

Condromatose Sinovial – Um Caso Clínico.

Francisco Morais Caldas*, João Carlos Pinho**, Adriano Figueiredo***,
Tiago Morais Caldas****, José Bilhoto*****, Marcelo Miranda*****

Resumo: A Condromatose Sinovial da articulação temporomandibular(ATM) é uma doença rara e benigna caracterizada por numerosos corpos osteocartilagíneos aderidos e soltos dentro da articulação. O seu diagnóstico é difícil de efectuar devido aos sintomas clínicos atípicos que apresenta, confundindo-se frequentemente com um desarranjo interno da articulação temporomandibular. O diagnóstico de certeza é efectuado em fase adiantada, quando os corpos intra-articulares calcificados são visíveis imagiologicamente. É apresentado um caso clínico de uma mulher com condromatose sinovial da ATM. O primeiro diagnóstico é de Desarranjo Interno da articulação temporomandibular. Posteriormente, devido ao agravamento dos sintomas, foram realizados exames complementares (Tomografia Computorizada e Ressonância Magnética Nuclear). Estes sugeriram tratar-se de uma Condromatose Sinovial, sendo posteriormente confirmada por exame histológico após cirurgia.

Palavras-Chave: Articulação temporomandibular; Condromatose sinovial; Corpos soltos intra-articulares; Crepitação articular

Abstract: Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint (TMJ) is a rare and benign condition characterized by the formation of numerous osteocartilaginous bodies attached and loose within the joint spaces. The diagnosis is often difficult because of the unusual clinical symptoms that can be confused with other TMJ's disorders. The definite diagnose is established in an advance state, when the loose bodies located within the joint are able to be detected by imagiologic techniques. One case of a female patient with synovial chondromatosis of the TMJ is described. The first diagnose was a TMJ's internal disorder. Subsequently, with the increase of clinical signs, we asked for a Computed Tomography (CT) and a Magnetic Resonance Imaging (MRI). A diagnose of synovial chondromatosis was suggested and confirmed by histopathologic evaluation after surgery.

Key-words: Temporomandibular joint; Synovial chondromatosis; Loose bodies within the joint; Joint sounds

(Caldas FM, Pinho JC, Figueiredo A, Caldas TM, Bilhoto J, Miranda M. Condromatose Sinovial – Um Caso Clínico. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2004;45:215-220)

*Médico Estomatologista, Professor Associado com Agregação, Regente da disciplina de Oclusão, ATM e Dor Orofacial I da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

**Médico Dentista, Professor Associado, Regente da disciplina de Oclusão, ATM e Dor Orofacial II da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

***Médico Estomatologista, Chefe de Serviço Hospitalar de Cirurgia Maxilofacial do Hospital Pedro Hispano de Matosinhos

****Médico Dentista, Assistente Convidado da disciplina de Oclusão, ATM e Dor Orofacial da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

*****Médico interno da especialidade de Cirurgia Maxilofacial do Hospital Pedro Hispano de Matosinhos

*****Médico Estomatologista, Assistente Convidado da disciplina de Oclusão, ATM e Dor Orofacial da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

INTRODUÇÃO

A Condromatose Sinovial (CS) é uma patologia rara (apenas 51 casos relatados em língua inglesa entre 1980 e 2000)⁽¹⁾, benigna, que afecta as articulações, sendo usualmente mono-articular. Embora a sua etiologia permaneça desconhecida

pena-se que esta patologia poderá ser o resultado de uma metaplasia crónica e progressiva dos restos embrionários da camada sub-intima da sinovial e/ou devida a trauma e infecção da articulação de que resultam numerosos corpos osteocartilagíneos aderidos e soltos⁽¹⁻⁴⁾. Descrita pela 1ª vez em 1813 por Lannek, só em 1933 é

que é relatado o 1º caso de CS a afectar a articulação temporomandibular(ATM), por Axhausen⁽²⁾. Tem sido observado que esta patologia tende a ocorrer nas grandes articulações durante a segunda e terceira décadas de vida, enquanto que a nível da ATM essa ocorrência acontece principalmente na quarta e quinta décadas⁽⁵⁾. É uma patologia mais frequente na mulher que no homem (1.5/1) e na ATM direita (4/1)⁽⁶⁾. Esta patologia pode causar alterações degenerativas, tais como osteoartrose/osteoartrite, conduzindo a lesões internas da ATM. Sendo uma doença rara a nível da ATM e aliada ao facto da maioria dos sintomas presentes serem similares aos de uma Desordem Interna da articulação temporomandibular (DIATM), é perfeitamente admissível que possam passar meses ou anos sem que se confirme o diagnóstico. A dificuldade em observar pequenos corpos pouco mineralizados na ortopantomografia (radiografia que actualmente poderemos considerar como rotina a nível do consultório dentário) será mais um factor de erro diagnóstico. É consensual que os achados radiológicos mais frequentes da condromatose sinovial sejam o aumento do espaço articular, a limitação da cinemática mandibular, irregularidades das superfícies articulares, esclerose da fossa mandibular e do côndilo assim como a presença de corpos soltos. No entanto é necessário que exista calcificação desses corpos para poderem ser observados nas radiografias convencionais, pelo que estes exames são de valor limitado. O exame da tomografia computadorizada (TC) revela como achados mais importantes o aumento do espaço articular, a presença de corpos soltos quando calcificados, esclerose da fossa mandibular e da eminência articular, bem como do côndilo articular

e irregularidades das superfícies articulares. A nível da ressonância magnética nuclear (RMN) os achados mais importantes são um grande volume de líquido sinovial no compartimento superior e/ou inferior da ATM, a presença de corpos cartilagueiros, uma expansão significativa da cápsula articular e uma posição normal do disco articular. É de realçar também que os corpos soltos na ATM se deslocam aquando da cinemática mandibular⁽⁶⁾.

Tendo por base a hipótese de Milgram, foram descritos três estadios na génese da CS da ATM⁽³⁾. No 1º estadio desenvolve-se metaplasia da membrana sinovial sem aparecimento de corpos soltos. O 2º estadio caracteriza-se por uma metaplasia progressiva com separação dos corpos soltos que contém condrócitos activos e estão parcialmente recobertos por membrana sinovial. No 3º estadio já não existe actividade metaplásica da membrana sinovial, verificando-se degeneração e calcificação dos corpos soltos.

O tratamento da CS é cirúrgico e visa essencialmente remover os corpos soltos. Dependendo da progressão da doença poderá haver necessidade de regularizar as superfícies articulares, remover parcial ou totalmente a membrana sinovial e efectuar discectomia.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, de 42 anos, apareceu na nossa consulta de Oclusão, ATM e Dor Orofacial da FMDUP em 29/6/98, com queixas de dor e sensação de crepitação na ATM direita. Referiu que os sintomas dolorosos apareceram há cerca de 16 anos. Houve exacerbação da sintomatologia nos últimos dois anos, com aparecimento de crepitação a nível da ATM direita. A doente referiu que

de manhã, ao acordar, se sentia pior. A doente faz mastigação unilateral esquerda, devido ao facto da mastigação para o lado oposto agravar as dores.

Antecedentes clínicos

Não foi referida nenhuma alteração relevante.

Exame clínico inicial

Dor à palpação na zona posterior da ATM direita, sendo possível ainda, sentir crepitação durante os movimentos de abertura e fecho. Ligeiro edema na mesma zona.

O exame da cinemática mandibular revelou uma diminuição significativa da abertura da boca - 21 mm - (Fig.1) apresentando lateralidades dentro da normalidade (lateralidade direita 11 mm e lateralidade esquerda 12 mm).



Figura 1 - Diminuição significativa da abertura da boca

Exame imagiológico inicial

Foi efectuada uma ortopantomografia que não mostrou nenhuma alteração relevante (Fig.2).

Tratamento

Iniciou tratamento conservador com a colocação de goteira de oclusão em relação cêntrica (GORC) no sentido de aliviar a sintomatologia dolorosa da ATM.



Figura 2 - Ortopantomografia inicial

No primeiro controlo, aos dois meses, foi constatada uma diminuição dos sintomas com redução da dor sem contudo se ter verificado a sua remissão total. Na cinemática mandibular verificou-se uma melhoria na abertura da boca, com um aumento de 12 mm, registando-se uma abertura máxima de 37 mm. Os movimentos de lateralidade mantiveram-se idênticos aos do exame inicial (lateralidade direita de 11 mm e lateralidade esquerda de 12 mm).

Dois anos após a primeira consulta a sintomatologia agravou-se de forma significativa, apesar do uso da GORC, com aumento da intensidade da dor na ATM direita e aumento da crepitação. Referia ainda cefaleias e zumbidos frequentes e sensação de cansaço ao falar e ao mastigar.

Como este quadro apontava para uma patologia intra-articular, fez-se estudo da ATM com RMN e TC. A primeira apresentava imagens sugestivas de um quisto sinovial, com sinais inflamatórios no polo lateral da ATM (fig.3).

As imagens observadas na TC foram mais conclusivas, mostrando irregularidades e deformações tanto do côndilo como da fossa mandibular e ainda concreções calcificadas intra-articulares (Fig.4, 5 e 6).

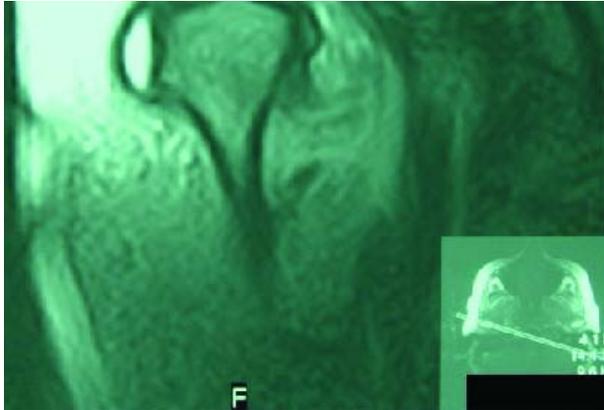


Figura 3 - R.M.N. sugestiva de um quisto sinovial, com sinais inflamatórios no polo lateral da ATM

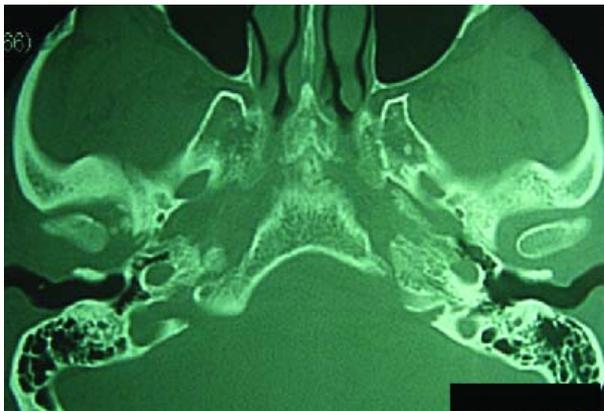


Figura 4 - T.C. mostrando irregularidades e deformações tanto do côndilo como da fossa mandibular e ainda concreções calcificadas intra-articulares

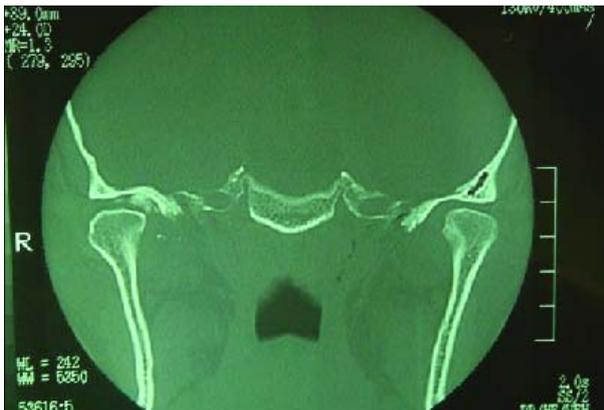


Figura 5 - T.C. mostrando irregularidades e deformações tanto do côndilo como da fossa mandibular e ainda concreções calcificadas intra-articulares

Tratava-se portanto de patologia interna da ATM que apontava para osteoartrose – estadio V de Wilkes⁽⁷⁾ – indicação cirúrgica.

Fez-se abordagem cirúrgica aberta (artrotomia)

da ATM direita por via clássica pré-auricular (fig.7, 8 e 9).



Figura 6 - T.C. mostrando irregularidades e deformações tanto do côndilo como da fossa mandibular e ainda concreções calcificadas intra-articulares



Figura 7 - Abordagem cirúrgica da ATM direita



Figura 8 - Abordagem cirúrgica da ATM direita

Foram confirmadas as alterações verificadas na TC e as concreções calcificadas correspondiam a múltiplos corpos arredondados existentes em



Figura 9 - Abordagem cirúrgica da ATM direita

grande quantidade no compartimento superior da ATM, com aspecto macroscópico de tecido cartilágneo (fig.10). De referir ainda a existência de perfuração do disco articular (fig.10).



Figura 10 - Concreções calcificadas e perfuração do disco articular

Tecnicamente fez-se eminectomia temporal, remoção de todo o tecido sinovial com regularização das superfícies articulares quer da fossa mandibular, quer do côndilo mandibular, menissectomia e artroplastia com interposição (tapetamento) das superfícies articulares de retalho pediculado de aponevrose do músculo temporal.

Foi cumprido o protocolo pós-operatório para este tipo de cirurgia. Bloqueio inter-maxilar de 5 dias, dieta líquida e pastosa durante 2 semanas, altura em que inicia dieta mole progredindo para normal e iniciou fisioterapia às 3 semanas de pós-operatório.

No controlo pós-operatório efectuado aos 12 meses, verificou-se desaparecimento total da dor e da crepitação. O exame cinemático mandibular revelou uma abertura da boca de 41 mm sem dor com ligeiro desvio na fase final da abertura e os movimentos de lateralidade mantiveram-se de acordo com as medições iniciais (lateralidade direita de 11 mm e esquerda de 12 mm) (fig.11 e 12).



Figura 11 - Abertura normal, com ligeiro desvio



Figura 12 - Abertura normal, com ligeiro desvio

Histologia: Várias peças com aspecto cartilágneo e ósseo em termos macroscópicos, correspondiam a lesão com características de condroma/condromatose. As peças ósseas apresentavam alterações de natureza degenerativa.

DISCUSSÃO

A CS da ATM é uma doença rara e de difícil diagnóstico. Devido à sua sintomatologia, muitas vezes é erradamente diagnosticada como um DIATM.

O caso em discussão é paradigmático desta situação. A doente de 42 anos refere dor na ATM direita de longa duração (16 anos) acompanhada de estalidos e sensação de crepitação acompanhada de limitação da abertura da boca. Acresce ainda que a ortopantomografia não mostra anormalidades significativas a nível da ATM. Por outro lado o facto do uso de uma GORC ter melhorado o estado geral da doente, diminuindo a sintomatologia dolorosa e provocando um aumento da abertura da boca e uma melhor função mastigatória na fase inicial do tratamento, corroborava o diagnóstico de DIATM. No entanto o recrudescimento da sintomatologia dolorosa aliada a um défice acentuado da função mastigatória, bem como um aumento significativo

da crepitação articular, estando a doente a usar regularmente a GORC, era uma situação que não se coadunava com o diagnóstico de um DIATM. Nesta conjuntura foi posto em causa o diagnóstico e foram pedidos exames complementares, uma RMN e uma TC.

O estudo destes exames imagiológicos revelou alterações ósseas e tecidulares na ATM que sugeriam tratar-se de uma CS da ATM, confirmada na cirurgia e no exame histológico subsequente.

CONCLUSÕES

É uma patologia facilmente confundível com síndrome de dor/disfunção temporomandibular.

Existe progressão da doença e agravamento da sintomatologia mesmo com o uso de GORC.

O diagnóstico é normalmente efectuado numa fase mais adiantada da doença (calcificação dos corpos livres), sendo fundamental o recurso a exames complementares de diagnóstico (TC, RMN).

BIBLIOGRAFIA

1. Ishii J, Kino K, Kobayashi J, Amagasa T. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint: long-term postoperative follow-up of the residual calcification. *J Med Dent Sci* 2003; 50(1):133-137.
2. Zulian MA, Mosby EL, Chisum JW. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint: Report of two cases. *J Craniomand Disord Facial Oral pain* 1989; 3(2):105-111.
3. von Linden 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 Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94(1):31-37.
4. Thompson IO, Berezowski BM, van Wyk CW, Phillips VM. Synovial chondromatosis: Report of a rare surgical problem of the temporomandibular joint. *J Dent Assoc S Afr* 1995; 50(7):333-337.
5. Lucas JH, Quinn P, Foote J, Baker S, Bruno J. Recurrent synovial chondromatosis treated with meniscectomy and synovectomy. *Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84(3):253-258.
6. Kim HG, Park KH, Huh JKSYB, Choi HS. Magnetic resonance imaging characteristics of synovial chondromatosis of the temporomandibular joint. *J Orofac Pain* 2002; 16(2):148-153.
7. Wilkes C. Internal derangements of the temporomandibular joint. Pathological variations. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1989; 115(4):469-477.