

# Hipertrofia da Apófise Coronoide - Um Caso Clínico

Tiago Morais Caldas\*, João Carlos Pinho\*\*, Marcelo Miranda\*\*\*, Francisco Morais Caldas\*\*\*\*

**Resumo:** A limitação da abertura da boca é uma situação muito frequente. Neste estudo é descrito um caso clínico de limitação da abertura da boca devido a uma hipertrofia da apófise coronoide em que concomitantemente existe uma anteposição discal homolateral da articulação temporomandibular. A história clínica foi muito sugestiva da presença de um desarranjo interno da articulação, sendo no entanto incongruente com os resultados do exame clínico. Os meios auxiliares de diagnóstico foram fundamentais para o diagnóstico da hipertrofia da apófise coronoide. A terapêutica instituída consistiu na redução cirúrgica da Apófise Coronoide direita e discotomia na articulação direita. Após a cirurgia o doente foi submetido a fisioterapia específica para reabilitação da cinemática mandibular.

**Palavras-Chave:** Apófise Coronoide; Articulação temporomandibular; Anteposição discal

**Abstract:** The limited mouth opening is a very usual situation. In this study we describe a clinical report of limited mouth opening due to a coronoid process hyperplasia associated to an anterior disc displacement in the same side. The clinical history suggested a TMJ internal derangement. However the data collected didn't justify the diagnostic. The imagiologic diagnostic tools were fundamentals to achieve a final diagnostic. The therapeutic option was a surgical reduction of the coronoid process and a discotomy in the same side. After surgery, the role of postoperative physiotherapy was emphasized to improve function as quickly as possible.

**Key-words:** Coronoid process; Temporomandibular joint; Anterior disc displacement

(Caldas TM, Pinho JC, Miranda M, Caldas FM. Hipertrofia da Apófise Coronoide - Um Caso Clínico. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2006;47:103-106)

\*Médico dentista. Assistente Convidado de Oclusão, ATM e Dor Orofacial da FMDUP

\*\*Médico dentista. Professor Associado de Oclusão, ATM e Dor Orofacial da FMDUP

\*\*\*Médico estomatologista. Assistente Convidado de Oclusão, ATM e Dor Orofacial da FMDUP

\*\*\*\*Médico estomatologista. Professor Catedrático de Oclusão, ATM e Dor Orofacial da FMDUP

## INTRODUÇÃO

A Limitação da Abertura da Boca (LAB) é uma situação muito frequente<sup>(1)</sup>. Pode ter como origem causas intra ou extra-articulares. Neste artigo iremos abordar uma causa de LAB com origem extra-articular, a Hipertrofia da Apófise Coronoide (HAC)<sup>(2)</sup>. A HAC foi descrita pela primeira vez em 1853 por von Langenbeck<sup>(3)</sup>. É uma situação rara, surgindo geralmente após a puberdade, sendo mais frequente nos indivíduos do sexo masculino (numa proporção de 5 para 1)<sup>(4)</sup>.

Etiologicamente, a HAC tem, na maioria das situações, causa desconhecida. Alguns autores relacionaram-na com hiperatividade dos músculos temporais, processos inflamatórios locais, trauma e patologia tumoral<sup>(5)</sup>.

O diagnóstico deste tipo de LAB é difícil, uma vez que devido à raridade desta patologia, os clínicos não a pesquisam com a frequência desejável<sup>(3)</sup>. Sendo a história clínica bastante importante, o recurso à imagiologia é a forma ideal de se conseguir um diagnóstico definitivo.

As técnicas imagiológicas mais utilizadas no diagnóstico da HAC são a Ortopantomografia e a Tomografia Compu-

torizada (TC), sendo esta de acordo com vários auto-res, o meio de diagnóstico de excelência<sup>(6-8)</sup>.

A terapia da HAC é cirúrgica. Por norma efectua-se uma abordagem intra-oral, conseguindo-se resultados satisfatórios e permanentes.

## CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino com 30 anos, apareceu na nossa consulta em Setembro de 2003, com queixas de acentuada diminuição da abertura da boca, dor e sensação de crepitação na ATM direita. O doente referiu dormir em decúbito ventral.

Desde a sua adolescência que refere uma limitação progressiva da abertura da boca. O doente refere dor constante na ATM direita, com estalidos e bloqueio intermitente de abertura, há cerca de 2 anos. Nessa altura, o seu médico-dentista confeccionou-lhe uma goteira de oclusão em relação cêntrica que utiliza desde essa data.

O exame da cinemática mandibular mostrou valores de abertura máxima muito diminuídos (20 mm). Os valores registados durante as lateralidades foram de 8 mm para o lado direito e de 2 mm para o lado esquerdo. A protrusão de 5 mm, com desvio acentuado para o lado direito. Confirmou-se a presença de crepitação na articulação direita com ausência de estalido. A goteira foi ajustada. O doente foi instruído no sentido de eliminar hábitos nocivos do seu quotidiano (parafunções, posição de dormir e posições posturais viciosas). Foi pedida uma ortopantomografia (Fig.1).

Em Novembro de 2003, realizou-se novo exame clínico não se tendo verificado alterações da cinemática mandibular, mantendo-se a sintomatologia dolorosa pelo que questionamos a utilidade da goteira. O exame da ortopantomografia mostrou uma HAC no lado direito, que no entanto não explicava as crepitações articulares. Para melhor clarificação da situação, foi pedido uma TC à apófise coronoide (Fig. 2, 3 e 4) e uma RMN às ATMs (Fig. 5). Nessa altura foi feito um diagnóstico provisório de uma anteposição discal direita sem redução e HAC direita. O doente foi enviado à consulta de Cirurgia Maxilo-Facial, onde foi submetido a intervenção cirúrgica para redução da Apófise Coronoide direita e dissectomia na articulação direita. O pós-operatório ocorreu sem incidentes. Posteriormente o doente foi submetido a fisioterapia específica durante 6 meses.

Actualmente, não refere dor durante a cinemática mandibular, conseguindo uma abertura máxima de 39 mm,

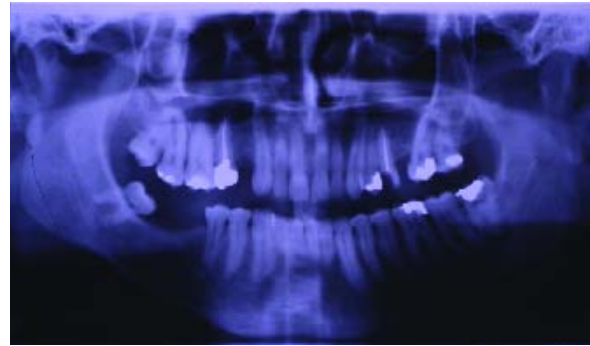


Figura 1 - Ortopantomografia

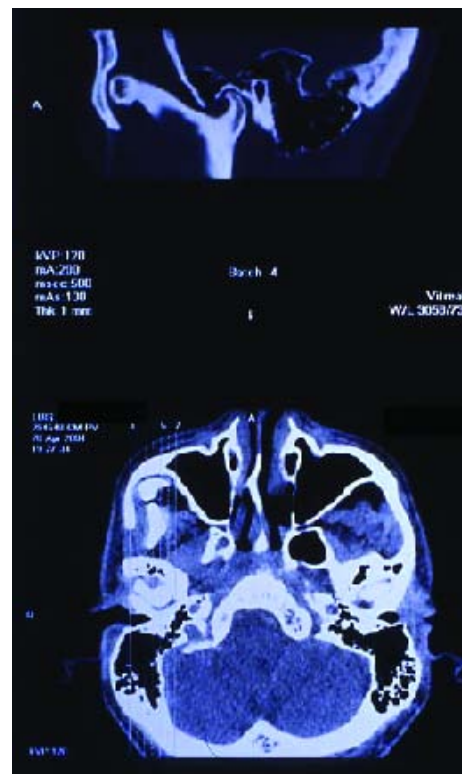


Figura 2 - TC apófise coronoide

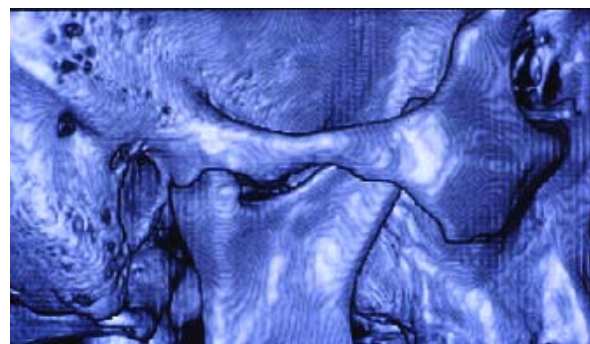


Figura 3 - TC 3D

uma lateralidade direita 9 mm e uma lateralidade esquerda de 8 mm.



Figura 4 - TC 3D

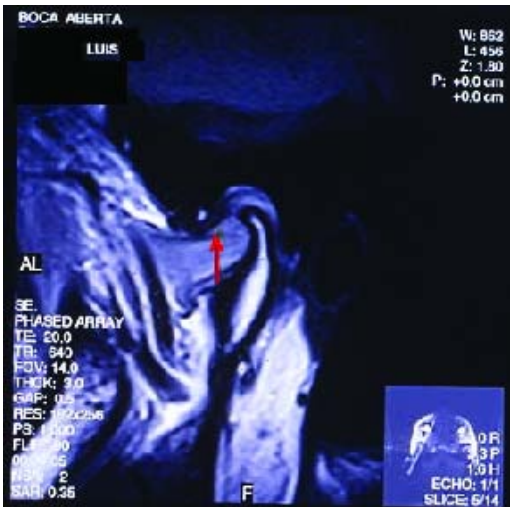


Figura 5 - RMN - anteposição discal

## DISCUSSÃO

A limitação da abertura da boca é uma patologia frequente. Do ponto de vista etiológico, as patologias muscular e intra-articular, são responsáveis pela maior parte dos casos. Por outro lado, a HAC é uma situação rara, sendo poucas vezes pesquisada. Assim, quando etiologicamente a limitação da abertura da boca está associada a uma HAC, o diagnóstico poderá ser difícil, devido à raridade da patologia.

Neste caso, o doente relatou a presença de estalido recíproco na articulação direita e episódios de bloqueio intermitente há cerca de 2 anos, tendo os mesmos desaparecido recentemente com agravamento da limitação de abertura da boca e aparecimento de crepitação. Estes dados levaram-nos a suspeitar que a anteposição discal com redução espontânea da articulação direita, tenha evoluído para uma anteposição discal sem redução. Foi pedida uma

ortopantomografia, exame de rotina fundamental para o estudo de um doente com uma desordem temporomandibular. A observação cuidada da ortopantomografia permitiu formular a hipótese de hipertrofia da apófise coronóide direita. Esta hipótese justificava apenas a limitação progressiva da abertura da boca mas não explicava o historial de estalido articular e bloqueio intermitente da abertura. Deste modo, foi considerado necessário requisitar os exames auxiliares de diagnóstico adequados, pelo que o doente efectuou uma ressonância magnética das articulações temporomandibulares e uma TC da apófise coronóide direita. Estes exames mostraram a existência de uma anteposição discal sem redução espontânea na articulação direita e uma HAC direita. Do ponto de vista terapêutico, a opção é cirúrgica, como tal o doente foi encaminhado para consulta de cirurgia maxilo-facial.

## CONCLUSÕES

A HAC é uma patologia rara tendo surgido neste caso associada a uma patologia intra-articular, que de alguma forma mascarou o quadro clínico. Sendo a história clínica e a cinemática mandibular importantes no diagnóstico da HAC, os exames auxiliares de diagnóstico (Ortopantomografia, Telerradiografia e TC) são indispensáveis na confirmação do diagnóstico. A terapêutica cirúrgica proporciona bons resultados, desde que seguida de fisioterapia adequada, para recuperação do encurtamento dos músculos elevadores.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 - Silva F.S., Appleton J.M., Mega G. Limitação da abertura da boca por hipertrofia das apófises coronoides - caso clínico. *Rev Port de Est e Cir Maxilofac* 1990; 31:111-116.
- 2 - Tieghi R, Galie M, Piersanti L, Clauser L. Bilateral hyperplasia of the coronoid processes: clinical report. *J Craniofac Surg* 2005; 16:723-726.
- 3 - McLoughlin PM, Hopper C, Bowley NB. Hyperplasia of the mandibular coronoid process: an analysis of 31 cases and a review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53:250-255.
- 4 - Mano T, Ueyama Y, Koyama T, Nishiyama A, Matsumura T. Trismus due to bilateral coronoid hyperplasia in a child: case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63:399-401.
- 5 - Torre OE, Klok EV, Roig AM, Mommaerts MY, Ayats JP. Jacob's disease: report of two cases and review of the literature. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 2001; 29:372-376.
- 6 - Tucker MR, Guilford WB, Thomas PM. Versatility of CT scanning for evaluation of mandibular hypomobilities. *J Maxillofac Surg* 1986; 14:89-92.
- 7 - Haug RH, Lieberman JM, Picard U, Smith A, Indresano AT. Use of three-dimensional computerized tomography in the diagnosis of an obstructed coronoid process. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 68:793-796.
- 8 - Munk PL, Helms CA. Coronoid process hyperplasia: CT studies. *Radiology* 1989; 171:783-784.