
Metástasis en cóndilo mandibular. Presentación de un caso clínico.

Stolbizer F¹, Villalba L², Ratino M³, Cabrini RL², Keszler A²

¹Servicio de Urgencias Odontológicas y Orientación de Pacientes.

²Cátedra de Anatomía Patológica.

Facultad Odontología. UBA

³Hospital Interzonal Gral. De Agudos "Pedro Fiorito"

Servicio de Clínica Quirúrgica. Cabeza y Cuello.

Recibido 22/03/13

Aceptado 30/05/13

RESUMEN

Las metástasis bucales constituyen un grupo de baja frecuencia pero de gran importancia en particular por su localización. Según datos bibliográficos internacionales, representan del 1% al 8% de todas las neoplasias malignas bucales. Pueden localizarse tanto en los tejidos blandos como en los huesos maxilares (84%) prevaleciendo en la mandíbula, principalmente en el área molar, seguida del sector premolar.

La localización condilar es rara. En los últimos 55 años sólo han sido reportados 48 casos. Dado que no existen patrones clínicos ni radiográficos que permitan caracterizar las lesiones, estas patologías suelen en un principio ser tratadas erróneamente como desordenes propios de la articulación temporomandibular (ATM).

Se presenta un caso clínico de una paciente de sexo femenino de 36 años con antecedentes de adenocarcinoma de recto que presenta una metástasis en cóndilo bajo la apariencia clínica de un cuadro de disfunción de la ATM. Corresponde al tercer caso reportado en la literatura.

Palabras clave: Metástasis, cóndilo mandibular, biopsia punción, adenocarcinoma

ABSTRACT

Oral metastases are a group of low-frequency lesions but important particularly because of its location. According to international bibliographic data represent 1% to 8% of oral malignancies. They can be located both in soft tissues and in the jaws (84%). Prevails in the mandible, mainly in the molar area, followed by the premolar region. The condylar location is extremely rare. Since the clinical and radiographic features are not characteristic, these lesions are often erroneously treated initially as temporomandibular joint (TMJ) disorders.

In the last 55 years only 48 cases have been reported. We present a 36-years-old female patient with antecedents of rectal adenocarcinoma treated two years ago, having a metastasis in the mandibular condyle with clinical appearance of TMJ dysfunction.

This is the third case reported in the literature.

Key words: Metastasis, mandibular condyle, core needle biopsy, adenocarcinoma

INTRODUCCION

Dentro de las patologías que afectan el área bucomaxilofacial, las metástasis constituyen un grupo de baja frecuencia pero de gran importancia. Según datos bibliográficos internacionales, representan entre el 1% y el 8% de todas las neoplasias malignas bucales (Kruse et al., 2010).

En la cavidad bucal se localizan preferentemente en los huesos maxilares, siendo el maxilar inferior el más afectado, principalmente en el área molar, seguida del área premolar (Hirshberg et al., 2008).

En el cóndilo la incidencia de metástasis es inusual. Según la revisión bibliográfica realizada por Kruse y col., en el período comprendido entre 1954 y 2008, sólo fueron reportados 48 casos de metástasis localizadas en el cóndilo mandibular (Kruse et al., 2010).

La manifestación clínica de una lesión metastásica varía según el sitio donde se produzca la colonización de las células tumorales. Cuando afecta los huesos maxilares el dolor, la inflamación y la parestesia son las manifestaciones más frecuentes, siendo generalmente de aparición brusca (Hirshberg y Buchner, 1995).



Figura 1. Rx. Panorámica: cóndilo mandibular que muestra reabsorción de la cortical anterior

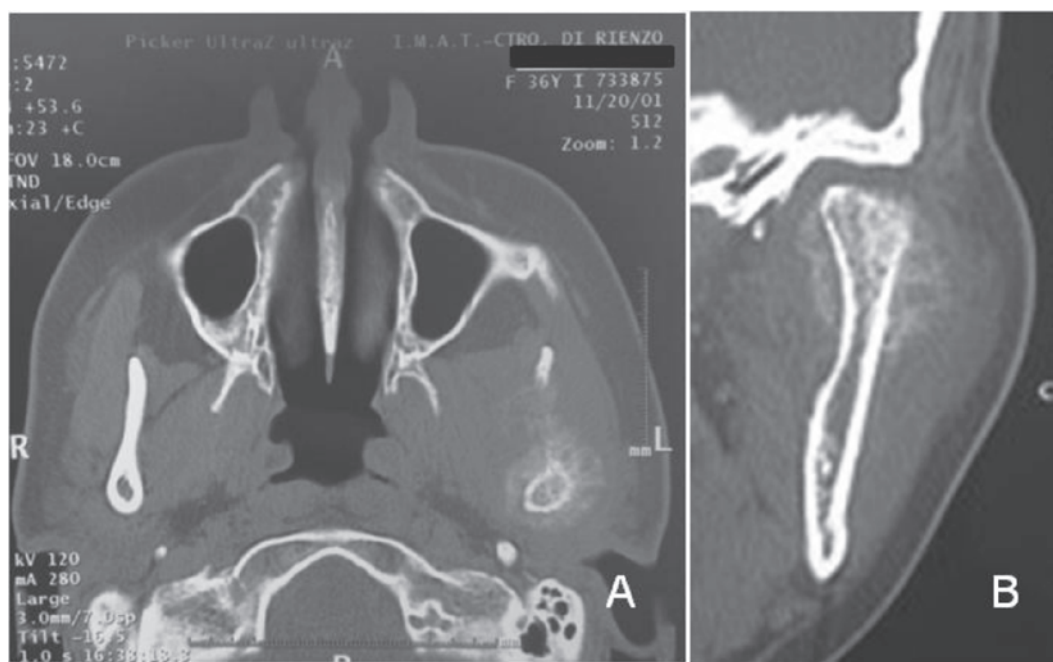


Figura 2. Tomografía Axial Computada. A- Corte axial y B- Corte coronal, en los que se observa el cóndilo mandibular rodeado por la lesión proliferativa con capacidad osteogénica.

Cuando la localización es en cóndilo mandibular el trismus, la disminución de la apertura bucal, el aumento de volumen y la maloclusión suelen ser las manifestaciones iniciales, por lo que erróneamente pueden ser diagnosticadas como desordenes propios de la ATM (Kruse et al., 2010; Patricia et al., 2011).

Radiográficamente suelen presentarse como lesiones líticas radiolúcidas de límites indefinidos (Lim et al., 2006), (Van der Waal et al., 2003), que cuando están en relación a piezas dentarias pueden ser confundidas y tratadas como procesos odontogénicos (Ögütçen-Toller et al., 2002). Con menor frecuencia se presentan como lesiones con un patrón radiográfico mixto o radiopaco. Estos casos generalmente están asociados a tumores con un origen en próstata o mama (al- Ani, 1973) (Odell, 2005)

La mayor incidencia se da entre la 5ta y la

7ma década de vida, siendo el pulmón, riñón, hígado y próstata el origen de los tumores primario más frecuentes en hombres, y la mama, órganos genitales, riñón y colon en las mujeres (Hirshberg et al., 2008).

Caso Clínico

Concurre a la consulta una paciente de sexo femenino de 36 años de edad con un aumento de volumen de consistencia firme, en la región de la ATM del lado izquierdo, de 15 días de evolución. Presentaba alteración de la dinámica mandibular con disminución de la apertura bucal y de los movimientos de lateralidad.

En la radiografía panorámica (Fig.1) se observó la pérdida de la cortical anterior del cóndilo mandibular, mientras que en el estudio

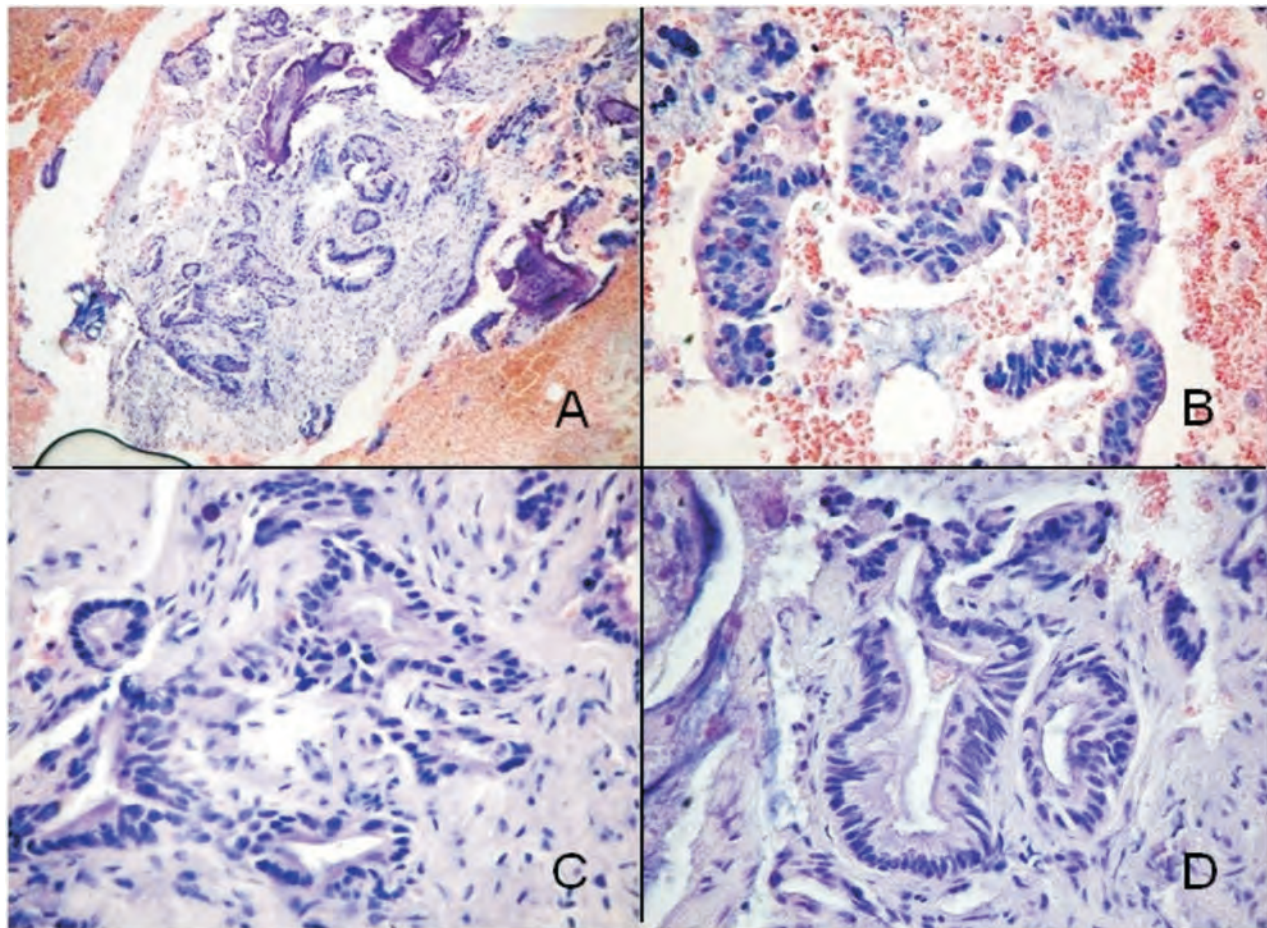


Figura 3. Microscopía del material obtenido por la punción ósea. A- Fragmentos óseos, y neoplasia constituida por estructuras glandulares irregulares con estroma fibrovascular. (Magnificación original X10). B- Material hemático y colgajos epiteliales con células atípicas. C y D- Estructuras glandulares irregulares, forma y tamaños variables con atipia celular y restos celulares en la luz. (Magnificación original X 40)

tomográfico se visualizó una lesión proliferativa con capacidad osteogénica alrededor del cóndilo (Fig. 2).

Dos años antes la paciente había sido tratada quirúrgicamente de un adenocarcinoma de recto, por el que recibió posteriormente un tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Bajo anestesia local y en forma ambulatoria se realizó una biopsia punción transcutánea utilizando una aguja para médula ósea de calibre 13. El estudio histopatológico evidenció la existencia de una neoplasia maligna constituida por estructuras glandulares irregulares, de forma y tamaños variables con células epiteliales atípicas y restos celulares en la luz correspondiente a un adenocarcinoma. Dado la histomorfología observada y los antecedentes de la paciente se confirma el diagnóstico de metástasis de adenocarcinoma de recto. (Fig. 3).

DISCUSIÓN

Las metástasis representan la forma más frecuente de tumores óseos, sin embargo su incidencia en los maxilares es baja y más aún en cóndilo. Hasta la fecha se han reportado 48 casos de metástasis en cóndilo mandibular, y solo 2 casos tuvieron su origen en el recto (Kruse et al., 2010). En una serie de 673 casos de metástasis en la cavidad bucal reunidos de la literatura, Hirshberg y col. reportaron que en el 25% de los casos, la metástasis en esta localización, fue el primer signo de diseminación, mientras que en el 23%, representaron la primera manifestación de un tumor primitivo desconocido (Hirshberg et al., 2008).

En los casos en los cuales se desconoce la existencia de un tumor primitivo, realizar un diagnóstico presuntivo de metástasis representa un desafío, dado que no existen patrones clínicos ni radiográficos que permitan caracterizar las lesiones.

La realización de una biopsia será necesaria para determinar un diagnóstico. Técnicas auxiliares permitirán orientar la localización del tumor primitivo, y estudios completos del paciente serán necesarios para confirmarlo. La biopsia

punción realizadas en forma transmucosa o transcutánea permite obtener material óseo mediante una técnica cuidadosa y precisa, preservando la morfología celular y la histoarquitectura de la lesión original, facilitando así el diagnóstico histopatológico.

Los caracteres histopatológicos observados en la biopsia del caso presentado correspondieron a un adenocarcinoma de origen gastrointestinal. Los antecedentes del paciente permiten en esta oportunidad confirmar el diagnóstico de metástasis de recto.

Varias entidades patológicas, entre ellas las neoplasias, pueden imitar una disfunción de la ATM. En pacientes adultos, aún aquellos sin historia previa de cáncer, el diagnóstico clínico presuntivo de metástasis debe ser considerado cuando haya sintomatología de disfunción de la ATM y/o el cóndilo mandibular muestre radiográficamente interrupción cortical irregular, debiendo realizarse una biopsia para su diagnóstico definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

- al- Ani S. Metastatic tumors to the mouth: report of two cases. J. Oral Surg. 31 (1973) 120*
- Hirshberg A, Buchner A. Metastatic Tumours to Oral Region. An Overview. Oral Oncol, Eur J Cancer, 1995; 31:355-360.*
- Hirshberg A, Shnaiderman-Shapiro A, Kaplan I, Berger R. Metastatic tumours to the oral cavity - pathogenesis and analysis of 67 cases. Oral Oncol. 2008;44(8):743-52.*
- Kruse AL, Luebbers HT, Obwegeser JA, Edelmann L, Graetz KW. Temporomandibular disorders associated with metastases to the temporomandibular joint: a review of the literature and 3 additional cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2010 Aug; 110(2):e21-8.*
- Lim SY, Kim SA, Ahn SG, Kim HK, Kim SG, Hwang HK, et al. Metastatic tumours to the jaws and oral soft tissues: a retrospective analysis of 41 Korean patients. Int J Oral and Maxillofac Surg 2006; 35:412-415.*

Odell E.W. *Tumors of the oral cavity and oropharynx. Secondary tumours.* En: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. *WHO Classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours.* IARC Press. Lyon 2005, pag. 208

Ögütçen-Toller M, Metin M, Yildiz L. *Metastatic breast carcinoma mimicking periodontal disease on radiographs.* *J Clin Periodontol* 2002; 29: 269-271.

Patricia A, Kaba SP, Trierveiler MM, Shinohara EH. *Osteoblastic metastasis from breast affecting the condyle misinterpreted as temporomandibular joint disorder.* *Indian J Cancer.* 2011 Apr-Jun; 48(2):252-3.

Van der Waal R. I. F, Buter J, Van der Waal I. *Oral metastases: report of 24 cases.* *Br J Oral Maxillofac Surg* 2003; 41: 3-6.

Dirección para correspondencia:
Guardia Odontológica
Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.
Hospital Odontológico Universitario.
M. T. de Alvear 2142. Piso 14 Sector B. (CP 1125) CABA
Email: fstolbizer@hotmail.com