

Χειρουργική Εξαίρεση Υπερώιου Ογκώματος. (Torus Palatinus).

ΣΠ. ΤΣΟΔΟΥΛΟΣ¹, ΕΙΡ. ΚΑΡΑΜΠΟΥΤΑ², ΧΡ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ³, ΣΤ. ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΑΚΗ³
Εργαστήριο Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Α.Π.Θ.

Surgical removal of Torus Palatinus

SP. STODOULOS¹, EIR. KARABOUTA², CHR. GEORGIOS³, ST. DIMITROULAKI³
Univ. Clinic of Oral and Maxillofacial Surgery, Dental School, Aristotle University of Thessaloniki.

Περίληψη

Το υπερώιο όγκωμα (torus palatinus, TP) αποτελεί τη συχνότερα εμφανιζόμενη μορφή ενδοστοματικής εξόστωσης, με εντόπιση στη μέση γραμμή της σκληρής υπερώας. Πρόκειται για καλοήθη, αργά αναπτυσσόμενη οστική διόγκωση των υπερωίων αποφύσεων της άνω γνάθου. Στην εργασία αυτή γίνεται αρχικά ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά την κλινική ταξινόμηση, την αιτιοπαθγένεια και τη συχνότητα εμφάνισης του TP, για να περιγραφεί στη συνέχεια το πρωτόκολλο για τη χειρουργική αφαίρεσή του σε περιβάλλον ιατρείου. Στη συζήτηση που ακολουθεί, γίνεται αναφορά στις ενδείξεις χειρουργικής παρέμβασης, καθώς και στις πιθανές επιπλοκές και στους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισής τους.

Summary

Torus Palatinus is the most commonly found type of intraoral exostoses, which is situated in the midline of the hard palate. It represents a benign, slowly growing, osseous projection of the palatine processes of the maxilla. In this work, firstly we provide a brief review of the literature concerning the clinical classification, the aetiopathology and the prevalence of TP, and proceed to present the protocol for surgical removal in the dental office. The discussion is referred to the indications for surgical intervention as well as to the potential implications to the prevention and management of them.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Υπερώιο όγκωμα, άνω γνάθος.

KEY WORDS: Torus palatinus, maxilla.

Στάλθηκε στις 3.9.2007. Εγκρίθηκε στις 20.2.2008.

¹ Επίκουρος καθηγητής

² Αναπληρώτρια καθηγήτρια

³ Οδοντίατρος

Receiver on 3rd Sept., 2007. Accepted on 20th Febr., 2008

¹ Assistant professor

² Assoc. professor

³ Dentist

Εισαγωγή

Με το γενικό όρο εξοστώσεις ή υπεροστώσεις περιγράφονται μη παθολογικές, τοπικές οστικές διογκώσεις που εξορμούν από τα φλοιώδη πέταλα και σπανιότερα από το σπογγώδες οστόν, και απαντώνται περισσότερο στις γνάθους, συγκριτικά με άλλες εξωστοματικές θέσεις¹. Πρόκειται για μη νεοπλασματικές βλάβες ή, ακριβέστερα για αναπτυξιακές ανωμαλίες, το ακριβές σχήμα των οποίων εξαρτάται από την εντόπισή τους².

Συχνότερα εμφανιζόμενες μορφές ενδοστοματικών εξοστώσεων είναι το υπερώιο (torus palatinus, TP) και το γναθιαίο (torus mandibularis, TM) όγκωμα, με εντόπιση, αντίστοιχα, στη μέση γραμμή της σκληρής υπερώας και στη γλωσσική επιφάνεια του σώματος της κάτω γνάθου, στην περιοχή των κυνοδόντων και προγομφίων, αμφοτερόπλευρα ή σπανιότερα ετερόπλευρα. Λιγότερο συχνά εμφανίζονται οι πολλαπλές εξοστώσεις, παρειακές και υπερώιες³.

Κλινικά, το υπερώιο όγκωμα (torus palatinus, TP) αφορά ασυμπτωματικό οστικό έπαρμα στο κέντρο της σκληρής υπερώας που καλύπτεται από φυσιολογικό βλεννογόνο, με μέγεθος που ποικίλλει. (Εικ. 1α, 1β). Μορφολογικά, ο Thomas⁴, σύμφωνα με το σχήμα τους, ταξινόμησε τα TP σε 4 κατηγορίες, επίπεδα, -ατρακτοειδή, -οζώδη-λοβιώδη:

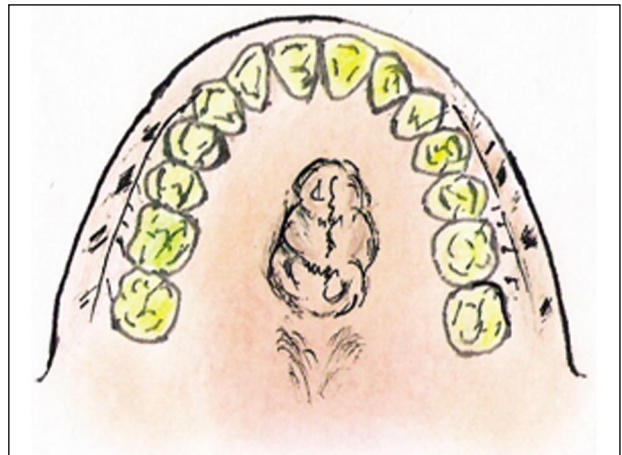
α) Επίπεδο torus: ο επίπεδος τύπος είναι μια ελαφρά κυρτή, λεία εξόστωση που απαντάται κατά μήκος της μέσης γραμμής της υπερώας. Ποικίλλει σε μέγεθος και διαθέτει ευρεία βάση.

β) Ατρακτοειδής torus: ο ατρακτοειδής τύπος παρατηρείται ως μια ακρολοφία στη μεσότητα της υπερώας. Το μήκος του ποικίλλει και μπορεί να εκτείνεται από το οπίσθιο άκρο της τομικής θηλής μέχρι το πέρας της σκληρής υπερώας. Κάποιες φορές διασχίζεται από μια οβελιαία αύλακα.

γ) Οζώδες torus (πολύλοβο): ο οζώδης τύπος εμφανίζεται ως μικρές, λείες, διακριτές οστικές προπέ-



Εικ. 1. α. Υπερώιο όγκωμα (torus palatinus). Κλινική εικόνα



Εικ. 1β. Σχηματική απεικόνιση TP.

τειες. Καθώς αυτές συνενώνονται, δημιουργούνται αύλακες μεταξύ των οζιδίων.

δ) Λοβιώδες torus(μονόλοβο): ο λοβιώδης τύπος είναι μια σχετικά ευμεγέθης οστική μάζα και μπορεί να διαθέτει ευρεία βάση ή ποδίσκο. Αύλακες διατρέχουν τη μάζα του torus, προσδίδοντάς του τη λοβιώδη εμφάνιση. Μια οστική βάση (λοβιώδη) είναι γενικά κοινή για όλα τα λόβια, σε αντίθεση με τις πολλαπλές βάσεις που παρατηρούνται στον οζώδη τύπο.

Αιτιοπαθογένεια

Η αιτιολογία των tori έχει διερευνηθεί από πλειάδα ερευνητών, χωρίς ωστόσο να υπάρχει απόλυτη ομοφωνία σχετικά με τους επικρατέστερους αιτιοπαθογενετικούς παράγοντες. Στις αρχές του 20ού αιώνα, οι ερευνητές⁵⁻⁸ συσχέτισαν το TP με συστηματικές νόσους όπως σύφιλη, φυματίωση, ραχίτιδα, σκορβούτο, καρκίνο κλπ., απόψεις που δεν είναι, πλέον, αποδεκτές.

Νεότερες μελέτες εμπλέκουν ως πιθανά αίτια γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, λειτουργικούς, όπως τη συγκλεισιακή υπερλειτουργικότητα, καθώς και τις συνεχιζόμενες αυξητικές διεργασίες των υπερώιων αποφύσεων⁹.

Αναφορικά με τη γενετική συνιστώσα, έχουν προταθεί οικογενή μοντέλα κληρονομής κατά τον αυτοσωματικό επικρατούντα και φυλοσύνδετο τύπο, χωρίς ωστόσο να έχουν επιβεβαιωθεί^{1,10}. Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες περιλαμβάνονται, κυρίως, οι κλιματολογικές συνθήκες, οι διαιτητικές συνήθειες, καθώς και ο αριθμός των υπαρχόντων στο φραγμό δοντιών¹¹. Οι Kerdron και Sirirungrojying¹² σε πρόσφατη κλινική μελέτη τους διερεύνησαν τη σχέση των tori με το συγκλεισιακό stress, όπως αυτό εκδηλώνεται στο πλαίσιο της παραλειτουργικής δραστηριότητας του ΣΓΣ (στοματογναθικού συστήματος) (βρυγμός). Διαπίστωσαν ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην παρουσία των tori και τον βρυγμό, θέτοντας, έτσι, την πρώτη ως ένα χρήσιμο κλινικό δείκτη για αναζήτηση άλλων κλινικών

σημείων και συμπτωμάτων παραλειτούργιας του στοματογναθικού συστήματος. .

Πρόσφατα, διάφοροι συγγραφείς^{13,14} υποστήριξαν ότι η βάση της αιτιολογίας των υπερώιων ογκωμάτων βρίσκεται σε μια αλληλεπίδραση γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, εισάγοντας μάλιστα τη θεωρία της “ουδού” (threshold ή quasi-continuous genetic theory). Σύμφωνα με αυτή, οι υπεύθυνοι περιβαλλοντικοί παράγοντες πρέπει να υπερβούν μια ορισμένη ουδό πριν οι γενετικοί μπορέσουν να εκφραστούν στο ίδιο άτομο^{1,2}.

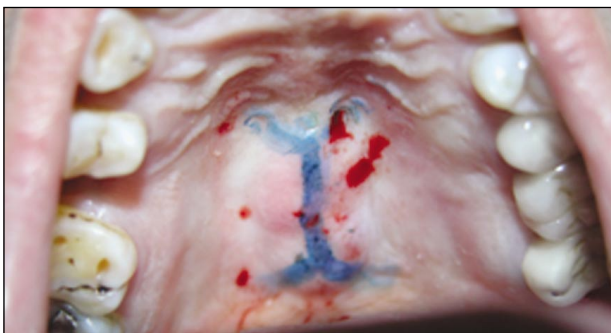
Η συχνότητα εμφάνισης των υπερώιων ογκωμάτων ποικίλει σημαντικά ανάμεσα στις διάφορες κλινικές μελέτες, πιθανώς, λόγω φυλετικών διαφορών στις ομάδες ελέγχου. Θεωρείται συχνότερο στους Ασιάτες και Εσκιμώους σε σχέση με τη λευκή φυλή¹¹, στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες¹⁵, ενώ θεωρείται αρκετά σπάνιο στην παιδική ηλικία και γίνεται συνήθως αντιληπτό κατά την 3η δεκαετία της ζωής^{16,17}.

Θεραπευτική Αντιμετώπιση– Εγχειρητική Τεχνική

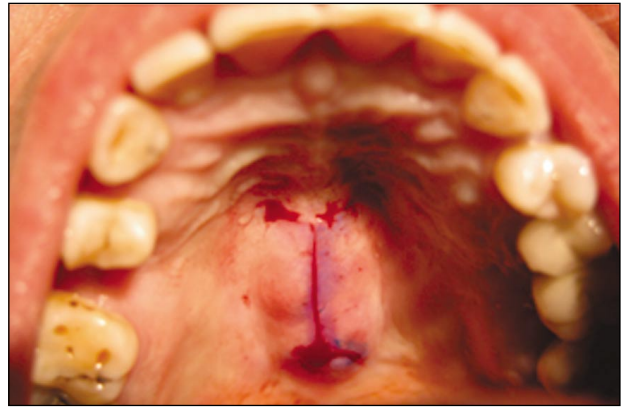
Η χειρουργική αφαίρεση της βλάβης είναι σχετικά απλή, μικρής διάρκειας και χωρίς επιπλοκές. Γίνεται σε συνθήκες ιατρείου με τοπική αναισθησία, χωρίς κάποια ιδιαίτερη προετοιμασία του ασθενή. Τα στάδια, κατά σειρά εκτέλεσης, είναι τα εξής :

1) Τοπική αναισθησία μετά από διήθηση του βλεννογόνου της υπερώας εκατέρωθεν της βλάβης με τοπικό αναισθητικό περιεκτικότητας αγγειοσυσπαστικού 1:100.000.

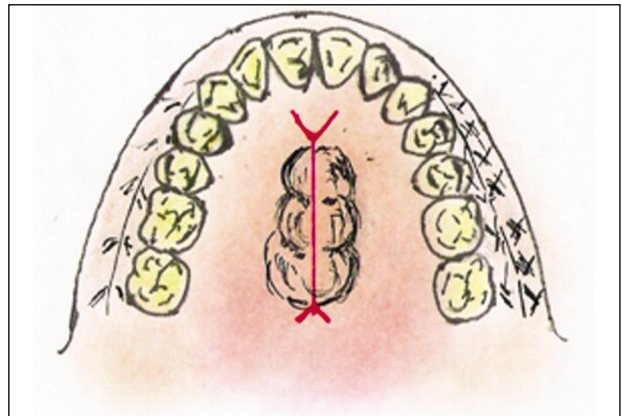
2) Με χειρουργική λεπίδα N° 15 γίνεται, αφού πρώτα σχεδιαστεί στο βλεννογόνο με ειδικό μαρκαδόρο (Εικ. 2), τομή ολικού πάχους στη μέση γραμμή της υπερώας σε όλο το μήκος της βλάβης μέχρι και πέρα από τη βάση της, η οποία καταλήγει σε σχήμα διπλού Υ με δυο πρόσθια και δύο οπίσθια πλάγια σκελη. Τα οπίσθια σκέλη θα πρέπει να είναι πιο μικρά για να αποφεύγεται η τρώση κλάδων της υπερώας αρτηρίας. Η τομή αυτή εξασφαλίζει άνετη προσπέλαση, μεγάλη ορατότητα στο χειρουργικό πεδίο και δε δημιουργούνται τάσεις και κακώσεις των μαλακών ιστών κατά τη διάρκεια των χειρισμών. (Εικ. 3α, 3β).



Εικ.2. Σχεδιασμός της τομής σε σχήμα διπλού Υ.



Εικ. 3α. Τομή στη μέση γραμμή της υπερώας σε σχήμα διπλού Υ, με δυο πρόσθια και δύο οπίσθια πλάγια σκελη.



Εικ. 3β. Σχηματική απεικόνιση της προηγούμενης τομής.

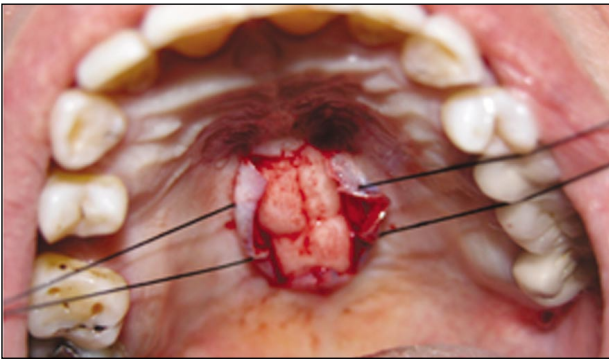
3) Με λεπτό αιχμηρό αποκολλητήρα περισσέτου γίνεται προσεκτική αποκόλληση και ανάπτυξη των χειλέων του κρημνού από την εξόστωση. Λόγω του λεπτού πάχους του βλεννογονοπερισστικού κρημνού και της ανώμαλης οστικής επιφάνειας της εξόστωσης (ύπαρξη εσοχών στη βάση των λοβών) η αποκόλληση επιβάλλεται να γίνεται με πολλή προσοχή για να αποφευχθεί κάκωση του κρημνού (σχίσσιμο).

4) Συγκράτηση των κρημνών με τη βοήθεια ραμμάτων για καλύτερη ορατότητα του χειρουργικού πεδίου (Εικ. 4α, 4β).

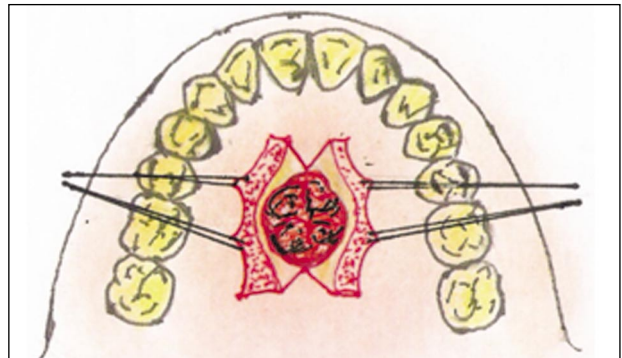
5) Με τη χρήση αυλακωτής εγγλυφίδας (οστεόφρεζα) σε ευθεία χειρολαβή και καταιονισμό φυσιολογικού ορού η βλάβη τεμαχίζεται σε 3 ή 4 μικρά τμήματα, με σκοπό τη μείωση του οστικού όγκου για ευκολότερη αφαίρεσή της (Εικ. 5α, 5β, 6).

6) Τμηματική αφαίρεση της βλάβης με ευθεία ή κυρτή χειρουργική σμίλη, της οποίας η κοπτική επιφάνεια έχει σχήμα απλής λοξοτομής .Η σμίλη τοποθετείται στη βάση της ήδη εξασθενημένης εξόστωσης με τη λοξοτομή της σε επαφή με το οστό της υπερώας. Μετά από ελαφρά κτυπήματα με τη σφύρα αφαιρείται προσεχτικά το κάθε τμήμα της βλάβης (Εικ. 7α, 7β).

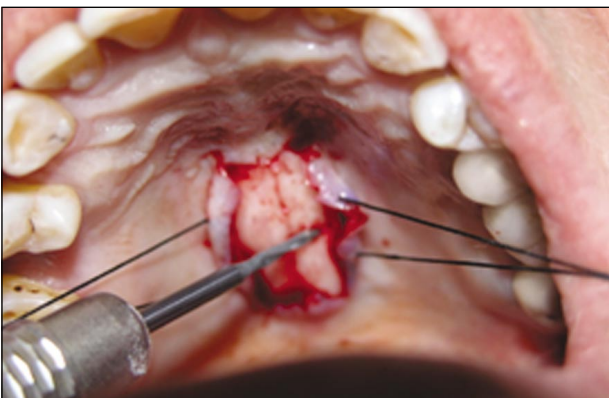
7) Εξομάλυνση της υπερώας οστικής επιφάνειας



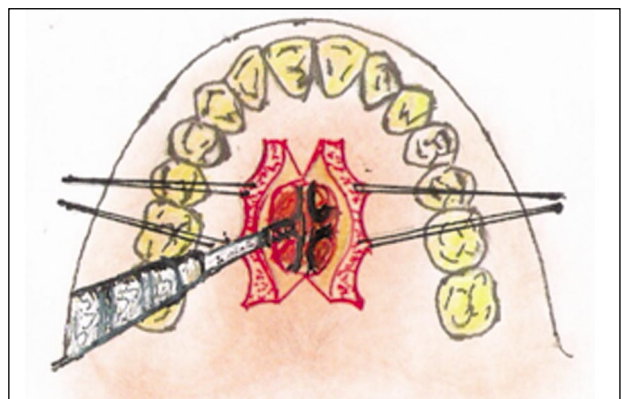
Εικ. 4α. Συγκράτηση των κρημών με τη βοήθεια ραμμάτων.



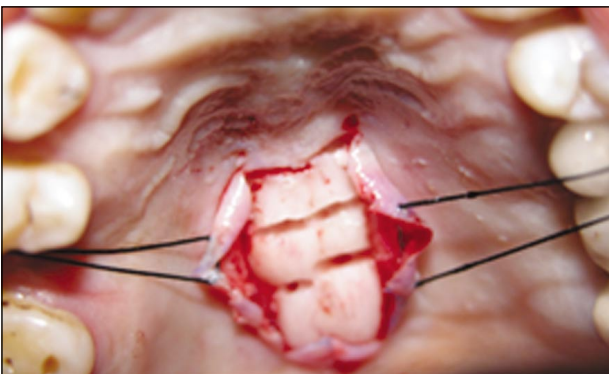
Εικ. 4β. Σχηματική απεικόνιση της χρήσης ραμμάτων για συγκράτηση των κρημών.



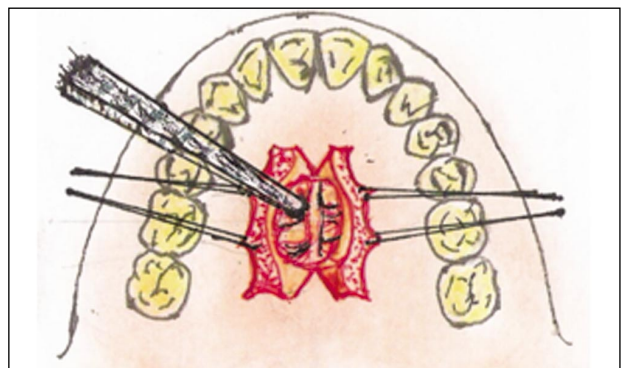
Εικ. 5α. Τεμαχισμός της βλάβης με τη χρήση αυλακωτής εγγλυφίδας.



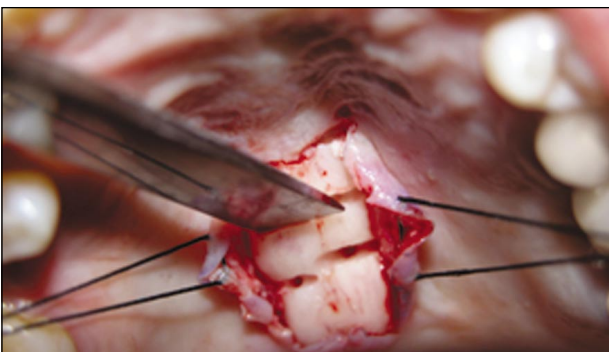
Εικ. 5β. Σχηματική απεικόνιση της χρήσης αυλακωτής εγγλυφίδας.



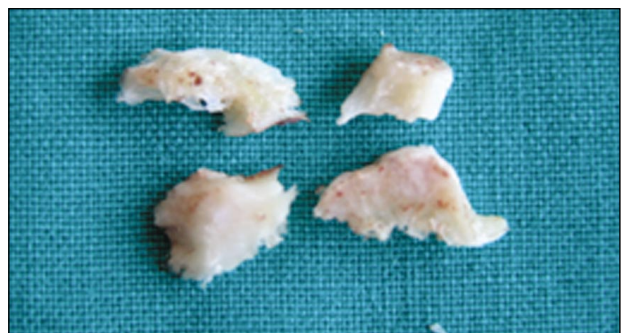
Εικ. 6. Κλινική εικόνα μετά τον τεμαχισμό της βλάβης.



Εικ. 7β. Σχηματική απεικόνιση της χρήσης χειρουργικής σμίλης.

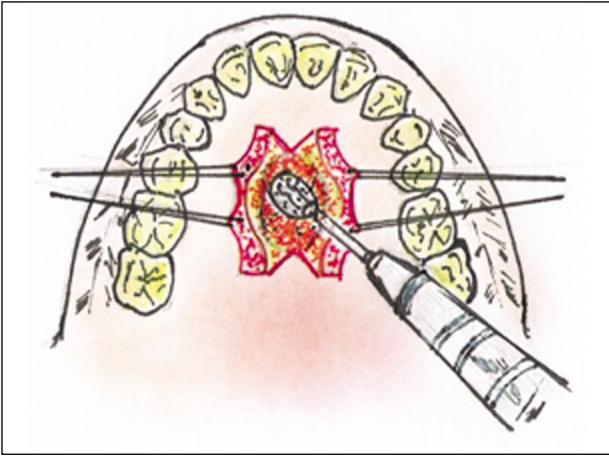


Εικ. 7α. Τμηματική αφαίρεση της βλάβης με χειρουργική σμίλη.

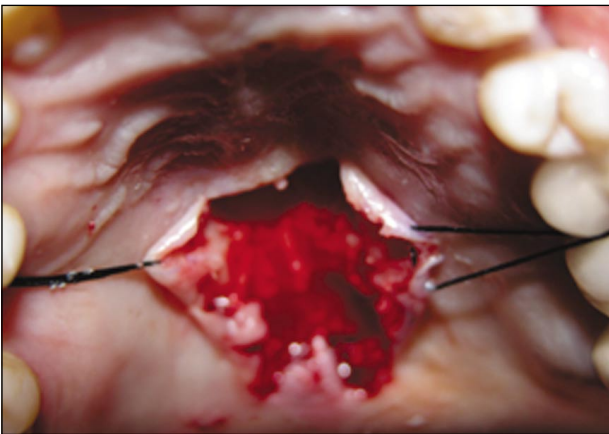


Εικ. 7γ. Οστικά τεμάχια μετά την αφαίρεση τους με τη χρήση σμίλης.

με στρογγυλή εγγλυφίδα οστεόφρεζα ή φρέζα ακρυλικού ή με οστεορίνη, ψηλάφηση του τραύματος με το δάχτυλο για έλεγχο της λείανσης και, τέλος, άφθονες πλύσεις του τραύματος με φυσιολογικό ορό (Εικ. 8, 9).



Εικ. 8. Εξομάλυνση της υπερώιας οστικής επιφάνειας με στρογγυλή εγγλυφίδα.



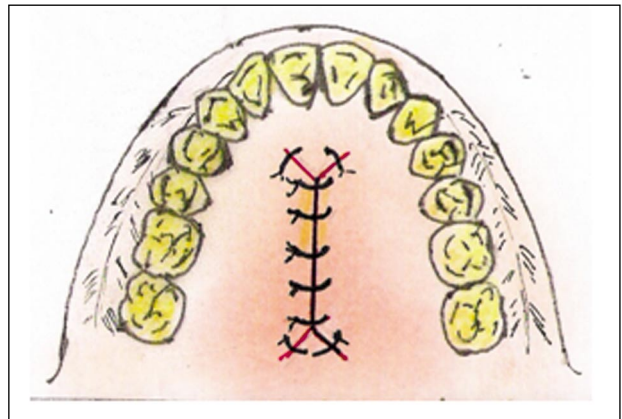
Εικ. 9. Κλινική εικόνα μετά την εξομάλυνση της υπερώιας οστικής επιφάνειας.

8) Επαναφορά των κρημών στην αρχική τους θέση και συρραφή τους με διακεκομμένη ή ραφή mattress με ράμμα 3/0 ή 4/0 ατραυματικό, μετάξινο ή απορροφήσιμο (σε ειδικές περιπτώσεις), με βελόνα στρογγυλής διατομής, αφού αφαιρεθεί, – εάν είναι αναγκαίο, – η περίσσεια βλεννογόνου.

9) Δίνονται στον ασθενή προφορικές και γραπτές μετεγχειρητικές οδηγίες σχετικά με το τι πρέπει να προσέξει και τι πρέπει να κάνει τις επόμενες 7-10 μέρες. Οι οδηγίες αυτές περιλαμβάνουν τη λήψη παυσίπονου σκευάσματος, εκτός από τα παράγωγα του σαλικυλικού οξέος (ασπιρίνη), τη λήψη κατάλληλου αντιμικροβιακού σκευάσματος και τη διατήρηση άριστης στοματικής υγιεινής. Η αφαίρεση των ραμμάτων θα πρέπει να γίνει μετά από 7 έως 10 μέρες.



Εικ. 10α. Συρραφή των κρημών.



Εικ. 10β. Σχηματική απεικόνιση της συρραφής.



Εικ. 11. Ο ασθενής ένα μήνα μετά την επέμβαση.

Συζήτηση

Η υπερώια εξόστωση (TP) είναι ασυμπτωματική διόγκωση του οστού της άνω και συνήθως δε χρειάζεται θεραπεία. Η αφαίρεση της ενδείκνυται¹⁸ μόνο όταν δημιουργεί προβλήματα στους ασθενείς όπως: α) οι

ενοχλήσεις στην ομιλία λόγω του μεγέθους της, β) ο σχηματισμός επώδυνων ελκών του υπερκείμενου βλεννογόνου εξαιτίας συχνών τραυματισμών. Τα έλκη αυτά αργούν να επουλωθούν, λόγω του μικρού πάχους και της πτωχής αιμάτωσης του υπερκείμενου βλεννογόνου, γ) η δυσκολία κατασκευής και τοποθέτησης ολικής η μερικής οδοντοστοιχίας, δ) ψυχολογικά προβλήματα σε περιπτώσεις που οι ασθενείς δεν πείθονται ότι η βλάβη αυτή δεν είναι κακοήθης όγκος¹⁹.

Όπως σε κάθε χειρουργική επέμβαση μπορούν να εμφανισθούν επιπλοκές και συμβάματα, έτσι, και στην χειρουργική εκτομή του (TP) μπορεί να εμφανισθούν κάποιες επιπλοκές, άλλοτε σοβαρές και άλλοτε λιγότερο σοβαρές όπως:

1. Αιμορραγία: Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή σωστής τομής με την οποία θα αποφεύγεται τόσο η τρώση της μείζονος υπερώιας αρτηρίας όσο και των ρινοϋπερώιων αγγείων, καθώς και οι λεπτοί χειρισμοί κατά την αποκόλληση του λεπτού υπερκείμενου βλεννογόνου του TP περιορίζουν σημαντικά την εμφάνιση αιμορραγίας³. Η μικρή τριχοειδική αιμορραγία που προέρχεται από το βλεννογόνο του τραύματος μπορεί να αντιμετωπισθεί με την έγχυση τοπικού αναισθητικού της συνήθους οδοντιατρικής πράξης ή με την τοποθέτηση βύσματος γάζας υπό πίεση στην αιμορραγούσα περιοχή για 5 λεπτά. Μεγαλύτερης έκτασης αιμορραγία αντιμετωπίζεται με ηλεκτροπηξία ή με απολίνωση του υπεύθυνου αγγείου^{18,19}. Η ενδοοστική αιμορραγία μπορεί να αντιμετωπισθεί με σύνθλιψη των οστικών δοκίδων που περιβάλλουν το στόμιο του αγγείου έτσι, ώστε να το αποφράξουν. Αυτό γίνεται με σφύρα και με μικρό αμβλύ εργαλείο. Αναστολή της ενδοοστικής αιμορραγίας μπορεί να γίνει, επίσης, με την τοποθέτηση τοπικών αιμοστατικών φαρμάκων όπως η οξειδωθείσα κυτταρίνη (Surgicel-Resorcel.) ο χειρουργικός οστικός κηρός (bone wax) κλπ.

2. Αιμάτωμα: Το αιμάτωμα θεωρείται ως η σοβαρότερη επιπλοκή στην αφαίρεση του TP και η πρόληψη του έχει μεγάλη σημασία. Σχηματίζεται ανάμεσα στο βλεννογονοπερίοστεο και στο οστό της υπερώιας ως αποτέλεσμα παρατεταμένης τριχοειδικής αιμορραγίας. Η ερμητική και υπό πίεση συρραφή των χειλέων του τραύματος, λόγω τοποθέτησης σφικτών ραμμάτων, καθώς και η αδυναμία διαφυγής έστω και μικρής ποσότητας αίματος από το κλειστό τραύμα έχει ως αποτέλεσμα, η συσσωρευμένη ποσότητα αίματος να απομακρύνει λόγω βαρύτητας τους βλεννογονοπεριοστικούς κρημούς από το υπερώιο οστό και να αυξάνει, έτσι, το νεκρό χώρο μεταξύ των ιστικών αυτών στοιχείων. Η επιπλοκή αυτή έχει ως αποτέλεσμα τη διαταραχή της ομαλής επούλωσης του τραύματος¹⁹. Για την πρόληψη σχηματισμού αιματώματος σε νωδούς ασθενείς η τοποθέτηση ολικής οδοντοστοιχίας με μαλακή επίστρωση ακρυλικού αμέσως μετά την επέμβαση είναι απαραίτητη. Εξίσου απαραίτητη για ενόδοντες ασθενείς θεωρείται η τοποθέτηση προκατασκευασμένου νάρθηκα με

μαλακή, επίσης, επίστρωση ακρυλικού^{18,20}.

Επίσης αντί ραμμάτων αμέσως μετά την αφαίρεση της βλάβης (TP) μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πιεστικός νάρθηκας επάνω στο χειρουργικό τραύμα για 48 ώρες, ένα ειδικό κολλώδες σκεύασμα με τη μορφή χειρουργικής κονίας (Orhesive Bandage), με απώτερο σκοπό την πρόληψη αιματώματος^{18,21,22}. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλή επούλωση του τραύματος είναι η διατήρηση πολύ καλής στοματικής υγιεινής.

3. Νέκρωση των βλεννογονοπεριοστικών κρημών. Η αγγείωση και η ζωτικότητα των κρημών του τραύματος μπορούν να διαταραχθούν από διάφορα αίτια όπως η διάσχισή τους, η δημιουργία αιματώματος και η λοίμωξη του τραύματος¹⁸. Οι σωστοί και λεπτοί χειρισμοί κατά τη διάρκεια της επέμβασης μειώνουν σημαντικά και προλαμβάνουν την εμφάνιση τέτοιων επιπλοκών. Όταν προκύψει νέκρωση το τραύμα θα πρέπει να καλυφθεί ή με προσωρινή οδοντοστοιχία, επενδεδυμένη με μια καταπραϊντική χειρουργική κονία (πάστα) ή με ειδικό νάρθηκα με μαλακή επίστρωση ακρυλικού (tissue conditioner) για χρονικό διάστημα 4-6 εβδομάδων, μέχρι δηλαδή να επουλωθεί.

4. Διάτρηση του εδάφους της μύτης: Το σύμβαμα αυτό είναι σπάνιο. Μπορεί να προκύψει κατά την προσπάθεια αφαίρεσης της πολύλοβης, κυρίως, μορφής υπερώιου ογκώματος με τη σμίλη. Στην περίπτωση αυτή επειδή το υπερώιο οστικό πέταλο στη περιοχή είναι πολύ λεπτό, η λάθος τοποθέτηση της σμίλης ή και η υπερβολική δύναμη κατά το κτύπημα της σφύρας μπορούν να δημιουργήσουν διάτρηση του οστικού πετάλου, η οποία θα οδηγηθεί μέχρι το έδαφος της ρινικής κοιλότητας, με αποτέλεσμα την εμφάνιση αιμορραγίας^{18,20}. Για την αντιμετώπιση της, αν δεν σταματήσει από μόνη της μετά από 4-5 περίπου λεπτά, γίνεται επιπωματισμός της μύτης.

Συμπερασματικά, θα πρέπει να τονιστεί ότι το υπερώιο όγκωμα θα πρέπει να θεωρείται από τον κλινικό οδοντίατρο ως μια δυναμικά μεταβαλλόμενη καλοήθης οντότητα, που επηρεάζεται κατά τη διάρκεια της ζωής του ασθενή από περιβαλλοντικούς και λειτουργικούς παράγοντες, που αλληλεπιδρούν και με τη γενετική συνιστώσα. Η απόφαση για χειρουργική εξαίρεση του θα πρέπει να λαμβάνεται μετά από προσεκτική κλινική εξέταση, αξιολόγηση των ενδείξεων, συζήτηση με τον ασθενή και πλήρη γνώση του χειρουργικού πρωτοκόλλου.

Σημείωση:

Οι φωτογραφίες του κλινικού περιστατικού προέρχονται από το προσωπικό αρχείο του καθηγητή Τσόδουλου Σπύρου.

Βιβλιογραφία:

1. Antoniadis DZ, Belazi M, Papanayiotou P. Concurrency of torus palatinus with palatal and buccal exos-

- tos: case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998 May; 85(5):552-7. Review.
2. Jankittivong A, Langlais RP. Buccal and palatal exostoses: prevalence and concurrence with tori. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000 Jul; 90(1):48-53.
 3. Φραγκίσκος Δ. Φραγκίσκος. Χειρουργική του Στόματος, Αθήνα 2000. σελ.320-23.
 4. Thoma, K. H.: *Oral Pathology*, ed. 3, St. Louis, 1950, The C. V. Mosby Company, p. 1336.
 5. Dorrance GM. Torus palatinus. *Dent Cosmos* 1929; 71:275-85.
 6. Woo JK. Torus palatinus. *Am J Phys Anthropol* 1950; 8:81-106.
 7. Anda L. Toms palatinus and cancer. *Acta Radiol* 1951; 36:270-2.
 8. Lasker GW. Torus palatinus. *The Dental Practitioner and Dental Record* 1952; 72:269-73.
 9. Topazian DS, Mullen FR. Continued growth of a torus palatinus. *J Oral Surg.* 1977 Oct; 35(10):845-6.
 10. Gorsky M, Bukai A, Shohat M. Genetic influence on the prevalence of torus palatinus. *Am J Med Genet.* 1998 Jan 13; 75(2):138-40.
 11. Chohayeb AA, Volpe AR. Occurrence of torus palatinus and mandibularis among women of different ethnic groups. *Am J Dent.* 2001 Oct; 14(5):278-80.
 12. Kerdpon D, Sirirungrojying S. A clinical study of oral tori in southern Thailand: prevalence and the relation to parafunctional activity. *Eur J Oral Sci.* 1999 Feb; 107(1):9-13.
 13. Seah YH. Torus palatinus and torus mandibularis: a review of the literature. *Aust Dent J.* 1995 Oct; 40(5):318-21. Review.
 14. Eggen S, Natvig B. Concurrence of torus mandibularis and torus palatinus. *Scand J Dent Res.* 1994 Feb; 102(1):60-3.
 15. Gorsky M, Raviv M, Kfir E, Moskona D. Prevalence of torus palatinus in a population of young and adult Israelis. *Arch Oral Biol.* 1996 Jun; 41(6):623-5.
 16. Komori T, Takato T. Time-related changes in a case of torus palatinus. *J Oral Maxillofac Surg.* 1998 Apr; 56(4):492-4.
 17. Harris R. Torus palatinus in a group of Asiatic children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1962 Oct; 15:1244-9.
 18. Starshak T.J. Preprosthetic Oral and Maxillofacial Surgery In reduction of tori and exostoses; B Sanders, Mosby, 1980; 6; 105-119.
 19. Hopkins R. Preprosthetic Oral Surgery. A colour atlas; Removal of palatal torus; Wolf, 1987; 7; 55-62).
 20. Αγγελόπουλος, Αλεξανδριδης: Σύγχρονη Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2004; 14.3.3:σελ. 383.
 21. Gores RJ. Use of an intraoral bandage instead of sutures after removal of torus palatinus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1968 Mar; 25(3):303-4.
 22. Gorde D, Jarmoluk A.A Clinical Trial of an Intra-Oral Bandage as a Surgical or Protective Dressing on Mucous Surfaces, *North-West Dent.* 45; 253-257, 1966.