

Condrocalcinosis gigante de la ATM: Reporte de caso

Nicolás Yáñez-Aldunate¹, Catalina Vargas-Añazco¹, Augusto León-Ramírez¹

Giant Temporomandibular Joint Chondrocalcinosis: A Case Report

Objective: To present a case of large temporomandibular joint (TMJ) chondrocalcinosis treated with a conservative surgical approach. **Case:** A 55-year-old male patient with a history of arterial hypertension and dyslipidemia presented with a left parotid swelling of approximately 15 years of evolution. Histopathological examination was compatible with TMJ chondrocalcinosis, a disease caused by calcium pyrophosphate crystal deposition. Due to the high morbidity associated with complete resection of the pseudotumor, a partial surgical resection was performed. **Discussion:** A key difference from most reported cases is that our surgical intervention was partial, due to the proximity of the lesion to the middle meningeal artery, which implied a considerable surgical risk. In our case, clinical follow-up has been favorable; however, longer follow-up is required to determine disease progression.

Keywords: temporomandibular Joint; chondrocalcinosis; calcium pyrophosphate deposition disease.

Resumen

Objetivo: Presentar un caso de condrocalcinosis de gran tamaño en la articulación témporo-maxilar (ATM), tratado con un enfoque quirúrgico conservador. **Caso:** Paciente de sexo masculino de 55 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia consulta por aumento de volumen parotídeo izquierdo de aproximadamente 15 años de evolución. El estudio histopatológico es compatible con condrocalcinosis de la ATM, enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato de calcio. Por la alta morbilidad de una resección completa del pseudotumor, se decide una resección quirúrgica parcial. **Discusión:** Una diferencia clave respecto a la mayoría de los reportes es que nuestra intervención quirúrgica fue parcial, debido a la cercanía de la lesión con la arteria meníngea media, lo que implicaba un riesgo quirúrgico considerable. En nuestro caso, el seguimiento clínico ha sido favorable, sin embargo, requiere un seguimiento más largo para determinar la progresión de la enfermedad.

Palabras clave: articulación temporomandibular; condrocalcinosis; enfermedad por depósito de pirofosfato de calcio.

¹Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Recibido el 2026-04-06 y aceptado para publicación el 2026-07-04

Correspondencia a:

Dr. Nicolás Yáñez Aldunate
ntyanez@uc.cl

E-ISSN 2452-4549



Introducción

La condrocalcinosis es una afección caracterizada por el depósito de cristales de pirofosfato de calcio en el cartílago articular, lo que puede provocar inflamación, dolor y rigidez, especialmente en articulaciones como la rodilla. A menudo se asocia con la artrosis y, cuando provoca síntomas agudos, se conoce como pseudogota o artritis por pirofosfato de calcio.

La enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato de calcio es una causa común de artritis, sin embargo, la condrocalcinosis en articulaciones es

una manifestación rara de la misma, presentándose en un 4-10% de los casos¹. La condrocalcinosis de la articulación temporomandibular (ATM) es una entidad extremadamente infrecuente con pocos casos descritos en la literatura, por lo que el manejo se basa principalmente con reportes de casos². Esto se debe principalmente a la dificultad diagnóstica, con características propias de una entidad benigna, pero con aspectos sugerentes de malignidad.

El objetivo de este estudio es presentar un caso de condrocalcinosis de gran tamaño en la ATM, tratado con un enfoque quirúrgico conservador.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 55 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, consulta por aumento de volumen parotídeo izquierdo de aproximadamente 15 años de evolución, de crecimiento lento y progresivo, el cual ha acudido a múltiples consultas sin dar una resolución. Hace 10 años, fue hospitalizado por un tumor renal de células claras, en donde se pensó que se trataba de una metástasis a distancia. Se realiza una punción aspirativa con aguja fina, el cual se demuestra benignidad, sin embargo, no logra llegar a un diagnóstico claro.

El cáncer fue resuelto con una nefrectomía y el caso fue cerrado. La lesión continuó su crecimiento años más adelante, manifestando trismus, hipoacusia y paresia del ramo temporal del facial. Tras numerosas nuevas consultas en otros centros, llega a nuestro servicio con un aumento de volumen hemifacial izquierdo de carácter pétreo, fijo a los tejidos profundos, sin compromiso de los tejidos blandos superficiales. Presenta una apertura bucal disminuida de 20 mm.

Al inspeccionar la motilidad facial se observa del ramo temporal del nervio facial, sin embargo, la motilidad del cigomático y bucal se encuentra conservada (Figura 1). Por otro lado, el paciente manifiesta hipoacusia, se indica audiometría y se confirma que no hay pérdida de la audición, sino que se atribuye a la compresión que ejerce la masa tumoral sobre el conducto auditivo externo (CAE).

El paciente presenta además hipoacusia en el lado afectado. Fue evaluado por el equipo de otorrinolaringología en donde observan otitis media con efusión asociado a una estenosis del conducto auditivo externo.

Se decide tomar una TC para complementar estudio en donde se observa una gran masa ubicada en la ATM, que se extiende hacia la fosa infratemporal. Desplaza caudalmente la glándula parótida. No existe compromiso intracraneal o del CAE, sin embargo, se observa un estrechamiento por continuidad del conducto (Figura 2).

Se toma una biopsia de la lesión, con abordaje preauricular, el cual tiene un aspecto blando, pastoso y de color blanquecino. El estudio histopatológico es compatible con condrocalcinosi de la ATM, enfermedad por depósitos de pirofosfato de calcio.

Se inicia una planificación quirúrgica. En la reconstrucción 3D, se logra observar un desplazamiento de los grandes vasos de la región infratemporal, teniendo una directa relación con la arteria meníngea media (Figura 3).



Figura 1. Imágenes preoperatorias. Nótese la paresia del ramo temporal en la imagen izquierda, pero indemnidad de la rama cigomática y bucal.

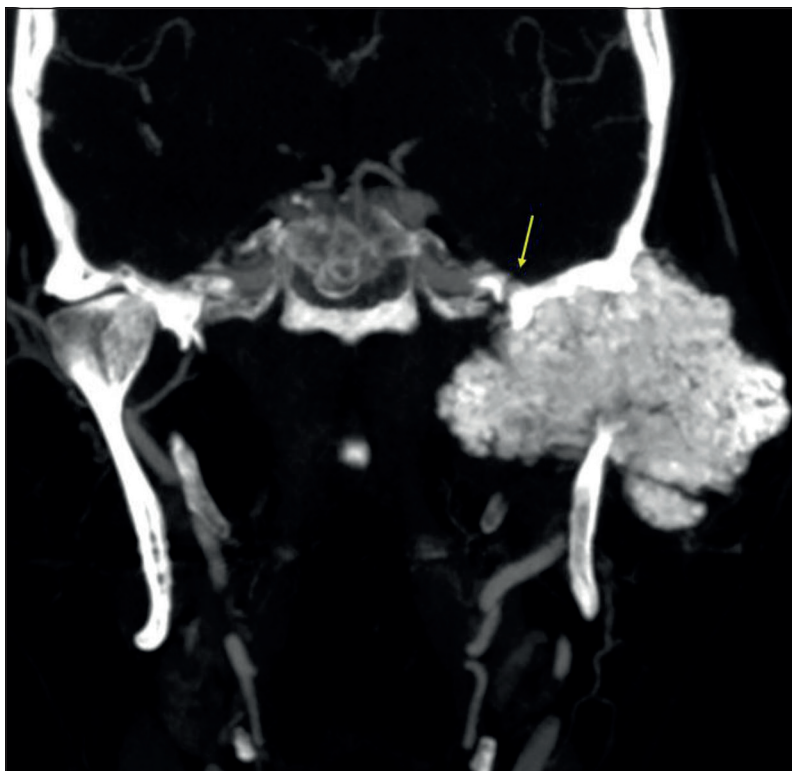


Figura 2. Corte coronal de angioTC en donde se observa un gran aumento de volumen que involucra región infratemporal y preauricular izquierda. Nótese en la flecha la ubicación de la arteria meníngea media, en directa relación con la lesión tumoral.

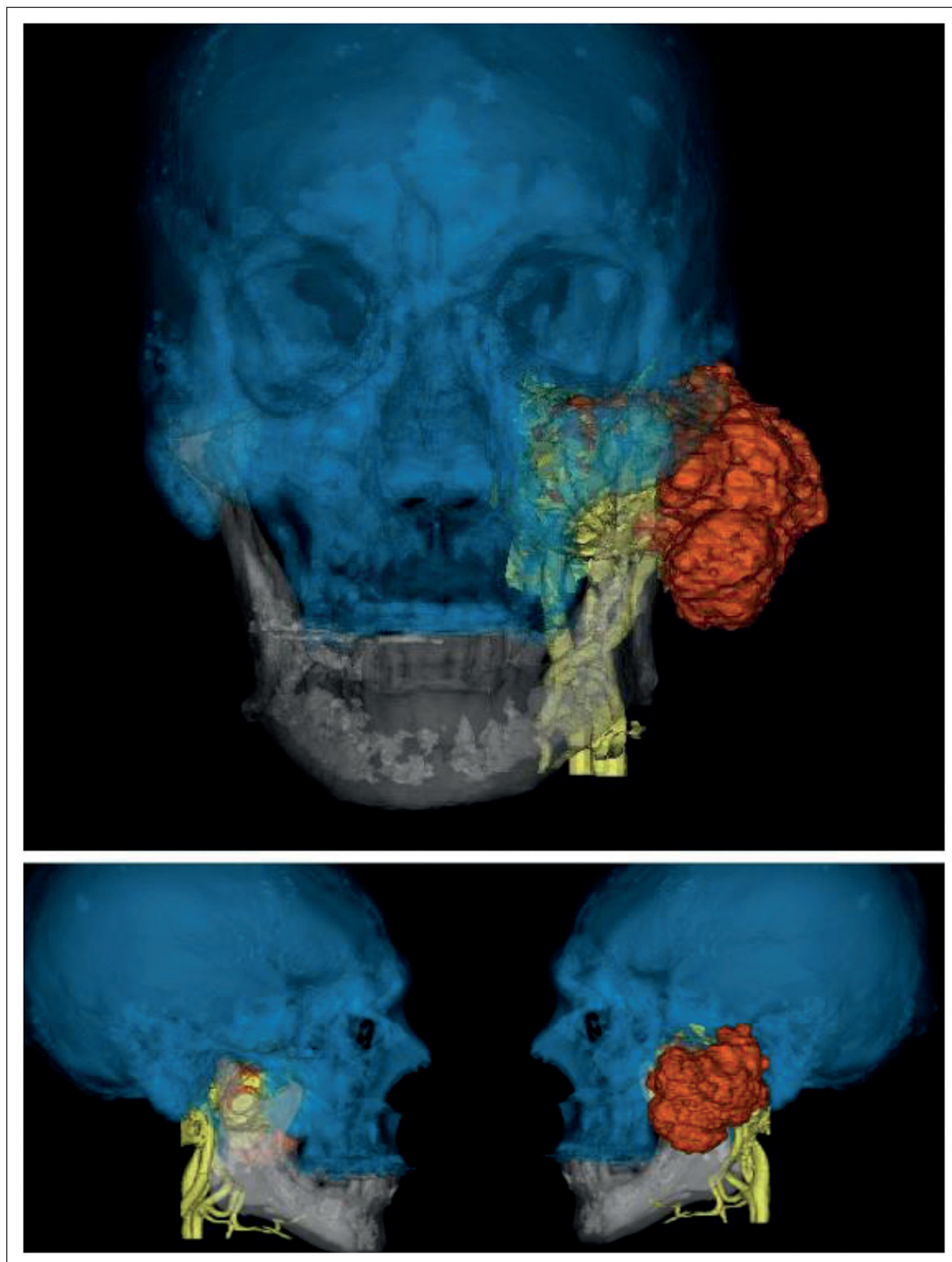


Figura 3. Tomografía computarizada y reconstrucción 3D.

Por la alta morbilidad de una resección completa del pseudotumor, se decide una resección quirúrgica parcial. Se opta por un acceso de Blair modificada para la exposición del tumor incluyendo la exposición de la arteria carótida externa para control de sangrado en caso de hemorragia. Ya eliminada la porción superficial se ingresa a la región infratemporal, en donde se pierden los reparos anatómicos y se decide mantener el resto (Figuras 4 y 5).

La cirugía finaliza sin incidentes, con una buena recuperación. Se establecen sesiones de kinesioterapia maxilofacial. Al control de 10 meses, se encuentra asintomático, sin compromiso de las ramas del facial, mayor simetría facial y con una ganancia aproximada de 35 mm de apertura bucal (Figura 6).

Discusión

La forma pseudotumoral de la CPPD en la ATM es una entidad de presentación excepcional y desafiante desde el punto de vista diagnóstico^{1,3-7}. Matteo et al², realizó una revisión sistemática específicamente sobre la aparición en la ATM, en donde se incluyeron 64 artículos con 72 casos en total, en donde se concluye que la mejor alternativa en estos casos será la resectiva, siempre las condiciones locales lo permitan. Por otro lado, recomiendan la intervención conservadora en etapas tempranas.

Si bien es de carácter lento y progresivo, alcanzan grandes dimensiones por la incertidumbre diagnóstica¹. Por otro lado, nuestro paciente presentó un motivo de consulta centrado exclusivamente en la funcionalidad, específicamente en la limitación de apertura bucal, sin interés por el componente estético o por una eventual asimetría facial.

En las imágenes tenemos hallazgos compatibles con un condroma u osteosarcoma, sin embargo, el tiempo de evolución no es concordante. Radiológicamente, los casos reportados muestran con frecuencia masas multilobuladas con calcificaciones irregulares, erosión del cóndilo mandibular y en ocasiones invasión a estructuras adyacentes como la base del cráneo, simulando entidades de carácter maligno^{2,6,8}.

Una diferencia clave respecto a la mayoría de los reportes es que nuestra intervención quirúrgica fue parcial, debido a la cercanía de la lesión con la arteria meníngea media, lo que implicaba un riesgo quirúrgico considerable. Si bien la literatura propone la exéresis completa como el tratamiento ideal^{1,2,7}, se han descrito casos en los que la resección parcial es aceptable cuando hay compromiso de estructuras críticas o riesgo neurovascular, especialmente si la

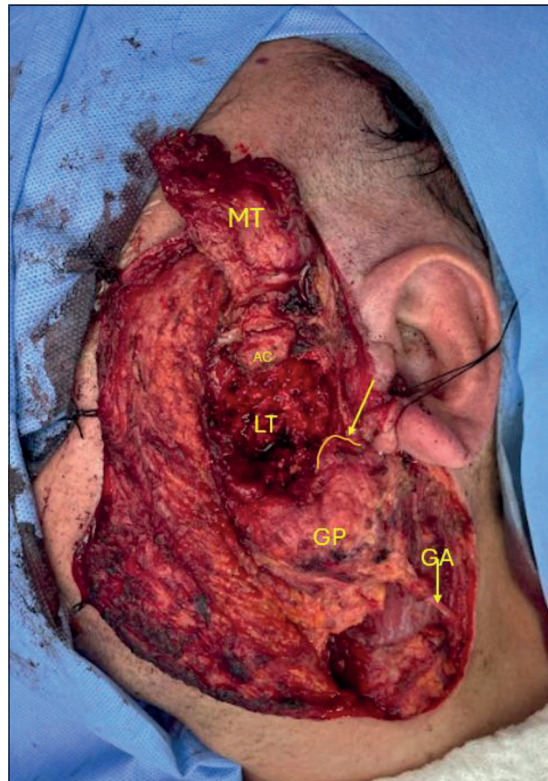


Figura 4. Imágenes intraoperatorias. Abordaje de Blair modificada: La extensión del abordaje incluye la disección de la carótida externa. MT: Músculo temporal retraído hacia arriba. AC: Arco cigomático. LT: Lesión tumoral, porción infratemporal. GP: Glándula parótida. Nótese la ubicación caudal de la misma producto de la lesión tumoral. GA: Nervio gran auricular. M: Mandíbula. Remanente de cuello mandibular tras resección tumoral.



Figura 5. Control postoperatorio a los 3 meses. Margen tumoral limitado a fosa infratemporal



Figura 6. A. Imagen preoperatoria. B. Control a los 10 meses post operatorio, nótese observa una mejoría en la apertura bucal. C y D. Se mantiene movilidad del resto de las ramas del nervio facial.

sintomatología es limitada y el diagnóstico histopatológico ya ha sido confirmado⁶.

También existen reportes donde se ha optado por la reconstrucción articular total con prótesis en una sola etapa quirúrgica, obteniendo buenos resultados funcionales⁹.

Si el paciente comienza a desarrollar un trastorno temporomandibular en lado contralateral o no se logra objetivo terapéutico, se intenta una reoperación con recambio articular, sin embargo, para eso habría

que sacar mayor cantidad de tumor para poder instalarla, de lo contrario no será posible.

Por último, si bien se ha descrito una tasa de recidiva de hasta el 20% en algunos reportes¹, esta parece relacionarse más con resecciones incompletas en casos de enfermedad agresiva o con extensión intracranial. En nuestro caso, llevamos un seguimiento de 10 meses que ha sido favorable, sin embargo, requiere un seguimiento más largo para determinar la progresión de la enfermedad.

Conclusión

La condrocalcinosis de la ATM es una entidad poco frecuente, pero de buen pronóstico. Si bien faltan estudios para estandarizar un algoritmo de tratamiento, actualmente la resolución quirúrgica suele ser la mejor opción con baja tasa de recurrencias. La resección parcial de la lesión puede ser una alternativa adecuada de tratamiento en manifestaciones avanzadas como el caso presentado.

Responsabilidades éticas

Declaración Ética: Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente para la publicación de este Informe de Caso y cualquier imagen que lo acompañe.

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de

pacientes. La publicación de las fotografías está expresamente autorizada por paciente.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Declaración de autoría

Los autores declaran que han participado sustancialmente en la concepción y desarrollo de este trabajo y que cumplen con los criterios de autoría establecidos por el *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE).

Todos los autores contribuyeron en la concepción del estudio, diseño del trabajo, búsqueda y análisis de la literatura, redacción del manuscrito y elaboración de la versión final del mismo. Todos los autores han revisado y aprobado la versión final del manuscrito y aceptan responsabilidad pública por el contenido del trabajo, garantizando la integridad y exactitud de la información presentada.

Bibliografía

1. Barrera Parada A, Pérez Gutiérrez H, Espinoza Santander I. Pseudogota tofácea de articulación temporomandibular: reporte de un caso. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2016;38(2):85-90. doi: 10.1016/j.maxilo.2014.09.001.
2. Val M, Ragazzo M, Colonna A, Ferrari M, Ferrari Cagidiaco E, Manfredini D, et al. Pseudogout of the temporomandibular joint: a case report with systematic literature review. *J Oral Facial Pain Headache* 2025;39(1):49-69. doi: 10.22514/jofph.2025.004.
3. Zubillaga Rodríguez I, Gutiérrez Díaz R, Sánchez Aniceto G, Montalvo Moreno JJ. Enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato cálcico en la articulación temporomandibular con extensión intracaneal: a propósito de un caso. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2011;33(1):27-34. :contentReference[oaicite:2]{index=2}
4. Abhishek A, Tedeschi SK, Pascart T, Latourte A, Dalbeth N, Neogi T, et al. The 2023 ACR/EULAR classification criteria for calcium pyrophosphate deposition (CPPD) disease. *Ann Rheum Dis*. 2023;82(10):1248-57. doi: 10.1136/ard-2023-224575.
5. Pascart T, Filippou G, Lioté F, Sirotti S, Jauffret C, Abhishek A, et al. Calcium pyrophosphate deposition disease. *Lancet Rheumatol*. 2024;6(11):e791-e804. doi: 10.1016/S2665-9913(24)00122-X.
6. Tang T, Han FG. Calcium pyrophosphate deposition disease of the temporomandibular joint invading the middle cranial fossa: two case reports. *World J Clin Cases* 2021;9(11):2662-70. doi: 10.12998/wjcc.v9.i11.2662.
7. Terauchi M, Uo M, Fukawa Y, Yoshitake H, Tajima R, Ikeda T, et al. Chemical diagnosis of calcium pyrophosphate deposition disease of the temporomandibular joint: a case report. *Diagnostics (Basel)*. 2022;12(3):651. doi: 10.3390/diagnostics12030651.
8. Bschorer F, Höller S, Baumhoer D, Bschorer R. Pseudogout growing from the temporomandibular joint into the middle cranial fossa. *Oral Maxillofac Surg*. 2024;28:441-5. doi: 10.1007/s10006-022-01117-3.
9. Dang RR, Noonan V, Chigurupati R, Henry A. Treatment of tophaceous pseudogout in the temporomandibular joint with resection and alloplastic reconstruction: a single-staged approach. *Oral Maxillofac Surg*. 2022;26:505-9. doi: 10.1007/s10006-021-01013-2.