



20/10
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA**

**DISPLASIA FIBROSA
DE LOS
MAXILARES**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA
YOLANDA ALVARADO DE LEON

ASESOR DE TESIS:
DR. GUILLERMO SILVA RODRIGUEZ

San Juan Iztacala, Méx.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DISPLASIA FIBROSA DE LOS MAXILARES

I N D I C E

	PAG.
<u>CAPITULO I</u>	
DEFINICION	1
<u>CAPITULO II</u>	
ETIOLOGIA	4
<u>CAPITULO III</u>	
CLASIFICACION:	
A) Monostótica	6
B) Poliostótica	9
C) Síndrome de Albright	12
<u>CAPITULO IV</u>	
ESTUDIOS PREOPERATORIOS	13
<u>CAPITULO V</u>	
ESTADISTICAS INTERNACIONALES	31
A) Caso Clínico	33
<u>CAPITULO VI</u>	
ESTUDIOS COMPARATIVOS CON OTRAS ENTIDADES PATOLOGICAS	47

PAG.

CAPITULO VII

ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS

52

CAPITULO VIII

TRATAMIENTO

55

CAPITULO IX

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

57

CAPITULO X

CONCLUSIONES

59

BIBLIOGRAFIA

62

CAPITULO PRIMERO DEFINICION

La palabra displasia se deriva del griego dus-mal y plassein -modelar, y significa transtorno en el desarrollo de uno o varios órganos, que produce deformaciones y monstruosidades compatibles o no con la existencia.

DISPLASIA FIBROSA

La displasia fibrosa ósea es una de las enfermedades más con fusas del tejido óseo. En 1938 Lichtenstein, introdujo el término "Displasia Fibrosa", y desde entonces se ha ido esta bleciendo gradualmente una clasificación de las diversas for mas de la enfermedad.

La displasia fibrosa es una lesión osteofibrosa benigna de pat ogenia discutible que se caracteriza por la formación ex cesiva y localizada de tejido conjuntivo fibroso en la parte esponjosa del hueso, que sustituye la arquitectura ósea ori ginal, contiene espículas óseas inmaduras e islotes de cartí lago.

Sinonimia

A la displasia fibrosa de los maxilares también se le conoce

con los nombres de: fibroma osificante, fibroosteoma, osteitis fibrosa localizada, osteodistrofía fibrosa localizada, osteofibroma, osteoma fibroso de los maxilares, osteítis hipertrófica localizada, leontesias ósea localizada, osteoma central, enostosis, osteofibrosis deformante juvenil.

Debido a la gran variedad de nomenclatura, de teorías histogénéticas e interpretaciones, el estudio de ésta enfermedad presenta múltiples dificultades.

Antecedentes

Robbins, (1968), refiere la Displasia Fibrosa de los maxilares como un trastorno poco conocido y mal definido que puede afectar un solo hueso (monostótica) o varios (polióstica), ésta última muchas veces forma parte de un síndrome en el cual:

- 1) Las lesiones óseas tienen tendencia a la distribución unilateral;
- 2) Hay zonas dispersas de pigmentación melanótica de la piel, generalmente del mismo lado que las lesiones óseas.
- 3) Puede haber diversas endocrinopatías

Thoma, (1953), prefiere el nombre de Fibroosteoma, al que

subdivide en fibroma osificante, osteoma fibroosteóide y fibroosteoma maduro, basándose sobre patrones histológicos que son bastante distintos. Sin embargo, algunos autores como Bernier, consideran que todas son variaciones del mismo proceso y en general se relacionan con el tiempo de la lesión y su localización, por lo que prefieren emplear el término "Displasia Fibrosa", sin embargo no consideran a cada una como entidad clínica distinta.

Farreras, (1978), menciona que la displasia fibrosa de los maxilares o enfermedad de Jaffé-Lichtenstein-Albright, es una anomalía del proceso formativo y del desarrollo de un tejido, órgano o parte corporal, pero también se puede aplicar al organismo entero.

El término "Displasia Fibrosa de los Maxilares", ha sido sugerido sobre la base de todo, cuanto indicaría que es una manifestación de displasia fibrosa en una zona especial.

CAPITULO SEGUNDO

ETIOLOGIA

Se desconoce por completo la etiología de la displasia fibrosa, aunque hay varias teorías y se cree que es el resultado de traumatismo o de fenómenos de reparación anormales no específicos, de una alteración neoplásica o bien una embriogenesis defectuosa.

Entre las teorías tenemos que:

Thoma, (1953), sostiene junto con Phomister y Grimson (1937), que la proliferación neoplásica es la respuesta básica.

Jaffe, (1966), sugiere que la reacción está relacionada con una embriogenesis defectuosa.

Bernier, (1967), menciona que la sugerencia dada por Jaffe merece ser considerada, ya que la participación de muchos síntomas en el síndrome de Albright sugiere algún defecto genético básico.

También se han postulado sin tener pruebas adecuadas al respecto, desequilibrio endocrino, trastornos de la maduración

osea y actividad anormal de un foco de tejido conectivo mesenquimatoso. Benedict Et Al, (1968).

Snapper (1968), considera que la afección es fundamentalmente un granuloma lipóide, otros la asocian con hiperparatiroidismo, gigantismo o hipertiroidismo.

Sea cual sea el origen, los cambios anatómicos sugieren un trastorno en el remodelamiento normal del hueso, con sustitución del hueso reabsorbido por tejido fibroso y hueso mal formado y orientado, y no por hueso neoformado normal.

En consecuencia, hay aumento progresivo de volumen de la lesión fibrosa. Dado que la mayor parte de remodelamiento ocurre en el hueso esponjoso intramedular, estas lesiones suelen tener localización central y por lo regular están cubiertas por una capa delgada de corteza íntegra.

CAPITULO TERCERO

CLASIFICACION

La displasia fibrosa de los maxilares se clasifica dentro de las afecciones óseas generales, en donde están incluidas aquellas enfermedades que no constituyen neoplasias y que no son esencialmente, congénitas o hereditarias. O aquellas de origen traumático e inflamatoria, además del hipertiroidismo y trastornos metabólicos, ya que entre todos existe clínicamente una similitud de conjunto que tiene gran importancia para el diagnóstico diferencial.

Dentro de éste grupo es común denominador la ausencia del carácter neoplásico, aunque se reconoce con respecto a la displasia fibrosa que existen algunas discrepancias en ese sentido (Bernier, 1976).

Según el concepto actual, la displasia fibrosa se presenta en tres formas:

1) Displasia Fibrosa Monostótica. La displasia fibrosa monostótica, se refiere a aquella lesión que se encuentra confinada a un sólo hueso y ocupa aproximadamente entre el 15 y 20% de los casos (Harrison, 1966).

Aparece con igual frecuencia en varones que en mujeres, - - aunque algunos estudios revelan un leve predominio de mujeres. Es más común en niños y adultos jóvenes que en personas mayores. La edad promedio en 69 pacientes estudiados - por Zimmerman y colaboradores fué de 27 años, mientras que en 53 pacientes con displasia fibrosa craneofacial registrados por Gardner y Halpert, fué de 34 años.

En una serie de 67 casos de displasia fibrosa monostática, Schlumberger encontró la siguiente distribución:

Costillas	29	Casos
Fémur.....	9	"
Tibia.....	8	"
Maxilar superior.....	7	"
Bóveda Craneana.....	5	"
Mandíbula.....	2	"
Húmero.....	2	"
Cúbito.....	2	"
Vértebras.....	1	"
Peroné.....	1	"

Sin embargo, no hay indicios que revelen que la frecuencia de las lesiones en maxilares sea proporcionalmente mucho - mayor de lo que surgiría de este estudio. Se sabe ahora -

que algunas lesiones que en el pasado eran diagnosticadas - bajo una variedad de nombres entran hoy en el término "Displasia Fibrosa".

Como ejemplo de ello, algunos casos de los denominados tumores centrales de células gigantes en maxilares fueron clasificados, luego de la revaloración, como displasia fibrosa. Esto ha sido destacado particularmente por Jaffe, Lichtenstein y Portis.

El primer signo clínico de la enfermedad es la tumefacción o abultamiento indoloro del maxilar. Abarca la lámina vestibular, raras veces la zona lingual; cuando afecta la mandíbula, a veces causa una excrecencia protuberante del borde inferior. Puede haber cierta alineación irregular, inclinación o desplazamiento de dientes debido a la naturaleza progresivamente expansiva de la lesión. La mucosa que cubre la lesión está casi invariablemente intacta (Schaffer, 1977).

El engrosamiento de algunos huesos, con insuflación de su médula llega a ser monstruoso, la incuvación ósea facilita las fracturas espontáneas y causa dolor en el lugar afectado (Farreras 1978).

La displasia fibrosa monostótica es una forma especialmente

seria de la enfermedad, pues posee marcada predilección por presentarse en la niñez y a veces el proceso cesa después de la pubertad. la lesión solitaria rara vez se acompaña de cambios cutáneos o trastornos endocrinos (Harrison, 1966. - Shaffer, 1977).

2) La displasia fibrosa poliostótica, se encuentra involucrados varios huesos. Las lesiones ampliamente distribuidas a menudo afectan sólo la mitad del sistema esquelético, es decir, tienden a una distribución unilateral (Him, 1970).

Esta lesión se caracteriza por presentar manchas cutáneas y trastornos endocrinos. El primer caso conocido de ésta enfermedad fué registrado por Weill en 1922 (Shaffer, 1977).

Las manchas o pigmentaciones cutáneas o bien en tejidos blandos se deben a:

A) Sustancias endógenas producidas por el organismo, la pigmentación anormal consiste en fenómenos metabólicos dentro del organismo y la producción de ésta pigmentación anormal suele poderse explicar sobre bases bioquímicas. Aunque conocemos la naturaleza general de la melamina, no se ha explicado de manera satisfactoria su localización en algunas re-

giones de la boca y zonas vecinas.

B) Sustancias exógenas que provienen del exterior y terminan localizándose en los tejidos mediante varios mecanismos. Para estudiar un cambio de color de los tejidos blandos de la boca, el clínico debe establecer primero si se trata de un fenómeno endógeno o exógeno.

La displasia fibrosa polioestótica puede presentarse caracterizada por el querubismo, pudiendo también presentar zonas de color pardo en la mucosa de las mejillas y los tejidos peribucales. Las zonas de pigmentación melánica suelen ser mayores que las que se encuentran en la poliposis intestinal (Burker, 1954).

Dentro de las características clínicas, la enfermedad se manifiesta en los primeros años de la vida con una deformidad evidente, arqueamiento o engrosamiento de los huesos largos, y es frecuente la distribución unilateral. Su comienzo es insidioso aunque el síntoma esquelético más común es un dolor óseo recurrente. Los huesos de cara y cráneo están afectados con frecuencia y ello produce una asimetría obvia; también pueden estar atacadas clavículas, huesos pélvicos, omóplatos, huesos largos y metacarpianos y metatarsianos. Debido a las intensas alteraciones óseas, las fracturas ex-

pontáneas son complicaciones comunes de ésta enfermedad, y esto puede originar invalidéz (fracturas patológicas).

Las lesiones cutáneas consisten en manchas melánicas irregularmente pigmentadas, descritas como manchas de color pardo claro. Además pacientes del sexo femenino pueden presentar pubertad precoz, que a veces comienza a la edad de dos o tres años o aún antes, las hemorragias vaginales son una manifestación común. También se registraron una variedad de diversos trastornos endocrino, incluídos los que se relacionan con la hipófisis, tiroides, paratiroides y ovarios. Además, Wirth y colaboradores estudiaron la presencia ocasional de miomas de tejidos blandos intramusculares múltiples como un signo extraesquelético de displasia fibrosa polioestótica.

La displasia fibrosa polioestótica tan grave como en el síndrome de Albright es una enfermedad relativamente rara. La forma conocida como tipo de Jaffe es similar al síndrome de Albright excepto que los trastornos endocrinos están ausentes y raras veces hay lesiones óseas extremas o difusas.

Las manifestaciones bucales guardan relación con el trastorno avanzado del tejido óseo. Un tercio de pacientes polioestóticos de la serie de Van Horn y Col., tenían lesiones man

dibulares. No se mencionan lesiones maxilares, aunque Harris y Col. afirmaron que las lesiones maxilares y mandibulares - no son raras.

La expansión y deformación de maxilares en donde está alterado el patrón de brote dental debido a la pérdida del soporte normal de dientes en desarrollo y aunada a los trastornos endocrinos también pueden modificar la cronología de la erupción dentaria permanente. (Shaffer, 1977).

3) El síndrome de Albright, se considera una forma más grave, en la que además de la displasia fibrosa poliostótica - instalada, se acompaña de tres características:

- a) Areas de pigmentación de la piel color pardo claro.
- b) Precocidad sexual y somática en el sexo - femenino, sin embargo también en el varón se han publicado algunos casos del mismo.
- c) Desarrollo esquelético prematuro (Harrison, 1966. Harndt, 1967).

CAPITULO CUARTO

ESTUDIOS PREOPERATORIOS

Dentro de los estudios preoperatorios tenemos:

1). Historia Clínica. Su importancia como medio de valoración y diagnóstico.

Un signo o un síntoma que presenta una persona no es un fenómeno aislado, puede tener interrelaciones múltiples, incluyendo causas, factores asociados y efectos.

Es probable que los síntomas de determinada patología, aparezcan antes de que se manifiesten signos notables y antes de que otros medios de diagnóstico, sean útiles para descubrir los trastornos; es por este motivo que la historia clínica adquiere gran importancia, ya que su adecuada elaboración, puede conducirnos a un diagnóstico temprano y aplicar el tratamiento adecuado.

El objeto de analizar una historia clínica y de valorar las observaciones físicas de manera cuidadosa, es descubrir los procesos fisiopatológicos, que intervienen en el problema.

Cuando se conocen estos procesos, es posible hacer la interpretación clínica y efectuar el diagnóstico.

El odontólogo a través de una historia clínica adecuada, assume un papel determinante a la función diagnóstica ya que es una responsabilidad de gran importancia en el ejercicio de la práctica odontológica.

Además, no debemos olvidar que el profesionalista tiene la obligación legal de establecer un diagnóstico completo por escrito, recurriendo a métodos diagnósticos habituales antes de iniciar un tratamiento.

INTERROGATORIO: (ANAMNESIS)

El interrogatorio es un procedimiento de exploración por medio del lenguaje y que es una serie de preguntas ordenadas, que nos sirven para orientarnos sobre la localización, principio y evolución, estado actual y terreno en que se desa-rolla un proceso patológico.

Desde el principio de la relación entre odontólogo-paciente, al comenzar la primera entrevista es importante reconocer, que sin importar el problema de que se trate cada persona tiene necesidades particulares según su propia persona

lidad y que por lo tanto, el paciente desde el punto de vista del odontólogo, debe recibir razones suficientes que le hagan saber que el médico está interesado en él, como persona, lo mismo que en su padecimiento.

Para obtener el beneficio máximo posible del interrogatorio, el odontólogo debe mostrar:

A) Interés. Que nace del deseo de comprender y de ayudar a resolver el problema del paciente, considerándolo como una entidad psico-biológica.

B) Tiempo. Utilizar el tiempo suficiente para obtener los datos correspondientes a la historia clínica completa, sin interrupciones.

C) Lugar. Debe disponer de una habitación adecuada (sala de consulta), en donde se sienta un ambiente de aceptación y confianza entre el odontólogo y el paciente.

D) Habilidad. Efectuar la entrevista con un lenguaje apropiado y accesible que permita al paciente reportar la información verídica y necesaria para la elaboración de la historia clínica.

Los temas a seguir y la dirección del interrogatorio, deben ser de una forma ordenada y concreta.

El interrogatorio se divide en directo e indirecto:

El interrogatorio directo como su nombre lo indica, es el que se hace al paciente mismo, cuando éste está en condiciones de proporcionarnos información.

El interrogatorio indirecto es el que hacemos a través de los familiares o personas que están en relación con el paciente, cuando éste no puede proporcionar información al respecto debido a corta edad, problemas de lenguaje, retraso mental. etc.

Para el manejo de pacientes escolares y preescolares con las características antes mencionadas y por los aspectos que conciernen a esta investigación, es muy común que nosotros nos dirijamos a los padres o algún otro familiar que acompañe al paciente que esté en la posibilidad de informar sobre su estado de salud en forma amplia.

EXPLORACION FISICA

La exploración física es un conjunto de procedimientos de

investigación clínica, en los cuales utilizamos los órganos de los sentidos e instrumental adecuado con el fin de obtener datos acerca del estado de salud de la persona.

Dentro de los procedimientos clínicos mencionaremos los siguientes:

A) Inspección. Es el método de exploración que nos reporta información por medio de la vista.

Puede ser directa e indirecta.

Objetivos: Observar aspecto general, forma, volúmen, coloración, simetría, etc.

B) Palpación. Es el método de exploración que nos permite obtener datos por medio del tacto.

Puede ser manomanual, bimanual y digital.

Objetivos: Consistencia, sensibilidad, movilidad, etc.

C) Percusión. Procedimiento exploratorio que consiste en golpear metódicamente los dientes.

Puede ser directo e indirecto.

Objetivos: dolor, movilidad de los mismos.

D) Transiluminación. Procedimiento clínico mediante el cual, se emplea una fuente luminosa con el propósito de obtener información acerca del tamaño de la cámara pulpar, profundidad de lesiones cariosas, etc.

E) Pruebas de vitalidad pulpar. Estas pueden ser térmicas, químicas y eléctricas.

Objetivos: Obtener datos acerca de las condiciones de vitalidad de la pulpa de un órgano dentario.

El propósito de efectuar un exámen sistemático de la cara y cavidad bucal, constituye uno de los requisitos para poder efectuar un diagnóstico e instituir un tratamiento adecuado para el paciente.

EXAMEN EXTRAORAL

Exámen de cabeza y cuello.

Exámen de estructuras faciales.

Exámen de la articulación temporomandibular.

EXAMEN INTRAORAL

Exámen dentario y oclusión.

Exámen de tejidos blandos (carrillos, encías, frenillos, -
mucosas).

EXAMEN DE LENGUA

Paladar duro y blando.

Glándulas salivales.

Valoración orofaríngea (neoplasias).

2) Auxiliares de Diagnóstico.

Exámenes de laboratorio:

Los exámenes de laboratorio son una valiosa ayuda para la -
función diagnóstica, son útiles sólo si el clínico conoce -
que pruebas o exámenes ha de solicitar y como interpretar -
los resultados.

No han de realizarse indistintamente gran número de pruebas
de laboratorio, por sentir que se cumple con un requisito,
ya que el abuso de exámenes de laboratorio sin bases adecuadas

das conduce a diagnósticos erróneos y manejo inadecuado del paciente.

Por lo tanto los exámenes de laboratorio indicados y que se deben de efectuar básicamente en un paciente, que será sometido a una Intervención Quirúrgica bajo anestesia general, son los siguientes:

EXAMENES DE LABORATORIO

Nombre del paciente.....Edad.....Sexo.....
 Diagnóstico de presunción.....
 Fecha de recibo.....Fecha de entrega.....

BIOMETRIA HEMATICA

	VALORES	OBSERVACIONES
Hemoglobina.....	GR/100 ML.	
Hematocrito.....	%	
CMHG.....	%	
Leucocitos.....	MM ³	
Linfocitos.....	%	
Monocitos.....	%	
Neutrofilos.....	%	
Eosinofilos.....	%	
Basofilos.....	%	
Plaquetas.....	MM ³	
Tiempo de sangrado.....	MIN.	
Tiempo de Tromboplastina Parcial...	Seg.	
Tiempo de Protrombina.....	Seg.	
Grupo Sanguíneo.....		
Factor Rh.....		
Otros.....		

TABLA DE VALORES NORMALES
(REFERENCIA)

Hemoglobina.....	Hombre 13.5-18 GR/ML.
	Mujeres 12.5-17GR/ML.
Hematocrito.....	Hombres 45-60%
	Mujeres 40-52%
CMHG.....	32-36%
Leucocitos.....	5000-10000 MM ³
Linfocitos.....	24-38%
Monocitos.....	0-8%
Neutrófilos.....	50-70%
Eosinófilos.....	1-4%
Basófilos.....	0-1%
Plaquetas.....	150000-400000 MM ³
Tiempo de sangrado.....	1-3 MIN.
Tiempo de Tromboplastina	
Parcial.....	30-50 Seg.
Tiempo de Protrombina.....	12-15 Seg.

EXAMENES DE LABORATORIO

Nombre del Paciente.....Edad.....Sexo.....
 Diagnóstico de Presunción.....
 Fecha de recibo.....Fecha de Entrega.....

QUIMICA CLINICA

GLUCOSA

	VALORES	OBSERVACIONES
Glucosa.....	MG/100 ML.	
Uréa.....	MG/100 ML.	
Creatinina.....	MG/100 ML.	
Acido Urico.....	MG/100 ML.	
Tolerancia a la Glucosa		
	60.....MG/100 ML.	
	120.....MG/100 ML.	
	180.....MG/100 ML.	
Otros.....		

GENERAL DE ORINA

Volúmen.....ML.
 Densidad.....
 PH.....

Color y Aspecto.....
Albúmina.....
Glucosa.....
Acetona.....
Bilirrubina.....
Hemoglobina.....
Sedimento.....
Otros.....

TABLA DE VALORES NORMALES
(REFERENCIA)

Glucosa.....	70-110 MG/100ML.
Uréa.....	16-35 MG/100ML.
Creatinina.....	0.5-1.5 MG/100ML.
Acido Urico.....	2.0-70 MG/100ML.

Tolerancia a la Glucosa

60´.....	Menos de 195 MG/100 ML.
120´.....	Menos de 140 MG/100 ML.
180´.....	Menos de 130 MG/100 ML.

GENERAL DE ORINA

Volúmen.....	800-1600 ML.
Densidad.....	1,003-1,035
pH.....	6
Albúmina.....	Negativa
Glucosa.....	Negativa
Acetona.....	Negativa
Bilirrubina.....	Negativa
Hemoglobina.....	Negativa
Sedimento.....	Menos de 10 Leucocitos por campo.

3) Estudio Radiológico. Dentro de los estudios preoperatorios tenemos las radiografías extraorales e intraorales, - que nos van a servir como apoyo para llegar al diagnóstico de una displasia fibrosa o sea:

La historia clínica, radiografías, exámen de laboratorio y el estudio histopatológico van a darnos un diagnóstico final acertado pues las radiografías por sí solas, no son suficientes para la elaboración de un diagnóstico correcto.

TIPO DE RADIOGRAFIAS EXTRAORAL

Antero posterior de cráneo
Postero Anterior de cráneo
Lateral de cráneo
Estudio Waters
Ortopantomografía

TIPO DE RADIOGRAFIAS INTRAORALES

Serie Periapical
Oclusal superior e inferior

La imágen radiográfica de la displasia fibrosa varía según

la cantidad relativa de tejido fibroso y óseo presente en la lesión de acuerdo a la proporción de ambos tejidos, si es de límites precisos, muy manifiestos o bien difusos imperceptibles (Stafne, 1961) (Jaffe, 1966).

Existen tres cuadros básicos:

1) La lesión es una imagen radiolúcida unilocular, más bien pequeña, o bien multilocular y algo mayor; ambos con un borde bastante bien circunscrito que contiene una línea de finas trabéculas óseas.

2) Aquí el cuadro es similar, excepto que el mayor trabeculado da a la lesión un aspecto más opaco y típicamente manchado.

3) En éste último tipo se observa bastante opaca la lesión con muchas trabéculas delicadas que dan aspecto de "vidrio esmerilado" o "cáscara de naranja", no se observa bien circunscrita, sino que se fusiona con el hueso normal adyacente.

Cualquiera de los tres tipos se observan tanto en el maxilar como en la mandíbula, con predominio en el maxilar su-

perior, con mayor frecuencia es unilateral, y por lo regular se origina en las regiones posteriores de los maxilares (Schaffer, 1977) (Stafné, 1961).

También en todos los cuadros antes mencionados el hueso cortical suele adelgazarse a causa de la naturaleza expansiva del crecimiento, pero es raro que se perfore, y no suelen ocasionar neoformación perióstica del hueso.

El estudio radiográfico puede confundirse hasta cierto punto con un ameloblastoma pero se establece la diferencia por la red fibrosa de finas trabéculas óseas, así como por la presencia de zonas calcificadas y diseminadas dentro del tumor en la displasia fibrosa (Stafné, 1961) (Brainer, 1968).

Las lesiones de aspecto quístico se observan con más frecuencia en los pacientes jóvenes o en las que datan sólo de poco tiempo.

Las lesiones con gran formación de tejido óseo muestran unas trabéculas más toscas y grandes masas de substancia calcificada densa, que les da un aspecto moteado.

La imagen roentgenográfica de las lesiones con predominio de tejido óseo y calcificación casi completa, muestran un

aumento uniforme de la densidad radiográfica.

Se puede destruir el rudimento dentario o impedir la erupción de los dientes ya formados por las lesiones que comienzan en la infancia. Por lo tanto, los signos roentgenográficos de agenesia y ausencia de erupción dentaria en la zona de la lesión suministrarían una orientación sobre la época aproximada en que empezó el desarrollo de la lesión. - Además, la lesión puede producir la resorción radicular de los dientes brotados e invadidos por ella, lo cual no siempre se observa en las radiografías (Jaffé, 1966).

En el maxilar inferior puede observarse radiográficamente e indirectamente el proceso anatómico-patológico de la transformación fibrosa: Atrofia excéntrica de la compacta, con expansión de la estructura esponjosa, preferentemente en la rama horizontal y en el ángulo de la mandíbula.

Por lo general no existen trastornos en la articulación temporomandibular, radiográficamente se puede observar en el maxilar superior un espesamiento difuso de la estructura ósea y es imposible delimitar el seno maxilar (Jaffé, 1966),

Asimismo es importante la toma de radiografías periapicales ya que ésta lesión suele producir resorción radicular de los dientes erupcionados e invadidos por ella.

También no debemos pasar por alto la toma de radiografías seriadas ya que se ha comprobado que la lesión se calcifica más a medida que aumenta la edad del paciente y en aquellos en los que la lesión se instaló hace mucho tiempo. Las lesiones bien calcificadas en el maxilar o mandíbula producen radiopacidades grandes e irregulares, en las que a veces se observa un aspecto de "picado" (Stafne, 1961) (Bernier, 1966).

CAPITULO QUINTO
ESTADISTICAS INTERNACIONALES
CASO CLINICO

Esta enfermedad se presenta en el consultorio dental frecuentemente y es diagnosticada correctamente en muchos de los casos, pero desgraciadamente son pocos los profesionistas que se dedican a publicar sus experiencias o bien a reportarlos, ya que en los servicios de consulta a bancos de información sólo nos reporta cinco publicaciones de casos de Displasia Fibrosa de los Maxilares del año de 1975-1978, ya que en año 1979-81 no hubo información de ésta lesión.

En el año de 1975 se reporta un caso de Displasia Fibrosa de la Mandíbula. Es el primer caso reportado en la literatura, ocurrido en Madrid, España, en el Servicio de Cirugía Plástica en el Hospital Gómez Villa, por los señores Quetglos J., Pérez A., Escribano F. y García Sanz M.

En el año de 1975 en la Ciudad de México, D. F., se reportaron 18 casos de Displasia Fibrosa de los Maxilares, en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, los cuales fueron publicados en Madrid, España, por la revista Anales de Otorrinolaringología Iberoamericana. Diecisiete de los casos

que se operaron el diagnóstico fué correcto y habiendo reci
divas en 6 de los casos, sin ser éstos malignos. (Smoler -
Berkovsky J., Gómez, Shaifer E.)

En el año de 1976 se reportó un caso de Displasia Fibrosa -
del maxilar superior por Rogers J.H.; Fredrichson J.M.; -
Noyek A.M.; Depto. Otorrinolaringología, Universidad de To-
ronto, Canadá, reportado en la revista Otolaryngología Cli-
nicos North América, U.S.A.

En el año de 1977 se reportan dos casos de Displasia Fibros
a del maxilar superior. Chaturvedi U.N., Kumar R., Agrawal
R.V., Depto. Otorrinolaringología Mahatma Gandhi Inst. Med.
Scis, Sevagram, Wardha, India por la revista Ear Nose Thro-
at J.

En el año de 1978 en la Ciudad de Grecia en la Universidad
de Hno Klin Thessaloniski reportan Danillidés, Petropulos
P., Keramidas G. y Frantzis Ch. en la revista Laryngología
Khinol Otol, Thre Grinzgeb (Alemania del Oeste) un caso en
el maxilar superior.

CASO CLINICO

Nombre: Fabián Morales Pineda
Edad: 34 años
Sexo: Masculino
Ocupación: Empleado
Estado Civil: Casado
Lugar Nac.: Tequisistlán, Edo. de México
Dirección: Av. Rosario Núm. 7 Tequisistlán,
Edo. de México.

Paciente del sexo masculino de 34 años de edad que es enviado de la Unidad Médico Familiar Núm. 69 al Servicio de Cirugía Bucomaxilar en el Hospital General de Zona Núm. 25, del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en Av. Ignacio Zaragoza Núm. 1840 Col. Juan Escutia, Delegación 4 del Valle de México.

El paciente llega a la consulta consciente, bien orientado, en buenas condiciones generales de salud.

Antecedentes no patológicos. Paciente originario de Tequisistlán, Edo. de México y residencia actual en el mismo, - con escolaridad primaria, casado con 6 hijos, refiere alco

holismo y tabaquismo positivos y actualmente desempeña el trabajo de chofer en una línea de camiones.

Antecedente Heredo Familiares. El padre del paciente falleció y no se sabe la causa del mismo, la mamá vive en aparentes buenas condiciones generales de salud.

Antecedentes Patológicos Personales. El paciente no refiere datos de importancia para el padecimiento actual.

Exploración física. Paciente de constitución robusta, estatura media y t \acute{e} z morena, normoc \acute{e} falo con pelo bien implantado de acuerdo a su edad y sexo, pupilas y conjuntivas normales. Se observa asimetría facial del lado derecho, observándose región molar aumentada lo cual dificulta el cierre normal de la boca.

Exploración Intraoral. Se observa presencia de todos los \acute{o} rganos dentales, mucosas del labio y carrillo bien hidratadas, orofaringe normal, existiendo un aumento de vol \acute{u} men de 3 a \acute{o} os de evoluci \acute{o} n, que abarca del primer premolar al tercer molar superior derecho, llegando \acute{e} ste en el paladar hasta la l \acute{i} nea media y por la cara vestibular se observa abultamiento de la tabla externa; a la palpaci \acute{o} n se observa aumento de vol \acute{u} men de consistencia dura, dicha tumoraci \acute{o} n .

es aproximadamente de 4 a 5 cms., el paciente refiere que padece dolores intensos en la región, desde hace tres años siendo estos más frecuentes desde hace tres semanas, en dicha zona no se observó cambios en la coloración de la mucosa, foto 1 y 2.

Cuello Cilíndrico. Tráquea central palpable y móvil no se palpan adenopatías cervicales, pulsos carotídeos palpables.

Tórax de forma normal, campos pulmonares bien ventilados, área cardiaca dentro de límites normales.

Presión arterial 120/80 MM/HG

Impresión Diagnóstica. Tumorción de origen óseo, probable displasia fibrosa.

Se piden estudios de laboratorio pre-operatorios reportándose los siguientes resultados:

BIOMETRIA HEMATICA

Hb.....14.6 GR/100 ML.
Hematocrito.....47%
Concentración media de Hb....31%

Leucocitos.....8700 MM³

PRUEBAS FUNCIONALES:

Tiempo de Sangrado.....1 min.

T. de Tromboplastina Parcial.....48 Seg.

T. de protrombina.....12 Seg.

Grupo sanguíneo.....B.....Factor Rh +

General de orina 1027 Ph5

Sedimento Leucocito.....0-1

QUIMICA SANGUINEA

Glucosa.....85 MG/100 ML.

Uréa.....19 MG/100 ML.

Creatinina.....0.9 MG/100 ML.

Radiografías. Se pidió estudio A.P., P.A. y lateral de cráneo, así como estudio Waters, periapical, y tele de tórax. Foto 3, 3A, 3B y 3C.

Encontrándose en maxilar superior lado derecho en región - correspondiente a premolares y molares, zona radiolúcida - de apariencia esmerilada observándose rechazamiento de piso de seno maxilar, reduciéndose la cámara del seno pudiéndose apreciar intacta la lámina del mismo, el seno maxilar del lado afectado se observó limpio, así también hay rechazamiento de tabla interna y externa de la zona afectada por la presencia de la tumoración.

La radiografía de tórax se reporta normal y valoración cardiológica, corazón normal, con riesgo quirúrgico el habitual, no aumentado.

Una vez terminados estos estudios se lleva a cabo programación de la operación y se da orden de internamiento para el día 24 de junio de 1981. Foto 4 y 5

El 25 de junio de 1981, bajo anestesia general nasotraqueal previa asepsia, antisepsia y colocación de campos estériles convencionales se lleva a cabo odontectomía de primero y segundo premolar superior derecho, así como del primero, segundo y tercer molar del mismo lado, Foto 6, posteriormente se talla colgajo mucoperióstico vestibular haciendo la incisión anterior a la altura de los caninos hasta fondo de saco y palatino respetando arteria palatina, Foto 7, hecho esto se lleva a cabo perforación de la cortical vestibular y palatina con fresa de bola, siguiendo el contorno de la tumoración, se unen dichas perforaciones con fresa 701, Foto 8, teniendo en cuenta que éste procedimiento debe hacerse con irrigación de solución fisiológica, se retiran las corticales y con cureta se remueve todo el tejido óseo inmaduro, Foto 9 y 10, teniendo cuidado de no perforar el seno maxilar debido a que la lámina se encontraba muy delgada, en éste caso no hubo perforación de ésta.

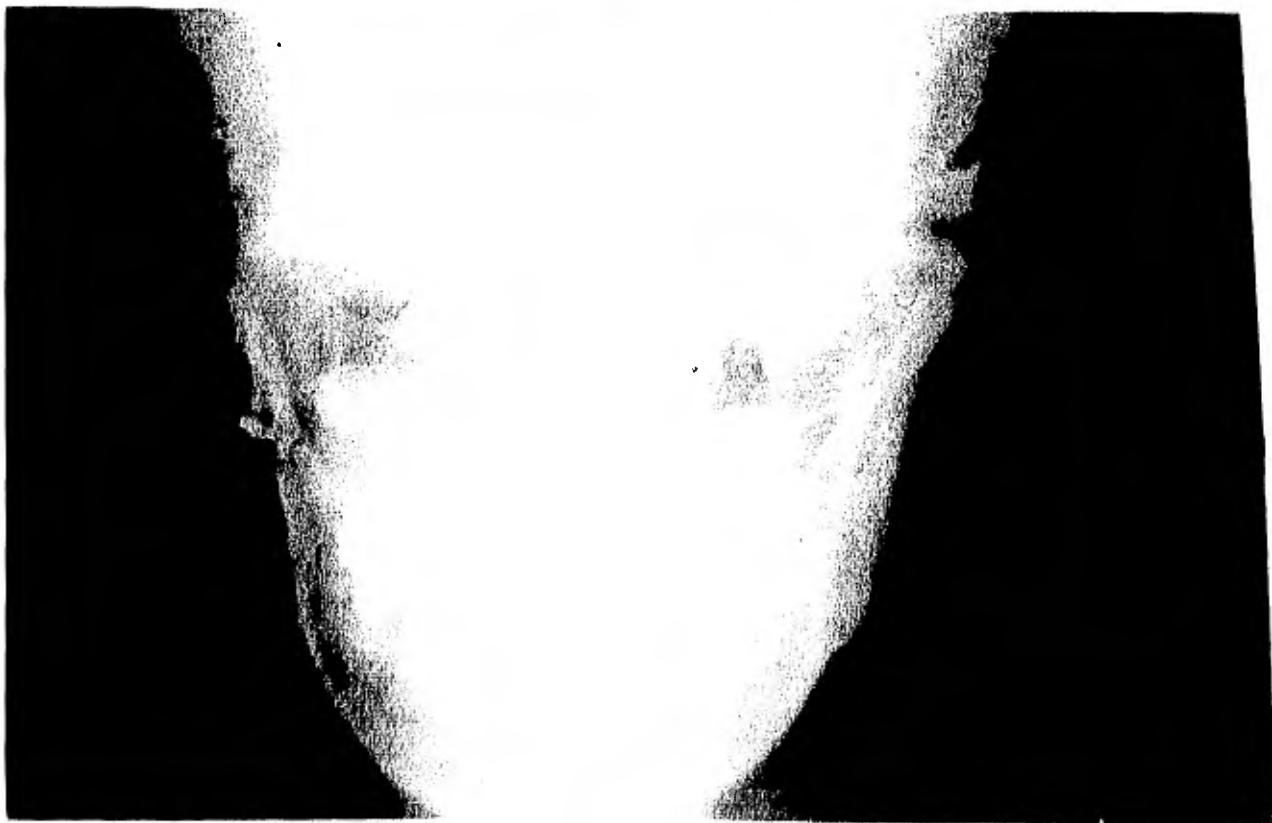
Una vez terminado esto se lleva a cabo regularización de aristas óseas con lima para hueso y lavado de la cavidad con suero fisiológico, se colocó celulosa oxidada, y se colocan los colgajos en su sitio, llevándose a cabo sutura con seda 000, Foto 11, haciéndose compresión post-operatoria a base de gasa cuando el paciente se encontró en recuperación, el acto quirúrgico se llevó a cabo sin accidentes ni incidentes.

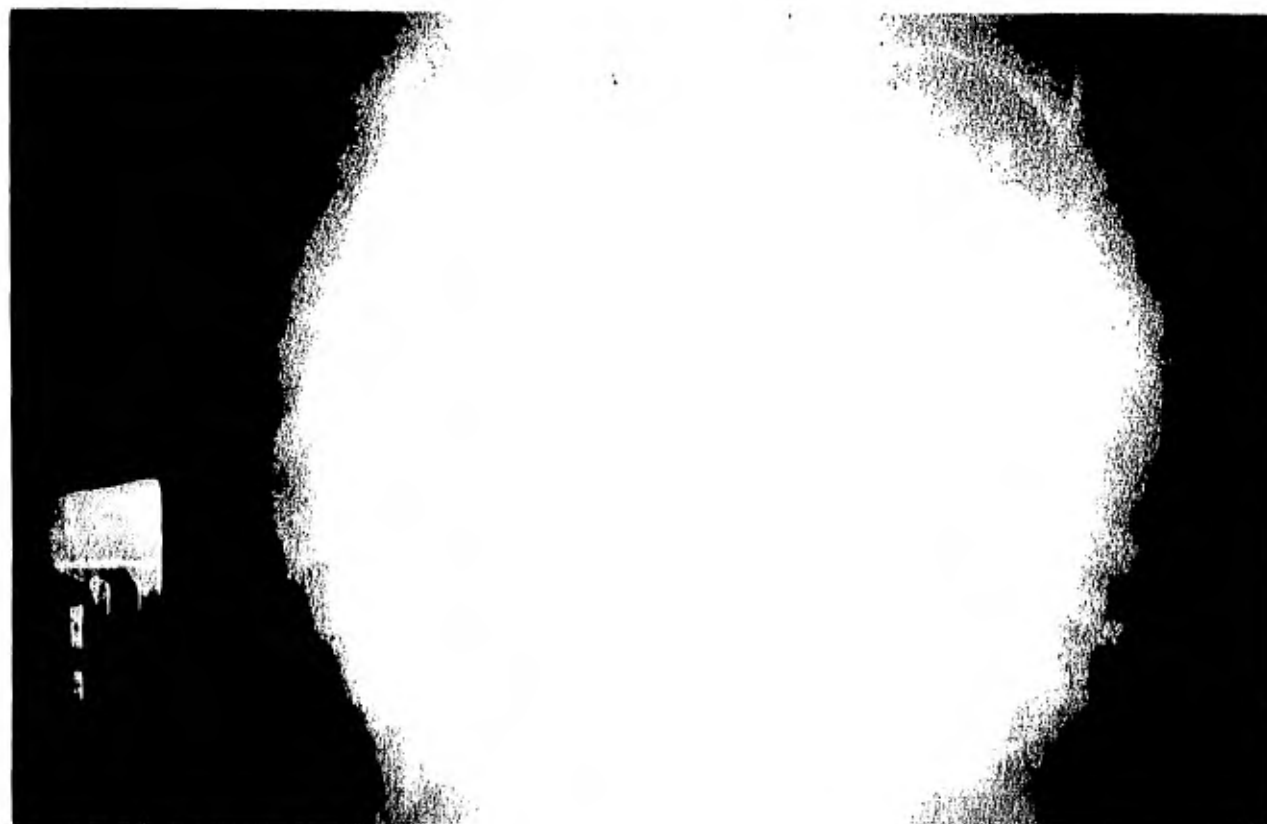
Se administró en el post-operatorio inmediato Dipirona Ampolletas 1/cada 6 horas I.V., solución mixta 1000 cc. de sol. glucosada para pasar en 8 hrs., solución glucosada 1000 c.c. al 5% en 8 hrs. más 1 ampollita de KCL., penicilina G procainica de 800 000 U. I.M. C/12 Hs. bolsa de hielo en cara en forma continua.

Inicio vía oral a las 24 hrs. de post-operatorio, con dieta líquida, evolucionando el paciente satisfactoriamente y egresando a las 48 hrs. para seguirse controlando a través de la consulta externa.

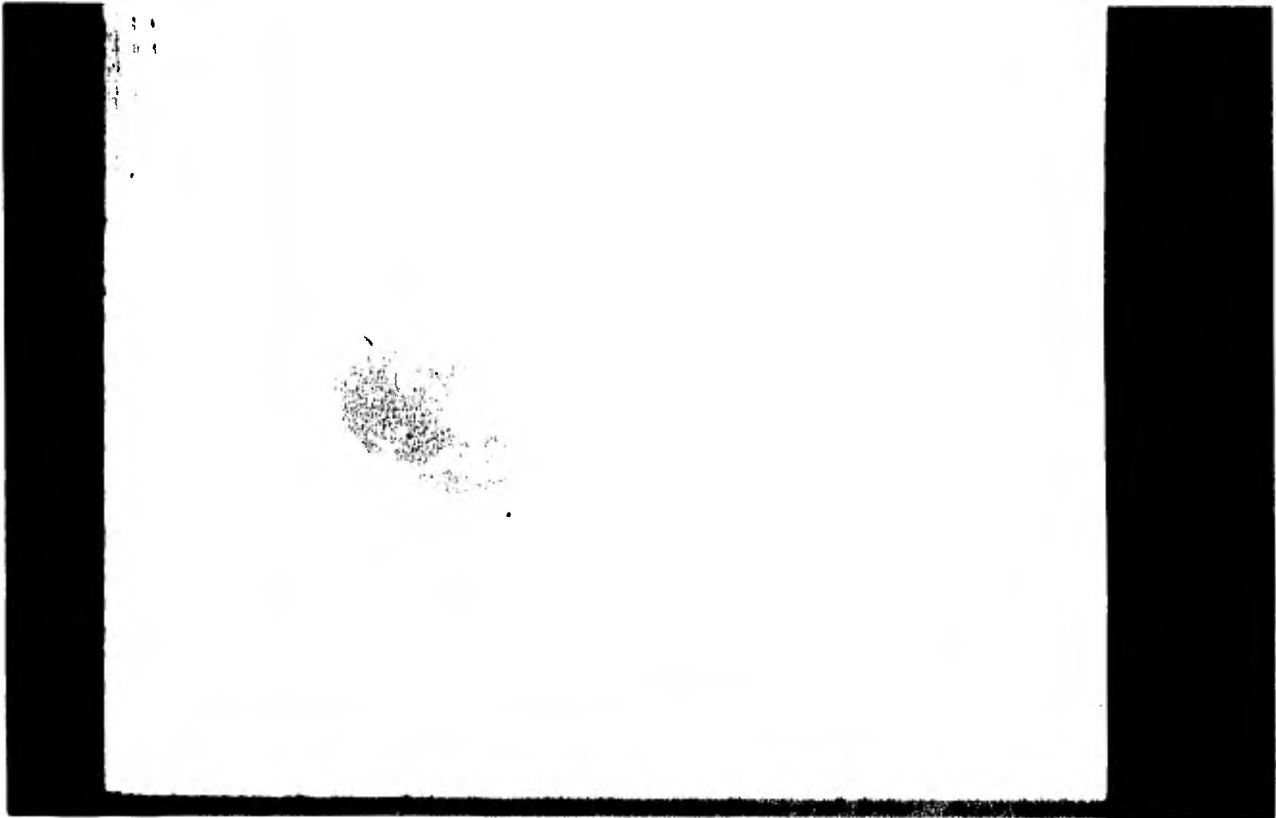
El paciente evolucionó satisfactoriamente, dándose de alta del servicio el 14 de agosto de 1981, observándose asintomático y total cicatrización de la región operada, Foto 12, 13 y 14.



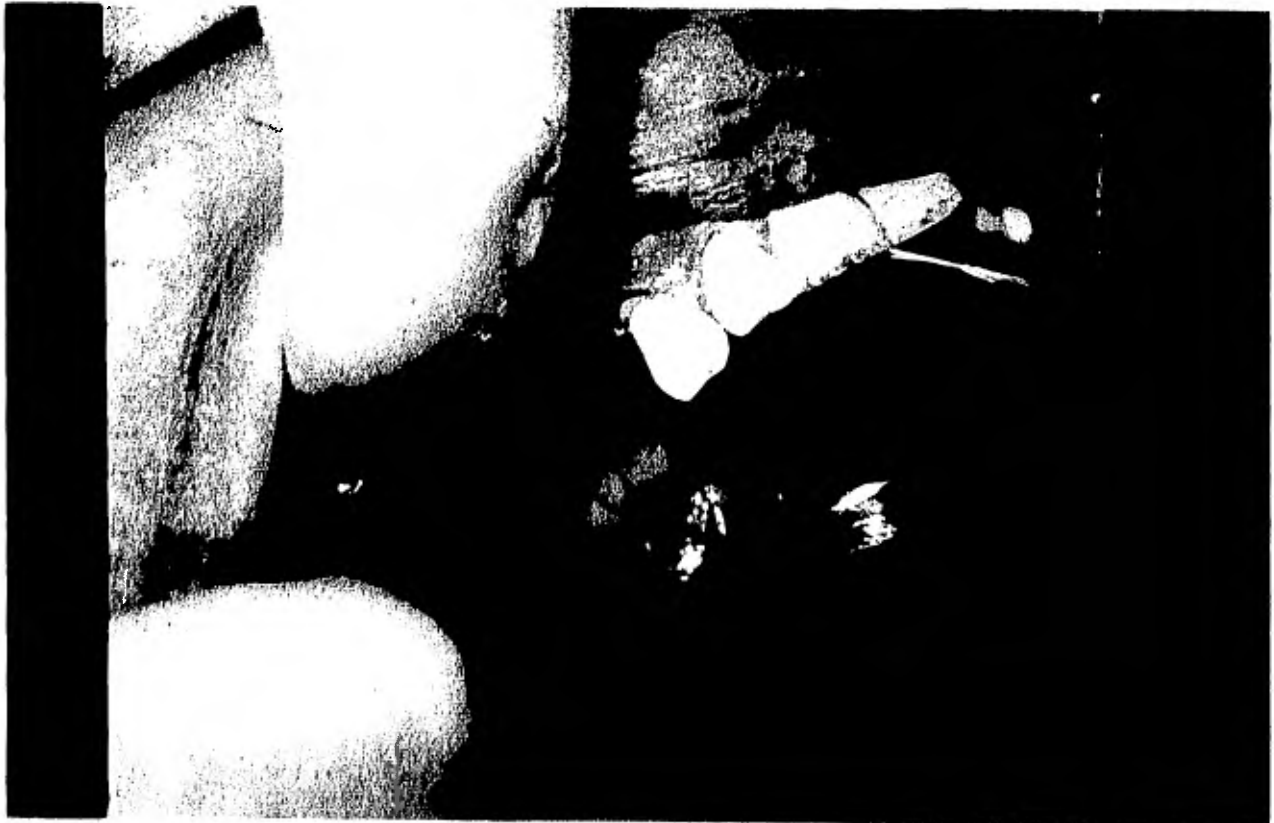
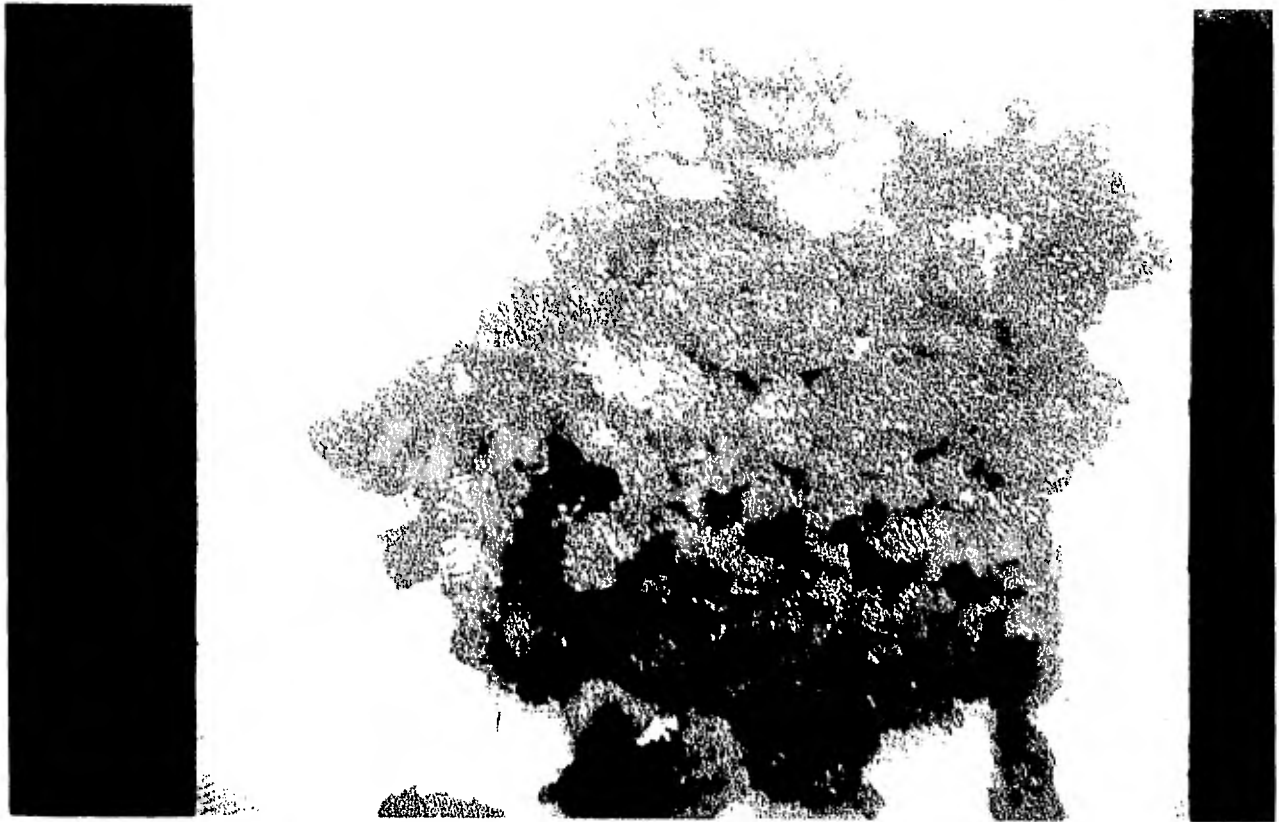














CAPITULO SEXTO

ESTUDIO COMPARATIVO CON OTRAS ENTI
DADES PATOLOGICAS

<u>LESION</u>	<u>CARACTERES CLINICOS</u>	<u>DIAGNOSTICO DIFERENCIAL</u>	<u>HISTOPATOLOGIA</u>	<u>TRATAMIENTO</u>
Osteoma	Unico o múltiple Crecimiento lento Puede ocasionar asimetría Se presenta principalmente en la superficie externa de la mandíbula o a un lado de la línea media.	Otras exostosis	Hueso compacto o esponjoso	Extirpación Quirúrgica
Condroma	Poco frecuente Benigno Se presenta en los jóvenes, alcanza gran tamaño y ocasiona deformación Radiológicamente, bien delimitado Puede presentarse en los tejidos blandos y óseos.	Otros tumores benignos Tumores malignos	Formado de cartílagos con células relativamente uniformes. Osificación y alteraciones mixomatosas.	Extirpación Quirúrgica
Mixoma Osteogénico	Se presenta principalmente en personas de menos de 30 años Aspecto de panal en las radiografías Multilocular	Quistes Ameloblastoma Otros tumores odontogénicos, especialmente mixoma odontogénico	Matriz mucoide laxa con algunas células estrelladas formando un encaje reticular.	Extirpación Quirúrgica total.
Fibroma osteogénico -- (Fibroma central)	Raro Invasor Crece por expansión Rara vez produce síntomas subjetivos. Radiolúcido de bordes nítidos	Quistes odontogénicos Otras zonas radiolúcidas del hueso.	Tejido conjuntivo fibroso con grandes depósitos de colágena.	Extirpación Quirúrgica.

<u>LESION</u>	<u>CARACTERES CLINICOS</u>	<u>DIAGNOSTICO DIFERENCIAL</u>	<u>HISTOPATOLOGIA</u>	<u>TRATAMIENTO</u>
Displasia fibrosa (Fibroma osificante)	Raro Crecimiento lento Puede ocasionar deformidad Separación o movilidad de los dientes Rara vez dolor Puede complicarse con osteomielitis Zona radiolúcida irregular La química sanguínea dentro, generalmente, de los límites normales. Contorno irregular con aspecto punteado.	Quistes Otras zonas radiolúcidas, especialmente hiperparatiroidismo.	No uniforme Destrucción ósea; - substitución por tejido conjuntivo fibroso y nuevas zonas de calcificación A veces se observan células gigantes de cuerpo extraño.	Quirúrgico; cortar para reconstruir el contorno. Tratar la osteomielitis si se presenta.
Querubismo - - (enfermedad - multilocular - fibroquistica familiar)	Protuberancia de los carrillos y arcos dentarios. Aspecto querúbico. Linfadenopatía de los ganglios regionales. Presenta las mismas características clínicas de la displasia fibrosa.	El mismo que para la displasia fibrosa.	Semejante a la de la displasia fibrosa	El mismo que para la displasia fibrosa.
Leontiasis ósea -	Naríz ancha Arcos prominentes (especialmente la mandíbula) Boca abierta Estenosis nasal Rara vez produce dolor en sus primeras etapas, pero después son frecuentes las jaquecas. El exámen radiológico pone de manifiesto engrosamiento del hueso más que zonas radiolúcidas. Los senos pueden estar obstruidos.	Otras lesiones óseas	Hueso denso	El mismo que para la displasia fibrosa

<u>LESION</u>	<u>CARACTERES CLINICOS</u>	<u>DIAGNOSTICO DIFERENCIAL</u>	<u>HISTOPATOLOGIA</u>	<u>TRATAMIENTO</u>
Enfermedad de Paget (osteitis deformante)	Aparece en la edad madura o avanzada. Engrosamiento del hueso Cabeza agrandada. Las piernas debilitadas, los brazos son largos, - los hombros encogidos. Dolor en los huesos afectados. Posibles alteraciones sarcomatosas. Aspecto "algodonado" del cráneo: Hipercementosis de los dientes.	Otras lesiones óseas	Osteoclasia Osteogénesis Mosaico óseo	El mismo que para la displasia fibrosa.
Hiperparatiroidismo (osteitis fibrosa quística, enfermedad de Von Recklinghausen)	Debilidad Pérdida de apetito Nauseas Polidipsia y poluria Dolores óseos Puede haber fracturas patológicas. Descalcificación generalizada del hueso. Zonas radiolúcidas de los huesos.	Granuloma reparativo de células gigantes Displasia fibrosa Otras lesiones.	Tejido conjuntivo fibroso muy vascularizado Células gigantes.	Extirpación del adenoma o de las glándulas paratiroideas.
Osteodistrofia renal	Semejante al hiperparatiroidismo	Hiperparatiroidismo	Datos de laboratorio: Calcio sérico - disminuído. Fósforo sérico elevado.	Tratar la causa
Disostosis - - cleidocraneal	Cabeza grande con frente prominente Anormalidades de los dientes. Dientes supernumerarios.	Otras enfermedades óseas de naturaleza	Principalmente esclerosis ósea	Tratamiento sintomático

<u>LESION</u>	<u>CARACTERES CLINICOS</u>	<u>DIAGNOSTICO DIFERENCIAL</u>	<u>HISTOPATOLOGIA</u>	<u>TRATAMIENTO</u>
Osteogénesis imperfecta	Fragilidad de los huesos Escleróticas azules Sordera Puede haber fracturas -- múltiples Deformidades La radiografía pone de - manifiesto huesos poro-- sos.	Otras enfermedades óseas	Trabéculas delgadas y frágiles Vascularidad aumen- tada del hueso	Tratamiento - Sintomático
Acondroplasia	Dientes en maloclusión Los huesos largos están acortados. Los niños pueden nacer muertos. Longitud de la base cra- neal reducida. Protrusión de la mandí- bula y huesos frontales	Otros trastornos - óseos		Tratamiento - Sintomático

CAPITULO SEPTIMO
ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS

A) Características Macroscópicas.

B) Características Microscópicas.

Macroscópicamente la displasia fibrosa en una etapa temprana de su evolución se caracteriza por una cavidad llena de tejido fibroso, siendo las lesiones más calcificadas de con tornos difusos que consisten en tejido duro, arenoso, de co loración gris blanquecino (Robbins, 1968).

Debido a la gran variación en la histopatología; no todos los patólogos interpretan esta lesión de la misma manera.

En general, las alteraciones consisten en destrucción ósea con sustitución por tejido conjuntivo fibrosa, éste tejido es celular o relativamente acelular, con depósitos notables de colágena. Pueden verse áreas discretas de calcificación no identificada. Con frecuencia parecen de cemento y en otras ocasiones se les identifica como hueso. En este caso las trabéculas tienen una disposición irregular y están ro deadas por osteoblastos.

En ocasiones se observan células gigantes de cuerpo extraño en las cuales se ven osteoclasias y osteogénesis y aunque la primera es generalmente demostrable en las lesiones mayores es difícil de apreciarse.

La inflamación puede formar parte de la alteración, sobre todo cuando la excesiva deposición de hueso a sobrepasado la irrigación sanguínea (Tiecke, 1960).

Rushton (1950), hace notar que cuando hay rápidas alteraciones óseas en la enfermedad, puede esperarse gran variedad en el aspecto histológico dependiendo de la proporción entre la matriz fibrosa y sus productos calcificados (Robbins, 1968).

Las lesiones focales consisten en estroma fibroblástico - que algunos autores han descrito como substancia fundamental abundante y otros como substancia íntimamente empacada con fibroblastos dispuestos en espiral. Muchos autores mencionan que la disposición en espiral corresponde a una alteración secundaria consecutiva a traumatismo o hemorragia. Dentro de éste fondo fibroso se depositan trabéculas y masas de hueso membranoso malformado y carente de estructura laminar interna (Harrison, 1966) (Williams R.H., 1970).

La matriz osteoide no está bien circunscrita y en los bordes sobresale hacia el extremo fibroso unas prolongaciones irregulares y desgarradas.

El patrón denominado a menudo fibroma osificante, muestra unas zonas pequeñas, circunscritas de calcificación, en ocasiones sin características especiales pero, en donde las masas pueden semejar osteocemento y, a veces, cemento (fibroma cementificante); lo cual indica en gran medida el cuadro óseo mal formado, membranoso y poco ordenado (Bernier, 1967).

También se puede observar en la displasia fibrosa, islotes de cartílago, focos de células de Xantoma, pigmentación por hemosiderina y alguna que otra célula gigante, siendo esto por lo general cuando la lesión ha sufrido algún tratamiento o hemorragia (Robbins, 1968).

Para terminar el aspecto histológico de la lesión es importante señalar que aunque estos crecimientos excesivos permanecen localizados, están cubiertos por una capa delgada de hueso cortical (Bernier, 1967).

CAPITULO OCTAVO
TRATAMIENTO

El tratamiento de las lesiones localizadas consiste en su extirpación completa de la lesión. Se separará ampliamente el mucoperiostio que cubre la lesión con objeto de obtener un amplio campo quirúrgico. Con una fresa de bola practicaremos orificios que después se unirán con una fresa de fisura 701 o con un martillo y cincel, teniendo cuidado de irrigar constantemente con solución fisiológica, creando una ventana ósea que se ampliará con pinzas Kerrasin. De esta forma queda expuesto el tumor que luego se enucleará mediante curetaje. Es frecuente la aparición de una hemorragia considerable; por lo que podemos colocar en el interios de la cavidad ósea un agente hemostático a base de celulosa oxidada, o bién administrar epinefrina local. Debemos regularizar aristas óseas con lima para hueso y lavar la cavidad con suero fisiológico. Se vuelve a colocar en posición el mucoperiostio y se sutura con seda 000. Puede ser necesario extraer o tratar los canales radiculares de algunos dientes cuyos ápices hayan quedado expuestos o desvitalizados durante el tratamiento de la lesión, o bien efectuar su apicectomía, siendo más seguro el tratamiento cuando se llev a cabo las extracciones de los dientes invo

lucrados, con el objeto de tener mayor seguridad de haber retirado totalmente la tumoración.

Las lesiones extensas normalmente consideradas como displasia fibrosa, alcanzan tamaños tan grandes que llegan a deformar la fisonomía facial. El tratamiento consistirá en la exposición de la lesión mediante la reflexión de un colgajo adecuado de mucoperiostio. El corte subyacente se elimina desgastando el hueso cuidadosamente con un martillo y cincel. A veces es preferible eliminar alguna cantidad de hueso mayor, a pesar de que se pueda comprometer con ello el aspecto estético. También puede ser necesario colocar una pieza de celulosa oxidada sobre la superficie quirúrgica del hueso con el fin de conseguir una hemostasia adecuada. El mucoperiostio se suturará en la posición habitual.

En la Displasia Fibrosa Poliostótica, también está indicado la aplicación de Rayos X., pero esto es peligroso debido a la posibilidad de fomentar la aparición de sarcomas inducidos por la radiación (Guralnick, 1971).

CAPITULO NOVENO
COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

- 1) Sangrado post-operatorio debido a la falta de cierre adecuado de los colgajos al suturar; siendo necesaria la colocación de celulosa oxidada (Gel-Foam), cemento quirúrgico (Kirkland).
- 2) Cuando ésta se localiza en maxilar superior podemos penetrar al seno maxilar y si no se lleva a cabo un cierre adecuado de los colgajos puede persistir una fístula oroantral.
- 3) Procesos infecciosos post-operatorios debido a manejo inadecuado en el área quirúrgica (Contaminación de equipo, material, y personal).
- 4) Parestesia parcial o total por manejo inadecuado. En el acto quirúrgico de los nervios de la región o por sección de los mismos.
- 5) Inflamación post-operatoria, en la cual involucre vías aéreas provocando problemas respiratorios.

- 6) Recidiva a corto plazo
- 7) Aristas o bordes agudos que dificulten los movimientos faciales o colocación de prótesis.
- 8) La transformación maligna, en osteosarcoma, al aplicar Rayos X.
- 9) Necrosis de tejidos blandos por sección de vasos importantes, ejemplo sección de arteria palatina.

CAPITULO DECIMO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

- 1.- La displasia fibrosa ósea es una lesión osteofibrosa - benigna.
- 2.- Se le conoce con varios nombres: fibroma osificante, - fibroosteoma, osteitis fibrosa localizada, osteodistrofia fibrosa localizada, osteofibroma, osteoma fibrosa de los maxilares, osteítis hipertrófica localizada, - leonteasis ósea localizada, osteoma central, enostosis, osteofibrosis deformante juvenil.
- 3.- Tienden a ser unilaterales.
- 4.- Se desconoce su etiología de la displasia fibrosa.
- 5.- La Displasia Fibrosa puede ser monostótica o poliostótica.
- 6.- Se encuentra más frecuentemente en niños y en adultos jóvenes.

- 7.- Se puede localizar también en cualquier parte del cuerpo.
- 8.- Puede ocasionar una fractura de tipo mandibular.
- 9.- Las lesiones solitarias de la displasia fibrosa rara vez se acompaña de cambios cutáneos.
- 10.- La displasia fibrosa poliostótica, puede presentar características del querubismo.
- 11.- La displasia fibrosa radiográficamente se observa como vidrio esmerilado.
- 12.- Puede cursar por mucho tiempo asintomático.
- 13.- Por medio de la palpación obtenemos datos de consistencia, sensibilidad y movilidad
- 14.- El paciente puede presentar adenopatías.
- 15.- Es muy frecuente su recidiva.
- 16.- Tiene tendencia a provocar procesos infecciosos en el post-operatorio.

- 17.- Cuando se encuentran órganos dentarios debemos efectuar apicectomía o extracción dentaria.
- 18.- El diagnóstico temprano nos ocasionará que el tratamiento sea lo más pronto posible.
- 19.- El tratamiento siempre es quirúrgico.

B I B L I O G R A F I A

- Balcells, A y Gorina La Clínica y el Laboratorio
Barcelona Morín y Cía. 1961
Pág. 357 - 358
- Bernier J. L. Tratamiento de las Enfermedades
Orales
Segunda Edición, Argentina
Bibliográfica Omelba, S. A. 1967
Pág. 675 - 688, 315 - 316
- Brainerd J. Diagnóstico y Tratamiento
Tercera Edición México
Manual Moderno, 1968
Pág. 658, 664 y 665
- Burket Medicina Bucal, Diagnóstico y tra-
tamiento.
Sexta Edición, Editora Interameri-
cana
Pág. 130
- Cecil - Lolb y Besson Mc
Dermott Tratado de Medicina Interna
Tercera Edición
Editorial Interamericana
Pág. 1963 - 1964
- Farreras Román Medicina Interna
Ed. Marin, S. A.
Pág. 1058, 1978
- Harndt E. y Weyers H. Patología Diagnóstico y Terapeúti-
ca de la Boca y de los Maxilares
en la Niñez.
Editorial Mundi, S. A. Argentina
1967
Pág. 402 - 403
- Harrison T. H. Medicina Interna
Tercera Edición, México
Prensa Médico Mexicana 1966
Pág. 713 - 715

- Jaffé H. L. Tumores y Estados Tumorales Oseos y Articulares
México
Prensa Médica Mexicana 1966
Pág. 134 - 139
- Pind Borg Atlas de las Enfermedades Mandibulares
Salvat Editores, México 1976
Pág. 116
- Rishard W. Tiecke Fisiopatología Bucal
Editorial Interamericana, México
Pág. 347 - 348, 355, 356 y 357
- Shaffer Patología Bucal
México
Edición Interamericana, 1977
Pág. 644 - 645
- Stafné, E. C. Roentgenodiagnóstico estomatológico
Editorial Labor, Barcelona Madrid
1961
Pág. 207 - 210
- Stanley L. Robbins Tratado de Patología
Tercera Edición México
Editorial Interamericana, S. A.
1968
Pág. 75 - 76, 715 - 716, 1216 - 1222
- Thoma, Kurt H. Patología Bucal Tomo I
Capítulo VII
Segunda Edición Editorial Uthea
México 1946
Pág. 393 - 399
- Williams R. Him Tratado de Endrocrinología
Tercera Edición México
Salvat Editores, 1970
Pág. 1018
- Walter C. Gurainick D.M.D. Tratado de Cirugía
Salvat Editores, S. A. México 1971
Pág. 457 - 463