

# Exérese de extenso tórus palatino: relato de caso

*Excision of extensive palatine torus: case report*

### RESUMO

**Introdução:** O tórus palatino se caracteriza por um desenvolvimento ósseo não patológico que ocorre ao longo da linha média do palato duro. Possui etiologia relacionada a fatores genéticos e ambientais, sendo a exostose mais comum em cavidade oral. O tratamento cirúrgico só é necessário em casos específicos quando o tórus interfere nas funções do sistema estomatognático ou na instalação de prótese total no palato. O presente estudo teve como objetivo relatar um caso clínico de tratamento cirúrgico de extenso tórus palatino onde foi empregado um acesso cirúrgico modificado. **Relato de caso:** Esse trabalho descreve o caso de uma paciente com um tórus palatino de dimensões atípicas com queixas fonéticas e protéticas. Devido ao tamanho da exostose e para permitir uma abordagem mais simplificada, optou-se por um acesso cirúrgico modificado, que em conjunto com a confecção de placa em resina acrílica para instalação no pós-operatório, auxiliou na recuperação e conforto da paciente. **Considerações Finais:** A técnica cirúrgica utilizada preveniu possíveis desvantagens relacionadas à técnica tradicional, portanto, garantiu um pós-operatório confortável, podendo ser aplicada em tratamentos de tórus palatino quando bem indicada.

**Palavras-chaves:** exostose; palato duro; cavidade oral.

### ABSTRACT

**Introduction:** Palatine torus is characterized by a non-pathological bone development that occurs along the midline of the hard palate. Its etiology is related to genetic and environmental factors, being the most common exostoses in the oral cavity. Surgical treatment is only necessary in specific cases when the torus interferes in the functions of the stomatognathic system or in the installation of total prosthesis in the palate. The present study aimed to report a clinical case of surgical treatment of extensive palatine torus where a modified surgical approach was employed. **Case report:** This article describes the case of a patient with a palatine torus of atypical dimensions with phonetic and prosthetic complaints. Due to the size of the exostoses and to allow a more simplified approach, a modified surgical access was chosen, which together with the confection of acrylic resin plaque for postoperative installation aided in patient recovery and comfort. **Final considerations:** The surgical technique used prevented possible disadvantages related to the traditional technique, therefore, it guaranteed a comfortable postoperative period, and it can be applied in palatine torus treatments when indicated.

**Key-words:** palate, hard; oral cavity.

#### Cauê Fontan Soares

Cirurgião-dentista, Residente do programa de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Getúlio Vargas, Universidade de Pernambuco, Recife-PE, Brasil.

#### Gustavo Mota Lins de Azevedo

Cirurgião-dentista, Residente do programa de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Getúlio Vargas, Universidade de Pernambuco, Recife-PE, Brasil.

#### Miquéias Oliveira de Lima Junior

Cirurgião-dentista, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pelo Hospital Getúlio Vargas / Universidade de Pernambuco, Recife-PE, Brasil.

#### Arthur José Barbosa de França

Cirurgião-dentista, Especialista e Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade de Pernambuco, Recife-PE, Brasil.

#### Riedel Frota Sá Nogueira Neves

Cirurgião-dentista, Mestre e Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade de Pernambuco, Preceptor do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Getúlio Vargas, Recife-PE, Brasil.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Cauê Fontan Soares  
Hospital Getúlio Vargas, Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial: Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife-PE, Brasil. E-mail: caue\_fontan\_@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

O tórus Palatino (TP) é um crescimento ósseo benigno localizado ao longo da linha média do palato duro que surge a partir da cortical óssea decorrente da atividade acelerada dos osteoblastos.<sup>1</sup> Possui etiologia incerta, porém acredita-se ser originado da associação entre fatores genéticos e ambientais, como o estresse mastigatório.<sup>2</sup> É considerado a exostose mais comum dentro da cavidade oral com prevalência que varia de 9% a 65% sendo duas vezes mais comuns em mulheres, além de estar mais presente em populações asiáticas e inuítas, com pico de prevalência no início da vida adulta.<sup>2-6</sup>

Geralmente mede menos de 2 cm de diâmetro podendo aumentar ao longo da vida chegando a ocupar toda a extensão da abóboda palatina.<sup>5</sup> O TP possui morfologia variada o que permite sua classificação em tórus plano, com uma base ampla, superfície lisa e distribuição simétrica para ambos os lados; tórus alongado, que se assemelha a uma crista na linha média; tórus nodular, quando apresenta múltiplas protuberâncias com bases individuais que podem formar sulcos entre si; e o tórus lobular, semelhante à variante nodular, porém originado de uma base única, podendo ser sésil ou pediculado.<sup>2,5,6</sup>

Ao exame radiográfico de rotina o TP não costuma ser evidenciado, porém pode ser observado em tomografias como regiões mais hiperdensas que o osso adjacente. Suas características histopatológicas mostram uma massa óssea lamelar densa, podendo possuir uma área interna de osso trabecular,<sup>2,5</sup> contudo, apesar dos aspectos radiográficos e histopatológicos, o diagnóstico é essencialmente clínico.

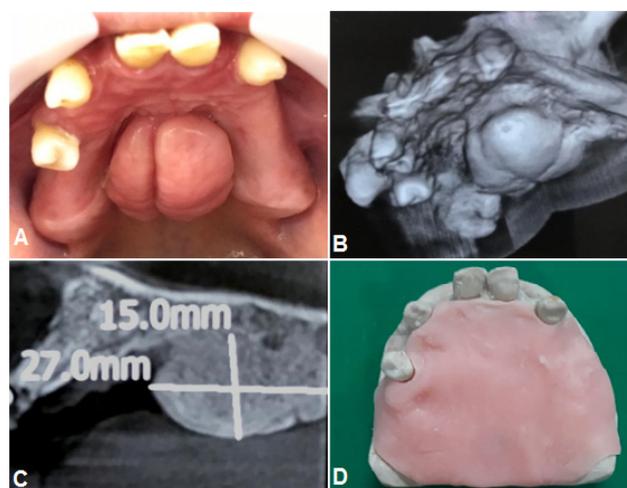
Por se tratar de tecido ósseo não patológico e ser assintomático na maioria dos casos, a remoção cirúrgica só é necessária quando há a necessidade de instalação de prótese, quando apresentarem ulceração recorrente devido a um trauma local, limitação mecânica da língua em tocar o palato interferindo nas funções de fonação, mastigação ou deglutição, ou como área doadora de enxerto para correção de defeitos ósseos.<sup>2,3,5,6</sup>

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de tratamento cirúrgico de um extenso tórus palatino com finalidade protética onde foi empregado um acesso cirúrgico modificado.

## RELATO DE CASO

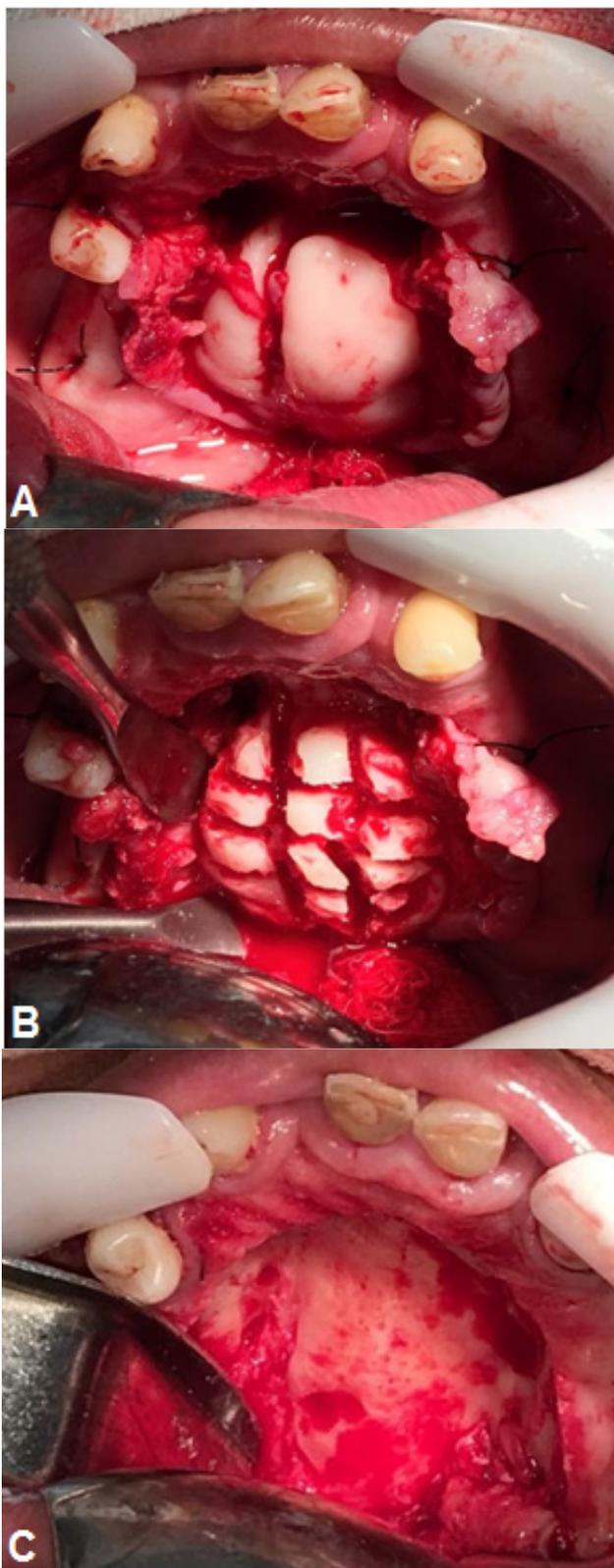
Paciente do sexo feminino, 57 anos, feoderma, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital

Getúlio Vargas em Recife/PE com queixa de “caroço no céu da boca” que surgiu há aproximadamente 44 anos sem sintomatologia associada e de crescimento lento, porém, com queixas fonéticas e dificuldade para adaptação da prótese parcial removível superior nos últimos 2 anos. A paciente relatou também que sua irmã, filha e 2 sobrinhas também apresentavam a exostose em palato duro. Ao exame físico intrabucal e tomográfico foi observado aumento de volume na região de linha média do palato duro, de consistência dura, formato lobular, base pediculada, recoberto por mucosa de aspecto normal, com aproximadamente 27mm no sentido anteroposterior e 15mm de altura (Figura 1A-1C). Devido ao tamanho e extensão do TP, o planejamento consistiu em remoção cirúrgica da lesão em bloco cirúrgico sob anestesia geral.



**Figura 1** - Imagens pré-operatórias. Legenda: A, aspecto clínico da lesão; B e C, aspecto tomográfico da lesão; D, placa de resina acrílica adaptada ao modelo de estudo.

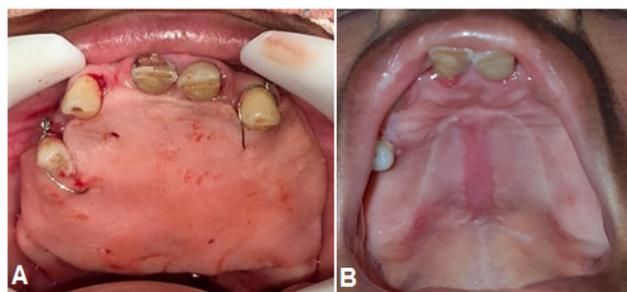
Previamente à cirurgia foi realizada moldagem com alginato e vazamento com gesso, desgaste do TP no modelo de gesso e confecção de uma placa em resina acrílica para instalação no palato no pós-operatório imediato (Figura 1D). No ato cirúrgico a incisão escolhida foi a de Chacko e Joseph.<sup>7</sup> (U invertido) limitada anteriormente pelas rugas palatinas, se estendendo lateralmente ao TP até o forame palatino maior (Figura 2A). Após a exposição do TP foi realizada osteotomias com broca tronco-cônica 702 para fazer as canaletas seguida da remoção dos blocos com cinzel. Posteriormente foi realizada a osteoplastia da região com broca de tungstênio maxicut para regularização da superfície (Figura 2B e 2C).



**Figura 2** - Fotografias do trans-operatório. Legenda: A, acesso cirúrgico de Chacko e Joseph7; B, osteotomias segmentares da lesão; C, aspecto após a regularização do palato.

O retalho mucoperiosteal foi então reposicionado e suturado em sua posição anatômica utilizando fio Poliglactina 910 3-0. Para finalizar, foi higienizada a ferida cirúrgica e adaptada a placa de resina acrílica para conter o edema, evitar

trauma local, deiscência da sutura e formação de hematoma, proporcionando uma melhor recuperação da paciente (Figura 3A). Com 07 dias de pós-operatório, a paciente retornou sem queixas álgicas e sem sinais flogísticos na área operada, o uso da placa foi então suspenso e foram orientados higiene e cuidados para evitar trauma local. Após 3 meses de pós-operatório observou-se cicatrização satisfatória da região com apenas uma área de hiperemia na porção central do palato (Figura 3B). Ao final desse período a paciente demonstrou satisfação com o resultado, uma vez que notou melhora significativa na fonação e mastigação.



**Figura 3** - Imagens do pós-operatório. Legenda: A, placa de resina acrílica adaptada ao palato no pós-operatório imediato; B, aspecto da região após 3 meses de pós-operatório.

## DISCUSSÃO

Por ser uma massa óssea de comportamento benigno, a remoção cirúrgica do TP é necessária para os casos em que existe interferência no uso da prótese com apoio palatino ou quando a exostose apresenta ulcerações decorrentes de trauma no local.<sup>5</sup> Portanto, a queixa protética e a dificuldade na fonação nos últimos 2 anos relatada pela paciente indicou a exérese do TP.<sup>2</sup> A epidemiologia descrita pela literatura condiz com o caso relatado por ser uma paciente do sexo feminino e feoderma, além de exibir o caráter genético e hereditário do TP, defendido por alguns autores, uma vez que a paciente relatou também possuir outros casos dentro da família.<sup>5</sup>

Para o caso descrito, foi solicitado uma tomografia computadorizada de feixe cônico com o intuito de conhecer as reais proporções da lesão e avaliar o contato da superfície óssea do palato com a fossa nasal, permitindo planejamento mais aprimorado do desgaste a ser realizado. A literatura preconiza a utilização de placa para ser instalada no pós-operatório com a intenção de evitar traumatismos durante alimentação, deiscência de sutura e formação de hematoma,<sup>6,8</sup>. Neste caso foi confeccionada uma placa em resina acrílica após cirurgia de modelo que foi instalada no pós-

operatório imediato e mantida por 7 dias, que garantiu a proteção da ferida operatória.

A técnica para remoção do TP é tradicionalmente realizada utilizando incisões em “Y” ou em duplo “Y” devido sua ampla exposição da área com menor tensão no deslocamento do retalho. É realizada uma incisão ântero-posterior ao longo do tórus acrescido de incisões relaxantes formando um “Y” ou duplo “Y”.<sup>3,8</sup> Apesar de proporcionar um ótimo campo operatório, o fato da incisão se encontrar na área da osteotomia gera maior risco de deiscência e formação de fistulacaso ocorra comunicação oro-nasal.<sup>7,9</sup>

Pelo fato do TP possuir grande dimensão e mucosa extremamente aderida, foi optado pelo acesso de Chacko e Joseph<sup>7</sup>, que descrevem sua técnica como uma incisão em espessura total se estendendo anteriormente pelas rugas palatinas, lateralmente ao TP ao longo do palato até a região anterior do forame palatino maior, evitando danos ao feixe vasculo-nervoso palatino maior, que será incluído no retalho mucoperiosteal rebatido para expor o TP.

É geralmente indicado para tórus mais anteriorizados, porém tem como principais vantagens a linha de incisão ser realizada em mucosa de maior espessura e em osso sadio, longe da área a ser osteotomizada, diminuindo o risco de laceração do retalho e favorecendo o levantamento da mucosa e sutura.<sup>2,7</sup> Foi a incisão de escolha para esse caso por ser considerada uma técnica simples, além de promover um acesso igualmente amplo ao das técnicas convencionais e minimizaras complicações caso houvesse perfuração do assoalho da fossa nasal<sup>7</sup>.

Independente da técnica utilizada, deve-se ter muita cautela ao realizar o descolamento do retalho para evitar lacerações e perfurações da mucosa pelo fato de ser muito friável e aderida ao tórus. No caso descrito durante essa etapa cirúrgica houve laceração da mucosa do palato, mas que não repercutiu de forma significativa devido ao bom fechamento do retalho e utilização da placa no pós-operatório que garantiram a proteção ao local operado e, conseqüentemente, uma boa recuperação da paciente, que evolui sem queixas, com cicatrização total após 3 meses de cirurgia e melhora significativa na fonação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como qualquer outra exostose, o TP só deve ser removido em casos específicos onde repercuta negativamente no bem-estar do paciente. O tamanho atípico do TP no presente caso definiu

a escolha de uma técnica alternativa para minimizar as desvantagens que a técnica tradicional poderia gerar. Porém, o cuidado durante o procedimento é essencial, independente da técnica, para evitar não só danos ao retalho como perfurações que comuniquem a cavidade oral à fossa nasal. Portanto, o método utilizado aliado à placa de resina acrílica e aos cuidados pós-operatórios proporcionaram uma recuperação confortável à paciente garantindo um desfecho satisfatório do caso.

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho RWF, Falcão PGCB, Antunes AA, Campos GJL, Vasconcelos BCE. Guided Surgery in Unusual Palatal Torus. *J Craniofac Surg*. 2012 Mar;23(2):609-11.
2. Sá CDL, Melo RB, Pinheiro R, Nogueira AS, Costa FWG, Soares EDS. Acesso cirúrgico modificado para remoção de tórus palatino: Relato de caso. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2017 Nov;58(4):231-5.
3. Nogueira AS, Gonçalves ES, Santos PSS, Damante JH, Alencar PNB, Sampaio FA, et al. Clinical, tomographic aspects and relevance of torus palatinus: case report of two sisters. *Surg Radiol Anat*. 2013 Nov;35(9):867-71.
4. García ASG, González JMM, Font RG, Rivadeneira AS, Roldan LO. Current status of the torus palatinus and torus mandibulares. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 Mar;15(2):353-60.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. Cap. 1, p. 21-3.
6. Pereira ARNR, Vale DS, Pereira MKC. Utilização de Placa de Silicone Após Tratamento Cirúrgico de Torus Palatino: Relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2014 Jan-Mar;14(1):e9-14.
7. Chacko JP, Joseph C. Modified Palatal Flap – A Simpler Approach for Removal of Palatal Tori. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010 apr;68(4):943-4.

8. Imada TSN, Tjioe KC, Sampieri MBS, Araujo JET, Bullen RFR, Santos PSS, et al. Surgical management of palatine Torus – case series. Rev Odontol UNESP. 2014 Jan-Feb;43(1):72-6.
9. Ponzoni D, Guarino JM, Perez AP, Souza RM, Paro RF. Remoção cirúrgica de toro palatino para confecção de prótese total convencional – indicações de diferentes incisões. RFO. 2008 May-Aug;13(2):66-70.