



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 5, Núm. 3 • Septiembre-Diciembre 2009 • pp. 107-110

Condromatosis sinovial de la articulación temporomandibular a la exploración artroscópica: Reporte de un caso

José Ernesto Miranda Villasana,* Norith de Jesús Recendez Santillán**

RESUMEN

La articulación temporomandibular (ATM) es esencial para la función mandibular, resulta susceptible como otras articulaciones sinoviales a distintas artropatías tales como: anquilosis, artritis, trauma y neoplasias. La condromatosis sinovial (CS) de la ATM representa una patología benigna monoarticular poco frecuente que comúnmente afecta articulaciones tales como rodilla, codo, muñeca y hombro. Los signos y síntomas predominantes de la condromatosis sinovial son: dolor, inflamación, cambios oclusales y crepitación. El propósito de este artículo es describir el uso del artroscopio como alternativa diagnóstica y terapéutica de la condromatosis sinovial.

Palabras clave: Articulación temporomandibular, condromatosis, artroscopia.

SUMMARY

The temporomandibular joint (TMJ) essential for mandibular function is also susceptible to arthropathies such as: ankylosis, arthritis, trauma and neoplasms. The synovial chondromatosis (SC) represents a benign pathology that commonly affects large joints such as: knees, elbow, wrist and shoulder. Principal signs and symptoms of the synovial chondromatosis are pain, swelling, occlusal disturbances and crepitus. The purpose of this article is to describe the use of the arthroscopic like an alternative for diagnosis and treatment of synovial chondromatosis.

Key words: Temporomandibular joint, chondromatosis, arthroscopy.

INTRODUCCIÓN

La condromatosis sinovial (CS), descrita por primera vez por George Axhausen en 1933,¹ es una metaplasia cartilaginosa de los remanentes mesenquimales

del tejido sinovial de las articulaciones. Se caracteriza por la formación de nódulos cartilaginosos adheridos a la membrana sinovial, calcificados o bien libres en la cavidad articular (cuerpos libres).² Esta enfermedad también es conocida como osteocondro-

* Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.

** Residente de primer año del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Hospital Regional General Ignacio Zaragoza ISSSTE. División de Estudios de Postgrado. FO UNAM. México D.F.

Correspondencia:

CD CMF Mto. Dr. José Ernesto Miranda Villasana
ernestomiranda@prodigy.net.mx



Figuras 1. Fotografía frontal.



Figura 5. Cuerpo libre en relación de espacio articular en ATM lado derecho.



Figura 2. Radiografía panorámica.



Figura 3.



Figura 4.

Figuras 3 y 4. Proyección Schüller dinámica; se observa en boca cerrada adecuada posición condilar con respecto a cavidad glenoidea. Imagen proyectada durante el movimiento de apertura.

matosis sinovial, condrometaplasia sinovial, condrosis sinovial, metaplasia sinovial, sinovialoma, condrometaplasia tenosinovial periarticular.³ La CS afecta articulaciones grandes, tales como: rodilla (35%), codo (22%) y cadera (4.5%),⁴ siendo rara su presentación en ATM; se han reportado casos en que este padecimiento puede potencialmente destruir e invadir la fosa craneal media, comprometiendo estructuras intracraneales.⁵ Se encuentra con mayor frecuencia en pacientes de género femenino (61%) con un rango promedio de 44 años de edad.⁴ Es una enfermedad crónica y de lenta evolución, con un aumento de volumen en región preauricular en relación con lesión, donde los síntomas predominantes reportados en la literatura son: dolor (69%), inflamación (68%), limitación de movimientos mandibulares (46%) y crepitación (40%).⁵ En un estudio realizado de 11 casos por Ardekian y cols. se reportó que sólo en tres pacientes hubo una limitación en la apertura bucal, así como alteración auditiva.⁶

La etiología del padecimiento no es clara; se consideran ciertos factores etiológicos tales como: traumatismos previos, parafunciones, infecciones y enfermedades inflamatorias crónico-degenerativas. Sato y col. sugieren que el factor de crecimiento de los fibroblastos 2 (FGF-2) producido por condrocitos, se une al receptor 1 del factor del crecimiento de los fibroblastos (FGFR-1), contribuyendo al crecimiento celular a través de una vía autocrina o paracrina;¹ además, el incremento del FGFR-1 en los condrocitos de la condromatosis sinovial contribuye a aumentar el potencial de crecimiento, y por ello parece que el sistema FGF-2/FGFR-1 podría jugar

un papel importante en la patogénesis de la condromatosis sinovial.¹

Existen diferentes medios de diagnóstico, incluyendo la ortopantomografía, tomografía computada, resonancia magnética y la artroscopia de la ATM.¹

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 44 años de edad, con antecedente de artritis reumatoide de 7 años de evolución, bajo tratamiento con medicina homeopática, sin datos de alergias a medicamentos reportadas, con antecedentes de hospitalización en tres ocasiones por parto sin complicaciones; fue referida al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional «Ignacio Zaragoza», ISSSTE, por presentar datos de alteración interna de la ATM.

La paciente se refiere con dolor irradiado en ATM de lado derecho, asintomática del lado contralateral que no cedió con analgésicos; con una evolución de 10 meses a partir del diagnóstico por parte de nuestro Servicio. A la exploración física, se encuentran datos negados de aumentos de volumen en región articular involucrada con padecimiento (*Figura 1*), intraoralmente con oclusión inestable, presentando una apertura bucal de 38 mm, reportando en repetidas ocasiones eventos de luxación mandibular a la apertura máxima, dolor articular intenso a movimientos mandibulares, así como percepción de crepitaciones en ATM derecha.

Los estudios de imagen de ortopantomografía (*Figura 2*) y proyecciones de Schuller de ATM con boca abierta y cerrada bilateral, proporcionan datos radiográficos suficientes para realizar el tratamiento artroscópico (*Figuras 3 y 4*).

Se realiza, bajo anestesia general, intubación orotraqueal, procedimiento de artroscopia diagnóstica con artroscopio Dyonics® de 1.7 mm a 30 grados de angulación con técnica de McCain, en donde se observa cuerpo libre de forma oval, apariencia blanquecina de aproximadamente 1 x 2 mm de diámetro en espacio intraarticular superior en ATM derecha (*Figura 5*). Bajo este mismo método artroscópico, se efectúa destrucción de cuerpo libre por medio de aparato de radiofrecuencia, resultando la opción terapéutica ideal para el caso descrito.

Al seguimiento postquirúrgico de la paciente se encontró una remisión completa de la sintomatología dolorosa referida.

DISCUSIÓN

Se han reportado 78 casos de condromatosis sinovial de articulación temporomandibular desde su re-

visión por Norman y colaboradores en 1988.⁷ Kim y col. reportan un promedio de edad de aparición de 44.4 años (rango de 21 a 72 años) en 61% género femenino.⁸

Miligram clasificó tres fases de evolución en la condromatosis sinovial:

- 1) Fase temprana de condromatosis sinovial en la que incluye una metaplasia de la membrana sinovial con una proliferación de células madre indiferenciadas, pero sin existencia de cuerpos libres.
- 2) En el segundo estadio o fase transicional aparece una metaplasia progresiva que lentamente conduce a la formación de cuerpos libres que se despegan de la sinovial por un fenómeno similar a la gemación, conteniendo dichos cuerpos condrocitos activos parcialmente recubiertos de membrana sinovial.
- 3) En el tercer estadio o fase avanzada no hay actividad metaplásica intrasinovial, pudiendo aparecer degeneración y calcificación de los cuerpos libres, denominándose entonces síndrome de Henderson-Jones.¹ En los casos reportados en la literatura, la CS primaria es descrita como la más agresiva en comparación con el tipo secundario, siendo el caso clínico presentado en este artículo una clasificación de Miligram de CS secundaria en etapa 2.

En la mayoría de los casos se reporta que el espacio articular superior ha sido el que más frecuentemente está afectado.⁹

La artroscopia representa un medio preciso en el diagnóstico de CS, comparada con estudios simples (ortopantomografía, radiografías Schuller). En un estudio de 11 casos de CS Ardekian y cols. señalan que estas proyecciones radiográficas simples proporcionaron apoyo diagnóstico únicamente en 2 de 11 casos revisados, cuando los cuerpos libres intraarticulares se encuentran en estadio de calcificación; en tomografía computada (TC) reportan cuerpos calcificados en 3 de 6 casos, y en resonancia magnética un hallazgo de apariencia de masa tumoral en 10-10 casos; se reporta además biopsia por aspiración de aguja fina (BAAF) realizada con propósito diagnóstico en 9-11 casos. En 4 de estos 9 casos, la BAAF mostró fragmentos de cartílago sobre una matriz mesenquimática y proteica con infiltrado inflamatorio crónico.⁶

La sinovectomía y artrotomía abierta han sido reportadas como el tratamiento más común para esta afección.¹⁰ Sin embargo, considerando el caso reportado en este artículo, la artroscopia es también un

método adecuado para el tratamiento de la condromatosis sinovial; existen reportes en la literatura de casos tratados mediante esta opción terapéutica con electrocoagulación de los cuerpos libres involucrados y su uso en la membrana sinovial circundante afectada. Se mencionan casos especiales en los que la opción terapéutica considerada para remoción de los cuerpos libres fue la fragmentación de éstos con el uso de fórceps.⁹

Cuando los cuerpos libres se encuentran en la cavidad articular superior y son de un diámetro menor al del artroscopio, está indicada su terapéutica por medio de artroscopia.¹¹

La cirugía abierta está reservada a casos de CS agresivos, en donde la masa articular que afecta la ATM es evidente; en estos casos se realiza la remoción de la masa articular involucrada, los cuerpos libres, la membrana sinovial afectada. En la mayoría de los casos, el disco articular es preservado y reposicionado.⁹

CONCLUSIÓN

El uso de artroscopia constituye un medio diagnóstico de patologías de la ATM, así como una opción terapéutica viable en distintas entidades patológicas. Además de considerarse un medio diagnóstico en la CS, la artroscopia representa una alternativa quirúrgica terapéutica cuando los cuerpos libres son de un diámetro similar al del artroscopio, además del uso de Vulcan (radiofrecuencia), considerándose así una alternativa conservadora para tratamiento de esta entidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ginaldi S. Computed tomography feature of synovial chondromatosis. *Skeletal Radiol* 1980; 5: 219-22.
2. Martínez GR. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint: A clinical, radiological and histological study.
3. Reddy PK, Vannemreddy PSSV, González E, Nanda A. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint with intracranial extension. *J Clin Neurosc* 2000; 7: 332-4.
4. Ardekian. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint, report of 11 cases and comparison with other joints. *AAOMS*, 2003.
5. Karlis V, Glickman RS, Zaslow M. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint with intracranial extension. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod* 1998; 664.6.OOE: 104(4).
6. León A. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint: Report and analysis of eleven cases. *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Journal of Oral Maxillofacial Surg* 2005; 63: 941-947.
7. Norman JE, Stevenson AR Patier DM et al. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint. An historical review with presentation of 3 cases. *J Craniomaxillofacial Surg* 1988; 16: 212.
8. Kim HG, Park KH, Huh JK et al. Magnetic resonance imaging characteristics of synovial chondromatosis of the temporomandibular joint. *J Orofac Pain* 2002; 16: 148.
9. Sanromán JF et al. Indications of arthroscopy in the treatment of synovial chondromatosis of the temporomandibular joint; Report of 5 new cases. *J Oral Maxillofacial Surg* 2008; 66: 1694-1699.
10. Salvatore S. Arthroscopy with open surgery for treatment of synovial chondromatosis or Temporomandibular joint. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2008; 46: 582-584.
11. Miyamoto H, Sakashita H, Miyata M, Kurita K. Arthroscopic diagnosis and treatment of temporomandibular joint synovial chondromatosis. Report of a case. *J Oral Maxillofacial Surg* 1996; 54: 629-31.