Cuaderno de enfermería. Revista científica
Vol. 4(especial), 55-60, 2026
https://doi.org/10.62574/31w53318

Atención integral de enfermería en la displasia fibrosa ósea: una revisión integrativa

Comprehensive nursing care in fibrous dysplasia of bone: an integrative review

Kevin Jhoel Sánchez-Aimacaña
kevinsa52@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0007-5340-7364

Melany Sheyla Guagua-Cando
melanygc09@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0001-7370-8400

Erika Lizbeth Portero-Bonilla
erikapb82@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0000-0002-8365-1591

Wilington Adrián Lagla-Lima
willingtonll09@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0000-9067-2983

RESUMEN

Objetivo: integrar la evidencia sobre el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de la displasia fibrosa ósea para orientar la atención integral de enfermería. **Método:** revisión integrativa en PubMed y SciELO (2011-2025); de 187 registros, 15 documentos cumplieron los criterios de inclusión. **Resultados:** la evidencia se organizó en cuatro ejes. Las lesiones pueden simular metástasis o quistes óseos; los bisfosfonatos y el denosumab alivian el dolor, aunque el denosumab puede producir hipercalcemia de rebote. En pacientes asintomáticos se recomienda la observación, dado que la descompresión del nervio óptico aumentó 4,89 veces el riesgo de deterioro visual, y una ruta multidisciplinaria mejoró la función física y social. **Conclusión:** la enfermería debe acompañar el diagnóstico, vigilar el tratamiento antirresortivo, prevenir fracturas y coordinar el seguimiento multidisciplinario.
Descriptores: displasia fibrosa ósea; atención de enfermería; manejo del dolor. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: to integrate evidence on the diagnosis, treatment and follow-up of fibrous dysplasia of bone to guide comprehensive nursing care. **Method:** integrative review in PubMed and SciELO (2011-2025); of 187 records, 15 documents met the inclusion criteria. **Results:** evidence was organized into four domains. Lesions may mimic metastases or bone cysts; bisphosphonates and denosumab relieve pain, although denosumab may cause rebound hypercalcemia. Watchful waiting is recommended in asymptomatic patients, since optic nerve decompression increased the risk of visual deterioration 4.89-fold, and a multidisciplinary care pathway improved physical and social functioning. **Conclusion:** nursing should support patients during diagnosis, monitor antiresorptive therapy, prevent fractures and coordinate multidisciplinary follow-up.
Descriptors: fibrous dysplasia of bone; nursing care; pain management. (DeCS).

Recibido: 04/08/2026. Revisado: 12/08/2026. Aprobado: 15/09/2026. Publicado: 01/10/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

La displasia fibrosa ósea es una enfermedad esquelética poco frecuente causada por mutaciones poscigóticas del gen GNAS, que sustituyen el hueso normal por tejido fibroso inmaduro; en este sentido, Lung et al. (1) describieron que las lesiones expresan niveles de RANKL hasta 16 veces superiores a los controles, lo que explica la resorción ósea, el dolor y las deformidades. Según García-Gómez et al. (2), la enfermedad representa menos del 5 % de los tumores óseos y la forma monostótica corresponde al 70 % de los casos, aunque puede asociarse con manifestaciones endocrinas y cutáneas en el síndrome de McCune-Albright.

Dentro de este orden de ideas, la carga de la enfermedad trasciende el hueso. Meier et al. (3) documentaron en 92 pacientes puntuaciones de calidad de vida inferiores a las de la población general en todos los dominios, y Tucker-Bartley et al. (4) señalaron que el dolor óseo afecta a una proporción elevada de los pacientes y responde de forma variable al tratamiento farmacológico. Pese a ello, la literatura se concentra en el abordaje médico y quirúrgico, con escasa sistematización del papel de enfermería. Por tal motivo, el objetivo de esta revisión fue integrar la evidencia sobre el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de la displasia fibrosa ósea para orientar la atención integral de enfermería.

MÉTODO

Se realizó una revisión integrativa en cinco etapas: identificación del problema, búsqueda de la literatura, evaluación de los datos, análisis y presentación de resultados. La búsqueda se efectuó entre enero de 2011 y junio de 2025 en PubMed y SciELO, con los descriptores «Fibrous Dysplasia of Bone», «Fibrous Dysplasia, Polyostotic», «Pain Management», «Denosumab» y «Nursing Care», y sus equivalentes en español, combinados con los operadores AND y OR.

En cuanto a la elegibilidad, se incluyeron estudios observacionales, ensayos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y reportes de caso con aportes clínicos aplicables al cuidado, publicados en español o inglés con texto completo. Por el contrario, se excluyeron resúmenes de congresos, cartas sin datos clínicos y trabajos centrados únicamente en técnicas de laboratorio sin implicaciones asistenciales.

Como resultado de la búsqueda, se identificaron 187 registros; tras eliminar 29 duplicados se revisaron 158 títulos y resúmenes, de los cuales se excluyeron 121. De los 37 textos completos evaluados se descartaron 22, de modo que 15 documentos integraron la síntesis. Dos autores extrajeron la información de forma independiente y las discrepancias se resolvieron por consenso.

RESULTADOS

Para comenzar, los documentos incluidos correspondieron a dos estudios observacionales o de intervención, tres revisiones, un metaanálisis y nueve reportes o series de casos. La Tabla 1 organiza la evidencia en cuatro ejes de cuidado.

Tabla 1. Ejes de atención y evidencia sobre la displasia fibrosa ósea.

Eje	Ref.	Evidencia principal	Implicación para enfermería
Diagnóstico por imagen y diferencial	(2, 5, 6, 7, 8)	Patrones en vidrio esmerilado; lesiones que simulan metástasis o quistes	Preparación para estudios, contención de la ansiedad diagnóstica
Dolor y tratamiento farmacológico	(4, 9)	Alivio del dolor con bisfosfonatos y denosumab; hipercalcemia de rebote	Valoración del dolor, vigilancia del calcio, educación terapéutica
Cirugía y fracturas	(10, 11, 12, 13, 14, 15)	Observación en asintomáticos; recurrencia del 25 % al 50 %; fijación de fracturas	Cuidado perioperatorio, prevención de caídas, rehabilitación
Calidad de vida y ruta asistencial	(1, 3)	Mejora de la función física y social con atención multidisciplinaria	Coordinación del equipo, seguimiento y apoyo psicosocial

Eje 1. Diagnóstico por imagen y diferencial. En relación con la identificación de la enfermedad, Hande (5) describió tres patrones tomográficos, quístico, denso homogéneo y en vidrio esmerilado, y Mishra y Rout (6) confirmaron el diagnóstico histológico por las trabéculas curvilíneas de hueso inmaduro. Ahora bien, la lesión puede confundirse con otras entidades; García-Gómez et al. (2) reportaron un caso que simulaba una metástasis costal en una portadora de BRCA1, Saidman et al. (7) describieron una displasia lumbar inicialmente interpretada como quiste óseo aneurismático y Magaña Reyes y Domínguez Carrillo (8) documentaron afectación del esfenoides con dolor periorbitario.

Eje 2. Dolor y tratamiento farmacológico. En cuanto al manejo del dolor, Tucker-Bartley et al. (4) refirieron alivio completo con bisfosfonatos en ocho de trece pacientes con dolor y una respuesta analgésica rápida con denosumab. De forma complementaria, Ouyang et al. (9) observaron la resolución del dolor en los tres niños sintomáticos tratados con denosumab durante doce meses, aunque dos de cinco presentaron hipercalcemia de rebote, uno de ellos con crisis que requirió hospitalización.

Eje 3. Cirugía y fracturas. Respecto a la indicación quirúrgica, el metaanálisis de Amit et al. (10) mostró que la descompresión del nervio óptico en pacientes asintomáticos se asoció con un riesgo 4,89 veces mayor de deterioro visual, por lo que se recomienda la observación. En la misma dirección, Spencer et al. (11) aconsejaron la vigilancia hasta los 16 años en niños asintomáticos con afectación de la base del cráneo. Cuando la cirugía es necesaria, Ventura-Martínez et al. (12) y García Hernández et al. (13) describieron resecciones y remodelaciones mandibulares, con un riesgo de recurrencia del 25 % al 50 %; Belfquih (14) realizó una craniectomía con craneoplastia, y Wang et al. (15) trataron una

fractura femoral con deformidad en cayado de pastor mediante injerto de peroné y osteosíntesis.

Eje 4. Calidad de vida y ruta asistencial. Por último, Meier et al. (3) demostraron que una ruta asistencial multidisciplinaria mejoró en los pacientes de reciente derivación la función física de 67 a 74 puntos y la función social de 64 a 76, con una reducción clínicamente relevante del dolor.

DISCUSIÓN

La síntesis muestra que la displasia fibrosa ósea exige un cuidado prolongado, centrado en el dolor, la prevención de complicaciones y la calidad de vida. El diagnóstico diferencial descrito por García-Gómez et al. (2) y por Saidman et al. (7) genera periodos de incertidumbre en los que la enfermera puede ofrecer información comprensible, acompañar la preparación para estudios de imagen y biopsia, y contener la angustia ante la sospecha de malignidad.

En lo concerniente al tratamiento farmacológico, la eficacia analgésica del denosumab reportada por Ouyang et al. (9) y por Tucker-Bartley et al. (4) debe equilibrarse con su principal riesgo; la hipercalcemia de rebote obliga a programar controles de calcio sérico tras suspender el fármaco y a educar a la familia sobre signos como náuseas, poliuria o somnolencia. Asimismo, la valoración sistemática del dolor con escalas validadas permite documentar la respuesta y ajustar la analgesia, aspecto que la ruta propuesta por Meier et al. (3) convirtió en un indicador de calidad.

Respecto al abordaje quirúrgico, la evidencia de Amit et al. (10) y de Spencer et al. (11) favorece la vigilancia en pacientes sin síntomas, lo que traslada a enfermería la responsabilidad del seguimiento visual y neurológico, así como la detección temprana de cefalea, pérdida de agudeza visual o diplopía. Cuando la cirugía se indica, los casos de Ventura-Martínez et al. (12), Belfquih (14) y Wang et al. (15) evidencian la necesidad de cuidados perioperatorios, manejo de heridas, prevención de caídas y rehabilitación funcional, sobre todo en lesiones de huesos de carga.

Cabe destacar que la base biológica descrita por Lung et al. (1) explica por qué los inhibidores de RANKL constituyen una perspectiva terapéutica prometedora. No obstante, la evidencia disponible procede en gran parte de series pequeñas y reportes de caso, y no se identificaron estudios que evalúen intervenciones de enfermería de forma específica.

CONCLUSIÓN

La atención integral de enfermería en la displasia fibrosa ósea se estructura en cuatro ejes: acompañamiento durante el diagnóstico diferencial, manejo del dolor y vigilancia de los efectos del tratamiento antirresortivo, cuidado perioperatorio y prevención de fracturas, y coordinación de una ruta multidisciplinaria orientada a la calidad de vida. Se recomienda

diseñar protocolos de seguimiento enfermero para esta población y evaluar su efecto en estudios prospectivos.

REFERENCIAS

1. Lung H, Hsiao EC, Wentworth KL. Advances in models of fibrous dysplasia/McCune-Albright syndrome. Front Endocrinol (Lausanne). 2020;10:925. doi:10.3389/fendo.2019.00925
2. García-Gómez FJ, de la Riva-Pérez PA, Calvo-Morón MC. Displasia fibrosa simulando metástasis costal. Rev Osteoporos Metab Miner. 2020;12(3):105-6. doi:10.4321/s1889-836x2020000300006
3. Meier ME, Hagelstein-Rotman M, van de Ven AC, Van der Geest ICM, Donker O, Pichardo SEC, et al. A multidisciplinary care pathway improves quality of life and reduces pain in patients with fibrous dysplasia/McCune-Albright syndrome: a multicenter prospective observational study. Orphanet J Rare Dis. 2022;17:439. doi:10.1186/s13023-022-02588-z
4. Tucker-Bartley A, Selen DJ, Golden E, van Gool R, Ebb D, Mannstadt M, et al. Pharmacological interventions targeting pain in fibrous dysplasia/McCune-Albright syndrome. Int J Mol Sci. 2023;24(3):2550. doi:10.3390/ijms24032550
5. Hande A. A case series and literature review of craniofacial fibrous dysplasia. Cureus. 2024;16(3):e56771. doi:10.7759/cureus.56771
6. Mishra N, Rout SK. First two cases of craniomaxillofacial fibrous dysplasia from Nepal: case series. Clin Cosmet Investig Dent. 2018;10:269-74. doi:10.2147/CCIDE.S178599
7. Saidman JM, Di Memmo D, Rasumoff A. Displasia fibrosa de columna lumbar en una mujer de mediana edad: presentación de un caso. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol. 2020;85(2):167-73. doi:10.15417/issn.1852-7434.2020.85.2.980
8. Magaña Reyes JI, Domínguez Carrillo LG. Displasia fibrosa ósea del esfenoides. Acta Med Grupo Angeles. 2022;20(4):364-5. doi:10.35366/107127
9. Ouyang Q, Jiajue R, Zhou R, Qi W, Li X, Cui L, et al. Denosumab in pediatric patients with fibrous dysplasia/McCune-Albright syndrome: a single-center, open-labeled study. Front Endocrinol (Lausanne). 2026;17:1762370. doi:10.3389/fendo.2026.1762370
10. Amit M, Collins MT, FitzGibbon EJ, Butman JA, Fliss DM, Gil Z. Surgery versus watchful waiting in patients with craniofacial fibrous dysplasia: a meta-analysis. PLoS One. 2011;6(9):e25179. doi:10.1371/journal.pone.0025179
11. Spencer P, Raturi V, Watters A, Tubbs RS. Pediatric fibrous dysplasia of the skull base: update on management and treatment. Brain Sci. 2024;14(12):1210. doi:10.3390/brainsci14121210
12. Ventura-Martínez N, Guijarro-Martínez R, Morales-Navarro JD, Solís-García I, Puche-Torres M, Pérez-Herrezuelo Hermosa G. Displasia fibrosa craneofacial

avanzada: a propósito de un caso. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2014;36(1):32-7. doi:10.1016/j.maxilo.2012.04.002

13. García Hernández A, Sánchez Burgos R, Martínez Pérez F, Martínez Gimeno C. Displasia fibrosa monostótica. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2016;38(4):240-2. doi:10.1016/j.maxilo.2015.01.006
14. Belfquih H. Surgical management of a case of frontoparietal fibrous dysplasia. Cureus. 2025;17(7):e88246. doi:10.7759/cureus.88246
15. Wang Z, Qin S, Wang T, Wang J. Multiple osteofibrous dysplasia combined with femoral fracture with proximal femur shepherd's crook and femoral pseudojoint formation: case report and literature review. Front Surg. 2025;12:1432735. doi:10.3389/fsurg.2025.1432735

Derechos de autor: 2026 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/