO podem se apresentar, anatomicamente, de forma unilobular ou polilobular, podendo ser plano, nodular ou fusiforme (LOUKAS et al., 2013; KITAJIMA; YASUI, 2015).

Ainda que a sua etiologia seja idiopática, acredita-se que seu aparecimento esteja associado a razões multifatoriais, como hereditariedade, fatores genéticos, alterações na articulação temporomandibular, má oclusão, hábitos parafuncionais, consumo excessivo de alimentos com alto teor de ácido graxos insaturados, vitamina D e cálcio (GARCÍA-GARCÍA et al., 2010; MORRISON; TAMIMI, 2013).

O TP ocupa comumente os dois lados da rafe mediana do osso palatino e é caracterizado por ser altamente denso e limitado de medula óssea, recoberto por um tecido mucoso delgado e pouco vascularizado (AL-BAYATY et al., 2001). Essa patologia tende a crescer ao longo da vida e não possui potencial para transformação maligna (SINGH et al., 2017). Dessa maneira, a mucosa pode sofrer traumas recorrentes que resultam em ulcerações dos tecidos que revestem a lesão, gerando assim uma ferida com sintomatologia dolorosa e de cicatrização lenta. Na grande parte dos casos, essas úlceras fazem com que o paciente identifique então a existência do tórus no interior de sua cavidade oral (MOURÃO et al., 2019; ROCHA et al., 2020).

O diagnóstico inicialmente é clínico, através do exame intra e extraoral, e imaginológico. Os exames de imagem são importantes para delimitar a lesão quanto ao tamanho, forma e proximidade às estruturas nobres. Além disso, exclui a possibilidade de outras patologias clinicamente semelhantes, tais como osteoma, fibroma ossificante, calcinose cutânea e osteoma osteóide. Desse modo, agregam informações

imprescindíveis ao plano de tratamento, correto diagnóstico e prognóstico (LIMONGELLI et al., 2018; DION; CULIER, 2019; RODRIGUES et al., 2019).

Por ser uma alteração óssea tipicamente assintomática, sua remoção é indicada quando essas lesões crescem e atingem uma proporção que interferem na função e estética do sistema estomatognático, afetando assim a sociabilidade devido a sua desarmonia facial (LIMONGELLI et al., 2018). Além disso, questões relacionadas aos portadores dessa patologia envolvem dificuldade de fala, fonação, mastigação, deglutição e respiração, devendo assim o paciente receber um cuidado conjunto entre a fonoaudiologia e a odontologia na reabilitação funcional e estrutural, respectivamente (SINGH et al., 2017; AROUCHE; AROUCHE, 2020).

Existem inúmeras técnicas descritas para a remoção cirúrgica, entretanto, ela pode ser realizada através da utilização de brocas Maxicut e Minicut, montadas em peça reta, promovendo o desgaste seletivo do tórus. Instrumentos manuais como o cinzel e alavanca Seldin também podem ser empregados, pois propiciam a adaptação e manutenção dos tecidos adjacentes. Além do mais, o uso do ultrassom piezoelétrico é bastante utilizado atualmente devido o seu corte preciso e preservação dos tecidos mineralizados gerado pela vibração ultrassônica (ANTONIADES et al., 1998; MACLNNIS et al., 1998; RALDI et al., 2008; MOURÃO et al., 2019; BERNAOLA-PAREDES et al., 2020; SOARES et al., 2020; RODRIGUES et al., 2022).

Vários avanços biotecnológicos foram feitos nos últimos anos para a compreensão da cicatrização de feridas, no qual se caracteriza pela proliferação, diferenciação, migração e adesão de diferentes células. Os fatores de crescimento reguladores das atividades celulares, como os da angiogênese TGF β e VEGF, do tecido conjuntivo e bFGF, auxiliam na produção de fibroblastos e colágenos, desempenhando papel fundamental na cicatrização dos tecidos (BARRIENTOS et al., 2008).

Além disso, inúmeros moduladores como a terapia a laser de baixa intensidade (LLLT) se tornaram ferramentas adjuvantes e bem aceitas na cicatrização das feridas, fazendo com que o comportamento das células seja alterado pela irradiação em um comprimento de onda específico (WALSH, 1997; ROCHA JÚNIOR et al., 2006; SILVIYA et al., 2022). Com isso, o metabolismo celular e a proliferação aumentam, otimizando assim o reparo tecidual. Deste modo, a LLLT se torna efetivo devido às suas propriedades físicas, bactericidas, anti-inflamatórias, analgésicas, de estimulação celular,

de ablação e de proliferação (YAMADA, 1991; TADAKUMA, 1993; SILVA NETO et al., 2020; SILVIYA et al., 2022).

As maiores complicações da remoção do tórus palatino envolvem a formação de hematoma no pós-operatório, fratura ou perfuração do assoalho da cavidade nasal, deiscência e necrose do retalho. Cuidados locais, incluindo irrigação vigorosa com soro fisiológico, boa higiene e suporte com condicionadores de tecido em uma férula ou prótese, geralmente promovem tratamento e prognóstico favoráveis (HUPP et al., 2021).

Diante disso, o objetivo do presente caso clínico é relatar a remoção cirúrgica de um tórus palatino bem como o manejo da complicação pós-cirúrgica para melhorar as funções do sistema estomatognático.

2 RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 47 anos, leucoderma, pré-diabética, compareceu à Clínica-Escola do Curso de Odontologia do Centro Universitário FAMETRO (Manaus-AM) queixando-se de “crescimento duro no céu da boca” há aproximadamente trinta anos, relatando ainda dificuldade na dicção, fonação, mastigação e deglutição. Após a autorização da paciente para realização dos exames e diagnóstico através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi realizado o exame físico extraoral em que não foram evidenciadas alterações que pudessem sugerir envolvimento da lesão de forma exofítica. Entretanto, ao exame físico intraoral (Figura 1) foi observado um abaulamento na linha média e nas laterais do palato duro, estendendo-se entre os elementos 16 ao 18 e 26 ao 28 respectivamente. As tumefações apresentavam-se normocoradas em relação à coloração da mucosa e com consistência pétrea, medindo aproximadamente 40 milímetros em seu maior diâmetro e 20 milímetros no menor.

Figura 1 - Aspecto clínico inicial.



Fonte: Autores.

Com o objetivo de complementar o diagnóstico clínico das exostoses, foi realizada uma tomografia computadorizada dos maxilares do tipo Cone-Beam (Figura 2 A-B e Figura 3). Após a análise das imagens, foi concluído que o volume, contorno e densidade eram compatíveis com TP e EPL, e os mesmos assemelhavam-se ao tecido cortical ósseo. Além disso, por se tratar de uma paciente com necessidade de tratamento multidisciplinar, solicitou-se uma avaliação fonoaudiológica onde foram encontradas alterações no sistema estomatognático associadas às exostoses, envolvendo aspectos da fala, miofunção e deglutição. Com isso, a remoção cirúrgica foi indicada e o planejamento consistiu em três etapas distintas onde, no primeiro momento, realizou-se a remoção do TP. Ademais, por causa de sua condição sistêmica pré-estabelecida foi solicitado o exame hematológico de glicemia em jejum, onde o mesmo apresentava-se dentro dos padrões de normalidade. Além do mais, como analgesia preemptiva, foram prescritos 04 miligramas de Dexametasona para ser administrado via oral uma hora antes do procedimento.

Figura 2A - Corte axial da tomografia computadorizada mostrando a presença do tórus palatino; Figura 2B - Corte axial da tomografia computadorizada evidenciando exostoses palatinas laterais bilaterais.



Fonte: Autores.

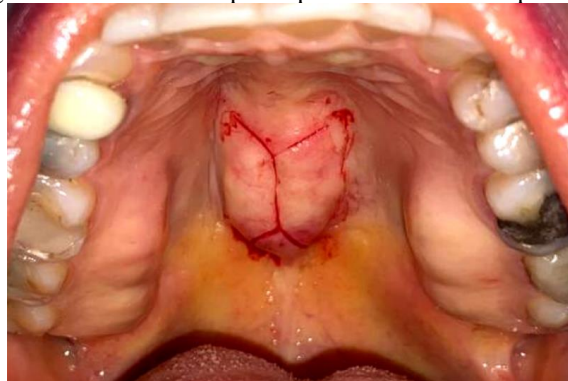
Figura 3 - Corte coronal da tomografia computadorizada mostrando a presença, formato e extensão das exostoses ósseas.



Fonte: Autores.

Inicialmente foi realizado o bloqueio dos nervos palatino maior, bilateralmente, e nasopalatino com a solução anestésica de Cloridrato de Lidocaína 2% e Epinefrina 1:100.000 (DFL[®]-BRASIL) como vasoconstritor. Em seguida, foi confeccionada uma incisão em duplo Y ao longo do corpo da lesão com lâmina de bisturi número 15, preservando as estruturas nobres adjacentes (Figura 4). Em seguida, foi utilizado o descolador de Molt número 2-4 para realizar o descolamento mucoperiosteal de forma minuciosa de toda a extensão do retalho (Figura 5).

Figura 4 - Incisão em duplo Y para acesso ao tórus palatino.



Fonte: Autores.

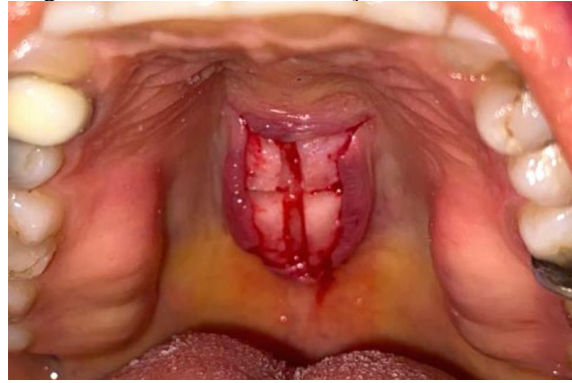
Figura 5 - Aspecto clínico após exposição da lesão através do descolamento mucoperiosteal.



Fonte: Autores.

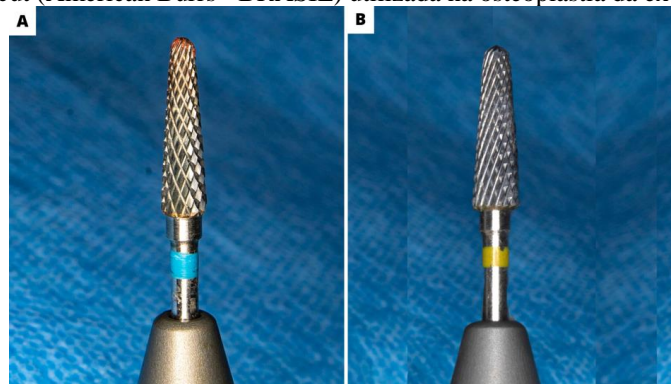
Após o descolamento, foram confeccionadas canaletas de orientação na base do tórus utilizando broca tronco-cônica número 702 em alta rotação e irrigação copiosa com soro fisiológico 0,9%, com a finalidade de realizar a remoção através do desgaste seletivo da lesão (Figura 6). Em seguida, foram usadas brocas Maxicut e Minicut (American Burrs[®]-BRASIL) em peça reta, sob irrigação constante de soro fisiológico 0,9%, para realizar a remoção seletiva do TP e osteoplastia (Figura 7).

Figura 6 - Canaletas de orientação confeccionadas.



Fonte: Autores.

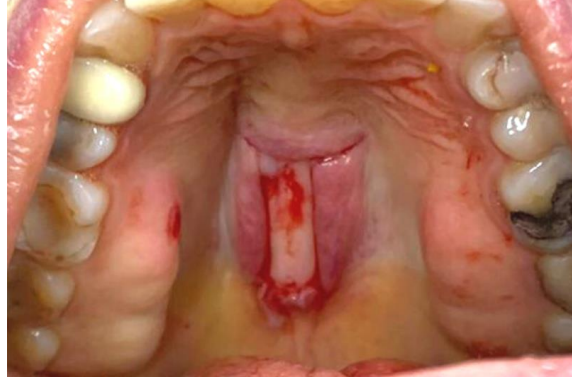
Figura 7A - Broca Maxicut (American Burrs®-BRASIL) usada na remoção do tórus; Figura 7B - Broca Minicut (American Burrs®-BRASIL) utilizada na osteoplastia da exostose.



Fonte: Autores.

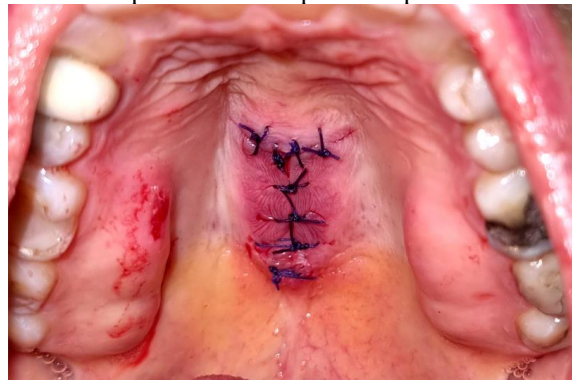
Após a remoção completa do TP e com a osteoplastia já realizada (Figura 8) a sutura foi feita em pontos interrompidos simples (Figura 9) com Vicryl 4-0 (ETHICON®-BRASIL). Depois do término do procedimento cirúrgico, a paciente foi submetida imediatamente à laserterapia de baixa potência (Figura 10) mantendo-se com a terapia a cada 48 horas, a fim de acelerar o processo de cicatrização tecidual, consistindo na aplicação de 1 Joule de raio vermelho em cada ponto. Em seguida, recebeu devidamente as orientações pós-operatória quanto à dieta, higiene, cuidados locais e sobre a terapêutica medicamentosa instituída a ela. Como antimicrobiano sistêmico, foi prescrita uma cápsula de Amoxicilina na concentração de 500 miligramas a cada 8 horas durante cinco dias e, de uso local, bochechos com Digluconato de Clorexidina 0,12% a cada 12 horas pelo mesmo período de tempo. Já como anti-inflamatório, foi prescrito um comprimido de Nimesulida na concentração de 100 miligramas a cada 12 horas por três dias e, como analgésico, um comprimido de Dipirona Sódica na concentração de 500 miligramas a cada 6 horas por dois dias.

Figura 8 - Aspecto clínico após remoção e osteoplastia do tórus palatino.



Fonte: Autores.

Figura 9 - Sutura em pontos interrompidos simples com fio reabsorvível.



Fonte: Autores.

Figura 10 - Laserterapia de baixa potência no pós-operatório imediato.



Fonte: Autores.

No 7º dia de pós-operatório, a paciente apresentava-se com deiscência tecidual na região mais posterior da área operada, evoluindo com sintomatologia dolorosa, leve edema, eritema e rubor local (Figura 11). Como tentativa de não reintervir cirurgicamente e otimizar a cicatrização, foi aplicado 30 Joules de laser vermelho de baixa potência em toda a extensão da ferida cirúrgica e prescrito um comprimido de Dexametasona na

concentração de 4 miligramas, a cada 08 horas, durante 03 dias. O reforço quanto à dieta fria, líquida e pastosa, e manutenção dos cuidados locais foi então verbalizado a paciente.

Figura 11 - Aspecto clínico após 7 dias de pós-operatório.



Fonte: Autores.

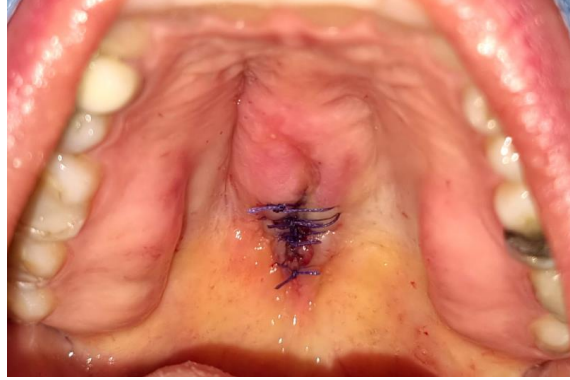
Após duas semanas, a paciente foi reavaliada e a mesma ainda se encontrava na mesma condição na qual se apresentou anteriormente. Sendo assim, devido o insucesso da última terapia estabelecida e colaboração quanto à textura dos alimentos consumidos durante esse período pela mesma, optou-se realizar uma reintervenção cirúrgica. Deste modo, com a solução anestésica de Cloridrato de Lidocaína 2% e Epinefrina 1:100.000 (DFL[®]-BRASIL) como vasoconstritor, foi feito a anestesia infiltrativa terminal na região mais posterior da ferida, seguido do descolamento minucioso do tecido (Figura 12) e de uma sutura oclusiva com Vicryl 4-0 (ETHICON[®]-BRASIL), em pontos interrompidos simples, para reaproximar as bordas da ferida e cobrir a deiscência formada (Figura 13).

Figura 12 - Aspecto clínico após anestesia infiltrativa com Cloridrato de Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000 (DFL[®]-BRASIL).



Fonte: Autores.

Figura 13 - Sutura oclusiva com Vycril 4-0 (ETHICON®-BRASIL).



Fonte: Autores.

Após 11 dias de pós-operatório da reintervenção, a ferida apresentava-se com excelente cicatrização e sem sinais de infecção ou complicações (Figura 14). E assim, após 3 três meses da reabordagem cirúrgica (Figura 15), a mucosa já estava com regeneração tecidual completa, normocorada, com aspecto de normalidade e sem discrepâncias ósseas locais. Atualmente a paciente segue em acompanhamento odontológico e fonoaudiológico.

Figura 14 - Aspecto clínico após 11 dias de reintervenção cirúrgica.



Fonte: Autores.

Figura 15 - Aspecto clínico após 3 meses de pós-operatório.



Fonte: Autores.

3 DISCUSSÃO

O TP é um crescimento ósseo benigno, localizado, de crescimento lento, indolor, com características circunscritas em região de superfície cortical óssea podendo ocorrer tanto na mandíbula, bilateralmente, ou em maxila onde tem maior incidência na linha média do osso palatino. Morfologicamente, como descrito neste caso, pode se apresentar com superfície lisa de proeminência óssea convexa recoberta de mucosa delgada escassamente vascularizada. Normalmente não há necessidade de sua remoção exceto em casos de confecções de próteses odontológicas, traumas recorrentes, enxerto autógeno e interferência nas funções do sistema estomatognático, sendo esta última a principal indicação para que fosse realizada na paciente relatada a remoção cirúrgica do tórus (GARCÍA-GARCÍA et al.,2010; ROCHA et al., 2020).

Sua causa ainda é incerta, entretanto, os fatores ambientais, genéticos e mastigatórios concomitantes com a dieta, atividade muscular e má oclusão dentária tendem a desencadear este processo. Em sua análise histopatológica, observa-se crescimento ósseo denso com pequenos espaços ocupados por medula óssea e pouca atividade osteoblástica, apresentando-se de forma normal sem alteração celular (MORRISON; TAMIMI, 2013). O caso descrito trata-se de uma paciente do sexo feminino de 47 anos, o que é corroborado no estudo realizado por García-García et al., (2010) em que afirmam que o TP ocorre com maior frequência em mulheres entre a terceira e quarta década de vida, tendo o cromossomo X como principal precursor desta condição.

Para realizar a remoção cirúrgica deve-se primeiramente realizar os exames pré-operatórios e observar fatores limitantes de via sistêmica como o uso de fármacos anticoagulantes, alergias farmacológicas, doenças imunossupressoras, hipertensão, diabetes, tabagismo, infecções ou outras alterações nos quais se deva investigar a doença de base; e locais como eritemas, inflamação, superfície leucoplásicas, úlceras crônicas. Isso é obtido a partir da anamnese associada a exames complementares hematológicos e imaginológicos, sendo a tomografia computadorizada o exame de imagem padrão ouro para a elaboração do plano cirúrgico, igualmente usado neste trabalho (LIMONGELLI et al., 2018; DION; CULIER, 2019; RODRIGUES et al., 2019).

O tratamento cirúrgico do tórus palatino tem sido comumente descrito na literatura, possuindo quatro tipos de incisões na diérese: em “Y”, duplo “Y”, semilunar com base lateral, de espessura completa e modificada (CHACKO; JOSEPH, 2010;

PONZONI et al., 2010; HUPP et al., 2021). No presente caso, foi realizada uma incisão anteroposterior em duplo “Y” que tem como principal vantagem a ampla exposição da exostose, auxiliando assim o descolamento mucoperiosteal que deve ser realizado com atenção para que não haja dilaceração do retalho devido a delicadeza do tecido mole, interferindo diretamente no processo de síntese. Na exérese são confeccionadas canaletas de orientação, utilizando broca tronco-cônica número 702 em alta rotação, e em seguida as brocas Maxicut e Minicut em peça reta, para remoção do TP e osteoplastia, as brocas são usadas com intuito de dar o contorno final desejado (HUPP et al., 2021; RODRIGUES et al., 2022).

O conhecimento anatômico e de estruturas vitais são importantes para que se possa diminuir complicações e acidentes no transoperatório. O palato duro separa a cavidade oral e nasal no qual a profundidade das osteotomias deve ser avaliada para não ocorrer comunicação oronasal. Na região anterior, encontra-se o forame incisivo de onde sai o nervo nasopalatino e as artérias e veias enfenopalatinas. Já na região posterior, cerca de 1 cm medialmente ao segundo molar se encontra o forame palatino maior no qual se passa o nervo palatino maior, bem como veias e artérias palatinas que são essenciais para a nutrição tecidual (GARCÍA-GARCÍA et al., 2010; HUPP et al., 2021).

As complicações podem ocorrer em qualquer tipo de procedimento cirúrgico, tendo a falha na técnica anestésica, quebra da agulha, hemorragia, danos aos nervos e vasos sanguíneos, laceração da mucosa, comunicação oronasal, e aspiração de corpo estranho são os principais incidentes que ocorrem durante a cirurgia. Quanto aquelas que ocorrem no pós-operatório pode-se citar a presença de hematomas, deiscência da sutura, parestesia, infecção, osteomielite, necrose óssea, fratura ou a perfuração do assoalho da cavidade nasal, má cicatrização e dor (GARCÍA-GARCÍA et al., 2010; HUPP et al., 2021).

Pesquisas que atuam na aplicação do LLLT na odontologia vêm aumentando com o passar dos anos, afirmando as vantagens da sua utilização que incluem a remodelação e reparo do tecido ósseo, cicatrização acelerada e atenuação da dor. Sabemos que a LLLT pode acarretar comportamento de muitas células e que efeitos podem ocorrer simultaneamente, mas há dados e estudos persistentes que indicam que a cultura de células tende a resultados positivos da LLLT (WALSH, 1997). A terapia a laser tem obtido resultados satisfatórios no tratamento de feridas agudas até a melhora da remodelação do tecido cicatricial. Esta terapia vem comprovando sua eficácia clínica na

cicatrização de tecidos, onde tem sido amplamente relatada nos estudos realizados por Hopkins et al., (2004).

A reintervenção cirúrgica é realizada a partir do momento que se instala o processo inflamatório e uma cicatrização não favorável no pós-operatório, onde a cicatrização não evolui da forma desejada, normalmente podendo ser ocasionada por deiscência tecidual e cuidados locais do paciente. Nesse contexto com intuito de minimizar essas complicações, o uso de corticosteroide pode ser uma opção, já que pode atuar em quase todas as fases do processo inflamatório. Seu uso no pré-operatório é uma forma eficaz de proporcionar maior conforto ao paciente no pós-operatório, pois quase todos os estudos demonstraram redução do edema, dor ou trismo, e uma única dose não causa grandes preocupações, como efeitos colaterais e risco de infecção. Não é evidenciada a melhor via de administração, mas a via oral é mais comumente usada por ser mais simples e com valor acessível agregado (VICENTE et al., 2013).

A odontologia e a fonoaudiologia vêm desenvolvendo trabalhos, que deixam evidente os resultados positivos para pacientes que tratam disfunções no sistema estomatognático, e deixando mais explícita a importância do tratamento em conjunto. A odontologia trata de problemas estruturais que interferem no sistema estomatognático do paciente, e a fonoaudiologia trata ajustando, adaptando, restaurando e avaliando esse sistema, possibilitando uma qualidade de vida ao paciente. O papel de construir e elaborar uma abordagem multidisciplinar deve ser de uma ação conjunta dos profissionais da saúde, que se interligam em diversas áreas, pois a estrutura do sistema estomatognático é ligada em outras partes do corpo, sendo responsável pelo bem estar humano e experiências durante toda uma vida (AROUCHE; AROUCHE, 2020).

4 CONCLUSÃO

Como visto, a remoção cirúrgica associada à reintervenção e terapia medicamentosa apresentaram-se eficientes no tratamento desta condição. Entretanto, para o sucesso deste procedimento é fundamental respeitar a tríade que envolve os conhecimentos anatômicos, planejamento cirúrgico e recomendações terapêuticas. Diante do exposto, o conhecimento científico das técnicas cirúrgicas bem como da farmacologia são fundamentais para o tratamento de complicações pós-cirúrgicas e obtenção de prognóstico satisfatório, restabelecendo assim as funções do sistema estomatognático, melhorando a estética, dicção, fonação, mastigação e deglutição da paciente.

REFERÊNCIAS

AL-BAYATY, H.F. *et al.* An epidemiological study of tori among 667 dental outpatients in Trinidad & Tobago, West Indies. **Advanced Int Dent J**, [s. l.], v. 51, ed. 4, p. 300-304, Aug 2001.

ANTONIADES, D.Z.; 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.**, [s. l.], v. 85, ed. 5, p. 552-557, May 1998.

ROUCHE, J.S.; AROUCHE, J.S. Estrutura e função: inter-relação fonoaudiológica e odontológica na reabilitação do sistema estomatognático. **Pubsaúde**, [s. l.], v. 3, May 2020.

BARRIENTOS, S. *et al.* Fatores de crescimento e citocinas na cicatrização de feridas. **Reparação e regeneração de feridas**, [s. l.], v. 16, ed. 5, p. 585-601, 2008.

BERNAOLA-PAREDES, W.E. *et al.* An atypical presentation of gigantiform torus palatinus: A case report: Atypical tori palatine and surgical management. **International journal of surgery case reports**, [s. l.], v. 75, p. 66-70, Set 2020.

CHACKO, J.P.; JOSEPH, C. Modified palatal flap - A simpler approach for removal of palatal tori. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, [s. l.], v. 68, ed. 4, p. 943-944, Apr 2010.

SILVA NETO, J.M.A.; SANTOS, J.K.B.; GOMES, N.M.A. *et al.* Aplicação da laserterapia de baixa intensidade na odontologia: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 39, p. e2142, 31 jan. 2020.

DION, B.; COULIER, B. Multiple maxillar exostosis. Teaching point: multiple buccal exostosis are rare but asymptomatic, unequivocal, and Always benign condition of the jaws. **J Belg Soc Radiol**, [s. l.], v. 103, ed. 1, 2019.

GARCÍA-GARCÍA, A.S. *et al.* Estado atual do tórus palatino e tórus mandibular,. **Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal**, [s. l.], v. 15, ed. 2, p. 353-360, 2010.

HOPKINS, J.T. *et al.* Low-Level Laser Therapy Facilitates Superficial Wound Healing in Humans: A Triple-Blind, Sham-Controlled Study. **Journal of athletic training**, [s. l.], v. 39, ed. 3, p. 223-229, Set 2004.

HUPP, J.R.; ELLIS III, E.; TUCKER, M.R. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. São Paulo: Guanabara, 2021.

KITAJIMA, S.; YASUI, A. IMAGES IN CLINICAL MEDICINE: Oral Maxillary Exostosis. **The New England journal of medicine**, [s. l.], v. 373, ed. 15, Set 2015.

LIMONGELLI, L. *et al.* Oral maxillary exostosis. **Clinical Case Reports**, v. 7, n. 1, p. 222-223, 2019.

LOUKAS, M. *et al.* The tori of the mouth and ear: a review. **Clinical Anatomy**, v. 26, n. 8, p. 953-960, 2013.

MACINNIS, E. L. et al. Gigantiform torus palatinus: review of the literature and report of a case. **International dental journal**, v. 48, n. 1, p. 40-43, 1998.

MORRISON, M.D.; TAMIMI, F. Oral tori are associated with local mechanical and systemic factors: a case-control study. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 71, n. 1, p. 14-22, 2013.

MOURÃO, C.F.A.B. et al. Aspectos clínicos e tomográficos de exostose mandibular extensa e o seu manejo para melhora na qualidade de vida: relato de um caso incomum na literatura. **Arch. Health Invest**, p. 164-167, 2019.

PONZONI, D. et al. Remoção cirúrgica de toro palatino para confecção de prótese total convencional—indicações de diferentes incisões. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 13, n. 2, 2008.

RALDI, F.V. et al. Excision of an atypical case of palatal bone exostosis: a case report. **Journal of oral science**, v. 50, n. 2, p. 229-231, 2008.

ROCHA JÚNIOR, A.M. et al. Modulação da proliferação fibroblástica e da resposta inflamatória pela terapia a laser de baixa intensidade no processo de reparo tecidual. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 81, p. 150-156, 2006.

ROCHA, T.A. et al. Aspectos clínicos e tratamentos para exostose maxilar: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 12, p. 97619-97627, 2020.

RODRIGUES, A.G. et al. Remoção cirúrgica de Tórus Mandibular Bilateral: relato de caso. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 6, p. 47062-47077, 2022.

RODRIGUES, C.M.C. et al. Um raro diagnóstico de osteoma periférico em palato duro: relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 24, n. 2, p. 279-283, 2019.

SILVIYA, S. et al. The efficacy of low-level laser therapy combined with single flap periodontal surgery in the management of intrabony periodontal defects: A randomized controlled trial. In: **Healthcare**. MDPI, 2022. p. 1301.

SINGH, A.K. et al. Prevalence of oral tori and exostosis in Malaysian population—A cross-sectional study. **Journal of oral biology and craniofacial research**, v. 7, n. 3, p. 158-160, 2017.

SOARES, C.F. et al. Exérese de extenso tórus palatino: relato de caso. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac**, v. 20, n. 2, p. 35-39, 2020.

SONNIER, K.E.; HORNING, Gregory M.; COHEN, Mark E. Palatal tubercles, palatal tori, and mandibular tori: prevalence and anatomical features in a US population. **Journal of periodontology**, v. 70, n. 3, p. 329-336, 1999.

STAFNE, Edward C.; GIBILISCO, Joseph A. **Oral roentgenographic diagnosis**. WB Saunders Company, 1975.

TADAKUMA, Takushi. Possible application of the laser in immunobiology. **The Keio journal of medicine**, v. 42, n. 4, p. 180-182, 1993.

VICENTE, A.; LOFFI, A.O.B.; NESI, H. Uso de corticosteroide no pré-operatório em cirurgia de terceiros molares. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 70, n. 1, p. 22, 2013.

WALSH, L. J. The current status of low level laser therapy in dentistry, Part 1. Soft tissue applications. **Australian dental journal**, v. 42, n. 4, p. 247-254, 1997.

YAMADA, Kunio. Biological effects of low power laser irradiation on clonal osteoblastic cells (MC3T3-E1). **Nihon Seikeigeka Gakkai Zasshi**, v. 65, n. 9, p. 787-799, 1991.