

CASO CLINICO

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA

Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología

ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual 20459734

Torus mandibular

MANDIBULARIS TORI



Jul - Sep 2012 | Vol. 93 N°3

Caso clínico

Rev. argent. dermatol. 2012; 93 (3): 44- 49

Publicado en línea 2012, Septiembre / Published online September 2012 .

Torus mandibular

Autores | Contacto

M Dutto * y RE Achenbach **

* Médica Concurrente. Unidad Dermatología. Hospital General de Agudos Dr I Pirovano.

** Jefe de Unidad Dermatología. Hospital General de Agudos Dr I Pirovano. Monroe 3550 (1428). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Email contacto: rachenbach@hotmail.com

Los autores declaramos no poseer ningún tipo de conflicto de interés.

RESUMEN

Presentamos un caso de torus mandibular, lobular; entidad frecuente en la consulta odontológica pero poco conocida o comunicada en la literatura dermatológica. Enfatizamos la necesidad de familiarizarse con este tipo de exostosis ósea, para no incurrir en estudios innecesarios al pensar en neoplasias malignas del piso de la boca.

SUMMARY

A case of mandibularis tori, lobular type is reported. Tori appear more frequently during middle age; it is well known in the dental literature but rarely mentioned in the dermatological one.

Certain prevalence with respect certain ethnic groups has been observed, its surgical elimination are due mainly to prosthodontics reasons. The importance in the diagnosis is emphasized.

PALABRAS CLAVES

Torus mandibular; Exostosis.

KEY WORDS

Torus; Prevalence; Etiology.

CASO CLÍNICO

Se presenta a la consulta un paciente de 40 años de edad, sin antecedentes de relevancia, derivado del servicio de clínica médica por presentar en piso de la boca: "tumorações" lobuladas de diferentes tamaños, lisas, redondeadas, indolentes, de un año y medio de evolución. Consultó en el servicio de cabeza y cuello, cirugía maxilofacial y clínica médica, desde donde fue derivado a dermatología.

Al examen físico constatamos protuberancias de consistencia ósea, que variaban de 0,5 a 0,7 cm de diámetro en contacto con la mandíbula, a la altura del primero y segundo molares, no dolorosas a la palpación. Refiere su aparición lenta y progresiva desde hace un año y medio aproximadamente. El motivo principal de su consulta era el temor de padecer una enfermedad de transmisión sexual (tuvo sexo oral sin preservativo) y luego de la consulta en otros servicios, se agregó cierto grado de "cancerofobia" ([Figs 1, 2 y 3](#)).



Fig 1: elementos duros, adyacentes a la mandíbula



Fig 2: lobulación dura, ósea (exostosis)



Fig 3: protuberancias óseas, sin las características de infiltración neoplásica maligna.

La radiografía de la mandíbula-piso de la boca, muestra una exostosis ósea, sin características destructivas óseas.

Impresión diagnóstica: TORUS MANDIBULAR.

COMENTARIO

El torus representa una protuberancia ósea o exostosis no neoplásica, con la histopatología del tejido óseo cortical, escasa médula ósea y cubierto por una fina mucosa pobremente vascularizada de unos 6 mm de espesor promedio. La prevalencia global se calcula entre un 12 a 26%, pero esta varía

mucho dependiendo del grupo étnico que sea estudiado o escrutado. Por ejemplo en Corea, el torus mandibular (TM) con tomografía computarizada se halló en un 24,1 %, en Iowa, 16%, 0% en aborígenes australianos, 5,2% en alemanes, 7,2% en españoles y 60-80% en esquimales, siendo esta última la mayor prevalencia del mundo^{1,2}. No hay diferencias significativas en género, la edad promedio es de 30 años, aunque se han observado casos desde el nacimiento hasta los 70 años^{1,2,3}. El torus mandibular, localizado sobre la cresta miloioidea, se encuentra en general en forma bilateral a nivel del primero y segundo premolares, menos frecuentemente a nivel de los caninos. El torus palatino, en la línea media del paladar, es el más conocido. Si bien son masas óseas dinámicas con procesos de reabsorción y remodelamiento, podrían considerarse normales anatómicamente; en ocasiones se remueve parte o toda la exostosis, para ser utilizada como injerto óseo autólogo. La causa del torus se divide en genética (30% aproximadamente de los casos) y externas, entre ellas: la obstrucción de la vía aérea superior (ronquidos, apnea del sueño, bruxismo nocturno), dado que los músculos masticatorios son antagonistas de los constrictores faríngeos, el estrés oclusivo, las injurias superficiales alveolares por el excesivo desarrollo de los músculos masticatorios, serían importantes en el desarrollo del torus. Ambos, el palatino y el mandibular son inversamente prevalentes con la edad^{3,4,5}. En un caso excepcional, luego de un accidente en bicicleta, se documentó la fractura de un torus mandibular⁴.

En algunos grupos étnicos el torus mandibular predomina sobre el palatino, como es el caso de Gana donde el TM es de 12% y el palatino del 4%⁵.

El TM suele ser lobulado o nodular, liso y la mayoría son de pequeño tamaño, menos de 3 mm. Como en nuestro caso, de no conocer la entidad, se puede caer en el diagnóstico diferencial con neoplasias malignas del piso de la boca; no es raro el **temor al cáncer en los pacientes**. **El tratamiento es quirúrgico en los siguientes casos:**

1- Requerimientos protésicos: todas aquellas exostosis y torus con suficiente volumen, que interfieran en la inserción de un aparato protésico

2- Relación con la fonación: cuando las exostosis sean tan grandes que interfieran con el habla normal del paciente.

3- Relación con los traumatismos de la mucosa: si su tamaño llega a alcanzar un tamaño grande, puede provocar la inflamación, ulceración y traumatismo constante de la mucosa de revestimiento del torus.

4- Cuando se ve comprometida la higiene del paciente: cuando los torus alcanzan formas lobuladas, sobre todo los torus mandibulares, pueden producir zonas de acúmulos de alimentos y producir halitosis en el paciente.

5- Cuando esté comprometida la estética del paciente.

6- Cuando estén asociados a procesos infecciosos como las osteomielitis y a procesos neoplásicos como los carcinomas⁷.

Aunque la cirugía no está exenta de complicaciones, por lo que el riesgo-beneficio debe ser evaluado cuidadosamente¹.

El torus palatino y el mandibular se reconocen fácilmente, sin embargo este último es mencionado raramente en la literatura dermatológica, motivo por el que comunicamos este caso florido, con el fin de evitar estudios de diagnóstico por imágenes o incluso biopsias innecesarias.

REFERENCIAS

1. García-García AS, Martínez-González JM, Gómez-Font R y col. Current status of the torus palatinus and torus mandibular. *Med Oral Patol Cir Bucal* 2010; 1 (15): 353-360
2. Choi Y, Park H, Lee JS y col. Prevalence and Anatomic Topography of mandibular Tori: Computed Tomographic Analysis. *J Oral Maxillofac Surg* 2012; 70: 1286-1289.
3. Singh D. On the etiology and significance of palatal and mandibular tori. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010; 28 (4): 1986-1994.
4. Ingles-Saura A, Ballesta-García C, Pérez-Lajarin L y col. Fracture in the chin area: An unusual case of mandibular torus fracture. *Br Dental J* 2005; 199 (1): 27-29.
5. Bruce J, Ndanu TA, Addo ME y col. Epidemiological aspects of oral tori in a Ghanaian community. *Int Dental J* 2004; 54: 78-82.
6. Van Diss ML. Swellings of the oral cavity. *Dermatologic Clinics* 1996; 14 (2): 355-370.
7. Rodríguez L, Santos M y Medina A. Torus and bony exostosis. Revision of the literatura. *Acta Odontol Venezol* 1999; 37 (2).