

HIPERTROFIA UNILATERAL DO MÚSCULO MASSETER: RELATO DE CASO

UNILATERAL MASSETER MUSCLE HYPERTROPHY: A CASE REPORT

Alexandre Eustáquio Camargos Rocha¹, Bruno Franco de Oliveira¹, Vinícius de Magalhães Barros¹
Helenice de Andrade Marigo², Paulo Isaias Seraidarian³

Resumo - A hipertrofia do músculo masseter é uma alteração incomum, de etiopatogenia ainda não definida que se manifesta em jovens, na maioria das vezes, gerando desconforto estético. Neste caso, dentre as possibilidades de tratamento, optou-se pela abordagem não cirúrgica, sendo utilizado um dispositivo interoclusal. Após o período de 12 meses, observou-se regressão satisfatória da hipertrofia muscular.

Descritores - hipertrofia, músculo masseter

INTRODUÇÃO

Muitos autores creditam a Legg (1880) o primeiro relato de hipertrofia do músculo masseter, que consiste no desenvolvimento excessivo dessa musculatura, sendo uma alteração relativamente rara que acomete geralmente pacientes jovens e de etiopatogenia ainda não definida e que, na maioria dos casos, leva o paciente a um desconforto estético.^{1,2,3,4,5,6,7}

Clinicamente observa-se o aumento de volume do músculo masseter, uni ou bilateralmente, de fácil delimitação, consistência suave à palpação e geralmente assintomático.^{2,3,4,8} Em alguns casos, sensibilidade à palpação, incapacidade funcional devido à dor e queixa de desarmonia oclusal podem estar presentes, embora na maioria das vezes a queixa principal seja estética.^{5,6,9}

Ainda que seu diagnóstico inicial seja geralmente clínico, o uso de imagens radiográficas convencionais, tomografia computadorizada, ultrasonografia e ressonância magnética podem ser fundamentais para sua confirmação, descartando a possibilidade de outras doenças que acometem a região parotídeo-massetérica, tais como: cistos, hemangiomas, lipomas, inflamação das glândulas parótidas, miosite ossificante e tumores malignos.^{3,5,6,8,9,10}

O tratamento da hipertrofia do masseter pode ser realizado através de métodos cirúrgicos^{1,3,9,11} e não cirúrgicos.⁴ O tratamento cirúrgico envolve intervenções que são realizadas, apenas na musculatura comprometida, apenas na estrutura óssea do ângulo mandibular ou a associação de ambos os procedimentos.⁶

Ajustes oclusais, uso de medicamentos espasmolíticos, tranqüilizantes e antidepressivos,

¹ Professor convidado do Curso de Aperfeiçoamento do curso de Aperfeiçoamento em Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da PUC Minas;

² Professora Adjunto da Faculdade de Odontologia da PUC Minas;

³ Professor Adjunto da FO e Coordenador do Curso de Aperfeiçoamento em Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da PUC Minas

dispositivos interoclusais e técnicas fisioterápicas são recomendados para o tratamento não cirúrgico dessa alteração.^{5,12,13}

Ultimamente, a toxina botulínica tipo A tem sido utilizada como uma nova modalidade de tratamento não cirúrgico para a hipertrofia do masseter.⁷ Esta já se apresenta consagrada no tratamento médico de alterações caracterizadas por espasmos musculares involuntários, como as distonias e, mais recentemente, em tratamentos cosméticos.^{14,15,16} Em relação ao tratamento cirúrgico, oferece como vantagens o fato de ser menos traumática, com menores efeitos colaterais e de melhor custo-benefício.¹⁷

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de hipertrofia benigna de masseter, tratado por meio de um dispositivo interoclusal mandibular de recobrimento total, com padrão de desocclusão balanceada bilateral.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente R.R.M.A, 20 anos de idade, procurou a clínica do Curso de Aperfeiçoamento em Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da PUC Minas, queixando-se incômodo estético, devido a assimetria facial causada por aumento do volume do rosto no lado esquerdo, sem relato de sintomatologia dolorosa. Durante a anamnese, houve relato de onicofagia e histórico de caxumba e sarampo. Atualmente não apresenta alteração sistêmica ou faz uso de medicamentos. Durante a avaliação visual foi verificado um aumento de volume no músculo masseter esquerdo (Figura 1). Ao exame clínico não apresentou nenhum dos três sinais clássicos, que segundo De Boever¹⁸ (1973), caracteriza a presença de desordem temporomandibular: dor à palpação

dos músculos da mastigação, presença de sons articulares e limitação de abertura. Entretanto, foi constatada a presença de linha alba na mucosa jugal, língua festonada, mas ausência de facetas de desgaste, caracterizando o bruxismo cêntrico (Figura 2).

Com o objetivo de descartar outras doenças que acometem a região parotídeo-massetérica, foi solicitada tomografia computadorizada¹⁹, onde se constatou a alteração no volume ósseo do ângulo esquerdo da mandíbula, local de inserção do músculo masseter (Figuras 3 a 5).

Diante dos dados obtidos na anamnese, exame clínico e imaginológico, foi proposto como plano de tratamento a utilização de um dispositivo interoclusal mandibular (placa oclusal), confeccionado em resina acrílica quimicamente polimerizada, durante as 24 horas do dia.¹³ Em fechamento, as cúspides de contenção dos dentes antagonistas contactavam simultaneamente e com mesma intensidade a superfície oclusal plana desse dispositivo. O padrão de desocclusão adotado incluía contato em canino no lado de trabalho e, no lado de balanceio, contato na região do segundo molar. Esse contato não impedia que a guia canino ocorresse no lado de trabalho.²⁰ Dessa forma, obtiveram-se contatos simultâneos no lado de trabalho e balanceio durante a contração máxima isométrica voluntária em posição lateral da mandíbula, em ambos os lados (Figura 6). A cada consulta foram realizados ajustes visando à manutenção do padrão oclusal proporcionado pelo dispositivo. Melhora visual significativa na diminuição da hipertrofia do músculo masseter esquerdo e conseqüente melhora estética em relação à simetria facial foram obtidos após a utilização deste dispositivo (Figura 7). O paciente mostrou-se satisfeito com a melhora alcançada, após um período de tratamento de 12 meses.

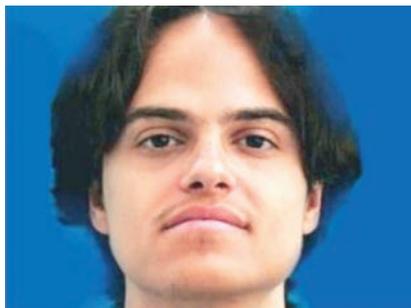


Figura 1 - Vista frontal demonstrando o aumento do volume do músculo masseter



Figura 2 - Vista frontal demonstrando ausência de facetas de desgaste dentário

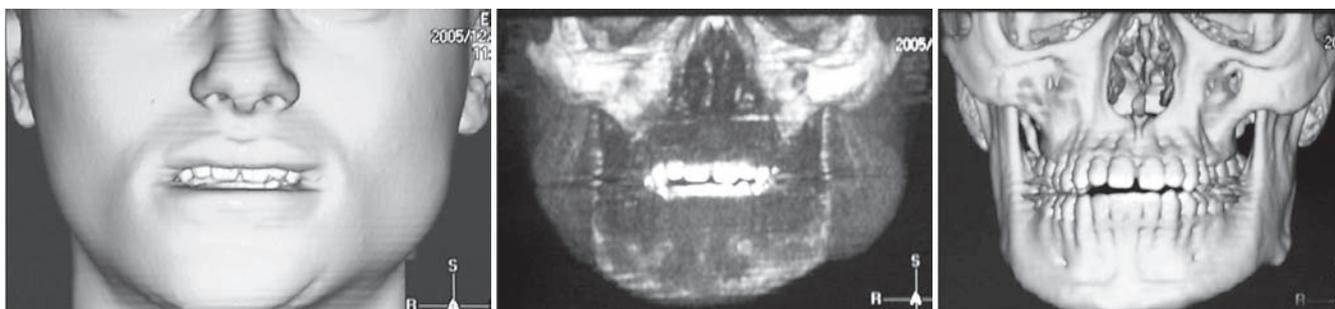


Figura 3 - Reconstrução tomográfica computadorizada tridimensional da face no plano frontal evidenciando a hipertrofia muscular

Figura 4 - Reconstrução tomográfica computadorizada tridimensional evidenciando a hipertrofia muscular.

Figura 5 - Reconstrução tomográfica computadorizada tridimensional evidenciando o aumento do volume ósseo, principalmente do lado esquerdo, na região da inserção do músculo masseter



Fig. 6: Vista frontal demonstrando a utilização do dispositivo interoclusal



Fig. 7: Vista frontal demonstrando uma diminuição da hipertrofia muscular, após um período de tratamento de 12 meses.

DISCUSSÃO

A utilização do termo hipertrofia tem sido discutida diante dos resultados das análises histopatológicas de materiais de biópsia, que têm demonstrado haver o aumento no número de fibras, e não do volume das células.^{3,5} Desta forma, parece-nos mais correto a utilização do termo hiperplasia do músculo masseter para descrever esta condição clínica.

No caso descrito, a principal queixa foi estética, o que vai de encontro com as observações de Oliveira et al.⁶. Presença de outros sintomas ou sinais como: dor, sensação pesada na região do músculo masseter hipertrofiado ou limitação de abertura³, não foram observados.

As afirmações sobre a etiologia desta alteração ainda são inconclusivas. Fatores como maloclusão, desordens da ATM, bruxismo excêntrico, pré-disposição genética e lesões vasculares vêm

sendo descritas na literatura como suas possíveis causas. No caso apresentado, a já reconhecida presença do bruxismo cêntrico e sua possível correlação com a hipertrofia do músculo masseter foi considerada como o fator etiológico.^{3,5,7,9} Ainda que o sucesso do tratamento leve a acreditar que esta seria a hipótese etiológica mais correta, conclusões categóricas a esse respeito parecem não ser possíveis, já que os seguintes questionamentos ainda não foram definitivamente respondidos: sendo o apertamento uma condição muito freqüente, por que não é observada a maior prevalência de hipertrofia do músculo masseter? E ainda, no caso de esta ser realmente sua etiologia, porque não foi observada a hipertrofia bilateral?

Considerando as desvantagens das técnicas cirúrgicas, tais como risco decorrente da anestesia geral, possibilidade de hemorragia, edema, hematoma, infecção e lesão de estruturas nobres⁵, optou-se inicialmente pelo tratamento conservador.

Diante da hipótese etiológica e levando-se em consideração que a atividade parafuncional dos músculos mastigatórios pode ocorrer no período diurno, noturno ou ambos²¹, a recomendação do uso do dispositivo interoclusal por 24 horas seria o mais indicado neste caso.

Em relação aos métodos de exames auxiliares, a imagem por ressonância magnética provê mais informação do músculo masseter, como outros músculos mastigatórios, em relação à tomografia computadorizada. Nesse caso a opção pela tomografia computadorizado foi justificada para verificação de assimetria esquelética associada. A ultrasonografia também é utilizada, devido ao processamento da imagem em tempo real, especialmente em casos onde a assimetria facial é realçada durante a mastigação.¹⁰

CONCLUSÃO

Diante do resultado favorável obtido nesse caso, a técnica utilizada, por ser não invasiva e pela possibilidade de ser reversível, deveria ser considerada pelo clínico, como alternativa segura e efetiva para o tratamento da hipertrofia do músculo masseter.

ABSTRACT

Masseter muscle hypertrophy is an uncommon alteration of an etiopathogeny not yet defined that affects, most of the time, young individuals, causing an esthetic discomfort. Among treatment possibilities, a non-surgical approach was chosen in the present case, with the use of an interoclusal appliance. Following a 12-month-period, a satisfactory regression of the muscular hipertrophy was observed.

DESCRIPTORS

Hypertrophy, masseter muscle.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a gentileza do Prof. Dr Flávio Ricardo Manzi pela orientação na interpretação das imagens e suporte na bibliografia pertinente.

REFERÊNCIAS

1. Wade WM Jr, Roy EW. Idiopathic masseter muscle hypertrophy: report of cases. *J Oral Surg* 1971;29:196-200.
2. Black MJ, Schloss MD. Masseteric muscle hypertrophy. *J Otolaryngol* 1985;14:203-5.

3. Roncevic R. Masseter muscle hypertrophy: aetiology and therapy. *J Maxillofac Surg* 1986;14:344-8.
4. Smyth AG. Botulinum toxin treatment of bilateral masseteric hypertrophy. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1994;32:29-33.
5. Trujillo Jr. R, Fontao FN, Sousa SM. Unilateral masseter muscle hypertrophy: a case report. *Quintessence Int.* 2002;33:776-9.
6. Oliveira DA, Nogueira RVB, Vasconcelos RJ, Vasconcelos BC. *Rev. cir. traumatol. buco-maxillofac.* 2004;4:31-8.
7. Al-Ahmad HT, Al-Qudah MA. The treatment of masseter hypertrophy with botulinum toxin type A. *Saudi Med J* 2006;27:397-400.
8. Newton JP, Cowpe JG, McClure IJ, Delday MI, Maltin CA. Masseteric hypertrophy: preliminary report. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1999;37:405-8.
9. Riefkohl R, Georgiade GS, Georgiade NG. Masseter muscle hypertrophy. *Ann Plast Surg* 1984;12:528-32.
10. Sano K, Ninomiya H, Sekine J, Pe MB, Inokuchi T. Application of magnetic resonance imaging and ultrasonography to preoperative evaluation of masseteric hypertrophy. *J Craniomaxillofac Surg* 1991;19:223-6.
11. Hankey GT. Surgical reduction of bilateral hipertrophy of the masseter muscles. *Br J Oral Surg* 1968;6:123-4.
12. Shuren S. Masseter muscle nodule due to bruxism. A case in point. *Oral Surg. Oral Med Oral Pathol* 1986;62:140-1.
13. Mazzetto MO, Pontes AR, Pardini LC. Tratamento da hipertrofia do músculo masseter com terapias conservadoras. *Rev bras Protese-Periodontia-Oclusao* 1995;1:28-33.
14. Bhidayasiri R, Tarsy D. Treatment of dystonia. *Expert Rev Neurother* 2006;6:863-86.
15. Jankovic J. Botulinum toxin therapy for cervical dystonia. *Neurotox Res* 2006;9:145-8.
16. Wise JB, Greco T. Injectable treatments for the aging face. *Facial Plast Surg* 2006;22:140-6.
17. Castro WH, Gomez RS, Silva Oliveira J, Moura MD, Gomez RS. Botulinum toxin type A in the management of masseter muscle hypertrophy. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63:20-4.
18. De Boever JA. Functional disturbances of the temporomandibular joints. *Oral Science Rev* 1973;2:100-5.
19. Braun IF, Torres WE, Landman JA, Davis PC, Hoffman JC Jr. Computed tomography of benign masseteric hypertrophy. *J Comput Assist Tomogr* 1985;9:167-70.
20. Roark AL, Glaros AG, O'Mahony AM. Effects of interoclusal appliances on EMG activity during parafunctional tooth contact. *J Oral Rehabil* 2003;30:573-7.
21. Kraus SL. *Clinics in Physical Therapy: Temporomandibular Disorders*. New York: Churchill Livingstone; 1994. 485p.

Recebido em: 15/05/2007

Aceito em: 21/09/2007

Correspondência

Alexandre Eustáquio Camargos Rocha

Av. Álvares Cabral 381, sala 1104

30.330-010 - Belo Horizonte – MG - Brasil

Telefone: (31) 32740822

Fax: (31) 32740822

Email: alexandreeustaquio@gmail.com