

2e/ 221



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES

IZTACALA - U.N.A.M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

“DISPLASIA FIBROSA”

TOMAS JUAREZ TORRES

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

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.

INDICE

1. - PROLOGO
2. - DEFINICION
3. - ETIOLOGIA
4. - CLASIFICACION
 - a). - Displasia Fibrosa Monostótica
 - b). - Displasia Fibrosa Poliostótica
 - c). - Síndrome de Albright
5. - CARACTERISTICAS CLINICAS
6. - CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS
7. - CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS
8. - DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
9. - TRATAMIENTO
10. - COMPLICACIONES
11. - CASOS SEGUN ESTADISTICA
12. - CONCLUSIONES

PROLOGO

El tema a desarrollar trata de unas de las enfermedades del tejido fibroso de los maxilares llamada "DISPLASIA FIBROSA", ésta enfermedad afecta con más frecuencia a las hembras que a los varones y suele empezar en los primeros años de vida, aunque las manifestaciones clínicas pueden no hacerse evidentes hasta la adolescencia o en adultos jóvenes. Debe comprenderse con facilidad si se piensa que el crecimiento del tejido conjuntivo intraóseo es insidioso y lento, por lo que, aunque hayan transcurrido muchos años desde el comienzo de la enfermedad la lentitud de su crecimiento puede impedir que se descubra precozmente, por lo general dicho descubrimiento es casual durante una exploración radiográfica. Sin embargo cuando hay una actividad continua y prolongada, puede haber un agrandamiento y en ocasiones deformidad ósea. Se descubren con gran facilidad las características clínicas cuando los huesos faciales y sobretodo los maxilares están afectados en un adulto joven. La actividad de crecimiento generalmente cesa en la edad adulta en el momento de la maduración ósea. El pronóstico de la displasia fibrosa es benigno porque no amenaza la vida del enfermo a veces presentan recurrencias de tres a cinco años después de la extirpación.

Para conseguir el objetivo que es conocer este padecimiento es necesario abarcar y describir las diversas facetas de esta enfermedad de la cavidad oral de una manera completa posible, así como también organizar material descriptivo de tal manera que enfoque los datos de diagnóstico

más importantes especificando el método que puede usarse con eficacia para el reconocimiento de la -- misma, dicha enfermedad se presenta tal como el -- internista la encuentra, el cuadro clínico detallado, o sea la enfermedad junto con los signos y síntomas clínicos, siguiéndose de una valoración de todos los datos obtenidos de la historia clínica. Tomando también en cuenta o subrayando el papel desempeñado por la información anamnésica en el establecimiento del diagnóstico de la enfermedad.

Si se cree oportuno se discutirán las pruebas y procedimientos de laboratorio considerados -- importantes y esenciales para establecer el diagnóstico. Se hará algo similar cuando los hallazgos radiográficos, los resultados de la exploración quirúrgica o las consecuencias del tratamiento contribuyen o se crea que son necesarios para establecer un -- diagnóstico radiográfico y quirúrgico. Se presentarán casos de pacientes que han sido tratados de -- este padecimiento.

Espero que el tema de elección que para mi en lo particular es muy importante, sea de interés para mis demás compañeros odontólogos y les -- sea útil como una información más de la gran variedad de padecimientos que afectan la cavidad oral y que repercuten en el funcionamiento normal del organismo del individuo que lo llegue a padecer.

Todo el contenido total del presente tema y la ordenación del material descriptivo recopilado -- esta concentrado sobre todo en la identificación de -- esta enfermedad de los maxilares.

DEFINICION

El término Displasia significa mal formado o de forma alterada. De aquí que se haya elegido este término para designar al trastorno óseo en el cual los cambios anatómicos sugieren trastornos en el remodelamiento normal de hueso, con sustitución del hueso reabsorbido por tejido fibroso y hueso mal formado y orientado. En consecuencia hay aumento progresivo de volumen de la lesión fibrosa. Dado que la mayor parte del remodelamiento ocurre en hueso esponjoso intramedular, estas lesiones suelen ser centrales y estar cubiertas por una capa de corteza íntegra.

Los huesos afectados por esta enfermedad presentan agrandamiento y deformaciones.

Otra de las definiciones aceptadas es aquella que la describe como una alteración de las células óseas de tipo adulto que se caracteriza por variación de volumen, forma y organización.

De una manera estricta el término displasia significa trastorno del desarrollo; sin embargo, según uso patológico se aplica a células epiteliales o mesenquimatosas, principalmente las primeras que han experimentado cambios proliferativos algo irregulares y atípicos como respuesta a irritación o inflamación crónica.

La Displasia Fibrosa del hueso puede localizarse en un sólo hueso (Monostática) o en varios huesos (Poliostótica). El tipo Monostótico es de veinte a treinta veces más frecuente que la for

ma Poliostótica y la frecuencia de la enfermedad en las mujeres es más del doble que en los hombres.

En la forma Poliostótica el cráneo casi -- siempre está alterado pero los huesos más altera-- dos son por orden de frecuencia, el fémur tibia, pe-- roné, pelvis, húmero, radio y cúbito, aunque la -- lesión se localiza en casi todos los huesos.

Hay localización bilateral en aproximada-- mente la mitad de los pacientes.

En otros capítulos se hablará más amplia-- mente de estas dos formas de Displasia.

Cuando la displasia fibrosa ataca princi-- palmente a los huesos de la cara, pueden ocurrir -- deformaciones graves, como es el caso de los maxi-- lares que se encuentran agrandados y deformados y los dientes y gérmenes dentarios estan desplazados con la consiguiente mala oclusión.

En la mayoría de los casos la Displasia -- Fibrosa se observa en la infancia o al principio de la adolescencia. Del diez al quince por ciento de -- las lesiones displásicas, estan localizadas en crá-- neo y maxilares. El maxilar superior está lesiona-- do con más frecuencia que el inferior.

El término leontinasis ósea es aplicado -- con frecuencia a la Displasia Fibrosa que afecta -- principalmente al maxilar superior o a los huesos -- faciales y le dan al paciente un aspecto leonino.

ETIOLOGIA

La etiología de la Displasia fibrosa es desconocida, aunque la mayoría de los estudios modernos sugieren un defecto de desarrollo o detención de la formación de hueso en el estadio de hueso fibroso. No parece ser neoplásico y no hay pruebas de una base genética.

Hay signos clínicos de la displasia que indican que el traumatismo local o la infección podrían terminar generando esta enfermedad bajo ciertas condiciones aún desconocidas.

Según el Dr. William G. Shafer, la displasia fibrosa ósea es una de las enfermedades más confusas del tejido óseo.

Es una lesión de etiología desconocida, patogenia e histopatología incierta.

Bajo el nombre de displasia fibrosa han sido incluidos una amplia variedad de lesiones, que sin embargo difieren notablemente en magnitud y presencia de afecciones secundarias. Durante años, las lesiones óseas centrales que presentan rasgos histopatológicos generales de fibrosis con grados variables de resorción y reparación simultánea recibieron diversos nombres. Desde Lichtestein en 1938, que introdujo el término displasia fibrosa se ha ido estableciendo gradualmente una clasificación de las diversas formas de la enfermedad; la cual, sin embargo no cuenta con una aceptación general, pues, a medida que nuestros conocimientos y experiencias aumentan indudablemente se modificará o

hasta desechará la totalidad del esquema.

Los términos monostótico o poliostrótico - han sido aplicados a formas de la enfermedad en la que está afectado respectivamente uno o varios huesos, se describen dos tipos de displasia fibrosa poliostrótica:

1. - Displasia Fibrosa que afecta una cantidad variable de huesos aunque la mayor parte del esqueleto permanece normal, acompañado por lesiones pigmentadas de piel o manchas de color café con leche.
2. - Una Displasia Fibrosa aún más grave que afecta casi la totalidad de los huesos del esqueleto, con lesiones pigmentadas de piel y además trastornos endocrinos de diversos tipos.

La Displasia Fibrosa Monostótica, forma en la que está atacando un solo hueso, no presenta lesiones estraesqueléticas como las vistas en la displasia fibrosa poliostrótica. Sin embargo, esta lesión localizada induce a muchas confusiones a causa de su distribución, su variación histológica y curso clínico.

Lichtestein opinó que la base de la Displasia Fibrosa reside en una alteración de la actividad del mesénquima específico para formar hueso. Sin embargo, Changus encontró una elevada actividad de fosfatasa alcalina en las células fusiformes formadoras de hueso en lesiones displásicas y postuló que ésta enfermedad era debida a una respuesta exagerada

da de los osteoblastos de origen desconocido.

El Dr. Stanley L. Robbins, postula que la displasia fibrosa requiere de la participación de muchos sistemas, ya que el síndrome de Albright sugiere algún defecto genético básico que surge en etapa incipiente de la embriogénesis, pero no se ha identificado un defecto de ésta índole. Se han postulado, sin tener pruebas adecuadas al respecto, -desequilibrio endócrino, trastornos de la maduración ósea y actividad anormal de un foco de tejido conectivo mesenquimatoso.

Dada que la mayor parte de remodelamiento normal de hueso ocurre en el hueso esponjoso intramedular, estas lesiones suelen ser centrales y están cubiertas por una capa delgada de corteza íntegra.

Algunos investigadores insisten en que la Displasia Fibrosa Monostótica es una reacción reparativa o peculiar del hueso a una serie de agresiones. Es más, la mayoría opina que pese a la similitud de la nomenclatura y el aspecto histológico, la forma monostótica de la enfermedad no guarda relación con la forma poliestótica y que la primera no se transforma en la segunda.

La etiología antes mencionada se pueden considerar como objeto de estudio para otras investigaciones, con el fin de llegar a comprobar y profundizar el grado de validez que tengan en cuanto a la determinación etiológica de la Displasia Fibrosa.

CLASIFICACION

Jaffe ha indicado que estas lesiones podrían consistir en malformaciones semejantes o tumores producidos por defectos del desarrollo y caracterizado por vicios de intrincación hística.

Según el concepto actual la Displasia Fibrosa se clasifica en tres formas:

1. - Monostótica o Solitaria
2. - Poliostótica en la cual las lesiones múltiples tienden a la distribución unilateral.
3. - Síndrome de Albright el cual se considera como una forma más grave, en la que se encuentra una pigmentación con comitante de la piel, pubertad precoz y desarrollo esquelético prematuro en el hueso femenino.

En las tres formas las lesiones presentan una imagen histológica semejante.

El tumor se observa más a menudo en pacientes de diez a treinta años de edad, con frecuencia aparece en la infancia, crece paulatinamente durante el período general del desarrollo y, a veces, se estabiliza después de cesar éste.

Las afecciones maxilares son escasas y se descubren fortuitamente al examen radiográfico.

Es casi el doble la frecuencia en el sexo femenino que en el masculino. La enfermedad se -

observa más a menudo en el maxilar superior que en la mandíbula; con mayor frecuencia es unilateral, y por lo regular aparece en cuerpo mandibular y región molar.

Los síntomas suelen consistir en tumefacción, asimetría facial o alteración del contorno facial, oclusión defectuosa de las arcadas dentarias y, en algunos casos, dolor de pequeña intensidad.

El primer caso conocido de Displasia Fibrosa Poliostótica con lesiones cutáneas y trastornos endocrinos fue registrado en 1922. Desde entonces, se ha comunicado una considerable cantidad de casos, y el cuadro fue especialmente descrito por Albright de quien toma su eponimo el síndrome.

En la Displasia Fibrosa Poliostótica, los huesos más alterados son, por orden de frecuencia, el fémur, tibia, peroné, pelvis, húmero, radio y cubito, aunque la lesión se localiza en casi todos los huesos. Schlumberger 1946 estimó el orden de frecuencia como sigue: costillas, femur, tibia, maxilar superior y bóveda craneana en orden descendente de frecuencia.

En los pacientes con la forma poliostótica de intensidad mediana, hay lesiones craneales en aproximadamente el cincuenta por ciento.

Una segunda opinión es aquella que divide a la Displasia Fibrosa Poliostótica en:

1. - Displasia Fibrosa, que afecta una cantidad variable de huesos aunque la mayor parte del esqueleto permanece

normal, acompañado de manchas café con leche (Lesiones pigmentadas de piel tipo Jaffe).

2. - Una Displasia Fibrosa, aún más grave que afecta casi la totalidad de los huesos del esqueleto, con lesiones pigmentadas de la piel y además, trastornos endocrinos de diversos tipos (Síndrome de Albright).

El Síndrome de Albright es descrito por Robbins de la manera siguiente:

1. - Las lesiones óseas tienen tendencia a la distribución unilateral.
2. - Hay zonas dispersas de pigmentación melanótica en la piel (manchas café con leche) generalmente del mismo lado que las lesiones óseas.
3. - Puede haber diversas endocrinopatías indicando generalmente pubertad precoz en hembras jóvenes. Sin embargo, puede haber lesiones óseas polioestóticas en ausencia de pigmentaciones cutáneas y trastornos endócrinos.

La Displasia Fibrosa Monostótica, aunque menos grave que la Polioestótica, es de mayor interés para el odontólogo debido a la frecuencia con que afecta a los maxilares.

Algunos investigadores difieren sobre la conveniencia de incluir ciertas lesiones óseas en este grupo, la tendencia en los últimos años ha sido considerar a la Displasia Fibrosa Monostótica como una entidad con considerables variaciones clínicas e

histológicas, que probablemente dependen del período o fase de la enfermedad.

En la Displasia Fibrosa Monostótica está afectado un solo hueso que puede ser la maxila, la mandíbula o cualquier otro hueso del esqueleto.

El tipo Monostótico es de veinte a treinta veces más frecuente que la forma Poliostótica y la frecuencia de la enfermedad en hembras es más -- del doble que en varones. En la mayoría de los -- casos las lesiones se observan en la primera década de la vida o el comienzo de la segunda.

El diez o el quince por ciento de las le-- siones Monostóticas se localizan en el cráneo y -- maxilares.

El maxilar superior está lesionado con -- más frecuencia que el inferior.

En ambas formas tanto Monostótica como Poliostótica, las lesiones óseas afectan esencialmente las zonas localizadas de substitución de arquitectura ósea por proliferación amplia de tejido fibroso.

Las trabéculas óseas y esponjosas mal formadas y dispuestas irregularmente atraviesan este tejido.

En algunos casos hay poca formación -- ósea, y la lesión consiste en masas sólidas de tejido fibroso.

Algunos investigadores creen que la le-- sión solitaria es una forma incompleta de la varian

te polioestótica, y que con el tiempo el paciente acabará presentando lesiones múltiples.

La lesión solitaria es mucho más frecuente que la Displasia Fibrosa Polioestótica, con características del síndrome de Albright sin ellas.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Dentro de las características clínicas que nos pueden permitir orientarnos sobre un diagnóstico son las siguientes:

Es más común en niños y adultos jóvenes que en personas mayores. Como primer signo clínico de esta enfermedad, tenemos la tumefacción o el abultamiento indoloro del maxilar. Abarcando la lámina vestibular, raras veces la zona lingual; cuando ésta enfermedad afecta a 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. Y también puede haber sensibilidad.

La mucosa que cubre la lesión está casi invariablemente intacta.

La Displasia Fibrosa del maxilar es una forma especialmente seria de la enfermedad, ya que posee marcada predilección por presentarse en niños y es casi imposible de erradicar sin efectuar una intervención quirúrgica y mutilante.

Estas lesiones no estan bien circunscritas, se extienden localmente hasta abarcar el seno maxilar, la apófisis cigomática y el piso de la órbita y se extiende hasta la base del cráneo, una mala posición oclusal o una oclusión pronunciada y el

abultamiento de la fosa canina o extrema prominencia de la apófisis cigomática que originan una acusada deformación facial son secuelas típicas de esta enfermedad en el maxilar.

En la Displasia Fibrosa Poliostótica, la enfermedad se manifiesta en los primeros años de la vida con una deformidad que es evidente, arqueamiento o engrosamiento de los huesos largos, y frecuente distribución unilateral. Su comienzo es insidioso aunque el síntoma esquelético más común es un dolor óseo recurrente. Los huesos de la cara y cráneo están afectados con frecuencia y ello produce una simetría obvia; también pueden estar atacadas clavículas, huesos pélvicos, omóplatos, huesos largos, metacarpianos y metatarsianos.

Debido a las intensas alteraciones óseas, las fracturas son complicaciones comunes de esta enfermedad; pudiendo originar esto las lesiones cutáneas las cuales consisten en manchas melánicas irregularmente pigmentadas descritas ya como manchas café con leche por su color pardo claro; de esto además los pacientes del sexo femenino pueden presentar pubertad precoz, que a veces comienza a la edad de dos o tres años, o aún antes.

La hemorragia vaginal es una manifestación común. Se registraron una gran variedad de diversos trastornos del sistema endocrino incluidos los que se relacionan con hipofisis, tiroides, paratiroides y ovarios. También hay presencia ocasional de mioma de tejido blando intramusculares múltiples como signo extra esquelético de la Displasia Fibrosa Poliostótica.

Las manifestaciones bucales de la Displasia Fibrosa Polioestótica guardan relación con el -- trastorno avanzado del tejido óseo. Una tercera -- parte de los pacientes polioestóticos tienen lesiones mandibulares.

Encontramos también expansión y deformación de maxilares y está alterado el patrón de erupción dental, debido a la pérdida del soporte normal de dientes en el desarrollo. Dentro de esto los -- trastornos endocrinos también pueden modificar la -- cronología de la erupción dentaria.

Puede haber lesión del maxilar sin haber pigmentación intrabucal.

No hay cambios significativos uniformes - en Ca. y Ph., séricos aunque a veces se encuentra elevado el nivel de fosfatasa alcalina.

Se registró la secreción prematura de la hormona hipofisiaria folicular estimulante, así - - como un metabolismo basal moderadamente elevado.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Dentro de las características radiográficas podemos observar dilatación ósea y las lesiones en los huesos largos son muchas veces quísticas y moteadas mientras que en los maxilares y el cráneo suelen ser más densas y como vidrio esmerilizado, aunque algunas son radiotransparentes o moteadas.

La demarcación con el hueso normal es generalmente indefinida. Las lesiones del maxilar superior pueden extenderse hasta las líneas de sutura pero no las cruzan, al contrario de lo que ocurre en la enfermedad de Paget del Hueso.

En el maxilar inferior no sucede lo mismo. En general, las lesiones óseas tienden a ser más densas con la edad.

En la radiografía va a variar la imagen según la cantidad relativa de tejido fibroso y óseo presentes en la lesión y si ésta es de límites precisos, muy manifiestos o bien difusos imperceptibles.

Algunos tumores con predominio de tejido fibroso tienen un aspecto quístico y pueden ser uniloculares o multiloculares. En el último caso pueden semejar hasta cierto punto un odontoma, pero se diferencia por la edad fibrosa de finas trabéculas óseas, así como por la presencia de zonas calcificadas y diseminadas dentro del tumor.

Este signo se pone de manifiesto y más -

claramente en evidencia por la radiografía dental. - Las lesiones de aspecto quístico se observan con -- más frecuencia en los pacientes jóvenes o en los -- que datan solo de poco tiempo.

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

La imagen radiográfica de las lesiones -- con predominio del tejido óseo y calcificación completa, muestran un aumento uniforme de la densidad radiográfica.

Las lesiones de gran tamaño que causan deformidad, producen el adelgazamiento y distensión de la corteza ósea, pero rara vez perforarán ésta -- y no suelen ocasionar neoformación perióstica de -- hueso.

En ocasiones se puede destruir el gérmen dentario o impedir la erupción de los dientes ya formados por las lesiones que comienzan en la infancia. Por tal razón los signos radiográficos de agenesia y ausencia de erupción dentarias en la zona -- de la lesión suministran una orientación sobre la -- época aproximada en que empezó el desarrollo de -- la lesión.

Se comprobó mediante una serie de radiografías tomadas a pacientes con esta enfermedad, -- que la lesión se calcifica más a medida que aumenta la edad del paciente, aunque no son raras las -- excepciones a esta regla. Por lo general las lesiones óseas o mucho más calcificadas de la Displasia

Fibrosa se encuentran en los pacientes ancianos y en aquellos en que la lesión se presentó hace mucho tiempo.

Se puede observar que quedan bastante bien circunscritas la mayoría de las lesiones y sobre todo las de pequeño tamaño con aspecto químico o moteado. En cambio, las lesiones de densidad radiográfica normal y uniforme y tamaño mayor, proponen a mostrar contornos y bordes vagos.

En algunas radiografías, principalmente del maxilar superior, son engañosas por lo que respecta a los límites y bordes del tumor. En las radiografías del seno maxilar obtenidas en posición de Waters causan a menudo la impresión de que la masa es difusa, sin bordes claros.

La demarcación con el hueso normal es generalmente indefinida.

Dentro de las características individuales de la Displasia Poliostótica es que puede observarse radiográficamente dilatación ósea y las lesiones en los huesos largos son muchas veces quísticas y moteadas, mientras que su aspecto en los maxilares es muy variable.

Por lo que respecta al esqueleto radiográficamente puede presentar un aspecto variable.

Generalmente, las porciones medulares del hueso presentan rarefacción y trabeculado irregular, con aspecto de quiste multilocular. El hueso cortical suele estar adelgazado y considerablemente expandido.

Resumiendo podemos decir que hay tres cuadros básicos:

En uno de los primeros, la lesión es una imagen radiolucida unilocular, más bien pequeña -- o multilocular y algo mayor, ambas son un borde -- bastante bien circunscrito que contiene una trama -- de finas trabéculas óseas.

En el segundo, el cuadro es similar ex-- cepto, que el mayor trabeculado dá a la lesión un -- aspecto más opaco y típicamente manchado.

El tercer tipo no esta bien circunscrito, -- como característica, si no que se fusiona con el -- hueso normal adyacente.

Cualquiera de los tres tipos se encuentra en el maxilar o en la mandíbula.

Es de gran importancia mencionar que en la Displasia Fibrosa maxilo facial hay un engrosa-- miento característico de la base del cráneo.

VISTA RADIOGRAFICA DE LA DISPLASIA FIBROSA



OTRO ASPECTO RADIOGRAFICO DE LA DISPLASIA
FIBROSA



CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS

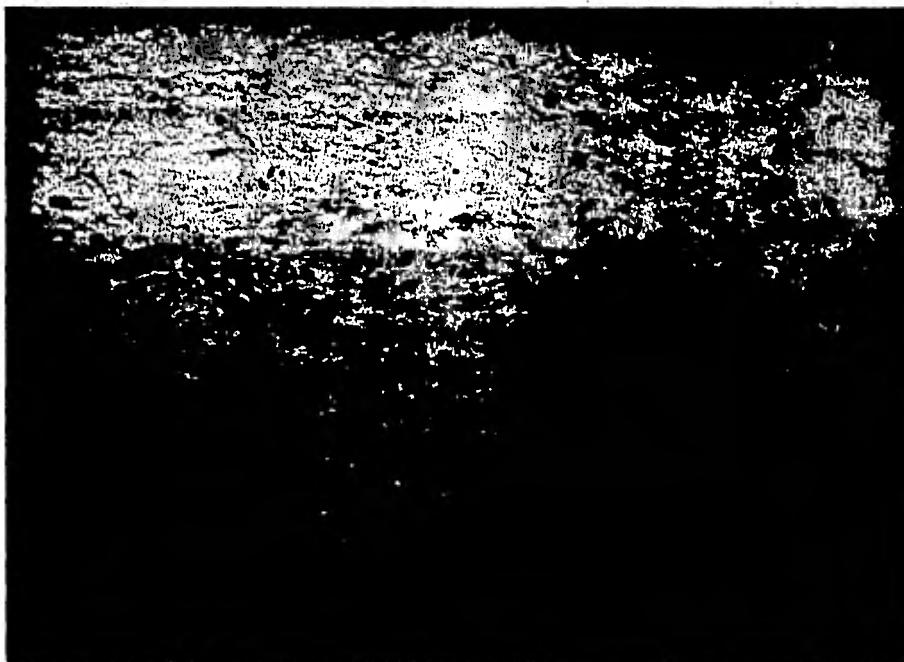
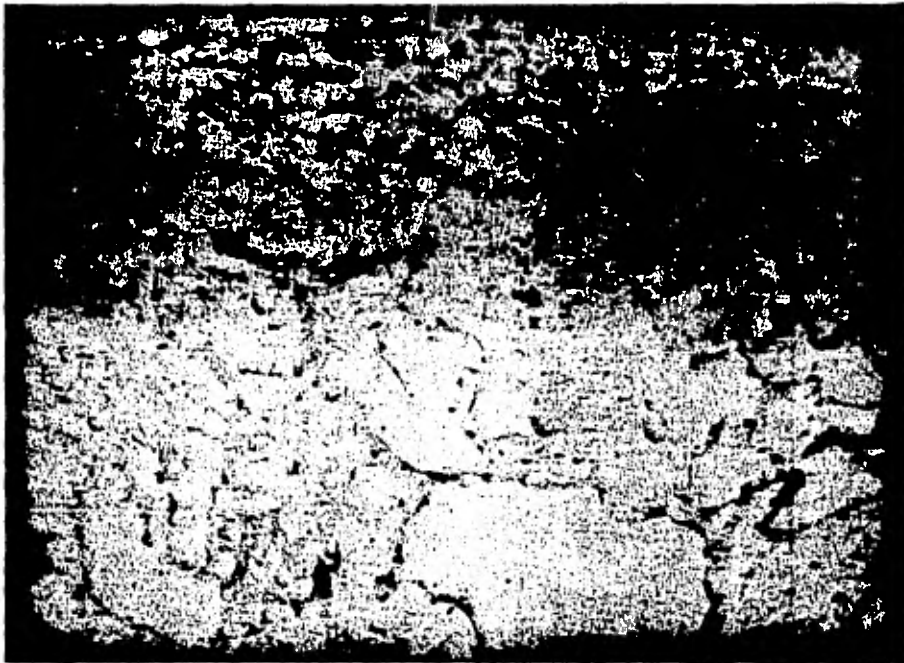
La Displasia Fibrosa siendo una lesión fibro ósea, en cuanto a su diferenciación con otras lesiones pertenecientes a esta clasificación, ha sido a menudo discutida; lo cierto es que su imagen al microscopio muestra un estroma fibroso de fibroblastos jóvenes que contienen hueso que ha perdido su naturaleza lamelar, presentando irregularidades que recuerdan la escritura china, por tal razón se le ha llamado "Imagen de Letras Chinas".

Microscópicamente este tejido es amarillento o blanco grisáceo con un corte arenoso. Algunas veces hay pequeños quistes que contienen un líquido claro o teñido de sangre.

De tal manera estas trabéculas óseas irregulares, no muestran osteoblastos en el borde, lo que ha permitido a muchos investigadores diferenciarlas de las del Fibroma Cemento Osificante y otras lesiones. Podemos encontrar espacios ópticamente vacíos que corresponderían a lesiones quísticas que se presentan en muchos de los casos y células de tipo osteoclasto escasas.

Para el diagnóstico diferencial por lo general y desde el punto de vista histopatológico se hace con las mismas lesiones que se mencionaron.

DISPLASIA FIBROSA VISTA HISTOLOGICAMENTE



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debemos considerar principalmente para el diagnóstico diferencial las siguientes enfermedades; Osteofibroma, Fibroma Osificante y Enfermedad de Paget.

OSTEOFIBROMA

El osteofibroma es una neoplasia ósea central que ha causado considerables controversias debido a la confusión de la terminología y criterio de diagnóstico. Ahora se sabe que constituye una entidad definida, que debe ser separada de la Displasia Osea Fibrosa y de otras lesiones que no son neoplasias verdaderas.

Hay una notable similitud entre las características clínicas de lesión y las de fibroma cementificante central, tumor aceptado por muchos investigadores como de origen odontogénico.

Se puede apreciar similitud e incluso superposición de los rasgos histológicos de estas dos lesiones. Por estas razones se afirmó que:

1.- Son dos tumores benignos separados, de idéntica naturaleza con excepción de las células proliferantes, los osteoblastos con formación de cemento en el otro.

2.- Representan simplemente dos facetas del mismo tumor básico. Será necesario proseguir las investigaciones para esclarecer la relación y el fibroma cementante central.

Características Clínicas

El fibroma osificante se presenta a cualquier edad, pero es mucho más común en adultos jóvenes. Puede estar afectado cualquiera de los dos maxilares, pero hay predilección por la mandíbula.

La lesión suele ser asintomática hasta que la proliferación produce una notable hinchazón y leve deformación; el desplazamiento de los dientes es un signo clínico temprano. Es un tumor de crecimiento relativamente lento y puede estar presente por años antes de ser descubierto. Por causa del crecimiento lento las láminas óseas corticales y la mucosa o piel que las cubren están, casi invariablemente intactas.

Características Radiográficas

El cuadro que ofrece la neoplasia es extremadamente variable, según el estadio de la evolución; pero sea cual sea su estadio de desarrollo, la lesión es siempre bien circunscrita y está demarcada del hueso circundante, a diferencia de la Displasia Fibrosa.

En sus estadios incipientes, el fibroma osificante aparece, como una zona radiolúcida sin manifestaciones de radiopacidades internas. A medida que el tumor madura, hay una creciente calcificación, de modo que la zona radiolúcida de mancha con zonas opacas hasta que por último la lesión aparece como una masa radiopaca relativamente uniforme. El desplazamiento de los dientes adyacentes es común, así como la invasión de otras estructuras circundantes.

Características Histológicas

Podemos observar dentro de estas características que la lesión se compone de muchas fibras colágenas entrelazadas, a veces dispuestas en haces circundantes, intercalados con grandes cantidades - de fibroblastos activos en proliferación; aunque hay figuras mitóticas en pequeñas cantidades, raras veces hay pleomorfismo celular notable. Este tejido conectivo presenta en forma típica, muchos focos - pequeños de trabéculas óseas irregulares, que tienen cierta similitud con la forma de caracteres chinos de la Displasia fibrosa Osea.

A medida que la lesión madura, las islas de osificación aumenta en cantidad, se agrandan y - finalmente coalascen. Esto con el probable aumento de grado de calcificación, es lo que produce la - creciente radiopacidad de la lesión en la radiografía.

Tratamiento y Pronóstico

La lesión debe ser remodelada excidida - en forma conservadora y la recidiva es rara.

El Diagnóstico Diferencial del Osteofibroma con respecto a la Displasia Fibrosa es el siguiente:

El osteofibroma está casi siempre bien - circunscrito dentro de los maxilares y aparece mucho más tarde en la vida que la Displasia Fibrosa. Radiográficamente no se distingue de la Displasia - Fibrosa puede madurar en un osteoma y varias lesiones así diagnosticadas eran en realidad una osteo

mielitis de Garré.

El osteofibroma tiene una estroma acidófila y las trabéculas son de naturaleza lamelar y fibrosa, en contraste con la Displasia fibrosa.

FIBROMA OSIFICANTE.

El Fibroma Osificante suele usarse como sinónimo para denotar un tumor benigno central de los maxilares, que consiste en tejido conectivo fibroso centro del cual se forma hueso. Entre las características que varían al evolucionar el tumor se cuentan estas:

Proporción de fibroblastos y estroma fibrilar, morfología de las células y del estroma, grado de osteogenesis activa y proporción de la masa ocupada por hueso.

El hueso es algo atípico e irregularmente calcificado y ocupa una proporción variable de la masa global. Puede presentarse como trabéculas neoformadas escasas, circunscritas por tejido osteoide, período al que algunos autores denominan fibroma osificante; también cabe que las trabéculas óseas ocupan la porción principal de la masa etapa llamada osteofibroma.

El fibroma osificante se diferencia de la Displasia Fibrosa por lo siguiente:

El fibroma osificante es una lesión destructora de crecimiento activo compuesta por una mezcla de hueso lamelar y tejido. Sin embargo, las trabéculas están tapizadas por osteoblastos gruesos y la estroma está compuesta de células fusiformes

gruesas estrechamente aglomeradas con una disposición espiral entrelazada. La estroma es definitivamente basófila.

ENFERMEDAD OSEA DE PAGET. (Osteítis Deformante)

La enfermedad ósea de Paget es conocida hace muchos años, por lo menos desde la comunicación original de Paget en 1877, pero que hasta hace poco ha sido considerada poco frecuente. La práctica generalizada del examen radiográfico sistemático del esqueleto de pacientes hospitalizados, así como la aceptación y aplicación del examen post mortem ha llevado al descubrimiento de cantidades relativamente grandes de casos que de otra manera hubieran sido comunicados. Aunque la frecuencia de la enfermedad es creciente, su aparente aumento puede deberse sólo a las mayores probabilidades de descubrirlas.

ETIOLOGIA

La etiología de esta enfermedad es todavía desconocida pese a las muchas teorías que se han formulado con el correr de los años. Con respecto a esto Paget creía que la enfermedad era inflamatoria, y su punto de vista es sostenido por algunos autores posteriores.

Por otro lado se han presentado bastantes pruebas que permiten confirmar la hipótesis de que la causa de la enfermedad es un trastorno circulatorio. Se sabe que en la osteítis deformante el hueso es excesivamente vascular, se ha sugerido que los vasos son similares a los aneurismas arteriovenosos. Hay un grupo apreciable de otras alteraciones vasculares que se producen concomitantemente con

el mal en una elevada proporción de pacientes, incluidos un mayor gasto cardiaco, agrandamiento de corazón y arteroesclerosis entre otras.

Jaffe sugirió, hace algunos años, que la causa de la enfermedad es una destrucción del mecanismo normal de reemplazo progresivo al que está constantemente sometido el hueso y hay ciertas características de la enfermedad que apoyan este punto de vista.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Aparece en pacientes mayores de 40 años y la frecuencia aumenta en grupos cronológicos de más edad, pero también se ha observado en pacientes o pacientes jóvenes hasta la segunda década de la vida.

Dicha enfermedad ataca a los dos años, con leve predominio en varones. En una serie de casos se informó una tendencia hereditaria pero esto podría ser causal.

La osteítis deformante es una enfermedad crónica, y los síntomas aparecen lentamente.

En ocasiones la enfermedad es descubierta por accidente, pero en última instancia la mayoría de pacientes se quejan de uno o más de los siguientes síntomas: dolor óseo, cefaleas intensas, sordera (debido a la lesión de la porción petrosa del hueso temporal con compresión del nervio coclear en el agujero), así como ceguera y otros trastornos visuales (esto por la lesión del nervio óptico en el agujero), (parálisis facial por la presión sobre el nervio facial), vértigo y otros trastornos

mentales.

Resulta que a veces los signos de la enfermedad que presenta el paciente, no siempre son evidentes si no hasta que la enfermedad esta avanzada y esto también se cumple para las lesiones de los maxilares. Todos estos rasgos incluyen agrandamiento progresivo del cráneo deformaciones de columna, fémur y tibia (de tal manera, que el paciente se torna bajo), arqueamiento de piernas, ensanchamiento y aplanamiento del pecho y curvatura de la columna. El paciente presenta una marcha tambaleante y adquiere un aspecto simiesco y su rostro a veces se torna grotesco. Todos los huesos afectados son tibios al tacto debido a mayor irrigación y son más frágiles con tendencia a la fractura. En un término patológico las fracturas son una de las complicaciones mas comunes de la enfermedad de Paget. Varias veces se ha informado que se producen entre el 8 y más del 30 por ciento de todos los pacientes con enfermedad. Cicatrizan de una manera normal aunque el callo puede ser abundante.

Anteriormente una de las primeras quejas de los pacientes era la necesidad de usar sombreros cada vez mas grandes, ésto debido al agrandamiento del cráneo. Actualmente se ven algunos casos en que ésta es una de las primeras molestias o por lo menos puede ser confirmada al interrogarse al paciente.

Con esta enfermedad puede estar atacado cualquier hueso del esqueleto, aunque hay una predilección por una determinada distribución de las lesiones. Dicha enfermedad puede ser focal o local.

lizada en unos pacientes y desiminada en otros.

Manifestaciones bucales

Es bastante común en la osteftis deformante una lesión de maxilares. Y hay predilección de una afección por el maxilar que por la mandíbula.

Encontramos que el maxilar se agranda - en forma progresiva, el reborde alveolar se ensancha y el paladar se aplana. Los dientes se aflojan y emigran, lo cual produce un cierto espaciamento. Cuando la mandíbula es atacada, los signos son los mismos, pero por lo regular no tan pronunciados - como en el maxilar. Conforme la enfermedad va - avanzando la boca permanece abierta y expone los - dientes porque los labios no alcanzan a cubrir el - maxilar agrandado.

Algunos pacientes desdentados con próte-- sis se quejan de no poder usar sus aparatos debido al deficiente ajuste a causa de la expansión del maxilar. Es necesario rehacer periódicamente las -- prótesis para acomodarlas al aumento de tamaño de los maxilares.

Es muy común que cuando están afectados los maxilares, también hay lesiones en cráneo. -- Pero han habido algunos casos en que éste no pre-- sentaba indicios de la enfermedad.

Características Radiográficas

Son muy variadas las características ra-- diográficas de la osteftis deformante y dependen del período en que se encontró la enfermedad. Las le--

siones destructivas pueden ser múltiples o aisladas. La lesión aislada en el cráneo, cuando es grande, - suele ser denominada osteoporosis circunscrita.

La fase osteoblástica de la osteítis deformante es la más comunmente reconocida, y su presencia es inevitable, independientemente de lesiones osteolíticas. Las zonas osteoblásticas que aparecen como opacidades en la radiografía se distribuyen en zonas localizadas que terminan por concluir, pero - que igualmente presentan pequeñas zonas de diferentes radiodensidad. Esto ha denominado aspecto de copos de algodón y se aprecia especialmente bien - en cráneo y maxilares.

Las radiografías de maxial se revelan fases muy incipientes de la enfermedad, aunque estos pueden no ser tan específicos como para ser patognómicas.

A veces la enfermedad suele ser bilateral, pero puede ser o presentar signos radiográficos de lesiones unilaterales en maxilares especialmente al comienzo. Esto se asemeja en ocasiones a la osteomielitis esclerosamente difusa crónica.

Van a presentar cambios radiográficos - - los dientes y hueso adyacente, estos cambios son significantes sugerentes de osteítis deformante. Consisten característicamente en una hiper cementosis bastante acentuada y con frecuencia, la pérdida de una cortical definida alrededor de los dientes. En algunos casos se observó resorción radicular, pero - - esto a veces es raro.

Características Histológicas

El aspecto microscópico del hueso en pacientes con osteítis deformante varía notablemente según la fase de la enfermedad. Como este mal se caracteriza tanto por resorción, como por depósito de hueso, es previsible ver la correspondiente actividad osteoclástica y osteoblástica. Estos procesos coincidentes se producen al azar, independientemente de pautas de esfuerzo. Como ambos esfuerzos pueden presentarse en zonas adyacentes, el cuadro histológico llega a ser confuso.

Uno de los rasgos más característicos es la formación de un hueso en mosaico, este término descriptivo usado para indicar el aspecto del hueso que ha sido parcialmente resorbido y luego reparado lo cual deja líneas de reversión intensamente teñidas con hematoxilina. Estas líneas marcan la alteración entre fases de resorción y formación; cuando se forman una y otra vez dan el aspecto de rompecabezas.

El hueso puede presentar grandes cantidades de osteoblastos u osteoclastos, a veces una combinación de ambos, que tapizan las trabéculas y pueden encontrarse en la fase de reposo, con poca actividad celular. La médula tiende a ser fibrosa aunque algunas veces es adiposa. Es común el edema de la médula y se observa colecciones de linfocitos.

Cuanto más rápidamente se deposita el hueso, tanto más inmaduro es y mayores son las cantidades osteoide. A medida que la formación ósea se rezaga y se alcanza la fase de reposo, el hueso se transforma de un tipo fibrilar en una va--

riedad laminar más dura.

La proliferación ósea e hipercementosis concomitante suelen resultar en obliteración del ligamento periodontal.

Hallazgos de laboratorio

Los niveles de calcio y fósforo séricos -- suelen estar dentro de límites normales, aún en ca--
sos avanzados. El nivel de la fosfatasa alcalina --
érica pueden estar elevados, empero hasta niveles --
extremos. Los valores sobrepasan las 250 unida--
des Bodansky, en particular en pacientes en la fase --
osteoblástica de la enfermedad, cuando hay forma--
ción rápida de hueso nuevo y cuando hay lesiones --
poliostóticas. En realidad no hay otra enfermedad --
en el nivel de fosfatasa alcalina sea tan elevado --
como en la enfermedad de Paget. En la forma mo--
nostótica, el nivel de fosfatasa alcalina raras veces --
excede las 50 unidades Bodansky. En la fase muy --
temprana de la enfermedad, este nivel puede no --
estar significativamente elevado, aunque es simple--
mente una cuestión de tiempo que esto ocurra. El --
nivel de fosfatasa ácida no aumenta.

Tratamiento

Para la osteftis deformante no hay trata--
miento específico. Se han utilizado vitaminas, hor--
monas y terapéutica radiante y se informó de la --
obtención de curas esporádicas, pero esto no ha --
sido confirmado. También se ha recurrido a la ad--
ministración de fluoruros, pero aún faltan datos so--
bre si tienen alguna importancia favorable para con--

trolar la enfermedad.

Pronóstico

Esta enfermedad es crónica y lentamente progresiva y raras veces es la causa primaria de la muerte.

Se pueden originar complicaciones relacionadas con trastornos óseos, como fracturas patológicas, deformidades del esqueleto, y alteraciones auditivas y visuales antes mencionadas. La complicación más grave de la osteítis deformante es la formación de osteosarcomas en una elevada proporción de pacientes.

La presencia simultánea de estas dos enfermedades es mucho más común que una simple casualidad y hay que llegar a la conclusión de que la osteítis deformante predispone a la generación de neoplasias óseas malignas.

En la enfermedad de Paget, las trabéculas óseas son lamelares y exhiben numerosas líneas muy recortadas en mosaico geográfico.

Los osteoblastos son numerosos y la médula es reemplazada por tejido vascular.

En la displasia poliostótica, aunque el nivel del calcio ha sido normal en el 80% de los pacientes, hay una elevación hasta niveles entre 11 mg y 13.8 mg/100 cm³ en el resto.

El nivel del fósforo está disminuido por -

debajo de $3.5 \text{ mg } 100 \text{ cm}^3$ en aproximadamente el -
40% de los niños con esta enfermedad y los niveles
de fosfatasa alcalina en el suero están elevados en
aproximadamente el 50% de los pacientes.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la Displasia Fibrosa de elección casi siempre es el quirúrgico. Cuando la lesión es pequeña y está completamente encapsulada, debe efectuarse la extirpación, si es posible sin producir un defecto quirúrgico demasiado grande o la pérdida de la continuidad ósea. Cuando la lesión es muy grande y los límites de la zona ósea invadida no permite una extirpación completa debe aceptarse simplemente mediante las resecciones necesarias para obtener un buen resultado estético. Alrededor de veinte por ciento de las lesiones sigue un desarrollo después del tratamiento, excepto en las que se efectuó la extirpación radical.

En la Displasia Fibrosa Poliostótica los casos leves pueden ser tratados quirúrgicamente; es imposible hacer los mismos con las formas graves, ya que tienden a ser progresivas.

El tratamiento de la Displasia Fibrosa Monostótica, consiste en la eliminación quirúrgica de la lesión, lamentablemente la mayor parte de lesiones son demasiado grandes en el momento del diagnóstico como para que se eliminen sin dejar una gran deformidad facial, como en el caso de la mandíbula, el debilitamiento del hueso que favorece la fractura patológica. Además muchas de las lesiones, en particular, las de aspecto radiográfico de vidrio esmerilado o de cáscara de naranja no son bien circunscritas y deberían ser enucleadas en otro bloque.

Por esto gran parte de los casos son trata

dos simplemente mediante la eliminación conservadora de la porción que origina la deformación facial. El mejoramiento periódico del aspecto estético de esta manera parece más justificado que el criterio radical, tanto más cuando la lesión raras veces - - amenaza la vida del paciente.

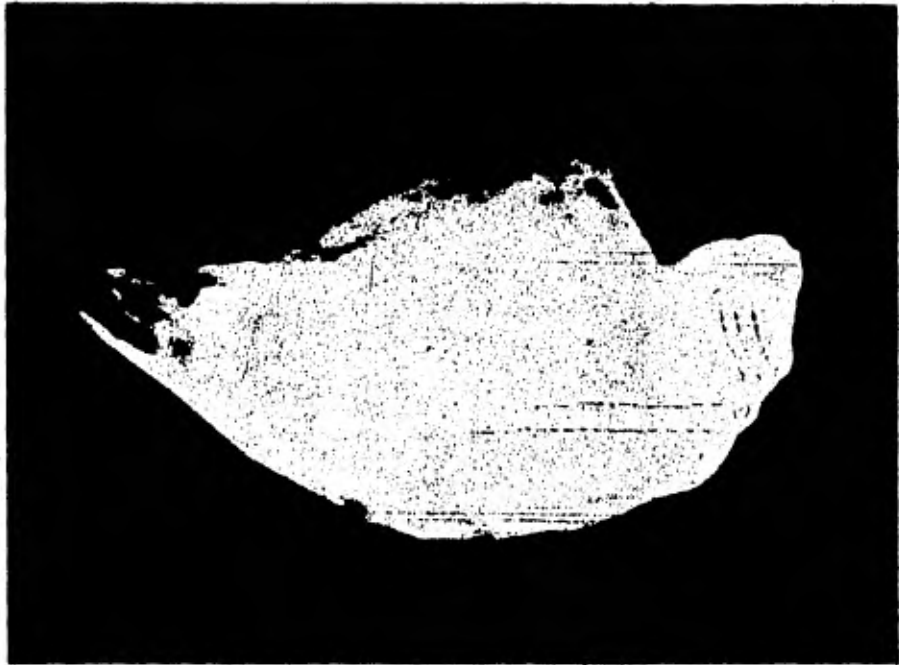
Estos tumores tienden a sangrar con facilidad después de operados y se necesitará taponamiento a presión y electro coagulación para controlar la hemorragia.

IMAGEN RADIOLOGICA DE LA PROTESIS COLOCADA POST-EXTIRPACION
DEL PROCESO TUMORAL.





PIEZA QUIRURGICA RESECADA



COMPLICACIONES

Ya se ha dicho anteriormente que la Displasia Fibrosa de hueso es un tumor benigno de crecimiento lento, el cual va a alcanzar su mayor desarrollo en la segunda década de la vida.

Se debe tener en cuenta que las radiaciones en estas lesiones están contraindicadas ya que puede desarrollarse un cambio maligno; sin embargo puede haber un cambio maligno sin radioterapia.

La frecuencia aproximada de transformación maligna en esta enfermedad es del uno por ciento.

La radiación es de utilidad dudosa y puede constituir un peligro potencial. Se sabe de muchos casos en que la Displasia Fibrosa Monostótica experimenta una transformación maligna espontánea en sarcoma, por lo común un osteosarcoma, lo cual fue revisado por algunos investigadores y estos publicaron cuatro casos de sarcoma originado en huesos faciales y maxilares de pacientes cuyas lesiones de displasia Fibrosa habían sido tratadas por radiación, entre tres y veinticinco años atrás.

Resulta difícil probar una relación de causa y efecto, estos cuatro casos apoyan la opinión sobre sarcoma de posradiación y una vez más destaca el peligro de irradiar lesiones benignas, especialmente óseas.

CASOS REPORTADOS SEGUN ESTADISTICA

CASO No. 1

Sexo: Masculino
Edad: 12 años
Escolaridad: Secundaria

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Padres, hermanos, abuelos, primos, tíos y colaterales sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Sin importancia para el padecimiento actual.

PADECIMIENTO ACTUAL:

El curso del padecimiento es asintomático se ignora su iniciación posiblemente de tres o dos meses, aumento atribuido al período del desarrollo del paciente hasta que notaron que la mejilla izquierda era mayor. Actualmente presenta aumento de volumen en región malar izquierda posiblemente a expensas del maxilar de la zona, dura, fija, indolora a la palpación y

de coloración normal, la superficie intra-oral y la piel íntegras.

EXPLORACION ORAL:

Mucosas de cara interna de labios, carrillos, decoloración, hidratación y textura normal, paladar duro y blando de conformación normal, lengua y piso de la boca sin patología aparente, ligero aumento de volumen y deformación del maxilar superior izquierdo, de un centímetro de espesor a nivel del antro y de la unión con el maxilar, la mucosa de la zona íntegra en su superficie y de coloración normal, los dientes de la zona firmes, la región es indolora y asintomática.

DIAGNOSTICO:

Displasia fibrosa monostótica de maxilar superior izquierdo.

DATOS RADIOLOGICOS:

1. - Placas de senos paranasales.

Senos paranasales. Actualmente hay deformidad en la pirámide nasal y del maciso facial izquierdo.

2. - R.X., de Huesos largos.

Huesos largos radiográficamente normales.

3. - Waters y Hirts.

La proyección de waters y hirts.

En el presente estudio observamos aumento de volumen de las partes blandas y opacidad total del antro maxilar izquierdo, sin embargo no podemos apreciar si existe destrucción de las paredes.

El estudio muestra deformidad de la cara. El malar se observa denso y grande y tiene asimetría de la pirámide nasal.

EXAMENES HISTOLOGICOS:

Descripción de los caracteres macroscópicos.

Se reciben múltiples fragmentos de tejido óseo y dental, el mayor de los óseos mide 5.5 x 1 x 0.6 cm., todos los fragmentos óseos son de aspecto esponjoso.

Descripción de los caracteres microscópicos.

En uno de los cortes histológicos se observa el epitelio plano estratificado con ligera acantosis, papilomatosis, edema e infiltrado inflamatorio crónico, en el resto se observa abundante tejido conectivo laxo en remolinos con espirales óseas de diferentes tamaños y neoformación.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO:

Displasia Fibrosa.

TRATAMIENTO:

Hemimaxilectomía izquierda y prótesis dentaria.

PRONOSTICO:

Bueno para la vida y la función.

NOTA OPERATORIA:

Bajo anestesia general con hipotermia, e - intubación endotraqueal Asepsia y antisepsia y colocación de campos de manera habitual, se procedió a realizar intervención ya programada.

Se practicó infiltración de Xilocaina con epinefrina en región gingivolabial izquierda, para prevenir hemorragia.

Se le practico incisión horizontal con 1/2 cm., abajo del surco gingivolabial.

Se levantó periostio con exposición de orificio infraorbitario procediéndose a practicar una ventana amplia sobre superficie anterior del maxilar, encontrándose hueso osteoporótico blando.

Una vez hecha la ventana exploradora, se delimita topográficamente la extensión de tejido óseo afectado el cual abarca hueso maxilar en su totalidad, cigoma alveolar, nazomaxilar, piso de órbita, paladar duro, esencialmente en su tercio anterior,

por lo que se hace un colgajo por disección de mucosa de paladar.

Se realiza resección de paladar duro en su mitad izquierda con inclusión de piezas dentarias, resección de proceso premaxila y maxila con exposición de piso nasal en toda su extensión, pasandose una sierra de Gilgy y, resección en bloque de la pared nasal izquierda de porción superior hasta piso de órbita en donde se decide detenerse por encontrar hueso normal.

Se coloca taponamiento yodoformo en bóveda residual, sosten de la misma con seda de 1 0, por medio de puntos en cruz de mucosa del paladar derecho con mucosa lateral, se realiza taponamiento nasal con gasa furacinada.

El paciente termina la intervención en buenas condiciones, sangrado aproximado 1,600 cm., c.c.

OBSERVACIONES:

El paciente hasta la fecha no ha presentado recidiva de la tumoración.

CASO No. 2:

Sexo: Masculino
Edad: 6 años
Escolaridad: Primaria

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Padres, abuelos, tíos, primos y colaterales sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Producto del segundo embarazo, con gestación de nueve meses, parto eutócico, atendido con atención empírica, lloró y respiró inmediatamente al nacer.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Sarampión a los 6 meses de edad, posible parasitosis y cuadros diarreicos ocasionales.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Lo inicia hace 4 años y medio, con aumento de volumen a nivel mandibular derecho, duro, de crecimiento lento y sin manifestaciones dolorosas. La masticación a podido efectuarse sin problema aparente. Localmente ha excepción del incremento de tamaño de la lesión no se ha percibido cambio alguno, aparentemente no ha habido ataque al estado general ya que no se refieren antecedentes de fiebre, hiporexia, astenia o pérdida de peso.

EXPLORACION ORAL:

A nivel de cuerpo mandibular derecho se

aprecia un aumento de volumen mas o -
 menos circunscrito de unos 4 cm. de diá-
 metro esferoidal, sin coloración caracte-
 rística. Intrabucalmente se aprecia ausen-
 cia del surco vestibular inferior sin duda
 por presión de la tumoración contra las -
 superficies mucosas de esa zona pero sin
 ninguna coloración o textura característica
 sugestiva. La lesión se aprecia dura, a
 expensas de tejido óseo sin resistencia --
 en ningún punto ni sensación de crepita- -
 ción.

DIAGNOSTICO:

Displasia Fibrosa Monostótica Mandibular.

DATOS RADIOLOGICOS:

Se les solicita rayos X de mandíbula. El-
 estudio radiológico nos muestra una tumo-
 ración sobre rama ascendente y horizon-
 tal de la mandíbula en el lado derecho, -
 esta tumoración expande el hueso rechaza
 directamente hacia la línea media las pie-
 zas dentarias.

R. X., laterales para mandíbula ambos la-
 dos.

P. A.

Hirts.

R. X., de huesos largos.

Tórax:

Se aprecia deformidad en porción horizontal y ascendente derecho de la mandíbula por proceso ocupativo al parecer quístico y que existe mínimo o nula trabeculación en su seno, con expansión de cortical sin destruirla, desplazamiento hacia dentro de todas las piezas dentarias, en las cuales aparentemente no existe destrucción.

Miembros pélvicos, miembros torácico y tórax, dentro de lo normal.

EXAMENES HISTOLOGICOS:

Descripción de los caracteres microscópicos.

Las preparaciones histológicas muestran fragmentos de tejidos constituidos por células fusiformes con citoplasma eosinófilo núcleo alargado los cuales se disponen en haces que se entrecruzan en diversas direcciones, no hay figuras atípicas; este tejido circunda espículas óseas y focos de calcificación; hay además en el seno del tejido células gigantes con 8-12 núcleos y tejido conjuntivo laxo así como vasos sanguíneos de pequeño tamaño.

Descripción de los caracteres Macroscópicos.

Se recibe pieza quirúrgica producto de la

hemimandibulectomía derecha, la pieza -- mide 9 x 4. 5x4.5 cm., en la superficie externa la coloración es rojiza mullilobu-
lada, en borde gingival se observan cua-- tro piezas dentarias de aspecto normal y en la cara interna se identifican algunos -
dientes los cuales estan haciendo erupción del mismo hueso, éste se encuentra defor-
mado a expensas de neoformación de cre-
cimiento hacia afuera de la cara externa - que se encuentra en consistencia petrea. A los cortes seriados la superficie esta limi-
tada por una delgada capa de hueso; el -- resto está formado por tejido de color -
blanquecino con consistencia blanda y as-- pecto fibroso.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO:

Displasia Fibrosa.

TRATAMIENTO:

Hemiresección de mandíbula.

PRONOSTICO:

Favorable para la vida y reservado para -
la estética y función masticatoria.

NOTA OPERATORIA:

Bajo anestesia general por intubación -
nasotraqueal.

Asepsia y antisepsia y colocación de campos de la manera habitual se procedio a realizar la intervención ya programada.

Se practicó una incisión siguiendo el contorno del borde mandibular y aproximadamente a 1 cm. por debajo del mismo y 3 cm., hacia la izquierda de la línea media extendiéndose hacia el ángulo mandibular derecho. Se continua la disección ligándose la arteria y venas faciales, hasta llegar al cuerpo mandibular que se encontro expandido hacia ambos lados, también se hizo desincersión del masetero y pterigoideos derechos. Con legra se disecó hasta llegar a los cuellos dentarios por cara externa e interna del cuerpo mandibular. Se extrajo el incisivo central inferior izquierdo ya que a ese nivel y en dirección vertical se secciono todo el espesor del cuerpo mandibular. Se ligaron los vasos dentarios inferiores y una vez seccionados, se elimino la inserción del músculo temporal y del pterigoideo externo. Desarticulando la mitad derecha seccionada de la mandíbula. Se colocó un alambre de Kirsner con una asa redondeada que ocupó la cavidad glenoidea y se contorneo según la forma del cuerpo mandibular. Se insertó el extremo anterior en una perforación hecha en la mitad izquierda del cuerpo mandibular. Se suturó la mucosa bucal mediante puntos continuos de catgut crómico 3-0 y la herida externa se suturó por planos con puntos aislados -

también de cat gut crómico 3-0. La piel se suturó con puntos aislados de dermalón 5-0. Se colocó -- dentro de la herida una canalización de penrosse.

Durante el procedimiento se transfundieron 450 ml. de sangre total, estimándose la pérdida de igual -- cantidad.

OBSERVACIONES:

El paciente evoluciona favorablemente a la cicatri-- zación y sin complicaciones postoperatorias.

1977

CASO No. 3:

Sexo: Femenino.

Edad: 8 años.

Escolaridad: Primaria.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Padres, abuelos, tíos, primos y colaterales sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Producto del primer embarazo de transcurso normal, parto atendido en un medio hospitalario, lloró y respiró al nacer, no refiere cianosis ni hictoria.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Bronquitis y hepatitis, se le han practicado dos odontectomías la última se realizó hace dos semanas aproximadamente, sin ninguna complicación aparente, se niega antecedentes de otra índole patológica.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Refiere el padre de la paciente que hace aproximadamente un mes observaron aumento de volumen en la región submaxilar derecha de consistencia dura que no presentaba dolor a la palpación, relata el padre que desde su descubrimiento no ha habido crecimiento, únicamente han observado desviación de los incisivos inferiores

hacia un lado, informa que hace un mes - le fue extraído órgano dentario en la zona donde presentaba aumento de volumen este fue extraído por haber presentado absceso mismo que desapareció al practicarle la - odontoeconomía. Sigue presentando el aumento de volumen de consistencia dura en la región derecha de la mandíbula y se extiende hasta el piso de la boca.

EXPLORACION ORAL:

Se observa aumento de volumen en mandíbula del lado derecho que abarca desde -- molares del lado correspondiente hasta región incisiva casi en su totalidad, por vestibular el aumento se hace más pronunciado a nivel de premolares y por lingual el aumento se prolonga hasta abarcar casi - en su totalidad el piso de la boca del lado derecho, el aumento en su totalidad es de consistencia dura y presenta desviación de incisivos inferiores.

DIAGNOSTICO:

Displasia Fibrosa Monostótica de la Man -
díbula.

DATOS RADIOLOGICOS:

R. X. de cara y de cráneo. A.P. y late -
ral con técnica de mandíbula. Se corro -
bora la existencia de tumoración de la -
mandíbula en la región paramentoniana, de

tipo expansivo, limitado por las corticales de los bordes superior e inferior, multiloculada y circunscrita por moderada esclerosis, dando imagen radiolucida; a luxado los órganos dentario inferiores, no hay calcificaciones en su interior, niveles hidroaéreos, ni órganos dentarios.

La tumoración de la mandíbula es radiológicamente benigna.

EXAMENES HISTOLOGICOS:

Descripción de los Caracteres Macroscópicos.

Para el estudio transoperatorio se reciben varios fragmentos irregulares de tejido rosado blanquecino, miden en conjunto 2x1x0.2, cm. Fue reportado como benigno.

Descripción de los Caracteres Microscópicos.

Se trata de una neoformación a base de tejido conjuntivo como abundante formación de hueso travecular, con escaso cartílago y numerosas calcificaciones, le acompaña también buen número de células gigantes multinucleadas.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO:

Imagen compatible con displasia fibrosa

TRATAMIENTO:

Resección parcial de la mandíbula.

PRONOSTICO:

Favorable para la vida y reservado para la estética y función masticatoria.

NOTA OPERATORIA:

Bajo anestesia general por intubación nasotraqueal.

Asepsia y antisepsia de la región y colocación de campos de la forma habitual se procedió a realizar la intervención ya programada.

Se infiltra Xilocaína con epinefrina en el área mentoniana y tejidos blandos con el fin de prevenir hemorragia. Pasando 5 minutos se incide a nivel de cuellos dentarios contorneados de malar a primeros molares inferiores.

Con legra separamos colgajo mucoperiostico hasta descubrir tejido tumoral, el cual se encuentra en todo el espesor de la mandíbula a excepción de pequeña franja ósea a nivel del borde cervical.

Se extirpa tumor y se legra la cavidad tumoral respetando en cuanto fuera posible tejido óseo, el cual en el período final de la operación se fractura a nivel mentoniano pero decidimos nuevamente respetar este tejido.

Se coloca alambre de tipo Gilmer para -
mantener cerrada la boca y que posible- -
mente osifique a nivel mandibular.

Se dejó contorneado el mentón lo cual es
importantísimo ya que de extirpar en blo-
que la porción mentoniana significa proble
mas de forma estética.

OBSERVACIONES:

La paciente evoluciona favorablemente a -
la cicatrización y no tenido recidiva.

1978

CASO No. 4:

Sexo: Masculino.

Edad: 7 años

Escolaridad: Primaria.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Padres, hermanos, tíos, primos, abuelos y colaterales sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Producto del sexto embarazo de curso normal con atención médica natal y prenatal, lloró y respiró espontáneamente, no presentó cianosis, convulsiones, hemorragia, hictérica, se ignora peso de nacimiento.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Cuadro de diarreas pasajeras ocasionalmente, cuadros febriles ocasionales probablemente por faringitis, controlados con penicilina. Traumatismos, quirúrgicos, transfuncionales y alérgicos negativos.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Aumento de volumen en región geneana y geneana y mejilla izquierda apareció aproximadamente hace dos meses, sin causa aparente que fue progresando hasta la casi totalidad de hemicara izquierda

acompañada de dolor importante. Desde entonces ha ido progresando hasta la actualidad, aumentando también y persistiendo el dolor.

EXPLORACION:

A nivel de la región geniana izquierda se encuentra tumoración de aproximadamente un centímetro de diámetro, duro y doloroso a la palpación y presión y que está fijo a planos profundos. Existe además ligero aumento de volumen en la mejilla -- del mismo lado, por el lado de la mucosa bucal solo se aprecia discretamente hipertemia a ese nivel.

DIAGNOSTICO:

Displasia Fibrosa del Maxilar izquierdo.

DATOS RADIOLOGICOS:

R.X. de Cráneo, A.P. y lateral izquierda y en posición para senos paranasales.

El estudio radiológico demuestra opacidad del seno maxilar izquierdo con una imagen irregularmente circular de aproximadamente 2x2 cm., superpuesta en el borde externo del antro, de apariencia ósea y densidad casi uniforme puesto que se alcanza a ver algo de radiotransparencia en su interior. Tórax radiológicamente -- normal.

EXAMENES HISTOLOGICOS:

Descripción de los Caracteres Microscópi

cos. En los diversos cortes estudiados se identifican estructuras que corresponden a hueso el cual muestra extensas áreas de infiltración y sustitución por tejido conjuntivo fibroso con marcada proliferación de vasos capilares y focos de inflamación a base de linfocitos, monocitos, y células plasmáticas, en algunas zonas se observan células gigantes que corresponden a osteoblastos.

Descripción de los Caracteres Macroscópicos.

Se reciben 4 fragmentos de tejido de aspecto óseo. Tres de ellos escamosos de aproximadamente 1.5x1.5x5 cm., de diámetro. El cuarto de forma ovoide irregular de 2.5x2x2, cm., de color café, superficie lobulada y bastante irregular. Al corte muestra menor consistencia y una coloración rosada.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO:

Displasia Fibrosa.

TRATAMIENTO:

Maxilectomía parcial izquierda.

PRONOSTICO:

Favorable para la vida y reservado para la estética y la función masticatoria.

NOTA OPERATORIA:

Bajo anestesia general por intubación con hipotermia.

Asepsia y antisepsia y colocación de cam-

pos de la manera habitual se procedio a -
realizar intervención ya programada.

Se practicó incisión por rinotomía lateral
izquierda y en Z en el labio superior has_
ta hueso.

Con legras adecuadas se separó periostio
con cincel y cucharillas, se extirpo por -
completo el maxilar superior izquierdo.

Con disector y legra se disecó la mucosa
del paladar duro y blando izquierdo.

Se dejaron los incisivos.

Se suturó por planos, en la piel se suturó
con dermalón y la mucosa del paladar con
catgut crómico 0-0.

Se deajo taponamiento con gasa yodo-forma
da y cloramenicol-hidro cortisona, dejando
el extremo proximal por la fosa nasal iz-
quierda.

Sangrado aproximadamente 800 ml.

OBSERVACIONES:

El paciente evoluciona favorablemente a -
la cicatrización y no tiene complicaciones
post-operatoria.

1971

CASO No. 5

Sexo: Masculino.
Edad: 13 años.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Padres, abuelos, tíos primos y colaterales sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Producto de gesta III de curso normal, controlada médicamente, peso al nacer 3.700 Kg.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Se le extirpó quirúrgicamente en su clínica de una tumoración descrita como pólipos nasal hace tres meses.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Presenta tumoración en la fosa nasal derecha la cual fue extirpado quirúrgicamente hace tres meses, resultado histológicamente tumor de células gigantes, el cual nuevamente se encuentra presente en fosa nasal derecha, produciendo obstrucción respiratoria por ese conducto.

EXPLORACION:

Se encuentra la mucosa de la fosa nasal derecha, hiperhémica y con abundante secreción hialino-hemático, parece apreciar

se una tumoración al contacto friable - - como de 1x1 cm; con base en la cara externa de la fosa nasal derecha, haciendo discreta compresión sobre la órbita del lado derecho.

DIAGNOSTICO:

Displasia Fibrosa.

DATOS RADIOLOGICOS:

- 1.- Placa Lateral de Cráneo.
- 2.- Senos Paranasales.
- 3.- Hirtz.
- 4.- Topografía de Seno Maxilar Derecho.

Se observa que la tumoración ocupa en su totalidad la fosa nasal derecha destruyendo el tabique por un lado y por el otro la cara interna de la órbita introduciéndose al parecer al seno maxilar derecho con un diámetro de dicha tumoración de aproximadamente 2.5 cm., no altera el paladar óseo y al parecer también afecta los senos etmoidales derechos.

EXAMENES HISTOLOGICOS:

Descripción de los caracteres microscópicos.

Se observa epitelio cilíndrico alto ciliado que en algunos sitios se transforma en cúbico rojo, por debajo del mismo existen acúmulo de glándulas y focos de infiltrado inflamatorio de tipo linfoplasmacitario, así mismo se visualiza marcada proliferación de tejido conjuntivo fibroso que se dispone

en remolinos con extrema laxo y edematoso, se observa también extensas zonas de trabéculas óseas calcificadas e infiltradas por la proliferación del tejido conjuntivo - descrito.

Descripción de los caracteres macroscópicos.

Se reciben varios fragmentos de tejido de forma y superficie irregular que miden -- en conjunto 7x5x1 cm. son de color rojo - grisáceo, consistencia blanda en su mayor parte, se identifica un pequeño fragmento de hueso.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO:

Displasia Fibrosa.

TRATAMIENTO:

Maxilectomía Parcial Derecha.

PRONOSTICO:

Favorable a la vida y reservado para la estética y función masticatoria.

NOTA OPERATORIA:

Bajo anestesia general, previa venodisección en tobillo derecho.

Asepsia y antisepsia y colocación de campos de manera habitual se procedió a realizar intervención ya programada.

Se infiltró xilocaina con epinefrina al 2% para prevenir hemorragia.

Se practicó incisión para rinotomía lateral derecha.

Se hizo despegamiento de planos blandos y hemostásica de vasos sangrantes.

Se extirpó cara anterior del maxilar partiendo del surco piriforme, también se hizo la disección de la tumoración y extirpación de la misma en su totalidad, incluyendo parte externa del laberinto etmoidal y piso de la órbita quitando parte de su pared interna.

Se hizo taponamiento de gelfoan del contenido orbitario y de gasa furacinada en la cavidad del maxilar, sacándola por narina derecha.

Se suturó por planos la herida con catgut y seda.

Se puso apósito y vendaje.

Durante el trans-operatorio se calcula el sangrado en 80 ml; los cuales son restituidos con sangre total.

OBSERVACIONES:

Después de tres años de haber sido intervenido sufrió traumatismo craneoencefálico, el cual le produjo recidiva de la displasia fibrosa.

Se le vuelve a internar para intervenirlo nuevamente con el mismo tratamiento de su enfermedad pasada (Maxilectomía parcial derecha).

CASO No. 6:

Sexo: Femenino.
Edad: 10 años
Escolaridad: Primaria.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Padres, hermanos, abuelos, tíos, primos y colaterales sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Sin complicaciones durante el embarazo, - con ruptura espontánea de membranas, -- parto espontáneo, con duración de seis horas en clínica particular, respiró y lloró al nacer.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

No ha padecido enfermedades propias de la infancia, niega antecedentes alérgicos, transfuncionales y traumáticos.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Inicia el padecimiento hace aproximadamente tres años con aumento de volumen localizado en maxilar izquierdo, duro, doloroso, inicia tratamiento con médico familiar el cual prescribe ampicilina, aplicación de compresas húmedo-calientes en la región afectada durante cuatro meses sin notar mejoría.

Se remitió al servicio de odontología, donde se estableció diagnóstico de absceso dentífero por lo que se le practicaron odontectomía total de órganos dentarios -

temporales por presentar lesiones cario--
sas profundas y extensas pensando que pu
dieran ser la causa del absceso diagnosti-
cado. El aumento de volumen persistió.

Se deriva al servicio de Otorrinolaringolo
gía, donde le practicaron intervención el
23 de abril, para efectuar escisión de --
quiste maxilar. Se envía a histopatología
sin tener resultado hasta la fecha. Hace -
aproximadamente un año presenta residiva
de forma aparatosa del mencionado aumen
to de volumen.

Actualmente existe aumento de volumen en
región maxilar superior, duro y sumamen
te doloroso.

EXPLORACION ORAL:

Se nota aumento de volumen a nivel del -
canino superior izquierdo de aproximada--
mente tres centímetros de diámetro, de -
consistencia dura de coloración igual que
el resto de la mucosa, doloroso a la pal-
pación y de forma alargada.

DIAGNOSTICO:

Displasia Fibrosa del maxilar superior --
izquierdo.

DATOS RADIOLOGICOS:

1. - Waters para senos maxilares.
2. - P. A. de cráneo.

En la proyección de waters unicamente -
nos llama la atención que existe opacidad
a nivel de antro-maxilar izquierdo, sin -
embargo no observamos datos que apoyen

el diagnóstico propuesto. En la proyección de cráneo; tampoco observamos alteraciones.

EXAMENES HISTOLOGICOS:

1. - Descripción de los caracteres microscópicos:

En las preparaciones examinadas se aprecia tejido óseo con fibrosis de la médula ósea, las espículas son irregulares en forma y tamaño.

2. - Descripción de los caracteres macroscópicos.

Múltiples esquirlas óseas es compactible con la Displasia Fibrosa.

TRATAMIENTO:

Remodelación del maxilar superior.

PRONOSTICO:

Favorable.

NOTA OPERATORIA:

Bajo anestesia general por intubación nasotraqueal. Asepsia y antisepsia y colocación de campos de la manera habitual se procedió a realizar intervención ya programada.

Se infiltró Xilocaina al 2% en la región a intervenir para prevenir hemorragia.

Se realizó incisión sobre fondo de saco vestibular, de incisivo central a primer -

molar temporal superior izquierdo.

Se levantó colgajo hasta nivel de agujero infraorbitario. Se realizó ostiotomía - - con cincel y martillo y se odontectomiza - el canino permanente.

Se cohibe hemorragia con cara para hueso.

Se termina la intervención suturando la -- herida con crómico 3-0.

OBSERVACIONES:

La paciente regreso a los ocho meses - - después de ser operada, presentando las - mismas características de su enfermedad pasada por lo cual se le programa para - realizarle resección de antromaxilar.

1978.

CONCLUSIONES

La Displasia Fibrosa es una enfermedad - que desde hace mucho tiempo atrás ha venido pre-- sentando serios problemas a la integridad de los te-- jidos, así como a la función masticatoria como a - la función estética facial.

Actualmente se cuentan con muchas inves-- tigungen las cuales no han aportado los conociem-- tos suficientes para aclarar su etiología y estable-- cer una terapéutica de forma adecuada para la con-- servación de un buen funcionamiento de la cavidad - oral.

De acuerdo a las estadísticas anteriormen-- te mencionadas se puede concluir que:

La Displasia Fibrosa es una entidad pato-- lógica que no tiene predilección por ningún sexo, va a ser igual tanto para el sexo masculino como para el sexo femenino.

El 80% de estos trastornos óseos se pre-- sentan antes de los 10 años y un 20% se presentan-- después de los 10 años. Raramente se va a presen-- tar en la edad adulta.

También podemos observar o deducir que la Displasia Fibrosa tiene predilección por la man-- díbula que por la maxila.

Esta enfermedad tiene un 65% de recidiva esto se ha observado cuando se hace la remodela-- ción ósea.

De tal manera el odontólogo deberá estar-preparado tanto moralmente como científicamente y obligado siempre a realizar una labor positiva de -educación dental para que de esta manera se pueda prolongar y mejorar su salud dental, y también así de una forma principal a diagnosticar y prevenir --correctamente estos trastornos óseos ya que si de-una manera u otra se llegara a equivocarse con el diagnóstico y le terapéutica se ayudará a esta enfer-medad a deformar y destruir la cavidad oral, y es probable que también se provocara un trastorno --óseo benigno sufriendo de tal forma una transforma-ción maligna.

BIBLIOGRAFIA

1. - ALBRIGHT, F., et al.
SYNDROME CHARACTERIZED BY OSTEITIS -
FIBROSA DISSEMINATA, AREAS OF POGMENTA
TION AND ENDOCRINE DYSFUNCTION, WITH
PRECOCIOUS PUBERTY IN FEMALES.
Report of five cases.
New Eng. J. Med. 216: - 1971.
2. - BARROS, R.E., et al.
DISPLASIA FIBROSA MONOSTOTICA, FIBROMA
OSIFICANTE Y CEMENTOMA REV.
Asoc. Odont. Argent. 52: - 1964.
3. - BHASKAR, S. N., et al.
PATOLOGIA BUCAL, 2a. Edición.
Editorial El Ateneo.
Buenos Aires - 1974.
4. - CANCIANO R. D. D. S., et al.
MANIFESTACIONES CLINICAS Y RADIOLOGICAS
DE LESIONES FIBRO OSEAS DE LOS MAXILA-
RES.
Hospital Lincoln, Bronx.
Journal of Oral Surgery.
No. 2. Dic. 1971.
5. - CHANGUS, G.W.
OSTEOBLASTIC HIPERPLASIA OF BONE: A HIS-
TOCHEMICAL APPRAISAL OF BONE, CANCER.
No. 10: - 1957.

- 6.- CHAOS DE LA FUENTE A., et al.
DISPLASIA FIBROSA.
Facultad de Medicina de Madrid.
Revista Clínica Española. No. 2 - 14 de
abril de 1971.
- 7.- CONTRERAS F., et al.
DISPLASIA FIBROSA.
Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social
La Paz. Madrid España.
Servicio de Anatomía Patológica.
No. 4. - 30 de Nov. 1969.
- 8.- DAHLGREN E. S. LIND O. P. et al.
DISPLASIA FIBROSA DE LOS HUESOS DE
LOS MAXILARES.
Un estudio Clínico, Radiológico e Histopatológico.
Departamento de Patología e Histopatología
Oral. Estocolmo, Suecia.
No. 68: - 1969
- 9.- DABSKA MARIA Y BURACZENSKI J.
TRANSFORMACION MALIGNA DE DISPLASIA
FIBROSA DE HUESO.
Departamento de Patología y Radiodiagnóstico.
Instituto de Oncología. Warsaw.
No. 1. - 1972.
- 10.- EPKEN B.N.
DISPLASIA FIBROSA DE HUESO.
British Medical Journal.
No. 2. - Marzo 1971.
- 11.- GILMORE H. WILSON.
CIRUGIA DENTAL.
Editorial, Interamericana, México - 1976

12. - GORLIN J. R. D. D. S. M.S. GOLDMAN
M. H. M. D.
PATOLOGIA ORAL
4a. Edición
Editorial Salvat. 1975.
13. - HARRISON, et al.
MEDICINA INTERNA. 5a. Edición.
Editorial: Interamericana, S.A.
México - 1979.
14. - HAYWARD R. J. AN ARPAN MICH. MELAR --
KEY W. D. MEGQUIER J.
DISPLASIA FIBROSA DEL MAXILAR.
Journal of Oral Surgery.
No. 2 - Agosto 1973.
15. - KRUGER GUSTAV. O.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL. 2a. Edición.
Editorial: Interamericana, S.A.
México - 1975.
16. - LICHTENSTEIN. L. AND JAFFEZ H. L.
FIBROUS DYSPLASIA OF BONE: a Condition -
Affecting one, Several or Many Bones, the --
Graver Cases of which may present abnormal
pigmentation of askin, premature sexual deve -
lopment, hiperthy roidsmor still other extras -
keletal abnormilites, arch. path. (Chicago) -
No. 33 - 1942.
17. - LENDI LUC. M. D.
DISPLASIA FIBROSA DE HUESO.
Dep. de Pediatria Algemeen Ziekenhais Oly.
Bélgica. Journal of Pediatrics. No.6. -Dic.1977

18. - ROBBINS L. STANLEY
PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL.
2a. Edición.
Editorial: Interamericana
1975.
19. - SMITH IAN B. D. S. SCHMAMAN A. M. B.
LESIONES FIBRO-OSEAS BENIGNAS DE
MAXILAR Y MANDIBULA.
South African Medical Journal.
No. 2. - Dic. 1970.
20. - WUCHERMANN H. ARTHUR, et al.
RADIOLOGIA DENTAL. 2a. Edición.
Editorial Salvat Editores, S. A.
Barcelona - 1975
21. - ZEGARELLI V. EDWARD, et al.
DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.
Editorial Salvat Editores, S. A.
Barcelona - 1977.
22. - ZIMMERMAN, D. C., et al.
FIBROUS DYSPLASIA OF THE MAXILLA
AND MANDIBLE.
Oral Surg. Oral Med. Oral Path.
No. 11 - 1958.