

Hipertrofia benigna do músculo masseter - relato de caso

Recebido em: jun/2014

Aprovado em: out/2014

Benign hypertrophy of masseter muscle - case report

Niverso Rodrigues Simão - Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pelo Hospital Geral Universitário da Universidade de Cuiabá - Cirurgião e Traumatologista Bucomaxilofacial em clínica particular

Alexandre Meireles Borba - Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, FO-USP - Coordenador do Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Faculdade de Odontologia, Universidade de Cuiabá - UNIC

André Luis Fernandes da Silva - Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pelo Hospital Geral Universitário da Universidade de Cuiabá - Preceptor do Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Faculdade de Odontologia, Universidade de Cuiabá - UNIC

Nathália Sampaio de Almeida - Especialista em Ortodontia pela Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic - Campinas/SP - Ortodontista em clínica particular

Autor de correspondência:
Niverso Rodrigues Simão
Hospital Geral Universitário/Depto. de Odontologia
Rua 13 de Junho, 2101
Centro Sul - Cuiabá - MT
78020-300
Brasil
niversosimao@hotmail.com

RESUMO

A Hipertrofia do músculo masseter é uma condição rara e pouco descrita na literatura, apresentando-se como um aumento volumétrico excessivo em região posterior de mandíbula. É de etiologia incerta, provocando alterações funcionais, desconforto estético, e prejuízo psicossociais aos pacientes. Por ter seu crescimento assintomático na maioria dos casos, tem grande importância no diagnóstico diferencial de outras patologias que provocam aumento de volume na região da cabeça e pescoço. Os tratamentos são variados, indo desde o uso de substâncias farmacológicas até o tratamento cirúrgico. O presente artigo relata um caso de hipertrofia do músculo masseter, tratado cirurgicamente, através de incisão intraoral, obtendo resultado estético e funcional satisfatório.

Descritores: hipertrofia; músculo masseter; cirurgia bucal

ABSTRACT

The hypertrophy of the masseter muscle is a rare and poorly described in the literature, presenting itself as an excessive increase in volume in the posterior mandible, is of uncertain etiology, causing functional changes, aesthetic discomfort, and psychosocial harm to patients. By having your growth asymptomatic in most cases, is of great importance in the differential diagnostic of other masses of the head and neck. The treatments are varied, ranging from the use of pharmacological substances to surgical treatment. This article reports a case of hypertrophy of the masseter muscle, treated surgically, through oral incision, obtaining satisfactory aesthetic and functional result.

Descriptors: hypertrophy; masseter muscle; oral surgical procedures

RELEVÂNCIA CLÍNICA

O presente artigo sobre hipertrofia benigna do músculo masseter fornece informações sobre a etiologia, manifestações clínicas e características radiográficas, sendo importante no diagnóstico diferencial de outras patologias da área maxilofacial, o que é determinante na escolha do tipo de tratamento.

INTRODUÇÃO

A Hipertrofia do músculo masseter é caracterizada como um alargamento assintomático em um ou ambos os músculos masseter,¹ podendo ser congênita ou adquirida.² Apesar de sua etiologia ser incerta^{3,4,5}, alguns autores a relacionam com possíveis causas, como bruxismo, perdas dentárias, distúrbios nas articulações temporomandibulares, hábitos parafuncionais, como uso prolongado de goma de mascar, trismo, distúrbios emocionais e trauma.^{3,4,6,7} O primeiro relato na literatura foi feito por Legg em 1880 no qual descreveu uma criança de 10 anos de idade que apresentava-se com hipertrofia bilateral do músculo masseter e temporal.⁸

A Hipertrofia do músculo masseter acomete geralmente os pacientes entre a segunda e a terceira década de vida, não havendo predileção por gênero sexual.^{2,3,6} Pode acometer indivíduos de qualquer raça, sendo mais comuns no pacientes orientais, de origem asiática.^{3,9}

Frequentemente pode estar associado com a hipertrofia de outros músculos da mastigação como o músculo temporal, podendo acometer o temporal direito ou esquerdo ou ambos.¹⁰ Quando os dois lados são acometidos, um lado pode ser mais acometido em relação ao outro, sendo a assimetria facial um achado comum nestes casos.¹⁰ Geralmente é assintomática, embora a dor e a limitação funcional possam estar presentes em alguns casos.^{11,12,13} Pacientes podem exibir um padrão braquicéfalo, mordida classe II e mordida profunda.^{10,12}

Nos achados imaginológicos podem-se observar na maioria dos casos um aumento ósseo na região do ângulo mandibular do lado afetado, provavelmente em resposta a hiperatividade muscular. Numa visão anteroposterior pode-se observar uma projeção óssea acentuada, conhecida como esporão ósseo, na área da inserção muscular.^{6,10,12,14,15} Os principais exames a serem solicitados são a radiografia panorâmica convencional, tomografia computadorizada e a ressonância magnética.¹¹

O diagnóstico deve ser feito em uma associação da história médica, dos achados clínicos e radiográficos, sendo de extrema importância o diagnóstico diferencial de outras patologias da região da parótida e do músculo masseter.¹⁴

O tratamento pode ser conservador, através da remoção do estímulo causador ou hábito parafuncional, uso de toxina botulínica tipo A e termocoagulação através da radiofrequência.^{5,7,9,18,19,20} O tratamento cirúrgico inclui a ostectomia ou osteoplastia associado ou não a ressecção parcial do músculo masseter, sendo o acesso cirúrgico extraoral ou intraoral, dependendo da habilidade do cirurgião.^{10,11,12,15,16,17,21}

O presente artigo tem como objetivo relatar um caso de hipertrofia do músculo masseter e suas considerações quanto ao tratamento.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente R.A.L, de 13 anos de idade, do sexo feminino, foi encaminhado ao Departamento de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Geral Universitário da Universidade de Cuiabá, com queixas de alargamento do terço inferior da face e face masculinizada.

No exame clínico, a paciente apresentava-se com aumento de volume em região massetérica bilateral há aproximadamente dois anos, sendo maior do lado esquerdo, de consistência mole à palpação. Paciente queixava-se de dor espontânea e não se apresentava com limitação funcional. Nenhum hábito parafuncional ou possível causa foi encontrado. Durante o exame físico foi observado também hipertrofia do músculo temporal bilateral, o qual não era a queixa principal da paciente (Figura 1). Negou doenças sistêmicas e uso de medicações.

Nos exames de imagem solicitados foi possível observar hipertrofia do músculo masseter, e observou-se também um aumento de volume ósseo nos ângulos mandibulares e alongamento dos processos coronóides, em provável resposta ação



FIGURA 1

Imagem pré-operatória, note o aumento de volume em região massetérica bilateral



FIGURA 2

Tomografia Cone-Bean - Reconstrução Panorâmica, note hiperplasia dos ângulos mandibulares e processos coronóides



FIGURA 3
Agulhas 25 x 7mm auxiliando e delimitando área da intervenção cirúrgica a ser feito por acesso intraoral



FIGURA 4
Ressecção parcial do feixe profundo do músculo masseter direito

muscular dos músculos masseter e temporal (Figura 2).

Após o diagnóstico, através dos exames clínicos e imaginológicos, foram dadas as opções de tratamento, que incluíam o tratamento cirúrgico ou uso de toxina botulínica. Em decisão conjunta com a equipe cirúrgica e a família, optou-se por realizar o procedimento cirúrgico para o tratamento da hipertrofia do músculo masseter.

Procedimento cirúrgico foi realizado em centro cirúrgico, sob anestesia geral. Foi feita a demarcação dos limites anatômicos do músculo masseter com uso de agulhas 25x7, para auxílio na miotomia por via intraoral (Figura 3).

Realizou-se a abordagem da musculatura e do ângulo da mandíbula pelo acesso intraoral, o mesmo usado para osteotomias sagitais do ramo mandibular, em cirurgias ortognáticas. Foi realizado o descolamento do periósteo até o ângulo da mandí-

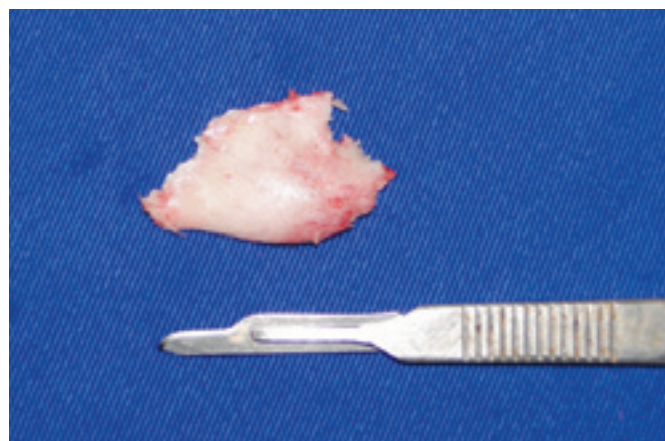


FIGURA 5
Ostectomia da cortical vestibular do ângulo mandibular esquerdo

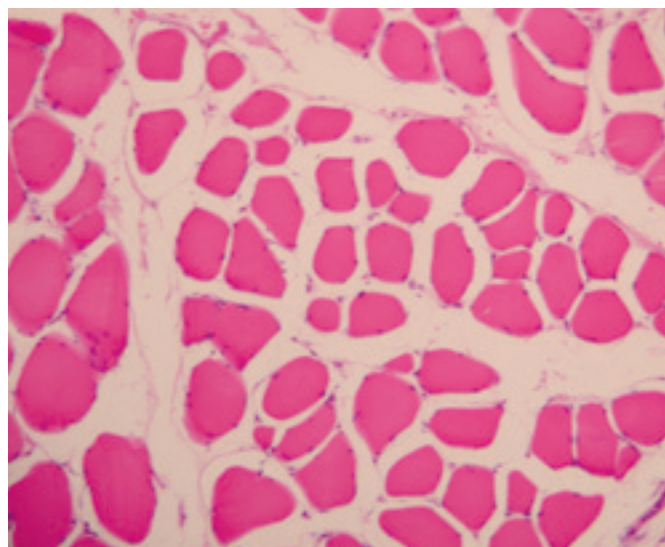


FIGURA 6
Exame histopatológico. Notam-se feixes de músculo estriado esquelético hipertrofiadas, sem sinal de malignidade

bula e abordagem da musculatura.

No lado esquerdo; mais proeminente; realizou-se a ostectomia da cortical vestibular do ângulo da mandíbula associado e ressecção parcial do feixe profundo do músculo masseter. Do lado direito realizou-se somente uma osteoplastia, com desgaste da cortical óssea externa com o uso de broca de tungstênio juntamente com soro fisiológico 0,9% refrigerado, e ressecção parcial do feixe profundo do músculo masseter (Figuras 4 e 5). A área da ressecção é determinada pelo cirurgião, de acordo com o grau da hipertrofia muscular. Sutura foi feito com Monocryl™ 4.0 (Ethicon®).

Foi realizado um curativo compressivo e compressa gelada no local, evitando edema excessivo e hemorragia no pós-operatório imediato. O tempo de internação foi de dois dias. Não

houve lesões a estruturas nobres ou complicações durante e após o procedimento cirúrgico.

No pós-operatório foram administrados antibióticos, anti-inflamatório, analgésicos, relaxante muscular e bochecho com solução de clorexidina 0,12%. Dieta branda por um curto período de tempo. A paciente foi encaminhada para a Fisioterapia, visando ganho na abertura bucal e evitar a retração cicatricial muscular.

O exame histopatológico do tecido mole revelou múltiplas fibras musculares hipertrofiadas, sem sinais de malignidade (Figura 6), do tecido duro observou-se um tecido ósseo hiperplásico, com a presença de osso trabeculado e corticais maduras.

No pós-operatório tardio observou-se redução progressiva do aumento de volume do músculo masseter, melhorando a estética facial do paciente (Figura 7). Não foi observada recidiva até o momento, um ano após o pós-operatório.

DISCUSSÃO

A hipertrofia do músculo masseter, por apresentar-se como um aumento de volume na região de ângulo mandibular, se destaca negativamente como queixa estética, podendo a sintomatologia não ser frequente.⁶ Enquanto alguns autores¹¹ referem que a dor e a incapacidade funcional podem estar associadas à hipertrofia muscular, outros¹⁰ relatam que a dor é um sintoma comum nestes casos.



FIGURA 7
Imagem frontal. Pós-operatório de 1 ano

Alguns pacientes podem desenvolver uma hipertrofia do músculo masseter associada à hipertrofia do músculo temporal bilateral.⁸ Apesar de a hipertrofia do músculo temporal ser rara,¹⁶ o paciente procura tratamento devido à cefaleia tensional, contrapondo-se as informações colhidas durante a anamnese do presente relato, pois a paciente não apresentava queixas quanto à cefaleia.

A etiopatogenia da hipertrofia do músculo masseter é incerta³, sendo várias causas atribuídas para tal patologia. A hipertrofia desta musculatura pode estar associada à trismo, hábitos nocivos, bruxismo, desordens da articulação temporomandibular, má oclusão e trauma.⁴ Sugere-se ainda como possíveis fatores etiológicos o uso prolongado de goma de mascar e esforços mastigatórios unilaterais por perda de dentes, deformidade dentofacial, o uso de anabolizantes e um desequilíbrio entre as influências dopaminérgicas e colinérgicas.^{6,10,14,16} No entanto, o caso clínico aqui apresentado não foi associado a nenhuma dessas causas.

Diversos autores afirmam que o diagnóstico diferencial dever ser feito de outras patologias da região de parótida e masseter, incluindo parotidite, tumores benignos ou malignos da glândula parótida, lipoma, tumor vascular ou muscular, tumores ósseos na mandíbula.^{2,4-7,11,13,14,21} É importante enfatizar que, nos casos unilaterais, o diagnóstico correto é muito importante e mais difícil de ser realizado², quando então a glândula parótida deverá ser avaliada minuciosamente para descartar outras patologias.¹⁵

O tratamento da hipertrofia do músculo masseter pode ser conservador, através do uso de substâncias farmacológicas, ou por meio do tratamento cirúrgico.¹⁸ Assim, medidas terapêuticas não-cirúrgicas envolvem o uso de tranquilizantes, relaxantes musculares, terapia psicológica, ajustes oclusais, uso de placas miorelaxantes, medidas para restabelecer o hábito de mastigar bilateralmente, correção de uma eventual maloclusão, erradicação de hábitos parafuncionais, uso de radiofrequência ou mesmo terapia psiquiátrica.^{4,9,11,15} Ressalta-se também a possibilidade do uso da terapia por radiofrequência.⁹

Ainda na esfera do tratamento conservador, ressalta-se a possibilidade do uso de toxina botulínica do tipo A, uma neurotoxina produzida pelo *Clostridium botulinum*.⁴ A toxina se liga aos terminais nervosos colinérgicos pré-sinápticos e inibe a liberação de acetilcolina, causando a paralisia e a subsequente atrofia funcional do músculo.^{1,4,5,7,19} Tal terapêutica se destaca em relação ao tratamento cirúrgico, pois não apresenta a necessidade de acesso cirúrgico extraoral, danos ao nervo facial e aumento da morbidade cirúrgica, porém a infiltração dessa substância pode levar a uma atrofia muscular reversível ou não.⁶ Possíveis complicações no uso desta toxina incluem a mudança na força de oclusão, distúrbio na fala, dor muscular e assimetria facial.^{1,20} O efeito da aplicação da toxina botulínica dura em média seis meses, podendo variar de acordo com a dose.⁷ Devido à necessidade de aplicações repetitivas e a dificuldade de acesso à essa toxina pelo Sistema Único de Saúde - SUS, a equipe cirúrgica e a família da paciente optaram conjuntamente pela não utilização dessa modalidade de tratamento.

Gurney em 1947 foi o primeiro a propor o tratamento cirúrgico, o procedimento consistia em uma incisão submandibular, e remoção de 3/4 a 2/3 da massa muscular.²¹ Atualmente o tra-

tamento cirúrgico pode ser realizado por acesso intraoral ou extraoral. O acesso extraoral propicia maior visualização do campo operatório, do músculo e do ângulo mandibular, porém podem ocorrer danos ao ramo mandibular do nervo facial e cicatriz cirúrgica.^{6,12,17} Há quem defenda que o acesso intraoral apresenta o risco de desenvolvimento de uma infecção e, a abordagem extraoral está relacionada cicatrizes estéticas menores e pouco preocupantes.²¹ Entretanto, com o desenvolvimento de novos materiais cirúrgicos e técnicas operatórias (instrumentos rotatórios, serras cirúrgicas, afastadores específicos e, mais recentemente, endoscopia intraoral), a abordagem intraoral tornou-se uma boa opção.¹⁷ Apesar de alguns profissionais acreditarem que a escolha do acesso não se baseia nos resultados estéticos ou funcionais, ou nas possíveis lesões a feixes vâsculo-nervosos, mas sim determinada pela habilidade do cirurgião³, é possível inferir que o acesso extraoral, apesar de oferecer um amplo campo de visão, deve ser preterido pelo acesso intraoral por trazer consequências estéticas piores devido a cicatriz cirúrgica, e principalmente se o paciente tiver uma tendência ao desenvol-

vimento de um cicatriz hipertrófica ou quelóide.

CONCLUSÃO

A Hipertrofia benigna do músculo masseter é uma alteração que traz desconforto estético e prejuízos psicossociais aos indivíduos por ela acometidos. O seu diagnóstico deve ser realizado e diferenciado das demais patologias da região de parótida e masseter. Os tratamentos são variados, todos basicamente com a mesma finalidade, melhora na estética e consequentemente na qualidade de vida do paciente. O tratamento cirúrgico é relativamente de simples execução, com um resultado mais estável em longo prazo.

APLICAÇÃO CLÍNICA

A hipertrofia do músculo masseter é uma patologia que pode trazer prejuízos funcionais, estéticos e psicossociais aos pacientes que sofrem desta patologia. O presente artigo fornece informações sobre a patologia em si e os possíveis tipos de tratamento, descrevendo uma técnica cirúrgica, que é o tratamento de maior estabilidade, execução segura, boa resolutividade e resultados satisfatórios.

REFERÊNCIAS

- Bas B, Ozan B, Muglali M, Celebi N. Treatment of masseteric hypertrophy with botulinum toxin: a report of two cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010; 15:649-52.
- Shetty N, Malaviya RK, Gupta MK. Management of unilateral masseter hypertrophy and hypertrophic scar-a case report. *Case Rep Dent*. 2012; 2012:1-5.
- Rispoli DZ, Camargo PM, Pires Jr JL, Fonseca VR, Mandelli KK, Pereira MAC. Hipertrofia benigna do músculo masseter. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008; 74:790-93.
- Pereira AM, Gondola AO, da Silva JJ, Valente ROH, Medeiros MF, Dourado Júnior E. Hipertrofia do músculo masseter: Relato de caso clínico utilizando técnica alternativa. *RGO*. 2006; 54:369-373.
- Pereira Junior AJA, De Carvalho PAG, Pereira FL. Tratamento da hipertrofia muscular mastigatória com toxina botulínica tipo A. *HU Revista*. 2009; 35:315-319.
- Manganello-Souza LC, De Oliveira AJ, Alpire MAS, Trigo-Merida JA. Hipertrofia do músculo masseter. *Rev. Soc. Bras. Ciru Plást*. 2000; 15:45-54.
- Arikan OK, Tan FU, Kendi T, Koc C. Use of botulinum toxin type A for the treatment of masseteric muscle hypertrophy. *J Otolaryngol*. 2006; 35:40-3.
- Legg JW. Enlargement of the temporal and masseter muscles on both sides. *Trans Pathol Soc London*. 1880; 3:361-366.
- Jin Park Y, Woo Jo Y, Bang SI, Kim HJ, Lim SY, Mun GH, Hyon WS, Oh KS. Radio-frequency volumetric reduction for masseteric hypertrophy. *Aesthetic Plast Surg*. 2007; 31:42-52.
- Pary A, Pary K. Masseteric hypertrophy: considerations regarding treatment planning decisions and introduction of a novel surgical technique. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011; 69:944-9.
- Oliveira DM, Nogueira RVB, Vasconcellos RJH, Vasconcelos BCE. Hipertrofia do Masseter: Relato de Caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*. 2004; 4:31-38.
- Kim HC, Kameyama T. Mandibular anguloplasty. *Kurume Med J*. 1992; 39:147-51.
- Kebede B, Megersa S. Idiopathic masseter muscle hypertrophy. *Ethiop J Health Sci*. 2011; 21:209-12.
- Mangilli LD, Rodrigues CS, Campiotto AR. A intervenção fonoaudiológica no pós-operatório da hipertrofia benigna do músculo masseter. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2006; 11:103-109.
- Sannomya EK, Gonçalves M, Cavalcanti MP. Masseter muscle hypertrophy: case report. *Braz Dent J*. 2006; 17:347-50.
- Cardoso J, Piovensa EJ, Kowacs PA, Cunali P, Custódio L, Kai CK, Scola RH, Werneck LC. Hipertrofia de músculos temporais associada à cefaleia do tipo tensional crônica. *Migrâneas cefaléias*. 2004; 7:120-122.
- Vasconcellos RJH, de Oliveira DM, Vasconcelos BCE, Nogueira RVB. Masseteric Hypertrophy: A Technical Note. *J Oral Maxillofac Surg*. 2005; 63:1057-1060.
- Fedorowicz Z, van Zuuren EJ, Schoones J. Botulinum toxin for masseter hypertrophy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 9:CD007510.
- Laskawi R. Botulinum toxin in the head and neck region. *HNO*. 2012; 60:474.
- Pihut M, Wisniewska G, Majewski P, Gronkiewicz K, Majewski S. Measurement of occlusal forces in the therapy of functional disorders with the use of botulinum toxin type A. *J Physiol Pharmacol*. 2009; 8:113-6.
- Singh S, Shivamrthy DM, Agrawal G, Varghese D. Surgical management of masseteric hypertrophy and mandibular retrognathism. *Natl J Maxillofac Surg*. 2011; 2:96-9.

Para tratamento de

35 patologias

LASER

DUO

Diminui os processos inflamatórios, edemas e dores.

Terapia auxiliar em todas as especialidades odontológicas

• Endodontia PDT*

• Herpes simples PDT*

• Mucosite oral

• Sensibilidade pós-clareamento dental

• PDT* em Periodontia

• E mais 28 patologias

• Hipersensibilidade dentinária cervical

• Estomatite aftosa

Consulte dental de sua preferência | Tel.: 16 3411 5060

f/mmo

mmoptics

www.mmo.com.br

comercial@mmo.com.br

*Necessária fotossensibilizador

MMO

tecnologia para o sorriso

Registado ANTENSA / MS nº 0001420914

Artigo 02 - Hipertrofia benigna do músculo masseter - fluxo 1032.indd 355

25/11/14 18:38