

14
24 870122

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FOLIO DE ORIGEN

Fibroma Desmoplástico y Diagnóstico Diferencial con otras Lesiones Osteofibrosas de los Maxilares.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

ADRIANA MAYELA BOVE SEVILLA

Asesor: Dr. Mario Alberto Gómez del Río

GUADALAJARA, JAL.

1987



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 está 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.

I N T R O D U C C I O N .

INTRODUCCION.

Existe una gran variedad de neoplasias benignas y - malignas que afectan los maxilares y tejidos vecinos. Es bien sabido que el tratamiento conservador esta indicado en la mayoría de los tumores benignos, y el radical en - los malignos. Sin embargo existen neoplasias benignas - como el FIBROMA DESMOPLASTICO, que son consideradas por - su comportamiento clínico como localmente malignas, e -- inclusive el diagnóstico diferencial con el fibrosarcoma es muy discutido y requiere de una gran experiencia por - parte del patólogo y cirujano, porque si el tratamiento - es radical en ambos, el segundo va seguido de terapia -- concomitante y es posible la metástasis. En las neoplasias benignas que afectan los maxilares y que son suma-- mente agresivas e infiltrantes es bien importante practi-- car el tratamiento indicado, ya que como bien se sabe -- aunque todavía de gran controversia, que las recidivas - por falta de terapia radical, en el caso de FIBROMA DES-- MOPLASTICO, puede ocasionar su malignización.

Jaffe, en 1958, primero reportó la ocurrencia de -- FIBROMA DESMOPLASTICO en hueso y presentó una serie de 5 casos involucrando la tibia, escapula y fémur.

Whiteside y Ackerman, describieron 3 casos en la --
cabeza del humero, el cuello del humero, y el ilium.

En 1963 Scheer y Kuhlman reportaron la lesión en la
tercera vertebra lumbar de un niño de 11 años.

Cuando Jaffe descubrió el FIBROMA DESMOPLASTICO de-
hueso el era algo especffico a cerca de su criterio his-
topatológico. El señaló que el tumor se asemejó bastan-
te al tumor desmoide de tejido suave y estaba compuesto-
de fibrolastos pequeños y discretos colocados en una ma-
triz colágena abundante.

El primer reporte describiendo un fibroma desmoplás-
tico ocurriendo en los huesos maxilares fue publicado en
1965 por Griffth e Irby.

CAPITULO I

" GENERALIDADES SOBRE LA ANATOMIA DE
LOS MAXILARES Y COMPONENTES HISTOLOG
GICOS DE FORMACION. "

CAPITULO I

" GENERALIDADES SOBRE LA ANATOMIA DE LOS MAXILARES Y COMPONENTES HISTOLOGICOS DE FORMACION. "

La cara se divide en dos porciones llamadas mandíbulas: mandíbula superior o maxila y maxilar inferior - o mandíbula.

Los dos maxilares superiores forman el esqueleto - de la cara entre la boca y los ojos; ayudan a formar - las paredes de la cavidad nasal, el suelo de la órbita, y el techo de la boca. Este hueso de la cara consiste en un cuerpo hueco, la apófisis piramidal, ascendente - y palatina, y el borde alveolar.

La mandíbula es un hueso fuerte en el que se inser tan los músculos masticadores y; móvil articulado con el temporal a nivel de la articulación temporomandibular. Su forma consiste en un cuerpo horizontal en forma de arco gótico, en su vértice queda la barbilla o mentón, y de sus dos extremos se proyectan verticalmente las ramas de la mandíbula.

MAXILA.-

Los maxilares son los huesos más largos en la cara exceptuando la mandíbula, y por su unión forman toda la mandíbula superior; ellos también entran en la formación de las fosas intratemporal y pterigopalatina, y -- las fisuras orbital inferior y pterigomaxilar. (23)

Este hueso es el más importante de los huesos del macizo facial; está situado en el centro de la cara, y presta a las piezas dentarias superiores sus correspondientes puntos de implantación.

El maxilar superior se articula con nueve huesos - de los cuales dos corresponden al cráneo y siete a la - cara, y son: el frontal, el etmoides, el maxilar superior del lado opuesto, el pómullo, el unguis, el hueso - propio de la nariz, el vómer, la concha inferior y el - palatino. En ciertos casos raros se articula también, - a nivel del borde inferoexterno de la órbita, con el -- ala mayor del esfenoides. (21)

El cuerpo es piramidal y tiene cuatro caras-ante- - rior, infratemporal (o posterior), orbital y nasal -- el cual encierra una larga cavidad y es el seno maxi- - lar.

En su cara anterior o facial, en su parte inferior tiene un número de elevaciones pequeñas, las cuales sobrepone las raíces de los dientes superiores. Sobre las elevaciones de los dientes incisivos hay una pequeña depresión, la fosa incisiva, la cual da origen al septo depresor. (23)

Lateral a la fosa incisiva hay una depresión más larga y más profunda, llamada la fosa canina; está separada de la fosa incisiva por la eminencia canina. Sobre la fosa canina está el forámen infraorbitario, la porción anterior del canal infraorbitario. (23)

En la porción interna se encuentra la espina nasal anterior que se continúa inferiormente con el borde alveolar. (21)

La cara posterior o infratemporal presenta los agujeros dentarios posteriores. En la parte más baja y posterior de ésta cara hay una eminencia redonda, la tuberosidad maxilar, la cual es rugosa en la parte superior de su aspecto medio donde se articula con el proceso piramidal del hueso palatino. (23)

La cara superior u orbitaria es suave y triangular

y forma parte del piso de la orbita. Se encuentra en ella un canal anteroposterior, el canal suborbitario. -
(21)

La cara nasal se une hacia abajo con la apófisis palatina.

La apófisis palatina aplanada de arriba abajo y de forma cuadrilátera, debemos considerar en ella dos caras y cuatro bordes. Su cara superior, plana y lisa, forma parte del suelo de las fosas nasales. Su cara inferior, considerablemente rugosa y sembrada de pequeños orificios vasculares entra en gran parte en la constitución de la bóveda palatina. (5)

Presenta en su borde interno y un poco por detrás de la espina nasal, como un conducto vertical, que por debajo degenera en simple canal: es el conducto palatino anterior, por el cual pasan el nervio esfenopalatino interno y una rama arterial de la esfenopalatina. -
(21)

La apófisis ascendente delgada se eleva entre los huesos propios de la nariz y el unguis para articularse con la apófisis orbitaria interna del frontal. (13)

Arranca del ángulo anteriosuperior de la cara externa de la cresta, cara facial y presenta en su cara externa la cresta lagrimal anterior que limita posteriormente el canal lacrimonasal, completado por el unguis. (5)

Existe en este hueso una profunda cavidad que ocupa casi toda su masa, cavidad que disminuye mucho su peso, con la circunstancia favorable de disminuir muy poco su resistencia: el seno maxilar. (21)

Es una amplia cavidad excavada en el cuerpo del maxilar superior. La base o tabique intersinusal presente, a nivel del meato medio, el orificio de comunicación con las fosas nasales. (5)

MANDIBULA.-

Situado a la vez en la parte inferior y posterior de la cara, el maxilar inferior o mandíbula es un hueso impar, central y simétrico, que constituye por sí solo la mandíbula inferior. (21)

La cara anterior presenta en su parte media una línea vertical, indicio de la soldadura de las dos mi-

tades del hueso: llámese sínfisis mentoniana. (21)

Inmediatamente por fuera de la sínfisis se aprecia la fosita sublingual donde se aloja la glándula del mismo nombre; debajo de la línea milohidea se observa la fosita submaxilar, que se extiende hacia la rama del maxilar y aloja la glándula salival del mismo nombre. (13)

Aproximadamente a nivel del segundo premolar, se encuentra un orificio circular, el agujero mentoniano, por el cual pasan el nervio y los vasos mentonianos. (21)

La cara posterior del cuerpo de la mandíbula presenta en la línea media cuatro pequeñas eminencias designadas con el nombre de apófisis geni. (21)

En el borde superior o alveolar del maxilar inferior se encuentran distintas cavidades, en las que se alojan las raíces de las piezas dentarias llamadas alveolos dentarios. (21)

De cada lado de la eminencia mentoniana parte una línea saliente, línea oblicua externa del maxilar, prestando inserción a los músculos triangular de los labios, cuadrado de la barba y cutáneo. (21)

La línea oblicua externa parte del tubérculo mentoniano y es más notable hacia atrás, donde se continúa con el borde anterior de la rama del maxilar, además, señala el límite inferior de la mucosa adosada al hueso. (13)

La línea oblicua interna o milohioidea vá a confundirse por detrás con el borde anterior de la rama, lo mismo que la oblicua externa. (21)

El conducto dentario inferior nace en el orificio de la cara interna de la rama ascendente y atraviesa el cuerpo del hueso en dirección oblicua hacia abajo y adelante hasta la región de los premolares, donde se bifurca en un conducto mentoniano y otro incisivo. (5)

Una laminilla delgada, llamada llingula o espina de Spix, cubre el agujero como un escudo; por delante y abajo presta incursión al ligamento esfenomaxilar. (13)

El borde superior de las ramas lo forman dos apófisis voluminosas: una anterior, llamada apófisis coronoides; otra posterior, designada con el nombre de condilo del maxilar inferior. Estas dos apófisis están separadas por una escotadura profunda llamada escotadu-

ra sigmoidea. (21)

HISTOGENESIS.-

La osificación o formación de tejido óseo siempre se produce al diferenciarse las células indiferenciadas en osteoblastos, que sintetizan y secretan matriz ósea orgánica, la cual al poco tiempo sufre calcificación.(8)

La denominación osificación intramembranosa se debe a que la formación de los huesos comienza dentro de una placa densa mesenquimática, membranosa. Esta condensación del mesénquima se produce por división activa de las células mesenquimáticas del mesénquima y su condensación en un tejido conectivo ricamente vascularizado.(8)

En ciertas zonas del mesénquima condensado se diferencian algunas células mesenquimáticas a osteoblastos. Esta primera señal de formación de un centro de osificación se presenta como una pequeña masa densa homogénea eosinófila rodeada de osteoblastos. (8)

En el área de crecimiento óseo el mesénquima incluye células de tejido conectivo primitivo unidas entre sí por sus prolongaciones, y substancia intercelular semilf

quida que contiene delicadas fibras colágenas. (12)

La matriz recientemente formada, aún no calcificada se denomina osteoide y está compuesta por proteoglucanos y fibras de colágeno. Así, el osteoide está compuesto - por la porción orgánica de la matriz ósea sin contenido de sales minerales. (8)

Ulteriormente la matriz se calcifica por unos fenómenos de transformación que se suponen ser resultado de actividad del osteoblasto. Los minerales se depositan - en una forma ordenada como unos cristales muy pequeños - en relación íntima con las fibras de colágena. El centro de osificación crece en tamaño puesto que durante -- los posteriores depósitos en la matriz se incorporan - - osteoblastos de la capa circundante y éstos se transforman en osteocitos. (8)

El número de osteoblastos en la superficie se mantiene constante por mitosis y por formación de osteoblastos a partir de las células osteógenas dentro del tejido conectivo adyacente. (12)

Los pequeños islotes o trabéculas de tejido óseo -- recientemente formados forman una especie de tejido óseo

esponjoso con tejido conectivo ricamente vascularizado - en los espacios llamados esponjosa primitiva. (8)

Debido a la capa concéntrica irregular de osteocitos, la compacta primitiva puede presentar una semejanza superficial con los sistemas de Havers, llamados sistemas de Havers primitivos. (8)

Más tarde, parte del hueso esponjoso es substituído por hueso compacto, cuando las áreas entre las trabéculas se llenan de hueso laminar concéntrico, creándose -- así placas internas y externas. Entre las placas persiste hueso esponjoso y los espacios entre ella, las cavidades medulares primarias, están llenos de tejido conectivo con gran vascularización que poco a poco se transforma en tejido mieloide o hematopoyético. El tejido conectivo que rodea a la masa en crecimiento de hueso da origen al periostio. (12)

El resultado del proceso es la formación de un tejido óseo primitivo, vascularizado, rodeado de una membrana condensada de mesénquima vascular, que luego es - lo que se transforma en periostio. (8)

CAPITULO II

" FIBROMA DESMOPLASTICO. "

CAPITULO II

" FIBROMA DESMOPLASTICO. "

- A) CARACTERISTICAS CLINICAS.
- B) CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.
- C) CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.
- D) TRATAMIENTO.

A) CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Esta ahora bien reconocido que el fibroma desmoplás-
tico (FD) de hueso es un tumor raro primario que se se-
meja estrechamente a la fibromatosis agresiva (tumor --
desmoide) en tejido suave. (1)

Su ocurrencia como una lesión central es mucho más-
rara.

El tumor desmoide fué el término originalmente usa-
do para el fibroma duro visto en la musculatura de la --
pared abdominal. El nombre Fibroma Desmoplástico fue --
escogido para ilustrar la forma fibrosa de la lesión y -
su semejanza al tumor desmoide de tejido suave de la pa-
red abdominal. (10)

Jaffe, en 1958, fue el primero en separar el fibro-

ma desmoplástico de hueso de otras lesiones fibrosas -- centrales, como fibroma condromixoide, fibroma no osteogénico, y fibrosarcoma bien diferenciado. Específicamente, él consideró el fibroma desmoplástico de hueso -- ser un tumor benigno no común compuestos por fibroblastos pequeños. En un ambiente de material celular abundante el cual tiende a ser rico en fibras colágenas.(7)

En años recientes, un aumento de atención se le ha dado a un grupo de benignos, pero localmente agresivo, -- proliferaciones intraóseas de tejido conectivo. Por el patrón de crecimiento y características radiográficas -- alarmantes, ellos son confundidos comúnmente por malignidades. El fibroma desmoplástico de hueso es una de -- las diversas lesiones pertenecientes a éste grupo. (6)

Desde que Griffith e Irby en 1965 reportaron por -- primera vez un caso en la mandíbula, numerosos casos -- individuales han aparecido en la literatura. (1)

El primer caso de FD de hueso en la mandíbula fue visto en el Hospital General de Letterman en Agosto de 1963 en una niña Caucásica de 8 años de edad. La rareza de la lesión fue demostrada por Dahlin quien describió solamente cuatro casos, uno en la mandíbula, en una

serie de 6221 tumores de hueso. El repaso más reciente, por Sigüira, detalla un total de 50 casos. (10)

Sigüira, concluyó que el fibroma desmoplástico de hueso es un tumor de personas jóvenes (58% antes de la edad de 20 años) con una pequeña predilección masculina. Más de la mitad de sus casos ocurrieron en huesos largos; éstos estaban distribuidos parejamente entre el fémur, húmero, tibia y radio.

Como en muchos instantes, el fibroma desmoplástico aparece como una entidad definida solamente cuando es considerada con sus características radiográficas, macroscópicas. (22)

El fibroma desmoplástico es un tumor fibroso bien diferenciado con un potencial lento, pero agresivo para el crecimiento. Esta lesión, mientras es incapaz de metastasizar, puede recurrir localmente cuando es excidida incompletamente. (1)

El tumor es principalmente localizado en huesos largos, pero puede ocurrir en una amplia variedad de huesos. De acuerdo con Sigüira, casi 50% de los casos ocurrieron en el grupo de edad de 10 a 19 años. (6)

Esta lesión benigna puede comportarse de un modo -- clínicamente agresivo y, por lo tanto, puede ser difícil de diferenciarla de su contraparte maligno, fibrosarcoma de bajo grado. (1)

La apariencia macroscópica de la masa tumoral es de un tumor blanco grisáceo no encapsulado con una consistencia firme, y dura. Cuando se corta, el tumor muestra un patrón denso. No se encuentra hueso desboronado. (6)

Estos tumores eran blancos, con consistencia dura o de goma. Solamente un tumor era parcialmente suave y -- friable. Los tamaños de las lesiones eran de 1.5X2.5X - 3.0 cm. hasta 5.0 X 3.0 X 3.0 cm. (1)

Como en otros casos reportados, la queja principal -- fué hinchazón de la mandíbula, que se había notado por - 6 meses. La apariencia radiográfica, asociada con un -- diente impactado, y localización inclinan a uno hacia un diagnóstico de un tumor odontogénico con un ameloblastoma siendo la alternativa principal. (10)

Inflamación de la mandíbula fue la queja más común -- presentada, siendo presente en 21 de los 25 casos. Solamente dos pacientes se quejaban de dolor, y solamente --

dos sintieron a la lesión ser sensible a la palpación.- Tres pacientes con lesiones del ángulo de la mandíbula- presentaron queja de trismus. Una historia del trauma- previo del área involucrada fué presente en tres pacien- tes. (7)

Es un tumor central primario en el hueso, y a me- dida que crece puede destruir corteza y crecer dentro - de tejido conectivo suave. (22)

La penetración del tejido suave adyacente ha sido- encontrado en más de la mitad de los casos reportados,- Después de penetrar la corteza de la rama, el tumor se- infiltra en los músculos de la masticación con trismus- pronunciado. (6)

Su nombre es descriptivo de ambos: el carácter -- densamente fibroso del tejido lesional y las caracte- -- rísticas histológicas de bultos hipocelulares de coláge- na con un número pequeño de fibroblastos con núcleos -- delgados pequeños. (19)

La asimetría facial es el mayor y más significativo síntoma. El hueso afligido agranda y perturba el movi- miento mandibular en las etapas más tempranas de la en-



CARACTERISTICAS CLINICAS DE UN FIBROMA DESMOPLASTICO

fermedad. El tumor tiene un período latente largo. (20)

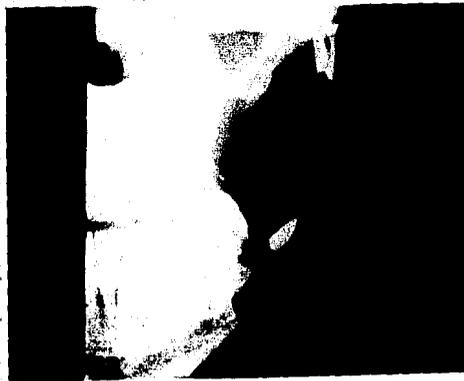
B) CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

Las características radiográficas pueden ser alarmantes con destrucción ósea sugestivo de malignidad.

La apariencia radiográfica característica de ésta enfermedad es una lesión radiolúcida definida claramente y loculada del hueso. Cuando es vista en la mandíbula, las corticales aparecen extremadamente delgadas. (20)

El área radiolúcida muestra un patrón trabeculado o panal de abejas con un borde óseo irregular y esclerótico. La corteza está adelgazada hasta la expansión del tumor. La apariencia radiológica puede fácilmente ser equivocada por una lesión maligna. (6)

Radiográficamente, el fibroma desmoplástico de hueso puede mostrar algún trabeculado sugestivo de quiste óseo aneurismático o fibroma condromixoide. La lesión es algo grande cuando es descubierta. Alguna reacción del hueso puede ser vista en la periferia del tumor. (11)



ASPECTO RADIOGRAFICO DE UN FIBROMA DESMOPLASTICO MANDIBULAR

La variante intraósea debe diferenciarse de las lesiones extraóseas capaces de erosionar dentro del hueso y producir una imagen radiográfica. (17)

C) CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Histológicamente, el fibroma desmoplástico es descrito como un tejido denso hipocelular con grandes cantidades de haces colágenos intercelulares. Raros o pequeños fibroblastos están presentes y usualmente la formación de hueso no es vista. (3)

Este tumor benigno es caracterizado por la formación de abundantes fibras colágenas por las células del tumor. El tejido es pobremente celular, y los núcleos son ovoides o elongados. La celularidad, pleomorfismo y actividad mitótica que son características del fibrosarcoma no están presentes. (6) El número y la forma de los fibroblastos depende en la localización del tumor. (20)

Se excluyeron casos donde los tumores contenían restos epiteliales odontogénicos o mostraban evidencia de hueso estromático y otra producción de tejido mineralizado.

Jaffe establece un criterio histológico estricto -- para el diagnóstico del fibroma desmoplástico, aceptando como tal solamente aquellos formados por fibroblastos -- pequeños consistentemente con núcleos ovalados normocromáticos. (6)

Histológicamente, nuestro criterio para inclusión - de éste estudio como un fibroma desmoplástico que el - - tumor deberá consistir de una lesión fibroblástica celular variable produciendo fibras colágenas maduras. (7)

D) TRATAMIENTO.-

Las características agresivas sugestionaron que el fibroma desmoplástico debería ser excisionado con un margin de tejido normal en vez de enuclearlo, el cual es el tratamiento adecuado para otros tipos de fibromas centrales. (19)

El tratamiento debería ser conservativo en las - - áreas faciales para eludir deformidad. Sin embargo, si ha ocurrido perforación dentro del tejido suave, resección amplia es requerida. (3)

La radiación es nunca indicada como tratamiento --- primario, pero ha sido usado para disminuir el crecimiento de la lesión que ha sido excidida subtotalmente. (11)

Hubo un caso atendido en Richmond, Va., por los doctores Nussbaum y colaboradores de una niña blanca de 3 años de edad con un espécimen de 10.5 X 8.7 cm., donde el único procedimiento que podría resultar en una cura del fibroma desmoplástico era la hemimandibulectomía. -- Sin inmediata reconstrucción, esto podría resultar un -- desfiguramiento tosco en la niña. El material escogido para reemplazar el defecto mandibular fue una retícula de alambre de acero inoxidable por el éxito con éste material en cirugía para cáncer. (14)

El paciente ha mantenido su habilidad para masti-- car satisfactoriamente y para llevar actividades norma-- les de un niño de su edad. Nosotros consideramos la retícula de alambre como una prótesis temporaria que será-- removida y cambiada por otro implante aloplástico o in-- jerto de hueso cuando los síntomas o patrones de creci-- miento lo indiquen. (14)

En nuestra opinión que la excisión local o intrale-- sional (curetaje completo) con posible ensanchamiento

del margen (ostectomía periférica) es el tratamiento - de elección en los estados 1 y 2 de las lesiones benia-- nas. (1)

Desde el momento que el tumor entero no puede ser - removido completamente, la posibilidad de recurrencia -- local con ésta forma de tratamiento puede existir. La - excisión marginal que remueve la lesión entera puede pre venir recurrencia en la mayor parte y porcentaje de los- casos. (1)

En su descripción original de fibroma desmoplástico Jaffe recomendó resección segmental como el tratamiento- de elección, pero también notó que si la lesión es cure- teada y hay una recurrencia, la amputación no debería -- ser indicada todavía. El dijo que el segundo tratamien- to deberá ser resección segmental o un curetaje más com- pleto. (7)

Siguira concluyó que resección ancha o curetaje com pleto seguido por un injerto de hueso constituye el me-- jor tratamiento. El observó que el curetaje simple muy- a menudo deja crecimiento persistente del tumor. Recu-- rrencia fue notada en 12 de los 50 casos que él estudió- pero ningún cambio fue visto en las características his-

tológicas de las recurrencias. (7)

Aunque histológicamente benigno, el tumor usualmente muestra comportamiento agresivo localmente y no se -- metastatiza, pero puede recurrir cuando es tratado conservativamente. (6)

CAPITULO III

" DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON OTRAS -
LESIONES FIBROSEAS. "

CAPITULO III

" DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON OTRAS LESIONES -
FIBROSEAS. "

Algunos patólogos orales incluyen el fibroma desmoplástico en el grupo de no osteogénico o en el grupo de fibromas no odontogénicos, mientras que los patólogos -- de hueso claramente consideran el fibroma desmoplástico como una entidad separada. (6) Sin embargo, la diferenciación de los tumores fibrosos similares de los huesos maxilares es algo difícil en libros recientes de diferentes opiniones sobre patología existe una clasificación a cerca del fibroma desmoplástico. (6)

El fibroma desmoplástico debe ser distinguido de -- un fibrosarcoma de bajo grado bien diferenciado o de una fibromatosis agresiva o de ambos, estas condiciones tienen una semejanza radiográfica y microscópica al fibroma desmoplástico, pero puede ser diferenciado histológicamente por tamaño, número y núcleos atípicos de las células. Una comparación deberá ser hecha porque la apariencia de estas enfermedades puede ser engañosa (20).

La fibromatosis agresiva usualmente ocurre en tejido suave; cuando ocurre en el periostio, el hueso es des

truído y esto puede ser fácilmente mal diagnosticado. -
El más apropiado curso clínico de esta enfermedad se --
vuelve un factor importante de diagnóstico. (20)

El fibroma desmoplástico de hueso debe ser diferen-
ciado del desmoide de tejido suave invadiendo hueso por
medio de hallazgos radiográficos, por tener ambos la --
misma apariencia microscópica. (14)

Los fibromas centrales odontogénicos pueden ser --
confundidos si el epitelio odontogénico no esta presen-
te. (3)

La ausencia de osteoide diferencia el tumor de - -
la displasia fibrosa. La carencia de células gigantes-
y células esponjosas distingue la lesión de los fibro--
mas no osificantes. (3) No hay metaplasia ósea co-
mo en la displasia fibrosa.

La expansión de hueso y trabeculado puede sugerir-
quiste óseo unicameral, hemangioma, fibroma condromixoi-
de, fibrosarcoma medular, ameloblastoma o granuloma - -
eosinofílico. (14) El diagnóstico diferencial histo-
patológico más difícil es el fibrosarcoma bien diferen-
ciado de bajo grado. (6)

Otras enfermedades que pueden confundir el diagnóstico incluye: quiste aneurismático de hueso, tumor de células gigantes, defecto cortical metafisario, y quiste óseo solitario. El síndrome de Gardner debe ser también considerado porque el fibroma desmoplástico de hueso y tejido suave son partes de esta entidad.

Se describen a continuación una serie de lesiones orales que principalmente tienen que estar presentes en el diagnóstico diferencial del fibroma desmoplástico.

FIBROSARCOMA.-

El fibrosarcoma es una de las neoplasias malignas de tejido conectivo más comunes, pero es un tumor raro que puede aparecer a cualquier edad más común en personas jóvenes. Esta aparición característica de los sarcomas y su mayor tendencia a metastatizar por el torrente sanguíneo y no por los linfáticos, con lo que producen focos más difundidos de proliferación tumoral secundaria, los hacen diferenciarse de las neoplasias epiteliales malignas. La mayoría de los fibrosarcomas producen infiltración local y son persistentes.

Características clínicas y radiográficas.-

" Los fibrosarcomas se manifestarán como radiolúcidos mal definidos, que pueden provocar reabsorción radicular o divergencia. " (4)

" El fibrosarcoma puede producirse en cualquier parte del cuerpo donde haya tejido madre. " (18)

" En las regiones bucales los sitios afectados con mayor frecuencia son la mejilla, el labio y los peristomios maxilares y mandíbula. Las lesiones pueden crecer lentamente o rápidamente, con intervalos de inactividad. (2)

" Este sarcoma peculiar no presenta una frecuencia elevada de metástasis. En algunos casos se observan úlceras, hemorragias e infección secundaria, pero los hallazgos más típicos son la tumefacción y deformación asimétrica. " (18)

Características histológicas:

" El fibrosarcoma se caracteriza por la proliferación de fibroblastos y la formación de fibras colágenas-

y de reticulina. " (18)

" En los fibrosarcomas bien diferenciados, los fibroblastos y sus núcleos son fusiformes, muestran muy pocas mitosis y se parecen a células normales. Las fibras colágenas pueden ser muy delgadas y delicadas o gruesas y densas." (2)

" Los fibrosarcomas menos diferenciados son más celulares, muestran numerosas mitosis y fibroblastos hiper Cromáticos de formas caprichosas. " (2)

Es frecuente encontrar dificultades en el intento de diferenciar este tumor de otras lesiones como el liposarcoma, rabdomiosarcoma y sarcoma homogéneo, pero la evaluación microscópica es necesaria para llegar a un diagnóstico definitivo.

Tratamiento.-

" La resección quirúrgica, la hemimandibulectomía o la maxilectomía parcial, incluyendo un margen de seguridad de por lo menos 3 cm. libres de tumor, es el tratamiento de elección. " (4)

El fibrosarcoma es bastante favorable en comparación con otros sarcomas, pero el fibrosarcoma central permite mejor pronóstico en los maxilares que en los otros huesos.

FIBROMA OSIFICANTE.-

Es una neoplasia asintomática y de crecimiento lento que constituye una de las lesiones osteofibrosas benignas de los maxilares que pueden diferenciarse siguiendo las líneas óseas, de cemento, o ambas.

Cuando el tumor sintetiza cemento en lugar de osteoide, la lesión se denomina cementificante. (4)

Entre las características que varían al evolucionar el tumor se encuentran estas: proporción de fibroblastos y estroma fibrilar, morfología de las células y del estroma, grado de osteogénesis activa y proporción de la masa ocupada por hueso. (15)

Características clínicas y radiográficas.-

Clínicamente, la lesión se manifiesta como un agrandamiento indoloro con expansión cortical, y la man-

díbula es afectada con mayor frecuencia que el maxilar superior. (4) La neoplasia generalmente está ubicada en el cuerpo o en la región anterior de la mandíbula o el maxilar superior y clásicamente provoca expansión - por lo general en un plano vestibular. (4)

Si se deja sin tratar el tumor puede extenderse - y traer como resultado la destrucción del maxilar y la deformación facial; y éstos pueden ser intensas.

Los datos radiográficos varían notablemente y dependen del periodo de desarrollo del tumor. " En los primeros estadíos de crecimiento la lesión puede aparecer enteramente radiolúcida; con el tiempo, el centro se vuelve progresivamente radiopaco, a medida que se elabora -- más producto calcificado. " (4)

" La lesión es unilocular, aunque también se encuentran patrones multiloculares La expansión con bordes bien definidos, es típica y en la mandíbula comúnmente se observa una expansión arqueada del borde inferior." (4)

" En las placas oclusales, la lámina cortical vestibular está aumentada de volúmen. " (4)

" El fibroma osificante puede ir acompañado por el desplazamiento evidente de los dientes o, más abajo, -- del canal mandibular o, por arriba, del suelo del an- - tro. (25)

Características histológicas.-

Los datos histológicos varían también, de acuerdo con el período de la neoplasia. " Durante sus primeros períodos, el tumor se presenta como un fibroma, entremezclado con pequeños o grandes islotes de calcificación. " (25)

" Prevalece un estroma altamente celular fibroblástico, con presencia de delicadas fibras colágenas. Los capilares transcurren a través del estroma y se observan focos de trabéculas osteoides. " (4)

" En las lesiones radiolúcidas el elemento fibroso es predominante y la matriz osteoide está poco calcificada. " (4)

" El proceso metaplástico por virtud del cual se forma hueso es característico de la lesión. " (15) A1-

madurar, las zonas de calcificación se hacen mayores - - y se juntan lo que explica el predominio de la radiopaci-
dad en las neoplasias antiguas. (25)

Tratamiento.-

La enucleación quirúrgica rara vez es seguida por -
recidiva. No obstante, se encuentra un comportamiento -
agresivo y en algunos casos se manifiestan recidivas múl-
tiples. Es éstos, puede requerirse una excisión en blo-
que para erradicar la enfermedad. (4)

. DISPLASIA FIBROSA MONOSTOTICA.-

Es un proceso displásico expansivo indoloro de teji-
do conectivo osteoprogenitor. El crecimiento lento se -
observa con progresiva deformidad facial. Este trastor-
no se caracteriza por focos de substitución fibrosa en -
el hueso. Se desconoce su etiología, pero los cambios -
anatómicos sugieren trastornos del remodelamiento normal
del hueso, con substitución progresiva del hueso reabsor-
bido por tejido fibroso y hueso entretejido malformado.

(4, 15)

Pero son datos más importantes trabéculas y masas -
de hueso membranoso escasamente formado que no posee es-

estructura laminar interna. Es interesante que en la -- displasia maxilofacial hay un engrosamiento característico de la base del cráneo. (15,18)

Características clínicas y radiográficas.-

Afecta varones algo más a menudo que mujeres y puede ocurrir en cualquier fecha entre la lactancia y la madurez, con edad media en una serie de 14 años. 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. (15,18)

La maxila está involucrada un poco más a menudo -- que la mandíbula. El cigoma y el seno maxilar son también afectados. Clínicamente la lesión crece muy despacio, finalmente causando una expansión fusiforme de la mandíbula y una asimetría facial sin hipersensibilidad. (24)

El curso usual de la displasia fibrosa es la aparición de una lesión en una persona joven, crecer despacio por una década más o menos, después de estabilizarse y despacio vuelve a lo normal. (24)

Consecuentemente, tanto la oclusión como la relación diente-mandíbula deberá ser observada cuidadosamente durante los años de crecimiento de hueso. Estas lesiones no están circunscritas, se extienden localmente hasta abarcar el seno maxilar, la apófisis cigomática y el piso de la órbita, y hasta se extiende hacia la base del cráneo. (18,24)

El aspecto radiográfico es muy variable. Cuando está afectada la mandíbula, el patrón radiográfico es más probablemente radiolúcido multiquístico o moteado. La lesión en el maxilar superior tiene una configuración monótona radiopaca en vidrio esmerilado o en cáscara de naranja. (4)

La falta de definición en los bordes de la lesión es altamente demostrativa de displasia fibrosa. Para un diagnóstico de displasia fibrosa es necesario que la radiografía muestre una zona radiopaca, difusa, granulada fina, a la que le falta una zona radiolúcida externa indicativa de una cápsula fibrosa. (4,17)

Características histológicas.-

Microscópicamente, la característica más importante

es la presencia de tejido conectivo fibroso en distintos grados de maduración. Esto significa que las lesiones pueden consistir exclusivamente en fibroblastos jóvenes en proliferación, que pueden mostrar fibroblastos y fibras colágenas, o que pueden ser predominantemente colágenas. (2)

El segundo componente es una sustancia calcificada (por lo general, hueso) cuya cantidad también varía, desde unos pocos focos aislados hasta una red densa de trabéculas. En algunas lesiones hay linfocitos esparcidos en el tejido. (2, 18)

La densidad de la lesión varía con la proporción de tejido fibroso a tejido óseo el cual se relaciona con el estado de desarrollo de la lesión. (24)

Tratamiento.-

El tratamiento debe postponerse hasta que se detenga el crecimiento de la lesión. La intervención quirúrgica antes de ello traerá como resultado una verdadera activación de la lesión. Si la lesión comienza a manifestar un potencial de crecimiento masivo, debe pensarse en su resección. En la forma corriente menos agresiva

va y común de la enfermedad, puede emprenderse el remodelado óseo con fines cosméticos, una vez que ha cesado -- su crecimiento. (4)

TUMOR DESMOIDE.-

El tumor desmoide o "DESMOMA" de tejido suave es -- una lesión rara originalmente descrita por Macfarlane -- en 1832 y nombrado por Mueller en 1838. Originalmente -- el término se refirió exclusivamente al fibroma duro vis-- to en la musculatura de la pared abdominal. En 1856 -- Paget correlacionó la apariencia histológica de estos -- fibromas con lesiones similares encontradas en otros si-- tios y en realidad eran idénticas. (11)

Los desmoides extra-abdominales han sido reportados tener una distribución amplia en el cuerpo, pero estas -- lesiones parecen tener una predilección por el hombro y -- por el brazo superior. (11)

La causa de los tumores desmoides es desconocida; -- sin embargo, las teorías más sobresalientes están rela-- cionadas con trauma como el factor precipitante. (11)

Características clínicas y radiográficas.-

La apariencia burda del tumor desmoide es un crecimiento fibroso duro no encapsulado. Puede ser o muy bien circunscrito o infiltrativo y es de una consistencia elástica. La apariencia superficial es suave o nodular, mientras la superficie cortada es usualmente blanca o grisácea con trabeculados y áreas como quísticas. (11)

Ocasionalmente la lesión penetra la aponeurosis circundante y puede invadir el peritoneo de la pared abdominal o el periostio del hueso adyacente. Cuando es visto en músculo, el tumor es ovoide con los axones largos orientados en la misma dirección como las fibras musculares. (11)

Radiográficamente, muestra algo de trabeculación sugestionando ser un quiste óseo aneurismático o un fibroma condromixoide.

La lesión es algo grande cuando se descubre; y no hay focos de metaplasia ósea. De este modo la lesión es radiolúcida con un borde esclerótico irregular. La corteza esta expandida y adelgazada desde la superficie medular y alguna reacción del hueso puede ser vista en la periferia del tumor. (11)

Los únicos síntomas del tumor desmoide son inflamación, algo de dolor, y limitación de movimiento cuando una articulación esta involucrada. (11)

Características histológicas.-

Microscópicamente el tumor desmoide está compuesto de tejido maduro fibroso con hipocelularidad en un fondo abundante de matriz colágena. Los núcleos de la célula son elongados en el axón de los haces de colágena, y tienen una estructura de cromatina de poca exactitud y descolotida pálida. Hay raras mitosis y divisiones celulares no patológicas son vistas. (11)

Los fibroblastos son pequeños y mononucleares, y ni células gigantes o depósitos de hemosiderina son encontrados en la lesión. Ni osteoide o metaplasia ósea estan presentes, lo cual diferencia el desmoide de la displasia fibrosa y de las otras lesiones fibroóseas. La lesión puede bien semejar un fibrosarcoma bien diferenciado de bajo grado. (11)

Tratamiento.-

Excisión amplia quirúrgica siguiendo la biopsia es el tratamiento a escoger. Jaffe dice que la resec-

ción local en bloque esta indicado, hasta en casos de -- lesiones recurrentes, y la amputación es raramente necesaria. (11) Nunca se deberá indicar radiaciones como tratamiento primordial.

FIBROMA CONDOMIXOIDE.-

El fibroma condromixoide es un tumor benigno raro -- de origen cartilaginoso descrito por primera vez como -- entidad en 1946, por Jaffe y Lichtenstein.

Características clínicas.-

Este tumor óseo central se presente con preferencia en personas jóvenes. Aproximadamente el 25% de los pa-- cientes son menores de 25 años. No hay predilección de-- finida de sexo. (18) La mayoría de los casos se pro-- ducen en huesos largos, pero también se halla en los hue-- sos pequeños de las manos y de los pies, en la cintura - pélvica y, esporádicamente, en cualquier otro sitio.

Shut y Frost comunicaron un caso en el sector ante-- rior de la mandíbula con extensiones a cada lado de la - sínfisis en una niña de 10 años. (18)

El dolor es la característica clínica sobresaliente de la lesión. La hinchazón evidente es rara. (18)

Características histológicas.-

Este tumor presenta zonas mixomatosas, zonas fibrosas y zonas de aspecto condroide, como células semejantes a condroblastos u condrocitos en lagunas en una matriz condroide. (18) A veces se encuentran focos de calcificación.

Tratamiento.-

La extirpación quirúrgica conservadora es el tratamiento preferido para este tumor benigno. Sin embargo, la recidiva no es rara, particularmente en pacientes jóvenes. (18) En éstos pacientes jóvenes las lesiones actúan con agresividad algo mayor.

QUISTE OSEO ANEURISMÁTICO.-

Es un quiste no odontogénico y no epitelial (seudoquiste) de los maxilares. No es un quiste verdadero es una lesión ósea solitaria. Está íntimamente relacionada desde el punto de vista patogénico con el granuloma de células gigantes, siendo un proceso reactivo agre

sivo. (4) Se presenta en personas menores de 20 años sin preponderancia de sexo, y suele haber antecedentes de traumatismo.

Características clínicas y radiográficas.-

Las lesiones tienen una duración de 1 a 6 meses y por lo general se desarrollan en el cuerpo de la mandíbula, (2) Y cuando es grande el borde inferior muestra una eminencia expansiva importante, (4)

Las lesiones son sensibles o duelen, en particular durante el movimiento, y ésta sensibilidad llega a limitar el movimiento del hueso afectado. También es común la hinchazón de la zona ósea afectada, (18)

El hueso está expandido, aparece quístico con aspecto de panal o de pompas de jabón y la imagen radiolúcida es excéntrica. La cortical ósea puede estar destruida y es evidente la reacción perióstica. (18) La mandíbula suele estar dilatada, pero las tablas no se destruyen.

Puede haber maloclusión como consecuencia de la deformidad. Durante la exploración se encuentra una cavi-

dad ósea llena de un tejido pardo rojizo, similar al tejido hepático, pletórico de sangre. (2)

Características histológicas.-

Se compone de un estroma de tejido conectivo fibroso que contiene muchos espacios cavernosos o sinusoidales ocupados por sangre. (18) El tejido también está compuesto de hemosiderina y pequeños vasos sanguíneos.

Los fibroblastos jóvenes son abundantes en el estroma conectivo así como las células gigantes multinucleares con una distribución similar a la del granuloma de células gigantes, pero en la última lesión, no se encuentran espacios cavernosos. (18) Hay cantidades variables de osteoide y hueso.

Tratamiento.-

A pesar del rápido crecimiento y de la agresividad del quiste óseo aneurismático, la simple enucleación rara vez trae como resultado su recidiva. Durante la cirugía, puede producir una profusa hemorragia; no obstante la sangre no soporta una presión importante. (4)

TUMOR DE CELULAS GIGANTES.-

Los tumores de células gigantes también se conocen en la literatura inglesa como osteoclastomas, por considerar las células gigantes multinucleadas, que comprenden y constituye la señal histológica típica de éstas -- neoplasias, son osteoclastos. (16)

Muchos creen que la lesión central a células gigantes de los maxilares es la contra parte intraósea del -- granuloma reparador periférico a células gigantes, una masa exoftica relativamente común de la encía que tiene una capacidad destructiva limitada. (17) La experiencia clínica ha mostrado que las lesiones centrales son distintas a las periféricas, por lo destructivas y frecuentemente difíciles de erradicar sus recidivas. (17)

La lesión cuyo diagnóstico se confunde más de las -- que contienen parcialmente elementos histológicos idénticos, en especial en los grupos de edad más jóvenes, es el querubismo. (17)

Características clínicas y radiográficas.-

El verdadero tumor de células gigantes aparece casi siempre en pacientes de más de 20 años de edad, mien-

tras que la mayoría de los granulomas de células gigantes se observan en personas más jóvenes. (9) Los pacientes tienen en general movilidad dentaria y expansión de las corticales, las que pueden contener zonas de consistencias pastosa blanca. Esos signos son indicadores de la capacidad de la lesión de erosionar el hueso de soporte y cortical y afectan el tejido blando. (17)

Al aumentar la masa aumenta el dolor o pueden desarrollarse fracturas patológicas. (9)

Radiográficamente, la zona suele aparecer como una radiolucidez multiloculada con bordes imprecisos y desplazamiento y reabsorción de los dientes adyacentes. La imagen elástica de una trabeculación gruesa causada por una lesión osteolítica es algo menos frecuente. En lesiones ha existido perforación del proceso alveolar dentro de la cavidad bucal. (17,19)

Características histológicas.-

La estructura del tumor verdadero de células gigantes es bastante celular y uniforme. El tumor consiste en estroma de células fusiformes que posee abundantes células gigantes esparcidas irregularmente que recuerdan osteoclastos o células gigantes de cuerpo extraño. En

el cuadro clásico del tumor de células gigantes a veces se identifican con hemorragias, hemosiderina, cicatrización fibrosa, necrosis por infarto, infiltración inflamatoria y escasos nidos de células de xantoma. El estroma de células fusiformes de los tumores de células gigantes exige atención detenida, porque la regularidad o la aplasia de los elementos celulares manifiesta la evolución clínica del tumor. (16)

Las grandes células gigantes son más numerosas y -- distribuidas más uniformemente que en el granuloma de -- células gigantes. El colágeno, osteoide de hueso inmaduro que aparecen en algunos granulomas de células gigantes no existen en los tumores verdaderos de células gigantes. (9)

Tratamiento.-

Aunque las lesiones parecen agresivas, suelen responder bastante bien al tratamiento conservados como el curetaje. La recidiva después del primer tratamiento -- no es infrecuente, pero ésto raramente justifica un procedimiento radical. Los tumores verdaderos de células gigantes son más agresivos que los granulomas, pero no parece ocurrir una transformación maligna de los tumores maxilares. (17,19)

QUISTE OSEO SOLITARIO O TRAUMATICO.-

También llamado quiste hemorrágico, quistes de extravasación, o quiste unicameral, no presenta un quiste-epitelial verdadero. Es una cavidad vacía o llena de líquido en el hueso, recubierta por una membrana de tejido fibroso o de granulación. (4) y pueden persistir durante mucho tiempo.

Características clínicas y radiográficas.-

Tiene ligera predilección por los varones y suele observarse en personas menores de 20 años. La etiología sigue siendo desconocida clínicamente, el dolor y la expansión son infrecuentes. La lesión está ubicada más a menudo en el cuerpo o en la porción anterior de la mandíbula. (4)

En la operación el cirujano encuentra que la lesión está vacía o que contiene escasa cantidad de líquido claro o sanguinolento. (2)

En la radiografía el quiste se presenta como una zona radiolúcida amplia que puede expandir las tablas del maxilar, a veces con un delgado borde esclerótico,

según sea la antigüedad de la lesión. (18)

Un rasgo característico es la tendencia a insinuar-se entre las raíces de los dientes, y posee un contorno-festoneado, (4)

Los dientes que están por encima de la lesión son - vitales.

Características histológicas.-

Cuando se intenta una biopsia, se encuentra un espacio en el hueso medular. Una membrana delgada puede recubrir la cavidad y se caracteriza microscópicamente - - por la presencia de tejido de granulación fibroso, que - generalmente muestra una inflamación entre leve y moderada. (4)

Tratamiento.-

La aspiración de un quiste traumático puede ser negativa o producir un líquido teñido de sangre. Después de la aspiración, la zona debe ser abordada quirúrgicamente. (4) Raspaje del hueso y cierre con sutura. El coágulo sanguíneo resultante pronto se organiza, osifica y-remodela de 6 a 12 meses. (2)

C O N C L U S I O N .

CONCLUSION.

El fibroma desmoplástico de la mandíbula se presenta en la misma manera como su contraparte en los huesos largos. La literatura contiene por lo menos 60 casos de fibroma desmoplástico de hueso, y 41% de ellos están localizados en la mandíbula.

Esta lesión es un tumor benigno raro de hueso, separado de otras lesiones centrales fibrosas de hueso. El tumor ha sido observado más frecuente en la metafisis -- de los huesos largos. En la mandíbula, es encontrado -- con más frecuencia en el cuerpo posterior o en la región de la rama; y los únicos cuatro casos reportados en la maxila han estado en la pared antral derecha. Estos tumores son localmente agresivos, pero nunca han sido reportados a metastatizar, aunque ellos tienen una tendencia a recurrir. La distribución de edades varía considerablemente, desde niños muy jóvenes hasta adultos maduros. Sin embargo, el fibroma desmoplástico parece ser un tumor de individuos jóvenes que ocurre comúnmente durante la segunda década. La distribución de los sexos -- muestra una relación de femenino: masculino de 1:2. Los síntomas iniciales son dolor, inflamación, o algo de problemas funcionales. Radiográficamente, son radiolucidos con bordes escleróticos bien definidos, alguna trabecula

ción pudiendo ser uniloculares o multiloculares, y corticales expandidas muy delgadas.

Microscópicamente, no hay metaplasia ósea como en la displasia fibrosa, y la ausencia de anaplasia nuclear y de actividad mitótica permite una diferenciación del fibrosarcoma. Esta neoplasia maligna de hueso es usualmente identificado por el arreglo de arenque de las células. Además en el fibrosarcoma hay un grado alto de celularidad. A pesar de todos los criterios estudiados en la literatura, la habilidad para distinguir histológicamente entre fibroma desmoplástico y fibrosarcoma de hueso de bajo grado es frecuentemente difícil. Hasta ahora no se ha reportado caso de una lesión metastatizante con sus características histológicas distintivas, entonces el fibroma desmoplástico debe continuarse distinguiéndose del fibrosarcoma bien diferenciado con abundante colágena. El tratamiento debe ser una excisión local completa con un margen de tejido. Si esto no es realizado en la primera instancia entonces los pacientes requieren una examinación después de 6 meses por muchos años para detectar recurrencias tempranas. La radiación es inapropiada por la posibilidad. De una transformación sarcomatosa.

Debe concluirse que el diagnóstico y el tratamien-

ESTA TESIS NO DEBE
SAIR DE LA BIBLIOTECA

to de este raro tumor posee grandes problemas, espero -
que este reporte estimule la búsqueda y si es posible,-
la publicación de este tumor altamente interesante.

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

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- BERTONI, F., et al., Desmoplastic fibroma of the jaw: The experience of the Institute Beretta. En - Oral Surgery., U.S.A., Vol. 61, No. 2., Febrero., 1986.
- 2.- BHASKAR, S.N., Patología Bucal., Buenos Aires., 2da. Edición., 1974.
- 3.- EISEN, Marck,, et. al., Desmoplastic fibroma of the - maxilla: report of case., En Jada, U.S.A., -- Vol. 108., Abril 1984.
- 3.- EVERSOLE, Lewis R., Patología Bucal., Editorial Panamericana., Buenos Aires., 1ra. Edición., 1983
- 4.- FIGUN, Mario., Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada., Editorial El Ateneo., Buenos Aires, Argentina., 2da. Edición., 1980
- 5.- FISKER, A.V., et. al., Desmoplastic fibroma of the -- jaw bones., En Int. Oral Surg. U.S.A., Vol. -- 5., 1976
- 6.- FREEDMAN, Paul., et. al., Desmoplastic fibroma (fibromatosis) of the jawbones., En Oral Surg. - - U.S.A., Vol. 46, No. 3., Septiembre , 1978
- 7.- GENESER, Finn., Histología., Editorial Panamericana., Buenos Aires., 1ra. Edición., 1984

- 8.- GORLIN, A., et al., Thoma Patología Oral., Salvat., México, D.F., 1ra. Edición., 1973
- 9.- GREEN, T.L., et al., Desmoplastic fibroma of the -- mandible., En J. Oral Medicine., U.S.A., Vol. 3., No. 2., Abril-Junio., 1981
- 10.- GRIFFITH, John, et. al., Desmoplastic fibroma., En -- O.M.O.S., O.P., U.S.A., Vol. 20., No. 2., -- Agosto de 1965.
- 11.- LESSON, Thomas, et. al., Histología., Editorial Interamericana., México, D.F.; 4ta. Edición., 1984
- 12.- LOCKART, Robert D., Anatomía Humana., Editorial Interamericana., México, D.F., 1ra. Edición., 1965
- 13.- NUSSBAUM, Bruce., et. al., Desmoplastic fibroma of -- the mandible in a 3 year old child., En J. -- Oral Surg. U.S.A., Vol. 34, Diciembre., 1976
- 14.- ROBBINS, Stanley, et. al., Patología Básica., Edit. - Interamericana., México, D.F., 2da. Edición., - 1982
- 15.- ROBBINS, Stanley L., Patología Estructural y Funcional Editorial Interamericana., México., 1ra. Edición., 1974.
- 16.- SANDERS, Bruce., Cirugía Bucal y Maxilofacial Pediátrica., Editorial Mundi., Buenos Aires., 1ra. Edición., 1984

- 17.- SHAFER, T., Tratado de Patología Bucal., Edit. Interamericana., México, D.F., 3ra. Edición., - 1982.
- 18.- SUMMERS, L. et. al., Recurrent desmoplastic fibroma En J. Oral Surg., U.S.A., Vol. 5., 1976
- 19.- TAGUCHI, Nozomu, et. al., Desmoplastic fibroma of the mandible: report of case., En J. Oral Surg., U.S.A., Vol. 38., 1980
- 20.- TESTUT, L., et. al., Tratado de Anatomía Humana., - Salvat Editores., España., 1ra. Edición., -- Tomo I., 1979
- 21.- WAGNER, Joao, et. al., Desmoplastic fibroma of bone, En OM, O.S., O.P., U.S.A., Vol. 43, No. 1., 1981.
- 22.- WILLIAM, Peter L., et. al., Gray's Anatomy., Saunders Philadelphia., 36va. Edición., 1980
- 23.- WOOD, Norman, et. al., Diferencial Diagnosis of Oral Lessions., Mosby, U.S.A., 2da. Edición., 1980
- 24.- ZEGARELLI, Edward V., Diagnóstico en Patología Oral., Salvat., Barcelona., 2da. Edición., 1982