

# LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL CAUSADA POR HIPERPLASIA BILATERAL DO PROCESSO CORONÓIDE: RELATO DE CASO

*LIMITED OPENING OF THE MOUTH CAUSED BY BILATERAL HYPERPLASIA OF THE CORONOID PROCESS: REPORT OF CASE*

---

Ferreira, Alexey Gaspar Martins\*  
Diefenbach, Renata Sesti\*\*  
Heitz, Cláiton\*\*\*

---

---

## RESUMO

A limitação da abertura bucal frequentemente é associada a desarranjos internos da ATM ou desordens dos músculos mastigatórios. Entretanto, esta pode ocorrer devido a hiperplasia unilateral ou bilateral do processo coronóide. Neste artigo será relatado o caso de um paciente do gênero masculino de 22 anos de idade com limitação de abertura bucal devido a hiperplasia bilateral do processo coronóide.

**UNITERMOS:** doenças mandibulares; neoplasias mandibulares; neoplasias ósseas.

## SUMMARY

*The limitation of the mouth opening frequently is associated to internal disarrangements of ATM or to masticatory muscle disorders. However, this can happen due to hyperplasia unilateral or bilateral of the coronoid process. In this article it will be report case a patient's of the 22 year-old-man with limitation of the mouth opening due to bilateral hyperplasia of the coronoid process.*

**UNITERMS:** bone neoplasms; mandibular diseases; mandibular neoplasms.

## INTRODUÇÃO

A etiologia da hipomobilidade mandibular é frequentemente associada a desarranjos internos da ATM, desordens dos músculos mastigatórios, ou ambos. Alterações na morfologia do processo coronóide, entretanto, são um fator que também podem levar a limitação dos movimentos mandibulares devendo ser investigadas.

O primeiro caso de hipomobilidade mandibular relacionada a hiperplasia do processo coro-

nóide foi relatado em 1899 (Jacob<sup>9</sup>, 1899). Desde então mais de cem casos estão descritos na literatura (Honig et al.<sup>7</sup>, 1994). Conforme Isberg et al. (1987) as patologias que envolvem o processo coronóide são responsáveis por 5% de todos os problemas que causam restrição dos movimentos mandibulares.

Neste artigo será relatado o caso de um paciente com hiperplasia bilateral do processo coronóide com conseqüente limitação da abertura bucal.

---

\* Especialista em CTBMF pela FO-PUCRS.

\*\* Aluna do Curso de Graduação da FO-PUCRS.

\*\*\* Professor do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em CTBMF da FO-PUCRS. Mestre em CTBMF. Doutor em Estomatologia pela FO-PUCRS.

**RELATO DE CASO**

Paciente de 22 anos de idade, do gênero masculino procurou atendimento na Faculdade de Odontologia da PUCRS com a queixa principal de limitação da abertura bucal. Durante a anamnese este relatou história pregressa de trauma em mandíbula com fratura condilar direita, há aproximadamente 7 anos atrás.

Ao exame clínico não se observou assimetria facial (Fig. 1) e, constatou-se que ele apresentava abertura bucal de 2,5 cm (Fig. 2). Foi solicitada uma radiografia panorâmica através da qual se visualizou um crescimento anormal bilateral do processo coronóide. Como exame complementar se realizou tomografia computadorizada, por meio da qual não se evidenciou anquilose da ATM, chegando-se ao diagnóstico presuntivo de hiperplasia bilateral do processo coronóide (Figs. 3 e 4).

O tratamento de eleição foi a remoção cirúrgica bilateral do processo coronóide. O procedimento foi executado no Hospital São Lucas da PUCRS sob anestesia geral e o acesso escolhido foi o

intrabucal. Após a infiltração local de marcaína 0,5% com vasoconstrictor procedeu-se a incisão tipo Obwegeser (Fig. 5). Realizou-se o descolamento mucoperiosteal através de descolador de Molt, expondo-se o processo coronóide que foi osteotomizado (Fig. 6) em sua base por meio de broca tronco-cônica número 702. Em seguida este fora removido e o leito cirúrgico regularizado, procedendo-se ao final, a sutura dos planos teciduais por meio de vicryl 4.0. Procedimento idêntico foi executado no outro processo coronóide.

As peças cirúrgicas removidas (Fig. 7) foram encaminhadas ao exame histopatológico e, o mesmo confirmou o diagnóstico de hiperplasia bilateral dos processos coronóides.

Ao quinto dia de pós-operatório foi iniciada a fisioterapia, observando-se melhora da abertura bucal do paciente com ganho da ordem de 1,0 cm (Fig. 8). Enfatizou-se ao mesmo a importância da realização de fisioterapia intensiva no primeiro ano pós-operatório para a obtenção de melhor resultado funcional do sistema estomatognático.



Figura 1 – Ausência de assimetria facial.



Figura 2 – Abertura bucal inicial de 2,5 cm.

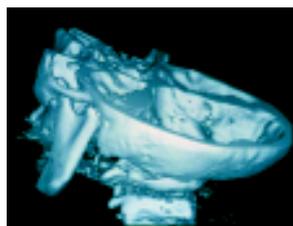


Figura 3 – TC em 3D: alongamento do processo coronóide esquerdo.

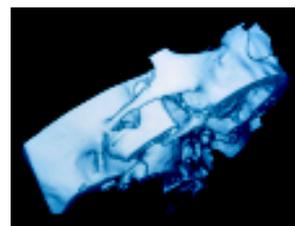


Figura 4 – TC em 3D: alongamento do processo coronóide direito.



Figura 5 – Acesso intrabucal: Incisão tipo Obwegeser.



Figura 6 – Osteotomia do processo coronóide.



Figura 7 – Processos coronóides removidos.



Figura 8 – Abertura bucal no 5º dia de pós-operatório: 3,5 cm.

## DISCUSSÃO

Há várias teorias propostas para a etiologia da hiperplasia do processo coronóide, entretanto, faltam evidências substantivas para suportar a grande maioria destas hipóteses. Origem endocrinológica foi sugerida, devido ao fato de que esta patologia aparece com certa frequência em meninos ao redor da puberdade (Bronstein et al.<sup>2</sup>, 1984); alguns dizem que fatores hereditários são responsáveis quando vários casos são achados na mesma família (Van Hoof et al.<sup>17</sup>, 1973; York et al.<sup>18</sup>, 1983); a hiperatividade do músculo temporal, também foi proposta, com conseqüente alargamento hiperplásico do processo coronóide (Lyon et al.<sup>10</sup>, 1963) ou alongamento (Isberg et al.<sup>8</sup>, 1987), bem como origem traumática (Tucker et al.<sup>16</sup>, 1984).

O gênero masculino é mais afetado do que o feminino, na proporção de 5:1, podendo ocorrer em qualquer idade. E a forma bilateral predomina sobre a unilateral com incidência de 4.7:1 (McLoughlin et al.<sup>11</sup>, 1995).

A hiperplasia do processo coronóide é uma condição rara (Stewart<sup>13</sup>, 1991) e, aparece clinicamente como uma lenta mas progressiva redução da abertura bucal, acompanhada ou não de sintomatologia dolorosa, resultante da interferência do crescimento anormal deste com a superfície temporal do osso zigomático, ou com a face medial do arco zigomático (Gerbino et al.<sup>3</sup>, 1997).

Nos casos unilaterais, freqüentemente, observa-se assimetria facial, e às vezes uma protuberância móvel abaixo do arco zigomático do lado afetado pode ser percebida à palpação durante a abertura bucal. Outro sinal que se percebe é o deslocamento da mandíbula para o lado afetado (Honig et al.<sup>7</sup>, 1994; McLoughlin et al.<sup>11</sup>, 1995; Sadako et al.<sup>14</sup>, 1997).

A realização de um adequado exame radiográfico é de importância vital para o sucesso do tratamento. A radiografia panorâmica e a tomografia computadorizada são os meios imageológicos básicos e fundamentais para o estabelecimento do diagnóstico, como também para o planejamento cirúrgico. Embora a radiografia panorâmica possa estabelecer claramente o diagnóstico, é a tomografia computadorizada, através de seus variados cortes, que mostra com precisão o ponto de interferência do processo coronóide com os ossos zigomáticos funcionando desta forma como importante ferramenta para estabelecer o planejamento cirúrgico (Pregarz et al.<sup>12</sup>, 1998).

Na hiperplasia bilateral os processos coronóides, aumentados e alongados, são radiograficamente evidentes, estando em geral a forma destes normais (Stewart<sup>13</sup>, 1991). Entretanto, a forma unilateral resulta com frequência em processos coronóides deformados, ou em formato de cogumelo (Asanami et al.<sup>1</sup>, 1990; Honig et al.<sup>7</sup>, 1994; Sadako et al.<sup>14</sup>, 1997).

Conforme Stewart<sup>13</sup> (1991) a hiperplasia bilateral do processo coronóide raramente apresenta dificuldades de diagnóstico. No entanto, os casos unilaterais devem ser diferenciados de neoplasmas ósseos ou condróides.

O tratamento da hiperplasia do processo coronóide é essencialmente mecânico e, consiste na remoção cirúrgica total deste ou da realização de osteoplastia do ponto de interferência com os ossos zigomáticos (Asanami et al.<sup>1</sup>, 1990; Gerbino et al.<sup>3</sup>, 1997). Quanto ao acesso cirúrgico, em 90% dos casos o intraoral é o empregado (McLoughlin et al.<sup>11</sup>, 1995), embora, existam autores que preconizam o extrabucal (Hayter et al.<sup>6</sup>, 1989; Smyth et al.<sup>15</sup>, 1994).

Para McLoughlin et al.<sup>11</sup> (1995) os resultados do tratamento cirúrgico a longo prazo, são desapontadores devido a dois fatores: fibrose no local operado devido ao hematoma formado nesta região (Bronstein et al.<sup>2</sup>, 1984; Pregarz et al.<sup>12</sup>, 1998) ou a regeneração da apófise coronóide (Hall et al.<sup>5</sup>, 1989; Smyth et al.<sup>15</sup>, 1994) que propiciam nova limitação da abertura bucal.

No entanto, para Gerbino et al.<sup>3</sup> (1997) o tratamento da hiperplasia do processo coronóide através de coronoidectomia por meio de acesso intrabucal, quando combinado com prolongado período de fisioterapia pós-operatória, proporciona resultados satisfatórios e estáveis na correção da interferência coronóide-malar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, este relato de caso demonstra a confusão que continua a existir com respeito a patogênese e a história natural da hiperplasia do processo coronóide. Acredita-se que estudos adicionais de populações maiores possam ajudar a elucidar alguns destes problemas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asanami S, Kasazaki Y, Uchida I. Large exostosis of the mandibular coronoid process: report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1990; 69(5):559-62.

2. Bronstein SL, Osborn JJ. Mandibular limitation due to bilateral coronoid enlargement: Management by surgery and physical therapy. *J Craniomandib Pract.* 1984;3:58-62.
3. Gerbino G, Bianchi SD, Bernardi M et al. Hyperplasia of the mandibular coronoid process: long-term follow-up after coronoidotomy. *J Craniomaxillofac Surg.* 1997;25:169-73.
4. Gross M, Gavish A, Calderon S et al. The coronoid process as a cause of mandibular hypomobility – case reports. *J Oral Rehabil.* 1997;24:776-81.
5. Hall RE, Orbach S, Landesberg R. Bilateral hyperplasia of the mandibular coronoid processes: a report of two cases. *Oral Surg.* 1989;67:141.
6. Hayter JP, Robertson JM. Surgical access to bilateral coronoid hyperplasia using the bicoronal flap. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1989;27:487.
7. Honig JF, Merten HA, Korth OE et al. Case reports: Coronoid process enlargement. *Dentomaxillofac Radiol.* 1994;23:108-10.
8. Isberg A, Isacson G, Nah KS. Mandibular coronoid process locking: a prospective study of frequency and association with internal derangement of the temporomandibular joint. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1987;63:275-9.
9. Jacob O. *Bulletins et memoires de la societe d'anatomie de Paris*, 1899.
10. Lyon LZ, Sarnat BG. Limited opening of the mouth caused by enlarged coronoid processes: Case report. *J Am Dent Assoc.* 1963;67:644.
11. McLoughlin PM, Hopper C, Bowley NB. Hyperplasia of the mandibular coronoid process: an analysis of 31 cases and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 1995;53:250-5.
12. Pregarz M, Fugazzola C, Consolo U et al. Computed tomography and magnetic resonance imaging in the management of coronoid process hyperplasia: review of five cases. *Dentomaxillofac Radiol.* 1998;27:215-20.
13. Stewart JCB. Tumores benignos não-odontogênicos. In: Regezi JÁ, Sciuba JJ. *Patologia bucal: correlações clinicopatológicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. Cap. 12. p. 273-87.
14. Sadako K, Takahiro H, Yamane K et al. Open-mouth locking caused by unilateral elongated coronoid process: report of case. *J Oral Maxillofac Surg.* 1997;55:1305-8.
15. Smyth AG, Wake MJC. Recurrent bilateral coronoid hyperplasia: an unusual case. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1994;32:100.
16. Tucker MR, Guildford WB, Howard CW. Coronoid process hyperplasia causing restricted mouth opening and facial asymmetry. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1984;58:130.
17. Van Hoof RF, Besling WFJ. Coronoid process enlargement. *Br J Oral Surg.* 1973;10:339.
18. York BV, Cockerhan S. Bilateral hyperplasia of the coronoid processes in siblings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1983;56:584.

Recebido para publicação em: 16/02/2005; aceito em: 02/06/2005.

**Endereço para correspondência:**

ALEXEY GASPAR MARTINS FERREIRA  
Rua Casemiro de Abreu, 462/303 – Rio Branco  
CEP: 90420-000, Porto Alegre, RS, Brasil  
Fone: (51) 3333-8162 – (51) 9913-8888  
E-mail: alexeymf@terra.com.br