

Caso clínico

Hipertrofia maseterina unilateral idiopática

Andrés Rosa Valencia, Francisco Rojas Cuéllar^a y Luis Romo Sanhueza^b

^aDepartamento de Cirugía Oncológica y Maxilofacial. División de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile. ^bCentro Odontológico Universidad Católica (CODUC). Pontificia Universidad Católica de Chile

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de junio de 2019

Aceptado el 22 de octubre de 2019

Palabras clave:

Hipertrofia maseterina, asimetría facial, toxina botulínica tipo A.

Keywords:

Masseteric hypertrophy, facial asymmetry, botulinum toxin type A.

RESUMEN

Paciente de 20 años que presentó aumento de volumen facial izquierdo. Estudiado con ecografía, TAC y biopsia quirúrgica. Se establece el diagnóstico de hipertrofia maseterina unilateral idiopática. La hipertrofia maseterina es un desorden benigno que puede manifestarse de forma unilateral o bilateral, que provoca una asimetría facial, frecuentemente asintomática. Se han propuesto varios tratamientos, siendo la infiltración con toxina botulínica tipo A un tratamiento mínimamente invasivo y eficaz.

Idiopathic unilateral masseteric hypertrophy

ABSTRACT

A 20-year-old patient who present an increase in left facial side. Studied with ultrasound, CT scan and surgical biopsy. The diagnosis of idiopathic unilateral masseter hypertrophy was established. Masseter hypertrophy is a benign disorder that can manifest unilaterally or bilaterally, causing facial asymmetry, often asymptomatic. Several treatments have been introduced, such as infiltration with Botulinum toxin type A, a minimally invasive and effective treatment.

*Autor para correspondencia:

Correo electrónico: andres.rosa.valencia@gmail.com (Andrés Rosa Valencia).

DOI: [10.20986/recom.2020.1074/2019](https://doi.org/10.20986/recom.2020.1074/2019)

INTRODUCCIÓN

La hipertrofia maseterina es un desorden benigno, sin predilección por sexo, caracterizado por aumento de volumen de uno o ambos músculos maseteros que provoca asimetría facial de dependencia muscular. Ocasionalmente incluye compromiso funcional con trismus, desgaste dentario y alteración postural mandibular¹. Se explica por estiramiento de fibras musculares a expensas de formación y adición de nuevos sarcómeros de distribución paralela en relación con la unión tendinosa, generando un aumento de tamaño celular. La etiología de la presentación unilateral incluye masticación preferente ipsilateral o restringida por pérdida dentaria contralateral, apretamiento dentario, secundario a patología de la articulación temporomandibular (ATM) o sin causa conocida. Puede asociarse en ocasiones a dolor facial e involucrar compensación contralateral con hipotonía o hipoplasia contralateral².

Los diagnósticos diferenciales incluyen tumores musculares, desórdenes de glándulas salivales mayores, tumores y enfermedades inflamatorias crónicas parotídeas, miopatía muscular maseterina intrínseca, pseudohipertrofia por inflamación o por infiltración grasa y patología oncológica como neoplasias vasculares, liposarcoma, rabdomiosarcoma, leucemia infiltrativa o linfoma.

Al ser una patología de baja frecuencia, el diagnóstico de la hipertrofia unilateral idiopática es por exclusión, y requiere para su confirmación la realización de una biopsia muscular de espesor completo.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer, 20 años, sin antecedentes médicos de interés, consulta por una asimetría facial izquierda de un año de evolución, asintomática (Figura 1A). Al examen físico se observa aumento de volumen en relación con el ángulo mandibular, de límites difusos y con piel circundante de coloración normal. Dentición permanente completa. Sin hallazgos patológicos en ATM ni signos clínicos de bruxismo. Se realiza ecografía clínica maseterina izquierda, que informa tejido muscular aumentado de tamaño sin significación patológica (Figura 2). Se realiza tomografía computerizada (TC) con ventana de tejidos blandos, donde se observa aumento de volumen unilateral derecho que depende del músculo masetero (Figura 3). Se realiza biopsia de espesor completo del músculo bajo anestesia general con trócar. La muestra fue tratada mediante tinción de hematoxilina-eosina (H-E), histoquímica PAS y rojo congo. El diagnóstico histopatológico informa tejido muscular estriado conservado. Se establece el diagnóstico de hipertrofia maseterina unilateral idiopática. Se decide tratar con toxina botulínica A (TBX-A), con tipificación clínica y ecográfica según el protocolo de Yun Xie (2014) en Tipo V, bajo consentimiento informado de la paciente y autorización del comité clínico local³. Se aplican tres inyecciones de toxina botulínica en una dosis total de 150 unidades; 50 unidades en el punto hipertrófico más prominente y 100 unidades adyacente a él en una distribución triangular. El control al mes muestra disminución de la tumoración y el control a tres me-

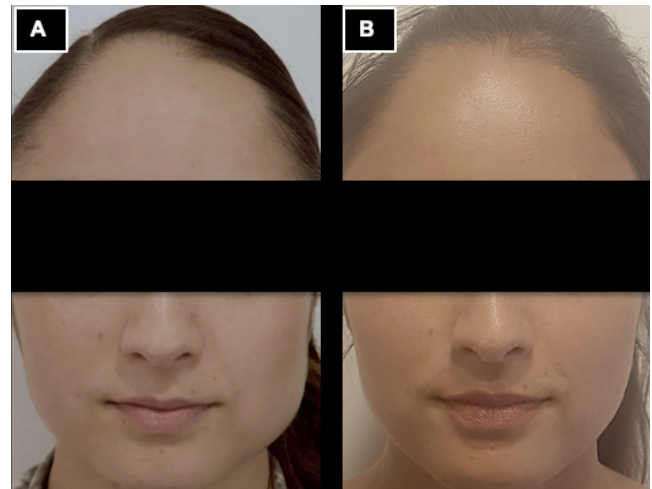


Figura 1. Fotografía clínica. A: inicial, aumento de volumen facial izquierdo, indoloro, un año de evolución.

B: control 3 meses, desaparición completa de la hipertrofia a los 3 meses de la inyección de TBX-A.

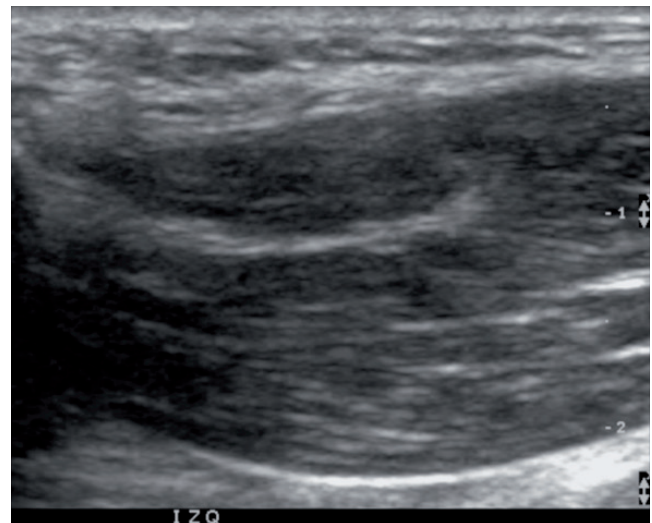


Figura 2. Ecografía: se observa músculo masetero aumentado de tamaño respecto al contralateral.

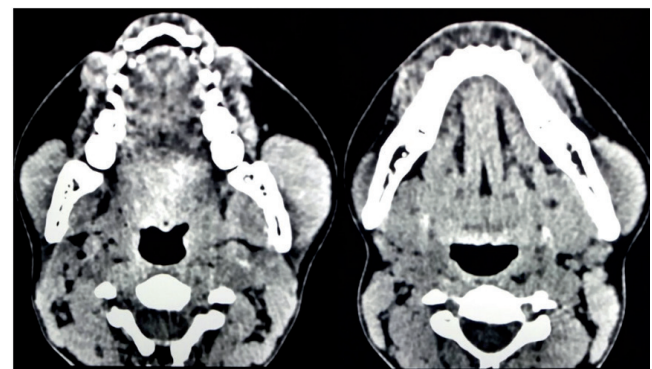


Figura 3. TC ventana tejidos blandos. Se observa aumento de volumen isodenso del músculo masetero.

ses una remisión casi total de la tumoración, sin evidencias de recidiva a los seis meses.

DISCUSIÓN

La hipertrofia unilateral idiopática en músculos masticatorios ha sido escasamente descrita. El 2009, Yanine y cols. reportaron el tratamiento quirúrgico extraoral de una hipertrofia maseterina unilateral en un paciente de 15 años sin recidiva a seis años de seguimiento, que se estudió con radiografías convencionales y gammagrafía ósea. El diagnóstico se confirmó con la biopsia de la pieza operatoria⁴. El 2013, Katsetos y cols. refirieron una hipertrofia del músculo temporal unilateral dolorosa en un paciente masculino de 62 años. El diagnóstico fue por exclusión y confirmado mediante biopsia de espesor completo muscular, que identificó predominio de fibras musculares tipo I hipertróficas, tratado con TBX con remisión total². En 2014, Gutiérrez-Paternina y cols. refirieron un caso sintomático de hipertrofia temporal unilateral en una mujer de 13 años, diagnosticado con resonancia magnética (RM) y tratamiento expectante⁵. Nuestros hallazgos y la revisión de la literatura disponible evidencian la importancia de realizar el diagnóstico por exclusión, y es útil realizar distintos exámenes complementarios como ecografía, TC y RM para objetivar ubicación, extensión, dependencia y comportamiento. Sin embargo, la biopsia muscular de espesor total permite la confirmación diagnóstica³.

Los tratamientos descritos incluyen manejo: 1) conservador con férulas oclusales y psicofarmacoterapia, sin éxitos referidos en patología unilateral; 2) mínimamente invasivo mediante TBX-A⁶⁻⁸, y 3) quirúrgico con reportes de éxito en patología uni y bilateral⁹. En las terapias mínimamente invasivas, el tratamiento con TBX-A parece ser una opción razonable costo-efectiva^{6,10}, con escasa morbilidad. Debido a que el mecanismo de acción de la TBX-A es limitado en el tiempo, la eventual recidiva de la hiperplasia unilateral tratada con la toxina debe orientar la etiología a causas funcionales.

En el caso aquí referido, el tratamiento con TBX-A fue eficaz, con desaparición completa de la hipertrofia en el control

a los seis meses. Son necesarias series clínicas amplias para determinar la efectividad y estabilidad del tratamiento a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Song J, Cho E, Kim S, Ahn H. Change of Distribution and Timing of Bite Force after Botulinum Toxin Type A Injection Evaluated by a Computerized Occlusion Analysis System. *Yonsei Med J*. 2014;55(4):1123-9. DOI: 10.3349/ymj.2014.55.4.1123.
2. Katsetos C, Bianchi M, Jaffery F, Koutzaki S, Zarella M, Slater R. Painful Unilateral Temporalis Muscle Enlargement: Reactive Masticatory Muscle Hypertrophy. *Head and Neck Pathol*. 2013;8(2):187-93. DOI: 10.1007/s12105-013-0480-x.
3. Xie Y, Zhou J, Li H, Cheng C, Herrler T, Li Q. Classification of Masseter Hypertrophy for Tailored Botulinum Toxin Type A Treatment. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2014;134(2):209e-218e. DOI: 10.1097/PRS.0000000000000371.
4. Yanine N, Araya I, Conejo M, Villanueva J. Tratamiento quirúrgico de hipertrofia maseterina: Reporte de un caso con seguimiento de seis años. *Rev Esp Cir Oral y Maxilofac*. 2010;31(6):381-4.
5. Gutiérrez-Paternina J, Alvis-Miranda H, Peláez-Mejía J, Alcalá-Cerra G, Lee A, Moscote-Salazar L. Hipertrofia Unilateral del Músculo Temporal. Reporte de Caso. *Rev Argent Anat Online*. 2014;5(3):104-6.
6. Fedorowicz Z, van Zuuren EJ, Schoones J. Botulinum toxin for masseter hypertrophy. *Cochrane Movement Disorders Group*, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;120(6). DOI: 10.1002/14651858.CD007510.pub3.
7. Klein F, Brenner F, Sato M, Robert F, Helmer K. Lower facial remodeling with botulinum toxin type A for the treatment of masseter hypertrophy. *An Bras Dermatol*. 2014;89(6):878-84. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20143200.
8. Aizpurua J. Hipertrofia maseterina bilateral y dolor miofascial masticatorio. *Rev Soc Esp Dolor*. 2014;21(Supl. II):65-8.
9. Singh S, Shivamurthy DM, Agrawal G, Varghese D. Surgical management of masseteric hypertrophy and mandibular retrognathism. *Natl J Maxillofac Surg*. 2011;2(1):96-4. DOI: 10.4103/0975-5950.85865.
10. Kim N, Chung JH, Park RH, Park JB. The Use of Botulinum Toxin Type A in Aesthetic Mandibular Contouring. *Plast Reconstr Surg*. 2005;115(3):919-30. DOI: 10.1097/01.prs.0000153236.79775.a0.