

TORUS PALATINO, TORUS MANDIBULAR Y EXOSTOSIS MAXILARES

Iván Manotas Arevalo*
Vanessa L. Pertuz Cala**
Leonard Suárez Escorcía***

RESUMEN

Los huesos maxilares son parte de la estructura esquelética corporal por lo cual no son ajenos a las patologías que se presentan en ella. Algunas guardan semejanza entre sí, otras son muy singulares por sus características patognomónicas, por ejemplo, los torus palatinos, los torus mandibulares y las exostosis de los maxilares. Sin embargo, existen ideas especulativas acerca de su etiopatogenia, de los factores asociados, de su incidencia y prevalencia, de su necesidad de tratamiento, entre otras. El propósito de esta revisión es presentar la información existente sobre estas patologías en textos usados para la formación de profesionales de salud en nuestro medio y en el ámbito universal, y en otras publicaciones que hayan servido de soporte a las ideas concebidas acerca de los torus y las exostosis, haciendo énfasis en los aspectos diagnósticos. Se pretende que esta información sirva de orientación para investigaciones futuras. (Manotas, I., Pertuz V., Suárez L. Torus palatino, torus mandibular y exostosis maxilares. Duazary 2005; 2: 115-123).

Palabras clave: Torus, neoplasia.

SUMMARY

The bones maxilars are part of the corporal skeletal structure thus are not different to the pathologies that appear in it. Some keep similarity to each other, others are very singular by their patognomónics characteristics, for example, torus palatal, torus mandibular and the exostosis of the maxilla. Nevertheless, speculative ideas exist about his etiopatogenia, of the associated factors, their incidence and prevalence, its necessity of treatment, among others. The intention of this revision is to display the existing information on the text pathologies used for the formation of professionals of health and the universal scope, and other publications that have served as support to the ideas conceived about torus and the exostosis, doing emphasis in the aspects diagnoses. It is tried that this information serves as direction for future investigations.

Key words: Tori, Thorus, Neoplasm

* Odontologo, cirujano oral y maxilofacial, docente de cirugía oral y anestesia Universidad del Magdalena.

** Estudiante 6º semestre odontología Universidad del Magdalena.

*** Estudiante 6º semestre odontología Universidad del Magdalena.

Recibido para publicación 25 de mayo y Aceptado para publicación 10 de agosto.

INTRODUCCIÓN

Los Torus y las exostosis son lesiones que se presentan en los maxilares como prominencias compactas¹ la mayoría de las veces, asintomáticas, recubiertas por mucosa de aspecto sano, en las superficies vestibulares, y linguales o palatinas de los maxilares, y que muchas veces impiden el asentamiento adecuado de un aparato de reemplazo protésico dental, además de presentarse con mayor incidencia en pacientes de edades avanzadas, de modo que esa combinación edad-necesidad de prótesis dental lleva a centrar la atención en estos aspectos que la limitan. Han sido estudiadas por Odontólogos, Médicos Antropólogos, y otras profesiones y sus especialidades. Se han manejado más desde la práctica clínica que desde la base biomédica que sustente sus aspectos fundamentales (histología, desarrollo biomolecular, transmisión genética, etc.)^{2,3}. Han suscitado discusión entorno a su tratamiento pues algunos lo indican de modo radical, otros lo contraindican y otros sustentan que deben tratarse solamente en algunas situaciones muy particulares, pero no hay consenso⁴. Además es motivo de discusión expresar cuál es la población más afectada geográficamente, si la de las costas o las del interior de los continentes, pero pocos estudios para sustentar sólidamente las afirmaciones, también sus características de transmisión genética si las hubiera son imprecisas, no existe una clasificación clara⁵, como lo veremos en ésta revisión y no hay un indicador de pronóstico, de modo que puede dejarse para conducta expectante a un paciente que pierde su mejor momento quirúrgico por la edad, y encontrarse con una indicación quirúrgica clara en un momento menos adecuado por el mismo factor^{6,7}.

Todos estos aspectos son manifestados por los tratadistas en mayor o menor proporción y ofrecidos al conocimiento de la comunidad científica, para la construcción de un imaginario común al respecto.

DESARROLLO

El término Torus Palatino es introducido por Kupfer y Besselhagen en 1879^{8,9}

Sterling Mead, en su texto Cirugía Bucal¹⁰, Mencionaban ya los Torus y las exostosis de los maxilares y los clasificaban como una de las «Hipertrofias de los maxilares», diciendo: «No cabe duda de que muchas exostosis

tales como el toro palatino y las que se ven algunas veces en la cara lingual del hueso frente a los premolares Inferiores, pertenecen a la categoría de hipertrofias... tienen diversas causas, entre otras, función excesiva, trastornos nutritivos, y estados inflamatorios. Y de la Hiperplasia Ósea menciona «que se origina por un estado inflamatorio del hueso y que en ella hay condensación del hueso en vez de formación de tejido Óseo Normal.

En Cirugía Bucal menor el Dr Howe¹¹ habla de «las prominencias óseas y torus (eminencias)» y manifiesta «...El Torus Palatino es una exostosis, ubicada a lo largo de la línea de sutura del paladar duro. A pesar de que muchas autoridades resaltan la importancia de suprimir las eminencias palatinas, con frecuencia se observa la lesión, aunque sólo en ocasiones requiere la corrección quirúrgica, Y no debe escindirse a menos que interfiera con la corrección de una prótesis». Dice que «el torus mandibular es una exostosis que está por encima de la línea milohioidea uni o bilaterales pero más frecuentemente bilaterales, que pueden ser únicos o múltiples, y que se extienden hacia atrás a la zona del tercer molar inferior». Desconoce su etiología pero refiere que son más comunes entre las razas mongoles que entre caucásicos o negroides. Refiere la indicación quirúrgica sólo si dificulta la fabricación de una prótesis o probablemente la hagan, o al eliminar los dientes no restaurables y conservar los que se van a restaurar en el maxilar inferior, o inmediatamente después de hacer las extracciones».

En el Tratado de Patología Bucal, Shaffer¹² acerca del Torus Palatino menciona un estudio de Susuki y Sakai que ofrece pruebas de que es una enfermedad hereditaria con patrón mendeliano dominante. (Susuki, M. Sakai, T. A familiar study of torus palatinus and torus mandibularis. Am J. Anthropol. 18:263, 1960), Y además se soporta en el Tratado de Patología Oral de Thoma,⁸ y presentado por Gorli, Robert J. y Goldman, Henry. Que se extiende poco sobre las exostosis, pero más sobre los torus, diciendo que son «una excrecencia ósea de crecimiento lento, base plana, en la línea media del paladar duro». Shaffer dice desconocer la etiología. Manifiesta que la frecuencia en EUA varía de 20 % a 25% y afecta más a mujeres que a hombres. 2:1, Se presenta a cualquier edad desde la primera década con alta incidencia antes de los 30 años de edad. Son más afectados los indios y esquimales que los blancos o los negros.

Intenta Clasificarlos de esta forma: Base plana, forma fusiforme, nodular o lobular.

La mucosa es sana, puede ser más pálida y se ulcera si se traumatiza.

La composición histológica es hueso compacto denso o una concha de éste material con un centro esponjoso. Visible con radiografías tipo Palatina intrabucal.

Del tratamiento menciona que por lo general no se trata. Que debe considerarse su remoción por: a- porque debido a ella tocaría realizar un socavado profundo en la prótesis; b- por la posibilidad de producir traumatismo a la mucosa que lo cubre; c- por incapacidad de asentar una prótesis debido a ella.

Acerca del torus Mandibular Shaffer Hine Levy¹² expresan:

«Es una excrescencia, exostosis o crecimiento exterior óseo en la superficie lingual, de etiología desconocida».

Se sugiere un fondo genético o étnico con alta frecuencia en mongoloides y baja frecuencia en caucásicos (sellevold, B.J.: Mandibular torus morphology. Am J.Phys. Anthropol. 53:569,1980.)¹³ y Susuki y Sakai¹⁴ demostraron que cuando uno o ambos padres tenían cualquier tipo de torus, la frecuencia con que se presentaba en los niños variaba de 40% a 64%. Cuando alguno de los parientes tenía un torus su incidencia en los niños era de 5% a 8%. En cambio algunos estudios parecen favorecer un factor externo como importante.

Por ejemplo: se ha encontrado que grupos similares con distinto medio tienen diferentes frecuencias mientras que varios grupos raciales en el mismo medio tienen frecuencias similares de incidencia, por lo tanto se cree que el torus se desarrollará como un refuerzo del hueso en ésta área premolar en respuesta a la torsión creada por la masticación pesada.

Es unilateral en 20% de los casos, pueden ser individuales o múltiples, siempre por encima de la línea milohioidea. No existe correlación entre la presencia de ambos torus a la vez aun cuando Susuki y Sakai establecieron una alta correlación en la presentación simultánea.

La incidencia en EUA es de 6% a 8%, sin diferencia por sexos. Mayor incidencia en esquimales y aleutinos. Se puede apreciar desde la primera decada de vida con un pico antes de los treinta años de edad.

Tratamiento: Puede ser necesaria su escisión quirúrgica debido a las dificultades que se encuentran para la elaboración de prótesis sobre el crecimiento exterior. Es Comparable al torus palatino en su benignidad.

Define las exostosis, como protuberancias nodulares ubicadas en la superficie vestibular del maxilar Superior por debajo del pliegue mucobucal en la región molar y sobre los cuales la mucosa es más pálida. De etiología desconocida no se dispone de cifras estadísticas para determinar su incidencia o su disposición. No tienen importancia clínica excepto que si son grandes y pueden interferir con la preparación o con la inserción de un aparato protésico.

Al Respecto el Doctor Guillermo A. Ries Centeno en su texto Cirugía Bucal⁹ menciona a los Torus Como «exostosis que adquieren comportamiento tumoral afin con los osteomas», y que según otras fuentes citadas por él como Prinz quien dice que son más comunes entre las mujeres y como Mathews quien las ha observado en esquimales y en Individuos con grandes músculos masticadores y dientes muy abrasionados mecánicamente. Indica su exéresis en individuos con ulceración traumática, alteraciones fonéticas o adaptación de prótesis a placas.

George laskaris en patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes,¹⁵ nos refiere a todas estas patologías como «Exostosis», diciendo que son «sobrecrecimientos óseos inofensivos que pueden afectar los maxilares, de etiología desconocida pero con Factores genéticos y ambientales que pueden estar involucrados en su desarrollo. Su incidencia en niños es rara. Las lesiones son notadas usualmente a los 20 años de edad, localizados así: En la línea media del paladar duro (Torus palatino), en las superficies linguales del maxilar inferior en la región de los premolares (torus mandibular) y en la superficie bucal de los maxilares y/o sobre los rebordes de los maxilares (exostosis bucales).» Clínicamente los refiere como nódulo óseo duro recubierto por mucosa de aspecto normal. El número y tamaño de las lesiones puede variar considerablemente. Algunas veces la superficie puede ulcerarse por acción mecánica o de la masticación. Crecen lentamente y son asintomáticas.

El diagnóstico está basado en el aspecto clínico.

No requiere tratamiento. La escisión quirúrgica está indicada sólo cuando se requiere una prótesis o cuando estén creciendo rápidamente.

Los Drs Ramfjord y Ash¹⁶ expresan que las exostosis de los maxilares pueden ser ocasionadas por bruxismo y que éstas neoformaciones óseas tienden a recidivar si el bruxismo continúa después de su extirpación, sin

embargo no cita antecedentes ni estudios al respecto ni clasificaciones de la correlación mencionada.

En la Radiología Dental ⁽¹⁷⁾ el Dr Wuehermann y Manson Hing se refieren a las exostosis y torus como proliferaciones óseas localizadas en la capa externa de la cortical de los maxilares, que se muestra en la radiografía periapical como una masa radiopaca difusa dentro de los huesos maxilares y que la radiopacidad depende del tamaño y grado de calcificación de la masa proliferada. Menciona además que los osteomas que se proyectan desde la superficie de un hueso semejan un torus, aun cuando de los primeros menciona que «están rodeados por un borde radiotransparente y limitado por una línea radiopaca lo cual lo diferenciaría».

En Patología Bucal, Regezzi y Sciuba ⁽¹⁸⁾ se refieren a los Torus y exostosis como protuberancias nodulares de hueso maduro. Tiene poca significación clínica al no ser neoplásicas (sin embargo las ubica en el capítulo de tumores benignos no odontógenos), y rara vez sintomáticas. La superficie puede estar ulcerada por traumatismo y provocar una herida dolorosa de cicatrización lenta y menos frecuente de osteomielitis. Algunas veces se requiere su extirpación quirúrgica para instalar prótesis rehabilitatoria. Manifiesta que la evidencia presentada sugiere un patrón hereditario para el torus con un patrón de herencia simple en Venezuela y Japón para el Torus palatino. El Torus palatino tiene prevalencia relativa en ciertas poblaciones como asiáticos, nativos americanos, y esquimales. La incidencia en la población general de los estados unidos es de 20% a 25%.

Es una masa óseanodular y sésil que surge a lo largo de la línea media del paladar duro. En ciertas poblaciones más frecuente en mujeres 2:1. Presente en segunda y tercera década de vida, pero ocurre a cualquier edad. Crecimiento lento y asintomática, casi siempre simétrica.

Adopta varias configuraciones: Nodular, Fusiforme, lobular o plana. En la radiografía se puede ver como un defecto radiopaco difuso.

Manifiestan además que «El torus mandibular se desarrolla con mayor frecuencia en ciertos grupos por ejemplo negros y asiáticos. La incidencia en EUA es de 6% a 12%». Se ha estudiado la presencia de Torus mandibular y migraña y trastornos temporomandibulares. Una relación positiva sugirió que podían ser un factor los

hábitos parafuncionales en la etiología de ésta afección. Es una expansión exofítica a lo largo del borde lingual de la mandíbula por arriba de la cresta del músculo milohioideo. Son habitualmente bilaterales, y se presentan en la región premolar. Es raro pero se conocen casos unilaterales. Asintomáticas de crecimiento lento durante la segunda y tercera década de vida. Puede tener forma de nódulo solitario, masa nodular múltiple al parecer confluyentes. No predilección por sexo.

Las Exostosis, son de causa desconocida, aun cuando se ha señalado que los crecimientos óseos representan una reacción al incremento de estrés oclusivo anormal en los dientes de las áreas afectadas. Excrecencias óseas múltiples o simples, menos frecuentes que los torus. Se trata de nódulos óseos asintomático situados a lo largo del borde bucal (no sería borde sino superficie o cara) del hueso alveolar. Se identifican más a menudo en la parte posterior de la maxila y mandíbula. Se ha informado acerca de raras exostosis debajo de un injerto de piel en vestibuloplastia con injerto gingival y también debajo de un diente falso de un puente fijo.

Histopatológicamente estas entidades son Hueso hiperplásico constituido a su vez por hueso cortical y trabecular maduro. La superficie externa muestra un contorno liso y redondo.

Del tratamiento expresa: No es necesario el tratamiento del torus y la exostosis, a menos que se requieran por consideraciones protésicas o en caso de traumatismo frecuente de la mucosa que los recubre. Solo eventualmente se ha detectado la recurrencia después de la escisión quirúrgica.

A la vez en el Atlas of Oral and Maxillofacial pathology, Regezzi, Sciuba y Pogrel ⁽¹⁹⁾ en el capítulo de lesiones fibroóseas de los maxilares se refieren al torus como una protuberancia nodular en la línea media del paladar o la superficie lingual mandibular. Aproximadamente el 20% de la población tiene torus maxilar y 10% torus mandibular. La causa es desconocida pero cree en la influencia hereditaria, ubica su desarrollo en la segunda y tercera década de la vida, Refiere que es asintomática y únicamente se ulcera bajo trauma masticatorio. Dice que la ulcera resultante del trauma puede durar semanas a meses para cicatrizar debido a que el tejido óseo subyacente es pobremente vascularizado. Microscópicamente el Torus esta com-

puesto de Hueso cortical hiperplásico denso. Su diagnóstico es clínico y no requiere tratamiento. La remoción puede ser ocasional si es necesario para rehabilitación con prótesis.

De las exostosis dice que es una hiperplasia reactiva de hueso cortical y que este proceso se cree que esta relacionado a inusuales y excesivas fuerzas oclusales. La causa es desconocida, la Histología de la exostosis es Similar a la del Torus.

Norman K. Wood y Paul W. Goaz en Diagnostico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales²⁰ consideran a los torus y exostosis como lesiones exofíticas orales más frecuentes. Se trata de protuberancias óseas periféricas benignas y de crecimiento lento de los maxilares. Son lesiones de fácil detección, que suelen presentarse simétricamente como lesiones nodulares o abollonadas de contorno liso y cubiertas por mucosa normal. Son duras a la palpación y se fijan al maxilar subyacente mediante una base ancha y ósea. Su crecimiento se produce fundamentalmente durante los primeros 30 años de vida. Los torus palatinos se localizan en el paladar duro, por lo general en la línea media, y su frecuencia es casi el doble 42% en las mujeres que en los varones, según los estudios de King, DR²¹. Los torus mandibulares se observan alrededor del 12% de los adultos y se localizan en la cara lingual de la mandíbula por encima de la cresta milohioidea, con mayor frecuencia de forma bilateral en la región premolar. No se han observado diferencias en cuanto a la incidencia por sexos. Los Torus de pacientes del reino Unido tienen una incidencia claramente inferior y menor tamaño que los de pacientes estadounidenses. Otro estudio exploraba su presencia en pacientes negros de Florida y en blancos de Kentucky. No se observó ninguna diferencia significativa en cuanto a la incidencia de torus maxilares (frecuencia doble en pacientes del sexo femenino) entre los tres grupos. En cuanto a los torus mandibulares no se observó predominio por sexos, aunque en los negros de Florida su incidencia era más baja que entre los blancos de Florida y Kentucky. Las protuberancias óseas similares que se presentan en otras localizaciones de los maxilares se denominan simplemente exostosis. Diagnóstico diferencial. Los torus y exostosis suelen ser fáciles de identificar a causa de sus características diferenciales. La existencia de mucosa ulcerada sobre estas protuberancias óseas puede plantear un problema diagnóstico. En la mayoría de los casos sin embargo, las úlceras tienen un origen

traumático y la anamnesis y la exploración clínica aclaran su causa. En ocasiones las siguientes lesiones pueden simular en gran medida un torus o una exostosis a la exploración clínica y radiológica: El fibroma osificante o cementante maduro que ha producido un abultamiento del paladar cortical, El hematoma subperiostico osificado, El callo óseo no resuelto, El osteoma, El Osteosarcoma precoz y El condrosarcoma precoz. *Tratamiento:* No se considera necesaria su extirpación salvo razones psicológicas, protésicas, fonéticas, traumáticas.

Continua Norman Wood y otros Comentando de las radioopacidades separadas múltiples e incluye a los torus y exostosis, y dice que «se han descrito como lesiones exofíticas y como radioopacidades únicas». Que en especial «el de tipo mandibular aparece con frecuencia como nódulos múltiples, continuos o separados». Las exostosis también pueden ser múltiples, en especial las que se localizan en las superficies bucales de los maxilares. En ambos casos aparecen en las radiografías de los maxilares como radioopacidades múltiples relativamente densas y de contornos lisos. Acerca de su diagnóstico diferencial manifiesta que los torus o las exostosis múltiples deben diferenciarse de otros trastornos de aspecto similar. Si las radioopacidades múltiples con contornos lisos aparecen en las radiografías periapicales y se palpan los característicos nódulos periféricos en las superficies alveolares bucal o lingual el diagnóstico es claro. A veces se debe tener en cuenta ciertas enfermedades raras, como la adenomatosis del colon, el síndrome de mafucci, la enfermedad de Olier y los osteocondromas múltiples. Mas adelante expresa del tratamiento cuatro criterios. Los Torus y las exostosis múltiples requieren escisión quirúrgica: 1- Por razones psicológicas, 2- si están sometidos a trauma continuado, 3- si interfieren en el habla o la masticación, o 4- si dificultan la aplicación de una prótesis dental.

También describen estas lesiones en el capítulo de radioopacidades intraóseas verdaderas, habiéndolas comentado además en el de lesiones exofíticas y en el de radiopacidades periapicales proyectadas (falsas).

Características las sombras radioopacas bien definidas de esas protuberancias óseas se proyectan sobre imágenes de las raíces dentales en unas placas radiográficas y no en otras. Es habitual que un torus mandibular, una exostosis y a veces un osteoma (en cualquiera de los dos maxilares) produzcan sombras radioopacas sobre las imágenes de las raíces dentales

si los segmentos maxilares en los que se localizan tiene dientes.

Diagnóstico diferencial: La correlación del dato clínico de una protuberancia dura nodular lisa con el hallazgo radiográfico de una radioopacidad de contornos lisos establece el diagnóstico correcto y elimina la necesidad de hacer radiografías adicionales o realizar un diagnóstico diferencial extenso. A pesar de todo, un fibroma cementificante y osificante maduro pueden imitar una exostosis. Sin embargo, en ese caso las placas periapicales muestran un reborde radiotransparente fino que rodea la lesión fibroósea madura. Además, un sarcoma osteogénico precoz o un condrosarcoma pequeño pueden imitar un torus o una exostosis. **Tratamiento:** Los torus, las exostosis y el osteoma periférico pueden no requerir tratamiento, pero a veces son eliminados quirúrgicamente con fines fonéticos, psicológicos, o protésicos o si experimentan irritación crónica.

Acercas de los Torus, exostosis y osteomas falsos, los explica como «radioopacidades periapicales falsas», que ellos están «situados en la periferia de los maxilares y pueden variar mucho en cuanto a tamaño, forma y localización». Su superficie es lisa y contorneada y crecen debajo del epitelio superficial con lentitud. Pueden aparecer como masas radioopacas densas algo redondeadas, de contornos lisos únicas o múltiples. Al ser periféricas, si sus sombras se superponen en un área apical en la radiografía, el cambio de posición del tubo en una exposición subsiguiente (técnica de desviación del tubo de Clark) demuestra con facilidad que se trata de radioopacidades periapicales falsas. Además esas imágenes radioopacas no están circunscritas por el espacio del ligamento periodontal y la lamina dura. Tal información obtenida de las radiografías, corroborada por las protuberancias óseas intraorales aparentes clínicamente, hace que el diagnóstico sea obvio.

En otro capítulo de su texto menciona las «radioopacidades solitarias que no contactan necesariamente con los dientes», Norman Wood y Goaz y sitúan los torus y exostosis como diagnóstico diferencial en las periostitis proliferativas diciendo que dado que «los torus, exostosis y osteomas periféricos también se producen en los bordes periféricos del cuerpo de la mandíbula, pueden confundirse con la periostitis proliferativa». Estos trastornos pueden distinguirse de la periostitis proliferativa porque no muestran predilección por pacientes menores de 20 años, son más nodulares (incluso polipoides a

veces) y requiere meses y años para aumentar apreciablemente de tamaño.

En su texto de Enfermedades maxilares y craneofaciales Guillermo Raspall²² clasifica a los torus como una tumoración. Del Torus palatino dice que es una tumoración nodular en la línea media del paladar duro, de etiología desconocida más frecuente en esquimales y orientales y que la población de los EUA se encuentra en un 25%. Aparece en la apófisis palatina del maxilar superior de forma nodular o mamelonada orientada en posición anteroposterior. Su tamaño y número es variable se disponen en forma simétrica. Se han diferenciado tres variedades: a- Nodular, b- fusiforme, c- lobular o plana. Su crecimiento es lento y es frecuente que se estabilice en la tercera década de vida. Histológicamente es hueso hiperplásico que consta de hueso trabecular y compacto maduro. Como características radiológicas en la Rx panorámica aparece como una masa radioopaca difusa y bilateral que se superpone al seno maxilar.

Del torus mandibular refiere que es «una lesión ósea no tumoral, de crecimiento lento que aparece en la cortical externa en la cara lingual», y que etiologicamente se ha observado una incidencia familiar, afecta de 6% a 12% de la población en EUA. Su etiología sin embargo es desconocida, y se ha atribuido a una reacción fisiológica a una sobrecarga oclusal de las áreas afectadas.

Clínicamente se descubre en individuos de cualquier edad, aunque habitualmente en menores de 30 años de edad. Aparece como una excrescencia ósea bilateral en la cara lingual de la mandíbula, por encima de la cresta milohioidea generalmente en la región premolar canina y dirigiéndose hacia la línea media, asintomático, y la clínica deriva de la mala estabilidad de las prótesis dentarias. La mucosa es intacta, a menos que se haya producido un traumatismo, que produce una herida dolorosa de curso indolente.

Histológicamente hueso semejante a cortical con escasos espacios medulares.

Radiográficamente se visualiza en radiografías oclusales mandibulares donde aparece una lesión radioopaca de forma ovoide en la cara lingual de la mandíbula. En las panorámicas aparece una condensación ósea superpuesta de los premolares inferiores.

Algunos otros estudios presentados por el Instituto de referencia en Patología Oral de la Universidad de Chi-

le,²³ según Población de Origen, frecuencia e Investigador menciona:

En coreanos, 90% según Osima (1939), en Japoneses 73% Según Sakaguchi (1939), en eskimos y laplanders 60% según Schreider (1935), en Venezuela 24% según Luzardo (1958), en americanos blancos 25% según Kolas (1953) americanos negros 19% según Austin (1965) y en Chilenos 37% según Witkop (1963)

En Radiología Bucal H.G.Poyton²⁴ expresa de las exostosis, «que existe confusión con la connotación de éste término, pues para algunos implica un osteocondroma, pero cuando se presenta en alguno de los maxilares, no se considera en la categoría de tumor. En estas circunstancias, es una prominencia ósea causada por la cicatrización que sigue a un traumatismo como extracción dental. No incrementa su tamaño». Y de los Torus que «se aprecian como una sombra densa en la línea media del paladar proyectada hacia atrás. En radiografías oclusales se aprecia en la superficie lingual

mandibular. En radiografías panorámicas se superpone sobre otras estructuras de la boca».

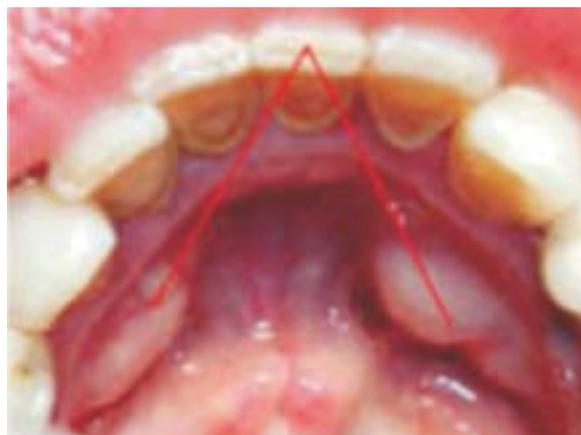
Podemos asociar los conceptos etiológicos emitidos acerca de éstas alteraciones con lo propuesto por George Sack en *Genética Medica*,²⁵ quien menciona factores asociados a patologías genéticas, y que vale la pena revisar en la búsqueda de la razón primaria de la patología tratada.

Factores que pueden incrementar la posibilidad de alguna enfermedad genética

Antecedentes familiares: Grupo étnico Consanguinidad, Otros individuos con la misma enfermedad que el individuo, Problemas de salud en varios familiares sobre todo a edad temprana o de inicio atípico, Dificultad para la reproducción abortos repetidos, recién nacidos muertos, infertilidad, Retraso de la pubertad, retraso mental, malformaciones congénitas, enfermedades neurológicas o musculares.



Torus Palatino



Torus Mandibular



Exostosis



Exostosis

Antecedentes Personales: Edad de los padres (edad avanzada), Problemas de cicatrización o sangrado, Reacciones a medicamentos, Mal estado de salud durante la niñez, Dietas especiales, Fecundidad, Exploración física, Malformaciones importantes, Estatura fuera de lo normal, Retraso del desarrollo, Retraso mental, Características dismórficas, Desarrollo sexual anómalo, Motivo de consulta, Presentación atípica (edad de inicio, gravedad, dificultades terapéuticas) de una enfermedad habitual, Exposición a teratógenos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oral medicine Patient evaluation and management. Bodak Gyovai, Levente Z. Edit Williams Wilkins Baltimore ISBN 0-683-00901-X
2. Clínicas de Norteamérica Cirugía Oral y Maxilofacial. Lesiones benignas de los maxilares.
3. Patología de la Cavidad Bucal. Rudiger Becker, Konrad Morgenroth, Dieter Lange. Edit Salvat. 1982. ISBN 84-345-1983-6
4. Atlas of the Oral and maxillofacial surgery clinics of North America , Oncological procedures. Eric J Dierks, September 1997 Edit WB Saunders Co. V5 N 2 1997 ISSN 1061-3315
5. Clasificación Internacional de Enfermedades resolución 00945 de 1999, Ministerio de Salud. CIE.
6. Textbook of oral and maxillofacial surgery, Kruger. Cirugía bucomaxilofacial. Editorial Medica Panamericana S.A. 1982 5a edición ISBN 950-06-1219-4
7. Oral and maxillofacial surgery. Cirugía Bucal y Maxilofacial, Daniel M. Laskin, Editorial Medica Panamericana 1987. ISBN 950-06-1337-9
8. Thoma, Oral pathology. Gorlin, Robert J. Golman, Henry M. ISBN 84-345-1177-0 Editorial Salvat 1975
9. Cirugía Bucal. Ries-Centeno, Guillermo A. Editorial El Ateneo Buenos Aires Argentina 1980
10. Cirugía Bucal. Mead, Sterling. Carrera, Oscar. Irabien, Arturo. Editorial Union Tipografica Union Hispanoamericana México (copyright 1948 Uteha) Tomo II p-880-921
11. Minor Oral Surgery. G. L. Howe, R.J. Bastiaan, E. C. Wilkinson. Editorial Manual Moderno S.A. México 1987. ISBN 0-7236-0823-7 P 334
12. Tratado de patología bucal William G. Shafer, Maynard K. Hine, Barnet M. Levy, Charles E. Tomich. Edit Interamericana México DF: 1987 ISBN 968-25-1033-3
13. Sellevold, B.J.: Mandibular torus morphology. Am J. Phys. Anthropol. Vol 53(4):569, 1980 Noviembre
14. Susuki, M. Sakai, T. A familiar study of torus palatinus and torus mandibularis. Am J. Anthropol. 18:263, 1960
15. Atlas de Patología Maxilofacial pediátrica. George Laskaris. Edit quintaesencia
16. Oclusion. Sigurd P. Ramfjord, Major M. Ash. Editorial Interamericana 2a Edición 1980, W. B. Saunders. ISBN 968-25-0438 P 224
17. Radiología Dental. Arthur Wuehermann, Lincoln Manson-Hing Editorial Salvat «a Edición 1979 ISBN 84-345-1344-7 (Dental Radiology: Mosby Company)
18. Patología Bucal. J. Reggezzi M. Pogrel J. Sciubba 3ª ed. Edit McGrawHill ISBN 970-10-2691-8 2000
19. Atlas of Oral and maxillofacial pathology. Joseph regezzi, M pogrel, J Sciubba 1ª ed. Edit WB Saunders 2000 ISBN 07216-8460-2 p 121-126
20. Diagnostico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales Norman k Wood, Paul W. Goaz. Editorial Harcourt Brace 5ª ed 1998. ISBN 84-8174-293-7
21. King DR. King AC: Incidence of tori in three pupólations groups. J Oral Med 36:21-23, 1981.
22. Enfermedades maxilares y craneofaciales Atlas clinico. G Raspall. Editorial Salvat ISBN84-345-2381-7 Edit Salvat. 1990
23. Torus palatino y torus mandibulares. Instituto de Referencia de Patología Oral, Facultad de Odontología , Universidad de Chile. <http://odontologia.uchile.cl/irepo/patoral/private/himlef/tumolef.html>
24. Radiologia Bucal (Oral radiology) H.G. Poyton M.J. Pharoah. Editorial Interamericana McGraw Hill ISBN 968-25-1566-1 1989 P 293
25. Genetica Medica. Sack, George. Editorial McGrawHill.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

26. Patología Oral Edit Interamericana McGrawHill 1991 ISBN 968-25-1610-2
27. Patología estructural y funcional Robbins Edit McGrawHill Interamericana de España 6ª ed 2000 ISBN 84-486-0250-1
28. Barbujani G. Rolo, M. Barraí I. Pto-cisternas J. Torus palatinus: a segregation análisis. Hum Hered. 36: 317-325 1986
29. Clifford T. Lamey PJ. F Mandibular Tori, migraine and temporomandibular disorders. Br Dent J 180: 382-384 1996
30. Eagen S. Torus mandibularis: an estimation of the degree of genetic determination. Acta Odontol Scand. 47:409-415 1989.
31. Seah YH. Torus palatinus and torus mandibularis: a review of the literature. Aust Dent J 40:318-321 1995
32. King DR, Moore GE. An analisis of torus palatinus in a transatlantic study. J. Oral Med. 31:44-46, 1976
33. Rodriguez Calzadilla, Jorge alonso. Frecuencia de Alteraciones Bucales tratadas quirurgicamente disponible en internet. www.Jorge-alonso.com/rodriguez-calzadilla/rcalzadilla.htm

34. Castro, Zoila. Frecuencia y manejo de Torus palatino y mandibulares en pacientes atendidos en el hospital Manolo Morales de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Julio 83 Junio 84 Tesis Odontología 198. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
35. Bachur, Ricardo. Cirugía prepotética de tejidos duros y blandos. Facultad de odontología Universidad de Córdoba Argentina. disponible en internet www.bachur.com.ar/t.cirugia.htm
36. Torus palatino y mandibular. Revista Brasileira de Otorrinolaringología 2004, Volumen 70 Numero 6 Noviembre Diciembre. disponible en internet www.rborl.org.br/contendo/acervo/acervo_novas.asp?id=3151
37. Cramp, R.J. Torus y Exostosis. Durham University. disponible en internet www.spoilheap.co.uk/mandtor.htm Hjerlstedt, J. Mandibular and palatal tori, Bone Mineral density and salivary cortisol in community-Dwelling elderly men and women. J Gerontology A. Biol. Sci. Med Sci 2001; Volumen 56:731-735 // biomed.gerontologyjournals.org/Sci/content/abstract/56/11/m731.
38. Torus Palatino, Torus mandibular y exostosis. Acta odontológica Venezolana 2001, Volumen 39 Numero 3 ISSN 0001-6365 disponible en internet www.actaodontologica.com/39_3_2001/198.asp
39. Thomas Bond's Book, the maxillofacial center for diagnostics and research, disponible en internet. www.maxillofacialcenter.com/BondBook/bone/torus.html.
40. oral Pathology . Marquette University, School of dentistry. disponible en internet www.dental.mu.edu/oralpath/cases/case25/case25a.html