

Hiperplasia unilateral do processo coronóide: relato de caso clínico

Unilateral hyperplasia of the mandibular coronoid process: case report

Luis Eduardo Schneider^{1*}, Kalinka Crivellaro Crusius Schneider², Gilberto Martins da Silva³,
Ricardo Smidt²

¹ Especialista e Mestre. Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Doutor em Odontologia. Professor Adjunto de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial ² Mestre. Cirurgia e Traumatologia bucomaxilofacial ³ Especialista. Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

Resumo

A hiperplasia do processo coronóide da mandíbula é uma alteração rara que geralmente afeta pacientes do sexo masculino e está associada à limitação da abertura bucal. A sua localização anatômica, imediatamente anterior à articulação temporomandibular e intermediária entre o corpo do osso zigomático e o arco zigomático, explicam esta perda funcional, quando presente. **Objetivo:** relatar o caso clínico de uma paciente jovem e do sexo feminino com hiperplasia unilateral do processo coronóide. **Relato de caso:** o caso de uma paciente jovem e do sexo feminino é apresentado com a peculiaridade de o processo coronóide articular-se com o corpo do osso zigomático, permitindo assim a realização dos movimentos mandibulares. A ressecção cirúrgica do processo coronóide foi a opção de tratamento objetivando a solução estética que a paciente procurava. **Conclusão:** a hiperplasia unilateral do processo coronóide em uma paciente do sexo feminino aos 12 anos de idade é rara e geralmente pacientes portadores destas alterações apresentam como principal característica clínica a limitação dos movimentos mandibulares. Contudo, neste caso, o processo coronóide hiperplasiado articula-se com o corpo do osso zigomático provocando alterações morfológicas em ambas as superfícies de contato. A técnica de coronoidectomia intrabucal foi realizada de acordo com a literatura e o contato entre o processo coronóide da mandíbula e o corpo do osso zigomático foi removido.

Palavras-chave: Hiperplasia. Anormalidades Maxilomandibulares. Cirurgia.

Abstract

Mandibular coronoid process hyperplasia is a rare condition generally affecting male patients and associated to limitation of mouth opening. Its anatomical location, immediately anterior to the temporomandibular joint and between the zygomatic bone body and the zygomatic arch explains this functional loss, when present. Objective: to report a case of 12-year-old female patient with unilateral hyperplasia of the coronoid process. Case report: the case of a young female patient is presented, showing a peculiar articulation of the coronoid process with the body of the zygomatic bone, which enabled performance of mandibular movements. Surgical resection of the coronoid process was the treatment choice to solve the aesthetic effect reported by the patient. Conclusion: unilateral hyperplasia of the coronoid process in a 12-year-old female patient is rare and in general, patients suffering from these alterations present limitation of mandibular movements as primary clinical feature. However, this case presents the peculiarity of the hyperplastic coronoid process articulating with the body of the zygomatic bone, which caused morphologic changes in both contact surfaces. The technique of intra-oral coronoidotomy was performed, according to literature descriptions, and the contact between coronoid process and the body of the zygomatic bone was removed.

Keywords: Hyperplasia. Jaw Abnormalities. Surgery.

INTRODUÇÃO

O crescimento anormal do processo coronóide da mandíbula é descrito na literatura pela primeira vez por Langenbeck em 1853 e pode ser classificado como bilateral ou unilateral, na proporção de 4,7:1¹⁻⁶. A incidência é maior no gênero masculino, na ordem de 5:1, em relação ao gênero feminino^{1,7}.

A alteração na dimensão do processo coronóide pode provocar limitação severa nos movimentos mandibulares e, conseqüentemente, limitação de abertura de boca. A sua localização anatômica, imediatamente anterior à articula-

ção temporomandibular e intermediária entre o corpo do osso zigomático e o arco zigomático, explicam esta perda funcional, quando presente⁸⁻¹¹.

As teorias que fundamentam a etiologia da hiperplasia do processo coronóide da mandíbula incluem alterações endócrinas, ação de fatores hereditários ou a hiperatividade do músculo temporal^{9,12,13}. O relato de trauma na região e a relação com um osteoma ou osteocondroma também foi considerada^{1,3,13,14,15}.

Os sintomas apresentados pelos pacientes podem ser limitação dos movimentos mandibulares, sensibilidade dolorosa na região e desvio no movimento de abertura mandibular para o lado afetado¹⁴.

Radiograficamente pode ser observado um aumento de volume do processo coronóide através das incidências

Correspondente/ Corresponding: *Luis Eduardo Schneider – End: Rua Joaquim Nabuco, Nº 828, sala Nº 1302, Novo Hamburgo/RS – CEP: 93310-002 – Tel: (51) 3593-1835 – E-mail: leschneider0@gmail.com

de Waters, perfil de face, panorâmica e lateral oblíqua de mandíbula^{12, 14, 16}. A tomografia computadorizada em reconstrução tridimensional pode auxiliar no diagnóstico por imagem, demonstrando a extensão e dimensões da deformidade da mandíbula¹⁷, bem como confirmar a interposição de um obstáculo mecânico para o movimento de abertura bucal^{16, 18}.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com outras enfermidades, tais como: (I) fibrose do músculo temporal pós-neurocirurgia, (II) anquilose entre processo coronóide e arco zigomático, (III) osteocondroma do processo coronóide, (IV) osteoma, (V) irradiação e (VI) reação a corpo estranho⁷.

O tratamento consiste na remoção cirúrgica do processo coronóide^{3, 18, 19}, cuja abordagem cirúrgica pode ser realizada de cinco formas diferentes: (I) incisão horizontal diretamente acima do arco zigomático, (II) acesso submandibular, (III) acesso intrabucal, (IV) acesso pré-auricular e (V) acesso por incisão bicoronal¹⁴. Adicionalmente, os pacientes portadores de limitações funcionais necessitam de tratamento fisioterápico no período pós-operatório, com o propósito de recuperar os movimentos mandibulares normais^{4, 6}. Ainda deve ser ressaltado que a presença de limitação de abertura de boca congênita associada a alterações em outras regiões do corpo podem ser indicativos de síndromes. Neste caso, a coronoidectomia pode ser um tratamento insuficiente para a recuperação da amplitude de abertura de boca⁸.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 12 anos, leucoderma, procurou atendimento junto ao Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Independência queixando-se de um aumento de volume na face, na região zigomática esquerda, durante o movimento de abertura de boca, que a incomodava esteticamente (Figura 1).

Figura 1 – Vista frontal com a boca aberta e aumento de volume na face do lado esquerdo.



Fonte: Autoria própria

Durante a anamnese a paciente relatou o aparecimento lento desta alteração e sem sintomatologia dolorosa. Ao exame físico observou-se, durante os movimentos de abertura de boca, a projeção de um aumento de volume no lado esquerdo da face. Exames complementares, na forma de radiografias nas incidências de waters, hirtz e perfil de face, demonstraram um aumento do processo coronóide da mandíbula no lado esquerdo, sugerindo o diagnóstico radiográfico de hiperplasia do referido processo (Figura 2).

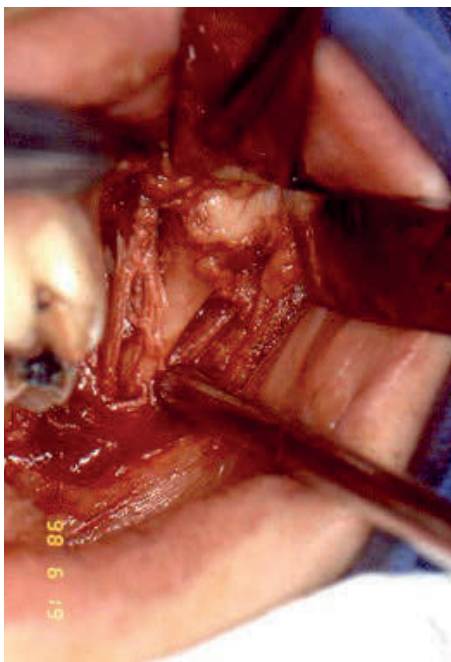
Figura 2 – Radiografia na incidência de Waters demonstrando o crescimento do processo coronóide esquerdo.



Fonte: Autoria própria

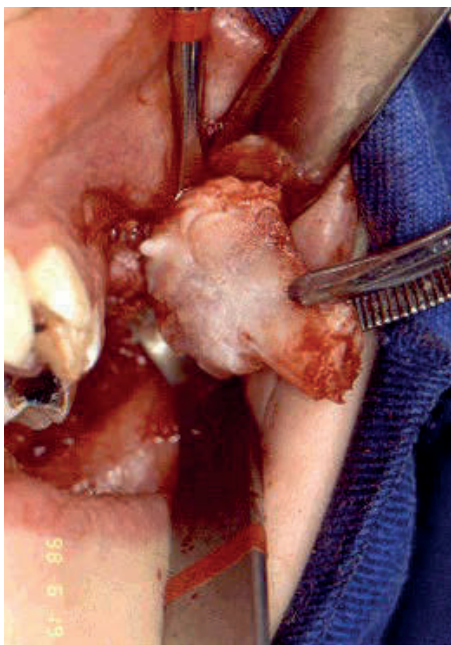
A ressecção cirúrgica do processo coronóide foi a opção de tratamento objetivando a solução estética que a paciente procurava. O procedimento foi realizado em ambiente hospitalar, no Hospital Independência, sob anestesia geral. Realizou-se uma incisão intrabucal, na região anterior do ramo mandibular esquerdo (Figura 3). O descolamento dos tecidos da porção lateral e medial do ramo mandibular foi obtido visualizando-se todo o processo coronóide. Após a desinserção das fibras do músculo temporal, uma osteotomia foi realizada na base desse processo seguido da remoção do fragmento superior (Figuras 4 e 5).

Figura 3 – Acesso cirúrgico intrabucal na região anterior do ramo mandibular esquerdo.



Fonte: Autoria própria

Figura 4 – Osteotomia realizada na base do processo coronóide seguida da remoção do fragmento superior.



Fonte: Autoria própria

Figura 5 – Peça cirúrgica removida.



Fonte: Autoria própria

No pós-operatório imediato a paciente apresentou grande edema e sintomatologia dolorosa. A utilização de um analgésico opióide foi necessária, administrando-se Bromalgina® 35 gotas de 6 em 6 horas, durante o período de dor mais aguda. Após cinco dias a paciente já realizava fisioterapia ativa com amplos movimentos mandibulares objetivando o restabelecimento da função normal da região. O acompanhamento pós-operatório ocorreu durante seis meses, sem alteração clínica do resultado do procedimento cirúrgico realizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hiperplasia do processo coronóide da mandíbula é uma alteração rara e que apresenta maior prevalência em indivíduos do sexo masculino. O caso relatado apresenta uma hiperplasia unilateral em um paciente do sexo feminino aos 12 anos de idade. Geralmente os pacientes portadores dessas alterações apresentam como principal característica clínica a limitação dos movimentos mandibulares; no entanto, este caso apresenta a peculiaridade do processo coronóide hiperplasiado articular-se com o corpo do osso zigomático provocando alterações morfológicas em ambas as superfícies de contato. A resolução do caso ocorreu através da realização da técnica de coronoidectomia intrabucal, conforme descrito na literatura, removendo-se o contato entre processo coronóide e o corpo do osso zigomático.

REFERÊNCIAS

1. ANTUNES, R. B. et al. Hipertrofia idiopática do processo coronóide mandibular: relato de caso e revisão da literatura. *Rev. Bras. Cir. Cranio-maxilofac.*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 254-258, 2010.
2. KREUTZ, R. W.; SANDERS, B. Bilateral coronoid hyperplasia resulting in severe limitation of mandibular movement. *J. Oral Surg.*, Chicago, v. 60, n. 5, p. 482-484, 1985.
3. HALL, R. E.; ORBACH, S.; LANDESBURG, R. Bilateral hyperplasia of the mandibular coronoid processes: a report of two cases. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, St. Louis, v. 67, n. 2, p. 141-145, 1989.

4. TOTSUKA, Y.; FUKUDA, H. Bilateral coronoid hyperplasia: report of two cases and review of the literature. **J. Cranio-Maxillo-Fac. Surg.**, Stuttgart, v. 19, n. 4, p.172-177, 1991.
5. FERREIRA, A. G. M.; DIEFENBACH, R. S.; HEITZ, C. Limitação de abertura bucal causada por hiperplasia bilateral do processo coronóide: relato de caso. **Rev. Odonto Ciênc.**, Porto Alegre, v. 21, n. 52, p. 199-202, 2006.
6. WENGHOEFER, M. et al. Hyperplasia of the Coronoid Process. **Asian J. Oral Maxillofac. Surg.**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 51-58, 2006.
7. McLOUGHLIN, P. M.; HOPPER, C.; BOWLEY, N. B. Hyperplasia of the mandibular coronoid process: an analysis of 31 cases and review of the literature. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Philadelphia, v. 53, n. 3, p. 250-255, 1995.
8. AZAZ, B.; ZELSTER, R.; NITZAN, D. W. Pathoses of coronoid process as a cause of mouth-opening restrictions. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St. Louis, v. 77, n. 6, p. 579-584, 1994.
9. GROSS, M. et al. The coronoid process as a cause of mandibular hypomobility – case report. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v. 24, n. 10, p. 776-781, 1997.
10. ISBERG, A.; ELIASSON, S. A cefalometric analysis of patients with coronoid process enlargement and locking. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, St. Louis v. 97, n. 1, p. 35-40, 1990.
11. CHAUHAN, P.; DIXIT, S. G. Bilateral elongated coronoid processes of mandible. **Int. J. Anat. Var. (IJAV)**, Turquia, v. 4, p. 25-27, 2011.
12. KUBOTA, Y.; TAKENOSHITA, Y.; TAKAMORI, K.; KANAMOTO, M.; SHIRASUNA, K. Levandoski panoramic analysis in the diagnosis of hyperplasia of the coronoid process. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Edinburgh, v. 37, n. 5, p. 409-411, 1999.
13. KIM, S.M. et al. Mouth opening limitation caused by coronoid hyperplasia: a report of four cases. **J. Korean Assoc. Oral Maxillofac. Surg.**, Korea, v. 40, p. 301-307, 2014.
14. HAYTER, J. P.; ROBERTSON, J. M. Surgical access to bilateral coronoid hyperplasia using the bicoronal flap. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Edinburgh, v. 27, n. 6, p. 487-493, 1989.
15. COSTA, Y. M. et al. Coronoid process hyperplasia: an unusual cause of mandibular hypomobility. **Braz. Dent. J.**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 252-255, 2012.
16. TORENEK, K. et al. Clinical and radiological findings of a bilateral coronoid hyperplasia case. **Eur. J. Dent.** Turquia, v. 9, n. 1, p. 149-152, 2015.
17. MUTOH, Y. et al. Three-dimensional analysis of condylar hyperplasia with computed tomography. **J. Cranio-Maxillo-Fac. Surg.**, Stuttgart, v. 19, n. 2, p. 49-55, 1991.
18. MONEVSKA, D. P. et al. Mandibular movement restoration in a child with bilateral coronoid hyperplasia: a case report. **OA Maced J Med Sci.**, Republic of Macedonia, v. 4, n. 2, p. 293-295, 2016.
19. SHULTZ, R. E.; THEISEN, F. C. Bilateral coronoid hyperplasia. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St. Louis, v. 68, n. 1, p. 23-26, 1989.

Submetido em: 04/08/2016

Aceito em: 01/10/2016