



Cavidad ósea de Stafne en un paciente pediátrico: informe de un caso

Stafne bone cavity in a pediatric patient: report of a case

Agustín Tiol-Carrillo,* Guillermo García-Martínez,§ Jesús Alejandro De la O-Zavala,§
Óscar Jonathan Rodríguez-Hernández§

RESUMEN

La cavidad ósea de Stafne es un hallazgo radiográfico encontrado accidentalmente durante la exploración imagenológica de rutina. Este suceso se aprecia como una zona radiolúcida, bien delimitada y unilateral, encontrada en la parte posterior de la mandíbula. La mayoría de las ocasiones este hallazgo radiográfico es confundido con patologías de origen tumoral o quístico. Sin embargo, al tratarse de una variante anatómica no requiere tratamiento alguno. El objetivo del presente artículo es presentar el caso de un niño de ocho años de edad quien fue referido por presentar una lesión aislada a nivel mandibular encontrada accidentalmente durante un estudio radiográfico, confundida inicialmente con un tumor, mismo que al ser estudiado a profundidad, no era más que un hallazgo anatómico no patológico: la cavidad ósea de de Stafne.

Palabras clave: Defecto de Stafne, cavidad ósea de Stafne, patología bucal en niños.

Key words: Stafne's defect, Stafne's bone cavity, oral pathology in children.

ABSTRACT

Stafne's bone cavity is a radiographic finding that is accidentally discovered during the routine image exploration. This is a radiolucent, well-defined and unilateral finding that is usually located in the back of the jaw. Most of the times this radiographic finding is confused with tumors or cyst. However, as it is an anatomical variant, it doesn't require any treatment. The aim of this article is to present the case of an eight year old boy who was referred for presenting an isolated mandibular lesion accidentally found during a radiographic study, initially confused with a tumor, but after being studied, it was nothing more than a non-pathological anatomical find: de Stafne's bone cavity.

INTRODUCCIÓN

En 1942, Edward Stafne reportó 35 casos de pacientes asintomáticos que compartían un mismo hallazgo radiográfico que siempre se encontraba de forma unilateral en la región posterior de la mandíbula, limitado hacia arriba por el conducto alveolar inferior y hacia abajo por el borde inferior de la mandíbula.¹

Otros nombres con los que se le identifica a esta condición son: defecto de Stafne, quiste óseo estático, cavidad ósea idiopática, cavidad ósea mandibular lingual y defecto aberrante de la glándula salival.^{1,2} Se trata de una condición no patológica de la cual se han propuesto diversas teorías para explicar su naturaleza, la más aceptada refiere la erosión que sufre el hueso en su porción cortical interna debido a la presión que la glándula submandibular genera.³ Al existir una erosión en la cortical ósea, se hace evidente en el estudio radiológico un área de poca densidad, circunscrita, bien delimitada, unilocular y siempre unilateral.^{2,3} Es una entidad mayormente encontrada en sujetos del sexo masculino con respecto al femenino en una proporción de 6:1 y diagnosticada entre la cuarta y sexta década de la vida; sin embargo, se han reportado casos aislados en pacientes pediátricos.^{1,3}

La cavidad ósea de Stafne, por su apariencia radiográfica es comúnmente confundida con quistes o

tumores odontogénicos; sin embargo, por su comportamiento biológico no puede ser considerado dentro de estas dos entidades. Entiéndase por quiste como cualquier cavidad patológica que se encuentra encapsulada por tejido conectivo, recubierta de epitelio en su interior y con un contenido líquido, semilíquido, sólido o gaseoso.⁴ Mientras que el tumor es una neoformación de tejido anormal, que dependiendo de su celularidad puede clasificarse como benigno o maligno. Los quistes y tumores que afectan la región bucal son generados por remanentes embrionarios y sus conductas son diferentes entre sí ejemplificándose en el *cuadro 1*.

* Especialista en Estomatología Pediátrica, Instituto Nacional de Pediatría. Profesor de tiempo completo en la UAM Xochimilco.

§ Alumno de la Especialidad en Implantología Oral Integral.

Universidad Westhill, Ciudad de México.

Recibido: junio 2017.

Aceptado: mayo 2018.

© 2018 Universidad Nacional Autónoma de México, [Facultad de Odontología]. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam>

CASO CLÍNICO

Se trata de masculino de ocho años de edad aparentemente sano quien acude a consulta referido por odontólogo de práctica general por presentar una «le-

Cuadro I. Diferencias entre quistes y tumores.

Lesión	Características
Quiste	<ul style="list-style-type: none"> • Bien delimitado • Crecimiento lento • No expande corticales • Presenta contenido en su interior • Tiene una cápsula de tejido conectivo que lo recubre en su exterior y epitelio que reviste en su interior
Tumor	<ul style="list-style-type: none"> • Puede tener comportamiento benigno o maligno de acuerdo con su celularidad • No presenta contenido en su interior • Localmente agresivos • Expande corticales • Crecimiento rápido

sión» en el ángulo mandibular del lado derecho. Durante la historia clínica se niegan antecedentes personales patológicos de importancia para padecimiento actual. Extraoralmente no presenta alteraciones visibles e intraoralmente presenta mucosas íntegras con adecuada coloración e hidratación, dentición mixta incompleta para edad con evidente retraso en la erupción dental. En la radiografía panorámica tomada a los siete años de edad, se aprecia una zona radiolúcida, oval, con bordes escleróticos bien circunscritos y delimitados, ubicada en el ángulo mandibular derecho, características que se mantienen constantes y sin cambio aparente en otra radiografía tomada un año después (*Figuras 1A y 1B*). Topográficamente localizada entre el conducto alveolar inferior y el borde inferior de la mandíbula. A modo de descartar que la naturaleza de esta «lesión» fuera quística o tumoral, se realizan estudios complementarios con imágenes tridimensionales de tomografía computarizada de haz cónico (TCHC) y estereolitografía (*Figuras 2 y 3*). En la TCHC se aprecia integridad de la cortical externa del ángulo y de la rama ascendente, lo que sugiere que el defecto se encuentra confinado a la

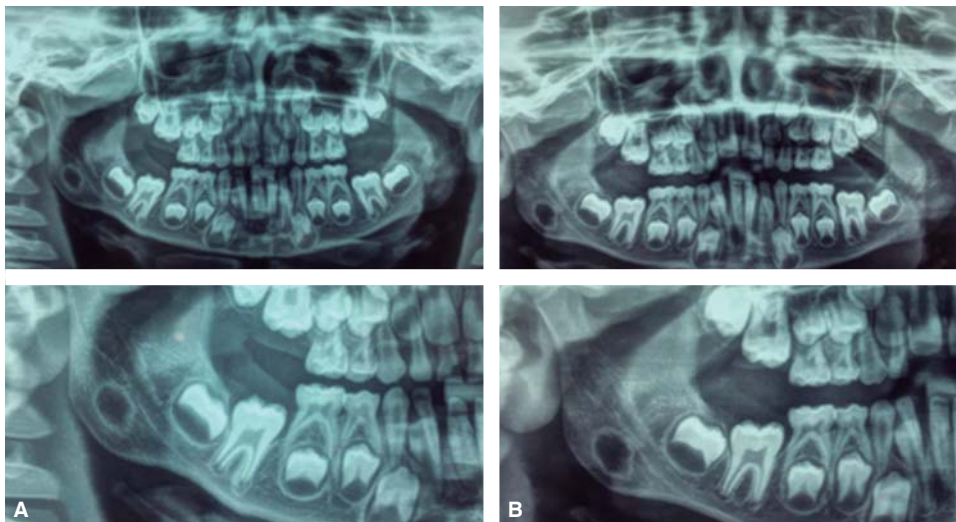


Figura 1.

A) Apariencia radiográfica del defecto a los siete años de edad. **B)** Apariencia radiográfica a los ocho años. Nótese que el defecto no ha experimentado cambios.

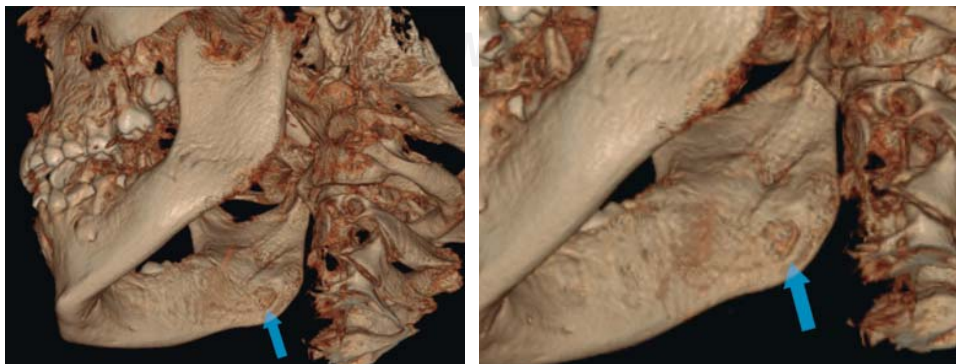


Figura 2.

Apariencia del defecto en la región lingual mandibular (TCHC).

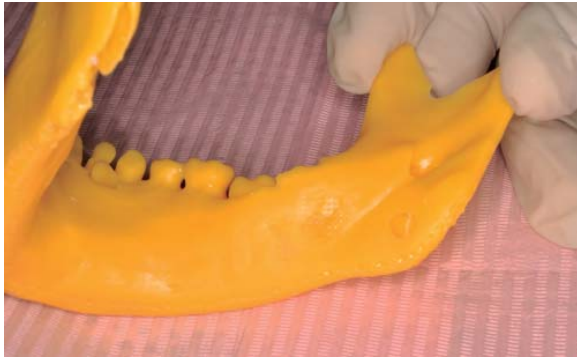


Figura 3. Apariencia del defecto de Stafne en la estereolitografía del paciente.

región lingual exclusivamente. La información obtenida de las dimensiones de la lesión en el estudio de TCHC refiere un defecto de forma convexa que tiene una altura de 21 mm, con un ancho de 10 mm y una profundidad de 8 mm.

Tomando en cuenta que el paciente fue referido para la enucleación de la aparente lesión y con base en la información obtenida de los estudios realizados se confirma el diagnóstico de cavidad ósea de Stafne. Por tanto, se explica a los padres del menor que el defecto de Stafne es una condición no patológica que no requiere intervención quirúrgica alguna, sólo se indican radiografías de control en forma periódica para evaluar su conducta.

DISCUSIÓN

Esta condición es también conocida como cavidad ósea estática, quiste óseo latente, defecto embriológico mandibular, cavidad ósea mandibular lingual o cavidad ósea idiopática.³ A pesar de que el origen de la cavidad ósea de Stafne es incierto, se han reportado casos en donde se encuentra tejido glandular, linfático o muscular en el interior de esta cavidad, debido a la presión ejercida por éstos sobre la cortical mandibular lingual, generando una erosión de la misma, o bien, por un amoldamiento del hueso debido a la interposición de tejido glandular durante el desarrollo y osificación del hueso mandibular.³ La mandíbula se relaciona íntimamente con tejidos de estos orígenes por lo que es posible encontrar este tipo de defecto en diferentes zonas anatómicas de la mandíbula, no siendo exclusiva del ángulo mandibular, ya que se han reportado casos atípicos en la rama ascendente o en el cuerpo mandibular.^{5,6} Existen teorías alternativas que sugieren que este defecto se forma por la presión de la arteria facial⁷ o por defectos embrionarios en el desarrollo del cartílago de Meckel.

Dadas las características tan específicas que individualizan a la cavidad ósea de Stafne puede ser fácilmente diagnosticada con una sola imagen radiográfica; sin embargo, cuando la apariencia radiográfica de la lesión muestre características atípicas como una imagen multilobular, lesiones múltiples o localizaciones aberrantes,⁷ deben realizarse estudios adicionales para confirmar o descartar su diagnóstico. Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran los queratoquistes, el quiste óseo traumático, el granuloma central de células gigantes, los ameloblastomas o los tumores pardos por hiperparatiroidismo.⁶ Sea cual fuere su origen, la cavidad ósea de Stafne es una condición inocua, asintomática, unilateral y que no evoluciona, la cual es encontrada accidentalmente en un estudio radiográfico indicado para otro fin diagnóstico. Si bien se han reportado casos en donde este tipo de defectos se confirman mediante cirugías exploratorias, los autores del presente artículo consideran que los estudios imagenológicos actuales son una herramienta suficiente, útil y definitiva para confirmar este diagnóstico sin la necesidad de un tratamiento invasivo que puede tener secuelas, por lo que los procedimientos quirúrgicos deben realizarse únicamente cuando exista duda en el diagnóstico, el cual puede ser obtenido mediante ortopantomografías, resonancias magnéticas (RM), tomografía axial computarizada (TAC) y sialografías de la glándula asociada al defeceto. Por tanto, una vez hecho el diagnóstico se indica exclusivamente el seguimiento radiográfico.^{3,8-10}

CONCLUSIÓN

Es imperativo que todo profesional de la salud desarrolle la habilidad de discernir entre las condiciones normales de las patológicas para así ofrecer un buen diagnóstico. Dada la semejanza tan grande que este hallazgo anatómico tiene con quistes o tumores odontogénicos es crucial el diagnóstico diferencial, a modo de evitar la realización de tratamientos quirúrgicos innecesarios en el paciente que la presenta. El presente artículo es un ejemplo de que el defecto de Stafne puede ser encontrado durante la infancia.

REFERENCIAS

1. Quesada GC, Valmaseda CE, Berini AL, Gay EC. Stafne bone cavity: a retrospective study of 11 cases. *Med Oral Patol Cir Bucal*. 2006; 11: E277-E280.
2. Sánchez-Burgos R, Navarro-Cuéllar I, Castillo-Pardo de Vera JL, Morán-Soto MJ, Burgueño-García M. Cavidad ósea idiopática de Stafne: Diagnóstico y manejo. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac*. 2011; 33 (2): 96-98.
3. Carrillo RJ, González MG, Mastranzo CH, Romero MGG, Reyes GSY. Defecto óseo en ángulo mandibular (cavidad de Stafne).

- Presentación de dos casos clínicos y revisión bibliográfica. *Rev Mex Cir Bucal Max*. 2010; 6 (2): 73-76.
4. Vázquez DJ, Gandini PC, Carvajal EE. Quiste dentígero: diagnóstico y resolución de un caso. Revisión de la literatura. *Av Odontoestomatol*. 2008; 24 (6): 359-364.
 5. Etöz M, Etöz OA, Sahman H, Sekerci AE, Polat HB. An unusual case of multilocular Stafne bone cavity. *Dentomaxillofac Radiol*. 2012; 41 (1): 75-78.
 6. Sisman Y, Etoz OA, Mavili E, Sahamn H, Ertas Tarim E. Anterior Stafne bone defect mimicking a residual cyst: a case report. *Dentomaxillofac Radiol*. 2010; 39: 124-126.
 7. Abuabara A, Baratto FF, Valduga CG, Guerino L, Giovanini A. Cone beam tomography evaluation of lingual cortical mandibular defect diagnosed as Stafne bone cavity. *RSBO*. 2009; 6 (1): 104-107.
 8. Dolanmaz D, Etoz OA, Alper PA, Kilic E, Sisman Y. Diagnosis of Stafne's bone cavity with Dental Computerized Tomography. *Eur J Gen Med*. 2009; 6 (1): 42-45.
 9. Venkatesh E. Stafne bone cavity and cone-beam computed tomography: a report of two cases. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2015; 41: 145-148.
 10. Sumer M, Acikgoz A, Uzun C, Gunhan O. An unusual case of large, destructive stafne bone cavity with computed tomography findings. *J Oral Maxillofac Radiol*. 2015; 3 (1): 28-30.

Dirección para procedencia:
Agustín Tiol Carrillo
E-mail: agustintiolcarrillo@gmail.com