

* ESTUDIO ANATOMICO DEL "TORUS PALATINUS" (*)

por el

Dr. A. Fernández Martín

Médico-Odontólogo. Profesor auxiliar de Anatomía

Variedad anatómica "torus palatino"

Pocos odontólogos, incluso los que cuentan con aficiones anatómicas, se han ocupado de fijar su atención en esta variedad esteopalatina, deteniéndose a observarla, describirla y atribuirle un significado morfológico aunque ello no suponga más que un pequeño detalle de modesta aportación científica.

La palabra "torus" procede del griego, su etimología, según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, toro viene del latín "torus" y éste del griego topos; significa moldura lisa de forma cilíndrica.

Del diccionario greco-latino de Leopold, y del greco-francés de Baylly ó topos de la raíz griega $\tau \epsilon \rho$ significa cincel, escoplo, buril; la raíz griega $\tau \epsilon \rho$ significa horadar, taladrar, aguierear, calar, penetrar.

El diccionario latino de R. Miguel dice: torus=cuerda delgada, atadura de las vides, moldura relevada en redondo en las basas de las columnas; lecho conyugal o nupcial, vínculo del matrimonio.

Alguna vez, aunque con poca frecuencia, observamos en la bóveda palatina esta eminencia ósea (rodete palatino) dispuesto sagitalmente en la parte más alta y media del paladar como siguiendo el rafe medio o sutura palatina, su consistencia es dura

(*) Trabajo leído en el XIV Congreso Nacional de Odontología.—Madrid. mayo de 1945.

como corresponde el tejido óseo; la mucosa que le cubre está fuertemente adherida al plano subyacente, con ausencia de capa celular submucosa; a la inspección ocular observamos la mucosa que lo recubre como hisquemiamada, algo más palida que la del resto de la cavidad debido a su escasa vascularización; sin embargo es una zona de notable sensibilidad, conocida es la sensación de cosquilleo que se percibe al tactar deslizando suavemente sobre esta región, debido a que sus filetes nerviosos caminan superficialmente en el espesor de la mucosa.

En cuanto a su conformación exterior, perfectamente estudiada por LE DOUBLE, le encontramos de diferente tamaño, unas veces liso, otras ligeramente rugoso, como con pequeñas crestas separadas entre sí irregularmente; a veces está integrado por dos salientes lineares, en sentido anteroposterior, contiguos, aunque ligeramente separados, separación que alcanza su mayor anchura a nivel por detrás de la cara interna de los primeros o segundos molares, para volver de nuevo a aproximarse entre sí y terminar decreciendo, hasta desaparecer a nivel de la espina nasal posterior, punto medio posterior de la reunión de las dos láminas horizontales de los palatinos; otro tipo es el que esta separación, corrientemente perceptible, no se presenta, dando entonces el aspecto de un saliente único, medio, anteroposterior con su mayor anchura y prominencia próxima al extremo posterior.

Se cita casos de torus palatino gigante, JOBERT, tan exageradamente desarrollado, que formando un gran saliente en la bóveda palatina limitaba con el borde alveolar superior un profundo surco en herradura de un través de dedo de anchura.

El caso contrario, el tipo de torus poco desarrollado, es relativamente frecuente; comienza a notarse hacia la parte media del paladar, y, dirigiéndose hacia atrás, va aumentando de tamaño y grosor, terminando otra vez adelgazado al empezar el velo del paladar o paladar blando.

Puede reducirse a los siguientes tipos: el lineal, oval, fusiforme, romboidal de triángulo posterior menor y el triangular de base posterior curvilínea; en cuanto a su longitud, es muy variable, desde el que recorre toda la longitud de la cavidad hasta el que se limita a un tercio de la misma, bien en su extremo

anterior o posterior; generalmente, como antes hemos dicho, su mayor anchura y grosor corresponde próximo al extremo posterior.

Las figuras adjuntas corresponden a torus palatinos observados por nosotros en cráneos de la colección del Museo Anatómico Sierra, de nuestra Facultad de Medicina.



Fig. 1A Torus de forma lanceolada, ancho y muy prominente en su parte posterior; ocupa longitudinalmente todo el borde interno de las apófisis palatinas de los maxilares superiores y parte de las láminas horizontales de los palatinos

Por no hacer excesiva la parte gráfica no reproducimos otra serie de fotografías de "torus palatinos", obtenidas de modelos de escayola en individuos portadores (bien perceptibles por su tamaño y diferente longitud, fusiformes, lineares, etcétera).

Con relación a la edad del sujeto portador lo hemos observado en todas las edades; nuestra impresión es que comienza a iniciarse en la vida fetal, que crece y se desarrolla de manera acompasada y en relación con el crecimiento y desarrollo normal del individuo hasta la edad adulta; llegado este tiempo se estaciona, sin sufrir nuevo crecimiento ni regresión aparente.

En cuanto a su significación morfológica, los autores están en completo desacuerdo; antiguamente se creyó que su apari-

ción estaba en relación con la gota y reumatismo; posteriormente se atribuyó su aparición al raquitismo, pero es frecuente observarle en personas o en cráneos que, al parecer, no presentan secuelas de tal estado constitucional; el que se presente con frecuencia en individuos constitucionalmente heredolúéticos, DIDAY, no quiere decir que sea un signo patoneumónico de la sífilis, pues también lo observamos en personas que ni constitucionalmente, ni hereditariamente, ni serológicamente, tienen relación con esta enfermedad.

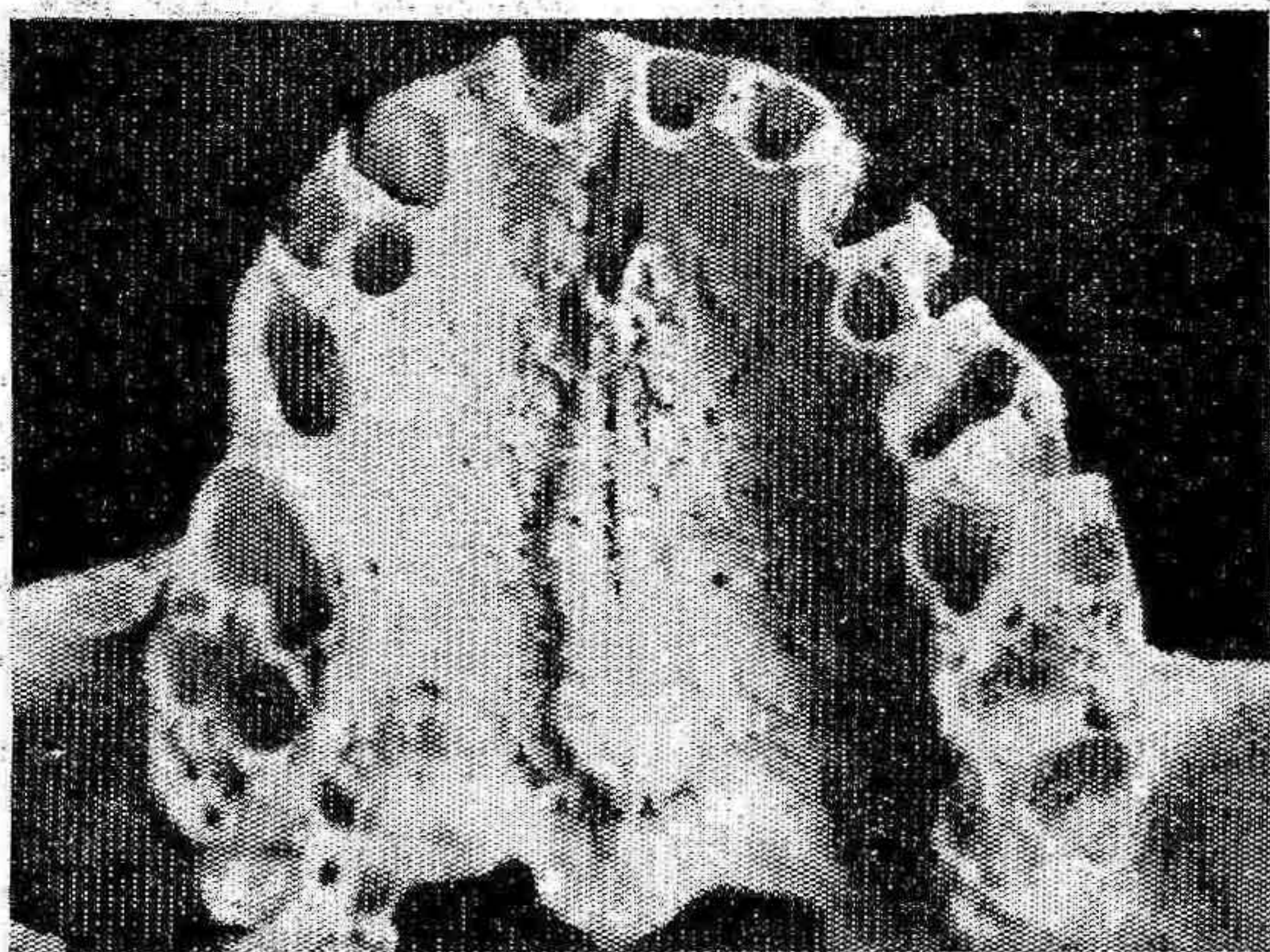


Fig. 2.a Torus de forma lanceolada, más estrecho y largo, bastante pronunciado

Hubo un tiempo en que anatómicos transformistas, SELENCA, lo consideraban como un signo atávico. Esta opinión carece en la actualidad de valor, al no haberse podido comprobar, no su frecuencia, ni siquiera su existencia en los antropoides ni en otros animales próximos en la escala zoológica.

Hay autores que consideran el torus como un tumor óseo, totalmente benigno, de desarrollo espontáneo, normal y lentamente progresivo, sin importancia apreciable, de tal manera, que muchos de los portadores lo consideran como cosa normal y hasta ignoran su existencia.

Otra opinión es la de VRAM, que considera el origen del torus y su desarrollo como una excesiva osificación de los huesos

interpalatomaxilares, teoría sugestiva, al parecer; pero hemos de tener en cuenta que estos huesos interpalatomaxilares son excepcionalmente raros, aunque su significación sea análoga a la de los huesos wormianos.

Hay quien lo considera como un signo racial, puesto que en unas razas predomina más que en otras; así, en los alemanes, según LISAUER, se presenta en un 29 por 100; según STIEDA, en los rusos, en un 22 por 100; en los americanos del Norte, en

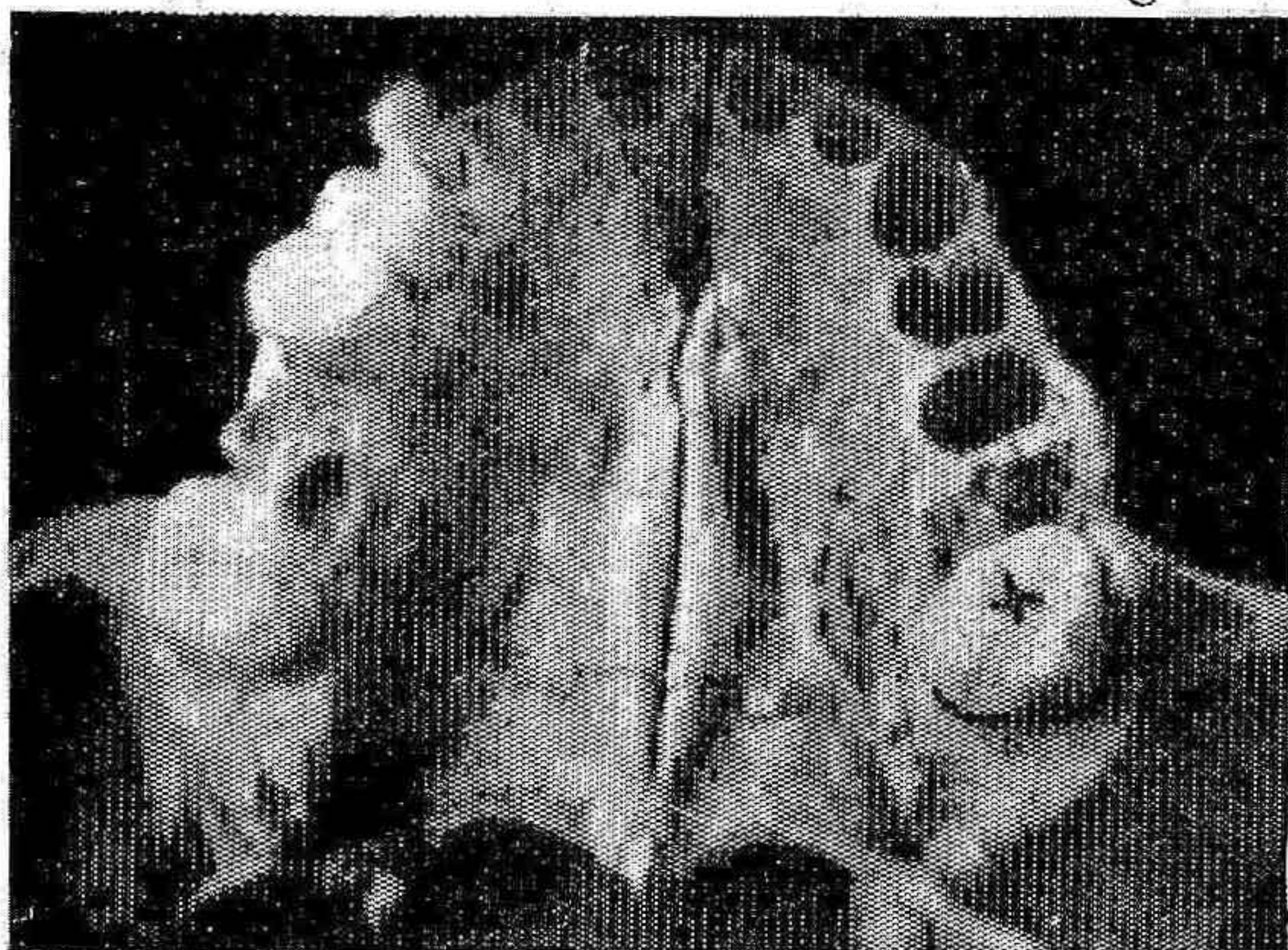


Fig. 3.a Torus fusiforme, bien perceptible la sutura interpalatina, llegando por su extremo posterior próximo al límite de la cavidad ósea

un 40 por 100, y en los peruanos es tan frecuente, que lo observan en un 50 por 100; sin embargo, ADACHI, en los japoneses, sólo lo advierte en un 3 por 100, y FILIPE FERREIRA coincide con otros observadores en que su existencia en individuos de raza negra es muy rara, ha tenido ocasión de comprobarlo en las colonias portuguesas de Asia y Africa; en nuestras observaciones, que datan de algo más de dos años, con unos ocho mil paladares examinados, obtenemos un 9 por 100 de torus.

Nuestra estadística acusa una proporción de 3 a 1, según los sexos, siendo más frecuente en la mujer que en el hombre, conforme indican los observadores franceses; también hemos podido observar cierta relación hereditaria, habiéndolo com-

probado en distintos miembros de la misma familia, aunque no como cosa sistemática.

También parece ser más frecuente en individuos alienados y anormalmente conformados; esta última observación creemos haberla comprobado, puesto que hemos examinado detenidamente los cráneos de la colección del Museo Anatómico de la Facultad de Medicina de Valladolid, advirtiéndolo un 15 por 100 de torus; hemos de tener en cuenta que la inmensa mayoría de estos paladares examinados son de cráneos de cadáveres que proceden del Instituto Psiquiátrico Provincial, de donde casi exclusivamente se sirve el Departamento Anatómico; hemos corroborado esta observación en nuestras investigaciones entre los residenciados del Instituto Psiquiátrico Provincial de Valladolid y su Hospital Provincial, acorde con la misma observación efectuada por nuestro encargo por el doctor Vela, director del Instituto Psiquiátrico de Palencia.

Otras teorías respecto al origen del torus, basadas en el proceso de osificación son las siguientes: la que le supone debido a un exceso de osificación de las láminas palatinas de los maxilares superiores y de las horizontales de los palatinos, pero de admitirlo, lógicamente supondría un aumento de espesor uniformemente, repartido por la bóveda palatina; otra cosa sería si el crecimiento óseo o excesiva osificación se limitara a los bordes de estas apófisis palatinas y láminas horizontales que han de ponerse en contrato entre sí, las cuales, al proliferar más de lo normal, se presionarían mutuamente, ocasionando el relieve o eminencia ósea que conocemos con el nombre de torus, los anatómicos que sostienen esta teoría afirman que el torus se manifiesta solamente en la bóveda palatina y nunca en el suelo de las fosas nasales, y la explicación que dan es que lo impediría el borde inferior del vomer, que lo empujaría hacia abajo; nuestras observaciones a este respecto en los cráneos antes citados son que nunca en el suelo de las fosas nasales hemos advertido eminencia ósea alguna que morfológicamente recuerde el torus palatino y que en todos los casos observados la sinártrosis palatina en su variedad armónica existía normal sin zonas de soldadura entre sí.

Teniendo en cuenta el proceso embriológico del desarrollo

de la cavidad palatina en el estadio en que el stomedium o boca primitiva en vesícula encefálica se halla rodeado de los distintos mamelones entre ellos del nasal interno y del maxilar, recordamos que del primero se origina el septum nasal y el premaxilar, y del segundo, o mamelón maxilar, creciendo en sus caras internas las apófisis palatinas, hasta ponerse en con-

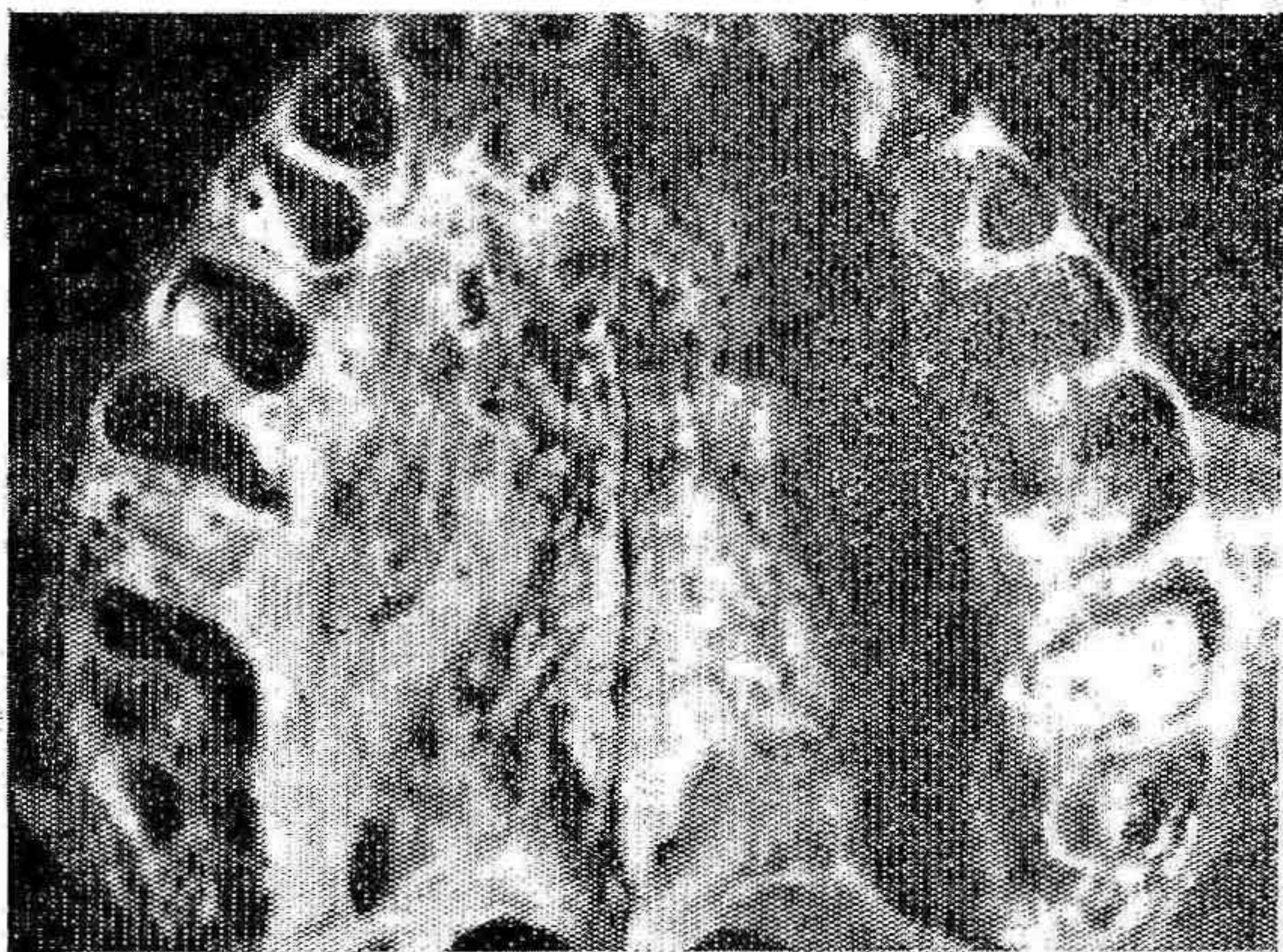


Fig. 4a. Hoy modalidades raras, en forma de doble rombo, el anterior de mayor longitud, muy prolongado hacia adelante y terminando el posterior a nivel mismo de la espina nasal.—El de esta figura es romboidal, situado en la mitad posterior de la cavidad, ancho, mal limitado

tacto entre sí hacia el segundo mes, terminada esta unión durante el tercero, completándose la separación entre la cavidad bucal y fosas nasales; algo más tarde es cuando esta separación se amplía hacia atrás con las láminas horizontales de los palatinos que proceden del mamelón secundario posterior o pterigoideo dependiente del maxilar; así como la falta de unión de estas formaciones óseas ocasiona las distintas dehiscencias que conocemos con el nombre de labios leporinos, parece lógico pensar que lo contrario, el exceso de coalescencia por demasiada proliferación ósea, daría origen a la eminencia que nos ocupa.

Según DUPLAY, citado por AUSNHURST en su Enciclopedia Internacional de Cirugía, se designa con el nombre de exóstosis una producción anormal circunscrita de tejido óseo en la superficie o en el interior del hueso; la primera modalidad es la verdadera exóstosis, y la segunda se llama enóstosis, ambas denominaciones son distintas de la hiperóstosis; la verdadera exóstosis debe reunir las condiciones siguientes: haber realmente tumor; estar constituido por tejido óseo, de modo que los odontomas no sin exóstosis; el tumor tendrá como punto de partida uno de los elementos constitutivos del hueso; tratando de su anatomía patológica los divide GOSSELIN, "Clínique Chirurgicales del Hospital de la Charité"; en exóstosis ebúrneas, compactas, esponjosas, epifisarias, parenquimatosas y enóstosis.

La etiología de la supuesta exóstosis que nos ocupa sería el golpe, traumatismo, roce y trabajo inflamatorio, sífilis, cicatrizaciones ulcerosas; también se dividen las exóstosis en sintomáticas, de desarrollo u osteogénicas y autogénicas; estas últimas son las que no reconocen ninguna de las causas apuntadas y han llegado a ser cada vez más raras a medida que es más rigurosa la investigación y comprobación de antecedentes.

Hay exóstosis periostales o de crecimiento, contando como origen el raquitismo, las presiones, las periostitis reumáticas, etcétera, etcétera; la época principal en que se observan con más frecuencia es de los once a los treinta años.

El doctor J. DE LA VILLA en su Anatomía Humana y Embriología (1924), dice: "la sutura longitudinal puede levantarse en una prominencia (torus palatino) que debe considerarse como una variedad anatómica y no como producida por causas patológicas".

Después de lo expuesto podemos decir que se trata de un abultamiento duro y algo desigual, bien circunscrito la mayoría de las veces, la mucosa está fuertemente adherida, no deslizable, de coloración algo más pálida pero sin ninguna alteración histológica, indolente a la presión, ni espontáneamente; suele motivar trastornos en la colocación, adaptación y sostenimiento de los aparatos protésicodentales movibles o de placa.

La variedad de torus transversal debe de ser realmente

muy rara, pues de una manera clara no hemos podido comprobarla.

En el desarrollo embriológico (alterado a veces) de la cavidad palatina, en la biología ósea o proceso osteogénico, influenciado acaso con alteraciones vaso-motoras y participación metabólica del calcio, sin descontar el factor endocrinológico, en donde debe hallarse el fundamento científico del origen, desarrollo y significación de esta variedad ósteo-palatina.

AUTORES QUE SE CITAN

Le Double.—Jobert.—Diday.—Selenka.—Vram.—Lisauert.—Stieda.—Adachi.—Filipe Ferreira.—Duplay.—Aushnurst.—Goselin.—J. de la Villa.

LOS PELIGROS DEL REPOSO EN CAMA

Lo malo del reposo en cama, es que el cuerpo humano no está construido para yacer acostado sobre la espalda. Esta posición tiene varios inconvenientes: 1) dificulta la circulación de la sangre; 2) trastorna el trabajo digestivo; 3) comprime la parte posterior de los pulmones; 4) produce la decalcificación de los huesos; 5) debilita los músculos; 6) disminuye la moral. Los argumentos en favor del reposo en cama son que ahorra energía y favorece la curación. Pero, en contra de lo que se piensa corrientemente, dice el doctor Dock, apenas consume más energía el estar sentado en una silla que el estar acostado en cama. Y la decalcificación de los huesos no favorece mucho la curación de las fracturas.

La mayoría de las muertes producidas por el reposo en cama son debidas a la embolia de coágulos de sangre que se forman en los puntos en que, por la postura antinatural, están comprimidas las venas.

"Casi tan ilógica como las sangrías y purgas que estaban de moda en tiempos pasados, es la costumbre de ordenar a los enfermos con ataques cardíacos reposo en cama durante seis semanas. Muchas veces, el enfermo que padece una insuficiencia del ventrículo izquierdo, prefiere estar sentado en una silla; mandarle acostar significa muchas veces hacer que se ahogue".

Otro de los efectos letales del reposo en cama es la congestión que se produce en la base de los pulmones. Por ello, todos los pacientes de edad avanzada no deberían permanecer en cama una hora más de lo necesario.

No menos peligroso son otros trastornos provocados por el excesivo reposo en cama, como: cálculos renales, estreñimiento pertinaz, trastornos postáticos, espasmos musculares, etc. Los únicos pacientes a los que se podría permitir el reposo absoluto en cama son ciertos enfermos, como los de tuberculosis pulmonar, y los niños, que apenas son perjudicados por la inmovilización.