



Página del residente. Soluciones

Cavidad ósea idiopática de Stafne. Diagnóstico y manejo

Stafne idiopathic bone cavity. Diagnosis and management

Rocío Sánchez Burgos, Ignacio Navarro Cuéllar*, José Luis del Castillo Pardo de Vera, María José Morán Soto y Miguel Burgueño García

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Introducción

Fue Stafne en 1942 quien, a través de una serie de 35 pacientes¹, describió por primera vez este defecto óseo como una cavidad asintomática radiolúcida unilateral y localizada en la parte posterior de la mandíbula. En la bibliografía se describe con distintas denominaciones: cavidad ósea de Stafne (CS), quiste óseo de Stafne, quiste óseo latente o estático, cavidad ósea mandibular lingual, concavidad ósea idiopática de la mandíbula, defecto aberrante de la glándula salival e inclusión mandibular de la glándula salival.

Discusión

La CS presenta una incidencia entre un 0,1 y un 1,3%², y se diagnostica con más frecuencia en pacientes varones (80%), entre los 50 y los 60 años de edad³. Su localización más frecuente es en la región posterior entre el primer molar y el ángulo de la mandíbula, y su presencia es más rara en zonas anteriores (incidencia de 0,009-0,03%)⁴. Los defectos anteriores, localizados en la zona canina o premolar y muy raramente en la incisiva, los describieron por primera vez en 1957 Richard y Ziskind, los cuales asociaban la presencia de tejido glandular salival en su interior⁵. En la década de 1990, Butcher lo denominó "defecto glandular salival mandibular lingual anterior", publicando una serie de 24 casos localizados en sectores mandibulares anteriores⁶.

La patogenia de la CS no está clara. Se han descrito como defectos congénitos, por atrapamiento de tejido de la glán-

dula submaxilar en caso de defectos posteriores o de la glándula sublingual en localizaciones anteriores. Para otros autores, su hallazgo en edades adultas apunta más hacia un defecto adquirido tras la osificación mandibular por presión crónica glandular.

El examen histopatológico suele mostrar tejido glandular salival, aunque también se ha descrito un contenido de tejido conectivo, muscular, linfático, o incluso vacío³. Esto podría explicarse por una regresión en la herniación glandular o una intermitencia en ella. Por lo tanto, su morfología no es quística, ya que no muestra epitelio de revestimiento en su cavidad, siendo más correcta su denominación como cavidad ósea.

Se han descrito distintos subtipos en función de su relación con la cortical vestibular en las pruebas de imagen y la densidad radiológica de su contenido^{3,7}. El tipo I no alcanzaría la cortical bucal; el tipo II se extendería hasta ella, pero sin expandirla, y en el tipo III existiría una expansión de ésta. Según su contenido, la categoría G indicaría la existencia de tejido glandular en su interior, la categoría F correspondería a una densidad grasa y la categoría S a partes blandas.

Desde el punto de vista clínico, la lesión suele ser asintomática, y con frecuencia se diagnostica de forma incidental mediante una prueba de imagen. Es infrecuente que pueda palparse el defecto intraoralmente, ni suele presentar signos relevantes asociados en la exploración intraoral o extraoral.

Radiológicamente, la CS suele ser unilocular y bien definida, aunque se han descrito casos multiloculares. Los bordes son nítidos y ligeramente escleróticos y su contenido hipodenso y homogéneo, describiéndose una densidad grasa o

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nnavcu@hotmail.com (I. Navarro Cuéllar).



Figura 1 - Tomografía de haz cónico.



Figura 2 - Tomografía de haz cónico.

propia de tejidos blandos. Su localización, normalmente, es caudal al canal del nervio alveolar inferior o cercana a los ápices dentarios, incluso se superpone con éstos. En general, la lesión suele ser única, aunque hay casos múltiples y bilaterales⁸.

La ortopantomografía puede ser suficiente para establecer el diagnóstico en muchos casos. Sin embargo, en ocasiones se requieren pruebas complementarias para confirmarlo, sobre todo en los casos atípicos, como lesiones anteriores, multiloculadas, con márgenes escleróticos incompletos o en relación aparente con piezas dentarias. La tomografía computarizada (TC) y sus variantes (tomografía de haz cónico) (figs. 1 y 2), la resonancia magnética (RM) y la sialografía aportan más información sobre esta lesión. Se prefieren las dos primeras, ya que la sialografía puede no ser concluyente, porque los conductos son de muy pequeño tamaño, sobre todo en casos de cavidades localizadas en sectores anteriores. El hecho de que la TC sea una prueba de gran valor en la evaluación de lesiones óseas y la RM sea de elección en la valoración de partes blandas, hace que muchos autores prefieran esta última como prueba complementaria de elección en esta entidad⁹. Su mayor ventaja es la calidad para discernir el tejido glandular salival, evitando la radiación y las complicaciones asociadas al uso de contraste radiológico. Los mayores inconvenientes que presenta son la distorsión por artefactos dentales en la imagen y el mayor coste económico.

El diagnóstico por imagen mediante TC o RM muestra un defecto en la cortical lingual mandibular, que puede llegar a la cortical bucal, expandiéndola. El contenido de la cavidad se encuentra en continuidad con las glándulas submandibular o sublingual, con lo que así se justifican las hipótesis acerca de su génesis. Los bordes suelen mostrarse escleróticos y regulares. El tamaño suele ser de 1-2 cm de diámetro, aunque se han descrito casos de lesiones de gran tamaño¹⁰.

El diagnóstico diferencial debe incluir lesiones de características radiolúcidas, como tumores benignos o malignos del tipo ameloblastoma o tumor queratoquístico, o incluso metástasis óseas. De un modo más frecuente se asemeja a lesiones quísticas propias de la mandíbula. A menudo su localización periapical puede llevar a confundirlos con quistes radiculares, por lo que de forma innecesaria se realiza tratamiento endodóntico de las piezas implicadas. En algunos casos localizados en zonas edéntulas, pueden ser diagnosticados como un

quiste residual⁴. También puede simular quistes foliculares, quistes periodontales laterales o quistes odontogénicos no inflamatorios.

Esta lesión no precisa tratamiento quirúrgico y su tratamiento se basa únicamente en un seguimiento con pruebas radiológicas seriadas. La biopsia es necesaria sólo en casos con presentación atípica en los que sea necesario establecer el diagnóstico diferencial con otras entidades. Si se precisara exploración quirúrgica, se recomienda un abordaje lingual mediante colgajo mucoperiosteico³, y en casos necesarios se emplean técnicas de regeneración ósea.

Como complicaciones asociadas, hay la posibilidad de producirse una fractura patológica mandibular tardía tras exodoncia de pieza incluida en un paciente con CS¹¹.

Se han descrito tratamientos protéticos en los que se ha empleado la CS para incrementar la estabilidad y la retención en rehabilitación mediante prótesis completa removible mandibular, a través de la inclusión de la morfología cavitaria en la prótesis, con lo que así se obtiene un mayor anclaje sin complicaciones asociadas al decúbito¹².

En el caso de nuestro paciente, se le han realizado dos ortopantomografías con un año de diferencia, sin que se observara ningún cambio en la lesión. Debido a esto y a su estado asintomático, se ha decidido continuar con seguimientos periódicos anuales.

Conclusiones

La CS se presenta como una entidad benigna, de diagnóstico casual, que no precisa tratamiento. El reto se centra en el diagnóstico diferencial con otras enfermedades propias de los maxilares, por lo que en algunos casos son necesarias pruebas de imagen complementarias o incluso diagnóstico histológico mediante biopsia. En la mayoría de los casos de presentación típica, el tratamiento únicamente se basa en un seguimiento del paciente mediante exámenes radiológicos periódicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stafne EC. Bone cavities situated near the angle of the mandible. *J Am Dent Assoc.* 1942;29:1969-72.

2. Voss PJ, Metzger MC, Schulze D, Loeffelbein DJ, Pautke C, Hohlweg-Majert B. Anterior lingual mandibular bone cavity as a diagnostic challenge: Two case reports. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68:201-4.
3. Belmonte-Caro R, Velez-Gutierrez MJ, Garcia de la Vega-Sosa FJ, García-Perla-García A, Infante-Cossío PA, Díaz-Fernández JM, et al. A Stafne's cavity with unusual location in the mandibular anterior area. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005; 10:173-9.
4. De Courten A, Kuffer R, Samson J, Lombardi T. Anterior lingual mandibular salivary gland defect (Stafne defect) presented as a residual cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;94:460-4.
5. Richard EL, Ziskind J. Aberrant salivary gland tissue in mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1957;10:1086-90.
6. Buchner A, Carpenter WM, Merrell PW, Leider AS. Anterior lingual mandibular salivary gland defect. Evaluation of twenty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Patol.* 1991;71:131-6.
7. Ariji E, Fujiwara N, Tabata O, Nakayama E, Kanda S, Shiratsuchi Y, et al. Classification based on outline and content determined by computed tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993;76:375-80.
8. Guedes LM, Silva R, Bezerra de Medeiros K, Da Silveira EJ, Lins RD. Anterior bilateral presentation of Stafne defect: An unusual case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62:613-5.
9. Segev Y, Puterman M, Bodner L. Stafne bone cavity - Magnetic resonance imaging. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006;11:345-7.
10. Herbozo P, Briones D, Martínez B. Giant mandibular bone defect: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64:145-50.
11. Kao YH, Huang IY, Chen CM, Wu CW, Hsu KJ, Chen CM. Late mandibular fracture after lower third molar extraction in a patient with Stafne bone cavity: A case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;23:1-3.
12. Jahangiri L, Jandinski JJ, Flinton RJ. Stafne's bone cavity and its utilization in complete denture retention. *J Prosthet Dent.* 2002;87:245-7.

Granuloma de células gigantes en maxilar

Giant-cell granuloma of the jaw

Isidoro Rubio-Correa*, Damián Manzano-Solo de Zaldívar, Raúl González-García y Florencio Monje-Gil

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

Discusión

El granuloma de células gigantes (GCG) fue descrito por primera vez por Jaffe¹ en 1953 como "granuloma reparativo de células gigantes", si bien actualmente no se refiere a él como reparativo, debido a su carácter localmente destructivo. Es una entidad relativamente rara. Supone un 7% de los tumores de los maxilares (siendo su localización preferente en la región de los incisivos, y más frecuentemente en la mandíbula que en el maxilar)². Es más habitual en niños y adultos jóvenes, con un ligero predominio en el sexo femenino².

Histológicamente se caracteriza³ por la intensa proliferación de células gigantes multinucleadas y fibroblastos, sobre una densa estroma vascular, con depósitos de hemosiderina. Se clasifica en: a) periférico, si afecta a las extremidades, y b) central, si se desarrolla en la línea media (siendo este tipo menos frecuente). En cualquier caso, siempre afecta a tejidos con soporte óseo.

Como factores etiológicos⁴ se han relacionado diversos factores, sobre todo irritantes locales (como extracciones dentales o prótesis mal adaptadas) y hormonales³ (de hecho, ante todo en el GCG debería descartarse la coexistencia de hiperparatiroidismo primario, ya que los clásicos tumores pardos característicos de esta afección tienen una histología prácticamente indistinguible de la del GCG). Otra teoría sobre su origen refiere que se trata de una lesión vascular intraósea similar a los angiomas de tejidos blandos⁵.

El diagnóstico diferencial se realizará con el granuloma piogénico, el fibroma gingival, el fibrosarcoma y las metástasis de tumores a distancia, que clínicamente pueden parecerse al GCG. El diagnóstico definitivo viene dado por la biopsia. Clínicamente se manifiestan como una masa o nódulo de color rojizo (aunque a veces puede ser azulado), de consistencia carnosa y ocasionalmente ulcerada superficialmente. Pueden ser desde asintomáticos, de pequeño tamaño y lento crecimiento, hasta grandes y destructivas lesiones que crecen rápidamente. En cuanto al manejo, clásicamente se recurría

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Isirc84@gmail.com (I. Rubio Correa).