

Cirugía Plástica
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,
Reparadora y Estética
España

Moretti, E.A.; Gómez García, F.; Paesani, D.; Sierra, D.
Condromatosis sinovial de la articulación témporo-mandibular
Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 32, núm. 2, junio, 2006, pp. 135-139
Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365533803008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Condromatosis sinovial de la articulación témpero-mandibular

Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint



Moretti, E.A.

Moretti, E.A.* , Gómez García, F.** , Paesani, D.*** , Sierra, D.****

Resumen

La condromatosis sinovial es una condición patológica rara que usualmente afecta a grandes articulaciones, en especial de las rodillas. Se caracteriza por múltiples nódulos cartilaginosos en el espacio articular. Los cuerpos condrales usualmente envuelven la sinovial de la articulación y son el producto de metaplasia mesenquimal; con frecuencia estos se encuentran sueltos dentro de la articulación; pueden estar adheridos a la sinovial y/o al disco intraarticular, y si son abundantes producen aumento del tamaño articular, dolor, chasquidos y llegan a comprometer la función de la articulación. El compromiso de la articulación témpero-mandibular es excepcional, encontrándose 50 casos publicados en la literatura mundial hasta la fecha.

Se presenta el compromiso de la ATM en un paciente de sexo masculino, de 73 años, siendo éste el primer caso descrito para Ibero Latinoamérica.

Abstract

Synovial chondromatosis is a rare pathological condition which affects big joints, especially knees. This condition presents multiple cartilage nodes inside the joint space. These cartilage bodies are in close contact with the synovial and are free inside the fluid. The nodes could be stick at the synovial or at the articular disk, and produce increase of the articular size, pain, cracks, and compromise of the articular functions. The temporomandibular joint is affected exceptionally and only 50 cases are published in the medical literature until now.

We present a synovial chondromatosis of the temporomandibular joint in a 73 years old, male patient. This is the first report in Iberolatinoamerica.

Palabras clave Condromatosis, Articulación temporo-mandibular.

Código numérico 25501

Key words Synovial chondromatosis of the temporo-mandibular joint.

Código numérico 25501

* Coordinador del Servicio de Cirugía Plástica.

** Médico concurrente.

*** Odontólogo. Cátedra de Oclusión. Universidad del Salvador. U.B.A.

**** Anatomopatólogo del Instituto de Anatomía Patológica.

Servicio de Cirugía Plástica y Maxilofacial. Sanatorio Los Arroyos. Rosario. Argentina.

Introducción

La revisión bibliográfica confirma que la primera referencia de cuerpos cartilaginosos libres dentro de la articulación temporo-mandibular fue hecha por el barón Alberto Von Haller (1708-1777) en su opus magnun: *Elementa Physiologiae corporis humani* (1757-1766). En esta descripción se informa de la aparición de 20 cuerpos libres (glébulas) en la articulación mandibular de una paciente de sexo femenino de edad avanzada.

La condromatosis sinovial es una causa excepcional de síntomas de la articulación temporo-mandibular y solo 50 casos han sido publicados desde 1933 hasta el presente.

La primera referencia de la era moderna sobre condromatosis sinovial con compromiso de la articulación Temporo – Mandibular (ATM) es la de Axhausen en 1933 (1).

Material y Método

Paciente de 73 años derivado por Odontología tras ser tratado durante 5 años por diversos especialistas con diagnóstico de neuralgia del trigémino, y haber sido medicado con Carbamacepina, antiinflamatorios y relajantes musculares. En el último año había seguido consulta con Psiquiatría por cuadros depresivos debido al dolor facial.

El paciente refería dolor en la hemicara izquierda, parestesias sobre la piel e imposibilidad para comer alimentos sólidos. El dolor era invalidante.

En el examen físico se constató edema de la zona preauricular; apertura bucal y lateralidad derecha limitadas por intenso dolor; la línea media mandibular se encontraba conservada.

La resonancia nuclear magnética (RNM) con refuerzo de gadolinio mostraba lesiones dentro de la cavidad articular como “pequeños granos de arroz”, sobre todo en la zona posterior del cóndilo articular, e imágenes hipointensas con compromiso del espacio infradiscal (Fig 1-3).

Con el diagnóstico previo de condromatosis sinovial de la ATM debido a los estudios complementarios, se decidió explorar la articulación bajo anestesia general. Se realizó incisión preauricular extendida; en el abordaje de la articulación, se constató en el compartimiento infradiscal y predominantemente en la zona posterior, 45 nódulos de diversos tamaños (de 3 a 8 mm), de apariencia cartilaginosa, algunos transparentes y otros blancos opacos (Fig. 4). La superficie de los mismos variaba de lisa a irregular lobulada. Se constató despulimiento de la sinovial posterior e impronta sobre el cuello condilar y zona posterior del

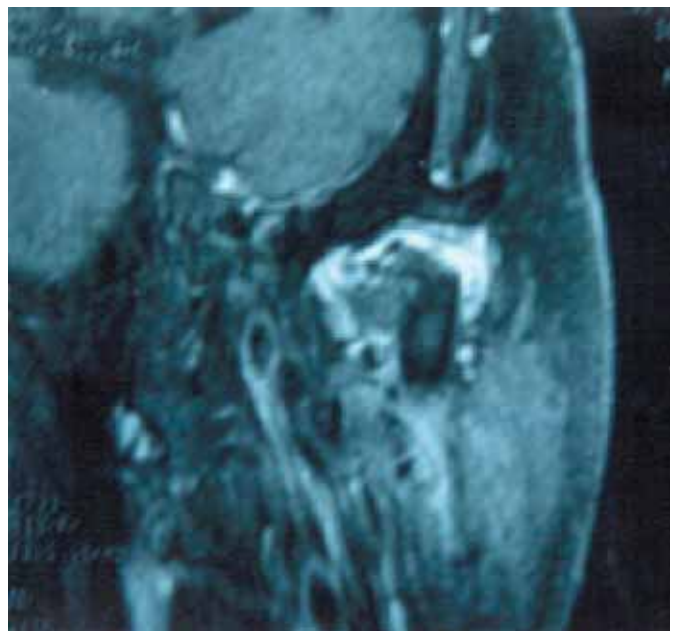
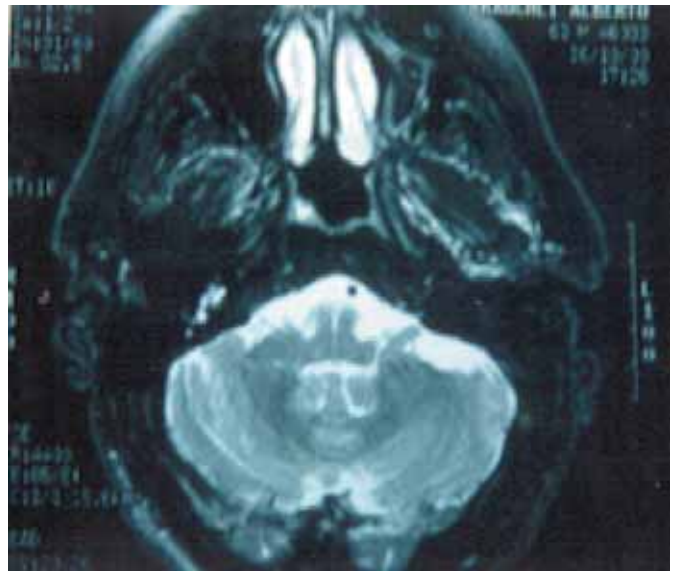


Fig. 1, 2 y 3: Resonancia magnética nuclear donde se identifican las lesiones intrarticulares.



Fig. 4: Imagen de las glébulas (tumores cartilaginosos intrarticulares) obtenidos de la articulación temporo mandibular (40x).

cóndilo. Las lesiones fueron extirpadas en su totalidad. Se procedió al lavado a presión de la articulación y a continuación se legró con legra fina de 3 mm el tejido óseo condilar. Se finalizó el procedimiento quirúrgico efectuando la sinoviectomía parcial posterior.

El paciente fue instruido para la realización de ejercicios de movilización mandibular a partir del tercer día de la operación. La recuperación postoperatoria fue satisfactoria, con retorno de la función mandibular total en 15 días, no presentando durante los 6 meses postoperatorios dolor en la articulación ni evidencia de recidiva.

Histopatología

Las lesiones fueron estudiadas con tinción de hematoxilina-eosina, caracterizándose por la presencia de proliferación de cartílago metaplásico en forma nodular. La característica del cartílago fue la hiper celularidad, pero los condrocitos se encontraron distribuidos en forma regular y uniforme, con moderado pleomorfismo celular y característicamente no se observaron células binucleadas. También se identificó en los distintos preparados el depósito de cristales de fosfato de calcio, de apariencia característica ante el microscopio de polarización. No se observó osificación en ninguna de las muestras analizadas (Fig. 5-6).

Discusión

Se considera a la condromatosis sinovial una metaplasia primaria sin evidencia de patología articular preexistente. Es una condición patológica rara y de

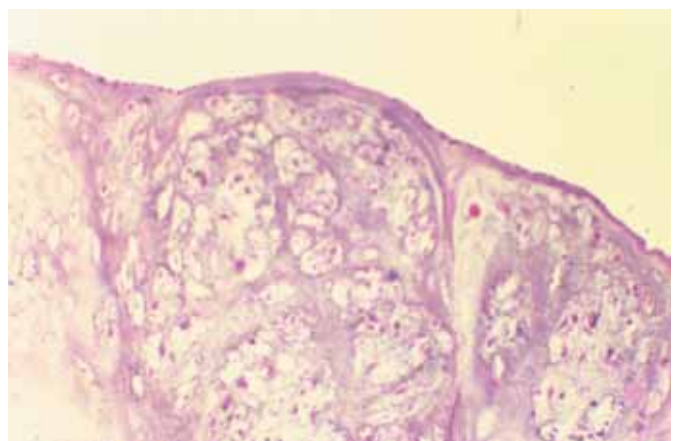
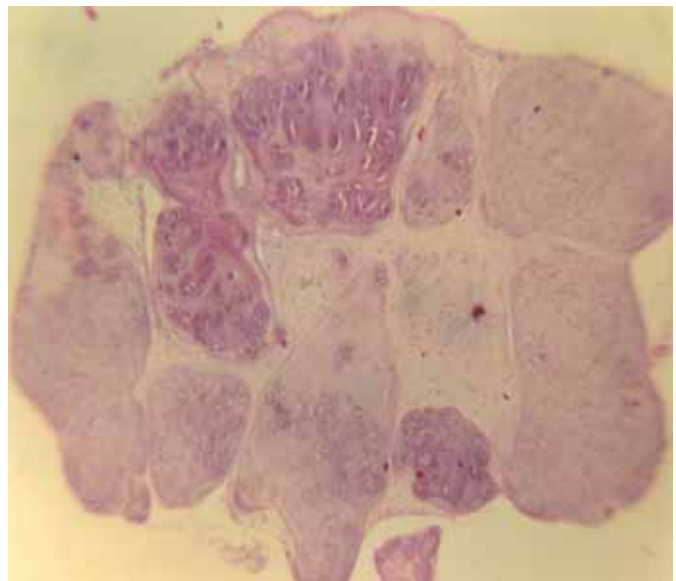
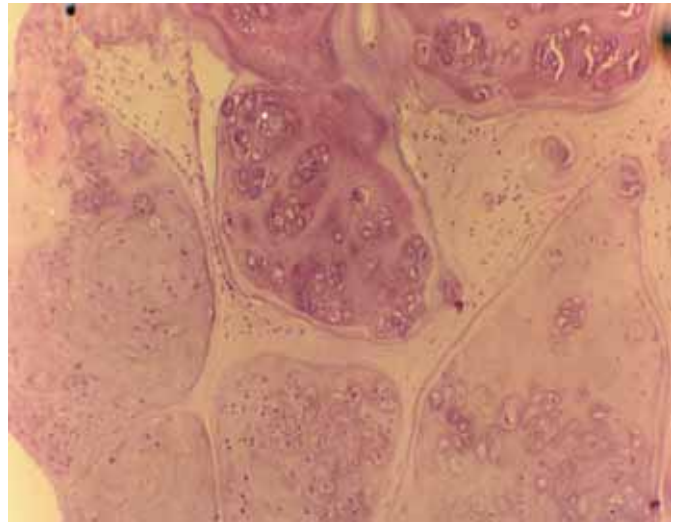


Fig. 5, 6 y 7: Tejido cartilaginoso metaplásico con condrocitos regulares y uniformes. Moderado pleomorfismo celular y ausencia de células binucleadas (H&E) (40x).

aparición excepcional en la articulación temporo-mandibular.

Histológicamente, la condromatosis sinovial puede ser dividida en 3 estadios evolutivos (2):

1: Metaplasia a nivel de la membrana sinovial sin la presencia de partículas cartilaginosas libres.

- 2: Metaplasia a nivel de la membrana sinovial con partículas cartilaginosas libres.
- 3: Solo partículas cartilaginosas libres que varían desde 1 mm a más de 10 mm.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante examen histológico de las partículas cartilaginosas o de la membrana sinovial. El uso de la RNM y ocasionalmente de Hialografía, permiten el diagnóstico diferencial con patología de la glándula parótida, sinovitis pigmentada villonodular, artritis degenerativa, necrosis avascular, artropatía neurogénica y fractura osteocondral (3).

El diagnóstico por imágenes de la condromatosis puede ser realizado mediante: artrografía (4), y RNM (5). El 42% de las condromatosis sinoviales no presentan anomalías en la radiografía convencional (6).

La extensión extracapsular de esta patología es rara y ha sido previamente referida en 5 casos (7-11), encontrándose en la literatura solo un caso con extensión a la glándula parótida (12).

La transformación maligna de la condromatosis sinovial en condrosarcoma solo ha sido descrita en un caso con compromiso de la articulación de la rodilla (13) y a nivel de la ATM no ha sido reportada por ningún autor.

La clasificación de Blenkinsopp, realizada en 1978, permite hacer diagnóstico etiológico y diferencial con cuerpos libres dentro de la articulación

Cantidad de Cuerpos Libres	Patología
más de 10	Condromatosis sinovial
1 - 10	Osteoartritis
1 - 3	Condritis disecante
	Fractura intracapsular
	Artritis tuberculosa o piógena
	Artritis reumatoide
	Artritis neurotrófica

Conclusiones

Describimos un caso de condromatosis sinovial de la ATM. La RMN de la articulación aporta un diagnóstico valioso y definitivo. Resumimos a su vez las características histológicas de los tumores cartilaginosos; esta descripción, según nuestra búsqueda bibliográfica, corresponde al primer caso hallado en Ibero-Latinoamérica, encontrándose solo 50 casos publicados en la literatura mundial.

Dirección del autor

Dr. Ernesto A. Moretti
Italia 1460
(2000) Rosario, Argentina
e- mail: drmoretti@tutopia.com

Bibliografía

1. Axhausen G: "Pathologie and Therapie des Kiefergelenkes". Fortschr Zahnheilk 1933, 9: 184.
2. Miligram JW: "Synovial osteochondromatosis. A histopathologic study of thirty cases". J Bone Joint Surg 1977, 59: 792.
3. Miligram JW: "The classification of loose bodies in human joint". Clin Orthop 1977, 1224:282.
4. Katzeberg RW, Dolwick MF, Helms CA, et al: "Arthotomography of the TMJ". Am J Radiol 1980, 134:995.
5. Katzeberg RW, Vesete RW, Tallents RH, et al: "Normal and abnormal temporomandibular joint: MR imaging with surface coils". Radiology 1986, 158:183.
6. Blakestijn J, Panders AK, Vermey A, et al: "Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint". Cancer 1985, 55:479.
7. Nokes SR, King PS, García R, et al: "Temporomandibular joint chondromatosis with intracranial extension: MR and CT contributions". Am J Radiol 1972, 148:1173.
8. Ballard R, Weiland LH: "Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint". Cancer 1972, 30:791.
9. Akhtar M, Mahajan S, Kott E: "Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint". J Bone Joint Surg 1977, 59:266.
10. Takagi M, Ishikawa G: "Simultaneous villonodular synovitis and synovial chondromatosis of the temporomandibular joint". J Oral Maxillofac Surg 1981, 39:699.
11. Thompson K, Schwartz HC, Miles JW: "Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint presenting as a parotid mass: Possibility of confusion with benign mixed tumor". Oral Surg 1986, 62:377.
12. Norman JE, Williams RG: "Tumors of the major and minor salivary and lachrymal glands. A two center survey of 250 cases over the period 1962-1984". Abstr. European Association for Maxillo-Facial Surgery, 7th. Congress, 1984, Paris.
13. Mullins F, Berard CW & Eisemberg SH: "Condrosarcoma following synovial chondromatosis". A case study. Cancer 1965, 18:1180-1188.

Comentario al trabajo «Condromatosis sinovial de la articulación temporo-mandibular»

Dr. F. Ezquerro Carrera
Cirujano Plástico
Santander. España

Los condromas en la región oral y maxilofacial son extremadamente raros. Son unos tumores benignos compuestos de cartílago maduro que pueden surgir de restos de cartílagos en el hueso, encondromas, o de las células mesenquimales en el periostio que sufren una diferenciación neoplásica a células cartilaginosas llamados condromas yustacorticales.

En verdad, la mayor parte de las veces asientan en los huesos largos y no en los huesos membranosos, de la cara, mandíbula o cráneo. Los más frecuentes son en la mano. Cuando se diagnostican en la zona maxilofacial se localizan normalmente en el maxilar anterior o la zona del septum nasal, posiblemente derivados de restos del cartílago nasal; en el cóndilo mandibular suelen estar en relación con elementos fibrocartilaginosos de la articulación y en el cuerpo de la mandíbula, con restos del cartílago de Meckel.

Dada su rareza no es realista un diagnóstico diferencial de entrada en la región orofacial. La regla cuando uno se encuentra con un diagnóstico histopa-

tológico de condroma benigno es cuestionárselo. La extrema rareza de esta lesión por encima de la clavícula y la apariencia histológica benigna de los condrosarcomas de bajo grado justifican una segunda opinión. Algunos autores incluso aconsejan tratarlos como condrosarcomas de bajo grado. Mullins y Colls: hablan de condrosarcoma después de una condromatosis sinovial.

En cualquier caso los condromas benignos o los condrosarcomas de bajo grado son lesiones de lento crecimiento y pueden no recaer durante varios años. Se aconseja revisión cada 6 meses.

Es muy interesante la publicación de este caso por la rareza del mismo y de agradecer el seguimiento clínico del paciente, en el que por la edad es de suponer una lenta evolución de la lesión.

Indudablemente el éxito clínico del tratamiento quirúrgico mediante abordaje directo de la lesión, ha permitido recuperar al paciente de una patología invalidante de 5 años de evolución.

Respuesta al comentario del Dr. F. Ezquerro

Dr. E. Moretti

Agradezco los comentarios del Dr. Fernando Ezquerro Carrera y los conceptos vertidos. Los métodos no invasivos de diagnóstico, como la Resonancia Magnética Nuclear, permiten llegar al mismo, previo a la intervención quirúrgica, debido a la presencia de imágenes libres cartilaginosas (glébulas) dentro de la articulación temporo-mandibular. No hay posibilidades de confusión con otras lesiones ya que estas imágenes libres son múltiples, de formas esféricas y con bordes regulares. Es así que,

como en el caso presentado, tuvimos la oportunidad de presunción diagnóstica previa. La artroscopia de la ATM podría aclarar la situación cuando el diagnóstico es dudoso.

Con respecto al seguimiento clínico, hasta la fecha (2 años transcurridos y bajo control con RMN cada 6 meses) no hay evidencias de recaídas ni alteraciones funcionales de la ATM.

Nuevamente agradezco al Dr. Ezquerro Carrera por los aportes a la publicación.