

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
(UNAN - LEÓN)
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

*Tesis para optar al Título de
Cirujano Dentista.*



"FRECUENCIA DE TORUS EN MAXILARES SUPERIORES E INFERIORES EN PACIENTES QUE ACUDIERON A LAS CLÍNICAS DE CIRUGÍA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAN LEÓN EN OCTUBRE Y NOVIEMBRE DEL 2002"

Autoras:

**Ana Clemencia Bonilla Téllez
Adriana Josefa Buitrago Gómez.**

Tutor y Asesor: *Dr. Róger Espinoza*

León, Nicaragua Abril 2003.

ÍNDICE:

	No. Pag.
TEMA.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
DISEÑO METODOLÓGICO.....	20
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	34
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	39
BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXOS.....	42

Dedicatoria

A Dios, ser supremo y creador de todas las cosas.

A mi Padre, Ing. Gilberto Buitrago (q.e.p.d.) fuente fundamental para la realización de este trabajo, este triunfo es todo tuyo.

A mi hijo, Leslye Gilberto Haslam Buitrago, motivo principal para seguir adelante, por ti seré cada día mejor.

A mi Madre, Rosa Amanda Gómez, amiga incondicional, mi brazo derecho siempre, gracias por apoyarme y darme todo tu amor y confianza, "eres la mejor".

A mi segunda Madre, Martha Buitrago, por todo su amor y apoyo en toda mi Carrera.

A mi primo Héctor José Buitrago, por su gran amor.

A mi Mamita Bertha Solano de Buitrago, por todo su amor.

A Ana Bonilla, por compartir este trabajo conmigo.

A todas aquellas personas que confiaron y creyeron en mí y me apoyaron siempre, en especial mis amigos.

Con mucho cariño.

Adriana Buitrago Gómez

Agradecimiento

En este sueño hecho realidad, doy gracias a mi amigo incondicional, quien desde el inicio de mi Carrera me notificó los caminos, dándome aliento y fuerza, "Eres único, gracias Padre Celestial".

Al Ing. Gilberto Buitrago (q.e.p.d.), mi Padre, gracias a su esfuerzo y trabajo logré concluir mi Carrera, donde te encuentres "Te quiero mucho Papá".

A Rosa Amanda Gómez, persona incondicional, gracias por el apoyo brindado siempre, gracias Mamá por estar cuando más te necesito.

A, Leslye Gilberto, por todo su amor y comprensión.

A mis tías Isabel Solano e Inés Morales por cuidar a mi hijo.

Al Dr. Róger Espinoza, por su valioso aporte y colaboración a lo largo de todo este trabajo.

A Julia Palacios y Saray Flores por darme su cariño y su amistad sincera.

A todas las personas que me dieron su apoyo para lograr la culminación de este trabajo, en especial a Genara Fargas.

*Mis gratitudes siempre:
Adriana Buitrago Gómez*

Dedicatoria

A Dios, nuestro Padre por ser mi luz en mi camino, por estar presente en cada momento de mi vida.

A mis Padres, Freddy Bonilla Mercado y Guadalupe Téllez García que con su apoyo, comprensión y cariño me ayudaron a culminar mis estudios que Dios los bendiga.

A mis hijos, Claudio José Narváez Bonilla y el que en estos momentos está por nacer, que son el motivo de seguir adelante y ser cada vez mejor como Madre, hermana y amiga.

A mis hermanos, sobrinos y familiares.

A Claudio René Narváez padre de mis hijos por ser una persona especial en mi vida.

A mi amiga Adriana Suiñaga.

Ana Clemencia Bonilla.

Agradecimiento

A mi Padre Celestial por ser mi gran amigo, guía en mi vida.

A mis Padres, Freddy Bonilla Mercado y Guadalupe Téllez García por ser mis amigos incondicionales

Al Dr. Róger Espinoza, por su valioso apoyo y colaboración.

A todas las personas que me dieron su apoyo.

Ana Clemencia Bonilla.

ANEXOS.

MATERIAL

Y

MÉTODO.

OBJETIVOS.

MARCO TEÓRICO.

RESULTADOS

DISCUSIÓN

Y ANÁLISIS

DE RESULTADOS.

CONCLUSIONES.

RECOMENDACIONES.

BIBLIOGRAFÍA

Introducción.



Resumen

Se realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal, en donde se revisó la frecuencia de torus palatino y torus mandibular en pacientes atendidos en las clínicas de cirugía de la facultad de odontología de la UNAN – León, en Octubre y Noviembre del 2002.

Encontrándose que en el sexo femenino presentó mayor frecuencia el torus palatino y el torus mandibular fue más frecuente en el sexo masculino.

Las edades que mayor frecuencia presentaron torus fueron los pacientes de 21 – 30 años para el torus palatino y de 51 – 60 años y 61 – + para el torus mandibular.

El torus que más predominó fue el torus palatino.

La forma más frecuente de torus mandibular fue la plano o simple.

La forma más frecuente de torus palatino fue la bilateral múltiple.

El grupo etáreo de 0 – 10 años no se encontró ningún caso con esta patología.



Tema:

**FRECUENCIA DE TORUS EN LOS MAXILARES SUPERIORES
E INFERIORES EN PACIENTES QUE ACUDIERON A LAS
CLÍNICAS DE CIRUGÍA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DE LA UNAN LEÓN EN OCTUBRE Y NOVIEMBRE DEL 2002.**



INTRODUCCIÓN

Los torus palatinos y mandibulares son protuberancias óseas de hueso maduro, excrecencias óseas de origen desconocido, se ubican en el paladar o en la mandíbula, en algunas ocasiones se presentan de gran tamaño por lo que pueden traumatizar y por lo tanto ser causa de irritación dolorosa constante, pudiendo derivar en una infección y convertirse en factor etiológico de otras patologías.

Cuando se realiza la confección de aparatos protésicos en muchas ocasiones es necesario efectuar la excéresis de dichas excrecencias óseas especialmente cuando alcanzan un tamaño considerable y pueden producir interferencia con el habla y la masticación.

En nuestro país se han realizado pocos estudios de esta patología, en los estudios realizados anteriormente se ha encontrado que la edad mas afectada es de 60 y 70 años, el sexo masculino es ligeramente mas afectado que el femenino, no se ha encontrado evidencia de la presencia de torus en pacientes menores de 20 años, en otros estudios se encontró que la edad mas afectada fue de 20 – 40 años.



Existe un alto porcentaje de torus palatino y mandibulares y hay escasos estudios recientes sobre esta patología. Debido a la frecuente necesidad de aparatos protésicos de rehabilitación oral en nuestro medio consideramos importante realizar estudios que orienten sobre el comportamiento de esta patología a fin de que los resultados de este estudio faciliten los datos para dar respuesta a la demanda de la población que presenta esta patología y hacer un posterior tratamiento quirúrgico si el caso lo requiere.



OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la frecuencia de torus en los maxilares superiores e inferiores en pacientes que acudieron a las clínicas de cirugía de la facultad de Odontología de la UNAN – LEÓN en octubre y noviembre del 2002.

Objetivos Específicos

1. Describir la población en estudio por edad y sexo.
2. Conocer el sitio de ubicación mas frecuentes de los torus.
3. Determinar la frecuencia de torus palatino y mandibular según edad.
4. Determinar la frecuencia de torus palatino y mandibular según sexo.
5. Determinar el tipo de torus palatino y mandibular más frecuente en relación a su morfología.



MARCO TEÓRICO

1. Concepto de Torus.

Los torus se definen como neoformaciones óseas benignas de etiología desconocida. Son conocidas como torus exostosis u osteoma.

Los torus son protuberancias nodulares óseas de hueso maduro benigno que aparecen en la superficie periostica de las maxilares cuya denominación precisas depende de su localización anatómica llamándose torus palatino en el maxilar superior y torus mandibular en el maxilar inferior (1).

Son las lesiones óseas más frecuentes de los maxilares que consisten en crecimiento excesivo e hiperplásico de la superficie ósea, con una capa periférica de hueso cortical y no una neoplasia verdadera (1,5).

Los torus son asintomáticos afectan ambos sexos y aparecen a cualquier edad y dejan de agrandarse cuando cesa el crecimiento corporal. Su crecimiento es lento por lo que son raras en los niños y pueden verse después de los 16 años, con una mayor frecuencia en la segunda década. Su crecimiento puede detenerse espontáneamente, llegando a alcanzar tamaños variables desde 0.5 a 2 cm o más de



espesor. Adquiriendo numerosas formas (1, 5).

Estas lesiones tienen poca importancia clínica, ya que no son neoplasias y solo en raras ocasiones producen molestia. En algunos casos la mucosa que los cubre puede ulcerarse debido a traumatismos, lo que produce una herida dolorosa cuya cicatrización es lenta. Puede requerirse extirpación quirúrgica con fines de rehabilitación protésica (1, 3, 6).

Aunque su diagnóstico es fácil, es necesario diferenciarlo de los aumentos de volumen producidos por dientes retenidos, neoplasias óseas etc. Sin embargo la dura consistencia ósea y su frecuente bilateralidad, constituyendo rasgos bastante particulares como para permitir su diagnóstico clínico (7).

2. Torus Palatino

Es una protuberancia, masa o excrescencia ósea, sesil, nodular de lento crecimiento de base plana, se presenta en la línea media del paladar duro, esta lesión es dos veces más frecuentes en mujeres que en hombres y por lo general aparece durante la segunda o tercera década de la vida, aunque puede presentarse a cualquier edad es a menudo asintomático, con frecuencia la lesión es simétrica y puede tener forma nodular, fusiforme, lobular o plano (6, 8, 10).



Clasificación del torus palatino

Por la variedad de formas que adquieren se clasifican clínicamente en:

- a. Torus plano o simple
- b. Torus nodular o múltiple
- c. Torus lobulado
- d. Torus Fusiforme

a. Torus plano o simple

Es convexo, sesil, de base ancha, liso, simétricamente distribuido a ambos lados de la línea media (1, 2).

b. Torus nodular o múltiple

Es una masa semifusionada de diversos tamaños y números de protuberancias óseas, semipediculada con presencia de surcos indicando su origen múltiple (3, 4, 5).

c. Torus lobulado:

Es nodular pero alcanzan mayor tamaño en poco tiempo posee socavados bien demarcados de base pediculada (1, 2, 3).



d. Torus fusiforme:

Es menos común delgado, largo, formando una cresta o reborde de hueso cortical en la línea media (1, 2).

La frecuencia de los torus palatinos oscila entre el 20 y 25 % de la población norteamericana. Pinz sostiene que son mas comunes entre las mujeres de todas la razas; según Kolas y colaboradores, es dos veces mas frecuentes en la mujer que en el hombre, aunque pueden presentarse a cualquier edad y en ambos sexos incluida la primera década, observándose su frecuencia máxima un poco antes de los 30 años.

3. Torus mandibular:

Son excrecencias o exostosis óseas que se presentan en la cara interna de la mandíbula o cara lingual de la mandíbula en las regiones de los caninos y premolares por arriba del borde milohiideo, algunas veces en la apófisis Geni. Son casi siempre bilaterales aunque pueden presentarse en forma única, son asintomáticos, de crecimiento lento y se presentan durante la segunda o tercera década de la vida. Puede estar formado por uno o varios lóbulos siendo entonces simples o múltiples. No presentan diferencia en la predilección por sexo (4, 5).

Puede ser confundido con el relieve que produce en lado lingual de la mandíbula un canino o una bicúspide retenida.



Clasificación del torus mandibular

Los torus mandibulares pueden ser:

- a. Unilaterales únicos.
- b. Unilaterales múltiples.
- c. Bilaterales únicos.
- d. Bilaterales múltiples.

a. Unilaterales únicos :

Protuberancias óseas, que se presentan como una sola masa localizada en la superficie lingual únicamente en uno de los lados de la mandíbula.

b. Unilaterales múltiples:

Protuberancia óseas, que presenta divisiones por lo que la masa esta compuesta por módulos, lo cual esta localizada en la superficie lingual únicamente en uno de los lados de la mandíbula.

c. Bilaterales únicos:

Protuberancia ósea, que se presentan como masa sin divisiones en sus superficies localizadas lingualmente en ambos lados del cuerpo mandibular.



d. Bilaterales múltiples:

Protuberancia ósea, que se presentan divisiones en su superficie, adquiriendo aspecto nodular, localizadas igualmente en ambos lados del cuerpo mandibular.

4. Características clínicas.

Al ser palpados son indoloros, asintomático con pocas significación clínica por su benignidad, al menos que en su crecimiento produzcan alteraciones fonéticas, masticatorias, dificultades para adaptar una prótesis o manifestaciones por compresión o interferencias con estructuras vecinas en cuyos casos esta indicada su remoción quirúrgica (1, 3, 6, 7, 8, 9).

La mucosa que lo recubre es normal o tiene una coloración blanco amarillento, producida por el hueso subyacente, pero algunas veces se puede encontrar la mucosa enrojecida e incluso ulcerada. Es la lesión ósea más frecuente de los maxilares (6, 8, 10).

Puede interferir con la higiene oral provocando acumulación de placa bacteriana y restos alimenticios cuya irritación crónica puede conducir a la formación de úlceras que no cicatrizan y evolucionar a osteomielitis.



5. Etiología.

No existe acuerdo internacional para determinar cuales son las causas productoras de estas lesiones, ya que las explicaciones dadas sobre el particular son numerosas (9).

Algunos autores han formulado hipótesis genético- raciales producto del desarrollo óseo, que siguen un patrón hereditario con rasgos autosómicos dominante, así estudios de familias llevados a cabo por Susuki y Sakay (1960), sugieren una herencia poli genética (9).

Geuld apoya la hipótesis de una denominación autosómica. Hértel encontró una concordancia completa en gemelos. Otros los adjudican a reacciones biomecánicas, explicadas por sobrecargas funcionales masticatorias relacionadas con el modo y hábitos de vida, o como consecuencia de extracciones traumáticas previas, exéresis de quistes, fracturas mal reducidas etc (9).

En la actualidad se cree que son anomalías del desarrollo de naturaleza benigna sin importancia clínica.

Se desarrollan tan lentamente y en forma gradual que, en muchos casos, los pacientes no reparan en ellos, aunque hayan alcanzado proporciones apreciables y al descubrirlos se alarman en extremo, creyendo que se han formado de la noche a la mañana.



Están situados en la línea media del paladar y en la superficie lingual de la mandíbula, sobre la línea milohiodea en la región de premolares y caninos.

La forma lobulada altera un poco la pronunciación y a veces hay úlcera y la impactación de alimentos entre el torus y el alveolo, lo que puede causar osteomielitis y secuestros en uno de los componentes óseos, quizás con formación de fístula.

Cuando se necesita construir una prótesis parcial o total sobre el hueso, causa dificultades no solo en el aspecto mecánico sino además por el poco grosor de la mucosa, a pesar de las molestias que puede causar, la dentadura artificial puede construirse y ser usada por el paciente, pero con frecuencia tiene poca retención y pronto se apoyan sobre la cresta dura balanceándose de un lado a otro (5, 6).

En algunos casos irritan la mucosa causando laceración e inflamación, el agrandamiento del torus, hace imposible el uso de la prótesis, por lo que cotiseh, White recomienda que cualquier torus que tenga más de 3 mm de evolución debe de extirparse antes de construir una prótesis total o parcial removible, para evitar ulceraciones posteriores (7) .

6. Epidemiología.

El torus palatino se presenta en los adultos de uno y otro sexo, pero según Koerner, su frecuencia en mujeres es dos veces mayor que en



los hombres y se ven muchas cosas de historia hereditaria (6).

Se han observado aunque muchas raras veces en los niños; Koerner señala 2.3% en niños recién nacidos, pero generalmente no se empiezan a alcanzar una forma definida hasta después de la pubertad, siendo mayor su crecimiento entre la segunda y tercera década de la vida.

Diversos estudios reportan para el Torus Palatino, frecuencia entre 20 – 25% de la población adulta y cerca de un 5% en niños recién nacidos.

Kolas y colaboradores al examinar aproximadamente a 2500 pacientes encontraron que el 20.9% presentaban Torus Palatino y que el 7.75% tenían Torus Mandibular (1, 6, 7).

Las mujeres se ven afectadas en mayor proporción que los varones de acuerdo a lo reportado en la mayoría de los estudios. Según Kolas y colaboradores el sexo femenino resulta más afectado que el masculino en una proporción de 2 a 1, coincidiendo con lo encontrado por Koerner (6, 7).

La frecuencia de Torus Palatino en la población de los Estados Unidos de Norteamérica oscila entre 20 y 25% (3).

Ciertas razas como los indios americanos y los esquimales según Stieda, presentan una incidencia mucho mayor (60%) que la población



general de los Estados Unidos de Norteamérica. No hay correlación en la frecuencia de producción simultánea de torus palatino y mandibular, según los estudios de Kolas y Coautores lo cual sugiere que ambas afecciones no están relacionadas (3, 4, 5).

7. Histopatología

Las lesiones consisten en hueso hiperplásico compuesto de corteza y trabéculas óseas cuya superficie exterior tiene contorneos redondeados y lisos.

Los Torus están constituidos principalmente de hueso cortical y pocos osteocitos. En la mayoría muestra una densa textura cortical.

En el examen microscópico se encontró que eran crecimientos periósticos de laminillas.

Cuando son grandes, son de hueso esponjoso, en tales casos el torus puede formar un tumor pediculado esférico que es en realidad un osteoma particularmente si se presenta solo en un lado.

La mucosa que cubre el torus es muy delgada y suele tener aspecto amarillento producido por el hueso subyacente. Los vasos sanguíneos pueden verse a través de este epitelio delgado.



El torus palatino en particular constituye una masa ósea, en continuidad con las apófisis transversales del maxilar, esta formado por hueso compacto o hueso esponjoso rodeado por una lamina de hueso duro. Microscópicamente se haya constituido por lámina de hueso compacto o esponjoso de aspecto normal. El epitelio que lo cubre puede ser atrófico.

8. Características Radiográficas.

Radiográficamente el torus aparece como una masa radiopaca densa algo redondeada de contornos lisos, únicas o múltiples. Al ser periféricas si sus sombras se superponen a una área apical en la radiografía, el cambio de posición del tubo en la siguiente exposición (Técnica de desviación del tubo de Clark), demostrará con facilidad una radiopacidad periapical falsa, además esas imágenes radiopacas no están circunscritas por el espacio del ligamento periodontal y la lámina dura. (2).

En la radiografía la exostosis se ve como una zona de densidad radiográfica aumentada, que reproduce la forma del contorno de este crecimiento en particular los torus compuestos de hueso compacto son de radiopacidad uniforme. Los de gran tamaño que contienen un espacio nodular presentan trabeculado. (2).

Muchos torus son difíciles de demostrar en una radiografía, en particular los de tamaño pequeño por la superposición de imágenes.



(2).

Un torus palatino se puede mostrar mejor en una película oclusal, manifestándose como una radiopacidad de forma oval situada en la línea media del paladar. Los bordes mas radiopacos representan la cortical y en la parte interna se ve huesos esponjoso con una patrón de trabeculado normal. (2).

En una radiografía dental (periapical), puede aparecer la imagen de una porción de un torus aparece la imagen de una porción de un torus palatino, en especial, cuando este se halla situado en la parte anterior del paladar. La presencia de un torus de tamaño apreciable, generalmente constituye un problema para el examen radiográfico satisfactorio de los dientes superiores. (2).

Cuando se superpone en una radiografía periapical, si está en la parte posterior del paladar puede confundirse con el cigomático. (2).

Los torus mandibulares se ponen de relieve con mayor facilidad mediante la radiografía, tanto con periapicales como con placas oclusales. Las tomas oclusales tienen la ventaja de revelar la extensión, ubicación y tamaño de las proyecciones óseas. (2).

Los torus generalmente son radiopacos, con frecuencia se ven áreas duras y bien densas, que interfieren con la imagen radiográfica normal de estructura dentaria y óseas, lográndose observar una sola



radiopacidad. (2).

Con frecuencia son completamente densos, otras veces se pueden observar hueso esponjoso en el centro de la masa. (2).

9. Diagnóstico, Pronóstico y Tratamiento

Con respecto al diagnóstico, como se ha dicho, son fáciles de diagnosticar y muy raras veces el clínico tendrá dificultades para reconocer estas lesiones.

El torus palatino tiene poca importancia clínica porque es benigno y nunca maligno. Por lo general no se trata el torus, aunque en ocasiones puede ser de tal tamaño y forma que resulta imposible o impráctico elaborar una prótesis total o parcial sobre la estructura, a causa de los socavados, de la posibilidad de producir traumatismo a la mucosa que la cubre, o por la incapacidad de asentar la prótesis, debido al escollo. En dichos casos se debe apreciar la situación y quitar el torus gigantesco antes de hacer el aparato protésico.

El Torus mandibular puede ser necesario la escisión quirúrgica al igual que en el Torus palatino, cuando se presente dificultades para la elaboración de una prótesis, que se debe extender sobre la exostosis.

Debe señalarse que tanto para el torus palatino como para el mandibular su remoción quirúrgica deberá practicarse cuando el



paciente lo solicite, independientemente que vaya o no a efectuarse tratamiento protésico.

10. Diagnósticos diferenciales

Los torus y las exostosis suelen ser fáciles de identificar a causa de sus características diferenciales. La existencia de una mucosa ulcerada sobre estas protuberancias óseas pueden plantear un problema diagnóstico. En la mayoría de los casos sin embargo las úlceras tienen un origen traumático y en la anamnesis y la exploración clínica aclaran la causa.(5, 8, 10).

En ocasiones las siguientes lesiones pueden similar en gran medida un torus o una exostosis al examen clínico y radiológico.

Fibroma osificante, fibroma cementante maduro que ha producido un abultamiento del paladar cortical, hematoma subperióstico osificado, un callo óseo no resuelto, un osteoma, un osteosarcoma en etapa precoz, un condrosarcoma precoz. (5, 8).



DISEÑO METODOLÓGICO.

1. Tipo de Estudio.

Descriptivo observacional de corte transversal.

2. Área de Estudio

El estudio se realizó en el Departamento de León, en el Campus Médico en las clínicas de cirugía de la facultad de Odontología que están ubicadas en la planta baja del Complejo Docente de la Salud en los que se realizan tratamientos de emergencia y cirugías menores en los quirófanos, los tratamientos más frecuentes son: Exéresis de terceros molares y demás piezas dentales retenidas como quistes y granulomas, realización de biopsias y cirugías preprotésicas que incluyen: extracción múltiple, profundización de vestíbulo, regularización de rebordes, frenilectomías y exéresis de Torus Palatino y Mandibulares etc.

3. Universo

El universo estuvo constituido por 255 pacientes de ambos sexos y todas las edades que asistieron a las clínicas de cirugía de la Facultad de Odontología de la UNAN León.



4. Método e instrumento de recolección de datos.

Para realizar el presente estudio se elaboró una ficha clínica la que contiene los datos generales del paciente, sitio de aparición, formas más frecuentes y tipo de interferencias.

Procedimiento para recoger la información consistió en un examen clínico del paladar duro y las superficies linguales de la mandíbula, a los pacientes que recibieron atención odontológica en la clínica de cirugía. Antes de proceder al levantamiento de los datos se solicitó por medio de una carta la correspondiente autorización al Jefe del Departamento de Cirugía de la Facultad de Odontología, así mismo se le pidió permiso a los profesores, estudiantes de turno y los pacientes.

El examen se hizo auxiliándose de un espejo bucal y un baja lengua estando el paciente ubicado en el sillón dental y la cavidad bucal iluminada por la lámpara de la unidad dental. Todo esto se hizo después de la estandarización de criterios clínicos el cual se hizo entre los investigadores y el tutor.

Hubo un solo examinador para evitar diferencias.

El examen se hizo mediante examen clínico convencional, la revisión comenzó por el paladar duro, luego las caras linguales de la arcada inferior, se observó con ayuda de un espejo bucal y se palpaban las zonas en que estas protuberancias generalmente se ubicaban.



Materiales utilizados.

Unidad Dental

Ficha Clínica

Guantes para examinar.

Espejo bucal.

Baja lengua

5. Criterios de inclusión.

Pacientes de ambos sexos y todas las edades que acudieron a las clínicas de cirugía de la Facultad de Odontología de la UNAN – León que presentaron torus palatino o torus mandibular.

6. Tabulación y Análisis

Una vez recolectados los datos se procedió a la limpieza de datos, fueron registrados en fichas clínicas y procesados en SPSS 10.0 para Windows.

Para el análisis de los datos se utilizó el método de distribución de frecuencia simple (Frecuencia y porcentaje).

El texto fue procesado en Office 2000 para Windows.



7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Concepto	Indicador	Valores
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el ultimo cumpleaños de cada sujeto estudiado	Respuesta del paciente a la ficha clínica.	0 a 10 años 11 a 20 años 21 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años 51 a 60 años 61 a + años
Sexo	Características genóticas que diferencian al hombre de la mujer	Respuesta del paciente a la ficha clínica u observación del examinador	1. Femenino 2. Masculino
Sitio de ubicación	Ubicación espacial de una estructura	Valoración clínica del examinador	1. Paladar 2. Mandíbula



Resultados

Tabla # 1

Distribución de la población de estudio según edad y sexo de los pacientes que acudieron a las clínicas de cirugía de la facultad de Odontología de la UNAN - León en octubre y noviembre del 2002.

Edad \ Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	F	%	F	%	F	%
0-10	19	7.45	9	3.52	28	10.98
11-20	20	7.84	19	7.45	39	15.29
21-30	29	11.37	22	8.62	51	20
31-40	26	10.19	13	5.09	39	15.29
41-50	26	10.19	10	3.92	36	14.11
51-60	19	7.45	15	5.88	34	13.33
61-+	14	5.49	14	5.49	28	10.98
Total	153	60	102	40	255	100

La tabla número uno (1) muestra la distribución porcentual de la población en estudio, en el período de octubre y noviembre del 2002 según grupo etáreo y sexo. Observando que de un total de 255 pacientes de ambos sexos, el femenino presenta mayor predominio con 153 pacientes representando un 60%, siendo menor el masculino



con los pacientes para un 40%.

Los grupos etáreos en el sexo femenino que presentan mayor predominio en orden decreciente fueron los grupos de 21 – 30 (11.37%), el de 31 -40 (10.19%), 41 – 50 (10.19%), 11-20 (7.84%), siguiendo en el orden los grupos de 0 – 10 y 51 – 60 años con valores porcentuales iguales (7.45%) cada grupo y en menor porcentaje el grupo de 61 – + con (5.349%).

Respecto al sexo masculino, muestra una menor asistencia de pacientes con respecto al sexo femenino, disminuyendo el número de pacientes en todos los grupos, el grupo etáreo en el que hubo mayor asistencia de pacientes fue el de 21 – 30 con (8.62%), siguiendo el grupo de 11 – 20 años (7.45%), en orden decreciente le sigue el grupo de 61 – + (5.49%), grupo de 41 – 50 (3.92%) y en menor porcentaje el grupo de 0 – 10 (3.52%).



Tabla # 2

Frecuencia de torus palatino y mandibular en pacientes que acudieron a las clínicas de cirugía de la facultad de odontología de la UNAN – León en octubre y noviembre del 2002.

Torus palatino y torus mandibular.	Pacientes examinados	
	F	%
Si	64	25.09
No	191	74.91
Total	255	100

La tabla número dos (2) muestra la frecuencia de torus palatino y torus mandibular, observando que de 255 pacientes examinados únicamente 64 presentaron torus, representando el 25.09% y no presentando este tipo de patología 191 pacientes para un 74.91%.



Tabla # 3

Ubicación más frecuente de torus palatino y mandibular en pacientes que acudieron a las clínicas de cirugía de la facultad de odontología de la UNAN – León en octubre y noviembre del 2002.

Torus	Pacientes con torus	
	F	%
Torus palatino	49	77
Torus mandibular	15	23
Total	64	100

En la tabla número tres (3) muestra la frecuencia de torus en relación a su ubicación observando, que el torus palatino fue el más frecuente con 49 casos para un 77%, así mismo el torus mandibular fue el menor frecuente con 15 casos para un 23%.



Tabla # 4

Frecuencia de torus según la edad en pacientes que acudieron a las clínicas de cirugía de la facultad de odontología de la UNAN – León en octubre y noviembre del 2002.

Edad	Torus	Pacientes con torus		
	N	F	%	
0 – 10	28	0	0	
11 – 20	39	3	7.69	
21 – 30	51	25	49	
31 – 40	39	8	20.5	
41 – 50	36	9	25	
51 – 60	34	12	35.29	
61 – +	28	7	25	
Total	255	64	25.09	

La tabla número cuatro (4) muestra la frecuencia de torus según grupo etáreo. Se observa que de 64 pacientes diagnosticados con torus, los grupos etáreos que presentaron la mayor frecuencia fueron de 21 – 30 con 25 casos para un 49 % y de 51 – 60 con 12 casos para un 35.29%, siguiendo en orden decreciente el grupo de 41 – 50, Y 61 – + con igual % de 25% y el grupo de 31-40 con 20.5% , el grupo de menor frecuencia diagnosticados con torus fue de 11 – 20 con 3 casos para un 7.69%, no encontramos ningún caso en niños de 0 – 10 años.



Tabla # 5

Frecuencia de torus según sexo en pacientes que acudieron a las clínicas de cirugía de la facultad de odontología de la UNAN – León en octubre y noviembre del 2002

Sexo \ Torus	Pacientes con torus		
	N	F	%
Femenino	153	39	25.50
Masculino	102	25	24.50
Total	255	64	25.09

La tabla número cinco (5) muestra la frecuencia de diagnósticos de torus según sexo, donde se observa claramente que el sexo femenino fue el que presentó mayor frecuencia con 39 casos, para un 29.50% siendo el sexo masculino el que presentó menor frecuencia con 25 casos para un 24.50%.



Tabla # 6

Frecuencia de torus palatino y mandibular según edad en pacientes que acudieron a las clínicas de cirugía de la facultad de odontología de la UNAN – León en octubre y noviembre del 2002.

Edad	Torus Palatino			Torus Mandibular		
	N	F	%	N	F	%
0-10	28	0	0	28	0	0
11-20	39	2	5.12	39	1	2.56
21-30	51	22	43.13	51	3	5.88
31-40	39	6	15.38	39	2	5.12
41-50	36	8	22.22	36	1	2.56
51-60	34	8	23.52	34	4	11.76
61 +	28	3	10.71	28	4	14.28
Total	255	49	19.21	255	15	5.88

La tabla número seis (6) muestra la frecuencia de torus palatino y mandibular según edad, en el torus palatino se observa que de 49 casos diagnosticados el grupo etareo con mayor frecuencia es el de 21-30 años con 22 casos para un 43.13%, en el torus mandibular los grupos etareos mas afectados son los 51-60 y 61-+ con 4 casos cada grupo, tanto el torus palatino como el mandibular no se presentó ningún caso en el grupo de 0-10 años.



Tabla # 7

Frecuencia de torus palatino y mandibular según sexo en pacientes que acudieron a las clínicas de cirugía de la facultad de odontología de la UNAN – León, en octubre y noviembre del 2002

Torus	Torus Palatino			Torus Mandibular		
	N	F	%	N	F	%
Femenino	153	34	22,22	153	5	3,26
Masculino	102	15	14,70	102	10	9,80
Total	255	49	19,20	255	15	5,88

La tabla numero siete (7) muestra la frecuencia total de torus palatino y mandibular según sexo, en el torus palatino predomino el sexo femenino con 34 casos para un 22.22%, en el torus mandibular predomino el sexo masculino con 10 casos para un 9.80%.



Tabla # 8

Frecuencia de torus palatino según forma anatómica de pacientes que acudieron a las clínicas de cirugía de la facultad de odontología de la UNAN – León en octubre y noviembre del 2002.

Forma anatómica	Pacientes con torus	
	F	%
Torus plano o simple	35	71.42
Torus lobulado	8	16.32
Torus fusiforme	1	2.04
Torus nodular	5	10.2
Total	49	100

La tabla número ocho (8) muestra la forma del torus palatino, observando claramente que la forma mas frecuente fue la plano o simple con 35 casos para un 71.42%, siguiendo en orden decreciente el torus lobulado con 8 casos y el torus nodular con 5 casos para un 16.32% y 10.20% respectivamente de acuerdo al orden mencionado el torus fusiforme representó el de menor frecuencia con 1 caso solamente para un 2.04%.



Tabla # 9

Frecuencia de torus mandibular según forma anatómica en pacientes que acudieron a las clínicas de cirugía de la facultad de odontología de la UNAN- León en octubre y noviembre del 2002.

Forma anatómica	Pacientes con torus	
	F	%
T. Unilaterales únicos	1	6.67
T. Unilaterales múltiples	1	6.67
T. Bilaterales únicos	2	13.30
T. Bilaterales múltiples	11	73.30
Total	15	100

La tabla numero nueve (9) muestra la frecuencia de torus mandibular según forma anatómica observando que la forma anatómica más frecuente fue la bilateral múltiple con 11 casos para un 73.30%, le sigue la forma bilateral única con 2 casos para un 13.30% y la forma unilateral única y unilateral múltiple con 1 caso cada una para un 6.67%.



Discusión y Análisis de Resultados

Frecuencia de torus según edad y sexo

En este estudio encontramos que el grupo de edad más afectado es el de 21 – 30 años con 25 casos (49%) lo que corresponde con el estudio de Castro (1983 – 1984) con el estudio de Dávila y Col (2001) y con el estudio de Pravia Rodríguez y León – Delgadillo (1990) aunque este último el grupo de edad ocupó el segundo lugar en frecuencia después de los mayores de 60 años.

A diferencia del estudio de Alvarado y Col (2000) en el cual no se reportan torus en pacientes menores de 20 años, en nuestro estudio encontramos tres pacientes de 11 – 20 años afectados.

En cuanto al sexo, el más afectado es el sexo femenino con 39 casos (24.49%) de 64 casos de torus (25.09%) lo cual concuerda con Castro (1983 – 1984) en el que se reportó que el sexo femenino es dos veces más afectado que el masculino (66.6% y 33.3%) y con el estudio del Dávila y Col (2001) en el que se reportó que el sexo femenino es más frecuente que el sexo masculino (56% y 44%) pero difiere del de Pravia Rodríguez y León – Delgadillo (1990), en donde el sexo masculino es ligeramente más afectado (2%) que el femenino (1.97%), así también en el estudio de Alvarado y Col (2000), el sexo masculino es ligeramente más afectado que el femenino.



En nuestro estudio la diferencia en la frecuencia de torus entre el sexo es de 14 casos más para el sexo femenino, consideramos que la diferencia observada posiblemente puede explicarse por la proporción de pacientes de cada sexo atendido.

Localización de los Torus

De 64 casos de torus (25.09%) el torus palatino es el que predomina con 49 casos (77%) y el torus mandibular presenta 15 casos (23%). Nuestros resultados coinciden con los reportados en los estudios previos realizados en nuestro país (Pravia – Rodríguez y León – Delgadillo 1990), (Castro 1983 – 1984) y (Alvarado 2000) los que reportan torus localizados principalmente en paladar, en cambio difieren con Dávila y Col (2001) en los que reportan torus localizados principalmente en mandíbula, Shaffer y Bhaskars (1986) indican que la frecuencia de torus mandibular puede llegar hasta un 81% en la población de Estados Unidos.

El torus palatino predominó en el sexo femenino con 34 casos (22.22%) de 49 casos (19.20%) que se presentaron de torus palatino.

El torus mandibular predominó en el sexo masculino con 10 casos (9.80%) de 15 casos (5.88%) que se presentaron de torus mandibular.



El torus palatino la edad más afectada es la de 21 – 30 años con 22 casos (43.13%) de 49 casos (19.22%).

El torus mandibular la edad más afectada es la de 41 – 50 y 51 – 60 con 4 casos cada uno (11.76% y 14.28%) de 15 casos (5.88%) de torus mandibular que se presentaron.

Forma de los torus

La forma más frecuente de torus palatino en los pacientes estudiados fue la plano o simple con 35 casos (71.42%) lo que coincide totalmente con lo reportado por Pravia Rodríguez y León Delgadillo 1990 y Dávila y Col, en donde la forma de torus más frecuente fue la plano o simple.

La forma más frecuente del torus mandibular es la bilateral múltiple con 11 casos para un (73.30%).



Conclusiones

1. Hay un claro predominio del sexo femenino en la población estudiada con 153 pacientes (60%).
2. El mayor porcentaje de pacientes estudiados correspondió al grupo etáreo de 21 – 30 años con 51 pacientes (20%)
3. Del total de pacientes examinados 64 (25.09%) presentó torus palatino o mandibular.
4. La frecuencia de pacientes con torus palatino fue de 49 (19.22%).
5. La frecuencia de torus mandibular fue de 15 casos (5.88%).
6. Ningún paciente presentó torus palatino y mandibular a la vez.
7. La edad más frecuente donde se presentó el torus palatino fue la de 21-30 años con 22 casos (43.13%).
8. La edad mas frecuente donde se presentó el torus mandibular fue la de 51-60 y 61- + con 4 casos cada grupo para un (11.76 y 14.28%)



9. El torus palatino y mandibular fue más frecuente en el sexo femenino con 39 casos (25.49%), correspondiéndole al sexo masculino 25 casos (24.5%).
10. El torus palatino fue más frecuente en el sexo femenino con 34 casos (22.22%).
11. El torus mandibular fue más frecuente en el sexo masculino con 10 casos (9.80%).
12. El tipo más común de torus palatino fue el plano o simple con 35 casos (71.42%).
13. El tipo más común de torus mandibular observado fue el bilateral múltiple con 11 casos (73.30%).



Recomendaciones

1. Que los Odontólogos se familiaricen más profundamente con la naturaleza y frecuencia con que se presentan estas protuberancias identificándolas y diferenciándolas de esta manera con otras patologías.
2. Recomendar la exéresis de los torus palatinos y mandibulares para evitar posibles molestias y alteraciones realizando siempre un adecuado estudio radiográfico previo.
3. Compartir este diagnóstico correcto y tranquilizar el paciente para disipar sus temores explicando el comportamiento de esta patología.



Bibliografía

1. Bhaskar, SN. **Patología Oral**, 3^a Edición El Ateneo. 1971, Buenos Aires, Argentina. Pág. 230.
2. Gibilisco, Joseph. **Diagnóstico Radiológico en Odontología**, 5ta edición, Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 1987. Pág. 217 – 219.
3. Kruger, **Patología Oral**, 5^{ta} Edición, Editorial Médica Panamericana 1982, Buenos Aires, Argentina.
4. Kruger, G.O, **Cirugía Bucomaxilofacial**, Editorial Médica, Panamericana, 5^{ta} Edición, Pag. 110 y 587.
5. Regezi, Joseph A.; Selubba; James J. **Patología Bucal** Nueva Editorial Interamericana, S. A. de C. V. México D. F. 1991, Pág. 404- 406
6. Ries Centeno, G.A **Cirugía Oral**; 8^{va} Edición, Editorial El Ateneo, 1979, Buenos Aires, Argentina, Pág. 503
7. Robbins, S. L. **Patología Estructural y Funcional**. Editorial Interamericana, México, D.F 1975, Pág. 838



8. Shafer, W. G. **Patología Oral**. Editorial Interamericana, México D.F, 1986, Pág.167.

9. Stafne, Edward, C. **Diagnostico Radiológico en Odontología**, 5^{ta} Edición Editorial Panamericana, S. A. 1988, Pag. 213.

10. Thomas, K. H. **Patología Oral**. Tomo II, Editorial Hispanoamericana, 1955, México D. F. Pág. 1158



Ficha clínica

Ficha N° ____

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Facultad de Odontología.

Tema:

Frecuencia de torus en maxilares superiores e inferiores en pacientes que acuden a las clínicas de cirugía de la Facultad de Odontología de la UNAN – León.

Datos generales:

Fecha: _____

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Dirección: _____

Examen Clínico:

1. Presencia de Torus: Si ____ No ____
2. Sitio de Ubicación: Paladar ____ Mandíbula ____
3. forma del Torus:

Palatino

Torus Plano o Simple ____

Torus Fusiforme ____

Torus Lobulado ____

Torus Nodular ó Múltiple ____

Nombre del examinador: _____

Nombre del Anotador: _____

Mandibular

Unilateral Único ____

Unilateral Múltiple ____

Bilateral Único ____

Bilateral Múltiple ____



Gráfico N°1

Frecuencia de torus palatino y mandibular de pacientes que acudieron a las clínicas de cirugía de la facultad de odontología de la UNAN-León en octubre y noviembre del 2002

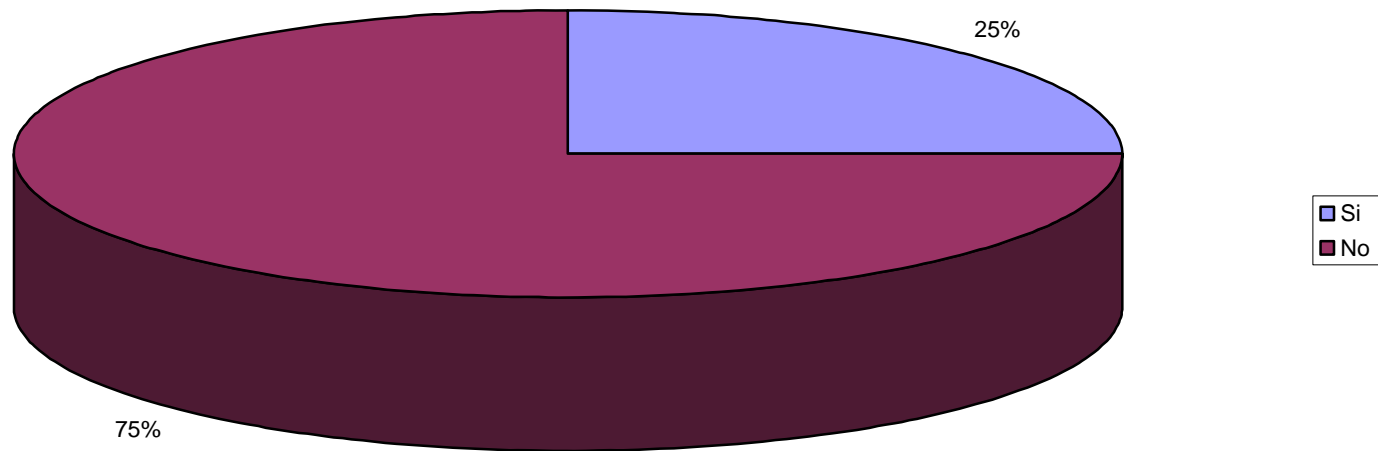




Gráfico N°2
Ubicación más frecuente de torus palatino y mandibular de pacientes que acudieron a las clínicas de cirugía de la facultad de odontología de la UNAN-León en octubre y noviembre del 2002

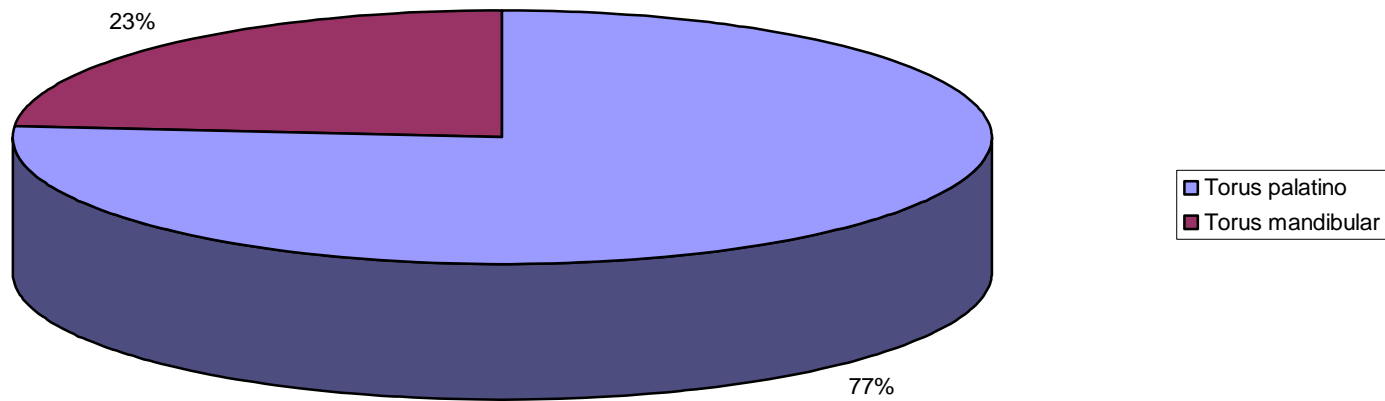




Gráfico N° 3
Frecuencia de torus según sexo de los pacientes que acudieron a las clínicas de cirugía de la facultad de odontología de la UNAN – León en octubre y noviembre del 2002

