

Cavidade óssea de Stafne

Araújo, F.,¹ Marques, T.,¹ Santos, T.,¹ Marques, R.,¹ Frias, C.,² Rufino, A.,² Silva, A.,³ Costa, M.,² Lopes, J.⁴

¹ Aluno(a) do 6.º ano de Medicina Dentária

² Médico Dentista. Assistente Convidado de Medicina Dentária

³ Médico Dentista. Regente da Disciplina de Cirurgia Oral

⁴ Médico Estomatologista. Regente da Disciplina de Medicina Oral e Patologia Oncológica
Mestrado Integrado de Medicina Dentária – Universidade Católica Portuguesa

Introdução

Em 1942, Stafne descreveu 35 “cavidades ósseas” localizadas no ângulo da mandíbula. Eram cavidades uniloculares, bem circunscritas, de forma redonda ou elíptica radiolucentes situadas abaixo do canal dentário inferior e entre o ângulo da mandíbula e o 1º molar.

No interior destas cavidades podemos encontrar tecido glandular, ou outros tecidos tais como adenoma pleomórfico, músculo estriado, tecido linfóide, tecido adiposo, vasos sanguíneos, e tecido conjuntivo fibroso. Algumas cavidades podem no entanto encontrar-se vazias (4).

Detectadas em imagiologia de rotina, a maior parte das cavidades ósseas de Stafne são assintomáticas. A presença de dor pode por vezes indicar patologia subjacente (sialoadenite, adenoma pleomórfico). Por vezes a palpação da cortical mandibular pode revelar a depressão côncava. O estudo radiológico revela uma imagem unilocular oval ou elíptica bem delimitada por margens ósseas espessas. Em raras situações estas radiolucências podem ser biloculadas ou até mesmo multiloculadas. Esta radiolucência está localizada entre o ângulo mandibular e o primeiro molar inferior, sem contacto com dentes, caracteristicamente situada abaixo do canal dentário inferior (3, 5, 6).

Referências

1. Apruzzese, D. and S. Longoni, Stafne cyst in an anterior location. *J Oral Maxillofac Surg*, 1999. 57(3): p. 333-8.; +
2. de Courten, A., et al., Anterior lingual mandibular salivary gland defect (Stafne defect) presenting as a residual cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2002. 94(4): p. 460-4.;
3. Quesada-Gomez, C., et al., Stafne bone cavity: a retrospective study of 11 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2006. 11(3): p. E277-80.;
4. Katz, J., G. Chaushu, and I. Rotstein, Stafne's bone cavity in the anterior mandible: a possible diagnostic challenge. *J Endod*, 2001. 27(4): p. 304-7.;
5. Segev, Y., M. Puterman, and L. Bodner, Stafne bone cavity-magnetic resonance imaging. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2006. 11(4): p. E345-7.;
6. Shimizu, M., et al., CT analysis of the Stafne's bone defects of the mandible. *Dentomaxillofac Radiol*, 2006. 35(2): p. 95-102.;
7. Slasky, B.S. and J. Bar-Ziv, Lingual mandibular bony defects: CT in the buccolingual plane. *J Comput Assist Tomogr*, 1996. 20(3): p. 439-43.;
8. Arijji, E., et al., Stafne's bone cavity. Classification based on outline and content determined by computed tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1993. 76(3): p. 375-80.;
9. Scholl, R.J., et al., Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review. *Radiographics*, 1999. 19(5): p. 1107-24.

Cavidade óssea de Stafne

Introdução

Em 1942, Stafne descreveu 35 “cavidades ósseas” localizadas no ângulo da mandíbula, uniloculares, bem circunscritas, de forma redonda ou elíptica radiolúcentes situadas abaixo do canal dentário inferior e entre o ângulo da mandíbula e o 1º molar.

Usualmente assintomáticas, e com predileção por indivíduos do sexo masculino (70 – 90% dos casos) na 5ª e 7ª década de vida, sendo na maioria dos casos unilaterais (1-3,5).

Detectadas em imagiologia de rotina, a maior parte das cavidades ósseas de Stafne são assintomáticas. A presença de dor pode por vezes indicar patologia subjacente (sialoadenite, adenoma pleomórfico). Por vezes a palpação da cortical mandibular pode revelar a depressão côncava. O estudo radiológico revela uma imagem unilocular oval ou elíptica bem delimitada por margens ósseas espessas. Em raras situações estas radiolúcências podem ser biloculadas ou até mesmo multiloculadas. Esta radiolúcência está localizada entre o ângulo mandibular e o primeiro molar inferior, sem contacto com dentes, caracteristicamente situada abaixo do canal dentário inferior (3, 5, 6).

A forma de apresentação unilateral é a mais frequente, existindo casos de apresentação bilateral. Um dos aspectos mais importantes na confirmação deste diagnóstico é demonstrar a abertura da concavidade na face lingual da mandíbula, delimitada por uma cortical (8) em cortes axiais de tc ou rm.

Tratamento

Não existe indicação cirúrgica para a Cavidade óssea de Stafne. Em casos raros de desenvolvimento acentuado, procede-se à extirpação de parte ou da totalidade da glândula submandibular ou do tecido causal. Nestas situações poderão estar subjacentes patologias da própria glândula, como adenoma pleomórfico ou sialoadenite crónica. O controlo (radiográfico) periódico destas situações está recomendado (3).

Caso Clínico

Doente do sexo masculino, 71 anos de idade, raça caucasiana, recorreu à Clínica Universitária para tratamentos dentários. Verificou-se a presença de uma lesão bilateral na mucosa jugal, esbranquiçada e linear diagnosticada como linha alba angularis ou linha de mordisqueio da mucosa jugal, assim como cáries dentárias, e periodontite crónica. O exame imagiológico detectou uma imagem radiolúcida, unilocular de bordos bem definidos, no ramo horizontal da hemimandíbula esquerda, zona posterior junto ao ângulo mandibular, abaixo do canal dentário. Foi pedida uma Tomografia Assistida por Computador (TC) para esclarecer natureza, dimensões e relações com estruturas anatómicas adjacentes.



Fig. 1 – Ortopantomografia

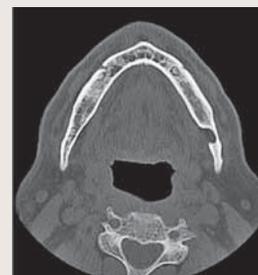


Fig. 2 – Corte Axial (cavidade com 11,5 mm no seu maior diâmetro cervico-facial, e 9,5 mm no seu menor diâmetro)



Fig. 3 – Corte Coronal (cavidade com 8,4 mm no seu diâmetro cefalo-caudal, observando-se a invaginação da glândula sub-mandibular)



Fig. 4 – Corte Sagital



Fig. 5 – Reconstrução multiplanar, evidenciando a proximidade com o nervo dentário inferior



Fig. 6 – Reconstrução tridimensional



Fig. 7 – Reconstrução tridimensional, visão posterior

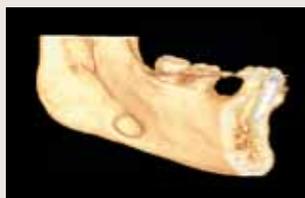


Fig. 8 – Reconstrução tridimensional, hemiseção da mandíbula



Fig. 9 – Reconstrução tridimensional, pormenor da cavidade óssea

Conclusões

Podemos concluir que existe um defeito ósseo no lado esquerdo do ramo horizontal da mandíbula do doente, na zona do ângulo mandibular, abaixo do canal dentário.

A TC mostra-se um meio de extrema utilidade na confirmação deste tipo de alterações ósseas. A evidência da abertura lingual definida por uma cortical íntegra é um elemento chave na confirmação da Cavidade óssea de Stafne.

O reconhecimento do diagnóstico destas lesões é importante, diferenciando com outros tipos de alterações como ameloblastomas, queratoquistos, quistos ósseos solitários, para os quais deveremos pensar em intervenção cirúrgica.