

35.
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

FIBROMA OSIFICANTE

SEMINARIO DE TITULACION

AREA: PATOLOGIA BUCAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

JUANA AYALA FLORES

RESPONSABLE DEL SEMINARIO :-

C.D.: - CONSTANTINO LEDEZMA

Constantino Ledezma
4/10/90
[Signature]

MEXICO, D.F.

1990.

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN



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.

INDICE .

PAGINAS:

1.-	SINONIMIA	1
2.-	DEFINICION	1
3.-	GENERALIDADES	1
4.-	ANTECEDENTES	2
	ETIOLOGIA	5
	INCIDENCIA	5
5.-	CARACTERISTICAS CLINICAS	7
	SIGNOS	7
	SINTOMAS	8
6.-	CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGIA	9
7.-	CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS	11
8.-	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	12
9.-	TRATAMIENTO	13
10.-	DISCUCION	14

FIBROMA OSIFICANTE CENTRAL

SINONIMIA:-

OSTEOFIBROMA, FIBROMA CEMENTO-OSIFICANTE

DEFINICIÓN:-

El Fibroma Osificante es una neoplasia ósea central, encapsulada, en la cual existe reemplazo de la arquitectura ósea normal por un tejido fibrocelular benigno, exhibiendo cantidades variables de metaplasia y masas de hueso mineralizado (1).

GENERALIDADES:-

Es una neoplasia relativamente rara que ha causado considerables controversias, debido a la confusión de la terminología y criterios de diagnóstico.

Ahora se sabe que constituye una entidad definida, que debe ser separada de la Displasia Ósea Fibrosa y de otras lesiones que no son neoplasias verdaderas. (PINDBORG (1), WALDRON (2) y otros).

THOMA (3), coincidiendo con FUREDI (4), les dio el nombre de Fibroosteomas en cambio, PHEMISTER (5) y GRIMSON (6), clasifican a

estos procesos como Osteomas Fibrosos. El caso presentado por BERGARA (7), tiene el nombre de Fibroma.

Son numerosas las enfermedades que durante su desarrollo presentan el aspecto de una lesión Fibro-ósea, entre las que destacan la Displasia Fibrosa y el Fibroma Osificante.

Hay notable similitud entre las características clínicas del Fibroma Osificante y del Fibroma Cementante Central, tumor aceptado por muchos investigadores como odontogénico. También hay una apreciable similitud e incluso superposición de los rasgos histológicos de estas dos lesiones. Por estas razones se afirmó que:- Son dos tumores benignos separados de idéntica naturaleza con excepción de las células proliferativas, los osteoblastos con formación ósea en un caso y los cementoblastos con formación de cemento en el otro. - O representan simplemente dos facetas del mismo tumor básico (8).

ANTECEDENTES:-

Esta lesión se reportó por primera vez en 1872 por MENZEL (10), posteriormente, VON REXLINGHAUSEN, en 1891 (10) agrupó a muchas lesiones bajo el termino de Osteítis, Fibrosa que hoy en día serían diagnosticadas como lesiones Fibroóseas del tipo Displasia Fibrosa y Fibroma Osificante.

Sin embargo, fue hasta 1972, cuando Montgonery (11) designó algunas lesiones de este grupo como Fibroma Osificante. En 1940 Sherman y Stemberg (12), enfatizaron la importancia de diferenciar el Fibroma Osificante de la Displasia Fibrosa Monostótica.

La OMS (13), en su Clasificación Histológica de Tumores Odontogénicos, Quistes de los Maxilares y Lesiones Afines, clasifica al Fibroma Osificante como entidad específica y describe las características clínicas e histológicas que lo diferencian de las otras lesiones fibroósas.

A partir de entonces numerosos autores han reportado series de casos de lesiones fibroósas de los maxilares en los cuales se precisan con mayor detalle las características de esta entidad, --- Hamner y Cols. (14), Eversole y Cols. (15), Waldron y Giasanti -- parte I y II (16), (17), Obisesan y Cols. (18), El Deeb y cols. (19) Eversole y cols. (20), Michelena (21).

Por otra parte existen informes que consideran al Fibroma Osificante como una variante de la Displasia Fibrosa, lo cual produce mayor confusión para el entendimiento de estas lesiones Giorgade y cols. (22), Jaffe, Panders (23), Shulumberg (24), Zegarelli, Kutscher 1963- y Zimmerman y cols (25).

El concepto de Fibroma Osificante surge en 1872 cuando Mezel (9) descubrió el caso de una mujer húngara de 35 años de edad, cuya lesión tenía una evolución de 25 años.

En 1972, Montgomery (11) acuñó el término de Fibroma Osificante, Jaffe (26) registró un caso de Fibroma Osificante con el término Fibro-Cementona, señalando que esta lesión debería diagnosticarse como una entidad específica separada a la Displasia Fibrosa, esta opinión la apoyó Zimmerman (25) Dahlin y Stafne, Bernier (27), Sicher y Weinman (28), Thoma (29), Cooke (30), Hamner y cols, (14), Eversole, Leider (33), OMS (13), Eversole, Sabes y Robin (15), Lucas (31), Harrison (32), quienes distinguen las lesiones fibroósas displásicas de ésta que consideran una neoplasia.

Una variedad de la enfermedad, es el proceso que clasifica varios procesos de enfermedad se clasifican bajo el nombre a las lesiones fibroósas benignas, estas incluyen:- Displasia Fibrosa, Fibroma Osificante, Displasia Ósea Fibrosa, Displasia Cementificante Periápical, Periostitis Proliferativa de Garre, Osteomielitis Esclerosante Focal, Osteítis Deformante (33).

Microscópicamente, estas lesiones comparten un rasgo común; tienen un estroma vascular fibroplástico hiper celular, con elaboración -

de una matriz mineralizable representada por la forma lamelar ósea,-- curvilínea, trabécular, parecida a calcificaciones del tipo "Psammoma".

La clasificación de la OMS y muchos autores (34) consideran al Fibroma Cementificante como un tumor odontogénico y separado del Fibroma Osificante que es una neoplasia no odontogénica, esto parece -- una separación arbitrariamente necesaria ya que las características - clínicas, radiográficas y el pronóstico de la lesión son idénticas.

ETIOLOGIA

Existen varias teorías, se cree que es el resultado de traumatis- mos, fenómenos de reparación anormales no específicos, alteraciones - neoplásicas o bien que se trata de un defecto del desarrollo ó Embrio- génesis defectuosa (35). En ocasiones se utiliza el término de Dis- plasia Fibrosa de los maxilares para diferenciarla de las lesiones se- mejantes en otras partes del cuerpo.

También en ocasiones, se le llama Displasia Fibrosa Facial (35).

INCIDENCIA:-

El Fibroma Osificante se puede encontrar sobre un amplio rango -

de edad, y el máximo de incidencias es en la tercera y cuarta décadas de la vida (34).

Su localización predominante es la mandíbula con 62% Hamner (14), Eversole (15), Waldron y Giasanti (17), Lucas (31), Batsakis (36).

Es más frecuente en mujeres, Waldron y Giasanti (18), existen ligeras diferencias en cuanto a edad y localización.

Se observó una marcada predilección por pacientes femeninos, 15% aparece en personas menores de 20 años de edad, el resto de los pacientes son mayores de 40 años de edad, la relación entre mujeres y varones es de 5:1.

El área premolar-molar mandibular es el sitio de predilección, - contando con 89 % de los casos. Las lesiones más frecuentes surgen - en la región molar (52%), siguiendo con el área premolar (25%), área- incisal (13%) y la región del camino (11%).

Razas:- 47 % Blanca, 16% Negra, 11% Asiática, 24% Española y 2%- la Americana (33).

CARACTERISTICAS CLINICAS:-

Como una expansión indolora de los maxilares se presenta comúnmente, aunque es usual descubrir una lesión pequeña durante el curso de un exámen radiográfico de rutina, son características la separación y movilidad de los dientes como un signo clínico temprano, el dolor rara vez se presenta, los dientes adyacentes no están involucrados con la lesión, pero pueden estar desplazados, la reabsorción de la raíz no esta asociada con el tumor (34).

Debe señalarse que a veces aparece una deformidad intrabucal sin modificación del contorno facial. Los maxilares en especial la mandíbula pueden estar aumentados de tamaño y existe la posibilidad de que el hueso neoformado sea excesivo para la irrigación sanguínea, lo que resulta en una OSTEOMIELITIS (35). Dichos autores lo pudieron observar en varias ocasiones.

Cuando los maxilares están afectados, el hueso malar, etmoides, nasales y senos maxilares también pueden estar invadidos. Las razones que se dan son: el crecimiento de esta lesión es progresivo y llega a alcanzar grandes dimensiones, aunque a veces llega a detenerse el cese del desarrollo Lucas (31).

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

Son lesiones bien circunscritas, generalmente de crecimiento lento que se amplía en una forma expansible. En ocasiones pueden alcanzar un gran tamaño ello da por resultado una deformidad considerable, por lo general es asintomática. Las lesiones pueden estar presentes por años antes de ser descubiertos. Por el crecimiento lento, las láminas óseas corticales y la mucosa piel que las cubren están invariablemente intactas (9).

Cuando el paciente se dá cuenta de su presencia, la historia del Fibroma Osificante indica que ha existido durante meses o años, y que su crecimiento es lento y apenas perceptible, hechos que sugieren la naturaleza benigna del tumor (37).

En general, la química sanguínea permanece dentro de los límites normales aunque algunas veces se observa elevación del nivel de fosfataza alcalina sérica (35).

HISTOPATOLOGIA:-

En general, las alteraciones consisten en destrucción ósea con - sustitución por tejidos conjuntivo fibroso. Este tejido es celular- o relativamente acelular, con depósitos notables de colágena. Con -- frecuencia parecen de cemento y en otras ocasiones se les identifica- como hueso. En este caso las trabéculas tienen una disposición irre- gular y están rodeadas por osteoblastos. Se observan osteoclasia y - osteogénesis, aunque primera es difícil de apreciar y generalmente es demostrarle en las lesiones mayores (35).

Pueden verse áreas discretas de mineralización, las lesiones más pequeñas tienen cápsula, mientras que el tejido fibroso que rodea a - las lesiones más grandes, parece continuarse con el tejido conjuntivo del hueso normal (38).

La lesión se compone básicamente de muchas fibras colágenas en- trelazadas a veces dispuestas en hacer circunscritos, intercaladas -- con grandes cantidades de fibroblastos en proliferación. Aunque hay- figuras mitóticas en pequeñas cantidades, raras veces hay pleomorfis- mo celular notable (8).

Este tejido conjuntivo en forma típica presenta muchos focos pe-

queños de trabéculas óseas irregulares que tienen cierta similitud -- con la forma de caracteres chinos de la Displasia Fibrosa (8).

A medida que la lesión madura, las islas de odificación aumentan en cantidad, se agrandan y finalmente coalescen. Esto con el probable aumento del grado de mineralización, es lo que produce la creciente radiopacidad de la lesión en la radiografía (8).

En algunos casos los productos calcificados consisten casi enteramente de áreas básofilas amorfas, usualmente calcificadas parecidas al cemento, estas lesiones a menudo se designan como Fibroma Cementificante (34). Como quiera que sea las calcificaciones de los dos tipos son actualmente cemento, la controversia esta por muchos años y teniendo probablemente remanencia permanecerá por largo tiempo (34).

Es difícil explicar la similitud de las calcificaciones idénticas observadas en las lesiones fibroóseas del cráneo y de otros huesos que se localizan a cierta distancia de los tejidos odontogénos. Las lesiones que consisten casi enteramente de hueso entrelazado o -- hueso lamelar son usualmente designadas Fibroma Osificante. Un número significativo de cualquier modo contiene mezcla de los dos tipos -- de calcificaciones y son frecuentemente designados Fibrosa-Cemento-- Osificante (34).

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:-

Todas las neoplasias surgen en la región molar y ninguna es asociada con la corona del diente impactado. Por definición todas tienen bordes bien demarcados, son radiolúcidas uniloculares ó radiolúcida multilocular. La presencia de las raíces divergentes es una característica que aparece en un 17%, la reabsorción radicular se presenta en un 11% también se detecta en áreas edentulas (33).

A medida radiográfica la lesión varía en tamaño desde 1cm. de diámetro hasta 5cm.

Radiográficamente el Fibroma Osificante se inicia como una lesión radiolúcida de bordes difusos, que abarca solamente una porción o todo un arco dentario (35).

Estas áreas semejan quistes, con frecuencia tienen contorno irregular y aspecto punteado, debido a la formación de pequeñas espículas óseas en la lesión (35).

La neoplasia presenta un cuadro radiográfico extremadamente variado según el estadio de la evolución. Pero sea cual sea su estadio de desarrollo la lesión está siempre bien circunscrita y demarcada---

por hueso circundante (8).

En sus estadios incipientes, el Fibroma Osificante aparece paradójicamente como una zona radiolúcida sin manifestaciones de radiopacidades internas, a medida que la neoplasia madura hay una creciente calcificación; a modo que la zona radiolúcida se mancha con zonas opacas hasta que por último la lesión aparece como una masa radiopaca relativamente uniforme (8). El desplazamiento de los dientes adyacentes es común así como la invasión de otras estructuras circundantes. Además, la cortical puede presentarse asimétrica a causa del crecimiento expansivo de la neoplasia (37).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:-

Debido a que no siempre es posible establecer un diagnóstico preciso a nivel histopatológico tiene que considerarse en el diagnóstico diferencial a la Displasia Fibrosa, así como a las lesiones de tipo cementoide (Displasia Cementificante Periapical, Cementoblastoma Gigantiforme). Además de la Osteomielitis Esclerosante (20).

En orden de frecuencia se puede considerar a las siguientes lesiones:-

La Displasia Periapical Cementificante, su localización es en la

mandíbula, siendo más común el área de los incisivos centrales, cuya característica es mantener su vitalidad y no presentar lesiones cariosas (20), (33).

El Cementoma Gigantiforme es una lesión displásica cuya localización preferentemente es una mandíbula. Radiográficamente se aprecian masas densas radiopacas, que se disponen de manera simétrica, siendo una característica útil para su diferenciación (20) (33).

En cuanto a la Osteomielitis Esclerosante siempre existirá el antecedente de un proceso infeccioso (15).

Es importante efectuar la separación de la Displasia Fibrosa y el Fibroma Osificante; la diferencia es que este último se considera una verdadera neoplasia (16).

TRATAMIENTO:-

Solo esta indicado cuando existe una deformidad bastante grande que requiera intervención quirúrgica, la extirpación completa del área afectada (35). En ocasiones se realiza remodelación cosmética para disminuir la deformidad.

La lesión se debe extirpar en forma conservadora y la recidiva -

es rara (8).

DISCUSION:-

Desde el punto de vista histológico aún sigue siendo motivo de controversia y discusión si existe diferenciación entre la displasia Fibrosa y El Fibroma Osificante (Linchenstein, Reed: (1959) (39), propusieron que no debe diagnosticarse Displasia Fibrosa si se observan trabéculas óseas rodeadas por un halo de osteoblastos.

Esta proposición se basa en el concepto de que la Displasia Fibrosa es el resultado de la detención de la maduración ósea y que por tal motivo la lesión no debe presentar hueso laminar rodeado de osteoblastos.

Sin embargo, Jaffe (23), Eversole y cols, (15), Harris, Dubley y Barry (40) observaron que la Displasia Fibrosa en el cráneo presentaba más hueso maduro, que las distribuidas en otros segmentos. Posteriormente Waldron y Giansanti (16), en un análisis de las características microscópicas de 61 casos de lesiones fibroósas benignas observaron cantidades variables de hueso laminar con evidencia de maduración ósea rodeados por osteoblastos.

Resultados similares fueron informados por Michelena (21), en 103 casos de lesiones fibroósas benignas de los maxilares.

De acuerdo con lo informado en la literatura, se puede apreciar que las lesiones fibroóseas de los maxilares comparten numerosas características microscópicas que hacen posible establecer patrones definidos para categorizar con precisión cada una de las entidades que componen este grupo.

Uno de los aspectos más importantes para el diagnóstico del Fibroma Osificante lo constituye la apariencia radiográfica de esta condición. De acuerdo con Sherman y Glause (41), existe diferencia a este nivel entre la Displasia Fibrosa y el Fibroma Osificante. Estos autores examinaron 11 casos 5 en la mandíbula y 6 en el maxilar, todos los cuales eran uniloculares, redondos u ovals con una fina orilla de hueso circundante y haciendo énfasis que aunque la imagen radiográfica depende de la etapa en la que se encuentra la lesión, la imagen más característica de la Displasia Fibrosa es la descrita como VIDRIO ESMERILADO, de bordes difusos, mientras que en los casos de Fibroma Osificante predomina la imagen MIXTA, de bordes bien definidos (1), Waldron y Giansanti (16), Eversole y cols, (20), El Deeb -- Waite y Jaspers (19), Harrison (32).

Sin embargo la delimitación de la lesión no siempre se observa en todas sus áreas Lucas (31).

Los anteriores parámetros clínicos deberán tomarse en cuenta para llevar a cabo el diagnóstico diferencial con el Fibroma Osificante, y es necesario en todos los casos la correlación clínica, radiológica e histológica. De otra manera el diagnóstico único posible sería-

" LESION FIBRO-OSEA MIXTA BENIGNA " Michelena (21).

BIBLIOGRAFICAS:-

1.- PINDBORG J J, Histological Typing of odontogenic.

Tumours jaw Cysts, Allied lesions. International Histological classification of tumours No. 5

Editorial WHO., Geneva 1971; 36 - 37

2.- WALDRON C A, Giant cell. tumoure of the jawbones, Oral Surg; 1953; 6; 1055 Idem; Metastatic carcinoma of the mandible; adenocarcinoma of the lung with metastatic lesion of mandible as first clinical sign.

Oral Surg, 1952; 5; 185.

Idem: Ossifying Fibroma of the mandible. Oral Surg., 1953; 6; 464.

3.- Thoma, K H, and Goldman, H M. Odontogenic tumours; a classification based on observation of the epithelial, mesenchymal and mi
xe varieties.

" Am. J. Path," 1946; 22: 433.

4.- Furedi citado por Guillermo Ries Centeno 7a. Edición. Edito
rial El Ateneo 1975 páginas 624 - 625

5.- Phemister citado por Guillermo Ries Centeno 7a. Edición. -
Editorial El Ateneo 1975 páginas 624 - 625

6.- Grimson citado por Guillermo Ries Centeno 7a. Edición. Edi
torial El Ateneo 1975 páginas 624 - 625

7.- Bergara citado por Guillermo Ries Centeno 7a. Edición. Edi
torial Eal Ateneo 1975 páginas 624 - 625.

8.- SHAFER G WILLIAM; Maynard K Hine, Barnet M Levy, Charles E-
Tomich.

Tratado de Patología Oral, Tumores y Malignos de la Cavidad Bucal.

Nueva Editorial Interamericana, 1988 ; 130 - 131.

9.- MENZEL A, Ein fall von osteofibroma des Unterkiefers. Arch-Klin, Chir., 1872; 13; 212 - 219.

10.- VON RECKLINGHAUSEN F, Die oder defomiende osteiter festschrift Rudolf Virchow Zuseinem 71. Geburtstage, Berlin.

11.- SHERMAN R S y Sternbergh WCA, The roentgen appearance of ossifying fibromas of bone, Radiology, 1984; 50; 595 -609.

12.- MONTGOMERY A H, Casifying Fibromas of the jaw. Arch Surg., 1927; 15; 30 - 44.

13.- OMS., Clasificación Histológica Internacional de Tumores Odontogénicos. Quistes de los Maxilares y Lesiones Afines. No. 5 1972.

14.- HAMMER J E, Scofield H H y Cornyn J: Bening fibro-osseous - jaw. Lesion of periodontal membrane origin an analysis of 249 cases. Cancer. 1968; 22: 861 - 878.

15.- EVERSOLE L R, William R Sabes; Fibrous dysplasia; a nosologic and problem in the diagnosis of fibro-osseous lesions of the jaw. J Oral Fath, 1972; 1: 189 - 220.

16.- WALDRON C A y Giansanti J S; Benign fibro-osseous lesions-

of the jaws.

A clinical - radiologic - histologic review of sixty five cases.

Part I: Fibrous dysplasia of the jaws. Oral Surg, 1973; 35: 190 - -
201.

17.- Waltron C A y Giansanti J S; Bening fibro-osseous lesions-
of the jaws.

A clinical - radiologic - histologic review of sixty five cases.

Part II: benign fibro-osseous lesions of periodontal ligament origin.
Oral Surg Oral Med, Oral Pathol, 1973; 35: 340 -350.

18.- OBISESAN A A Lagundoye S C, Daramola J.O, Ajagbe J O, Olo-
wasahmi J O:

The radiologic features of fibrous dysplasia of the craniofacial
bones Oral Surg, 1977; 44: 949 - 959.

19.- EL DEEB M, Waite D E y Paspers M I: Fibrous dysplasia of -
the jaw. Report of five cases. Oral Surg, 1979; 47: 312 - 317.

20.- EYERSOLE L R, Mennel P W Y Strub D: Radiographic Characteristics
of ossifying/cementifying fibroma. Oral Med Oral Pathol, 1985; 59: -
522 - 527.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

21.- MICHELENA A F: Lesiones fibroóseas; diagnóstico diferen--

22.- GIORGISDE N Masters, F, Horton C y cols: Ossifying fibroma (dysplasia fibrous) of the facial bones in children an adoles-- cents. J. Pediatr. 1955; 46: 36-43.

23.- JAFFE N L: Tumores y Estados Tumoraes Oseos y Articulares. La Prensa Médica Mexicana, México; 1966 - 1970.

24.- SCHULUMBERGER H G: Fibrous dysplasia of single bones (monostotic fibrous dysplasia), Mil Surgeon, 1946; 99: 504: y fibrous - dysplasia (ossifying fibroma) of the maxilla and mandible. Ann J. Orthodontics, 1946; 32: 579-- 587.

25.- ZIMMERMAN D C, Dahlin D C y Stafne E C: Fibrous dysplasia of the maxilla and mandible, Oral Surg, 1958 - 11: 55.

26.- JAFFE N L: Tumores y Estados Tumoraes Oseos y Articulares. La Prensa Médica Mexicana, México 1958 - 1966.

27.- BERNIER J L: The management of oral disease 2a. edición -- Nueva York, C.V. Mosby Co.

28.- SICHER H u Wenman J P: Bone pathology (1) fibrous dysplasia of bone; (2) cementona. Int. Dent J 1954; 4: 684.

29.- THOMA K H: Diferential diagnosis of fibrous: dysplasia and fibro-osseous neoplastic lesions of the jaw and their treatment J Oral Surg. 1956; 14: 185.

30.- COCKE B E D: Benign fibro-osseous enlargements of the jaws. Brit Dent J. 1957; 102: 1-14, 49 - 59.

31.- LUCAS R B: Pathology of, tumours of the oral tissues 3rd - y 4nd, CHUTCHILL. Livingstone, Londres 1976 - 1984.

32.- HARRISON DFN: Osseous and fibro-osseous condition affecting the cranio facial bones, Ann Otolrhinol Laryngol, 1984; 93.

33.- EVERSOLE L R, Leider A S y Nelson K: Ossifying fibroma: A-clinical pathologic study of sixty four cases. Oral Surg Oral Med --- Oral Pathol. 1985; 60: 505 - 511.

34.- WALDRON CH A. Fibro-osseous lesions of the jaws. J oral Maxillofac Surg 1985; 43: 249- 262.

35.- T ECKE STUTVULL CALANDRA Fisiopatología Bucal, Alteraciones de Mandíbula y Maxilares.

1a. Edición Editorial Interamericana 1960: 3435 - 348.

36.- BATAKIS J G: Tumours of head and neck: clinical and pathological considerations. 2a. edición Willian and Wilkins, Baltimore, Londres, 1979; 410- 413.

37.- ZEGARELLI V Edward, Austin H Kutscher, George A Hyman; - Diagnóstico En Patología Oral. 2a. edición Editorial Salvat, 1972;- 265 - 266.

38.- GURALNICK C Walter, Tratado de Cirugía Bucal, Editorial-Salvat Mallorca 43- Barcelona (España), 1971; 458 -461.

39.- LICHTENSTEIN L y Jaffe H L; Fibrous Dysplasia of bone.- Arch Surg. 1938; 36: 874.

40.- HARRIS W H, Dubley H y Barry R J: Natural history of fibrous dysplasia.

Ann ortopedic, pathological and roentgenographic study. J. Bone Jt, 1962; 44A; 207.

41.- SHERMAN R S y Glauser O J: radiology identification of fibrous dysplasia of the jaws. Radiology, 1958; 71: 553-558.