

Hipertrofia idiopática bilateral de músculos temporal e masseter

Bilateral idiopathic hypertrophy of temporal and masseter muscles

DOI:10.34115/basrv5n1-024

Recebimento dos originais: 28/12/2020

Aceitação para publicação: 28/01/2021

Cristiano Tonello

Cirurgião Craniomaxilofacial e Otorrinolaringologista; Professor Doutor do Curso de Medicina da Universidade de São Paulo (FOB-USP)

Endereço: R. Silvio Marchione, 3-20 - Vila Nova Cidade Universitaria, Bauru - SP

E-mail: cristianotonello@usp.br

Endrigo Oliveira Bastos

Cirurgião Plástico e Cirurgião Craniomaxilofacial. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial.

Endereço: R. Silvio Marchione, 3-20 - Vila Nova Cidade Universitaria, Bauru - SP

E-mail: drendrigo@gmail.com

Leonardo Bezerra Feitosa

Cirurgião Plástico; Residente de Cirurgia Craniomaxilofacial no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (USP); Membro Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Endereço: R. Silvio Marchione, 3-20 - Vila Nova Cidade Universitaria, Bauru - SP

E-mail: leonardofeitosa@usp.br

Nivaldo Alonso

Cirurgião Plástico e Craniomaxilofacial; Chefe do Serviço de Cirurgia Craniofacial do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais e do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Professor, doutor e livre-docente pela Faculdade de Medicina da USP. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

Endereço: R. Silvio Marchione, 3-20 - Vila Nova Cidade Universitaria, Bauru - SP

E-mail: nivalonso@usp.br

RESUMO

A hipertrofia bilateral do músculo temporal é incomum e pode estar associada ao comprometimento de outros músculos do sistema mastigatório, como masseter e pterigóideo. Além de possíveis repercussões na estética facial, há relatos de disfunção da articulação temporomandibular, como dificuldade de mastigação, dor e trismo. O tratamento pode ser feito de forma conservadora, através de medidas não-invasivas ou por meio de procedimentos cirúrgicos. O presente trabalho objetiva trazer uma revisão da literatura e relatar o caso de uma paciente jovem com queixas exclusivamente estéticas relacionadas à proeminência bitemporal, diagnosticada com hipertrofia temporal e masseterica, e sua condução terapêutica.

Palavras-chave: Hipertrofia, transtornos da articulação temporomandibular, anormalidades musculoesqueléticas músculo temporal, músculo Masseter.

ABSTRACT

Bilateral hypertrophy of the temporal muscle is uncommon and may be associated with involvement of other muscles of the masticatory system, such as the masseter and pterygoid. In addition to possible repercussions on facial aesthetics, there are reports of dysfunction of the temporomandibular joint, such as difficulty in chewing, pain and trismus. Treatment can be done conservatively, through non-invasive measures or through surgical procedures. The present work aims to bring a literature review and report the case of a young patient with exclusively aesthetic complaints related to bitemporal prominence, diagnosed with temporal and masseteric hypertrophy, and its therapeutic conduct.

Keywords: Hipertrophy, temporomandibular disorders, musculoskeletal abnormalities, temporal muscle, Masseter muscle

1 INTRODUÇÃO

As desarmonias mais acentuadas do contorno facial habitualmente apresentam como causa principal o comprometimento ósseo, que conseqüentemente leva à uma deformidade dos tecidos moles associada. Uma condição pouco frequente, mas que na maioria dos casos pode comprometer negativamente o contorno craniofacial, consiste na Hipertrofia Idiopática do Músculo Temporal, eventualmente associada à hipertrofia da musculatura massetéica uni ou bilateralmente.¹ Apresentamos o caso de uma paciente jovem, com queixas estéticas de proeminência bitemporal há aproximadamente 10 anos.

2 RELATO DE CASO

Descrevemos o caso de uma paciente de 22 anos, encaminhada ao nosso serviço por queixas de insatisfação com a aparência facial, especialmente relacionadas à proeminência bilateral em região temporal. Durante a avaliação clínica, observou-se moderado aumento de volume em região temporal e pré-auricular bilateralmente, acentuando-se durante o cerramento e compressão dos dentes. (Fig.1)

As queixas eram essencialmente estéticas, uma vez que negava qualquer sintoma sugestivo de hábitos parafuncionais, dores faciais, bruxismo, estalidos ou crepitação em articulação temporomandibular (ATM). À avaliação intrabucal, apresentava oclusão dentária em Classe I de Angle e fazia uso de aparelho ortodôntico para nivelamento e alinhamento dental. Nenhuma anormalidade foi observada durante o exame da ATM.

A partir das imagens obtidas através de Tomografia Computadorizada (TC) de crânio e face, observou-se a acentuada hipertrofia homogênea da musculatura temporal e massetéica bilateralmente.(Fig.2) O diagnóstico de Hipertrofia Idiopática do Músculo

Temporal e Masseter (HIMTM) bilateral foi estabelecido e proposto o tratamento de ressecção cirúrgica parcial da musculatura comprometida através de acesso bicoronal e intraoral bilateral sob anestesia geral.(Fig.3) A paciente evoluiu com edema moderado da face nas primeiras 48 horas com regressão progressiva, recebendo alta hospitalar com 72 horas de pós-operatório. A limitação da abertura bucal nas primeiras 2 semanas e o edema residual foram as queixas principais durante o acompanhamento pós-operatório.

3 DISCUSSÃO

A HIMTM descrita inicialmente por Legg em 1880² apresenta como características principais o acometimento estético essencialmente, sem uma relação tão freqüente com queixas funcionais, como aparentemente era de se esperar. A proeminência temporal, que na maior parte dos casos é de acometimento bilateral, consiste na principal queixa. A hipertrofia da musculatura mastigatória com comprometimento massetérico, temporal e, além disso, do músculo pterigóideo medial é descrito na literatura. São descritas também situações de acometimento unilateral ou até mesmo de comprometimento contralateral, ou seja, temporal aumentado de um lado e músculo masseter do outro.^{3,4} A hipertrofia dos músculos temporais conferem de maneira subjetiva uma aparência de agressividade e, segundo alguns autores, até mesmo de violência. Devido a esses traços fortes e que denotam tais características, Morselli em 1993 buscou na mitologia grega o termo Minotaur, atribuindo o nome de Síndrome de Minotauro à condição de hipertrofia dos músculos temporais.⁵ A hipertrofia da musculatura mastigatória pode ser de etiologia congênita ou adquirida. Usualmente a forma adquirida é resultado de hábitos mandibulares parafuncionais tais como bruxismo e hiperfunção mastigatória.¹

O diagnóstico diferencial inclui desde condições inflamatórias até neoplasias. São elas: miopatia inflamatória, miosite proliferativa, distrofia muscular, lipomatose, hemangioma cavernoso, lipossarcoma, rabdomiossarcoma, leucemia infiltrativa e linfoma.⁶

O diagnóstico da HIMTM é basicamente clínico. Durante a coleta da história clínica, é de fundamental importância a caracterização e quantificação de possíveis queixas de dores faciais, dificuldade ou dor durante a mastigação, presença de bruxismo e história de trauma ou cirurgia recente na face. Habitualmente o exame físico confere poucos achados além de uma proeminência de tecidos moles no escalpo, muitas vezes em região pré-auricular, de consistência fibroelástica e que tende a acentuar-se com o

cerramento e compressão dos dentes. Embora isso seja verdade, recomenda-se a avaliação da ATM bem como de exame intrabucal com especial atenção a oclusão dentária.

A Ultrassonografia, assim como o uso da Ressonância Nuclear Magnética, são considerados exames de escolha pois permitem boa avaliação quanto a limites e características de hetero ou homogeneidade de toda extensão muscular. A TC, apesar de privilegiar a avaliação de estruturas ósseas, permite excelente individualização das partes moles em relação ao osso, além da melhor disponibilidade e independência do operador. (Fig.2). Naqueles casos de unilateralidade e quando os exames de imagem não forem suficientes para elucidação diagnóstica, a biópsia está indicada.^{3,6,7} No caso apresentado, a paciente apresentava uma história de proeminência em região temporal com aproximadamente 10 anos de evolução e de comprometimento bilateral e os achados de homogeneidade da musculatura temporal e masseterica na TC nos levaram ao diagnóstico de HIMTM.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de hipertrofia idiopática da musculatura mastigatória, o tratamento conservador muitas vezes é considerado pelo paciente uma vez que passa a considerar a benignidade da condição. Naqueles casos em que são identificados fatores predisponentes para uma maior reatividade da musculatura, a correção de hábitos parafuncionais através do uso de placas mio-relaxantes ou drogas que relaxam a musculatura estão indicados prioritariamente.

A redução volumétrica da musculatura hipertrófica através de sua ressecção parcial, como aplicado nesse caso, consiste em uma opção terapêutica mais tradicional.⁸ Isso porque, mais recentemente, a aplicação de toxina botulínica tanto em masseter como em músculo temporal hipertróficos parece apresentar bons resultados estéticos. A aplicação de toxina botulínica apresenta a vantagem de ser um procedimento ambulatorial, de pequena morbidade, com resultados satisfatórios, mas que exige aplicação periódica. Alternativamente, Morselli (2000) descreveu a inserção de cânulas especiais a partir de pequenas incisões sob anestesia local e sucção da musculatura hipertrófica como uma forma de tratamento.⁹

4 CONCLUSÃO

A HIMT consiste em uma condição pouco frequente e não apresenta repercussões clínicas na maioria dos casos, por outro lado, pode manifestar importante comprometimento do contorno craniofacial. A correção cirúrgica, apesar de outras

propostas de tratamento, permanece como medida de escolha, tendo demonstrado resultados bastante satisfatórios.

REFERÊNCIAS

1. Ali K, Sittampalam G, Malik MA. Bilateral temporalis hypertrophy. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2010;39;292–307.
2. Legg JW. Enlargement of temporal and masseter muscles on both sides. *Trans Pathol Soc*.1880;31;361-6.
3. Ozturk E, Mutlu H, Sonmez G, Sildiroglu HO, Basekim CC, Kizilkaya E. Unilateral temporalis muscle hypertrophy with contralateral masseteric hypertrophy. *Dentomaxillofacial Radiology*. 2007;36;296–7.
4. Rokadiya S, Malden NJ. Variable presentation of temporalis hypertrophy- A case report with literature review. *British Dental Journal*. 2006;201(3);153-5.
5. Morselli, PG. The Minotaur syndrome: Plastic surgery of the facial skeleton. *Aesthetic Plast. Surg*. 1993;17;99-102.
7. PA Set, JM Somers, PD Britton, CE Freer. Pictorial review: benign and malignant enlargement of the pterygo-masseteric muscle complex. *Clin Radiol*.1993: 48;57-60.
6. Lowry TR, Helling E. Unilateral temporal muscle hypertrophy: A rare clinical entity. *ENT: Ear Nose and Throat J*. 2003;82;198-200.
8. Serrat A, Garcia-Cantera J M, Redondo L M. Isolated inilateral temporalis muscle hypertrophy: a case report. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1998;27;92-3.
9. Morselli P G. Temporalis muscle hypertrophy; a new plastic surgery procedure. *Plast Reconstr Surg*. 2000;106;1156-61.

ANEXOS

Figura 1: Foto frontal da paciente. Pré-operatório (esquerda) e pós-operatório (direita).



Figura 2: Cortes axiais de TC de Face evidenciando a hipertrofia do músculo temporal bilateral (esquerda) e músculo masseter bilateral (direita).

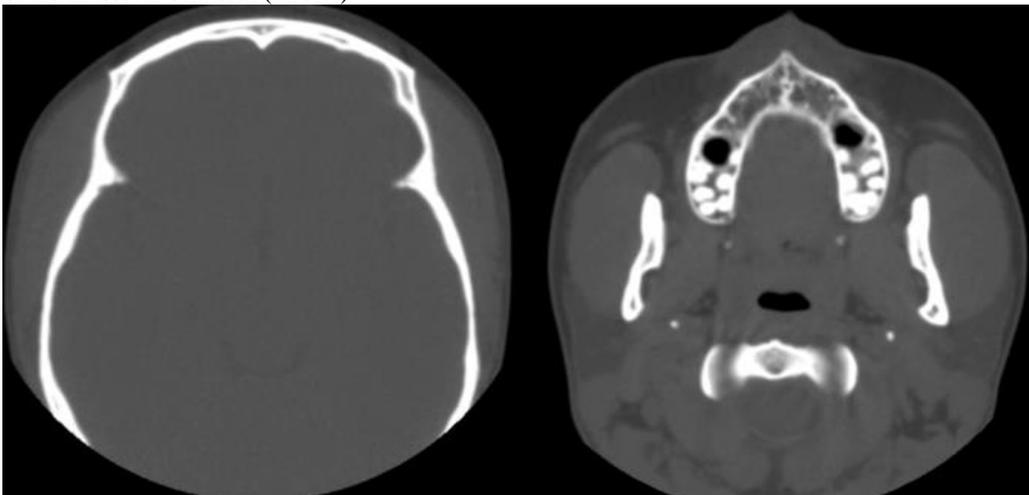


Figura 3: Acesso bicoronal e m. temporal bilateral parcialmente ressecado (esquerda) e acesso intraoral e m. masseter esquerdo ressecado parcialmente em sua porção medial. (direita)

