

Serie de Casos Clínicos: Displasia Osteofibrosa Craneofacial. Resolución Quirúrgica

Jhonatan Heriberto Vazquez Albornoz¹, Pablo Gerardo Peña Tapia², Carlos Anibal Yáñez Castro¹, Cristian David Sánchez León¹.

RESUMEN

1. Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital José Carrasco Arteaga, IESS. Cuenca – Ecuador.
2. Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario del Río. Cuenca – Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

Jhonatan Heriberto Vazquez Albornoz.
Correo electrónico: jhvplastic@gmail.com
Dirección: Hospital Universitario del Río. Consultorio 304
Código Postal: EC010108
Teléfono: [593] 988869864.

Fecha de recepción: 28-08-2019

Fecha de aceptación: 31-10-2019

Fecha de publicación: 30-11-2019

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Vazquez J, Peña P, Yáñez C, Sánchez C. Serie de Casos Clínicos: Displasia Osteofibrosa Craneofacial. Resolución Quirúrgica. Rev Med HJCA 2019; 11(3): 229-234. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2019.11.3.cc.36>

ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2019 Vazquez et al.; Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International Public License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original y bajo la misma licencia del original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).

INTRODUCCIÓN: La Displasia Fibrosa Ósea Craneofacial es una lesión ósea benigna en la que se da una sustitución de tejido óseo normal por tejido fibro-óseo. Desarrollada a partir de una mutación genética. Subordinada en variantes: monostótica y polistótica. Escasos casos son reportados sobre malignización de la patología. El Diagnóstico se realiza con la sospecha clínica y se confirma mediante exámenes de imagen y anatopatológicos.

CASO CLÍNICO: El presente trabajo presenta una serie de tres casos diagnosticados de Displasia Osteofibrosa Craneofacial en el Hospital José Carrasco Arteaga y Hospital del Río, Cuenca-Ecuador, en los que por el cuadro clínico de los pacientes se decidió tratamiento quirúrgico.

EVOLUCIÓN: En todos los casos, la evolución fue favorable. Se logró resultados positivos, reducción de síntomas y mejoría estética general en todos los casos.

CONCLUSIÓN: Se obtienen mejores resultados con los tratamientos quirúrgicos actuales (remodelado más congelamiento óseo), entre ellos: buenos resultados estéticos, mejor calidad de vida, menor riesgo de infecciones. En el presente trabajo los tres participantes sometidos a resolución quirúrgica señalaron que el tratamiento reflejó positivamente en el ámbito funcional, estético y emocional.

PALABRAS CLAVE: ASIMETRÍA FACIAL, DISPLASIA FIBROSA CRANEOFACIAL, DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA, CIRUGÍA ESTÉTICA RECONSTRUCTIVA.

ABSTRACT

Case Series: Craniofacial Fibrous Dysplasia. Surgical Treatment

BACKGROUND: Craniofacial Bone Fibrous Dysplasia is a benign bone lesion where normal bone tissue is replaced with fibrous tissue. Developed from a genetic mutation. Subordinated in variants: monostotic and polyostotic. Few cases are reported on malignancy of the pathology. The diagnosis is determined with clinical suspicion and confirmed by imaging and pathology tests.

CASE REPORT: In this paper, we present a series of three cases diagnosed with Craniofacial Fibrous Dysplasia at José Carrasco Arteaga Hospital and Hospital del Río, Cuenca-Ecuador. All of patients were treated with surgery, because of the clinical features.

EVOLUTION: In all the cases, the patient evolution was favorable. Reduction of symptoms and general aesthetic improvement were achieved in all cases.

CONCLUSION: Better results are obtained with the current surgical treatments (bone remodeling plus bone freezing), among them: good aesthetic results, better quality of life, lower risk of infections. In the present paper, the three patients treated with the surgical procedure indicated that the treatment reflected positively in the functional, aesthetic and emotional aspects.

KEYWORDS: FACIAL ASYMMETRY, CRANIOFACIAL FIBROUS DYSPLASIA, MONOSTOTIC FIBROUS DYSPLASIA, RECONSTRUCTIVE SURGICAL PROCEDURES.



INTRODUCCIÓN

La Displasia Osteofibrosa se define como una lesión ósea benigna; poco frecuente, con una prevalencia real desconocida, distinguida por la sustitución de tejido óseo normal por tejido fibro-óseo. El primero en describir la patología fue Von Rec-Klinghausen en 1891, caracterizándola por deformidades y cambios fibrosos a los que nombró: "osteítis fibrosa generalizada". En 1938, Lichtenstein y Jaffé introdujeron el término "displasia fibrosa" [1]. La teoría de Marie y Riminiucci describe como etiología, el desarrollo a partir de una mutación activadora de la subunidad "alfa" de la proteína G de señalización de las células osteoblásticas resultando una distribución en mosaico [2]. La excesiva multiplicación de tejido fibroso mezclado con trabéculas de hueso inmaduro hace que histológicamente se representen tres esquemas de agrupación: "letras chinas"; "puzzle" y "C&S". Se suman osteoblastos inmaduros distribuidos de manera anormal [1].

El 70% de los casos se presentan durante la primera década de vida, no tiene tendencia a ninguna raza o sexo [3]. La enfermedad se clasifica en: displasia monostósica (un solo hueso), polistósica (más de un hueso). El síndrome de McCune-Albright ha sido asociado a la variante polistósica, con la particularidad de presentar zonas de hiperpigmentación cutánea (manchas café con leche) y alteraciones endocrinas (pubertad temprana, adenoma hipofisiario o hipertiroidismo) formando una triada [3]. La variedad monostósica supone el 70% de los casos de Displasia Fibrosa y en orden de frecuencia afecta a costillas, fémur, tibia, maxilar, mandíbula, calota craneal y húmero [1]. A nivel craneofacial, la frecuencia de presentación en orden decreciente es: maxilar, mandíbula, hueso frontal, hueso esfenoidal, etmoides, hueso parietal y occipital [3]. La malignización de la displasia es poco frecuente presentándose en un 0.5% para la forma monostósica y del 4% para la variante polistósica [1].

La presentación clínica depende de la localización y tamaño de la lesión; siendo de crecimiento lento, la mayoría de veces asintomática. Hay casos en los que la compresión de estructuras o invasión de tejidos vecinos tienden a producir: lesiones en el canal óptico (ceguera, diplopía, pérdida de la visión), parestesias por daño del nervio trigémino, cefalea, exoftalmia, alteraciones estéticas, dolor en región de la lesión y fracturas óseas [4], [5].

El diagnóstico se basa principalmente en la sospecha clínica durante el examen físico, en el mismo se presentará asimetría en la región de la lesión y se confirma la patología con exámenes complementarios de imagen como: Radiografía, Tomografía Axial Computarizada y Resonancia Magnética [6]. La densidad en los estudios radiológicos depende de la cantidad de los elementos óseos y fibrosos, resultando así patrones: mixto (40%), esclerótico localizándose en la base del cráneo (35%) y quístico-lítico (el menos frecuente) [1], [7].

Diagnósticos diferenciales: principalmente con el fibroma osificante juvenil (FOJ) que radiológicamente presenta márgenes perfectamente definidos, lesiones de células gigantes (granuloma central de células gigantes y tumor pardo del hiperparatiroidismo), el osteoblastoma u osteoma osteoide, la displasia cemento-ósea y el fibroma desmoplásico [3], [5], [6].

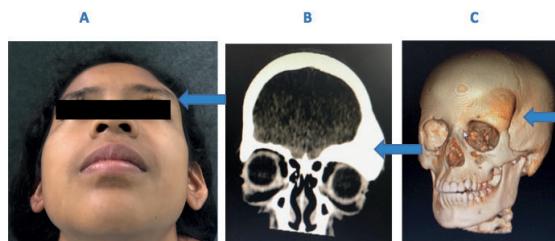
En cuanto al tratamiento, en el periodo activo de la displasia fibrosa la recomendación es permanecer expectante, mantener al paciente en observación habitual y una actitud conservadora. En la displasia craneo-facial, la intervención quirúrgica está indicada en desproporciones estéticas indiscutibles y cuadros de compresión a nivel cerebral o hacia el globo ocular. La alta tasa de recidiva (25-50%) limita la cirugía en edad temprana. El tratamiento de elección es el remodelamiento óseo más resección de la lesión. La radioterapia es contraindicada por la predisposición a la degeneración maligna radioinducida [3], [5], [8].

CASO CLÍNICO

CASO 1

Paciente de sexo femenino de 13 años de edad. Sin antecedentes familiares de importancia. La madre refirió que desde hace 5 años la paciente presenta asimetría orbito-frontal izquierda, dicha deformidad aumentó de tamaño al transcurso de los dos últimos años, sumándose además en este mismo transcurso de tiempo, cefalea y diplopía. Al examen físico se evidenció deformidad orbito-frontal izquierda con dolor a la palpación, enoftalmos y falta de excursión ocular, sin más alteraciones. Se realizó TAC con reconstrucción en 3D, donde se observó tumor óseo localizado en hueso frontal, que invadía bóveda craneana, base de cráneo anterior y techo de la órbita. Tras análisis de sintomatología, examen físico y confirmación con resultados de la TAC, se diagnosticó Displasia Osteofibrosa Craneofacial.

IMAGEN 1. Prequirúrgico, con deformidad prominente a nivel frontal. A. Vista frontal con hiperextensión cervical para notar deformidad frontal. B. TAC, corte coronal, se observa displasia osteofibrosa fronto-orbitaria. C. TAC con reconstrucción 3D, se observa tumoración fronto-orbitaria.



Por el cuadro clínico se decidió intervenir quirúrgicamente a la paciente. Se realizó un remodelado óseo y extracción de displasia osteofibrosa, más avance frontoorbitario y reconstrucción de techo y pared lateral de la órbita, congelado de remanentes óseos con nitrógeno líquido para evitar recidivas; con el objetivo de reducir la asimetría facial y agrandar la bóveda craneana y cavidad orbitaria, evitando la compresión de su contenido (globo ocular, músculos, nervio óptico).

El procedimiento se realizó sin complicaciones. En el postquirúrgico (Imagen 3) la paciente presentó una evolución favorable; con disminución significativa de la asimetría facial, diámetros anteroposterior y vertical de la órbita normalizados, al igual que la relación continente-contenido, ausencia de enoftalmos, supresión de la sintomatología inicial y recuperación completa de la funcionalidad. Se manifestó conformidad por parte de la paciente y familiares. Tras control postquirúrgico a los ocho meses, paciente se mantiene sin recidiva, con simetría completa en la estructura craneo-facial.

IMAGEN 2. Intervención quirúrgica, exéresis de protuberancia. A. Resección de mitad izquierda del hueso frontal para remodelado óseo. B. Remodelado óseo de prominencia ósea. C. Colocación de frontal remodelado de prominencia a nivel izquierdo.

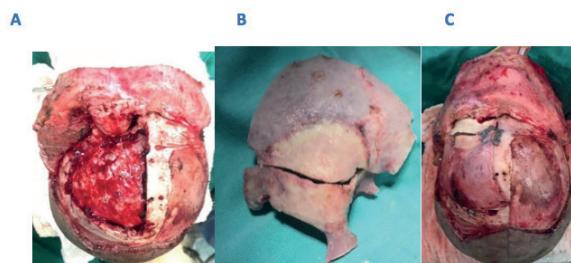


Imagen 3. Resultado Postquirúrgico. A. Vista frontal postquirúrgico, mejoría de alteraciones estéticas. B. TAC corte coronal, tras extracción de displasia osteo-fibrosa, remodelado y colocación de nitrógeno líquido en el remanente óseo.

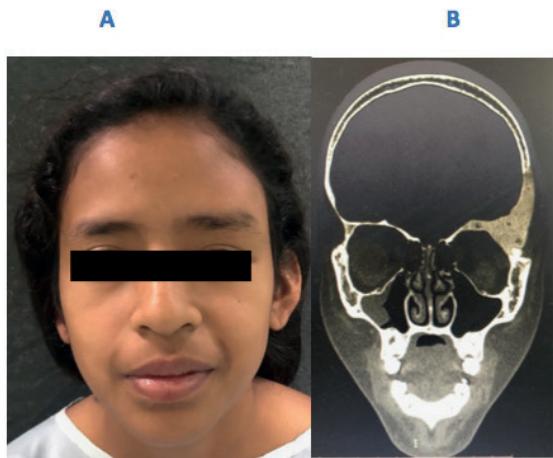


Imagen 5. Intervención quirúrgica, exéresis de protuberancia. A. Medición de tumor en región frontal previa su exéresis. (2cm aproximadamente) B. Fijación de hueso frontal tras remodelado óseo, resección de tumor y congelado.

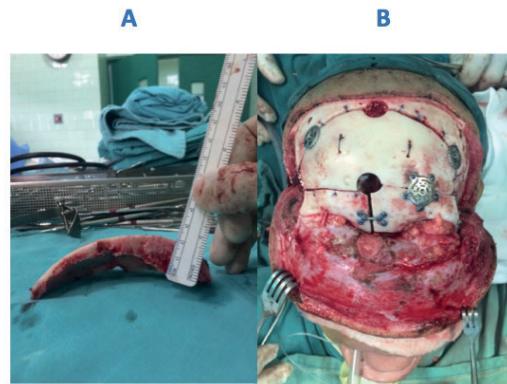
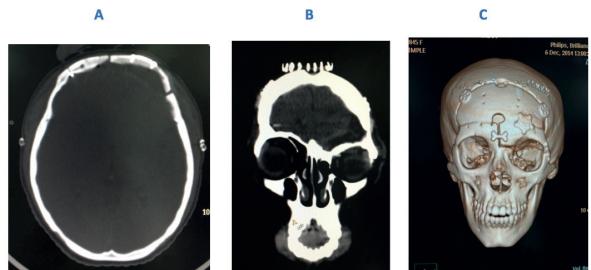


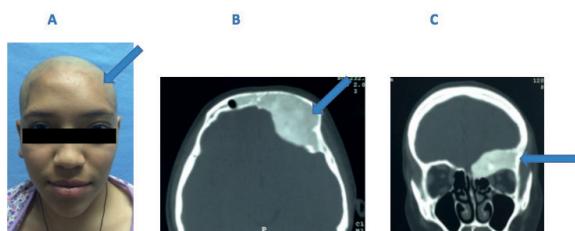
Imagen 6. Resultados postquirúrgicos. Disminución significativa de asimetría a nivel frontal izquierdo. A. TAC corte axial. B. TAC corte coronal. C. TAC con reconstrucción 3D.



CASO 2

Paciente de sexo femenino de 14 años de edad. Sin antecedentes familiares de importancia. Refirió presentar desde hace 4 años asimetría a nivel frontal izquierdo, que aumentó de tamaño gradualmente. Dos años antes de acudir al servicio de cirugía plástica y reconstructiva presentó además diplopía, impotencia funcional a la elevación del párpado superior izquierdo y dolor supraorbital ipsilateral al tacto. Un año después se añadió al cuadro, cefalea de tipo opresivo en región fronto-temporal izquierda. Al momento del examen físico se evidenció asimetría a nivel frontal izquierdo, exoftalmos y ausencia de excursión en ojo izquierdo. Por sospecha de displasia osteofibrosa craneofacial se realizó TAC simple de cráneo y macizo facial, con cuyos resultados se confirmó el diagnóstico. Se observó tumor óseo localizado en región frontal que invade bóveda craneana, base de cráneo anterior y techo de órbita, produciendo aplastamiento del globo ocular.

Imagen 4. Prequirúrgico, con deformidad prominente a nivel frontal. A. Vista frontal donde se evidencia deformidad fronto-orbitaria. B. TAC de cráneo corte axial, donde se observa displasia osteofibrosa fronto-orbitaria. C. TAC de cráneo y macizo facial, corte coronal, se observa tumoreación fronto-orbitaria.



EL tratamiento fue quirúrgico, se realizó remodelado óseo y extracción de la displasia osteofibrosa, reconstrucción de techo y pared lateral de la órbita, congelado de remanentes óseos con nitrógeno líquido. El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones. Se obtuvieron los resultados postquirúrgicos deseados; exéresis completa del tumor con aumento del espacio en la bóveda craneana, normalización de diámetros antero-posteriores y verticales de la órbita izquierda, con reducción notable de la asimetría facial, eliminación completa de la sintomatología. (Imagen 6)

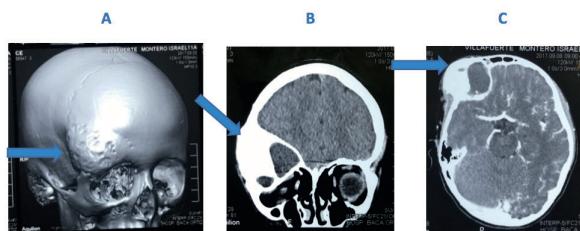
CASO 3

Paciente de sexo masculino de 8 años de edad. Sin antecedentes patológicos ni familiares de importancia. Madre refirió que desde hace 3 años el niño presenta asimetría facial a nivel orbito-frontal derecho que tiene un aumento progresivo de tamaño, llegando a producir protrusión del globo ocular ipsilateral, dificultad para cerrar el párpado superior del mismo lado y diplopía. Acude al servicio de Neurocirugía del Hospital del Río, al examen físico se evidencia deformidad fronto-orbitaria con exoftalmus derecho. Se indica TAC simple de cráneo y macizo facial y TAC con reconstrucción en 3D. Con resultado de exámenes de imagenología se confirma la sospecha clínica de Displasia Osteofibrosa Craneofacial. En las imágenes se observó la formación tumoral característica; invasión a la bóveda craneana frontotemporal y cavidad orbitalia produciendo una marcada asimetría facial frontoorbitaria.

Imagen 7. Prequirúrgico, con deformidad prominente a nivel frontal derecho. A. Vista Frontal. B. Vista lateral derecha. C. Vista frontal con hiperextensión cervical.



Imagen 8. Exámenes complementarios prequirúrgicos. Se observa prominencia ósea frontal derecha. A. TAC 3D. B. TAC craneal prequirúrgico, corte coronal. C. TAC craneal prequirúrgico, corte axial.



Paciente fue sometido a intervención quirúrgica previa cirugía simulada en molde de estereolitografía. Se realizó un remodelado óseo y extracción de displasia osteo-fibrosa, mas avance fronto-orbitario y reconstrucción de techo y pared lateral de la órbita, congelado de remanentes óseos con nitrógeno líquido. Se logró exéresis completa del tumor, sin complicaciones; con compensación de la asimetría facial, aumento de del espacio en la bóveda craneana y cavidad orbitaria, evitando la compresión de su contenido (globo ocular, músculos, nervio óptico). Los resultados se evidencian en la TAC de control postquirúrgica (Imagen 10). El paciente tuvo una evolución favorable, con satisfacción del resultado estético, eliminación de la proptosis del globo ocular, eliminación de la sintomatología prequirúrgica y recuperación funcional de la movilidad del párpado.

Imagen 9. Intervención quirúrgica. A. Molde de estereolitografía para cirugía simulada. B. Fijación de hueso frontal tras remodelado óseo y avance fronto-orbitario.

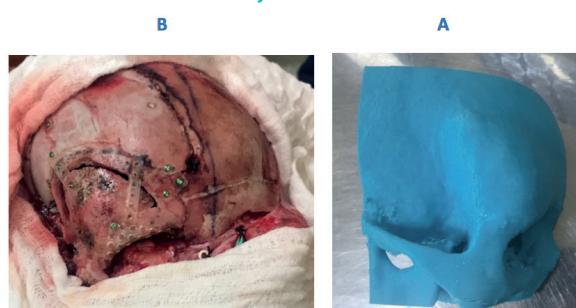
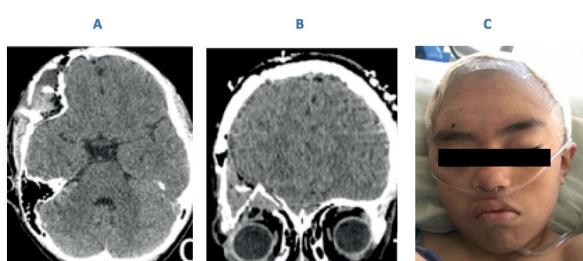


Imagen 10. Post resección quirúrgica de displasia ósea craneofacial. A. TAC de cráneo postquirúrgica, corte axial. B. TAC de cráneo y macizo facial postquirúrgica, corte coronal. Vista frontal de paciente en el postquirúrgico sin asimetría facial.



DISCUSIÓN

En esta serie se diagnosticó y trató tres pacientes con displasia fibrosa ósea, todos confirmados por la presentación clínica y estudios de imagen. Dos de los pacientes fueron de sexo femenino y uno de sexo masculino. En todos los pacientes las anomalías se presentaron en el hueso frontal, en el lado izquierdo en dos de los pacientes y en un paciente en región derecha del mismo hueso;

confirmando lo que indica la literatura en relación a la presentación clínica. Clínicamente la Displasia Fibrosa se presenta entre la primera y segunda década de la vida, sin predilección por sexos ni razas, pudiendo afectar a cualquier estructura ósea del cuerpo. Sin embargo es el territorio craneofacial el más frecuentemente implicado; siendo el hueso frontal uno de los sitios más frecuentes de presentación a nivel craneofacial [3].

Generalmente la patología se manifiesta como una lesión expansiva de crecimiento lento y asociada en ocasiones a asimetría facial. De manera inusual, pueden presentarse síntomas en relación a la compresión de estructuras nerviosas o invasión de tejidos adyacentes, tal como en los tres casos clínicos presentados [3].

El tratamiento quirúrgico de las lesiones craneofaciales solo debe realizarse en caso de compresiones, debido a que dichas lesiones tienen una alta tasa de recurrencia y no suele ser posible la resección completa de las áreas comprometidas. Los pacientes asintomáticos pueden ser controlados regularmente con radiografías seriadas [5]. Lo que obliga a individualizar el tratamiento en cada paciente, dependiendo de la severidad de las malformaciones, la edad y el sexo [3,8]. La extensión de la deformidad facial varía ampliamente, existiendo una variedad de técnicas quirúrgicas para corregirlas. [5]. Actualmente el tratamiento específico es el remodelado óseo y resección del tumor mediante fresado y resección con sierras eléctricas, y congelamiento con nitrógeno líquido de los remanentes óseos que son usados nuevamente. Cuando la lesión afecta la estética facial y la función, como en el caso de nuestros tres pacientes, el tratamiento quirúrgico debe ser indicado.

Es importante tener en cuenta la repercusión psicológica en estos pacientes, con la ayuda de un profesional especializado en el área psicológica, antes, durante y después del tratamiento quirúrgico. Razón por la cual los tres pacientes fueron sometidos a análisis y apoyo psicológico, presentando satisfacción emocional postquirúrgica. [5]

Hasta la fecha de la publicación, ninguno de estos pacientes presentó recidivas, lo que concuerda con las bibliografías revisadas, que manifiestan que la probabilidad de recidiva es reducida debido al tratamiento quirúrgico más la colocación del hueso en nitrógeno líquido, congelándolo, lo que produce desnaturalización de las células patológicas. [1] [3]

Respecto a las complicaciones del procedimiento, hay escasa bibliografía que estudia el postquirúrgico y no se presentan casos con alteraciones postoperatorias inmediatas. Los pacientes de este estudio manifestaron un alto grado de satisfacción con los resultados obtenidos, tanto funcionales, estéticos y emocionales. Ninguno presentó complicaciones quirúrgicas, ni postquirúrgicas como infecciones o recidivas después de realizarse las intervenciones quirúrgicas. [7]

La bibliografía evidencia que la displasia fibrosa es una enfermedad polimalformativa extremadamente rara; por lo que su diagnóstico y tratamiento son poco estudiados dentro del régimen nacional e internacional. De acuerdo a esto se pone en evidencia que, dentro de las debilidades de este estudio, está el limitado número de pacientes que pueden ser captados en nuestro medio. [6], [7]

CONCLUSIÓN

La displasia fibrosa es una patología infrecuente, tiene una presentación clínica variable, con distintos grados de extensión y severidad del defecto, es extremadamente raro que se presente la variante poliostótica en un paciente. El rasgo clínico común

en todos los pacientes con displasia craneofacial es el crecimiento paulatino de la prominencia ósea, resultando asimetría facial, reconocible a simple vista.

El diagnóstico se basó en la presentación clínica, un examen físico minucioso y se confirmó mediante exámenes de imagen (TAC simple y con reconstrucción 3D) de cráneo. No se requirió pruebas de anatomía patológica, ya que no existieron dudas diagnósticas. La deformidad se corrigió de manera efectiva con cirugía craneofacial y congelado óseo con nitrógeno líquido en todos los pacientes. El resultado es menor número de complicaciones postquirúrgicas, mejor resultado estético y recuperación funcional, con menor grado de recidiva como ocurrió con los tres pacientes de este estudio.

RECOMENDACIONES

Es importante reconocer las características principales de la presentación clínica de la displasia fibrosa, para poder realizar el diagnóstico diferencial de otras lesiones óseas, por la incidencia baja de esta patología.

El seguimiento periódico y continuo postquirúrgico es muy importante para evitar complicaciones como infecciones postquirúrgicas y recidivas de la patología.

ABREVIATURAS

TAC: tomografía axial computarizada. RM: resonancia magnética. FOJ: fibroma osificante juvenil. 3D: 3 dimensiones.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos de manera especial al Servicio de Cirugía Plástica Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

FINANCIAMIENTO

Este estudio es autofinanciado.

DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

Historia clínica del Hospital José Carrasco Arteaga IESS de Cuenca – Ecuador. Sistema AS400.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

JV, PP: Diagnóstico, tratamiento quirúrgico y seguimiento del caso. AY: Traducción del Resumen. JV, PP, AY y CS: Recolección de información, revisión bibliográfica, redacción del manuscrito, análisis crítico.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Jhonatan Heriberto Vázquez Albornoz. Doctor en Medicina y Cirugía. Cirujano Plástico y Reconstructivo, Universidad de Buenos Aires. FELOW, Cirugía Cráneofacial Universidad Nacional Autónoma de México. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica, Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay - Ecuador. Correo electrónico: jhvaplastic@gmail.com/ dr@jhvazquez.com/ Página web: www.drjhonatanvazquez.com. Dirección: Hospital Universitario del Rio. Consultorio 304. Teléfono: [593] 988869864.  ORCID: http://orcid.org/0000-0001-5554-4222.
- Pablo Peña Tapia. Doctor en Medicina y Cirugía. Neurocirujano. Ruprecht Karls Universitat Heidelberg: Mannheim, Baden-Württemberg, DE. Master en Neurociencias de la Universidad Pablo de Olavide: Sevilla, Andalucía, ES. Profesor de neuroanatomía de la Universidad del Azuay: Cuenca, Azuay, EC. Neurocirujano, jefe del departamento de Cirugía del Hospital Universitario del Rio Cuenca Azuay. Página web: http://www.drpablopna.com  ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0006-1925.
- Cristian David Sánchez León. Médico General en Funciones Hospitalarias. Residente Asistencial de Cirugía Plástica del Hospital José Carrasco Arteaga (IESS) Cuenca – Ecuador. Correo Electrónico: cristiano-sanchez.7@hotmail.es.  ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2006-6029.
- Carlos Aníbal Yáñez Castro. Médico General en Funciones Hospitalarias. Residente Asistencial de Cirugía Plástica del Hospital José Carrasco Arteaga (IESS) Cuenca – Ecuador. Correo Electrónico: h.annibal10@hotmail.com.  ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6791-4200.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no reportan ningún conflicto de intereses.

CONSENTIMIENTO PARA PUBLICAR

Todos los autores leyeron y aprobaron la publicación de la versión final del manuscrito.

APROBACIÓN ÉTICA Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Los autores cuentan con el consentimiento por parte del paciente.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Vazquez J, Peña P, Yáñez C, Sánchez C. Serie de Casos Clínicos: Displasia Osteofibrosa Craneofacial. Resolución Quirúrgica. Rev Med HJCA 2019; 11(3): 229-234. DOI: http://dx.doi.org/10.14410/2019.11.3.cc.36

PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/publon/27792692/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López-Arcas J, Colmenerob C, Reyesc A, Prietod J, Ruiz B, Ortega R. Displasia fibrosa maxilar poliostótica en paciente tratada con pamidronato: a propósito de un caso. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2011;33 (2): 84-87. DOI: 10.1016/S1130-0558(11)70016-8
2. Boyce AM, Turner A, Watts L, Forestier-Zhang L, Underhill A, Pinedo-Villanueva et al. Improving patient outcomes in fibrous dysplasia/McCune-Albright syndrome: an international multidisciplinary workshop to inform an international partnership. Arch Osteoporos. 2017 Dec; 12(1):21. DOI: 10.1007/s11657-016-0271-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5653227/>
3. García A, Sánchez R, Martínez F, Martínez C. Displasia fibrosa monostótica. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [Internet]. 2016 Dic [citado 2019 Abr 09] ; 38(4): 240-242. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2015.01.006>
4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582016000400240&lng=es
5. Costanzi Márcio Alberto, Cruz Antonio Augusto Velasco e. Envolvimento orbitário difuso por displasia fibrosa na síndrome de McCune Albright: relato de caso. Arq. Bras. Oftalmol. [Internet]. 2007 Dec [cited 2019 Apr 09] ; 70(6): 1021-1023. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492007000600026&lng=en
6. Varsavsky M., Alonso G., DISPLASIA FIBROSA ÓSEA. Actual. Osteol. [Internet]. 2017; 13 (3):233-242. Disponible en: http://osteologia.org.ar/files/pdf/rid56_233-242-ost3-4-varsavsky-b.pdf?fbclid=IwAR3Bq9WMshy0Za2IJIG6MxQjn_32UI3zKiPCd2l-GK0VwB2gedFhXcyIJSC
7. Carballo Santos Mercedes, Pupo Suárez Rodolfo, Cruz Roch José Luís, Cruz Pino Yamilly. Presentación de un paciente con displasia fibrosa ósea cráneo facial. CCM [Internet]. 2014 Sep [citado 2019 Abr 15] ; 18(3): 564-570. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000300023&lng=es
8. Alves Adriana L., Fernando Canavarros, Vilela Daniela S.A., Grana- to Lídio, Próspero José D. Displasia fibrosa: relato de três casos. Rev. Bras. Otorrinolaringol. [Internet]. 2002 Mar [cited 2019 Apr 15] ; 68(2): 288-292. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992002000200022&lng=en
9. Alves Nilton. Displasia Fibrosa Monostótica Craneofacial: ¿Cómo Debe Ser el Diagnóstico?. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2013 Ago [cited 2019 Abr 15] ; 7(2): 221-224. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2013000200010&lng=es