1 - Hipertrofia Unilateral do Músculo Masseter

2 - Fibro-Odontoma Amelobástico em Terço Médio da Face

3 - Emprego do Enxerto Gengival Epitélio-Conjuntivo no Recobrimento Radicular

Unilateral Hipertrophy of The Masseter Muscle

Hipertrofia Unilateral do Músculo Masseter

- Sérgio Russi
- João Neudenir Arioli Filho
Professores de Prótese Total da FO/Araraquara/ UNESP.

INTRODUÇÃO

A face humana é naturalmente assimétrica. Contudo, por serem geralmente discretas tais assimetrias passam despercebidas não influindo na aparência facial. Quando acentuadas prejudicam a estética facial gerando desconforto psicológico e apreensão na pessoa afetada que geralmente as associa a enfermidades.

Etiológicamente as assimetrias faciais podem ser causadas por abscessos dento-alveolares, tumores, edema traumático, enfermidades da glândula parótida, paralisia facial, uso de goma de mascar, infecção muscular, causas idiopáticas e hipertrofia muscular.[12, 16,17]

Segundo SHORE[13], a hipertrofia muscular consiste no aumento do volume sem aumento do número de células ou fibras em decorrência de uma hiperatividade muscular.

A hipertrofia do músculo masseter pode ser uni ou bilateral, não é comum e conforme MAC KINNON[8], atinge mais adolescentes e adultos do sexo masculino. Pode ser causado por bruxismo, tônus muscular incontrolado com distúrbios emocionais, uso de goma de marcar, má-oclusão, mastigação unilateral, interferências oclusais com deslizamento da mandíbula e por causas congênitas.[1,7,12,16,17]

O exame clínico deve ser minucioso e visa descobrir, conforme SPOSTO et. al.[15] as anormalidades crânio-faciais que podem afetar o crescimento de estruturas do crânio e face e relacioná-las ao diagnóstico e tratamento. Para SILVA et al.[14], o exame deve começar por uma cuidadosa avaliação da face.

CASO CLÍNICO

M. A. P., estudante, sexo masculino, branco, com 21 anos de idade procurou a Clínica da Faculdade de Odontologia de Araraquara bastante apreensivo devido a um aumento na região lateral esquerda da face ao nível do ângulo da mandíbula (Fig. 1), o qual era mais perceptível ao abrir a boca (Fig. 2) e que havia surgido há 02 ou 03 anos como um pequeno nódulo.

O exame anamnésico não revelou qualquer enfermidade, tratamento médico ou uso de medicamentos pelo paciente que apresentava tensão emocional devido à proximidade dos exames vestibulares.

Todos os músculos da face, crânio, pescoço, nuca bem como as articulações temporomandibulares foram examinadas com palpação digital, não sendo observado

CONTATO C/ AUTOR:
E-mail: odonto@foar.unesp.br
DATA DE RECEBIMENTO:
Novembro/2004
DATA DE APROVAÇÃO:
Março/2005

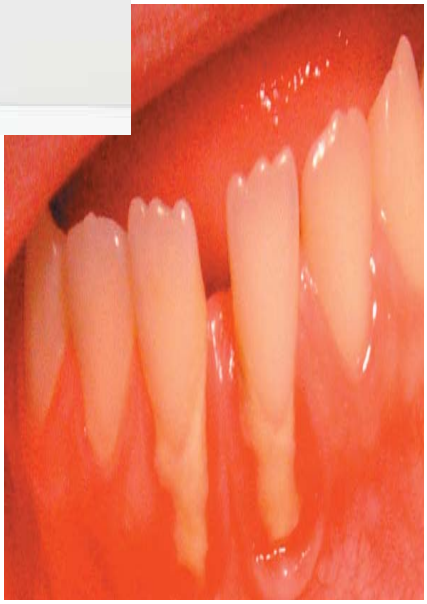

Fig. 1 - Hipertrofia do masseter lado esquerdo. Paciente boca fechada.

Fig. 2 - Hipertrofia do masseter lado esquerdo. Paciente boca aberta.

mialgias, artralgias ou outros sinais e sintomas.

O músculo masseter foi palpado com os dedos indicadores colocados dentro e fora da boca e simultaneamente como recomendam GARCEZ et al.[5], notando-se no lado afetado uma massa densa, contrátil e indolor principalmente ao apertar os dentes.[2]

A mucosa oral apresentava-se íntegra, com cor e textura normais e as condições de higiene oral e dos dentes eram satisfatórias. O exame das glândulas parótidas não revelou dor ou anormalidades, com um fluxo salivar normal.

No exame radiológico não foram detectadas alterações nas estruturas examinadas.

Os movimentos mandibulares eram realizados sem restrições e a oclusão do paciente apresentava desoclusão pelo canino bilateral e na protusão a guia anterior desocluia os dentes posteriores.

Contudo, no fechamento em relação central (RC) detectou-se uma interferência nos dentes 14 e 44 entre a cúspide palatina e a vestibular respectivamente com facetas de desgaste (Fig. 3) e deslizamento lateral até atingir a oclusão, notando-se durante o deslizamento uma seqüência de contrações isométricas apenas no masseter esquerdo com tremulações, cessando ao atingir a oclusão.

Em razão dos resultados negativos dos exames realizados, o caso foi diagnosticado como hipertrofia unilateral do masseter devido uma hiperatividade muscular, pois tais hipertrofias podem ser confundidas com tumor da parótida.

O tratamento consistiu no desgaste seletivo da interferência oclusal com refinamento posterior, obtendo-se uma oclusão livre e estável que permitia um fechamento da boca com ambos os masseteres funcionando equilibradamente sem as contrações anormais do músculo afetado.

Paralelamente, em virtude da tensão emocional, foi dado ao paciente orientação a esse respeito.

Progressivamente notou-se uma sensível melhora do quadro clínico sendo o paciente alertado sobre uma redução lenta da assimetria facial, tendo o mesmo aceitado plenamente a situação.

Embora o uso de placa miorrelaxante seja também indicado[9] esta terapia não foi utilizada em virtude da evolução satisfatória do caso.

DISCUSSÃO

O músculo masseter é o mais potente músculo mastigador graças a sua relação de inervação. Conforme CARLSÖO[3], este músculo possui em média 1452 unidades motoras cada uma inervando um grupo de 640 fibras musculares. Para CHRISTENSEN, MOHAMED e RUGH [4] o masseter é muito sensível ao apertamento dos dentes o qual associado à tensão física e emocional pode causar sobrecarga e hiperatividade musculares.[6,11]

Com efeito, a interferência oclusal na área retrusiva durante o fechamento em relação central (RC) com deslizamento lateral observado neste caso gerou hiperatividade e hipertrofia do masseter do lado oposto, pois estes deslizamentos podem funcionar como indutores de tensão muscular [10].

CONCLUSÃO

1. A hipertrofia muscular decorre de uma hiperatividade funcional;

2. Existe correlação entre interferência oclusal, tensão psíquica e hiperatividade muscular;

3. O desgaste seletivo corretamente indicado e executado é um recurso útil ao clínico.

RESUMO

A hipertrofia muscular constitui uma alteração causada por uma hiperatividade funcional. Neste trabalho é apresentado um caso de hipertrofia unilateral do masseter, os fatores etiológicos e o tratamento empregado.

Palavras-Chave: Hipertrofia, Músculo Masseter, Hiperatividade

ABSTRACT

The muscular hipertrophy constitutes a alteration caused by a functional hiperactivity. In this paper a case of

Fig. 3 - Faceta de desgaste, dente 14.

unilateral hipertrophy of the masseter muscle is presented as well as the etiological factors and the treatment used.

Key Words: Hipertrophy, Masseter Muscle, Hiperactivity

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARTON, R.T. The dental significance of benign masseteric hipertophy. **Dent. Digest**., v.63, p.552-554, Dec. 1947.

2. BECCHERS, H.L. Masseteric muscle hipertrophy and intra-oral surgical correction. **J. Maxillofacial Surg**., v.5, p.28, 1977.

3. CARLSÖO, S. Motor units and action potentrals in mastigatory muscles. An eletromyographic study of the form of the action potencials and a anatomic study of the units. Acta Morphol. Neerl. Scand., v.2, p.13-19, 1958 apud STALBERG, E. et al. Eletrophysiological study of the size and fibre distribution of motor units in the human masseter and temporal muscles. **Arch. Oral Biol.**, v.31, n.8, p.521-527, Aug. 1986.

4. CHRISTENSEN, L.V., MOHAMED, E., RUGH, J.D. Isometric endurance of human masseter muscle during consecutive bouts of tooth clenching. **J. Oral Rehabil**., v.12, n.6, p.509-514, Nov. 1985.

5. GARCEZ F°, J.A., SANTOS, J.S. Hipertrofia do músculo masseter. Revisão da literatura com apresentação de técnica cirúrgica optativa. **Revista Bras. Odontol**., v.67, n.5, p.34-40, set/out. 1990.

6. GOMES, A.A. Síndrome "dor-disfunção" de oclusão traumática, hipertrofia masseterina e tumefação da parótida. **Odontol. Mod**., v.7, n.11/12, p.9-16, nov/dez. 1980.

7. GREENWOOD, F.L. Masticatory muscle disorders. In: ZARB, G.A. et al. **Temporomandibular joint and masticatory muscle disorders**. 2 ed. Copenhagen: Munksgaard, 1994, p.256-270.

8. MAC KINNON, D.M. Hipertrophy of the masseter muscle following submandibular abscesses. **Br. J. Oral Surg**., v. 5, p.181-185, Mar. 1968.

9. OKESON, J.P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 4 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000. cap.14, p.364-365.

10. POSSELT, U. **Fisiologia de la oclusion y rehabilitacion.** 2 ed. Barcelona: Ed. Jims, 1981, cap.4, p.86.

11. RAMFJORD, S.P., ASH Jr., M. **Oclusion**. México: Interamericana, 1972, cap.8, p167-168.

12. SHAFER, W.G., HINE, M.K., LEVY, B.M. **Tratado de patologia bucal**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara KOOGAN, 1987. cap.17, p. 808.

13. SHORE, N.A. **Occlusal equilibration and temporomandibular joint dysfunction**. Philadelphia: Lippincott, 1959, p.51.

14. SILVA, F.A., SILVA, W.A.B., PEGORARI, L. Hipertrofia bilateral do músculo masseter. **Âmbito Odontológic**o, v.2, n.7, p.145-147, nov.1991.

15. SPOSTO, M.R. et al. Hipertrofia bilateral do músculo masseter. Caso clínico. **Odontol. Mod**., v.10, n.11/12, p.31-34, nov/dez. 1983.

16. WADE, W.M., ROY, E.W. Idiopatic masseter muscle hipertrophy: report of case. **J. Oral Surg**., v.29, p.196-200, Mar. 1971.

17. WOOD, J.D. Masseteric hipertrophy and its surgical correction. **Br. Dent. J**., v.152, n.12, p.416-417, June. 1982.