

# Hipertrofia do Músculo Masseter

Luiz Carlos Manganello-Souza<sup>1</sup>

Alexandre Jácome de Oliveira<sup>2</sup>

Maria Esther S. Alpire<sup>3</sup>

José Antonio Trigo-Merida<sup>4</sup>

- 1] Chefe da bucomaxilofacial da Santa Casa de São Paulo.
- 2] Residente de bucomaxilofacial da Santa Casa de São Paulo.
- 3] Estagiária de bucomaxilofacial da Santa Casa de São Paulo.
- 4] Assistente da bucomaxilofacial da Santa Casa de São Paulo.

Trabalho realizado no setor de cirurgia  
bucamaxilofacial da Santa Casa de São Paulo.

Endereço para correspondência:

R. Itapeva, 500 Conj. 1-C

São Paulo - SP

01332-000

Fone: (11) 3176-3210

**Unitermos:** Hipertrofia de masseter; masseter.

## RESUMO

*Foram estudados 20 pacientes com hipertrofia de masseter submetidos a tratamento cirúrgico. A idade variou de 15 a 30 anos, sendo 13 mulheres e 7 homens. A queixa principal dos pacientes era estética relacionada ao aumento de volume na região do ângulo mandibular.*

*Nenhum dos pacientes referiu caso semelhante na família.*

*Pacientes foram submetidos a cirurgia com abordagem extra-oral nos primeiros casos e intra-oral nos últimos 3 anos. O tipo de cirurgia realizada variou conforme a característica da deformidade. Usamos a classificação seguinte: 1 – massetérica (6% dos pacientes); 2 – massetérica-óssea (65%); 3 – óssea (29%).*

*Assim sendo as cirurgias se dividiram em: Grupo 1 = ressecção muscular; grupo 2 = ressecção muscular e osteotomia (ostectomia) e grupo 3 = osteotomia (osteotomia).*

*É esperado um período de trismo nos pacientes principalmente naqueles em que foi ressecado o músculo. Todos os pacientes relataram melhora na estética facial com a técnica cirúrgica utilizada.*

## INTRODUÇÃO

A hipertrofia do músculo masseter é um desenvolvimento excessivo, uni ou bilateral, do músculo, levando na maioria dos casos a um desconforto estético para o paciente<sup>(1)</sup>.

Segundo Boyd (1953), apud Sposto et al.<sup>(2)</sup>, a hipertrofia corresponde ao aumento de tamanho do órgão, determinado pelo aumento no tamanho individual das células ou fibras, sem variações na quanti-

dade das mesmas.

Muitos autores creditam a Legg (1880), *appud* Wade et al.<sup>(3)</sup>, o primeiro relato de hipertrofia de masseter, em uma garota de 10 anos de idade.

A etiologia da hipertrofia do músculo masseter é obscura e tem sido atribuída a esforços mastigatórios unilaterais por perda de dentes, a desordens da articulação temporomandibular; ou ainda a hábitos parafuncionais como o bruxismo ou o uso prolongado de goma de mascar. Acomete geralmente adultos jovens, entre a segunda e terceira décadas de vida.

A hipertrofia de masseter normalmente é acompanhada por esporão ósseo que se estende posteriormente ao ângulo mandibular, proporcionando aos pacientes um aspecto de rosto quadrangular<sup>(4,6)</sup>.

O paciente normalmente procura atendimento com queixa de aumento de volume uni ou bilateral em região de ramo mandibular. Raramente há uma história de dor, e se presente é bem definida e localizada<sup>(2)</sup>.

No diagnóstico clínico é importante pedir para que o paciente aperte os dentes e assim à palpação é possível sentir a hipertonidade do músculo e também verificar irregularidade no ângulo mandibular, bem como o aumento deste. Radiograficamente é possível observar a presença de um esporão ósseo no ângulo mandibular na sua porção mais inferior no lado afetado<sup>(1)</sup>.

O diagnóstico diferencial é feito com relação a lesões da glândula parótida, lipoma ou mesmo tumores ósseos.

Apresentamos nossa experiência no tratamento de pacientes com hipertrofia de masseter e uma classificação para auxiliar no tratamento.

## MATERIAL E MÉTODO

Foram avaliados 20 pacientes no período de 1994 a 1998 com diagnóstico de hipertrofia do músculo masseter e que foram submetidos a tratamento cirúrgico, sendo 7 homens e 13 mulheres. A idade variou de 15 a 30 anos, com uma média de 18,94 anos.

A queixa dos pacientes estava relacionada à estética em 53% e 24% à estética associada a dor e em 23% relacionada somente à dor, sendo que 66% das mulheres relataram como queixa principal problemas apenas estéticos (Fig. 1).

Todos os pacientes relataram aumento de volume em face lento e progressivo. Em 72% dos casos o aumento de volume foi bilateral e em 28% unilateral. Os pacientes relatam início dos sinais e/ou sintomas a uma idade média de 18 anos, sendo que as mulheres relatam o problema mais precocemente, a uma idade de 13 anos, sendo na maioria dos pacientes (70%) um aumento volumétrico dos músculos masseterinos o sinal inicial do problema.

Nenhum dos pacientes relatou familiares com o mesmo quadro clínico; em 20% dos casos relataram uso prolongado de goma de mascar e ainda 25% relataram bruxismo; 55% dos pacientes não relataram hábitos parafuncionais.

A todos os pacientes foi solicitada radiografia panorâmica e PA de mandíbula no pré-operatório para avaliação da presença ou não de esporão ósseo.

Aproximadamente 80% dos pacientes apresentaram músculos da mastigação assintomáticos e 20% apresentaram o músculo masseter dolorido à palpação, sendo a queixa relatada em 25% das mulheres e 20% dos homens.

A abertura bucal pré-operatória variou de 36,00 mm a 56,00 mm; com uma média de 48 mm. Ao exame da oclusão, 53% dos pacientes apresentaram-se totalmente dentados, 47% parcialmente dentados, sendo totalmente dentados 42% das mulheres e 80% dos homens. Não houve pacientes desdentados.

Todos os pacientes foram submetidos a procedimento cirúrgico sob anestesia geral, sendo realizada a cirurgia por acesso extra-oral nos primeiros 5 casos e intra-oral nos últimos 15.

Dependendo do tipo de hipertrofia analisado, procedia-se ao tratamento cirúrgico. Assim sendo, pacientes com componente ósseo mais importante (Fig. 1) eram submetidos à ostectomia; aqueles com componente muscular (Fig. 2) à ressecção parcial da musculatura e aos casos compostos à redução da massa muscular e osteotomia (Figs. 3a e 3b).

Em 41% dos casos foi realizada remoção bilateral do feixe profundo do músculo masseter e osteotomia bilateral em L invertido.

Em 24% foi realizada remoção bilateral do feixe profundo do músculo masseter e ostectomia oblíqua bilateral do ângulo mandibular, e em 6% foi realizada somente remoção bilateral do feixe profundo.

Em 29% foi realizada osteotomia em L invertido, com ressecção mínima do músculo masseter.

Todas as amostras de tecido muscular foram enviadas para exame anatomopatológico, sendo 53% de tecido muscular hipertrofico; 33% músculo estriado sem particularidades; e em 13% o resultado não foi conclusivo.

No pós-operatório de dois meses a abertura bucal variou entre 10,00 mm e 44,00 mm, com uma média de 31 mm.

Em relação à queixa estética, 87% dos pacientes ficaram satisfeitos com o tratamento realizado e 13% não notaram diferença. E 100% dos pacientes com queixa dolorosa relataram melhora do quadro. Uma paciente apresentou hipertrofia da cicatriz submandibular que exigiu revisão.

## DISCUSSÃO

A Hipertrofia do Músculo Masseter continua sendo uma patologia de etiologia desconhecida e que apresenta um componente estético bastante importante cursando raramente com sintomatologia.

O tratamento para a hipertrofia de masseter pode ser conservador ou cirúrgico. No tratamento conservador destaca-se o uso da toxina botulínica tipo A. Defende-se este tipo de tratamento em relação ao tratamento cirúrgico no que diz respeito à possível necessidade de um acesso extra-oral, ao risco de danos ao nervo facial e ainda a morbidade pós-operatória que este tipo de tratamento cirúrgico pode levar; embora, por outro lado, a infiltração dessa proteína possa levar à atrofia do músculo, que pode ou não ser reversível.

Ainda assim, o tratamento cirúrgico para a hipertrofia do músculo masseter é o mais aceito e efetivo.

Giundice et al.<sup>(4)</sup> propõem uma classificação para a hipertrofia de masseter:

- ◆ Tipo I - hipertrofia palpável e visível somente em oclusão forçada.
- ◆ Tipo II- hipertrofia visível e com ângulo mandibular proeminente.
- ◆ Tipo III - Hipertrofia visível com exostose no ângulo mandibular.

Propõem ainda, como tratamento para tipo II, a remoção do hábito parafuncional, para o tipo III a correção cirúrgica e, o tipo I, apenas acompanhamento.

Hakan et al.<sup>(5)</sup> relatam ter obtido dos seus pacientes uma abertura bucal normal após 21 dias; não ter observado recidiva do quadro; e que o edema pós-operatório permaneceu por 3 meses.

Em relação ao diagnóstico e ao tratamento cirúrgico para a hipertrofia de masseter, não restam dúvidas. A clínica é o elemento mais importante para o diagnóstico, sendo complementado pela radiografia lateral para ângulo mandibular, a fim de confirmar a presença do esporão ósseo.

Alguns autores preferem o acesso submandibular, extra-oral, por apresentar-se de forma mais ampla para visualização do ângulo mandibular e do músculo, como relatado por Garcez & Santos<sup>(1)</sup>.

Embora o acesso extra-oral propicie maior facilidade, é também clara a desvantagem em produzir uma cicatriz na pele e correr o risco de lesão do nervo marginal mandibular; por isso, com o emprego da técnica intra-oral, defendida por Chee & Fei<sup>(7)</sup> e Wood<sup>(8)</sup> através de uma incisão linear em fundo de sulco de segundo molar até o ramo ascendente da mandíbula, descolamento e divulsão é possível chegar até o feixe profundo do músculo masseter, quando então parte deste é retirada e se necessário associa-se esta técnica à ostectomia ou à osteotomia do ângulo mandibular<sup>(5)</sup>.

Manganello et al.<sup>(9)</sup> preconizam a utilização da via intra-oral seguida de osteotomia em L invertido, sem ressecção óssea, em casos em que não há um aumento significativo do músculo masseter. A abordagem extra-oral deve ser usada nos serviços que não dispuserem do instrumental (afastadores e serra) para a osteotomia ou ostectomia, apesar de que o paciente deve ser informado do caráter estético da deformidade, e que, portanto, ao incisar a pele, o cirurgião provocará uma cicatriz que também terá um comprometimento estético e variará de acordo com a tendência do paciente.

Já Nishida & Izuda<sup>(10)</sup> preconizam a ostectomia oblíqua do ângulo mandibular, associada à remoção parcial do músculo através de acesso intra-oral.

Hakan et al.<sup>(5)</sup> enfatizam a necessidade da realização de curativo compressivo tipo capacete no pós-operatório imediato para prevenir complicações como he-

matoma e salientam que um edema importante é esperado.

Em nossa experiência podemos notar que a patologia não tem caráter hereditário e, em 41% dos casos, o comprometimento era bilateral.

O tratamento cirúrgico variou de acordo com a ocorrência de um esporão ósseo importante ou não. Concordamos com Nishida & Izuda<sup>(10)</sup> com relação à necessidade de ostectomia, entretanto a remoção muscular depende do grau da hipertrofia, uma vez que produz edema, hematoma e dificuldade de abertura de boca que se estende por até 6 meses.

O acesso intra-oral, desde que o cirurgião possua o instrumental adequado para afastamento e osteotomia, possibilita a realização da cirurgia sem a ocorrência de cicatriz.

## CONCLUSÃO

Foi possível constatar, de acordo com a nossa amostra e a literatura, que esta patologia acomete adultos

jovens, numa média de 19 anos, mais o sexo feminino e a raça branca.

A escolha da técnica a ser usada está diretamente relacionada à clínica e à radiografia. Atualmente não indicamos mais a técnica com acesso extra-oral uma vez que pode deixar uma cicatriz que compromete a estética.

Quando o músculo é responsável pelo aumento de volume, procede-se a ressecção muscular (grupo I); quando há uma associação de aumento muscular e esporão ósseo, faz-se a ressecção muscular e osteotomia (grupo II); se o aumento é provocado pelo esporão ósseo, realiza-se a osteotomia (grupo III).

A osteotomia em L invertido no ângulo mandibular, e não a ostectomia, está indicada na maioria dos casos, uma vez que satisfaz as exigências estéticas e é tecnicamente de fácil execução.

## BIBLIOGRAFIA

Vide pág. 50.