

Hiperplasia do processo coronoide: relato de caso clínico

Recebido em: out/2015

Aprovado em: nov/2015

Lauren Cardoso Alves Aznar – Mestre em Odontopediatria e especialista em Ortodontia pela Universidade Cruzeiro do Sul – Cirurgiã-Dentista

Giselle Rodrigues de Sant'Anna – Doutora em Engenharia Biomédica pela Universidade do Vale do Paraíba – Professora adjunto da Universidade Cruzeiro do Sul

Flávio Antônio Tambelini Juliani – Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – Cirurgião-Dentista

Wanessa Christine de Souza Zaroni – Doutora em Odontologia (Dentística) pela Universidade de São Paulo (USP) – Professora assistente da Universidade Cruzeiro do Sul

Mariana Ferreira Leite – Doutora em Odontologia (Materiais Dentários) pela USP – Professora titular da Universidade Cruzeiro do Sul

Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo responsável e enviado à Revista

Autor de correspondência:
Lauren Cardoso Alves Aznar
Rua Galvão Bueno, 868
Liberdade - São Paulo - SP
01506-000
Brasil
lau_aznar@yahoo.com.br

Mandibular coronoid process hyperplasia: case report

RESUMO

A hiperplasia do processo coronoide mandibular (HPCM) é uma condição rara, caracterizada pela limitação de abertura de boca. Causada pela impação do processo coronoide na porção posterior do osso zigomático. Os autores apresentam um caso de uma criança de dois anos de idade em que a coronoidectomia por ser inviável, estimulou a busca por novos recursos terapêuticos para o tratamento e controle da condição. Sendo a coronoidectomia o tratamento de eleição sugerido pela literatura e não passível de realização, optou-se pela fisioterapia. Mediante uma revisão de literatura, foi possível concluir que os recursos fisioterápicos utilizados para as disfunções craniomandibulares podem ser de grande ajuda para o controle da HPCM, tendo em vista que o principal sintoma da doença corresponde a um dos sintomas das DTMs.

Descritores: fisioterapia; hiperplasia; transtornos craniomandibulares

ABSTRACT

The mandibular coronoid process hyperplasia (MCPH) is a rare condition characterized by the mouth opening limitation. Caused by an impaction of the coronoid process in the posterior portion of the zygomatic bone. The authors present a case of a child, 2 years old, which coronoidectomy treatment is unfeasible, therefore, stimulated the search for new therapeutic resources for the treatment and control the condition. Being the coronoidectomy the treatment of choice suggested by the literature and not possible to apply, we opted for the physiotherapy. Through a literature review, it was concluded that the physiotherapy resources used for craniomandibular dysfunctions can be a great help to control the MCPH, given that the main symptom of the disease corresponds to one of the symptoms of TMD.

Descriptors: physical therapy modalities; hyperplasia; craniomandibular disorders

RELEVÂNCIA CLÍNICA

O trabalho tem como relevância clínica o atendimento o e diagnóstico precoce das alterações temporomandibulares em bebês. Ao desconsiderar a submissão do paciente a manobras invasivas, o relato demonstrou a implementação manobras não invasivas, no caso a fisioterapia. Além do tratamento não invasivo, o trabalho demonstrou também recursos de diagnóstico precoce que oportunizaram as manobras não invasivas.

INTRODUÇÃO

A hiperplasia do processo coronoide da mandíbula (HPCM) é uma condição rara, dificilmente diagnosticada, pois, muitas vezes, pode ser confundida com a disfunção temporomandibular (DTM). Sua principal característica é limitação da abertura de boca, tendo, usualmente, evolução lenta e progressiva.¹ O primeiro caso descrito na literatura foi por Langenbeck, em 1853.^{1,2} Apesar da hiperplasia do processo coronoide ser considerada uma condição incomum, a atual incidência é maior do que a relatada no passado, pois muitos casos não eram reportados e/ou diagnosticados incorretamente.³

Quando os pacientes procuram ajuda, muitas vezes tarde, de um clínico geral, este normalmente não tem vivência para diagnosticar a existência da HPC, e ao notar algum sinal ou sintoma pode confundir com disfunções na articulação temporomandibular (DTM), encaminhando a um especialista, normalmente um cirurgião bucomaxilofacial. A limitação da abertura de boca por um tempo prolongado já poderia sugerir que o osso do processo coronoide pode estar alterado. Assimetria facial e limitação de movimentos mandibulares em todas as direções são relatadas. Já distúrbios na ATM não costumam causar esse tipo de limitação por longo período de tempo.⁴

Histologicamente, não se observam alterações⁵, clinicamente nota-se crescimento anormal do tecido ósseo da

região. Tal condição, leva à impactação do processo coronoide na porção posterior do osso zigomático⁶, limitando a abertura bucal.

A etiopatogenia doença é creditada a estímulos endócrinos, traumas, herança genética⁵, hiperatividade do músculo temporal ou a uma associação com síndrome like *trimuspsseudocamptodactyly*.¹ Apresenta proporção de 5:1 no sexo masculino^{5,7}, podendo ocorrer em qualquer idade. A forma bilateral predomina sobre a unilateral com incidência de 4,7:1.⁴

Quando diagnosticada, por meio de exame clínico e confirmada por tomografia computadorizada, o principal tratamento para a HPCM é a coronoidectomia via intrabucal com fisioterapia pós-operatória.¹

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente KCOL, do sexo feminino, de 2 anos, cor preta, acompanhada por seus responsáveis legais, procurou o serviço de Odontopediatria da Secretaria Municipal de Saúde de Barueri, queixando-se de ruídos durante abertura bucal. Após autorização com termo de consentimento livre e esclarecido, no exame clínico realizou-se palpação da região da articulação temporomandibular de ambos os lados nos movimentos de abertura e fechamento de boca. Por se tratar de uma criança utilizaram-se recursos lúdicos, através de fantoches para que a criança realizasse a manobra de abertura e fechamento (Figura 1).

Observou-se na região esquerda, crepitação durante o movimento de abertura e fechamento, bem como se auscultava fortes ruídos articulares, queixa principal dos pais da criança. Ademais, notou-se durante o movimento de abertura e fechamento desvio mandibular (Figura 2). Estes sinais na criança nos impeliu a solicitação de exame complementar, a tomografia computadorizada da região (Figura 3). Nela constatou-se o aumento de volume do processo coronoide do lado esquerdo (Figura 3 – a, b e c).



FIGURA 1
Uso de recurso lúdico para o exame clínico

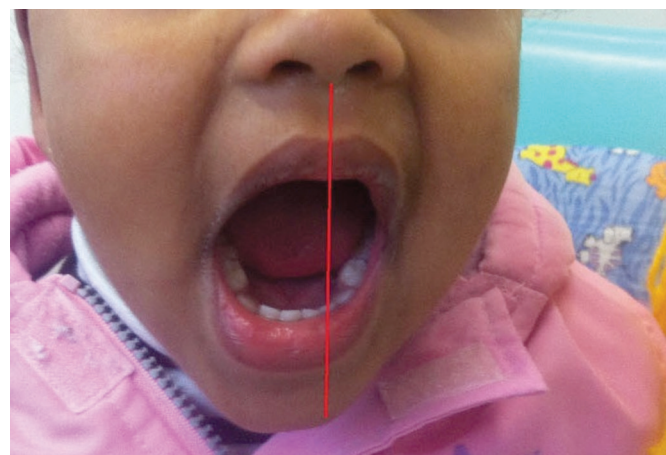


FIGURA 2
Desvio mandibular durante movimento de abertura bucal

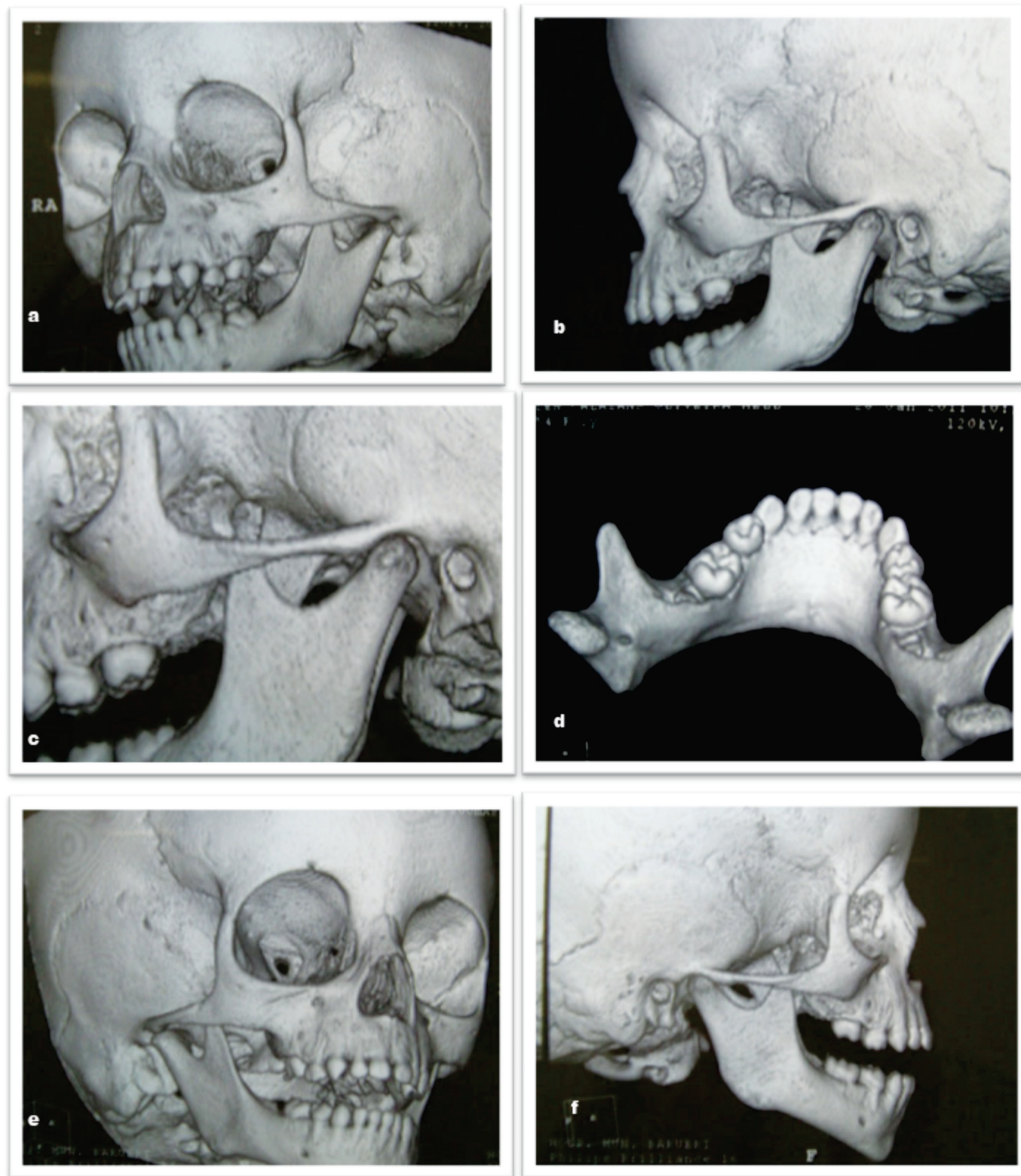


FIGURA 3 - a, b e c

Imagem em tridimensão da hiperplasia unilateral do processo coronoide, lado esquerdo do paciente;
 c - Imagem com aumento da área com hiperplasia, notar o contato do processo coronoide com arco zigomático; d - Imagem 3D da mandíbula;
 e, f - Imagem em tridimensão da hiperplasia unilateral do processo coronoide, lado direito do paciente, sem alteração

O tratamento proposto foi a fisioterapia e acompanhamento, pois a faixa etária da paciente inviabilizava a oportunidade cirúrgica, no caso, a coronoidectomia, visto que se trata de uma intervenção de grande porte. Além disso, o diagnóstico precoce da patologia justifica intervenções não invasivas caracterizadas por recursos fisioterápicos, reduzindo a sintomatologia e inibindo a evolução.

Neste caso, utilizou-se a cinesioterapia com exercícios de contração isotônica de abertura e fechamento e de contração isométrica, na presença de uma resistência imposta aos músculos ocorrendo, então, aumento da força muscular. Cabe ressaltar que o processo de aprendizado pela criança demandou sempre recursos ludoterápicos. Na abordagem isométrica a abertura contrarresistência fortalece os músculos que promovem o movimento de abertura da boca. A criança abre a boca contra a resistência do punho fechado do fisioterapeuta e não dela própria como seria indicado para o paciente adulto. No fechamento contrarresistência, o fisioterapeuta neste caso coloca dois dedos na parte inferior da boca para fazer a criança resistir ao movimento de fechamento da boca.

Exercícios para aumentar a amplitude de movimento também foram realizados, com alongamento, onde o profissional com os dedos alongava a abertura da boca.

Outra técnica utilizada foi a massoterapia nos músculos masseter, temporal e zigomático, com a criança em decúbito dorsal, realizava-se movimentos de deslizamento dos dedos no sentido destes músculos.

DISCUSSÃO

Normalmente, a HPCM afeta mais o gênero masculino e o seu grau máximo de severidade é na terceira década de vida.⁷

A Hiperplasia coronoide é associada com progressiva e dolorosa limitação da abertura da boca. Movimentos de lateralidade e protrusão podem estar restritos devido ao contato do processo coronoide no arco zigomático. Isto pode ser mais evidente durante a abertura máxima de boca.⁵ Entretanto, nos casos unilaterais como no relatado, os problemas acima podem não ser tão evidentes. Outros sinais clínicos, como uma massa móvel acima do arco zigomático, assimetria facial e dor na abertura da boca podem estar presente.⁵

Assimetria facial não é notada na maioria dos casos bilaterais, mas pode estar presente no aumento coronoide unilateral.⁵

Deslocamento da mandíbula do lado acometido é usualmente uma condição assintomática, o que observamos cada vez que solicitávamos a abertura de boca.⁶

Radiografias panorâmicas como exame complementar nestes casos⁷ são usuais, entretanto, pela limitação de controle físico da criança durante este procedimento, optou-se pela Tomografia computadorizada, a despeito de quantidade maior de radiação, pois para tal exame em âmbito hospitalar a criança seria sedada. A TC (Tomografia Computadorizada) é recomendada quando o exame clínico e a radiografia panorâmica suge-

rem a presença da HPC.⁷ Ressalta-se que o mapeamento por TC em cortes axiais e coronais, assim como as reconstruções em 3D permitem uma visão tridimensional do formato e do tamanho dos processos coronoides e dos ossos zigomáticos, assim como a relação com outras estruturas adjacentes que podem ser de interesse, como, por exemplo, o espaço que o processo coronoide tem para se movimentar em relação ao osso zigomático na região da fossa infratemporal durante o movimento de abertura de boca.

O tratamento de eleição, quando diagnosticada na fase adulta é a coronoidectomia⁷, o que não foi a primeira opção neste caso face a extensão do procedimento cirúrgico e as limitações pela idade da paciente, bem como, por todo o processo de crescimento e desenvolvimento que tal paciente ainda passará. O momento ideal para a cirurgia é discutível. Alguns autores⁸ postergam a cirurgia até o crescimento ter cessado para evitar a possibilidade de posterior intervenção tardia para corrigir qualquer deformidade recorrente.

Diante do tratamento proposto ao caso clínico, os recursos fisioterápicos utilizados para as disfunções craniomandibulares (DTM) foram recomendados para a referida criança.

Como tratamento dos sintomas das DTMs, incluindo o da limitação da abertura de boca, encontrada também na HPCM, a fisioterapia tem sua recomendação. Esta é uma terapia simples, não invasiva e de baixo custo quando comparada a outros tratamentos. O conjunto de manobras terapêuticas visa o alívio da dor, a redução da inflamação e do espasmo muscular, além da melhora da ação muscular e da mobilidade articular, podendo assim, reestabelecer o equilíbrio musculoesquelético. Podemos citar como possíveis recursos terapêuticos: laser de baixa intensidade e acupuntura, os alongamentos musculares, o ultrassom terapêutico, o *biofeedback*, a massagem, a mobilização articular e os exercícios, a estimulação elétrica transcutânea, diatermia por ondas curtas e iontoforese.⁶ A fisioterapia tem como objetivo evitar a cirurgia, reposicionar a mandíbula ao crânio e com isso melhorar a função, minimizar a dor muscular, melhorar a amplitude de movimento, melhorar sua postura, reeducar o paciente em relação ao posicionamento correto da mandíbula, reduzir a inflamação, reduzir a carga na articulação temporomandibular e fortalecer o sistema músculo esquelético.⁹

Segundo Alves *et al.*⁶, mediante aos artigos analisados relacionados a tratamentos de DTMs, foi possível identificar o sucesso da terapia manual, da massoterapia e da cinesioterapia como base terapêutica, apresentando bons resultados na melhora da amplitude bucal. Já a acupuntura, a correção postural e a facilitação neuromuscular proprioceptiva foram citadas como um incremento da função e controle dos sintomas das DTMs, tais como a limitação da abertura de boca. O laser de baixa intensidade, a neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS) e o *biofeedback* também se apresentaram como boas ferramentas terapêuticas.¹⁰ A cinesioterapia, como usada neste caso relatado, é importante no tratamento das disfunções da ATM para o desenvolvimento e manuten-

ção do conforto articular e muscular, diminuição dos estalos articulares, queixa principal, aumento da resistência muscular e estabilização das ATMs.¹¹

O tratamento cinesioterapêutico tem como objetivo alongar, fortalecer, promover a propriocepção e a coordenação da ATM e reeducar funcionalmente os componentes músculos esqueléticos do sistema estomatognático.¹²

Na cinesioterapia, os exercícios podem ser passivos, ativos, ativos resistidos e ativos assistidos. Devem ser realizados com calma, sobretudo, em se tratando de crianças e em casos de limitação devem ser dosados para não provocarem a atividade nociceptiva, no entanto não devem provocar algia. Como efeitos observa-se o aumento da amplitude de movimento articular melhorando a mobilidade e nutrição da cápsula; promoção da estabilidade articular; relaxamento muscular; recuperação das propriedades dos músculos como força, trofismo e resistência à fadiga; alívio da algia, melhora da conscientização corporal e perceptiva.¹²

Os exercícios visam não só a musculatura mastigatória, mas em alguns estudos sugere-se a abordagem cervical.¹³ A intervenção através de exercícios isocinéticos mostrou-se útil num estudo em reverter os estalidos frequentes na DTM através de uma série controlada¹³, foi neste caso preconizado, inclusive por ser a queixa principal dos pais da criança.

A massoterapia pode ser definida como uma manipulação dos tecidos moles, com a finalidade de produzir efeitos sobre diversos sistemas. A técnica é capaz de produzir vasodilatação, aumento do fluxo linfático, relaxamento muscular, alívio da dor, melhora da nutrição tecidual, sensação de bem-estar geral, além de benefícios psicológicos. Travell e Simons²⁰ mostraram que a massagem pode aumentar o fluxo sanguíneo e eliminar pontos-gatilho.¹⁴

A massoterapia foi utilizada com o objetivo de liberar a

musculatura e diminuir a tensão ali existente. O efeito almejado era o de relaxar as inserções na área que estava sendo tratada com benefício para todo músculo¹⁵, bem como, possíveis pontos de gatilho que viessem a se desenvolver ao longo do tempo. A fisioterapia bem como a Odontologia puderam, portanto, se unir em prol de uma melhor resposta ao agravamento do caso relatado, cada área com seus respectivos métodos de abordagem numa abordagem conjunta para a faixa etária.

CONCLUSÃO

Formulação de um diagnóstico preciso é necessária. O emprego de exames complementares para esclarecer esta condição clínica rara nesta faixa etária, bem como programar as ações terapêuticas, deve ser considerado.

Mediante as limitações de idade da paciente relatada no caso clínico, o recurso terapêutico escolhido foi a fisioterapia, visto que esta pode ajudar na melhora da ação muscular e da mobilidade articular, impedindo a progressão do sintoma primordial da HPCM que trata-se da limitação da abertura de boca e acompanhamento constante.

Ademais, uma abordagem terapêutica interdisciplinar, mediante uma equipe formada por vários especialistas (cirurgião-dentista, fisioterapeuta, psicólogo) ou pelo menos uma estreita colaboração entre eles se faz necessária nestes casos, uma vez que o tratamento bem-sucedido da HPCM deve envolver uma abordagem transdisciplinar e individualizada para cada paciente.

APLICAÇÃO CLÍNICA

O artigo oferece ao clínico geral o conhecimento das possibilidades do exame tomográfico como método de diagnóstico para disfunções de ATM em bebês e alternativas de tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Iwaki Filho L, Mazottini R, Azevedo LR, Damante JH. Hiperplasia bilateral do processo coronóide da mandíbula – relato de caso clínico. *Rev Bras Cir Periodontia* 2003; 1(4):275-9.
2. Jamal BT, Taub D, Gold L. Contralateral coronoid hyperplasia inpatients undergoing hemimandibulectomy with disarticulation: a caseresies. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67(9):1821-5.
3. Izumi M, Isobe M, Toyama M, Arijji Y, Gotoh M, Naitoh M, et al. Computed tomographic features of bilateral coronoid process hyperplasia with special emphasis on patients without interference between the process and the zygomatic bone. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005; 99(1):93-100.
4. Ferreira AGM, Diefenbach RS, Heitz C. Limitação de abertura bucal causada por hiperplasia bilateral do processo coronóide: Relato de caso Revista Odonto Ciência 2006. – Fac. Odonto/PUCRS, 21 (52).
5. Iqbal S, Hamid AL, Purmal K. Unilateral coronoid hyperplasia following trauma: a case report. *Dental Traumatol* 2009; 25(6):626-30.
6. Alves RLBR, Silva PFS, Veiga PHA, Daher CRM. The effectiveness of the physiotherapeutic resources in the gain of the amplitude of bucal opening in patients with craniomandibular dysfunctions. *Rev Odontol UNESP.* 2010; 39(1): 55-61.
7. Moruzzi PD, Fenyó-Pereira M, Domingos VBTC. Avaliação da hiperplasia do processo coronóide em radiografias panorâmicas Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo 2009 mai-ago; 21(2): 119-25.
8. Antunes RB, Alonso N, Goldenberg DC, Kowalski LP, Uguetto WF. Hipertrofia idiopática do processo coronóide mandibular: relato de caso e revisão da literatura. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac* 2010; 13 (4): 254-8.
9. Fuzaro JVS Z. ATM e Fisioterapia: uma revisão. 2007. Disponível em: Acesso em 10 out. 2010.
10. Santos JJ. Supportive conservative therapies for temporomandibular disorders. *Dent Clin North Am.* 1995;39:459-77.
11. Kisner C, COLBBY L. Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Manole, 1998.
12. Garcia JD, Oliveira AAC. A fisioterapia nos sinais e sintomas da disfunção da Articulação temporomandibular (atm). *Revista Hórus* 2009; 5 (1).
13. Torres F, Campos LG, Fillipini HF, Weigert KL, Vecchia GFD. Efeitos dos tratamentos fisioterapêutico e odontológico em pacientes com disfunção temporomandibular. *Fisioter Mov.* 2012; 25(1):117-25.
14. Tosato JP, Gonzalez DAB, Caria PHF. Efeito da massoterapia e da estimulação elétrica nervosa transcutânea na dor e atividade eletromiográfica de pacientes com disfunção temporomandibular. *Fisioterapia e pesquisa* 2007;14(2):21-6.
15. CHAITOW, L. Teoria e Prática da Manipulação Craniana – Abordagens em Tecidos Ósseo e Mole. 1 ed. São Paulo: Manole, 2001.