

Casos en imagen 3.—DIAGNÓSTICO: QUISTE DE STAFNE

Diagnóstico final

Quiste de Stafne o cavidad ósea estática.

Hallazgos radiológicos

En la ortopantomografía (fig. 1) se aprecia una radiolucencia redonda de bordes bien definidos en la parte posterior de la mandíbula, en las proximidades del canal mandibular y sin relación con ninguna pieza dentaria. Para completar el estudio se realizan cortes axiales paralelos al borde inferior de la mandíbula con una TC helicoidal (fig. 2), comprobando que la lesión se abre en la superficie lingual de la mandíbula. El contenido presenta un valor de -115 UH, correspondiente por tanto a densidad grasa.

En la reconstrucción en plano coronal (fig. 3) se aprecia cómo la cavidad alcanza la cortical de la superficie bucal de la mandíbula sin deformarla.

La flecha señala la lesión en una reconstrucción tridimensional (fig. 4).

Comentarios

Fue Stafne en 1942 quien primero descubrió esta entidad, como una radiolucencia oval o elíptica de bordes bien definidos más densos y marcados que los de los quistes odontogénicos^{1,2}. Su prevalencia es próxima al 0,1% en series vivas, si bien se cree que sólo se detectan 10-50% de estas anomalías, ya que para poder ser identificadas por radiología convencional deben tener un tamaño suficiente². La causa y patogenia son todavía inciertas, pero se cree que está en relación con una presión continua por estructuras adyacentes como la glándula submandibular o la arteria facial. Desde el punto de vista radiográfico la radio-transparencia muestra un borde bien definido y presenta muchas veces ligera esclerosis en el margen.

Se sitúan por lo general en la zona posterior de la mandíbula, muchas veces entre los molares inferiores y el ángulo de la mandíbula, por debajo del canal mandibular y sin relación con ningún diente. El tamaño de las lesiones varía entre 1 cm y 2 cm de diámetro y la forma puede ser oval, redondeada o elíptica. Se han descrito defectos bilaterales¹⁻³.

Según su relación con la cortical de la superficie bucal de la mandíbula se han clasificado en tres tipos: (fig. 5).

Tipo I: el fondo de la cavidad no alcanza la cortical de la superficie lingual de la mandíbula.

Tipo II: la alcanza pero no la expande ni la distorsiona.

Tipo III: existe expansión de la cortical de la superficie bucal de la mandíbula.

Estas cavidades o quistes de Stafne se han clasificado también en función de su contenido, evaluado éste según los valores densitométricos obtenidos en la TC axial (fig. 6).

Tipo F: densidad grasa, con valores comprendidos entre -200 y -50 UH.

Tipo S: densidad de tejido blando que sugiere estructuras como nódulos linfáticos, vasos, tejido conectivo u otros.

Tipo G: presencia de glándula submaxilar en la cavidad.

Debido a la típica apariencia y localización de estos quistes el diagnóstico muchas veces se realiza en una ortopantomografía. No obstante, el dato más importante para el diagnóstico es demostrar que la cavidad se abre a la superficie lingual de la mandíbula para lo cual el método diagnóstico de elección es la TC helicoidal¹.

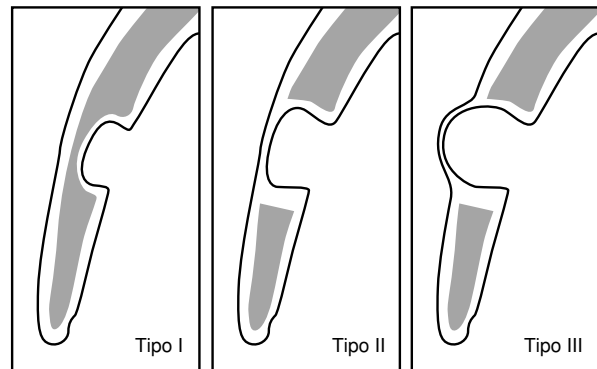


Fig. 5.

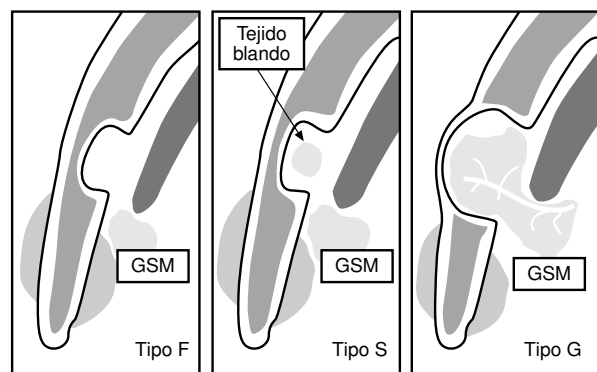


Fig. 6.

La mayoría de los autores consideran que dado que estos defectos son asintomáticos y no progresan, la intervención quirúrgica no es necesaria; de todas formas se recomienda un seguimiento radiológico de estos pacientes².

BIBLIOGRAFÍA

1. Ariji E, Fujiwara N, Tabata O, Nakayama E, Kanda S, Shiratsuchi Y, Oka M. Stafne's bone cavity classification based on outline and content determined by computed tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993 Sep; 76(3):375-80.
2. Junquera LM, Albertos JM, Ferreras J, Baladron J. Stafne bone cyst. Revision of four cases, one of them with bilateral affection. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1999 Oct; 116(5):295-8.
3. Alfred L Weber. Mandíbula. Peter M Som, R Thomas Bergeron, Hugh D Curtin, Deborah L Reede. Radiología de cabeza y cuello. 2.ª ed. Madrid. Mosby 1993;379-406.

Correspondencia:

Inés García de Eulate.
Servicio de Radiología.
Hospital Virgen del Camino.
Irunlarrea, 4.
31008 Pamplona. Navarra.
e-mail: igarciam@cfnavarra.es