

TORO MANDIBULAR: RELATO DE UM CASO

MANDIBULAR TORUS: A CASE REPORT

Ricardo José de Holanda Vasconcelos

Cirurgião-Dentista, Especialista e Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial,
Professor de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UPE.

Emanuel Dias

Cirurgião-Dentista, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial,
Professor Regente e Chefe do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UPE,
Reitor da Universidade de Pernambuco – UPE.

David Moraes de Oliveira

Cirurgião-Dentista, Aluno do Curso de Especialização em Cirurgia e
Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UPE.

Daniel Oliveira Gomes

Cirurgião-Dentista, Aluno do Curso de Especialização em Cirurgia e
Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UPE.

RESUMO: Os autores relatam o caso de um grande toro mandibular, o qual foi tratado cirurgicamente por razões protético-funcionais e abordam características relacionadas a sua etiologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico.

UNITERMOS: Toro Mandibular – Exostose – Cirurgia Pré-protético

SUMMARY: The authors report a case of a huge mandibular torus, which was treated surgically for functional and prosthetics reasons and we also pointed characteristics related to the etiology, diagnosis, treatment and prognosis.

KEYWORDS: Torus Mandibularis – Exostosis – Dental Prosthesis Surgery.

INTRODUÇÃO

A palavra toro tem sua origem do latim (Torus) e significa tumor ou protuberância circular⁶, podendo ocorrer tanto na maxila (toro palatino) como na mandíbula (toro mandibular).

O toro mandibular pode ser definido como um crescimento ósseo exofítico¹¹, uma exostose^{2;3;5;7;9;12;13}, uma excrescência¹³ ou uma protuberância^{7;10}, na porção lingual da mandíbula usualmente na região de pré-molares^{1;2;3;4;5;7;9;10;11;13}, podendo envolver região de terceiros molares⁵, acima da linha milo-hioídea^{3;5;7;11}.

REVISTA DA LITERATURA

A etiologia do toro mandibular é considerada multifatorial¹¹, incerta¹⁰ ou desconhecida^{1;5;13} e várias hipóteses surgiram para explicar sua origem, tais como: a hereditariedade^{1;7;9;12;13}, a função^{9;12;13}, o processo contínuo de desenvolvimento^{7;9}, os distúrbios nutricionais¹², os fatores ambientais^{9;13} e até a

sífilis¹².

A incidência do toro mandibular não é tão comum quanto a do toro palatino, ocorrendo em cerca de 7% da população¹. Não há predileção por gênero^{1;2;11}, mas alguns autores citam que são ligeiramente mais comuns no sexo masculino⁹ que no feminino¹³. O pico de ocorrência é nos adultos jovens⁹ e parece ser mais freqüente em asiáticos e esquimós^{9;13}.

Clinicamente o toro mandibular apresenta-se como uma lesão assintomática^{2;11}, de crescimento lento¹¹, única ou múltipla^{1;5;11;13}, unilobulada ou multilobulada^{1;9;11}, ocorrendo bilateralmente em mais de 80% dos casos^{1;5;9;11;13} e podendo tornar-se tão grande a ponto de quase se tocarem na linha média⁹.

Sob o ponto de vista radiográfico, o toro mandibular apresenta-se como uma radiopacidade bem delimitada superposta às raízes dos dentes, principalmente nas tomadas radiográficas da região anterior⁹.

O aspecto histológico é semelhante ao das outras exostoses, consistindo em uma densa massa nodular de osso cortical lamelar^{1,9}. Algumas vezes observa-se uma zona mais interna de osso trabecular associada com a medula amarela⁹.

O toro mandibular não necessita de tratamento, contudo, nos casos em que haja trauma freqüente à mucosa suprajacente¹¹; interferência na fisiologia da fonação, deglutição, mastigação, dicção e no posicionamento normal da língua; dificuldade de higiene bucal e por razões protéticas, a intervenção cirúrgica se faz necessário^{8,12}. Outra razão que justifica a exérese do toro é o fato do paciente portador desta alteração sofrer de "cancerofobia"¹².

Quando a cirurgia for necessária, deve-se inicialmente determinar o tipo de anestesia (geral ou local) a ser realizada, de acordo com dois critérios principais: o fator psicológico do paciente e o tamanho da lesão. Para o toro mandibular, na anestesia local, utiliza-se o bloqueio dos nervos alveolar inferior, lingual e bucal⁷, o qual pode ser completado por infiltração no local da lesão⁴.

A incisão deve ser horizontal na gengiva marginal seccionando-se as papilas interdetais⁴, podendo também ser realizada um pouco acima da saliência da lesão, em linha reta ou ligeiramente curva com concavidade inferior⁷ e numa extensão um pouco maior (1 a 1,5cm) que o osso a ser eliminado^{7,10}. Quando os toros mandibulares bilaterais são removidos simultaneamente, é melhor deixar uma pequena faixa de tecido aderida à linha média entre os limites anteriores das duas incisões, evitando assim a formação de hematoma na porção anterior do assoalho da boca¹⁰.

Após a incisão, realiza-se o descolamento e o deslocamento do retalho mucoperiosteal em toda sua extensão, com o cuidado para não dilacerar a mucosa que se encontra bastante delgada^{4,7,10}. A exérese óssea é realizada com o uso de instrumentos rotatórios, através de perfurações com broca, a fim de diminuir a resistência do osso, utilizando-se em seguida cinzel e martelo ou pressão manual para remover a lesão⁷.

Após a exérese óssea, emprega-se uma broca esférica⁷ ou lima para osso⁴ com a finalidade de regularizar a superfície óssea. Realiza-se então a limpeza da cavidade cirúrgica com irrigação de soro fisiológico 0,9% e aspiração, reposicionamento e plastia do retalho e por fim a sutura^{4,7}. As orientações pós-operatórias são as de rotina em

Cirurgia Buco-Dental.

Não há recidiva após a excisão cirúrgica^{2,11} ou esta é rara¹³.

RELATO DO CASO

M. C. G., 48 anos de idade, melanoderma, brasileiro, natural de Moreno-PE, Agricultor, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC / UPE) acompanhado por sua Dentista, a qual estava preocupada com um aumento de volume observado na região de assoalho bucal do paciente durante a consulta inicial.

Na anamnese, o paciente afirmou que não sabia precisar a quanto tempo apresentava a lesão, mas disse que fazia muitos anos e que ultimamente estava traumatizando-a freqüentemente durante a mastigação e com dificuldade de fonação, além de pretender colocar uma prótese na região.

Ao exame físico extra-bucal não constamos alterações no padrão de normalidade. Ao exame intra-bucal observamos a presença de um aumento de volume recoberto por fibromucosa normal, localizado em face lingual de mandíbula na região de pré-molares e molares do lado direito (Figura 1), assintomático, de crescimento exofítico, pedunculado, com tamanho aproximado de 2,8cm (comprimento antero-posterior) x 1,3cm (sua porção mais volumosa) e endurecido a palpação.

Havia ausência dos dentes 45, 46 e 47 (na região da lesão), além de outras perdas dentárias e a língua encontrava-se deslocada para esquerda.

Ao exame radiográfico observamos uma imagem radiopaca bem delimitada e unilobular aderida através de um pedúnculo a face lingual da mandíbula (Figura 2).

Com base nas características observadas sugerimos o diagnóstico presuntivo de toro mandibular e indicamos sua remoção cirúrgica.

A cirurgia foi realizada no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC / UPE), sob anestesia geral. Realizamos uma incisão horizontal na crista alveolar da região edêntula, com extensão anterior até o dente 32 através das papilas interdetais. A seguir, fizemos o descolamento e o deslocamento mucoperiosteal expondo por completo a lesão.

Utilizamos escolpo reto e martelo para

realização da ostectomia, a qual foi realizada obedecendo o ponto de clivagem óssea. Após a remoção da lesão (Figura 3) fizemos a regularização da superfície óssea com lima para osso e procedemos uma abundante irrigação com soro fisiológico a 0,9% para remoção de fragmentos ósseos.

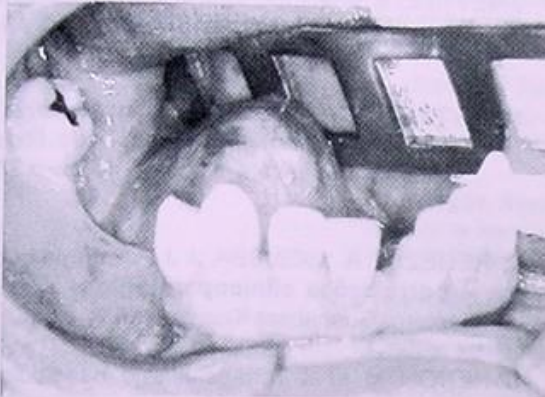


FIG. 1
Aspecto pré-operatório



FIG. 2
Radiografia oclusal pré-operatória



FIG. 3
Aspecto trans-operatório mostrando a exérese da lesão



FIG. 4
Peça cirúrgica

O retalho mucoperiosteal foi então reposicionado e suturado com fio 4-0 de poligalactina 910 e agulha cuticular. A peça cirúrgica (Figura 4) foi enviada ao serviço de Anatomia Patológica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC / UPE), onde obtemos o diagnóstico histopatológico de tecido ósseo maduro (Figura 5), compatível assim com o diagnóstico clínico-cirúrgico de toro mandibular.

No pós-operatório orientamos os cuidados de rotina em Cirurgia Buco-Dental e este transcorreu dentro dos padrões de normalidade, sem queixas por parte do paciente. A sutura foi removida no oitavo dia pós-cirúrgico (Figura 6).

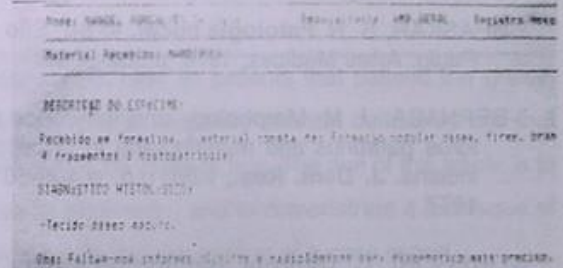


FIG. 5
Laudo histopatológico



FIG. 6
Aspecto pós-operatório no oitavo dia

CONCLUSÃO

De conformidade com a revista da literatura e com o caso relatado concluímos que:

- A etiologia do toro mandibular ainda permanece incerta, sendo a hereditariedade um dos fatores mais prováveis no seu surgimento.
- As características clínicas, radiográficas e histopatológicas do toro mandibular estão bem claras e definidas.
- A remoção cirúrgica do toro mandibular é necessária principalmente quando este interfere sobre a função e a implantação de próteses.
- A técnica cirúrgica é de fácil execução desde que seja realizada por um profissional capacitado.
- A recidiva do toro mandibular é rara.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-ARAÚJO, N. S. ; ARAÚJO, V. C. **Patologia bucal.** São Paulo: Artes Médicas, 1984. p.206-207.
- 2-BHASKAR, S. N. **Patologia bucal.** 4ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1976. p.302-303.
- 3-BERNABA, J. M. Morphology and incidence of torus palatinus and mandibularis in brazilian indians. **J. Dent. Res.**, v.56, n.5, p.499-501, 1977.
- 4-GREGORI, C. **Cirurgia odontológica para o clínico geral.** São Paulo: Sarvier, 1987. p.157-159.
- 5-HOWE, G. L. **Cirurgia oral menor.** 3ª ed. São Paulo: Santos, 1993. p.280-282.
- 6-HRDLICKA, A. Mandibular and maxillary hyperostoses. **Am. Journ. Phy. Anthropology**, v.27, n.1, p.1-67, apr./jun., 1964. apud RENON, M. et al. Toro palatino e mandibular – um estudo morfológico em pacientes e cabeças ósseas. **RGO**, v.42, n.3, p.176-178, mai./jun., 1994.
- 7-MARZOLA, C. **Cirurgia pré-protética.** São Paulo: Pancast, 1988. p.131-141.
- 8-MARZOLA, C. ; LIMA, N. **Cirurgia pré-protética.** **RGO**, p.79, 1975.
- 9-NEVILLE, B. et al. **Patologia oral e maxilofacial.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.18-19.
- 10-PETERSON, L. J. et al. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p.276-279.
- 11-REGEZI, J. A. ; SCIUBBA, J. J. **Patologia bucal – correlações clinicopatológicas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. p.286.
- 12-RENON, M. et al. Toro palatino e mandibular – um estudo morfológico em pacientes e cabeças ósseas. **RGO**, v.42, n.3, p.176-178, mai./jun., 1994.
- 13-SHAFFER, W. G. ; LEVY, B. M. ; HINE, M. K. **Tratado de patologia bucal.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p.154-155.
- 14-TORRES, I. A. ; VARANDAS, E. T. ; GUIMARÃES, S. M. F. Pseudotoro mandibular e toros mandibulares. **RGO**, v.47, n.1, p.47-50, jan./fev./mar. 1999.