



Revista Española de
**Cirugía Oral y
 Maxilofacial**

www.elsevier.es/recom



Caso clínico

Quiste sinovial de articulación temporomandibular: presentación de un caso



José Ángel Tomás Amérigo*, Luis Miguel Floría García, M. Carmen Baquero Ruiz de La Hermosa, Ernesto Bizcarrondo Ruiz, Francisco José Vera Sempere y José Delhom Valero

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de junio de 2013

Aceptado el 7 de febrero de 2014

On-line el 4 de abril de 2014

Palabras clave:

Quiste sinovial
 Articulación temporomandibular
 Reportes de casos
 Trastornos de la articulación temporomandibular

R E S U M E N

El quiste sinovial localizado en la articulación temporomandibular es una entidad rara, con pocos casos reportados en la literatura médica. Gaisford et al. fueron los primeros autores que informaron de un caso de quiste sinovial, patología que afecta más frecuentemente a articulaciones como la muñeca o la rodilla.

Estos quistes están delimitados por células sinoviales, y pueden estar comunicados o ser independientes de la cavidad articular.

Se han propuesto varias teorías para explicar la etiología de esta patología, un incremento de la presión en la cavidad articular causado por una inflamación o traumatismo puede ser clave para producir una herniación de la membrana sinovial dando lugar a la entidad.

Entre los diagnósticos que hay que considerar ante una tumoración preauricular se encuentran los tumores de parótida, los quistes sebáceos, los gangliones y los quistes sinoviales, entre otros.

El tratamiento quirúrgico es el tratamiento frecuentemente propuesto por la literatura, logrando una escasa tasa de recurrencia.

© 2013 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Synovial cyst of the temporomandibular joint: Presentation of a case

A B S T R A C T

A synovial cyst located in the temporomandibular joint is rare, with few cases reported in the medical literature. Gaisford et al. were the first authors to report a case of a synovial cyst. This a condition that more frequently affects joints such as the wrist or knee.

These cysts are delimited by synovial cells, and may be connected to, or be independent of, the joint cavity.

Several theories have been proposed to explain the etiology of this disease: an increase in pressure in the joint cavity caused by inflammation or trauma may be the reason that a herniation of the synovial membrane could be produced.

Keywords:

Synovial cyst
 Temporomandibular joint
 Case reports
 Temporomandibular joint disorders

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jtamerigo@hotmail.es (J.Á. Tomás Amérigo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.02.004>

1130-0558/© 2013 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Among the diagnoses to be considered when faced with a tumor are pre-auricular parotid tumors, sebaceous cysts, ganglia and synovial cysts, among others.

Surgery is the treatment most frequently proposed in the literature, achieving a low rate of recurrence.

© 2013 SECOM. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

El quiste sinovial localizado en la articulación temporomandibular (ATM) constituye una rara entidad, con pocos casos reportados en la literatura médica. Gaisford et al. fueron los primeros autores que notificaron la existencia de un caso de quiste sinovial en ATM¹, patología que afecta más frecuentemente a articulaciones como la muñeca o la rodilla.

Este tipo de quiste está delimitado por células sinoviales²⁻⁴ y puede encontrarse comunicado o ser independiente de la cavidad articular²⁻⁵. Entre los diagnósticos que hay que considerar ante una tumoración de localización preauricular, como diagnóstico diferencial del quiste sinovial, se encuentran las neoplasias parotídeas, los quistes epidermoides, los gangliones y los tumores de origen vascular o neurogénico entre otros.

El tratamiento quirúrgico realizando un abordaje preauricular⁶ es el tratamiento frecuentemente propuesto por la literatura, logrando una escasa tasa de recidiva.

Se presenta un caso de quiste sinovial en ATM tratado con éxito mediante abordaje quirúrgico.

Caso clínico

Mujer de 47 años de edad, que acude a nuestro servicio 3 meses después de descubrir una tumoración en la región preauricular izquierda. La paciente refiere que la lesión fue de aparición súbita y crecimiento progresivo. Se queja de dolor en región temporal, cervical y periocular izquierda. Entre los antecedentes médicos solo cabe destacar una hipertensión arterial esencial en tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, no presentando otras alteraciones sistémicas de relevancia.

En el examen físico se evidencia un nódulo de 1,5 cm de diámetro, aproximadamente, en región preauricular izquierda. A la palpación, la tumoración es de consistencia blanda, móvil y ligeramente sensible al tacto. La máxima apertura oral es de 45 mm y presenta chasquido articular en ambas articulaciones. El resto de la exploración de cabeza y cuello es anodina.

La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética nuclear (RMN), revelan una imagen sugestiva de lesión quística de 1,8 × 1,7 × 1,4 cm adyacente al borde superior de la glándula parótida (fig. 1). La RMN muestra un pedículo dependiente de ATM izquierda, siendo la posición del menisco articular y desplazamiento del cóndilo mandibular con boca abierta y cerrada normal (fig. 1).

Se realiza una punción aspiración con aguja fina que se informaba como muestra constituida en su totalidad por material proteináceo e histiocitos, compatible con lesión quística.

Ante los hallazgos obtenidos se lleva a cabo el tratamiento quirúrgico mediante un abordaje preauricular, identificando el tronco del nervio facial y sus respectivas ramas (fig. 2). Tras la disección del nervio facial se decide realizar una

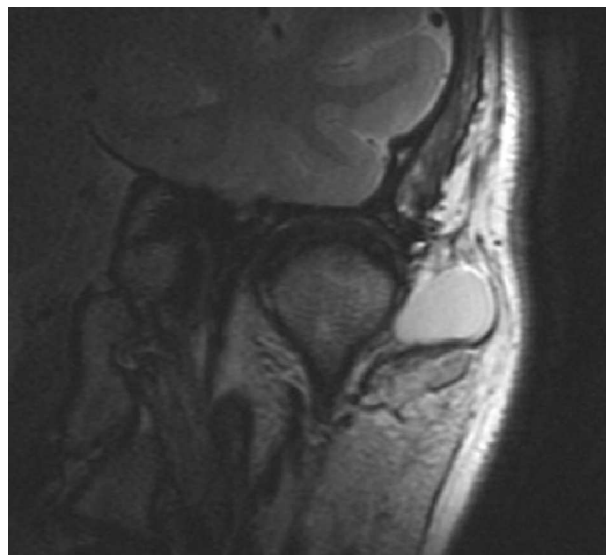


Figura 1 – Reconstrucción coronal en RM. Lesión quística pediculada, dependiente de articulación temporomandibular izquierda de de 1,8 × 1,7 × 1,4 cm.

parotidectomía superficial de la porción superior al encontrar múltiples adherencias a la lesión, aislando el quiste sinovial por encima de la rama frontal del nervio facial. Posteriormente se visualizó el pedículo que comunica el quiste con la articulación temporomandibular, procediendo a su ligadura y posterior resección. La herida fue suturada por planos.

La pieza quirúrgica obtenida fue fijada con formol al 10%. Los cortes histológicos teñidos con hematoxilina y eosina

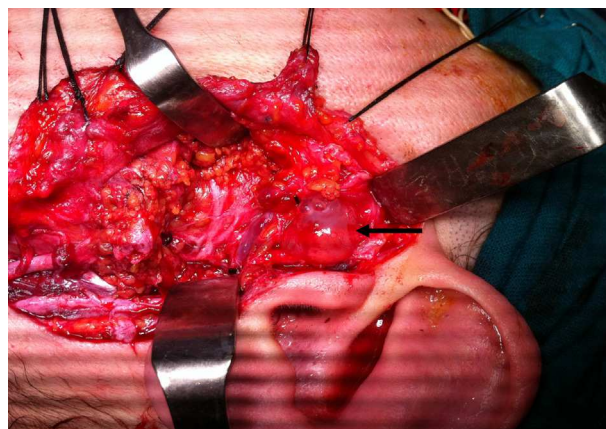


Figura 2 – La flecha indica lesión quística de localización superior al tronco del nervio facial con un tamaño aproximado de 1,5 cm de diámetro.

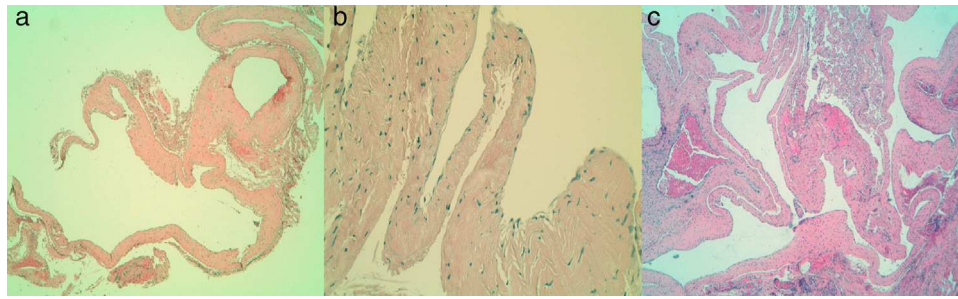


Figura 3 – Cortes histológicos que muestra un quiste multilocular con paredes fibrosas. Cada una de las cavidades quísticas estaba revestida con una capa de células alargadas atenuadas, a menudo dispuestas de forma discontinua. Hematoxilina-eosina: a) 25×, b) 100× y c) 25×.

revelaban una lesión quística multilocular (fig. 3). Para establecer con certeza la presencia de sinoviocitos en el revestimiento del quiste, se realiza un análisis inmunohistoquímico que confirma su existencia.

Durante el seguimiento ambulatorio de la paciente tras 9 meses de evolución no ha mostrado complicaciones postoperatorias ni signos de recidiva.

Discusión

El quiste sinovial en ATM es una entidad rara con pocos casos descritos en la literatura médica. Ante el hallazgo de una tumoración preauricular, el diagnóstico diferencial debe incluir entidades con mayor incidencia. Entre las patologías que pueden aparecer en esta localización destacan: tumores parotídeos, quistes epidermoides, gangliones, quistes sinoviales y tumores de origen vascular o neurogénico entre otros.

Se han propuesto varias teorías para explicar la etiología del quiste sinovial. Un incremento de presión en la cavidad articular causado por un proceso inflamatorio³ o un traumatismo^{3,4,7,8} pueden ser relevantes a la hora de producir una herniación de la membrana sinovial que daría origen a la entidad.

Esta distensión de la cápsula articular puede desempeñar un papel protector que permita la descompresión de la articulación⁹. El desplazamiento embrionario del tejido sinovial^{4,10,11} y una fuerza anormal en la articulación resultado de una disfunción de ATM son otras teorías que explican la patogénesis de esta entidad¹².

Frecuentemente han sido empleados indistintamente los términos quiste sinovial y ganglión. Cabe decir que se trata de 2 lesiones distintas^{2,4,13,14}. El quiste sinovial constituye un verdadero quiste delimitado por sinoviocitos^{2-4,13,14}, que puede estar o no comunicado con la cavidad articular²⁻⁴. Por otra parte, el ganglión es un pseudoquiste ya que carece de una capa de revestimiento celular^{2,5}. Sus delgadas paredes están formadas por estratos multidireccionales de fibras de colágeno compactado, entre las cuales a veces se observan escasos fibroblastos y alguna que otra célula mesenquimal. El origen de la formación de los gangliones aún no está definido. La teoría propuesta por Mayer en 1950 y refrendada por Soren es que se trata de un proceso degenerativo cuyo contenido líquido representa el producto final de una degeneración mixoide del colágeno del tejido conectivo^{2,13,14}. Su contenido mucinoso compuesto de glucosamina, albúmina, globulina y altas con-

centraciones de ácido hialurónico, es de densidad mucho más viscosa que el líquido sinovial¹¹.

Hoy en día gracias a las modernas técnicas de imagen TC, TC-3D y RM, resulta más sencillo hacer un diagnóstico adecuado de sospecha ante una masa de localización preauricular, que puede ser confirmado mediante biopsia o artroscopia articular.

El análisis del tejido de revestimiento de la lesión quística mediante técnicas de inmunohistoquímica puede ser útil en el diagnóstico final¹¹ de la lesión.

El tratamiento quirúrgico con abordaje preauricular⁶ parece ser de elección en el tratamiento de esta patología, así lo demuestra el escaso número de recurrencias¹⁵ y complicaciones que ha producido esta actitud en el resto de quistes sinoviales informados hasta la fecha. Como alternativas al tratamiento quirúrgico se han descrito la inyección de hidrocortisona¹¹ o agentes esclerosantes y la aspiración de la lesión.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gaisford JC, Hanna DC, Richardson GS, Bindra RN. Parotid tumors. *Plast Reconstr Surg.* 1969;43:504-10.
2. Spinzia A, Panetta D, Russo D, Califano L. Synovial cyst of the temporomandibular joint: A case report and literature review. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2011;40:874-7.
3. Bonacci CE, Lambert BJ, Pulse CL, Israel HA. Inflammatory synovial cyst of the temporomandibular joint: A case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 1996;54:769-73.

4. Chang YM, Chan CP, Kung WUSF, Hao SP, Chang LC. Ganglion cyst and synovial cyst of the temporomandibular joint. Two case reports. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1997;26:179-82.
5. Ali ZA, Busaidy KF, Wilson J. Unusual presentation of a ganglion cyst of the temporomandibular joint: Case report and distinction from synovial cyst. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64:1300-2.
6. Reychler H, Fievez C, Marbalx E. Synovial cyst of the temporomandibular joint. *J Maxillofac Surg.* 1983;11:284-6.
7. Janecka IP, Conley JJ. Synovial cyst of the temporomandibular joint imitating a parotid tumor (a case report). *J Maxillofac Surg.* 1978;6:154-6.
8. Jensen KH, Jorgensen U. Lateral presentation of a Baker's cyst. *Clin Orthop Relat Res.* 1993;287:202-3.
9. Dungan DH, Seeger LL, Grant EG. Case report 707: Hemorrhagic Baker's cyst of the right calf. *Skeletal Radiol.* 1992;21:52-5.
10. Farole A, Johnson MW. Bilateral synovial cysts of the temporomandibular joint. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991;49:305-7.
11. Wu CL, Liu KW, Hsu YC, Chiang IP, Chang SC. Treatment of temporomandibular joint ganglion cyst. *J Craniofac Surg.* 2011;22:1935-7.
12. Chen Y, Suzuki M, Siraki S, Kayano T, Amagasa T, Takagi M. Synovial cyst of the temporomandibular joint: Report of a case. *Oral Med Pathol.* 1998;3:97-9.
13. Goudot P, Jaquinet AR, Richter M. Cysts of the temporomandibular joint. Report two cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1999;28:338-40.
14. Lomeo PE, Mcdonald JE, Finneman J. Temporomandibular joint cyst as a preauricular mass. *Am J Otolaryngol.* 2000;21:331-2.
15. Moatemri R, Farroukh O, Belajouza H, Trabelsi A, Ayache A, Khocht Ali H, et al. Synovial cyst of the temporomandibular joint. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2007;108:241-2.