

HIPERTROFIA BILATERAL DO MÚSCULO MASSÉTER. CASO CLÍNICO

FREDERICO ANDRADE E SILVA*; WILKENS A. BUARQUE E SILVA**; CARLA GUIMENEZ***

RESUMO

O objectivo do trabalho foi demonstrar as condutas de diagnóstico diferencial e a terapêutica proposta para o aumento volumétrico dos músculos masséter, decorrente de hipertrofia, numa paciente de 9 anos de idade, com um acompanhamento clínico de três anos. Após a anamnese e exame clínico, físico, radiográfico e mapeamento da árvore das glândulas parótidas, foi proposto um diagnóstico de hipertrofia bilateral dos músculos masséter por hiperactividade funcional. A terapia utilizada consistiu na utilização de aparelhos intra-orais de cobertura oclusal plana, com aberturas para permitir a intercuspidação dos dentes permanentes em processo de erupção. A paciente foi submetida a avaliação eletromiográfica antes, aos seis meses e após o tratamento com os aparelhos intra-orais. Após 180 dias de tratamento a paciente apresentou remissão da sintomatologia e 1 ano após, considerável diminuição do volume das massas musculares.

Palavras-Chave : Hipertrofia de masseter, Disfunção crâniomandibular.

SUMMARY

The aim of this work was to show the differential diagnostic procedures and the therapeutics proposed for a bilateral masseter muscle hypertrophy, in a child of 9 years old with a 3 years clinical follow-up. After the anamnesis, clinical, physical and radiographic examinations, and the parotid glands charts, were proposed the diagnostic of masseter muscle hypertrophy caused by functional hyperactivity. The therapy was the utilization of a plain occlusal splint with occlusal overtures to permit the intercuspitation of the teeth in eruption. The patient was submitted to an electromyographic examination before, at six month after the beginning and at the ending of the therapy. After 180 days, the patient showed a total remission of the symptomatology and a year after, a decrease of the hypertrophy.

Key-Words: Masseter hyperthophy – Cranio-mandibular disfunction.

Frederico Andrade e Silva et al. Hipertrofia Bilateral do Músculo Masséter. Caso Clínico. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 1998; Vol. 39 (4): 243-249.

* Professor Adjunto Coordenador da Disciplina de Prótese Fixa e Escultura Dental. Professor Coordenador do "Centro de Estudos e Tratamento das Alterações Funcionais do Sistema Estomatognático - CETASE - FOP/UNICAMP.

** Professor Assistente Doutor da Disciplina de Prótese Fixa e Escultura Dental.

*** Estagiária da Disciplina de Prótese Fixa e Escultura Dental.

INTRODUÇÃO

Para o diagnóstico, um exame clínico criterioso é de grande importância e deve começar com uma avaliação estética facial do paciente. Este aspecto técnico da semiologia permite avaliar possíveis assimetrias da face, que possam relacionar-se à área de intervenção do médico dentista.

De um modo geral, as assimetrias são decorrentes de abscessos dento-alveolares, processos tumorais, alterações funcionais das glândulas salivares, paralisia motora facial, edemas traumáticos e hipertrofia muscular (16,20,21). Boyd⁽³⁾ em 1953, definiu a hipertrofia como sendo o aumento do tamanho do órgão, determinado pelo aumento de volume de suas células, sem variação quantitativa das mesmas.

A literatura não relata muitos casos de hipertrofia bilateral do músculo masséter, talvez porque muitos deles não são registrados. O primeiro relato é datado de 1880, onde foi verificado a anormalidade numa garota de 10 anos com aumento volumétrico dos músculos masséter e temporal, não tendo sido feita referência aos prováveis agentes etiológicos e o tipo de tratamento instituído (11).

É de aceitação corrente, que o músculo masséter é o mais volumoso músculo do sistema mastigatório, com forma quadrilátera, originando-se no arco zigomático e inserindo-se na face externa do ângulo da mandíbula. O seu ventre é basicamente formado por dois feixes principais, um anterior ou superficial, dirigindo-se obliquamente para trás, e outro posterior ou profundo. Esses feixes são distintos em sua origem, formando um único corpo muscular à medida que se aproximam da sua inserção.

Em relação à incidência, MacKinnom⁽¹²⁾ em 1968, verificou que a hipertrofia do músculo masséter ocorre mais acentuadamente, em pessoas do sexo masculino na faixa etária correspondente à adolescência e adultos jovens. Thoma & Goldman⁽¹⁹⁾ em 1960, enfatizaram que a patogenia da hipertrofia de masséter poderia estar relacionada com a mastigação unilateral, dor ou perda de dentes no lado oposto ao da hipertrofia, quando esta se apresentar unilateralmente.

Outras possíveis etiopatogenias relacionam-se à infecção muscular, fístula arteriovenosa congênita, alterações na manutenção do tônus muscular em pacientes portadores de má oclusão, alterações psíquicas, somáticas ou viscerais, hábitos bucais auto-destrutivos e condições idiopáticas (2,5,8,10), tendo sido referido ainda a etiologia multifatorial (1,4,7). Abrams⁽¹⁾ em 1989, afirmou que existem várias causas para a ocorrência de hipertrofia muscular, ressaltando entre elas a mialgia e distúrbios funcionais nas glândulas parótidas. Afirmou que o diagnóstico diferencial deve ser obtido através da inspeção, palpação e exames radiográficos, sugerindo que a sialografia e a eletromiografia, apesar de serem exames raramente utilizados, constituem-se em meios auxiliares que podem contribuir para a determinação das possíveis causas.

Neste sentido, Rosa & Kotkin⁽¹⁵⁾ em 1996, alertaram para que o clínico permaneça atento quando se deparar com pacientes que apresentem sinais clínicos de aumento volumétrico da região correspondente ao músculo masséter, pois, diversas patologias podem estar relacionadas.

Wood⁽²¹⁾ em 1982, publicou um caso clínico de correção cirúrgica de hipertrofia de masséter, justificando a sua conduta no fato de que, apesar de existirem técnicas conservadoras para o tratamento; tais como, a utilização de tranquilizantes e espasmolíticos, psicoterapia e ajuste oclusal; a maioria dos pacientes exige uma resolução imediata, o que leva a utilização de técnicas cirúrgicas.

Ott⁽¹³⁾ em 1983, descreveu os aspectos clínicos e radiográficos de um paciente que apresentava sinais clínicos de hipertrofia de músculo masséter, propôs um tratamento que propiciasse um equilíbrio funcional da mandíbula durante os movimentos excursivos, enfatizando que a maloclusão é um dos factores etiológicos mais importantes. Silva & Silva⁽¹⁷⁾ em 1990, recomendaram a utilização de aparelho intra-oral com superfície oclusal plana, como um método auxiliar para a evidência e bloqueio de interferências oclusivas e hábitos orais autodestrutivos, para a reconstituição das guias incisivo e canino e, para o restabeleci-

mento da tonicidade muscular.

Silva & Silva ⁽¹⁸⁾ em 1991, relataram um caso clínico de recidiva de hipertrofia bilateral de músculo masséter num paciente do sexo masculino de 21 anos de idade, submetido a tratamento cirúrgico. Ressaltaram que o tratamento cirúrgico sem uma adequada estabilização da função oclusal, não deve ser indicado, pois a função muscular poderá voltar a ser hiperactivada e a hipertrofia recidivar.

Gniadecka ⁽⁶⁾ et al. em 1997 descreveram um caso clínico de hipertrofia bilateral dos músculos masséter e temporal, entretanto não conseguiram determinar um diagnóstico diferencial para a causa do aumento muscular.

Na literatura são pouquíssimos os casos relatados de hipertrofia do músculo masséter e sua etiologia pode estar relacionada a diversas patologias inclusive com interferências oclusais e, o diagnóstico diferencial torna-se de extrema importância quando da indicação da forma terapêutica mais adequada de tratamento; assim, achamos oportuno relatar um caso clínico de hipertrofia bilateral do músculo masséter causada por hiperfunção muscular, dando ênfase aos métodos utilizados para o diagnóstico diferencial e propondo um tratamento conservador através de aparelho intra-oral com superfície oclusal plana.

MATERIAL E MÉTODOS

Uma paciente com 9 anos de idade foi encaminhada ao "Centro de Estudos e Tratamento das Alterações Funcionais do Sistema Estomatognático - CETASE" da Disciplina de Prótese Fixa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP, em Agosto de 1994, apresentando um quadro clínico de dores espontâneas na região de ângulo e ramo da mandíbula, bilateralmente com aumento volumétrico dessas regiões. Acompanhava-a, um laudo, indicando possível obliteração dos condutos parotídeos.

Durante a anamnese, a paciente não soube precisar o tempo de evolução do processo, sua mãe afirmou que o mesmo vinha se desenvolvendo há alguns anos com presença da sin-

tomatologia dolorosa localizada e que possuía preocupação com o aspecto estético facial da sua filha e, que este fato estava deixando-a deprimida. Salientou ainda, que a mesma tinha tendência para apertar os dentes e não havia indicação de algum parente que tivesse sido acometido do mesmo problema.

O exame clínico extrabucal evidenciou o aumento volumétrico acentuado dos músculos masséteres, em ambas as regiões de ramo e ângulo externo da mandíbula. A coloração da pele e a temperatura no local da hipertrofia estavam clinicamente normais (Fig.1).



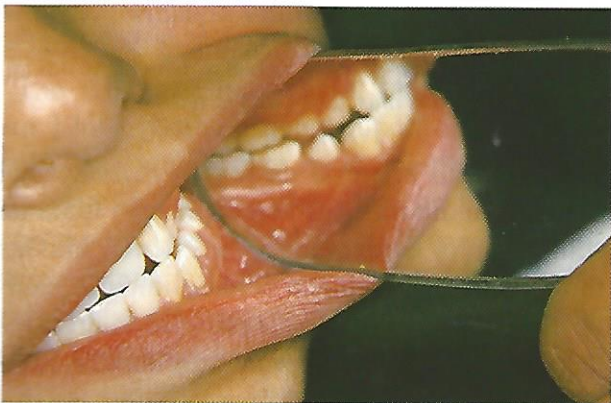
Figs. 1 A e B - O ângulo externo da mandíbula, bilateralmente, mostra-se com visível saliência, resultado da hipertrofia dos músculos masséteres.

A palpação bilateral da região masseterina, com a mandíbula em intercuspidação máxima sem esforço, evidenciou nitidamente, massas musculares contrácteis e bem definidas. Quando foi solicitado o fechamento em intercuspidação máxima, com esforço muscular, foi relatado pela paciente, o desencadeamento da sintomatologia dolorosa, a qual perdurou por algum tempo. Com a mandíbula em posição

postural, a textura destas massas musculares mostraram-se mais brandas, todavia bem visíveis.

O exame clínico intra-oral mostrou boas condições de higiene e um fluxo de saliva considerado normal após estimulação com solução de ácido cítrico a 2% e colecta por 30 minutos. A ultra-sonografia dos músculos não mostrou nenhuma anormalidade, a não ser o aumento volumétrico dos mesmos, com maior volume para o músculo do lado esquerdo.

O mapeamento das superfícies oclusais dos dentes posteriores, evidenciou áreas de desgaste nas cúspides cêntricas dos primeiros molares permanentes. A guia anterior (incisivo) não se apresentava em função durante os movimentos protrusivos, e em decorrência da paciente estar na fase de dentição mista, os caninos ainda não estavam erupcionados totalmente e, desta maneira, as excursões latero-protrusivas e protrusivas ocorriam por conta dos primeiros molares permanentes, com contacto inicial entre os incisivos (Fig. 2 e 3).



Figs. 2 e 3 - Guia incisivo incorreta, provocando a ausência do espaço molar (fenómeno de Christensen) e contactos prematuros em dentes posteriores.

O exame radiográfico não mostrou a presença de patologias ósseas ou processos periapicais e, a solução de contraste injectada nas glândulas parótidas evidenciou ductos salivares sem obstrução para a excreção de saliva.

As avaliações clínica, radiográfica e ultra-sônica, permitiu-nos o diagnóstico de hipertrofia bilateral do músculo masséter causada por hiperfunção.

A paciente foi submetida à uma avaliação eletromiográfica dos músculos comprometidos, antes, aos 6 meses e após o tratamento. Foram obtidos modelos de estudo que foram montados em articulador semi-ajustável com auxílio de arco facial. Sobre o modelo superior foi confeccionado um aparelho intra-oral de cobertura oclusal plana, em resina acrílica activada térmicamente.

O tratamento foi realizado de maneira que a paciente utilizasse o aparelho pelo maior período de tempo possível, tanto durante o dia como durante a noite, retirando-o somente para as principais refeições. Esta terapêutica permitiu o bloqueio das interferências oclusais e a interceptação do processo de abrasão nas superfícies oclusais dos primeiros molares e, além disso, possibilitou uma atividade muscular bilateral, tonicamente mais regular, conforme mostrou a avaliação eletromiográfica (Fig.4). Foi detectada a remissão da sintomatologia dolorosa relatada durante o quadro clínico agudo em que estava a paciente. Objetivando não interferir com o processo eruptivo dos dentes, os aparelhos foram confeccionados com aberturas oclusais, a fim de permitir a intercuspidação esperada (17, 18).

A paciente foi submetida a um controlo quinzenal para avaliação clínica e ajustes no aparelho. Os ajustes foram realizados para a obtenção de um máximo de contactos cêntricos na superfície plana do aparelho, distribuídos uniforme e bilateralmente e além disso, permitir desocclusão posterior durante os movimentos protrusivos e lateroprotrusivos da mandíbula (Figs. 5 e 6).

A terapêutica com o aparelho intra-oral, foi mantida por 12 meses, com avaliações quinzenais durante todo o período de tratamento. Durante esse período, foram confeccionados 4

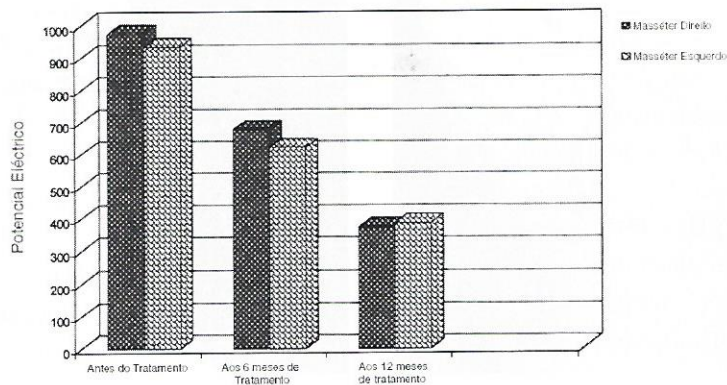
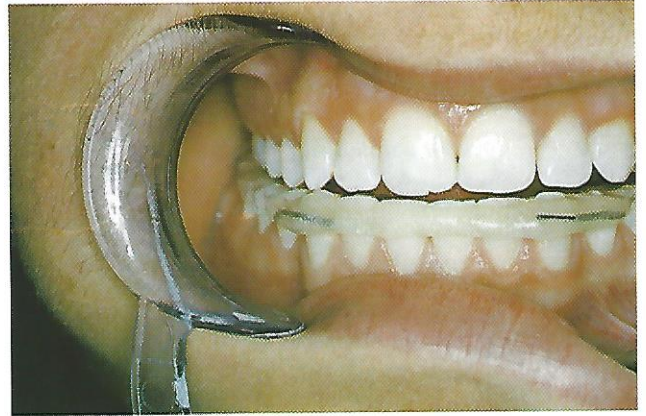
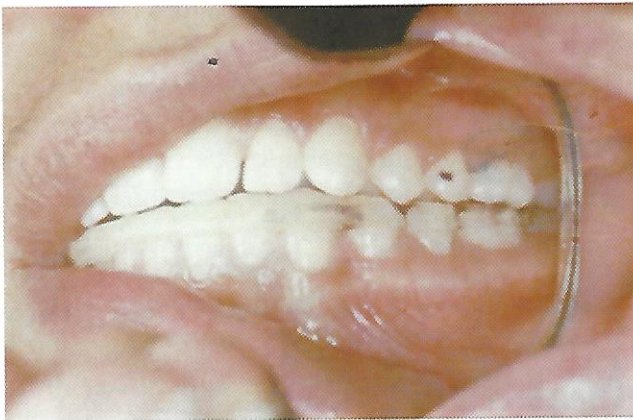


Fig. 4 – Histograma mostrando a actividade eléctrica dos músculos masséteres, antes durante e após o tratamento. Observar a tendência de harmonia funcional aos 12 meses de tratamento.



Figs. 5 e 6 - Aparelho confeccionado durante a fase de tratamento, garantindo durante o movimento protrusivo, o espaço molar (fenômeno de Christensen). Nos movimentos lateroprotrusivos, o aparelho possibilitou a guia em canino, permitindo um sincronismo funcional dos músculos.

aparelhos, para não impedir o crescimento e desenvolvimento da maxila da paciente. Após a eliminação da sintomatologia dolorosa e da obtenção de uma oclusão classe I, sem auxílio ortodôntico, evidenciando em função, as guias em canino e incisivo; o retorno da paciente para controlo e avaliação, foi estabelecido para cada 2 meses até completarem-se 3 anos do início do tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura tem recomendado a utilização de aparelhos oclusais, como uma terapêutica auxiliar na interceptação de hábitos bucais auto-

destrutivos e no restabelecimento da tonicidade fisiológica dos músculos, assim como, na detecção de interferências oclusais durante os movimentos mandibulares^(14, 15).

No que se refere a sintomatologia dolorosa, relatada inicialmente pela paciente, aos 180 dias de tratamento com o aparelho intra-oral de cobertura oclusal plana, foi constatado clinicamente e pelos relatos da paciente a remissão total deste sintoma, facto este em concordância com as observações de Silva & Silva em 1990. Em relação à hipertrofia, durante os 12 meses de uso contínuo do aparelho, foi detectado clinicamente, uma lenta porém progressiva diminuição do volume das massas musculares (Fig. 7) e à medida em que as guias incisivo e canino foram restabelecidas



Fig. 7 A e B – Observar a considerável diminuição do volume das massas musculares ao nível do *ângulo externo* da mandíbula.



Figs. 8 e 9 – Após a fase da denteição mista, sem ajuda ortodôntica, apenas com auxílio dos *aparelhos de superfície oclusal plana*, perfurados para permitir a erupção dentária, pode-se observar durante os *movimentos deslizantes* da mandíbula, a perfeita regularidade das guias canino e incisivo.

(Fig. 8 e 9), sem a utilização de aparelhos ortodônticos, aos 3 anos após o início do tratamento, melhor simetria facial foi constatada, pela acentuada diminuição de volume dos músculos envolvidos. Estes resultados são concordantes com as opiniões de Wood⁽²¹⁾ (1982), Ott⁽¹³⁾ (1983) e Silva et al.⁽¹⁸⁾ (1991), os quais demonstraram que um adequado tratamento das causas mecânicas da hipertrofia, promove um processo progressivo de remissão, que poderá até mesmo excluir a possibilidade de intervenção cirúrgica correctiva posterior. A remissão da hiperactividade muscular, através do uso do aparelho intra-oral de cobertura oclusal plana, comprovada através da avaliação eletromiográfica, com a concomitante recuperação das guias em incisivo e em canino, demonstrou ser uma metodologia de

grande valia na terapêutica do caso clínico relatado e que vai ao encontro das afirmações de vários pesquisadores^(21, 13, 18).

Pode-se argumentar portanto, que o procedimento cirúrgico sem uma adequada estabilização da função oclusal, não deve ser indicado preliminarmente, uma vez que a atividade muscular pode voltar a ser hiperativada, conforme o observado por Ott⁽¹³⁾ em 1983 e, com isso haver recidiva do quadro clínico, conforme o relatado também por Silva & Silva⁽¹⁸⁾. Entretanto, a intervenção cirúrgica deve ser indicada quando o aumento volumétrico persistir, após a eliminação dos agentes etiológicos.

É importante acrescentar que o diagnóstico diferencial entre a hipertrofia masseterina causada por hiperfunção muscular e as demais

causas^(6,9), é fundamental quanto ao tratamento a ser indicado, pois este, quando inadequado, pode determinar prejuízos para o paciente e retardar a sua recuperação.

CONCLUSÕES

De acordo com as características do caso clínico relatado e em face da terapêutica utilizada, podemos concluir que:

1 - A utilização do aparelho intra-oral de superfície oclusal plana, possibilitou a redução e eliminação da hiperatividade muscular, permitindo também a localização e a correção das interferências oclusais;

2 - A estabilidade oclusal com evidência para as guias incisivo e canino, propiciou lenta, porém progressiva redução da hipertrofia bilateral, com remissão da sintomatologia dolorosa, em decorrência do condicionamento tônico dos músculos masséteres.

BIBLIOGRAFIA

1. Abrams J - Hypertrophy of the masseter muscle. Clinical aspects, etiology and therapy. *Laryngolotol.*, v. 68, n.9, p. 198-210, sep. 1989.
2. Bartoh RH - Beginnig masseteric hipertrophy. *J. Am. Med. Assoc.*, v.164, n. 3, p. 1646, mar. 1957.
3. Boyd W - Textbook of pathology. Philadelphia, Lea & Febigir, 1953.
4. Divaris M et al - Le visage trapezoidal: exces transversal au niveau de l'etage inferieur de la face. *Ann Chir Plast Esthet.*, v.38, n.1, p. 91-5, feb. 1993.
5. Drummond JA, Mc Intoch, CA - Unilateral hipertrophy of masseter muscle. *Am J. Surg.*, v. 87, p. 711, 1954.
6. Gniadecka M, Weisman K, Herning M -Swelling of the temporal region: a case of benign masticatory muscle hipertrophy. *Br J Dermatol.*, v.136, n.2, feb. p. 242-44, 1997. 1997 Feb. 136(2). P 242-4.
7. Guggenhin P, Cohen L - Nature of masseteric hipertrophy. *Arc. Otolaryngl.*, v.7, p. 15, 1961.
8. Gurney CE - Cronic bilateral benign hipertrophy of masseter muscle. *Am. J. Surg.*, v.73, p.137, 1947.
9. Kalankarov Kh.A et al - Functional disorders of the masticatory muscles and temporomandibular joint in pathological tooth abrasion. *Stomatologia.*, Mosk, v.73, n.3, Jul-Sep. 1994.
10. Lask H - Benign masseteric hipertrophy. *Sur. Clín. N. Am.*, v.43 , p.1357, 1963.
11. Legg JW - Enlargement of temporal and masseter muscles on both sides. *Path. Soc.*, London, v.31. p.361, 1880.
12. MacKinnom DM - Hipertrophy of masseter muscles following submandibular abcesses. *Br. J. Oral Surg.*, v.5,p.181-5, 1968.
13. Ott, KH . Diagnosis and therapy of masseter hipertrophy. *HNO*, v.31,n.6, p.207-11, Jun. 1983.
14. Posselt,V.L.F. Fisiologia de la oclusion y reabilitacion. 2ª ed., Barcelona Editorial JMS, 1973, p. 243.
15. Rosa, R.A.; Kotkin, H.C. That acquired masseteric look. *ASDC J Dent Child.* v.63, n.2, p. 105-7, mar/apr. 1996.
16. Shafer, H. et al. Patologia Bucal, 3ª ed. Rio de Janeiro: Inter americana, 1979.
17. Silva, F.A.; Silva, W.A.B. Reposicionamento mandibular: Contribuição técnica através de férulas oclusais duplas com puas. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v.44, n.5, p. 283-86, mai. 1990.
18. Silva, F.A.; Silva, W.A.B. Hipertrofia bilateral do músculo masséter. *Rev. Âmbito Odont.*, São Paulo, ano II, v.7, p. 145-7, 1991.
19. Thoma, K.H.; Goldman, H.M. Oral Pathology. 5ª ed., St. Louis: Mosby, 1960, p.889.
20. Wade, W.N. Jr.; Roy, E.W. Idiopatic masseter muscle hipertrophy: Reports of case. *J. Oral Surg.*, v.29, p.196-200, 1971.
21. Wood, G.D. Masseteric hipertrophy and its surgical correction. *Br. Dent. J.*, Oxford, v. 152, p. 416-17, 1982.