

Displasia Fibrosa Monostotica de los maxilares*

Dr. José B. Costas **

Dr. Julio Alonso Romelli***

Dr. Nelson Delgado Camejo ****

Palabras clave: Displasia fibrosa

aplica respectivamente los nombres de monostótica y poliostótica^(1, 2, 4, 5, 6, 17)

INTRODUCCION

La displasia fibrosa del hueso comprende una lesión benigna de aspecto tumoral, de etiología desconocida, de patogenia incierta y de histología diversa^(12,19).

No exhibe un crecimiento persistente sino que tiende más bien a estabilizarse cuando se alcanza el período normal del crecimiento^(8, 15, 21).

Algunos investigadores la consideran un defecto del desarrollo, sin carácter hereditario^(3, 7, 12) y Lichtenstein^(9, 10, 11) como una perversión en la actividad del mesénquima específico formador de hueso.

La displasia fibrosa puede afectar uno o varios huesos por lo que se le

MATERIALES Y METODOS

El estudio comprendió la revisión de 39 casos registrados en el Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología, cubriendo un período de 20 años (1960-1980).

El diagnóstico de displasia fibrosa se fundamentó en estudios clínicos, radiográficos y esencialmente histológicos.

Se tuvieron además en cuenta: a). datos estadísticos (edad, sexo, localización, motivo de consulta); b). hallazgos radiográficos (radiolucidez, radiopacidad, afectación dentaria); c). patrones histológicos (cortes en parafina, coloraciones de rutina, H - E, tricrómicos de van Gieson y Masson, impregnaciones argénticas).

*Trabajo realizado en la Cátedra de Anatomía Patológica. (Cooperación técnica Sr. Norberto Retamar).

**Catedrático

***Profesor Adjunto

****Profesor Adjunto

Recibido para publicar julio 1981

RESULTADOS

Edad - La distribución por edad (fig. 1) estuvo comprendida entre los 6 y 76 años, con un promedio de 27 años.

Sexo - Se registraron 25 casos en mujeres y 14 en hombres (fig. 2) con un porcentaje del 62.5% en el sexo femenino, y del 37.5% en el sexo masculino.

Localización - El maxilar superior fue afectado en 17 casos y 22 la mandíbula (fig. 3), lo que hace un porcentaje del 44% para el maxilar superior, y del 56% para el inferior.

De acuerdo a las historias clínicas, las tumefacciones resultantes de la afección estaban recubiertas por una fibromucosa de aspecto normal (fig. 4).

En un sólo caso (fig. 5) pudo detectarse, además de la lesión en el maxilar superior, manchas "café-au lait" en la piel.

MOTIVOS DE CONSULTA

En las respectivas historias clínicas se registra que la deformación intra-bucal (fig. 6) y /o facial (fig. 7) fue el signo principal que condujo al paciente a la consulta.

HALLAZGOS RADIOGRAFICOS

Las imágenes radiográficas fueron sumamente variables, dependiendo aparentemente del grado de maduración del proceso fibro-óseo.

Las mismas puede esquematizarse en: a). tipo "quístico" unilocular (fig. 8); b). tipo "quístico multilocular (fig. 9); ó c). tipo mixto con una combinación de áreas radiolúcidas y áreas calcificadas distintamente (fig. 10); y d). tipo "vidrio esmerilado" (fig. 11).

Cualesquiera de los cuatro tipos especificados se encontraron tanto en

el maxilar superior como en la mandíbula. En ocasiones las raíces dentarias se presentaron desplazadas (fig. 9), aunque raramente con evidencias de reabsorción intensa.

HALLAZGOS HISTOLOGICOS

El patrón histológico fue sumamente variable. En la mayor parte de los casos se constató lo que puede considerarse la imagen casi específica de la displasia fibrosa. Neoformación de trabéculas óseas, más o menos inmaduras, más bien delgadas, irregulares de formas caprichosas, (fig. 12), simulando "letras" ó "caracteres chinos". Tejido conectivo interpuesto ricamente celular, con sus células jóvenes fusiformes en "remolino" ó en "espiral", con escasa formación colágena. Las trabéculas de neohueso eran más numerosas (fig. 13) en las zonas abundantemente celulares, con una tendencia a ser más escasas en las áreas colágenas.

En lesiones de larga data pudo constatarse hueso maduro lamelar (fig. 14).

En lesiones con mayor grado de calcificación las trabéculas se mostraban más densas, con mayor maduración, con prominentes líneas cementantes, dándoles un aspecto pagetoide (fig. 15).

La relación de los osteoblastos y los osteoclastos, cuando están presentes, es similar a la existente en la forma polioestótica. (figs. 16 y 17)

En ocasiones el hueso neoformado presentaba las características estructurales cementoides (figs. 18 y 19)

DISCUSION

El diagnóstico de las denominadas lesiones fibro óseas del esqueleto, particularmente de los huesos maxilares, constituye aún en la actualidad un serio problema tanto para los clínicos como para los patólogos^(14, 17, 19)

La relación entre la displasia fibrosa y la lesión conocida como fibroma osificante (fibro osteoma) está sujeta a controversias.

Muchos investigadores^(2, 7, 14) aseguran que constituyen una misma lesión, por lo que no se justificaría su separación.

Por el contrario, otros autores^(8, 10, 12, 19) afirman, que a pesar de su similitud, son dos entidades distintas. Señalan que el fibroma osificante representa un tumor benigno genuino, y por lo tanto debería ser diferenciado de la displasia fibrosa, lesión no tumoral de tipo distrófico.

Hay quienes sustentan que tal distinción sería más académica que práctica, pero la filosofía del tratamiento no sería la misma para una anomalía de desarrollo que para un neoplasma. Por lo demás, hay una notable similitud entre los caracteres clínicos del fibroma osificante y del denominado fibroma cementificante aparentemente de origen odontogénico.

Pero no hay sólo similitud clínica sino también una llamativa superposición entre los caracteres histológicos de ambas lesiones, siendo a veces difícil decidir si el tejido calcificado de neo formación comprende hueso o cemento. Para aumentar la

complejidad del tema, se hace referencia en la literatura^(14, 15) de un "fibroma osificante juvenil", lesión fibro ósea con un crecimiento muy activo y que ocurre en sujetos por debajo de los 15 años de edad.

Los autores de éste trabajo están convencidos que quedan muchas dudas para aclarar.

Es de hacer notar que ocasionalmente se han informado casos agresivos de displasia fibrosa^(13, 16, 18) así como una transformación sarcomatosa post-radiación⁽²⁰⁾.

En suma, los parámetros que los investigadores informan para separar la displasia fibrosa monostótica del fibroma osificante no son del todo concluyentes.

En tal sentido se mencionan esencialmente la relativa circunscripción de la lesión y la presencia o nó de una cápsula conectiva, elementos que en la mayor parte de las veces son muy difíciles de determinar.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1º Se realizó una revisión de 39 casos de displasia fibrosa de los maxilares con datos clínicos, radiográficos y con la aplicación de las técnicas corrientes de laboratorio.

2º De acuerdo a la experiencia recogida se determinaron los hechos más significativos.

3º Se discute la naturaleza de las lesiones fibro óseas de los maxilares a la luz de los conocimientos actuales.

Finalmente, los autores están convencidos de la necesidad de futuros estudios acompañados de adecuados seguimientos a fin de dilucidar la verdadera naturaleza de la denominada displasia fibrosa y su separación o nó con entidades muy similares, estudios que redundarían en un tratamiento más racional.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

1° A review study was conducted on 39 registered cases with clinical and radiographic facts, as well as the application of laboratory routine techniques.

2° The most significant facts according to the gathered experience were determined.

3° The nature of the jaw fibrous dysplasia is discussed on the background of the present knowledge.

In conclusion, the authors are convinced of the necessity of future studies with suitable follow-ups in order to determine precisely the true nature of the named fibrous dysplasia and its separation or no from very similar entities, and that studies will be prone in leading the way for a more rational treatment.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBRIGHT F., BUTLER A.M., HAMPTON A.D., and SMITH P. Syndrome characterized by osteitis fibrosa disseminata, areas of pigmentation and endocrine dysfunction, with precocious puberty in females. *N. Engl. J. Med.* 216: 727, 1937.
2. BARROS, R.E., CABRINI R., y DOMINGUEZ F.V. Displasia fibrosa monostótica, fibroma osificante y cementoma. *Rev. Asoc. Odont. Argent.* 52: 177, 1964.
3. BERGER A., JAFFE H.L. Fibrous (Fibrous) dysplasia of jaw bones. *J. Oral Surg.* 11: 3, 1953.
4. BOWERMAN J. E. Polyostotic fibrous dysplasia: report of case. *Oral Surg.* 7:524, 1954.
5. CARSON I.H. Polyostotic fibrous dysplasia: Report of case. *Oral Surg.* 7: 524, 1954.
6. CHURCH L.E. Polyostotic fibrous dysplasia of bone. *Oral Surg* 11: 184, 1958.
7. GLICKMAN I. Fibrous dysplasia in alveolar bone. *Oral Surg.* 1: 895, 1948.
8. KHOSLA M. and KOROBIKIN K. Monostotic fibrous dysplasia of the jaw: report of three cases. *J. Oral Surg.* 29: 507, 1979.
9. LICHTENSTEIN L. Polyostotic fibrous dysplasia. *Arch. Surg.* 36: 874, 1938.
10. LICHTENSTEIN L. and JAFFE H.L. Fibrous dysplasia of bone. *Arch. Patol.* 33: 777, 1942.
11. LICHTENSTEIN L. Bone tumours, 2nd ed. St. Louis, C. V. Mosby, 1959.
12. LUCAS R.B. pathology of tumours of the oral tissues, 2nd. ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1972.
13. Mc DONALD R.E. and SHAFER W.G. Disseminated juvenile fibrous dysplasia of the jaws. *Am. J. Dis. Child* 89: 354, 1955.
14. PINDBORG J.J. and HANSEN E.H. Atlas of diseases of the jaws, Philadelphia, W.B. Saunders, 1974.
15. PINDBORG J.J. Fibrous dysplasia or fibro-osteoma report of a case. *Acta Radiol. (STOCKH)* 36: 196, 1951.
16. RAMSEY H.E., STRONG E.W. and FRAZEL E.L. Progressive fibrous dysplasia of the maxilla. *J. Am. Dent. Assoc.* 81: 1388, 1970.

17. ROBINSON M. Polyostotic fibrous dysplasia of bone. *J. Am. Dent. Assoc.* 42: 47, 1951.
18. SCHOFIELD I.D.F. An aggressive fibrous dysplasia. *Oral Surg.* 38: 29, 1974.
19. SHAFER W.G., HINE M.K. and LEVY B.H. Textbook of oral pathology, 3rd ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1974.
20. TANNER H.C., DAHLIN D.C. and CHILDS D.S. Sarcoma complicating fibrous dysplasia: probable role of radiation therapy. *Oral Surg.* 14: 837, 1961.
21. ZIMMEMAN D.C., DAHLIN D.C. and STAFNE E.C. Fibrous Dysplasia of the maxilla and mandible. *Oral Surg.* 11: 55, 1958.