

LIMITAÇÃO DA ABERTURA DA BOCA POR HIPERTROFIA DAS APÓFISES CORONÓIDES

— CASO CLÍNICO —

Francisco Salvado Silva*, José Manuel Appleton**, Graça Mega**

RESUMO: No diagnóstico diferencial da incapacidade da abertura da boca raramente se menciona a hipertrofia das apófises coronóides. No caso clínico descrito, o diagnóstico foi efectuado pelo quadro clínico e estudo radiológico com boca aberta e fechada.

O resultado da terapêutica cirúrgica com coronoidectomia foi francamente bom.

O aumento idiopático isolado das apófises coronóides deve ser avaliado clínica, radiológica e histopatológicamente, de modo a esclarecer a etiologia, e o diagnóstico diferencial com o osteocondroma.

Palavras-chave: Apófises coronóides, mandíbula, hiperplasia

Key-Words: Coronoid processes, mandible, hyperplasia

INTRODUÇÃO

A incapacidade da abertura da boca é uma situação que o Médico Estomatologista encontra com alguma frequência. Esta limitação do movimento mandibular implica sempre alterações do aparelho mastigador, e pode ser genéricamente classificada como intra-articular e extra-articular.

Neste artigo é apresentada uma situação muito rara, associada a aumento bilateral das apófises

coronóides que impediam a abertura da boca devido ao contacto com o malar.

CASO CLÍNICO

O doente de raça branca, sexo masculino e com 17 anos de idade, foi por nós observado em Janeiro de 1989, evidenciando diminuição acentuada da abertura da boca. Referia início das queixas aos 14 anos de idade com agravamento progressivo. Foi observado por vários médicos e dentistas, sem lhe ter sido efectuado qualquer diagnóstico conclusivo ou prescrito terapêutica eficiente.

Não havia história de traumatismo, bruxismo, tratamentos cirúrgicos orais muito prolongados, ou síndromes psiquiátricos graves.

No exame objectivo o doente apresentava um bom desenvolvimento estato ponderal. O maciço crânio facial podia considerar-se normal e simétrico, embora fosse evidente uma diminuição da

* Médico. Especialista em Estomatologia do Hospital de Santa Maria — Lisboa

** Médico. Assistente Hospitalar de Cirurgia Plástica do Hospital de Santa Maria — Lisboa

*** Médica. Especialista de Cirurgia Plástica do Hospital de Santa Maria — Lisboa

(Trabalho realizado na Consulta de Cirurgia Crâneo-Facial do Hospital de Santa Maria — Lisboa)

Recebida para publicação 26/4/90

LIMITAÇÃO DA ABERTURA DA BOCA POR HIPERTROFIA DAS APÓFISES CORONÓIDES

dimensão vertical mentoniana com a prega labial inferior hipertrofiada. (Foto 1)

Com esforço máximo a amplitude da abertura da boca era de 12 mm sem desvios, (Foto 2) o movimento de protrusão era impossível e o de lateralidade estava francamente restringida.

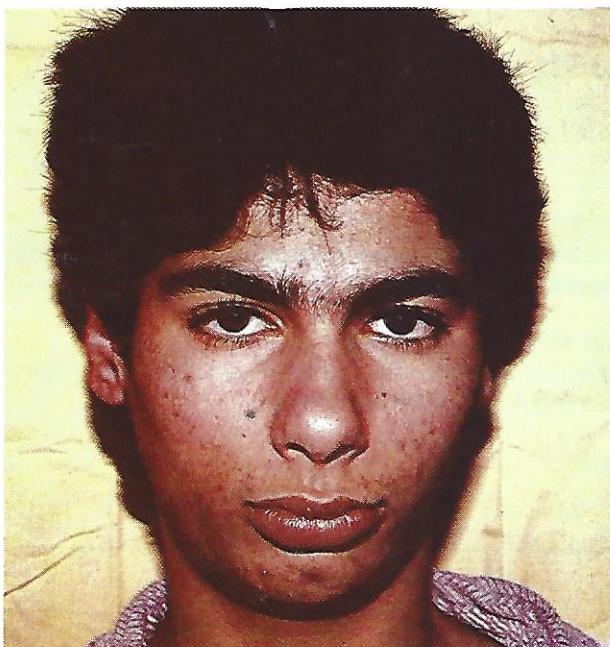


Foto 1

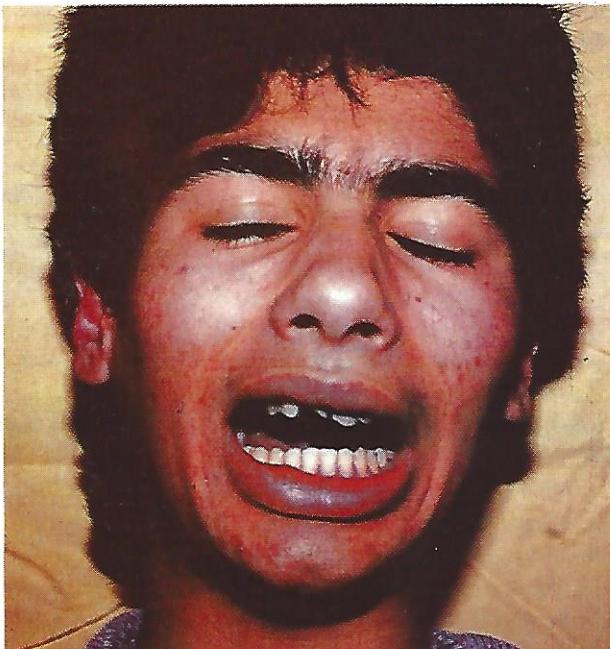


Foto 2

A palpação bilateral da A.T.M. (extra e endo-oral) não mostrava alterações. A palpação muscular era indolor, e não havia espasmos. No exame sumário intra-oral não foram identificadas alterações significativas.

Foram efectuadas radiografias: ortopantomografia, (Foto 3) radiografia simples da A.T.M. e tomografias (Foto 4, 5). A única alteração identificável foi o aumento acentuado das apófises coronóides que, na abertura da boca, tocavam o malar bilateralmente..

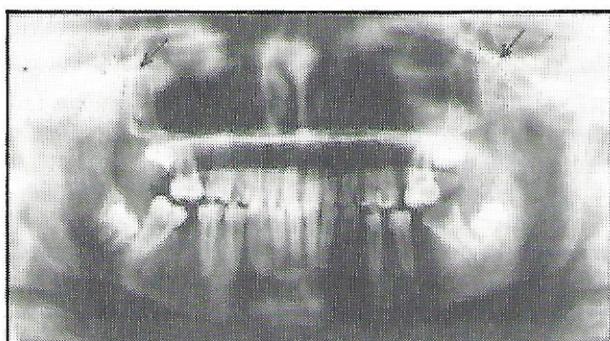


Foto 3



Foto 4 — Apófise Coronóide Direita

Diagnosticou-se hipertrofia bilateral isolada das apófises coronóides e foi proposta terapêutica cirúrgica.

CIRURGIA

O doente foi operado sob anestesia geral, com entubação naso-traqueal devido à impossibilidade de abertura da boca.

LIMITAÇÃO DA ABERTURA DA BOCA POR HIPERTROFIA DAS APÓFISES CORONÓIDES

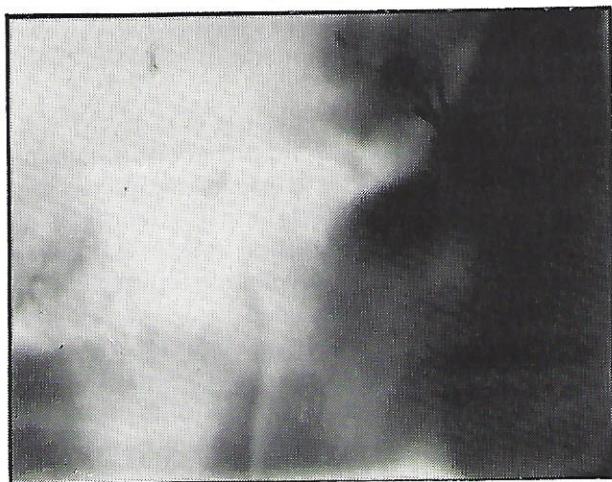


Foto 5 — Apófise Coronóide Esquerda

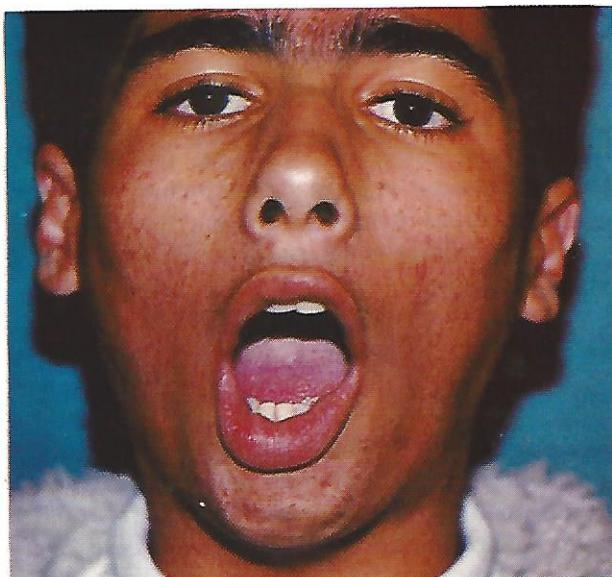


Foto 7

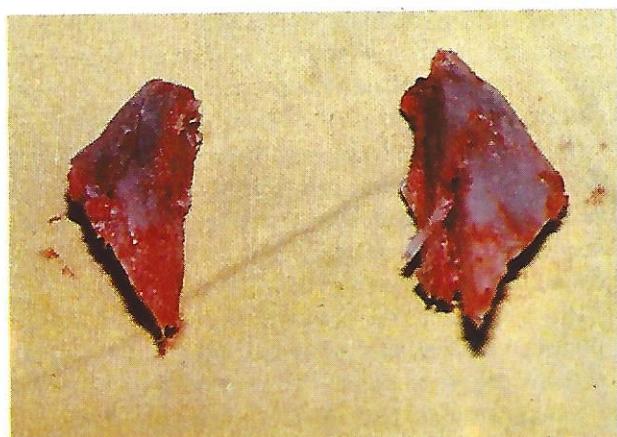


Foto 6 — Peças Operatórias

A fisioterapia com pião foi iniciada no dia seguinte ao acto cirúrgico, e o doente teve alta ao 4.^º dia sem complicações. Um ano depois o doente continua bem, com uma amplitude de abertura da boca de 37 mm. (Foto 7) O controle radiográfico mostra a zona operada sem recidivas (Foto 8, 9).



Foto 8 — Pós-Operatório à Direita

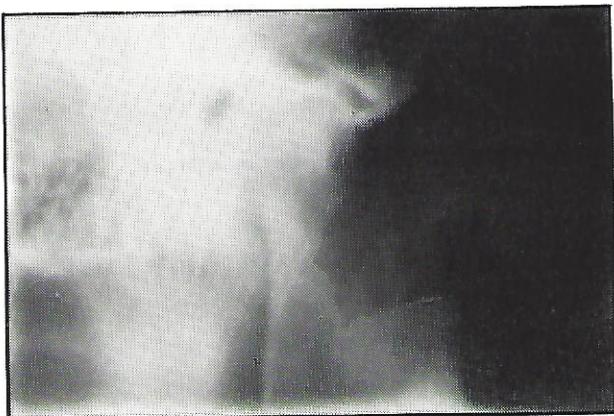


Foto 9 — Pós-Operatório à Esquerda

EXAME ANATOMO PATOLÓGICO

O anatomo patologista efectuou múltiplos cortes sagitais das peças operatórias. Sumáriamente observam-se alterações idênticas em ambas as peças, esclerose extensa do osso que invade em algumas zonas a medula óssea. Não havia evidência de tumor e/ou proliferação anormal da fibrocartilagem.

DISCUSSÃO

A hiperplasia bilateral das apófises coronóides é caracterizada clinicamente pela progressiva limitação dos movimentos mandibulares, secundárias à impactação daquelas estruturas nos ossos malares. Em regra não há assimetria facial e o quadro iniciou-se na puberdade; characteristicamente aparece quase exclusivamente no homem.

Para se efectuar um diagnóstico correcto é necessário ter presente as causas de restrição dos movimentos mandibulares Sarnat e Laskin (17) esquematizaram-nas apropriamente (Quadro I). Aparecendo como hipótese diagnóstico, a situação deve ser confirmada pela radiologia.

QUADRO I

LIMITAÇÃO DA ABERTURA DA BOCA

A — CONGENITA

1. HIPERTROFIA DAS APOFISES CORONÓIDES E PSEUDOCAMPTODACTILIA DE CARÁCTER FAMILIAR

B — TRAUMÁTICA

1. NO NASCIMENTO
2. MAIS TARDE
 - a) ACIDENTAL
 - b) CIRÚRGICA

C — INFLAMATÓRIA

1. LOCAL
2. REGIONAL
 - a) OTITE MÉDIA E MASTOIDITE
 - b) OSTEOMIELITE DA MANDIBULAR
 - c) OSTEORRADIONECROSE
 - d) NOMA
3. HEMATOGÉNEA
 - a) OSTEOMIELITE
 - b) FEBRE DA CARRAÇA
 - c) GONORRÉIA
4. DOENÇAS SISTÉMICAS
 - a) ARTRITE REUMATÓIDE

D — NEOPLÁSICA

1. OSTEOCONDROMA
2. OSTEOSARCOMA
3. METÁSTASES

E — IDIOPÁTICA

1. HIPERTROFIA IDIOPÁTICA DOS PROCESSOS CORONÓIDES

Alguns autores tentaram esclarecer a etiologia do aumento desproporcionado das apófises coronóides.

Van Hoof et al. (11) Besling (11) Hecht (1) e Yamashita (14) descreveram pormenorizadamente vários casos associados a pseudocamptodactilia com carácter familiar. Gorlin e Pindborg (3) depois de reverem a literatura consideraram esta síndrome autossómica dominante e independente da hipertrofia bilateral isolada.

Sarnat e Engel (8) encontraram apófises coronóides mais densas e maiores em macacos sujeitos a condilectomia, durante o período de crescimento. Explicaram este achado por um aumento da actividade do músculo temporal não contra balançado pelo suporte condiliano.

Washburn (18) descreveu a atrofia completa das apófises coronóides em ratos após a desinserção do músculo temporal. Aparentemente a etiologia da doença parecia ser o aumento da actividade do músculo temporal (9).

No entanto, Allison (19), pôs em causa esta teoria quando verificou que, o exame electromiográfico dos músculos mastigadores era normal numa série de indivíduos afectados.

Shira (4) propôs como etiologia a persistência do centro de crescimento coronoíde para além do período pré-natal. Isto explicaria o aparecimento tardio do quadro clínico (puberdade) altura em que, o crescimento ósseo alterado levaria à restrição do movimento por contacto com o malar.

Hall (20) não conseguiu confirmar nenhuma destas hipóteses pelo que propôs uma explicação endócrina, embora não refira qual a substância implicada. Refira-se que o estudo endocrinológico efectuado em vários doentes foi sempre normal.

Se a etiologia continua por esclarecer a terapêutica está perfeitamente definida; a coronoidectomia é eficaz e resolve completamente a situação.

A abordagem da apófise coronoíde pode realizar-se por via intra-oral (2, 20), ou extra-oral (8, 17). Shira (4) e Fitzpatrick (10) executam também ressecção parcial do masseter bilateralmente considerando que, neste caso, a recuperação funcional é mais rápida. Parece-nos que na maioria dos doentes este procedimento não se justifica.

Embora seja, extremamente rara a presença de osteocondroma bilateral, o diagnóstico diferencial é por vezes difícil. Shira e Lister (4) publicaram um esquema elucidativo do quadro clínico de cada uma destas anomalias (Quadro II).

LIMITAÇÃO DA ABERTURA DA BOCA POR HIPERTROFIA DAS APÓFISES CORONÓIDES

QUADRO II

HIPERTROFIA DAS APOFISES CORONÓIDES

SEXO	MASCULINO
INÍCIO	1. ^a E 2. ^a DÉCADA
LADO AFECTADO	BILATERAL
EXAME FACIAL	SIMÉTRICA
MOVIMENTO	RESTRINGIDO MAS SEM
MANDIBULAR	DESVIOS
FORMA DAS APÓFISES	AUMENTO
CORONÓIDES	GENERALIZADO
EXAME ANATÔMICO	— DEPOSIÇÃO ÓSSEA AUMENTADA
PATOLÓGICA	— POR VEZES CARTILAGEM NA FACE JUNTO À APOFISE ZIGOMÁTICA

OSTEOCONDROMA

MASCULINO
VARIÁVEL (10 — 50 ANOS)
UNILATERAL
ASSIMÉTRICA
— RESTRINGIDO
— NORMALMENTE COM DESVIOS
— AUMENTO ATÍPICO
— FORMA IRREGULAR OU PEDUNCULADO
— TECIDO NEOPLÁSTICO BENIGNO DA CARTILAGEM E OSSO

SUMMARY

Bilateral generalized enlargement of the coronoid processes is an unusual and rarely reported condition.

In the presented case the alleviation of restriction in mandibular movement was only dependent on bilateral coronoidectomies.

There is a need for clarification of the condition regarding cause, diagnosis and probably terminology as well as possible relationship to osteochondroma of the coronoid processes.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Hecht F.: Inability to open the mouth fully: an autosomal dominant defect. Birth Defects 5(3); 96-98; 1969
- 2 — Horowitz S.L. et al.: Limited intermaxillary opening. Oral Surgery: 36:490-492, 1973
- 3 — Gorlig R.J., Pindborg J.J.- Syndromes of the head and neck. 2.^a edition. Mc Graw Hill Book Company, 1976
- 4 — Shira R.B. and Lister R.L.: Limited mandibular movements due to enlargement of the coronoid process. J. Oral Surgery 16:183, 1958
- 5 — Lyon L.Z. and Sarnat B.G.: Limited opening of the mouth by enlarged coronoid process. J.A.D.A. 68:646, 1962
- 6 — Mohnac A.M.: Bilateral coronoid osteochondroma. J. Oral Surgery 20:500, 1962
- 7 — Levine M.H. et al: Osteochondroma of the coronoid process of the mandible. New England Journal of Med. 257:374 Agosto 1957
- 8 — Sarnat B.G., Engel M.B.: A serial cases of mandibular growth after removal of the condyle of macaca rhesus monkey. Plast. and Rec. Surgery 7:364, 1951
- 9 — Avis, V.: The relation of temporal muscle to the form of the coronoid process. Am. J. Phys. Anatomy 17:99; 1959
- 10 — Fitzpatrick B.N.: Bilateral hyperplasia of the mandibular coronoid process. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 29:184-90; 1970
- 11 — Van Hoof R., Besling W.T. Coronoid process enlargement. Brit. J. Oral Surgery 10:339-48; 1973
- 12 — Hecker R.: Bilateral coronoid hyperplasia: review of the literature and report of a case. J. Oral Surgery 38:606-8; 1979
- 13 — Monks F.T. Bilateral Hyperplasia of the Mandibular coronoid processes: a case report. Brit. J. Oral Surgery 16:31-7; 1979
- 14 — Yamashita D.D. et al: Trismus pseudo camptodactilia Syndrome. J. Oral Surgery 38:635-30; 1980
- 15 — York B.V. Bilateral hyperplasia of the coronoid processes in siblings. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 56:584-5; 1983
- 16 — Marra L.M. Bilateral Coronoid Hyperplasia; a developmental defect. Oral Surg. Oral Med. oral Path. 55:10-3; 1983
- 17 — Sarnat B.G.: Diagnosis of Surgical management of diseases of T.M.J. Springfield; Charles Thomas ed; 1961
- 18 — Washburn S.L. Relation of temporal muscle to form of skull. Anat. Rec. 99-239 Nov. 1981
- 19 — Allison M.L. et al.: Coronoid abnormalities causing limitation of mandibular movements. J. Oral Surg. 27:229-33; 1969
- 20 — Hall et al: Bilateral hyperplasia of the coronoid processes. Oral Surg. Oral Med. Oral Patho. 67:141-5; 1989;

Correspondência e Separatas

Dr. Francisco J. Salvado e Silva
Consulta de Estomatologia
Hospital de Santa Maria
Av. Egas Moniz
1600 Lisboa