

Remoção cirúrgica de toro palatino para confecção de prótese total convencional – indicações de diferentes incisões

Surgical removal of torus palatinus for confection of dental prosthesis – indications of different incisions

Daniela Ponzoni*

Juliana Marques Guarino**

Angélica Pirani Perez**

Rafael Machado de Souza***

Rodolfo Frias Paro***

Resumo

O toro palatino é uma alteração de desenvolvimento comum, sendo geralmente indicada sua remoção quando ocorre trauma sobre a lesão ou quando interfere na confecção de próteses dentárias. Os autores relatam dois casos de remoção de toro palatino para confecção de prótese total e discutem os diferentes tipos de incisões que podem ser utilizadas na técnica.

Palavras-chave: Exostose. Cirurgia bucal. Palato duro.

Introdução

A palavra “toro” tem origem do latim *torus* e significa tumor ou protuberância circular^{1,2}. O toro palatino é uma lesão comum e benigna localizada na apófise palatina da maxila, de causa provavelmente hereditária mendeliana dominante^{3,4}. Segundo Neville et al.⁵ (2004), é uma exostose comum que ocorre na linha média do palato duro. Ocorre mais freqüentemente em pacientes jovens e sua incidência varia de 9 a 65%, dependendo do grupo étnico estudado (alta prevalência em asiáticos e esquimós), tendo leve predileção pelo sexo feminino^{5,6}.

Na maioria dos casos, os toros apresentam-se assintomáticos, a não ser que a mucosa que os recobre seja fina e ulcere em razão do traumatismo secundário. Ao exame microscópico, observa-se uma massa de osso cortical lamelar denso, sendo algumas vezes notada uma zona interna de osso trabecular^{5,7}.

A remoção cirúrgica de toros é indicada quando estes interferem na estabilidade de uma prótese total ou parcial, quando sofrem ulcerações freqüentes

* Professora da disciplina de Cirurgia, Traumatologia e Anestesiologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Paulista (Unip) – Araçatuba - SP; professora da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Funec – Santa Fé do Sul - SP, e do Instituto Latino-Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico (Ilapeo), Curitiba - PR.

** Cirurgiãs-dentistas pela Faculdade de Odontologia da Universidade Paulista Unip, Araçatuba - SP.

*** Acadêmicos de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Funec – Santa Fé do Sul - SP.

pela mastigação, dificultam a articulação das palavras, ou quando o paciente sofre de cancerofobia².

Relatam-se neste artigo dois casos de remoção de toro palatino para confecção de próteses totais, enfatizando os tipos de incisão utilizados.

Relato dos casos

Caso 1

Paciente do sexo feminino, 70 anos, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Paulista – Unip de Araçatuba - SP com queixa principal de aumento volumétrico no palato duro, que teria mudado de forma nos últimos meses. Além disso, a paciente necessitava de exodontia dos dentes 18, 17, 11, 21, 24 e 28 por motivo de doença periodontal severa e para confecção de prótese total convencional. Ao exame físico intra-bucal, observou-se que a paciente era portadora de toro palatino de base séssil e formato ovalado, o que dificultaria a confecção e estabilização da prótese total (Fig. 1). O planejamento consistiu na realização das referidas exodontias e na remoção cirúrgica do toro na mesma sessão.



Figura 1 - Caso 1: Aspecto clínico inicial do toro palatino

Ao exame anamnésico detectou-se que a paciente era hipertensa controlada. Foi realizada anestesia terminal infiltrativa supraperiostal com prilocaina a 3% com feliressina, para realização das exodontias, executadas pela técnica simples. Para cirurgia do toro, realizou-se anestesia de bloqueio dos nervos nasopalatinos e palatinos maiores, com o mesmo anestésico.

A incisão de eleição foi a de Winter (semilunar com base lateral)^{8,9} por ser a lesão pequena e ovalada (Fig. 2). Em seguida, foi realizado descolamento mucoperiostal cuidadoso expondo a lesão. Para a remoção do toro foi utilizada broca Max cut® (Komet, Lemgo, Alemanha), em peça reta de baixa rotação.

A lesão foi removida por desgaste sob irrigação constante com solução salina 0,9% (Fig. 3), lima óssea foi utilizada para alisamento da superfície palatina. O retalho foi reposicionado e suturado com pontos interrompidos simples (fio de seda 4.0). Um guia em resina acrílica, previamente confeccionado, foi adaptado e reembasado com cimento cirúrgico para conter o edema local e evitar que a ferida cirúrgica fosse traumatizada (Fig. 4). A paciente foi orientada a higienizar o guia cirúrgico após as refeições, realizada com alimentos líquidos e pastosos frios, por três dias. Foram prescritos um analgésico de ação periférica (dipirona 500 mg em intervalo de 6/6h), um antibiótico de amplo espectro (amoxicilina 500 mg em intervalo de 8 em 8h por 7 dias) e um colutório bucal. O antibiótico foi utilizado com finalidade preventiva, em razão do trauma cirúrgico (remoção de tecido), uma vez que não havia infecção instalada. Após sete dias, os pontos e o guia cirúrgico foram removidos, quando se pôde observar reparo satisfatório do palato, e a paciente foi encaminhada para confecção de prótese total (Fig. 5).

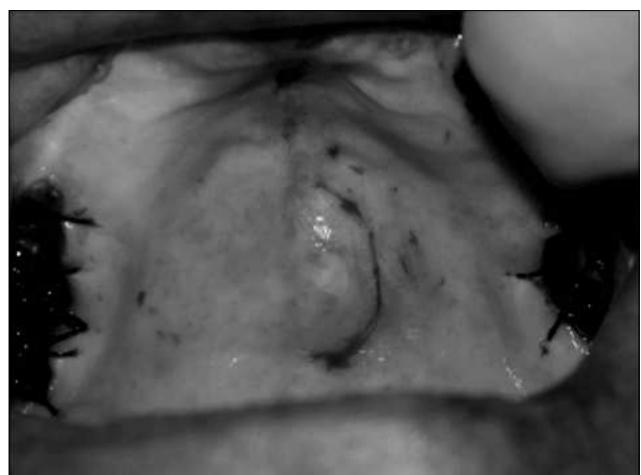


Figura 2 - Caso 1: Incisão semilunar



Figura 3 - Caso 1: Remoção do toro em baixa rotação



Figura 4 - Caso 1: Protetor palatino em resina acrílica e condicionador de tecido



Figura 5 - Caso 1: Controle pós-operatório de sete dias

Caso 2

Paciente do sexo masculino, 67 anos, procurou a disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Santa Fé do Sul – Funcad para exodontia múltipla e confecção de prótese total. Ao exame físico intrabucal, observou-se toro palatino extenso, nodular e de base séssil (Fig. 6). O paciente não relatou sintomatologia ou traumatismo na região. Após completado o reparo das exodontias, optou-se pela remoção do toro palatino para melhorar a estabilidade da prótese total. Não foram constatados dados relevantes ao exame anamnésico.



Figura 6 - Caso 2: Aspecto clínico inicial

A técnica anestésica utilizada foi a mesma descrita no caso anterior. A incisão realizada foi a de Dorrance em “Y”^{8,9}, em virtude da extensão da exostose. Após incisão foram realizados descolamento mucoperiostal e remoção do toro pela técnica descrita no caso anterior (Fig. 7 e 8); no entanto, neste caso não foi confeccionado o guia palatino protetor da ferida. Após sete dias, o paciente apresentou deiscência da sutura palatina e exposição óssea. Então, realizou-se moldagem com alginato e foi confeccionado um protetor palatino; além disso, foi mantida antibioticoterapia (amoxicilina 500 mg 8/8h por 10 dias), cuidados profissionais de irrigação local com solução salina a 0,9% a cada três dias e aplicação de pasta a base de metronidazol. A pasta de metronidazol, obtida em farmácia de manipulação, é constituída de metronidazol a 10%, lidocaína 2%, lanolina e menta, sendo amplamente utilizada para tratamento de alveolite e aplicada também em exposições ósseas intrabucais. Lentamente, o tecido de granulação foi se formando a partir das bordas da ferida, e aos dois meses pós-operatórios a ferida estava completamente reparada.



Figura 7 - Caso 2: Incisão em “Y”



Figura 8 - Caso 2: Descolamento mucoperiostal

Os pacientes dos dois casos clínicos apresentados autorizaram a publicação deste artigo por meio de assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

Discussão

Tendo em vista o comportamento benigno do toro palatino, nenhum tratamento deve ser dado à lesão, a não ser que interfira na confecção de próteses dentárias. São raras as indicações de remoção de toro em pacientes dentados¹⁰.

Embora a literatura atual dê ênfase a técnicas de reabilitação com próteses implanto-suportadas, grande parte da população brasileira não tem acesso a este tipo de tratamento. Essa foi a razão de terem sido resgatadas as técnicas cirúrgicas pré-prótéticas direcionadas para próteses convencionais, ainda amplamente utilizadas.

Para a técnica de remoção de toros palatinos podem ser utilizados vários tipos de incisões, das quais as mais conhecidas são as incisões em "Y" e "duplo Y"^{11,12}. Para as lesões menores, pode-se utilizar incisão semilunar com base lateral, como descrito no caso 1, na qual o traçado único tem também como vantagem o menor número de relaxantes. Esta incisão permite, por meio de traçado único em forma de arco, o acesso à lesão pelo descolamento mucoperiostal. Além disso, a área de remoção óssea permanece recoberta por tecido fibromucoso íntegro após reposicionamento do retalho e sutura. Esse fator pode ser importante para evitar possíveis complicações, como a deiscência da sutura. É conveniente que se utilize esta incisão também nos casos de ulcerações de mucosa por trauma repetitivo, favorecendo, assim, a cicatrização da área.

Já a incisão em "Y", utilizada no caso 2, permite um maior acesso ao campo operatório, sendo, por-

tanto, indicada para lesões maiores. A incisão em "duplo Y" pode também ser utilizada com a vantagem de maior exposição palatina, porém pode trazer dificuldade de sutura no traçado posterior. A deiscência ocorrida deve-se a uma associação de fatores, como dificuldade de sutura, difícil irrigação do leito, por ser o palato muito corticalizado, e a não-confecção de um protetor da ferida. Independentemente do tipo de incisão eleita para a remoção do toro, é importante realizar um descolamento cuidadoso, a fim de evitar lacerações ou perfurações da mucosa, uma vez que é normalmente muito fina e aderida ao toro subjacente. Durante a remoção da lesão, deve-se ter o cuidado de não perfurar o osso palatino, o que poderia levar à formação de uma comunicação buconasal¹².

A confecção de uma placa em acrílico preenchida com um condicionador de tecido para ser utilizada no pós-operatório pode evitar traumatismos durante a alimentação, prevenindo a deiscência de sutura, como demonstrado no caso 2.

Considerações finais

A remoção do toro é indicada quando estiver interferindo na fala, quando ocorrer traumatismo da mucosa de revestimento, no caso de pacientes cancerofóbicos, ou, ainda, quando a lesão interferir na confecção de uma nova prótese. A escolha da técnica de incisão e retalho está diretamente relacionada ao tamanho e à forma do toro.

Abstract

The torus palatinus is an alteration of common developmental and its surgical removal is generally indicated when trauma on the lesion occurs or when it causes interference on the confection of dental prosthesis. The authors report two cases of surgical removal of torus palatine to confection of dental prosthesis. They discuss the different types of incision which can be used in the surgical technique as well.

Key words: Exostosis. Oral surgery. Palatum durum.

Referências

1. Hrdlicka A. Mandibular and maxillary hyperostoses. Am J Physic Anthropol 1940; 27(1):1-67.
2. Renon M, Isolan TMP, Zambrano CMP, Campos C, Filho LD. Toro palatino e mandibular. Um estudo morfológico em pacientes e cabeças ósseas. RGO 1994; 42(3):176-8.
3. Shafer W, Hine M, Levy B. Patologia bucal. Rio de Janeiro: Interamericana; 1979. p.132-4.
4. Laskin D. Cirugía bucal y maxilofacial. Buenos Aires: Panamericana; 1987. p. 312-4.

5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
6. Seah YH. Torus palatinus and torus mandibularis: a review of the literature. *Aust Dent J* 1995; 40:318-21.
7. Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal. Correlações clinico-patológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
8. Apostila de Cirurgia com finalidade protética da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP; 1989.
9. Perri de Carvalho PS, Bassi AP, Ponzoni D. Cirurgia pré-protética. In: Cardoso RJA, Machado MEL. Odontologia arte e conhecimento: dentística, prótese, ATM, implantodontia, cirurgia, odontogeriatría. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 409-37.
10. Queiroz SBF, Amorim RFB. Remoção cirúrgica de tórus palatino por trauma alimentar repetitivo. Relato de caso. *Rev Bras Cir Periodontia* 2003; 1(2):137-40.
11. Saad Neto M, Callestini EA. Cirurgias com finalidade protética. In: Zanini SA. Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. Rio de Janeiro: Revinter; 1990. p. 177-95.
12. Tucker MR. Cirurgia pré-protética básica. In: Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 263-98.

Endereço para correspondência

Daniela Ponzoni
 Rua Cândido Portinari, 975
 Jardim Nova Iorque
 16018-220 Araçatuba - SP
 Fone: (18) 3622-5822
 E-mail: dponzoni@globo.com

Recebido: 08/09/2006 Aceito: 10/09/2007