



Caso clínico

Condromatosis sinovial de la articulación temporomandibular

Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint

José Edgar Garduño Mejía,* Claudia Elizabeth Cabrera Arévalo†

RESUMEN

El presente artículo hace referencia a una revisión bibliográfica de la condromatosis sinovial, siendo esta una patología benigna que se desarrolla a nivel de las articulaciones, con menor incidencia a nivel de la articulación temporomandibular, se han reportado aproximadamente 300 casos desde 1993, con un rango mayor en la quinta década de la vida, predilección al sexo femenino 2:1 con relación al masculino. **Caso clínico:** Se presenta un caso clínico de mujer de la sexta década de la vida con aumento de volumen en región preauricular derecha, asintomática, con antecedente de diabetes mellitus tipo II, a quien se le realiza excisión completa de la lesión, bajo anestesia general balanceada, al momento sin datos de recidiva con seguimiento a un año.

Palabras clave: Condromatosis sinovial, articulación temporomandibular, cartílago hialino.

ABSTRACT

*This article refers to a bibliographic review of synovial chondromatosis, this is a benign pathology that develops at the level of the joints, with a lower incidence at the temporomandibular joint, approximately 300 cases have been reported since 1993, with a higher range in the fifth decade of life, predilection for the female sex 2:1 in relation to the male. **Case report:** a female in the sixth decade of life with increased volume in the right preauricular region, asymptomatic, with a history of type II diabetes mellitus, who undergoes complete excision of the lesion, under general anesthesia, at the moment without data of recurrence with follow-up at one year.*

Keywords: Synovial chondromatosis, temporomandibular joint, hyaline cartilage.

* Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

† Residente de Cuarto año del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos»

Correspondencia:

Claudia Elizabeth Cabrera Arévalo

Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos»

Av. Nicolás San Juan, Col. San Lorenzo Tepaltitlán, 50010, Toluca, Estado de México. Tel. 55 8103-6340.

E-mail: claudiaelicabrera@gmail.com

Citar como: Garduño MJE, Cabrera ACE. Condromatosis sinovial de la articulación temporomandibular. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2021;17 (2): 84-89. <https://dx.doi.org/10.35366/102430>



INTRODUCCIÓN

La condromatosis sinovial es una patología relacionada a las articulaciones del cuerpo, es más común en grandes articulaciones como rodilla, cadera, codo y hombro, y poco común en la articulación temporomandibular.

El primer reporte de esta patología se realiza en el año de 1558 por Ambroise Pare¹ y se documenta a nivel de la articulación temporomandibular en el año 1993 por Axhausen.²

La condromatosis sinovial se puede clasificar en primaria y secundaria, primaria cuando los pacientes no presentan ninguna condición predisponente y secundaria pacientes con antecedentes de trauma, artritis degenerativa, o algún otro desorden.³

Se considera una patología benigna de tipo metaplásica, que se caracteriza por la formación de nódulos de cartílago hialino (cuerpos libres), a partir de la membrana sinovial de la articulación temporomandibular, las manifestaciones extraarticulares son poco comunes; sin embargo, existen reportes incluso con extensión a nivel intracraneal.⁴

Si bien su etiología se considera desconocida, se ha visto relacionado con otras condiciones de la articulación como procesos inflamatorios, exceso de función o trauma.

Epidemiología

Rango de edad muy amplio, más común en la quinta década de la vida, según la revisión de casos reportados existe predilección por el sexo femenino 2-1 con relación al masculino.

Características clínicas: aumento de volumen en región preauricular, dolor, crepitaciones, limitación de los movimientos mandibulares.

En algunas ocasiones esta patología se encuentra asintomática, por lo que su diagnóstico sería más complejo y podría tardar meses o incluso años para llegar a él.

Se pueden realizar estudios de imagen complementarios para llegar a un adecuado diagnóstico; de inicio, podría ser una ortopantomografía, en la cual dependiendo del estadio en el que se encuentre, se puede observar la presencia lesiones radiopacas de diferentes tamaños relacionadas a los cuerpos libres en la región de la articulación temporomandibular, irregularidades en el espacio interarticular y alteraciones de la cabeza del cóndilo. Sin embargo, este método diagnóstico puede no ser exacto para dicha patología, ofreciendo mejor efectividad el uso

de una tomografía computarizada o resonancia magnética en donde se puede observar una imagen multilobulada en relación con la articulación.

El diagnóstico definitivo de esta lesión se realiza mediante un estudio histopatológico, el cual puede ser mediante artroscopia o mediante una exploración abierta de la articulación.

Las características macroscópicas de la lesión son las siguientes:

1. Múltiples conglomerados de nódulos cartilaginosos (0.1-1 cm).
2. Cuerpos libres.
3. Nódulos osificados.
4. En algunos casos erosión de hueso adyacente.⁵

Características histológicas: Milgram en el año de 1977 clasifica a la condromatosis sinovial en tres estadios dependiendo de sus características histopatológicas, siendo ésta de importancia para determinar lo agresivo que debe ser el tratamiento al momento de su abordaje para evitar la recurrencia del mismo.

Estadio 1: metaplasia de la membrana sinovial, sin la presencia de cuerpos libres.

Estadio 2: separación de cuerpos libres, condrocitos activos.

Estadio 3: sin presencia de metaplasia, calcificación de cuerpos libres.⁶

Estudios de imagen

Son indispensables para el diagnóstico de esta patología, debido a que en ocasiones los pacientes se encuentran asintomáticos, los estudios usuales para esta patología son la tomografía computarizada y la resonancia magnética.

Noyek y colaboradores describen cinco características radiográficas de la condromatosis sinovial en articulación temporomandibular:

1. Ensanchamiento del espacio de la articulación.
2. Movimientos limitados.
3. Superficie articular irregular.
4. Presencia de cuerpos libres calcificados.
5. Esclerosis de la fosa glenoidea o del cóndilo mandibular.³

Tratamiento

El tratamiento adecuado para este tipo de patologías hace referencia al grado de afectación que tiene,



Figura 1: Fotografía frontal y de perfil derecho.

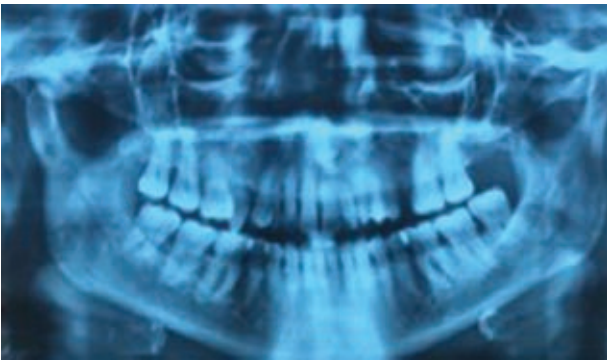


Figura 2: Ortopantomografía.

tomando en cuenta que muchas veces puede limitarse a la membrana sinovial, existiendo casos en los que se extiende a tejido óseo, llegando hasta la afectación del cóndilo o de superficies articulares, por lo que se puede considerar sinovectomía hasta condilectomía.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 59 años con antecedente de diabetes mellitus tipo II, quien inicia su padecimiento en diciembre de 2018 con aumento de volumen en región preauricular derecha (*Figura 1*), la cual se mostraba asintomática al dolor y con adecuada función masticatoria, después es referida a hospital de primer contacto donde se le realiza valoración por tumoración, solicitan estudios de imagen y se envía a nuestro Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos», Toluca, Estado de México, para valoración por parte del servicio de Cirugía Maxilofacial para realizar manejo adecuado.

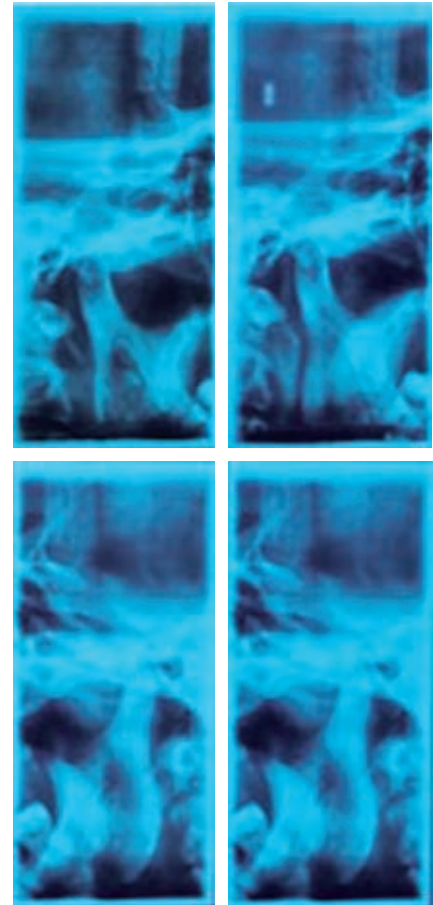


Figura 3:
Schüller
dinámica.

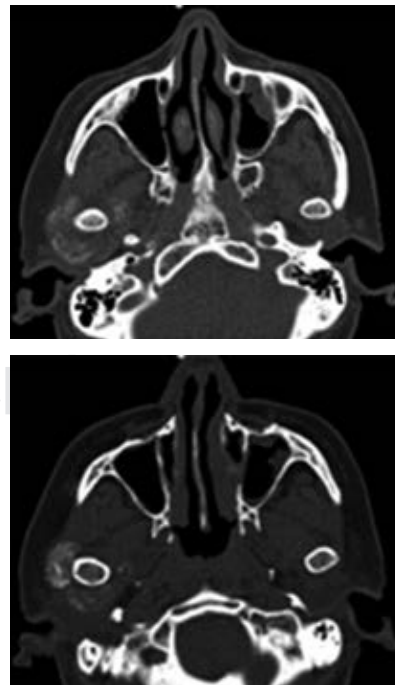


Figura 4:
Tomografía
simple de
cráneo,
cortes
axiales.

Figura 5:

Marcaje del abordaje endaural.



Figura 9:

Cierre de abordaje.



Figura 6:

Incisión y disección de piel.

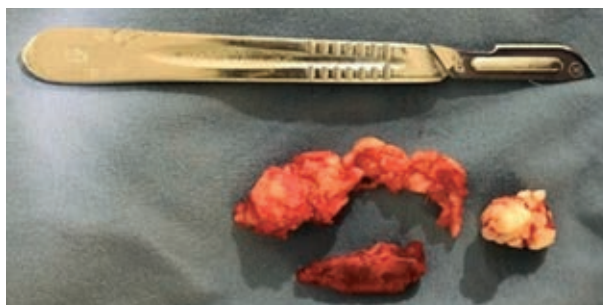


Figura 10: Muestra histopatológica.

Figura 7:

Exposición de articulación temporomandibular.



Figura 11:

Fotografía postquirúrgica frontal.



Figura 8:

Disección de la lesión.

Figura 12:

Fotografía postquirúrgica lateral (dos semanas).



Se solicitan estudios complementarios, análisis de laboratorio, los cuales se encuentran dentro de parámetros normales, así como ortopantomografía (Figura 2) en la cual no se observan datos radiográficos de alteraciones, al igual que en la radiografía Schüller dinámica (Figura 3) sin datos radiográficos de lesión. Por lo que se decide solicitar una tomografía simple en donde se observa una imagen relevante en cortes axiales de lesiones hiperdensas a tejidos blandos, rodeando el cóndilo mandibular del lado derecho (Figura 4), sin cambios aparentes a nivel óseo, bien delimitado.

Se inicia la planeación quirúrgica y se decide realizar biopsia excisional de la lesión para confirmación diagnóstica mediante estudio histopatológico, bajo anestesia general balanceada con intubación orotraqueal, previa asepsia y antisepsia se delimita el campo quirúrgico, se protege el conducto auditivo externo con una gasa, con tracción digital de la región preauricular derecha se realiza marcaje de arriba hacia abajo comenzando en la circunferencia del hélix, extendiéndonos endauralmente por la superficie interna del trago hasta la unión con el lóbulo de la oreja⁷ (Figura 5), en este caso se realizó una extensión retroauricular. Se infiltra lidocaína con epinefrina de 2% en la región preauricular para mayor vasoconstricción. Realizamos incisión con hoja de bisturí número 15, se disecciona por planos iniciando por piel, tejido celular subcutáneo, fascia temporal superficial, teniendo en cuenta que a este nivel encontramos las ramas del nervio facial, se continúa hasta llegar a la cápsula articular, en donde se observa la lesión bien delimitada en el compartimiento superior de la articulación (Figuras 6 a 8). Se valora la adecuada función de la articulación, correcta migración del cóndilo en la cavidad glenoidea, se posiciona el disco articular y se realiza cierre de planos profundos, a nivel de piel se colocan puntos subdérmicos (Figura 9). Se obtiene la muestra completa de aproximadamente 4.5 x 2 x 1 cm (Figura 10), y se envía para estudio histopatológico el cual reporta: «en los cortes histológicos examinados se observa membrana sinovial con hiperplasia de la íntima y que en la subíntima presenta múltiples nódulos compuestos por cartílago hialino maduro. Algunas áreas son hipercelulares con atipia leve de los condrocitos. Entremezclado con áreas de osificación y otras de aspecto mixoide». Con diagnóstico de condromatosis sinovial.

La paciente lleva seguimiento a un año, en donde se observa adecuada evolución, movimientos

mandibulares conservados, simetría facial, sin alteración al nervio facial por el tipo de abordaje que se realizó y estéticamente su cicatriz es imperceptible (Figuras 11 y 12).

DISCUSIÓN

La etiología de la condromatosis sinovial aún no es clara, aunque existen reportes de casos dados por trauma, parafunciones e infecciones; sin embargo, muchos casos no presentan una historia clara siendo asintomáticos.⁸ Algunos trabajos sugieren que el factor de crecimiento de los fibroblastos 2 (FGF-2) es producido por los condrocitos y se une al receptor 1 del factor de crecimiento de los fibroblastos (FGFR-1), contribuyendo al crecimiento celular a través de una vía autocrina o paracrina.⁹ La tríada diagnóstica para esta patología es restricción de movimientos articulares (65%), dolor (57%) e hinchazón (46.5%);³ estos síntomas no siempre están presentes, sobre todo en estadios tempranos, es importante mencionar que por lo general esta patología se encuentra en el compartimiento superior de la articulación temporomandibular, invadiendo el inferior únicamente cuando ya se ha presentado una perforación del disco articular debido a que estos compartimientos son pequeños, el crecimiento se convierte extracapsular y generan aumento de volumen en región preauricular.^{3,8,9} Con relación a la revisión de nuestro caso clínico, no se presentaron todos los síntomas, sólo aumento de volumen, sin limitación a movimientos ni dolor, lo que muchas veces dificulta el diagnóstico, en algunas ocasiones cuando la patología va iniciando no puede ser diagnosticada por medios radiográficos, incluso tomográficos, o pueden ser confundidos con otras patologías de la articulación, la resonancia magnética será considerada el instrumento diagnóstico ideal.¹⁰

El tratamiento para esta patología dependerá del estadio en el que se encuentre y de la invasión que tenga hacia otros tejidos, se han descrito tratamientos con artroscopia cuando se limita únicamente a lesiones intracapsulares,^{10,11} y hasta sinovectomía o condilectomía cuando invaden la membrana sinovial o incluso provocan erosión del cóndilo articular; en cuanto a nuestro caso, se decide realizar excisión quirúrgica total de la lesión conservando estructuras óseas, debido a que no se observa tomográficamente invasión de las mismas y se continúa con vigilancia postquirúrgica en caso de recidiva, la cual se considera poco común.^{6,12,13}

CONCLUSIONES

La condromatosis sinovial es una patología poco frecuente, sobre todo a nivel de la articulación temporomandibular, por lo que un buen diagnóstico nos ayudará a llevar a cabo un adecuado plan quirúrgico que nos permita devolver la calidad de vida al paciente, y aunque la recidiva parece ser infrecuente, se debe mantener en constante monitorización.

REFERENCIAS

1. Lim SW, Jeon SJ, Choi SS, Choi KH. Synovial chondromatosis in the temporomandibular joint: a case with typical imaging features and pathological findings. *Br J Radiol.* 2010; 84 (1007): e215-e218.
2. Min-jie Chen, Chi Yang, Xiao-hu Zhang, Ya-ting Qiu. Synovial chondromatosis originally arising in the lower compartment of temporomandibular joint: a case report in literatura review. *J Craniomaxillofac Surg.* 2011; 39 (6): 459-462.
3. Tang B, Wang K, Wang H, Zheng G. Radiological features of synovial chondromatosis affecting the temporomandibular joint: report of three cases. *Oral Radiol.* 2019; 35 (2): 198-204.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Oral and maxillofacial pathology.* Fourth ed. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2016.
5. Lindberg M. *Soft tissue tumors.* 3rd ed. Elsevier, 2019.
6. Chen MJ, Yang C, Cai XY, Jiang B, Qiu YT, Zhang XH. Synovial chondromatosis in the inferior compartment of the temporomandibular joint: different stages with different treatments. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 70 (1): e32-38.
7. Ruiz VCA, Fragozo MJF, Rivera GAM. Abordaje endaural modificado para la articulación temporomandibular: 20 años de experiencia. Descripción de la técnica quirúrgica. *Asociación Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial,* 2014; 10 (3): 116-121.
8. Von Lindern JJ, Theuerkauf I, Niederhagen B, Bergé S, Appel T, Reich RH. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint: Clinical diagnostic and histomorphologic findings. *Oral Surg Oral Med.* 2002; 94 (1): 31-38.
9. Martín-Granizo R, Sánchez JJ, Jorquera M, Ortega L. Condromatosis sinovial de la articulación temporomandibular: estudio clínico, radiológico e histológico. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005; 10: 272-276.
10. Jill Sink, Brian Bell, Hector Mesa. Sinovial condromatosis of the temporomandibular joint: clinical, cytologic, histologic, radiologic, therapeutic aspects, and differential diagnosis of an uncommon lesion. *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol.* 2014; 117 (3): e269-274.
11. Holtmann H, Böttinger T, Kübler NR, Singh DD, Sproll CK, Sander K et al. Intra- and extracapsular synovial chondromatosis of the temporomandibular joint: rare case and review of the literatura. *SAGE Open Med Case Rep.* 2018; 6: 2050313X18775307.
12. Benslama L, Schouman T, Toure S, Chardain J, Goudot P. Synovia chondromatosis of the temporomandibular joint: report and análisis of 12 cases. *Journal of Stomatology Oral and Maxillofacial Surgery.* 2018.
13. Guijarro-Martínez R, Puche Torres M, Marqués Mateo M, Solís García I, Miragall Alba L, Iglesias Gimilio ME et al. Bilateral synovial chondromatosis of the temporomandibular joint. *J Craniomaxillofac Surg.* 2011; 39 (4): 261-265.