

2. Omura S, Mizuki N, Bukawa H, Fujita K. Diffuse variant tenosynovial giant cell tumor of the temporomandibular joint: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 1998;56:991-6.
 3. Stojadinovic S, Reinert S, Wildförster U, Jundt G. Destruction of the glenoid joint fossa by a tenosynovial giant-cell tumour of the skull base: A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1999;28:132-4.
 4. Gong ZC, Lin ZQ, Moming A, Ling B, Liu H, Hu M, et al. Extra-articular diffuse tenosynovial giant cell tumour of the infratemporal fossa: Report of a case and literature review. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010;39:820-4.
 5. Tel A, Spinzia A, Boggio M. Diffuse tenosynovial giant cell tumour of the temporomandibular joint. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2012;41:321-3.
 6. He D, Yang C, Shen G, Chen M, Yang X, Huang D, et al. Navigation-guided resection for a tenosynovial giant cell tumor involving the temporomandibular joint and skull base. *J Craniofac Surg.* 2012;23:521-3.
 7. Jaffe HL, Lichtenstein L, Sutro CJ. Pigmented villonodular synovitis, bursitis and tenosynovitis: A discussion of the synovial and bursal equivalents of the tenosynovial lesion commonly denoted as xanthoma, xanthogranuloma, giant cell tumor or myeloplaxoma of the tendon sheath, with some consideration of this tendonsheath lesion itself. *Arch Pathol.* 1941;31:731-65.
 8. Rubin BP. Tenosynovial giant cell tumor and pigmented villonodular synovitis: A proposal for unification of these clinically distinct but histologically and genetically identical lesions. *Skeletal Radiol.* 2007;36:267-8.
 9. Hoch BL, García RA, Smalberger GJ. Chondroid tenosynovial giant cell tumor: A clinicopathological and immunohistochemical analysis of 5 new cases. *Int J of Surg Pathol.* 2011;19:180-7.
 10. Enzinger FM, Weiss SW. *Soft tissue tumors.* 4th ed. St Louis, MO: Mosby; 2008. p. 1054.
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.02.007>

Cavidad de Stafne parasinfisaria: una localización inusual



Parasymphyseal Stafne cavity: An unusual location

María Pombo Castro*, Fernanda Lorenzo Franco, Inés Vázquez Mahía y Jose Luis López-Cedrún Cembranos

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo

Recibido el 10 de mayo de 2013

Aceptado el 29 de mayo de 2013

La sospecha diagnóstica fue una cavidad de Stafne, pero la localización atípica (normalmente se encuentra en la región posterior del cuerpo mandibular) nos obligó a descartar otras posibilidades. La resonancia magnética (fig. 1) describió una señal hiperintensa erosionando la cortical lingual mandibular en la región parasinfisaria izquierda, en la localización de las glándulas sublinguales accesorias, y adenopatías hiperintensas menores de un centímetro en las regiones submandibular y submental bilateralmente. Se realizó una exploración quirúrgica bajo anestesia general y los hallazgos consistieron en una glándula sublingual izquierda hipertrófica (fig. 2); se tomó una muestra de la misma para análisis histológico.

Intraoperatoriamente, el hueso tenía un aspecto totalmente normal. La anatomía patológica definitiva fue de tejido de glándula salival con cambios inflamatorios crónicos y sin otras alteraciones, con lo que se confirmó el diagnóstico de cavidad de Stafne. Un año y medio tras la intervención, el paciente permanece asintomático.

Discusión

La cavidad de Stafne fue descrita por Stafne en el año 1942¹ como una imagen radiolúcida bien definida,

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2013.05.004>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariacorme@hotmail.com (M. Pombo Castro).

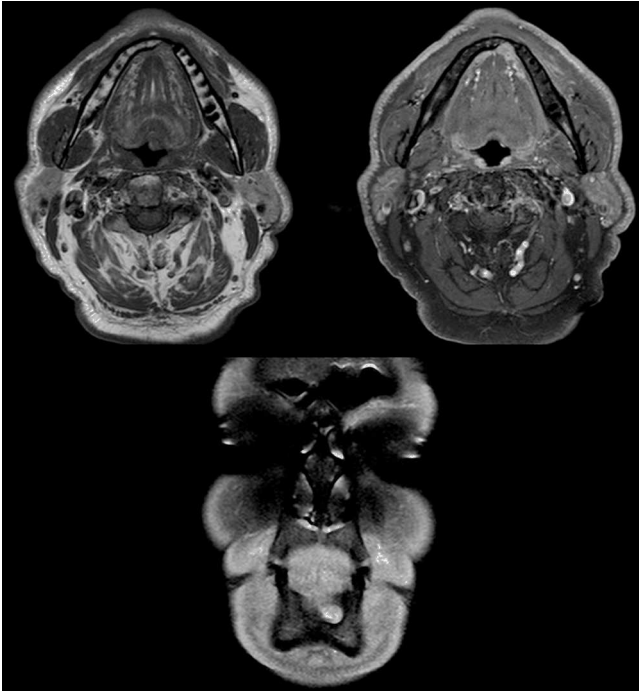


Figura 1 – Resonancia nuclear magnética, cortes axiales y coronal: señal hiperintensa erosionando la cortical lingual mandibular en la región parasinfisaria izquierda, en la localización de la glándula sublingual.



Figura 2 – Exploración quirúrgica: glándula sublingual hipertrófica; hueso totalmente normal.

unilocular, redonda u ovoide, en la región posterior del cuerpo mandibular, entre el primer molar y el ángulo mandibular, normalmente asintomática y diagnosticada como un hallazgo casual en una radiografía de rutina. Su incidencia se estima entre un 0,09 y un 0,3%^{2,3}. En muy pocos pacientes, se presenta de forma bilateral. En la mayor parte de los casos, esta lesión es asintomática, como en nuestro paciente; pero en algunos pacientes puede darse dolor local⁴. Este tipo de lesión aparece de forma muy rara en la región anterior mandibular⁵ y hay muy pocos casos descritos en la literatura en esta localización⁶. Cuando se localiza en la mandíbula anterior, normalmente lo hace entre el canino y el primer molar, por encima del músculo milohioideo y bajo los ápices de los dientes^{5,7}, mientras que la localización en la región incisal es mucho menos frecuente⁸. En nuestro paciente, la imagen radiolúcida estaba situada en la parasínfisis izquierda, bajo los incisivos inferiores. Esta localización inusual hace más difícil

el diagnóstico; muchas veces, la cavidad ósea puede verse en relación con los ápices dentales, confundiendo esta entidad con otras alteraciones, como el quiste radicular, el queratociste odontogénico y otras. Debido a esto, algunas veces es necesario realizar una exploración quirúrgica y tomar una biopsia para confirmar el diagnóstico y descartar otras enfermedades, fundamentalmente cuando los síntomas persisten o cuando se sospecha otra etiología. Si este no es el caso, el manejo consiste únicamente en seguimiento radiográfico. Con respecto al origen de esta lesión, no está muy claro. Stafne y otros autores defienden el origen congénito de esta entidad, pero otros creen que es debido a una alteración del desarrollo. Stafne por ejemplo sugirió que estas cavidades aparecían en la mandíbula por un proceso anormal de osificación¹. La teoría del desarrollo defiende que la presión constante producida en el hueso por estructuras anatómicas como las glándulas salivares^{2,4} o incluso la arteria facial⁹ son la razón del desarrollo de cavidades en el hueso mandibular. Hay algunos casos descritos en la literatura que muestran cavidades óseas en la mandíbula con radiografías previas normales¹⁰, una prueba más a favor del origen no congénito de esta entidad.

Conclusión

Las cavidades de Stafne normalmente se encuentran en la región posterior del cuerpo mandibular. Son muy infrecuentes en la región anterior. Normalmente son asintomáticas y solo necesitan seguimiento radiográfico. La localización en la región anterior mandibular supone un problema diagnóstico, que hace a veces necesario llevar a cabo una cirugía exploratoria y biopsia para confirmar el diagnóstico, sobre todo cuando persisten los síntomas o cuando se sospechan otras enfermedades.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún tipo de conflicto de intereses en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stafne EC. Bone cavities situated near the angle of the mandible. *J Am Dent Assoc.* 1942;29:1969-72.
2. Smith MH, Brooks SL, Eldevik O, Helman JI. Anterior mandibular lingual salivary gland defect a report of a case diagnosed with cone-beam computed tomography and magnetic resonance imaging. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;103:e71-8.
3. Queiroz LM, Rocha RS, de Medeiros KB, da Silveira EJ, Lins RD. Anterior bilateral presentation of Stafne defect: An unusual case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62:613-5.
4. De Courten A, Küffer R, Samson J, Lombardi T. Anterior lingual mandibular salivary gland defect (Stafne defect) presenting as a residual cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;94:460-4.
5. Philipsen HP, Takata T, Reichart PA, Sato S, Sueti Y. Lingual and buccal mandibular bone depressions: A review based on 583 cases from a world-wide literature survey, including 69 new

- cases from Japan. *Dentomaxillofac Radiol.* 2002;31:281-90.
6. Wolf J, Mattila K, Ankkuriniemi O. Development of a Stafne mandibular bone cavity. *Oral surg Oral Med Oral Pathol.* 1986;61:519-21.
 7. Katz J, Chaushu G, Rotstein I. Stafne' bone cavity in the anterior mandible: A possible diagnostic challenge. *J Endod.* 2001;27:304-7.
 8. Turkoglu K, Orhan K. Stafne bone cavity in the anterior mandible. *J Craniofac Surg.* 2010;21:1769-75.
 9. Kay LW. Some anthropologic investigations of interest to oral surgeons. *Int J Oral Surg.* 1974;3:363-79.
 10. Tolman DE, Stafne EC. Developmental bone defects of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1967;24:488-90.
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.02.008>