

IMÁGENES

Torus palatino: a propósito de un caso

Palatine torus: A case report

Sara de Antonio Feu^{a,*}, María de Altabas de Vicente Martínez^a y Ana Peral Martín^b^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Virgen del Cortijo, Madrid, España^b Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Paseo Imperial, Arganzuela, Madrid, España

Mujer de 60 años sin hábitos tóxicos y con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, hipertensión arterial, hipotiroidismo, coleditiásis, carcinoma de mama y hernia discal. Antecedentes quirúrgicos: histerectomía por miomas.

Refiere dolor leve en paladar duro de 4 días de evolución. No lo asocia a ningún factor (ingesta de ningún alimento duro o de bordes incisos ni procedimiento dental). No ha tenido fiebre ni supuración. A la exploración física se aprecia formación de consistencia dura en la línea media de la bóveda palatina, recubierta por mucosa fina de coloración normal, no friable, sin supuración ni ulceración, ni patología visible a nivel dental (fig. 1). A los 5 días la paciente refiere desaparición casi completa del dolor y al mes se encuentra asintomática, pero sigue presentando la lesión descrita. Debido a este curso clínico, se infiere que esta lesión era de larga evolución y fue un hallazgo casual que, de no haber presentado los síntomas, probablemente no se habría diagnosticado. Se interconsulta con Otorrinolaringología, y dado que la paciente estaba asintomática y la lesión no presentaba complicaciones, se decidió manejo conservador.

El torus palatino es una hiperostosis en la línea media del paladar¹.

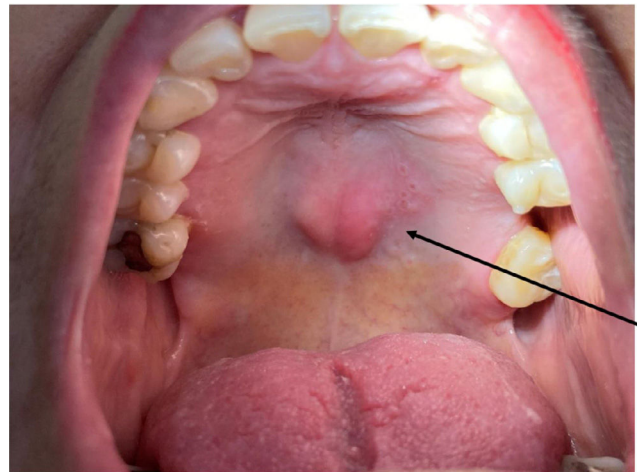


Figura 1 Formación en la línea media del paladar compatible con torus palatino.

La prevalencia es de hasta el 20%, y se ha observado mayor incidencia en mujeres posmenopáusicas y con mayor frecuencia entre los 39-59 años de edad¹⁻³.

Su etiología se ha relacionado con factores genéticos (herencia autosómica dominante), ambientales (bruxismo, dentición, maloclusión, patología temporomandibular) y con el consumo de ácidos grasos poliinsaturados omega-3 y vitamina D. Se propone como patogénesis la aposición ósea a las fuerzas musculares locales ejercidas¹⁻⁴.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: sara.antonio@salud.madrid.org, mrsdeantoniofeu@gmail.com (S. de Antonio Feu).

El diagnóstico es clínico, y en la mayoría de los casos no requiere métodos diagnósticos adicionales. En casos de duda diagnóstica puede solicitarse una tomografía axial computarizada (TAC) para una mejor evaluación. La biopsia raramente es necesaria, dado que sus características clínicas son prácticamente patognomónicas^{1,2}.

Son tumoraciones de crecimiento lento, consistencia pétrea, recubiertas de mucosa fina de color normal, predominantemente simétrica, y suelen ser un hallazgo casual, ya que la mayoría son asintomáticos^{1,2}.

Su morfología es variada: planos, lobulados, multilobulados, nodulares o fusiformes, siendo esta última la forma más común².

La ulceración es una posible complicación debida al contacto traumático con alimentos duros, cepillado, vasoespasmio, aumento de fuerza de oclusión o trauma quirúrgico. También se ha observado osteonecrosis asociada al uso de bifosfonatos^{1,2}.

El diagnóstico diferencial abarca: absceso, granuloma piogénico y neoplasia (de tejidos blandos, óseas y de glándula salival) y tumor vascular². A diferencia del absceso, no produce síntomas sistémicos ni supuración. El granuloma piogénico es la hiperplasia inflamatoria más frecuente de la cavidad oral: la afectación más frecuente es a nivel gingival, de coloración eritematoviolácea, y es blando y generalmente friable. La dureza pétrea de la lesión permite rechazar el diagnóstico de tumoración de partes blandas.

Solo requieren cirugía si impiden adaptar prótesis dentarias, si el tamaño dificulta la deglución, la masticación y/o la fonación, cuando se requieren como fuente para injerto de hueso autólogo y si aparece una úlcera de evolución tórpida, ya que podrían evolucionar a osteomielitis crónica o malignizarse⁴.

Es importante conocer esta entidad, dado que, de lo contrario, podemos caer en una espiral de múltiples pruebas diagnósticas innecesarias con riesgos asociados como la irradiación en el caso de las pruebas de imagen (recordemos el antecedente de cáncer de mama) o el sangrado/infección en el caso de realizar biopsia (con consecuencias potencialmente graves en estructuras vecinas).

Financiación

Los costes de publicación son financiados a través de la Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica de Atención Primaria (FIIBAP).

Consideraciones éticas

Los autores confirman que se han obtenido todos los consentimientos requeridos por la legislación vigente para la publicación de cualquier dato personal o imágenes de pacientes, sujetos de investigación u otras personas que aparecen en los materiales enviados a Elsevier, se han realizado todos los procedimientos éticos y se han respetado los derechos de privacidad de los sujetos humanos.

Los autores conservan una copia escrita de todos los consentimientos y, en caso de que Elsevier lo solicite, aceptan proporcionar las copias o pruebas de que de dichos consentimientos han sido obtenidos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Rossello VE, Andrade MN, López GVR, Blanzari MJ, Gómez ZMS, del Valle PMB. Torus palatino. Med Cutan Iber Lat Am. 2019;47:216–8, <http://dx.doi.org/10.35366/91762>.
2. Martins DM, Lata PS, Martins TMA, Bussadori KS, Fernandes SKP. Toro palatino e mandibular: revisão de literatura. Conscientiae Saúde. 2007;6:57–62.
3. Jainkittivong A, Langlais RP. Buccal and palatal exostoses: Prevalence and concurrence with tori. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000;90:48, <http://dx.doi.org/10.1067/moe.2000.105905>.
4. Scricciu M, Mercu V, Mercu R, Birjovanu C, Stan MC, Marinescu IR, et al. Morphological and clinical characteristics of the torus palatinus and torus mandibularis in a sample of young and adults' Romanian people. Rom J Morphol Embryol. 2016;57:139–44.