

REGRESION INDUCIDA DE LESIONES FIBRO-OSEAS DE LOS MAXILARES

(Primera Parte)

Rolando B. Chaves*

INTRODUCCION

Entre las lesiones fibro-óseas de los maxilares debemos destacar, con especial atención, el crecimiento central considerado tumor o granuloma reparativo de células gigantes. Lo han llamado también osteoclastoma, tumor pardo (si deriva de un hiperparatiroidismo), tumor amieloplaxis y otros. Histológicamente, esta lesión no ha sido encuadrada todavía dentro de una descripción definitiva, específica, aceptada por todos los patólogos. Las consideraciones de Jaffe (4), Cahn (2), Bhaskar, Bernier y Codby (1) y otros (5), considerando esta lesión como una respuesta peculiar de reacción a la hemorragia o, bien, como una reacción reparativa poderosamente impulsada pero que falla en su intento y es consecutiva a una inflamación causada por un agente irritante desconocido, obligan a un tratamiento conservador o a lo sumo de relativa radicalidad. Sin embargo, confunde y aún consterna, enfrentar casos cuya evolución se complica con recidivas de agresividad franca; lesiones que, clínicamente al menos, reproducen caracteres de autonomía celular e imponen un tratamiento quirúrgico radical, con resección amplia de tejidos. Este enfoque quirúrgico del problema se hace necesario en los casos de recidivas con marcada agresividad, inexplicables en su conducta clínica, porque los reportes histopatológicos las califican de benignas.

Cabe mencionar aquí el caso lamentable del paciente del Dr. Hayward (3), de la Universidad de Michigan, quien murió con metástasis pulmonar después de múltiples intervenciones quirúrgicas con

reportes histopatológicos de tumor benigno de células gigantes del maxilar. Ultimamente crece la tendencia de los patólogos a distinguir entre granuloma reparativo y tumor de células gigantes, (6 y 9), este último nunca reportado en los maxilares, según Cahn (2) o bien de ocurrencia ocasional según Lichtenstein (5). Sin embargo, Shklar y Meyer (7) de la Universidad de Tufts, hacen una enfática y bien documentada exposición sobre la posible naturaleza neoplásica de muchas de las lesiones clasificadas como granulomas reparativos de células gigantes de los maxilares. Es muy interesante también el enfoque de los Drs. Waldrom y Shafer (16), ofrecido en su extraordinaria publicación, donde consideran impropia la denominación de granuloma reparativo central de células gigantes de los maxilares y exponen: "nosotros creemos enfáticamente que esta lesión no representa un fenómeno reparativo". "No parece lógico que una lesión destructiva, localmente invasiva y potencialmente de crecimiento continuo, pueda representar una reacción reparativa". En la misma cita encontramos: "nosotros deseamos reiterar nuestra creencia de que el granuloma central reparativo gigante celular de los maxilares y el tumor benigno de células gigantes de otros huesos son similares sino, IDENTICAS LESIONES...". "Nosotros creemos que ninguna de estas lesiones es un neoplasma verdadero, pero que ellas, de hecho, representan lesiones reactivas ante un estímulo todavía desconocido".

Los Drs. E. Hjorting-Hansen y Worsoe-Petersen (24), de Dinamarca, reportan un caso de múltiples lesiones gigante celulares con recidivas y, al cabo de 18 años, también aparentes metástasis en los sitios de elección de los huesos largos. Encontramos también en "The consultant", del Journal de Oral Surgery de Marzo de 1967, la contestación del Dr. Stuart N. Kline, cirujano oral de Pittsburg (26), donde afirma la imposibilidad de distinguir, basándose exclusivamente en el cuadro histológico, las

* Ex-Cirujano Oral del Hospital Central del Seguro Social de Costa Rica. Ex-Jefe del Servicio Buco-Maxilar del Hospital México, San José, Costa Rica. Instructor en Cirugía Oral de la Escuela de Odontología de la Universidad de Costa Rica. Dirección actual: Ap. 79, Atenas, Costa Rica. Kellogg Fellow en Cirugía Oral. Columbia University.

condiciones tumorales como el granuloma central o periférico de los maxilares, del tumor genuino de células gigantes. "Tampoco pueden diferenciarse, por el aspecto histopatológico, el tumor pardo del hiperparatiroidismo ni las lesiones del querubismo". Considera absurda la calificación de reparativo que se aplica a los granulomas de células gigantes de los maxilares aunque produzcan amplia destrucción del hueso. "No puede eliminarse la posibilidad de un neoplasma aún faltando el pleomorfismo y la actividad mitótica de las células del retículo". Tantas opiniones diferentes, según los histopatólogos, nos lleva a la conjetura de restar importancia a las células gigantes, y enfocar preferentemente las variaciones del retículo. Sucedió así con nuestro caso No. 1, muy controversial para los patólogos, donde existió marcada disparidad diagnóstica, calificándolo uno, como tumor o granuloma reparativo de células gigantes, (siguiendo a Jaffe), y el otro, enfocando de preferencia el aspecto del retículo, lo calificó de retículo hemangioendotelioma maligno. Inicialmente, aceptamos el diagnóstico de granuloma reparativo de células gigantes de la mandíbula, por nuestra relación íntima con la Escuela Americana donde estudiamos, mediante beca que nos concedió la Kellogg Foundation. Considerábamos entonces que la tesis de Jaffe era la cierta. Esto permitió que realizáramos el tratamiento, ya que se trataba de una lesión benigna. El cuadro clínico, la segunda recidiva con su marcada agresividad, y la controversia de los patólogos, nos llevaron a la incertidumbre, posteriormente, de que estábamos enfrentando una lesión maligna. La respuesta al tratamiento del caso No. 1, en comparación con la evolución de los casos 3 y 4, nos induce, por su enorme diferencia, a considerar los últimos como lesiones gigante celulares no controversiales en cuanto a su benignidad, tal como lo establecieron diferentes patólogos y, el primero, como una lesión muy diferente, quizá maligna. Mientras no se llegue a una descripción histopatológica específica, que diferencie los casos benignos y malignos de las lesiones centrales gigante celulares de los maxilares, tendremos que refugiarnos en nuestro criterio clínico para el ataque efectivo de todos aquellos casos, en especial recidivantes, de las llamadas lesiones de células gigantes de los huesos maxilares (27).

Nuestra incertidumbre ante una lesión con marcada agresividad, en su segunda recidiva y, con diagnósticos opuestos, uno de tumor benigno y el otro maligno, nos llevó a escudriñar la literatura mundial en busca de alguna idea que nos diera base para una terapia optimista. Se consultó personal-

mente a dos autoridades destacadas en el campo de la Cirugía Oral (11), (14) y ambas aconsejaron cirugía radical. Desgraciadamente, para nosotros el caso era inoperable porque la lesión se extendía hacia el piso de la boca y, aún la lengua en el lado derecho estaba tumefacta. Había dificultad para la deglución. Además el paciente se negaba categóricamente a ser sometido a otra intervención quirúrgica. Sorpresivamente encontramos en la literatura la publicación del Dr. Dalitsch (12), de la Universidad de Illinois, donde reintroduce el concepto de la "Regresión inducida de los Neoplasmas mediante la Limitación Controlada de la Irrigación Sanguínea". Schultz y Vazirani (8) habían tratado un Ameloblastoma inoperable siguiendo ese principio. Sus resultados fueron sorprendentes, según el reporte provisional que ellos publicaron. En su experimento fue usado el esclerosante Psilliato Sódico para inducir esclerosis de la lesión. Decidimos usar en nuestro caso el principio de Dalitsch y la experiencia de Schultz y Vazirani, aunque el tumor que enfrentábamos no era Ectodérmico sino Mesenquimático. Nos indujo a experimentar, la idea lógica de provocar una alteración del medio o habitat del neoplasma, al disminuir la irrigación sanguínea y así inducir regresión del tumor. En esta experiencia usamos también el Psilliato Sódico, agente esclerosante conocido y ampliamente usado durante muchos años. El Dr. Rice (23) publicó, en el año 1936, haberlo usado para el tratamiento de más de 600 hernias.

ESCLEROSANTES: los agentes esclerosantes (20, 21, 22), en la forma de Morruato Sódico y Psilliato Sódico promueven una acción fibrogénica intensa en el tejido conjuntivo. El Psilliato Sódico es una solución estéril de las sales sódicas de los ácidos grasos líquidos obtenidos mediante la hidrólisis del aceite vegetal de las semillas de Plátano Ovata, conocidas en el comercio como Blond Psillium o semillas de Plátano Indio. Las soluciones esclerosantes son, al mismo tiempo, irritantes tisulares y agentes trombogénicos cuya habilidad para provocar una reacción inflamatoria moderadamente severa, con fibrosis subsecuente y obliteración de los canales vasculares, provee las bases para su actividad.

Sirvan las anotaciones anteriores como introducción a la presentación del caso No. 1 que fue estudiado con intensidad y luego tratado experimentalmente en el Hospital Central del Seguro Social de Costa Rica, hace ahora 29 años. El paciente curó con rapidez y aún sigue asintomático. El ejemplo de este caso nos permitió aplicar el mismo tratamiento a otras lesiones fibro-ósseas centrales de los

maxilares, no tan graves ni controversiales, pero muy extensas. Son parte de este reporte por su importancia al compararlas con la lesión No. 1. Todas curaron hace más de 20 años. El caso No. 4, al reactivarse con la preñez después del tratamiento y regresión, nos sugiere premisas importantes en cuanto a la fisiopatogénesis de estas lesiones, porque evidenció una relación muy comprometida con la condición endocrina del embarazo. También debe considerarse la conjetura de un estado carencial, anémico, agravado por la preñez. Está aceptado que los épulis o crecimientos superficiales de la encía, como también los tumores pardos gigantes celulares, tienen una relación directa con influencias endocrinas. Ahora pareciera que también los granulomas centrales gigante celulares de los huesos maxilares y aún los tumores benignos de células gigantes de los huesos largos, podrían estar en relación con condiciones endocrinas especiales que los originan. Se ofrece con estos hallazgos un campo amplísimo y muy importante para que los centros de investigación nos ofrezcan, en el futuro, conclusiones que evidencien la verdadera fisiopatogénesis de las lesiones de células gigantes de los huesos.

CASO No. 1

27 de abril de 1957. Paciente enviado al Servicio de Cirugía Oral por el Departamento de Medicina General.

Nombre: L.R.B.M.
Sexo: Masculino.
Edad: 23 años.
Oficio: Oficinista.

Interrogatorio: refiere que desde hace como tres meses ha notado movilidad de los dientes y molestias mínimas de tipo doloroso. Al morder una manzana sintió que los dientes se le hundían. No hay antecedentes traumáticos excepto la extracción de una premolar inferior derecha que fue laboriosa.

Examen clínico: el examen extra e intraoral da los siguientes datos: 1) Extraoral: la palpación submaxilar elimina adenopatía; no hay dolor a la presión digital en el contorno mandibular, pero se aprecia distensión del proceso alveolar a la palpa-

ción externa. 2) Intraoral: maxilar superior: se observan las piezas dentarias en buenas condiciones y posición correcta. La mucosa de las mejillas y del paladar de aspecto normal.

Maxilar inferior: marcada distensión del proceso alveolo dentario desde los incisivos hasta el ángulo mandibular derecho. Las piezas dentarias ceden a la presión con movilidad y hundimiento en los tejidos de soporte; sin embargo, mantienen una posición cercana a lo normal en estado de reposo.

Diagnóstico provisional: quiste odontogénico, traumático o aneurismal; Mixoma, Granuloma Central de Células Gigantes, Ameloblastoma.

Con el diagnóstico provisional de Granuloma o Tumor Central Gigante Celular de la Mandíbula, se hacen las interconsultas siguientes:

Radiología: una placa de la rama mandibular derecha muestra una zona lacunar, con esbozos de tabiques óseos. Se trata de una imagen quística. La cortical ósea aparece respetada, lo que pareciera indicar que no existe malignidad. Las radiografías laterales del cráneo y de las manos, no muestran lesiones óseas, lo que aduce contra un hiperparatiroidismo.

Rxs, intraorales: amplia imagen radiolúcida alrededor de los ápices dentarios algo desplazados y con aparente ligera reabsorción; pérdida de la lámina dura; finas y escasas trabeculaciones pueden apreciarse extendiéndose dentro de la imagen radiolúcida. La ligera reabsorción de las raíces dentarias, elimina de una vez la posibilidad de quiste odontogénico y nos pone sobre alerta ante la posibilidad de un tumor con marcada actividad celular.

Endocrinología: reporte elimina posibilidad de hiperparatiroidismo.

Oncología: se acuerda seguir el caso con Cirugía Oral.

Anatomopatología: biopsia por aspiración: dentro de las limitaciones que impone un fragmento de tejido extraído con aguja, puede decirse que hay un proceso muy proliferante con aspecto angiomatoso y en parte hemangio-endoteliomatoso.

CASO No. 1
 LESION INICIAL
 27 DE ABRIL, 1957

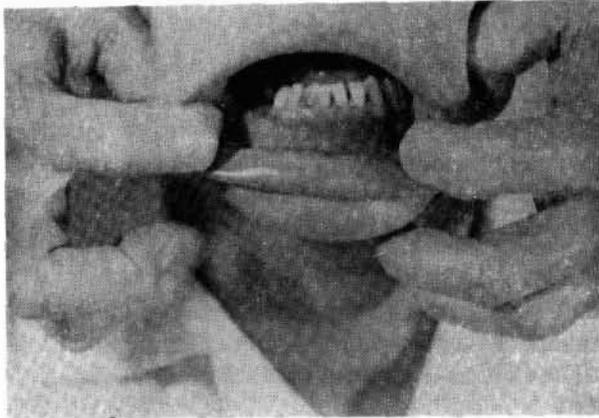


Fig. 1: Piezas dentarias muestran alteración de posición correcta. Expansión de surco vestibular por tumor del hueso mandibular.



Fig. 2: Rarefacción ósea uniforme, sin trabeculaciones. Desplazamiento de los ápices dentarios. Pérdida total de la lámina dura.



Fig. 3: Desplazamiento apical marcado, con aparente ligera reabsorción.

9 de Mayo de 1957. PRIMERA HOSPITALIZACION

Se procede a hospitalizar el paciente debido al cuadro tumoral. Ingresa con diagnóstico clínico de Tumor Central de Células Gigantes de la Mandíbula, para intervención quirúrgica el día siguiente. Exámenes generales pre-operatorios sin significación patológica.

10 de Mayo de 1957. INTERVENCION QUIRURGICA bajo anestesia general

Preva extracción de 10 piezas dentarias afectadas por la lesión, se separaron ampliamente los colgajos lingual y vestibular mandibulares, exponiendo la masa del tumor. Por medio de curetas grandes y pequeñas se removió seccionadamente el tejido patológico hasta constatar que sólo quedaba hueso aparentemente sano. Se aplicó luego solución de Carnoy como era indicado en ese tiempo (9). La cavidad se rellenó con Geolfoam y se aproximaron los colgajos.

Lesiones encontradas: transformación de la esponjosa en un tejido friable, de color pardo oscuro, que sangraba abundantemente y podía cortarse y removerse sin dificultad.

Técnica quirúrgica: exéresis amplia.

Patología: reporte del 17 de Mayo de 1957.

Osteoclastoma Maligno o Retículos Heman-gioendotelioma Maligno del hueso. No puede separarse la nomenclatura en este caso. (Dr. Rodolfo Céspedes Fonseca).

Hubo luego un reporte de: Granuloma Reparativo o Tumor Central de Células Gigantes de la mandíbula.

Evolución: fue satisfactoria pero se decidió la aplicación de Roentgenoterapia, con aplicaciones diarias desde el 31-5-57 hasta el 15-6-57. Se aplicaron un total de 2800 rs., por dos campos, fuego cruzado. *Controles frecuentes, como paciente ambulatorio, mostraban una evolución satisfactoria. En el mes de setiembre usó una prótesis dentaria inferior con buena adaptación.*

Servicio de Raiología: chequeos post-operatorios.

28-6-57 La lesión destructiva del maxilar aparece bien limitada en su contorno y no hay interrupción en sus límites óseos.

CASO No. 1 HISTOPATOLOGIA

**Fig. 1:** 10 Nov. 1960.

Biopsia.

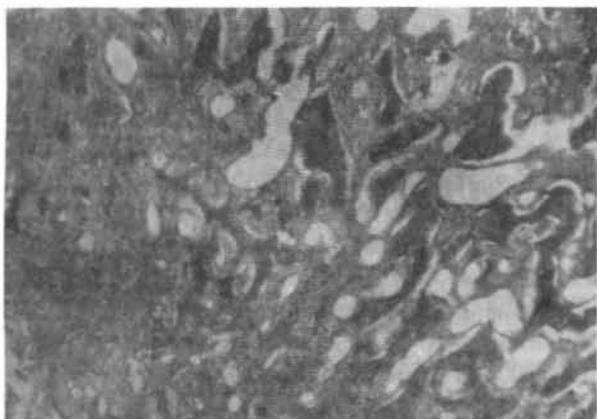
Osteoclastoma Maligno o Retículo hemangioendotelio-
ma Maligno del hueso. No puede separarse la nomencla-
tura en este caso. (Reporte del Patólogo Dr. Rodolfo
Céspedes Fonseca, jefe del Dpto. de patología del Hospi-
tal Central del Seguro Social de Costa Rica).

Granuloma Reparativo de células gigantes de la mandí-
bula. (Reporte del Patólogo Dr. Jorge Salas C).

**Fig. 2:** 3 Mayo 1961

Biopsia.

Reporte. Tejido osteoide y hueso neoformado. Hay algu-
nas células gigantes multinucleadas en el seno del tejido
osteoide. (Dr. Jorge Salas). (Médico Patólogo).

**Fig. 3:** 13 Enero 1962.

Biopsia.

Reporte. Porciones de hueso trabecular y porciones de
tejido fibroso con trabéculas de osteoide y hueso neoformado. No se observan células gigantes multinucleadas.

Diagnóstico: Fibroma Osificante. (Dr. Jorge Salas C.,
Patólogo).

15-10-57 En el control actual se nota destrucción
del reborse superior del maxilar inferior.
La lesión no se ha extendido en longitud
desde el examen anterior.

6-12-57 Procúrese sacar mayor porción de rama
horizontal.

24-3-58 En las placas de control persisten defec-

tos de llenado en la porción horizontal de
ambas ramas maxilares inferiores con
destrucción de su reborde superior por
proceso tumoral.

3-6-58 Comparativamente la lesión del maxilar
inferior se presenta estacionaria, presen-
tando los mismos defectos del llenado ti-
po quístico o angiomatoso.

27-10-58 En el estudio comparativo se encuentra aumento de las zonas destructivas de la mandíbula, sobre todo el lado derecho.

9-2-59 **RECIDIVA, HOSPITALIZACION**
Previo chequeo general pre-operatorio, se interna el paciente con el diagnóstico de Tumor Central de Células Gigantes de la Mandíbula, recidivante.

10-2-59 Intervención quirúrgica: excisión de la recidiva que se había constatado clínica y radiográficamente.

Lesiones encontradas: invasión de la región mandibular paramediana derecha. La lámina ósea lingual no se observa interrumpida. Se siguió un procedimiento algo radical, insistiendo en una remoción meticulosa, aún de ciertas porciones óseas aparentemente libres, pero respetando la continuidad mandibular hasta donde fue posible, ya que la cortical lingual mantenía su contorno aunque irregularmente.

EXAMEN HISTOPATOLOGICO: lesión constituida por células fusiformes de núcleo claro, dispuestas en hileras o en pequeños grupos irregulares. Hay también un buen número de células gigantes multinucleadas con citoplasma abundante. El estroma tiene, en algunos sitios, aspecto de tejido de granulación bien vascularizado, pero muestra también numerosas trabéculas de tejido osteoide con numerosas calcificaciones.

Diagnóstico: Tumor de Células Gigantes, benigno. (Dr. Jorge Salas C.).

Evolución: los tejidos cicatrizaron con rapidez a pesar de haberse dejado la cavidad expuesta. No se observó proceso inflamatorio ante el trauma quirúrgico, igual que sucedió con la primera intervención.

SEGUNDA RECIDIVA: 3-10-60

En esta fecha el paciente se presentó a la consulta de Cirugía Oral, quejándose de trauma producido por la prótesis dental inferior y dificultad en los movimientos de la lengua. Había faltado a las citas por espacio de un año.

EXAMEN BUCAL: Se observa una recidiva que se ha expandido con agresividad, invadiendo el piso bucal del lado derecho que está tumefacto. Aún la lengua ofrece limitación de movimientos y tumefacción hacia la base. Es marcada la expansión polilobulada irregular hacia el reborde alveolar y el surco vestibular. La mucosa aparece distendida y muy adelgazada en las partes de mayor expansión, dejando traslucir un color pardo oscuro. Purpúreo en algunas partes.

Impresión diagnóstica: el cuadro clínico es el de una recidiva grave, muy severa por su aspecto actual. Se repite el proceso patológico con una agresividad alarmante y una clara expansión lingual. Poco dolor espontáneo, lo que aduce el paciente como justificación de su incumplimiento con las citas. Sensación de tensión marcada en toda el área del tumor, lo que obligó al desuso de la prótesis. Clínicamente, al menos estábamos obligados a considerar un proceso maligno. Teníamos dos reportes de Patología diametralmente opuestos: uno de Tumor o Granuloma Reparativo Central de Células Gigantes. Benigno; otro de Osteoblastoma Maligno o Retículo hemangioendotelioma Maligno. Habíamos intervenido quirúrgicamente dos veces de acuerdo con el diagnóstico de Granuloma Reparativo Central Gigante Celular, porque la literatura científica de la escuela Americana, así lo aconsejaba. Pero nos enfrentábamos ahora a una complicación inesperada después de dos intervenciones quirúrgicas y Roentgenoterapia hasta 2800 rs. Oncología también compartía nuestra preocupación y juntos analizábamos posibilidades terapéuticas. Revisamos intensamente la literatura y nos encontramos con el caso del paciente del Dr. Hayward (3), de la Universidad de Michigan, quien murió con metástasis pulmonar después de múltiples intervenciones quirúrgicas y reportes histopatológicos siempre de Tumor Benigno de Células Gigantes. Este paciente también había sido irradiado. El reporte de este caso con aplicación de Roentgenoterapia y, el de la Clínica Mayo (10), de los Drs. Austin, Dahlin y Royer, que también fue irradiado acrecentaron nuestra preocupación.

3-10-60 **Hospitalización.** Se internó al paciente para un chequeo general con atención especial en la posibilidad de metástasis pulmonar. Reportes radiográficos, de Medicina interna, etc., eliminaron otro patología fuera del tumor maxilar. La opinión casi unánime, aconsejaba cirugía radical. Consultamos telefónicamente con el Dr. Fred A. Henny

(11) del Hospital Henry Ford y también aconsejó cirugía radical. Se le explicó al paciente la naturaleza del tratamiento quirúrgico aconsejado, con resección mandibular casi total y colocación de una férula metálica de Kirschner para evitar el colapso lingual. El paciente se opuso radicalmente a cualquier tratamiento quirúrgico de esa magnitud. Sólo podíamos esperar un cambio de actitud del enfermo.

POSIBILIDAD EMERGENTE. Schultz y Vasirani (8) de la Universidad de Illinois, en un reporte provisional de un año expusieron, brillantemente, su experiencia en el tratamiento de un Ameloblastoma recidivante e inoperable, mediante la infiltración del tumor con un agente esclerosante. El resultado fue extraordinario al producirse regresión de la condición patológica. Pero el tumor de nuestro paciente no era originado en remanentes del tejido Ectodérmico como sucede con el Ameloblastoma, sino que era Mesenquimático. Su gran vascularidad ofrecía posibilidad de una reacción positiva cuando el esclerosante indujera fibrogénesis abundante, disminuyendo la irrigación y cambiando así el "habitat" del tejido patológico. Esta acción podría inducir regresión del tumor. El Dr. Dalitsch (13), también de la Universidad de Illinois, reintrodujo el concepto de la Regresión inducida de los Neoplasmas mediante la Limitación Controlada de la Irrigación Sanguínea. Dalitsch ha establecido que el crecimiento y vitalidad de cualquier tejido, (normal o neoplásico), depende del aporte adecuado de sangre y linfa y, cualquier proceso que interrumpa la nutrición vascular conduce a una atrofia izquémica.

ESCLEROSIS COMO TERAPIA. Se explicó al paciente ese tipo de tratamiento, manifestándole que sería un medio experimental de investigación. Se le indicó también que la sustancia a inyectar no produciría reacciones sistémicas de peligro de acuerdo con las investigaciones realizadas en la Universidad de Illinois. El enfermo aceptó y entonces retiró su demanda de salida del hospital.

20-11-60. Procedimiento Empleado.

Se hizo una apertura semilunar a través de la cual se profundizó para obtener muestra para biopsia. A continuación se inyectaron, en diferentes partes del tumor y en los tejidos circunvecinos 7 c.c. del esclerosante Psillato Sódico, procurando impregnar la lesión en los sitios más activos. Era una dosis pequeña en relación con la magnitud del tumor, pero nos daba temor abusar de la sustancia es-

clerosante cuando desconocíamos la respuesta exacta del organismo.

Sintomatología posterior.

- 1) Sensación intensa de ardor.
- 2) Reacción inflamatoria severa, patente tres horas después.
- 3) Tejidos muy tensos de acuerdo con el proceso inflamatorio.
- 4) Dolores punzantes frecuentes, de moderada intensidad.
- 5) La reacción inflamatoria adquirió características severas, con elevación de la presión arterial y aumento de las pulsaciones; cedió casi por completo al cabo de una semana, igual que los otros síntomas.
- 6) Drenaje de una sustancia espesa, negro rojiza que dio comienzo al quinto día y se prolongó durante dos semanas.

10-11-60. Muestra tomada el día de la infiltración con el esclerosante.

Reporte del Patólogo. Tumor de Células Gigantes. (Granuloma Reparativo Gigante Celular de Jaffe). Este patólogo mantuvo sus reportes de benignidad muy apegado a la tesis de Jaffe y otros de la literatura médica americana. El otro patólogo, Dr. Rodolfo Céspedes Fonseca, especializado en Chile, (Escuela con influencia germana), se opuso siempre a la calificación de benigno. Sus reportes podrían ser de gran importancia en la controversia de los patólogos, sobre las lesiones centrales de células gigantes de los huesos maxilares. Se reinyectaron 4 c.c., tres meses después del tratamiento inicial. Hubo dificultad al inyectar por endurecimiento de los tejidos tratados. En el mes de Agosto de 1961, nueve meses después de la primera terapia esclerosante, pudo infiltrarse solamente 2 c.c. Al completarse el primer año se logró reinyectar 2 c.c., pero sólo periféricamente.

Evolución posterior. Paciente ambulatorio.

Un mes después de la iniciación del tratamiento, existía clara evidencia clínica de la regresión del tumor. Un mes más tarde, en Enero 20 de 1961, la regresión morfológica era completa hasta límites normales. Simultáneamente con la regresión se palpaba endurecimiento de los tejidos, donde antes el hueso se había destruido y la cortical expandido y adelgazado. El primer control radiográfico, también

CASO No. 1
10 DE NOVIEMBRE, 1960
SEGUNDA RECIDIVA

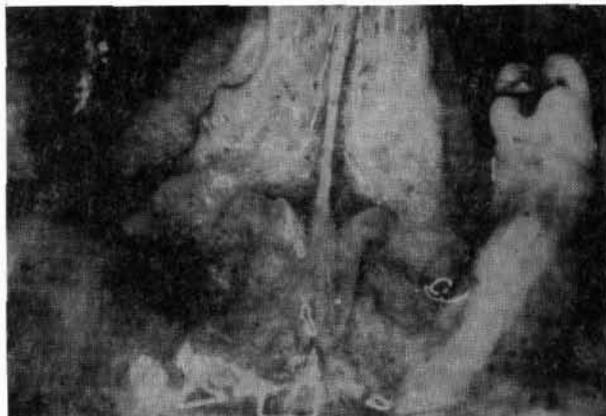


Fig. 1 Foto intraoral bilateral. Tumor con expansión ambos lados de la mandíbula. Aún la base de la lengua, en su lado derecho, presenta tumefacción.



Fig. 2.: Foto-intraoral derecha. Severo crecimiento en lo que fue reborde alveolar y expansión o invasión en piso bucal.



Fig. 3: Rxs. Bilateral de la mandíbula. 2a molar inferior izquierda se ha mantenido intencionalmente.

en Enero 20 de 1961, mediante una placa oclusal intraoral, fue dramático; mostraba abundante recalcificación de toda el área donde el hueso se había destruido durante varios años por la lesión tumoral. El primer examen histopatológico se realizó a los cinco meses después del inicio del tratamiento. El reporte fue muy halagador porque evidenciaba la existencia de tejido osteoide y hueso neoformado. Aún se encuentran algunas células gigantes. Controles radiográficos posteriores muestran aumento de la calcificación. La regresión anatómica se ha mantenido y el paciente volvió a usar su prótesis

dentaria cinco meses después de la regresión morfológica.

El último reporte histopatológico del 9-162 dice:

Porciones de hueso trabecular y porciones de tipo fibroso con trabéculas de osteoide y hueso neoformado. No se observan células gigantes multinucleadas.

**CASO No. 1
REGRESION DEL TUMOR
SEGUN FECHAS**

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 1 y Fig. 2: muestran radiológicamente condición del hueso mandibular el 10 de Noviembre de 1960, día del tratamiento esclerosante.

Fig. 3



Fig. 4.



Fig. 3: Placa oclusal intraoral 2 meses y 13 días después del tratamiento: 23-1-1961. Es evidente la neocalcificación.

Fig. 4: Placa 9 años post-terapia esclerosante. 16-2-1969

Fig. 5.



Fig. 5: Regresión clínica total. 20-1-1961. 2 meses, 10 días después de la terapia.

Fig. 6.

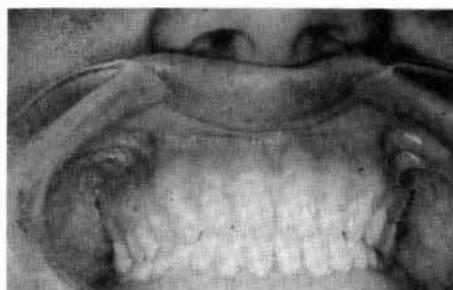


Fig. 6: Paciente usando prótesis de nuevo, 5 meses después de regresión, en el mes de Junio de 1961. Esta terapia evitó resección de la mandíbula.

**DIAGNOSTICO: FIBROMA
OSIFICANTE**

Consideramos que el tratamiento seguido en este caso pudiera adolecer de exceso de cautela. Se inyectó inicialmente una dosis de sólo 7 c.c., de la sustancia esclerosante, ante el temor de una respuesta inflamatoria peligrosa y no se reinyectó sino

varios meses después, cuando la regresión era total en su aspecto morfológico. Sin embargo, creemos que la acción fibrosante. Pareciera que el proceso inflamatorio fue determinante en esta respuesta regresiva. La regresión de la lesión fue total y permanente. El paciente cumplió 29 años de haber curado y está en perfectas condiciones en cuanto al proceso patológico del hueso mandibular.

CASO No. 1 SET. 1990

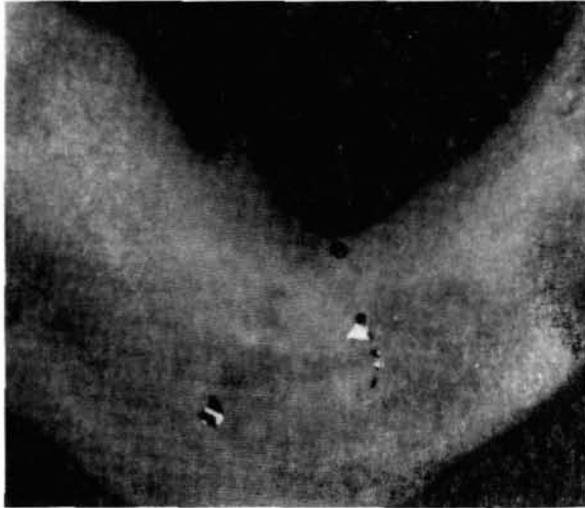


Fig. 1 20-91-990



Fig. 2 20-9-1990

Figs. 1 y 2: muestran consolidación ósea de una mandíbula que demandaba resección casi total. Mediante el tratamiento conservador esclerosante se obtuvo regresión total como observamos a los Rxc., 30 años después de la curación.



Fig. 3 17-9-1990

Fig. 3: Aspecto Clínico de la cara del paciente 2 meses antes de cumplir 30 años de restablecimiento total de su lesión mandibular. Refiere el paciente que su 2a. molar inferior izquierda fue extraída hace 8 meses, en el año 1990, 29 años después de la regresión del tumor.

Continúa en la próxima edición