

HIPERTROFIA DE MASETEROS: REVISION BIBLIOGRAFICA Y REPORTE DE CASOS EN EL HOSPITAL CALDERON GUARDIA

Luis Da Cruz dos Santos* Hector Rivera González** Luis Murillo Cordero** Francisco Grau Canalias**

INTRODUCCION

La Hipertrofia Benigna o Idiopática de Maseteros es una condición benigna caracterizada por el aumento de volumen de uno o ambos músculos maseteros (7,8). Considerada para algunos como una entidad infrecuente (8,9) está, sin embargo, ampliamente distribuida en todo el mundo y puede hallarse a menudo en su forma poco intensa, por lo cual no despierta mucho interés clínico (3,5,7,10). Esta enfermedad no tiene predilección por sexos ni razas y su curso es progresivo desde la adolescencia o inicio de la edad adulta (2,7,9), manifestándose con más frecuencia en la tercera década de la vida (8,9,10). A pesar de que sea descrita como una anomalía estrictamente de los músculos maseteros (3), es posible la alteración, en algún grado, de los otros músculos de la masticación (7,9); este grupo muscular posee en común el aspecto funcional y el origen embriológico (en el primer arco branquial) (7). Se ha reconocido un leve edema en los músculos temporales (4) atribuyéndose la predilección por los músculos maseteros a que los últimos tienen fibras cortas y fuertes, de acción lenta, mientras que en los primeros éstas son largas y débiles, de acción rápida (9). Su importancia clínica en el diagnóstico diferencial de tumores y procesos inflamatorios de cabeza y cuello puede causar confusión y motivar una infinidad de estudios antes de catalogar esta enfermedad. Consecuentemente, ocurren secuelas psicológicas y exámenes costosos innecesarios incluyendo a menudo la cirugía exploratoria (1,10) (ver Tabla 1).

TABLA 1

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA HIPERTROFIA IDIOPATICA DE MASETEROS

Aspecto racial (oriental o indio)
Prominencia congénita del ángulo mandibular
Adenopatía cervical
Quistes de retención salival
Sialadenitis
Obstrucción del conducto parotídeo
Parotiditis
Absceso parotídeo
Tumor parotídeo
Tumor muscular
Tumor mandibular
Linfangioma
Hemangioma
Neuroblastoma
Lipoma
Hematoma
Flebolito en el músculo masetero
Miositis osificante
Sarcoidosis
Tuberculosis
Actinomicosis
Triquinosis
Quiste hidatídico
Gumma
Edema angioneurótico
Enfermedad de Mikulicz
Mixedema
Otitis externa

Fuentes: 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10.

ETIOLOGIA

A pesar de que la etiología permanece oscura en la mayoría de los pacientes (5, 7,8, 10) se han planteado múltiples factores somáticos y psicológicos

* Residente de Cirugía Plástica y Reconstructiva, CENDEISSS.

** Asistente de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital Calderón Guardia.

asociados con la enfermedad (2). La inestabilidad por conflictos emocionales puede expresarse como tensión muscular a nivel masticatorio, tanto en vigilia como durante el sueño. Historias de bruxismo o trismus histérico caracterizan a estos pacientes (1, 3, 4, 7, 8, 9).

Actividades de masticado excesivo de goma o alimentos fibrosos y de acrobacia oral tienen también relación con espasmo muscular maseterico (4, 5, 7). Estos factores tienen en común la hiperfunción muscular que Gurney describió como la "teoría de hipertrofia por trabajo" (4, 7, 8, 10). Asimismo, un gran número de trastornos odontológicos son descritos como causa de desbalance de maseteros. A saber: caries dental, adoncia parcial, piorrea o absceso alveolar y casos de maloclusión o anomalías de la articulación temporomandibular (1, 3, 5, 7, 10). Por último, se propone que hay edema por aumento de la masa muscular en espasmo, lo cual puede relacionarse con un bloqueo secundario del drenaje venoso o linfático en la zona (4).

DIAGNOSTICO

Se describen dos tipos clínicos en esta enfermedad. Una es la forma **Familiar o Congénita**, caracterizada por cara delgada o con pabellones auriculares muy adheridos a la cabeza; en estos individuos no hay asimetría en la oclusión ni cambios radiológicos. La segunda, forma **Adquirida**, ocurre en pacientes tensos, con historia de bruxismo, y se acompaña de maloclusión primaria o desgaste dental secundario. Esta última es la que con más frecuencia atiende el médico (1, 4, 10). Los síntomas son infrecuentes y el paciente consulta, generalmente,

preocupado por el aspecto facial cuadrado con prominencia preauricular y de los ángulos mandibulares (3, 8, 9, 10). Molestias faciales leves como cefalea temporal, sensación de fatiga posterior a la alimentación o artralgia temporomandibular son expuestas por los pacientes (1, 3, 9). En un caso se menciona la dificultad para mascar debido a la protrusión intraoral de la musculatura (9).

Interesa ante todo conocer la existencia de esta condición para obtener el diagnóstico. Asimetría facial, aún cuando la mayoría es bilateral (3, 8, 9) disarmonía de la oclusión con desplazamiento lateral mandibular (por desbalance muscular), y atrición dental son datos útiles para el clínico (1, 4, 5, 9, 10).

Al observar los estados de reposo y contracción muscular se provocan cambios característicos de la masa maseterica; en el primero ésta es suave y mal definida mientras que en el segundo adquiere firmeza, inmovilidad y no es posible separarla del músculo masetero (3, 4, 5, 8, 9, 10). Asimismo, bajo anestesia desaparece esa masa firme (3). La radiología revela acentuación del ángulo mandibular con hiperostosis del mismo nivel de la inserción del masetero (4, 5, 7, 8, 10). Estos cambios óseos son secundarios y no causa de la anomalía muscular (7, 10). El examen neurológico y la electromiografía se encuentran normales (7, 10). La mayoría de publicaciones demuestran estudios histológicos con músculo estriado normal (4, 5, 8, 9, 10). En los casos unilaterales puede coexistir atrofia del grupo masticatorio contralateral (7). Reportes de edema, miositis osificante (secundaria a trauma menor involuntario) y fibrosis (secundaria a necrosis muscular) se encuentran en casos aislados (2, 7).

TRATAMIENTO

El manejo de la hipertrofia idiopática de masetero se orienta de primera instancia a la explicación de la naturaleza benigna de la enfermedad (1, 5, 7, 10). Dicha conducta puede tener efecto psicoterapéutico que influya en la disminución de la ansiedad y el hábito secundario de contractura muscular (4). En los casos unilaterales de hipertrofia es útil adquirir el hábito de masticar con ambos lados (5). Asimismo, deben solucionarse problemas orgánicos asociados, tales como caries dentales, adoncia, sepsis oral y maloclusión (3, 7, 10). La indicación del protector acrílico nocturno previene la atrición pero no soluciona el bruxismo (1, 9). El tratamiento quirúrgico se fundamenta en el propósito cosmético; aún más cuando la anomalía es unilateral (4, 7, 9, 10). Su objetivo es "convertir la facies cuadrada en oval y estrecha, reduciendo el bulto del masetero y la hiperostosis angular de la mandíbula" (8). A pesar de que Legg describiera por primera vez la enfermedad en 1880 no fue sino hasta 1947 que Gurney estableció el tratamiento quirúrgico (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Cualquiera que sea el abordaje, interesa resecar la masa profunda del masetero; esto debido al riesgo de lesionar filamentos del nervio facial en el aspecto lateral del músculo (4).

En 1949, Adams efectúa la cirugía con visión directa a través de una incisión extraoral. En esa ocasión describe la resección ósea del ángulo y la porción inferior e interna del músculo, evitando la lesión del nervio facial (6, 8, 9, 10). Converse establece, en 1951, la cirugía intraoral con el objetivo de evitar la cicatriz externa y la lesión del nervio facial (8). Posterior a la cirugía puede surgir trismus y edema, observándose mejoría hasta los tres o seis meses. Colaboran en la rehabilitación los ejercicios pasivos y activos de apertura oral (6, 8). Este período se beneficia con el uso del protector acrílico para prevenir la atrición dental (9).

CASOS CLINICOS

Caso 1:

Un paciente masculino, de 17 años, raza samba, consulta en el Servicio de Oncología del Hospital Calderón Guardia por una masa indolora en la región parotídea, de tres años de evolución, con crecimiento lento, al inicio del lado izquierdo y luego bilateral. Inicialmente fue sometido a una sialografía la cual resultó normal. Posteriormente, se efectuó el diagnóstico clínico de hipertrofia de maseteros y fue operado en nuestro servicio. Utilizamos el abordaje extraoral con resección de los espolones angulares de la mandíbula y la porción interna de los músculos maseteros (Fotos 1-2-3-4). La biopsia demostró músculo normal.

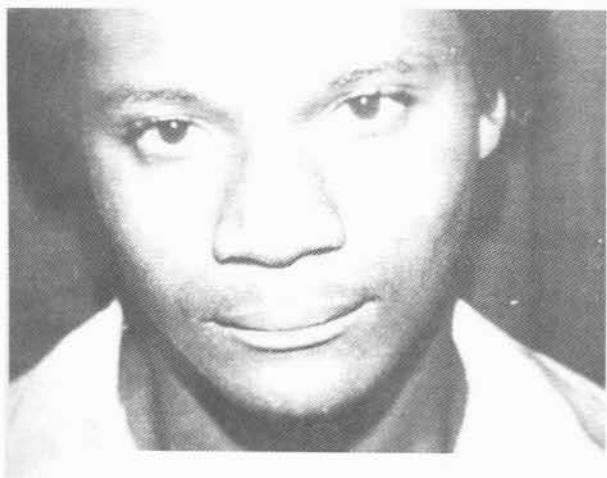


FIGURA 1. (CASO 1): Vista frontal del paciente en el preoperatorio.

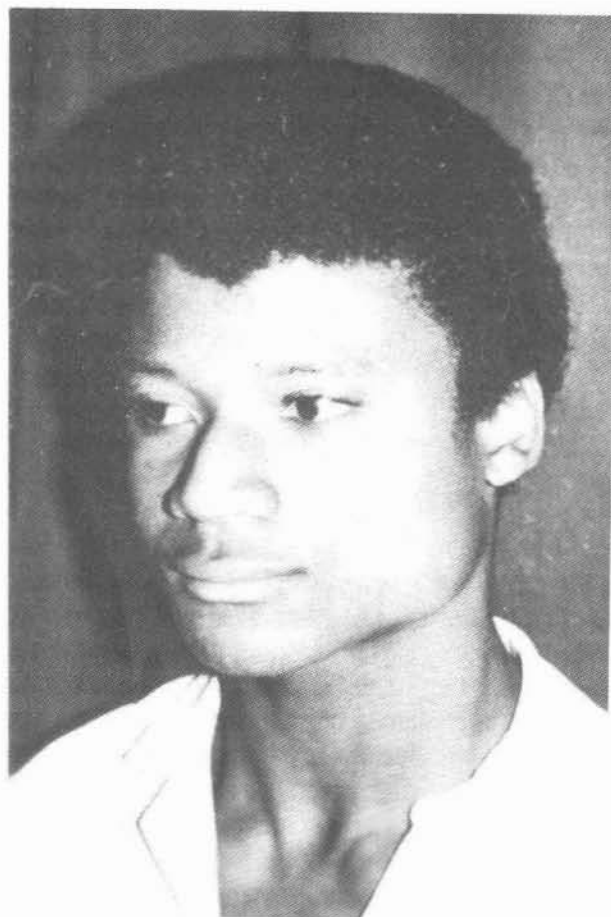


FIGURA 2. (CASO 1): Vista oblicua del paciente en el preoperatorio.

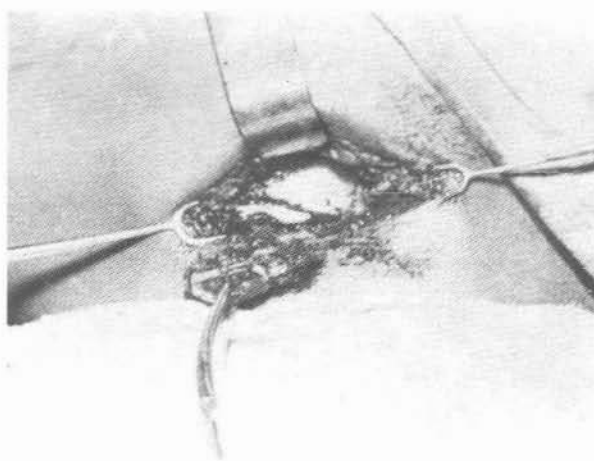


FIGURA 3. (CASO 1): Resección del espolón óseo durante la cirugía.

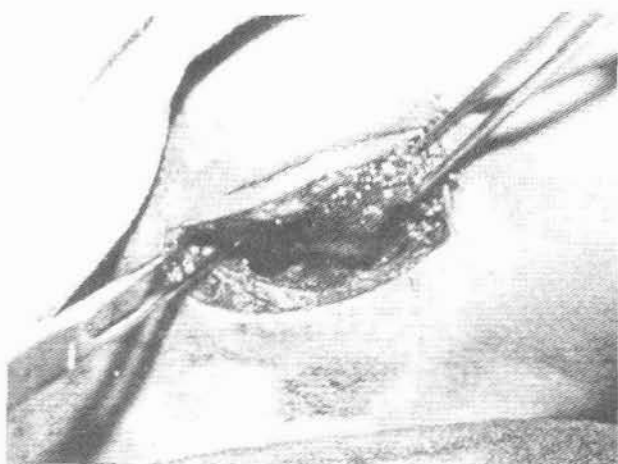


FIGURA 4. (CASO 1): Resección de la porción medial inferior del músculo masetero.

Caso 2:

Un paciente masculino, de 30 años, raza blanca, acude a nuestro servicio con historia de tres años de calambres en el cuello y lengua, asociados a un crecimiento indoloro del ángulo mandibular izquierdo. Fue operado bajo el diagnóstico de hipertrofia de masetero con la técnica descrita para el primer caso (Fotos 5-6-7-8). La biopsia reveló músculo esquelético normal con áreas de fibrosis y calcificaciones en el perimisio, de probable origen traumático.



FIGURA 5. (CASO 1): Vista frontal del mismo paciente seis meses después de operado.



FIGURA 6. (CASO 1): Vista oblicua del mismo paciente seis meses después de operado.

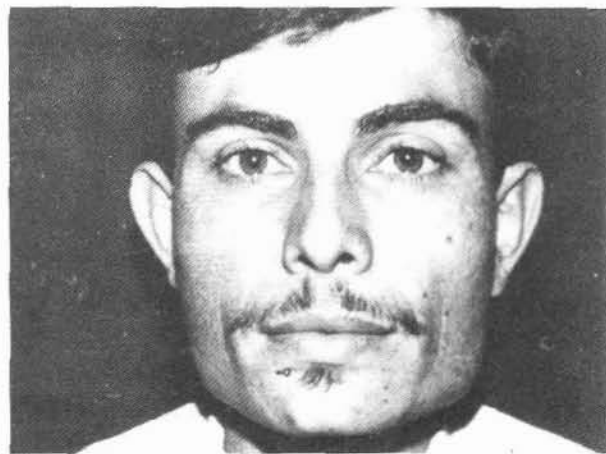


FIGURA 7. (CASO 2): Vista frontal del paciente con Hipertrofia del músculo masetero izquierdo.

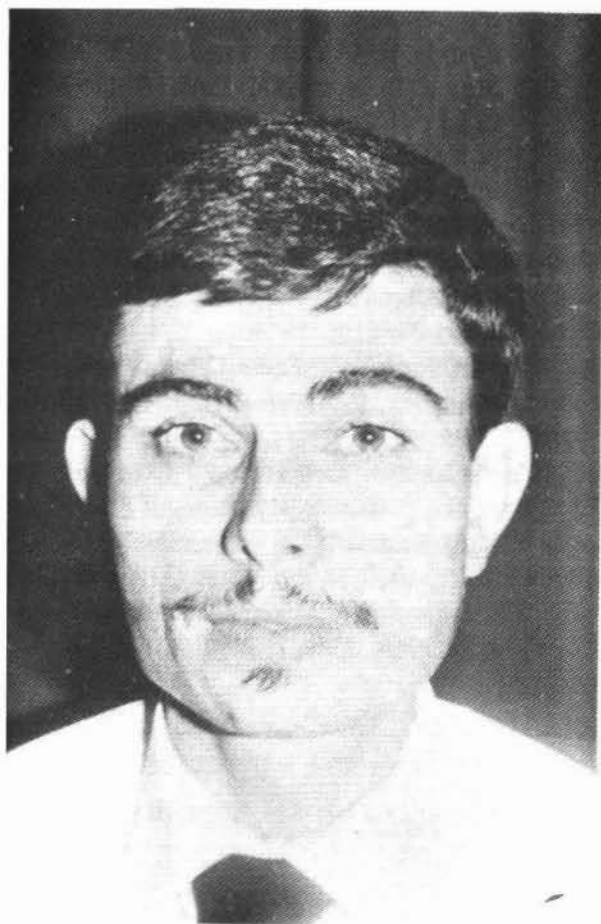


FIGURA 8. (CASO 2): Vista frontal del mismo paciente 24 meses después de operado.

DISCUSION

La Hipertrofia Benigna de Maseteros es una entidad poco estudiada en la literatura. Sin embargo, cuando se presenta en su forma florida es importante en el diagnóstico diferencial de otras enfermedades, y obliga al tratamiento médico o quirúrgico, para evitar secuelas o solucionar otras patologías asociadas con ella. En nuestro centro hemos estudiado con frecuencia pacientes orientados a tal diagnóstico. La historia natural de los enfermos no se aleja de las características descritas en la revisión bibliográfica de esta publicación. Resalta el hallazgo histológico de miositis osificante en un paciente con hipertrofia unilateral; este es un cambio descrito con anterioridad y contribuye con la heterogenicidad en las

presentaciones anatomopatológicas de estos pacientes. Interesa señalar que los casos manejados con tratamiento quirúrgico fueron sometidos al abordaje externo, implantado por Adams en 1949. Creemos que dicha técnica posee la ventaja de una visión más directa de los tejidos a extirpar, tanto por la porción inferior externa del músculo masetero como por el espolón angular de la mandíbula. Al considerar la posibilidad de una cicatriz en la zona visible pudimos constatar que esta deja un aspecto aceptable, lo cual evidenciamos en los dos casos documentados. Asimismo, notamos el logro de buena simetría facial posterior a la cirugía. El respeto por la porción superior y externa de los músculos maseteros evitó secuelas del nervio facial y sus ramas. Consideramos que la ausencia de equipo adecuado para realizar la cirugía intraoral no debe ser limitante en el manejo quirúrgico de estos pacientes; por lo tanto, el cirujano debe alentarse en el uso de la vía extraoral cuando la cirugía sea necesaria. Finalmente, esperamos que esta revisión sea útil tanto para el cirujano plástico como para los cirujanos que se desenvuelven en otras especialidades que, a menudo, estudian los pacientes con el afán de descartar diferentes entidades clínicas.

RESUMEN

El propósito de esta revisión fue el de efectuar una revisión bibliográfica completa sobre la Hipertrofia Idiopática de Maseteros e ilustrarla con dos pacientes tratados en el Hospital Calderón Guardia. Consideramos importante dicha patología debido al gran número de anomalías que pueden confundirse en el diagnóstico diferencial. Por esta razón, resaltamos el papel que tiene la enfermedad en el bagaje de conocimientos para múltiples especialidades de la Medicina y la Cirugía. Asimismo, presentamos una modalidad quirúrgica (abordaje extraoral) que ofrece buenos resultados en el manejo de estos pacientes.

SUMMARY

The aim of this work is to show a complete bibliographic review about the Benign Hypertrophy of the Masseter Muscle and to illustrate it with two patients treated in the Calderón Guardia Hospital. We consider this disease of great importance because many complaints can be confused when doing the

differential diagnosis. Thus, we emphasize its role in the knowledge baggage of many especialities in Medicine and Surgery. Likewise, we present a surgical modality (extraoral approach) that we offer a good results in the management of this patients.

BIBLIOGRAFIA

1. Barton R. Benign masseteric hypertrophy: a syndrome of importance in the differential diagnosis of parotid tumors. J.A.M.A. Aug. 10, 1957. 164 (15): 1646-1647.
2. Guggenheim P., Cohen L. The histopathology of masseteric hypertrophy. Arch. Otolaryngol. June, 1960. 71: 906-912.
3. Guggenheim P., Cohen L. The nature of masseteric hypertrophy. Arch. Otolaryngol. Jan., 1961. 73: 15-28.
4. Kessel L. Benign bilateral masseteric hypertrophy with temporal muscle involment. Oral Surg. Oct., 1970. 30 (4): 450-453.
5. Lash H. Hipertrofia benigna de masetero. Surg. Clin. North Am. 1963. 43: 1357-1361.
6. Loh Fun Chee, Yeo Jinn Fei. Surgical correction of masseter muscle hypertrophy by an intraoral approach. J. Oral Maxillofac. Surg. 1989. 47: 883-885.
7. Mancall E., Patel A., Hirschhorn A. Hypertrophic branchial myopathy. Neurology. Dec., 1974. 24: 1166-1170.
8. McCarthy J. Plastic Surgery. W. B. Saunders Company. 1990. Vol. 2, Chap. 29: 1301-1305.
9. Riefkohl R., Georgiade G., Georgiade N. Masseter muscle hypertrophy. Ann. Plast. Surg., Jun., 1984. 12 (6): 528-532.
10. Waldhart E., Lynch J. Benign hypertrophy of the masseter muscles and mandibular angles. Arch. Surg. Feb., 1971. 102: 115-118.