



**FIBROMA POR TRAUMATISMO PROTÉSICO.
REPORTE DE UN CASO.**

Nathalia Ramírez¹; Luis González², Rómulo Leonardi², Leonardo Medina², José Páez²

1. Odontólogo Práctica Privada. Mérida Venezuela
2. Estudiante Facultad de Odontología Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela

Correspondencia: Od. Nathalia Ramírez. Edificio Res. Dos. Avenida 2 entre calle 30 y 31. Mérida, Venezuela Tel/Fax. 00(58) 274-2524570.

E-mail: nathyr Ramirez Maldonado@hotmail.com

RESUMEN

El fibroma traumático es una hiperplasia mesenquimática que aparece con mucha frecuencia en la cavidad bucal, este surge como respuesta del tejido conjuntivo a una agresión o injuria constante. El siguiente reporte trata de un caso de fibroma en la cavidad bucal originado por un traumatismo local protésico. El plan de tratamiento para este caso consistió en el recambio protésico para erradicar el agente traumático y la extirpación quirúrgica completa de la lesión y análisis histopatológico de la lesión, cuyo resultado confirmó el diagnóstico presuntivo. El seguimiento durante los 6 meses siguientes indicó que la lesión no recidivó, lo que confirma el éxito del tratamiento.



Palabras claves: Fibroma Traumático, Prótesis Desadaptada, Neoplasia, Hiperplasia Fibrosa.

**FIBROMA PROSTHETIC BY TRAUMA.
A CASE REPORT.**

ABSTRACT

The traumatic fibroma is a hyperplasia mesenquimatica that appears very often in the oral cavity, this comes as a response of the connective tissue of aggression, or constant injures. The following report is a case of fibroid in the oral cavity caused by a local trauma prosthetic. The treatment plan for this case consisted of the prosthetic replacement to eradicate the agent and the traumatic complete surgical removal of the lesion, where the histopathology confirmed the presumptive diagnosis. The follow-up during the 6 months following indicated that the lesion does not relapsed, which confirms the success of the treatment.

Keywords : Traumatic fibroma, prostheses Desadaptada, neoplasia, fibrous hiperplasia

INTRODUCCIÓN

El fibroma se define como la neoplasia benigna más frecuente en la cavidad oral. Se origina por la producción exagerada de tejido conjuntivo de tipo fibroso, debido a traumatismos crónicos como

son: el mordisqueo de labios y carillos e irritaciones causadas por el uso de prótesis desadaptadas. Suele localizarse en la mucosa interna del carrillo, labios, línea media del paladar y encías ¹.



A pesar de que se creía una neoplasia verdadera, hoy en día se define como una patología reactiva y no un verdadero tumor, ya que es causado por trauma crónico de la mucosa bucal, incluso se caracteriza por la elaboración abundante de haces maduros de colágeno, razón por la cual en ocasiones semeja tejido cicatrizal; es decir, no es exactamente una neoplasia fibroblástica sino una reacción ante un traumatismo crónico.

Este tipo de hiperplasia no es más que un sobre crecimiento patológico de fibroblastos y colágeno, y en muchos de los casos podría haber regresión o una ligera disminución del tamaño de la lesión, si el origen de la injuria al tejido blando es removida y si la lesión no tiene un tamaño considerable. A pesar de ello, otros autores aseguran que la involución espontánea es improbable debido a que el exceso del colágeno es permanente^{2,3,4}.

Esta lesión afecta por igual a ambos sexos, se puede presentar a cualquier edad y no tiene predilección por la raza;

sin embargo, algunos autores aseguran que tienen predominio por el sexo femenino en una proporción de 5:1, con predilección por la raza blanca. El porcentaje de aparición en mujeres es del 71% en relación a los hombres, y es más frecuente después de la segunda década de la vida en individuos adultos entre 30 y 60 años que hacían uso de prótesis parciales o totales^{2,3,4,6,7}.

Desde el punto de vista clínico es una lesión que se caracteriza por ser generalmente única, elevada, papular o tumoral, de coloración normal a pálida debido a una relativa carencia de vasos sanguíneos, donde la superficie puede ser lisa o ulcerada, esta última guardando mucha relación con la localización y tamaño de la lesión. Puede ser sésil o pediculada y su crecimiento es lento. Poseen un potencial de crecimiento limitado, que por lo general no excede a 1 cm de diámetro y rara vez es mayor de 2 cm, cuando sobrepasan estas dimensiones son denominados fibromas



gigantes. Su consistencia puede ser dura o blanda a la palpación, dependiendo de su grado de vascularización y fibrosis, y por lo general se presenta de forma asintomática^{3, 5, 7, 8}.

Histopatológicamente, el fibroma está recubierto por una capa de epitelio escamoso estratificado, el cual se puede observar delgado y a menudo aparece alargado y muestra acortamiento aplanado de las invaginaciones dermoepiteliales, hiperqueratósico debido a la fricción, o con focos de ulceración. Este epitelio recubre una masa de tejido conjuntivo fibroso denso, formado por abundante colágeno maduro entrelazado y mezclado con diversos fibroblastos, fibrocitos y pequeños vasos sanguíneos. Si hay traumatismo se puede encontrar vasodilatación, edema e infiltración de células inflamatorias^{2, 3}.

Estas lesiones son fácilmente diagnosticadas y en algunos casos pueden encontrarse variantes microscópicas distintas como es

metaplasia ósea, oncocítica y escamosa. Las alteraciones metaplásicas probablemente están relacionadas usualmente con la presencia de infiltrado linfocítico⁹.

Los diagnósticos diferenciales para esta entidad van a depender del tamaño, localización y la composición histopatológica de la lesión, entre ellos están: lipoma, neurofibroma, neurilenoma, mucocele, papiloma, granulomas piogénicos, granulomas periféricos de células gigantes, rabiomas, leiomioma, fibromas odontogénicos periféricos y hasta carcinomas espinocelulares^{2, 3}.

Sequeira y col.² señalan que durante el tercer trimestre del año 2004, Sosa, L. y cols. publicaron el artículo análisis retrospectivo sobre las patologías bucales en Los Teques. Estado Miranda. Venezuela, en el cuál se estudió la incidencia y prevalencia de distintas patologías en el hospital Victorino



Santaella Ruiz, obteniendo como resultado que el fibroma traumático se presenta en 21 de los casos y es más susceptible la población entre el rango de edad 15 a 28 años.

En sintonía con los anteriores autores López. y cols.⁴ realizaron un estudio de tipo retrospectivo (período 1991-2001), evaluando 4.908 historias del archivo central de histopatología bucal de la Facultad de Odontología de la UCV. La prevalencia fue del 11,16% (n=548). El 94% tenía como diagnóstico presuntivo fibroma traumático, 528 casos fueron asintomáticos, el 29,7%, se localizó en carrillos seguido por labio inferior (20,4%), el 85,8% mostró una coloración igual a la de la mucosa adyacente, el 62,9% no excedió los 5mm de tamaño y el 59% fueron sésiles. Por los resultados obtenidos, el autor concluyó que el fibroma traumático es una lesión reactiva frecuente en Venezuela, puede presentarse a cualquier edad y cursa con características de benignidad que todo

odontólogo general debe conocer para su diagnóstico y manejo.

El tratamiento de elección para el fibroma es la extirpación quirúrgica tradicional. Posteriormente la muestra extraída debe ser analizada histológicamente para la confirmación del diagnóstico de fibroma, pues ésta posee diagnóstico diferencial con otras lesiones. Existen también otras alternativas de tratamiento para este tipo de lesiones como la criocirugía, utilizando nitrógeno líquido, lo que resulta muy útil en casos de pacientes con alto riesgo para cirugía o alérgicos a la anestesia, pero a la vez, se presenta como limitación el no poder realizar el respectivo estudio histopatológico de las muestras de pequeño tamaño. Generalmente estas técnicas conservadoras son útiles en casos en los cuales la cirugía está contraindicada.^{1, 2, 3,7} En ambos tratamientos, ya sea quirúrgico o conservador, se recomienda, una vez completada la cicatrización o



eliminada la lesión, la confección de prótesis bien adaptadas o un correcto rebase de la prótesis antigua, con lo cual la lesión no recurre. El pronóstico es bueno y los índices de recidivas son bajos cuando el agente traumático es removido^{1, 2, 3, 7}.

La importancia de orientar al clínico en el abordaje de esta patología, la necesidad de mantener actualizado el tema mediante el aporte teórico de la revisión bibliografía y la elevada frecuencia con la que se desarrollan los fibromas traumáticos (siendo la principal lesión de tejido conjuntivo en odontología, de acuerdo a los antecedentes consultados¹⁻¹⁰), constituyeron los principales fundamentos que motivaron a considerar la publicación del presente caso clínico, a fin de dirigir y exponer la conducta adecuada a seguir ante este tipo de lesión. Para ello se planteó como objetivo describir el diagnóstico y tratamiento

quirúrgico de un fibroma traumático en mucosa labial.

REPORTE DEL CASO:

Se describe el caso clínico de un paciente de 49 años edad, natural de Canaguá, residente de Ejido Edo. Mérida Venezuela. De raza caucásica, y de ocupación comerciante, el cual asistió a consulta al Servicio de Clínica Estomatológica I de la Facultad de Odontología de la ULA, por presentar una lesión de moderado tamaño, ubicada en la cara interna derecha del labio inferior, la cual le incomodaba e interfería en su estética.

En la anamnesis manifestó padecer alteraciones visuales, cefalea, sinusitis, epistaxis y fatiga, además de hábitos parafuncionales como bruxismo, y mala técnica de cepillado.

En la evaluación clínica extraoral se observó que el paciente presentaba nevus en la zona cutánea y bermellón del labio

superior, en el examen clínico intraoral se observó gingivitis moderada generalizada, reabsorción del reborde residual caries recidivante en el 46, anodoncia falsa quirúrgica de 18, 12, 11, 21, 22, 28, 38,36 y 48; rehabilitado con una prótesis parcial removible en el maxilar superior que presenta desadaptación, y alteraciones regresivas como atrición y abrasión generalizada.

Dentro de los antecedentes personales referidos por el paciente en relación con la lesión, ésta aparece hace 2 años aproximadamente, esto como consecuencia de un traumatismo crónico debido a la prótesis mal adaptada (figura 1).



Figura 1. Prótesis ocluyendo en la cara interna derecha del labio inferior

Dicha lesión, por mordedura constante, comenzó a crecer lentamente y no manifestó dolor alguno. Al momento de presentarse a la consulta no había recibido ningún tipo de tratamiento, ni presentaba lesiones similares previas. Los antecedentes familiares no fueron contributivos. Se observó una lesión tumoral, lisa, brillante, esférica, dura a la palpación, pediculada, de aproximadamente 8mm de diámetro, de coloración similar al de la mucosa bucal, indolora, localizada en la cara interna derecha del labio inferior (Figura 2).



Figura 2. Fibroma traumático

Debido a las características clínicas de la lesión y los datos aportados por el paciente se estableció como diagnóstico presuntivo fibroma traumático.

En función del diagnóstico se establecieron las siguientes fases del plan de tratamiento:

- Fase inicial: motivación del paciente. Fase de reevaluación: evaluar la recurrencia de la placa y el cálculo dental.
- Fase quirúrgica: exéresis quirúrgica completa de la lesión (Fibroma).
- Fase restaurativa: operatoria para tratar caries, atrición y abrasión, a demás del diseño y elaboración de P.P.R
- Fase de reevaluación y mantenimiento: evaluar los procedimientos realizados y la cicatrización.

Al paciente se le realizaron los exámenes complementarios para la toma de biopsia

excisional y estudio histopatológico. Se ejecutó el plan de tratamiento tomando en cuenta con mayor prioridad el motivo de consulta del paciente, eliminando quirúrgicamente la lesión del labio inferior a través de una biopsia excisional, en el quirófano del Servicio de Clínica de Cirugía de la Facultad de Odontología de la ULA, haciendo uso de anestesia local perilesional (lidocaína al 2%) para la analgesia y vasoconstricción del tejido (figura 3).



Figura 3. Anestesia perilesional.

Posteriormente se procedió a la eliminación quirúrgica (figura 4), se suturó la zona con seda negra 000 (figura 5) y se envió la muestra al laboratorio histopatológico.



Figura 4. Exéresis completa de la lesión



Figura 5. Sutura de la zona

Como postoperatorio se le indicó realizar enjuagues bucales con clorexidina por una semana 3 veces al día y analgésico (ibuprofeno 600 mg cada 8 horas por 3 días). Adicionalmente se le sugirió aplicar técnicas correctas del cepillado y uso de férula para controlar el desgaste producido por el bruxismo. Se realizó un control a los ocho días de la cirugía para el retiro de los puntos de sutura.

Seguidamente el paciente pasó a la fase del tratamiento periodontal para la realización de tartrectomía, seguido de los tratamientos de operatoria dental con

el fin de restaurar las lesiones cervicales e incisales ocasionadas por la abrasión y atrición respectivamente, además de las lesiones cariosas. Finalmente se confeccionó una nueva prótesis parcial removible para evitar recidivas de la patología.

El examen histopatológico reportó un predominio de tejido conjuntivo con abundantes fibras colágenas en forma de haces, se observan además fibroblastos, fibrocitos y vasos sanguíneos dilatados. El epitelio presenta cambios de hiperplasia y una ligera acantosis. No hay criterios de malignidad. Esto confirma el diagnóstico presuntivo.

La fase de control consistió en valorar al paciente 3 veces durante los seis meses siguientes, en los que el paciente se encontró asintomático, afebril, con excelente evolución del tejido blando. Lo anterior sumado a la baja recidiva de estos fibromas supone un excelente pronóstico para el caso (figura 6).

Figura 6. Post Operatorio, una semana.

DISCUSIÓN

Los Fibromas son las hiperplasias más frecuentes de la cavidad oral, son lesiones benignas, pero su diagnóstico temprano es de vital importancia a fin de descartar otras patologías clínicas e histológicamente similares de riesgo ². En cuanto al aspecto clínico de la lesión, la literatura reporta que es elevada, esférica, tumoral, indolora no superior a 1cm de diámetro, que afecta en mayor proporción a personas entre los 30 y 60 años de edad donde el tratamiento de elección es la biopsia excisional y cuyo





examen histopatológico está determinado por predominio de tejido conectivo con abundante fibras colágenas, fibroblastos, fibrocitos y vasos sanguíneos^{2, 3, 4, 6}. Esto coincide con el caso reportado, en el cual se describe un paciente de 49 años de edad en el que se observó una lesión tumoral, lisa, brillante, esférica, dura a la palpación, de aproximadamente 8mm de diámetro, de coloración similar a la mucosa bucal, indolora, localizada en la cara interna derecha del labio inferior.

La bibliografía refiere que el fibroma es más frecuente en mujeres y se presenta con base de implantación sésil. Sin embargo, éste caso difiere pues muestra a un paciente masculino con un fibroma traumático cuya base de implantación es pediculada^{2, 4, 6}.

La baja incidencia de recidivas proporciona un buen resultado, y es importante mencionar que para disminuir el riesgo de recurrencia se debe eliminar el agente causal, en este caso es necesario sustituir la prótesis parcial removible del

paciente^{2, 4}, tal como se acató en el presente caso clínico.

Cabe señalar además que aún existe controversia en cuanto a si el fibroma traumático es una hiperplasia o una neoplasia. Al respecto Bermejo⁶ ofrece como opción ante la duda un indicio adicional para diferenciar si es un verdadero fibroma. El autor señala que se considerará como neoplasia cuando hay una proliferación fibroblástica bien delimitada y circundada por una cápsula.

CONCLUSIÓN

Se concluye que el diagnóstico definitivo de la lesión del presente caso corresponde a un fibroma traumático, asociado a la desadaptación de la prótesis, por el aporte de los datos recolectados en la anamnesis, los hallazgos clínicos en la evaluación intraoral, extraoral y el examen histopatológico realizado a la muestra



después de la extirpación quirúrgica de la lesión.

REFERENCIAS

1. Calanche I., Rivas C. Manual de histopatología básica para odontólogos. Primera edición. Mérida, Venezuela: Editorial Litorama; 2002.
2. Sequeira C., Fernández A. Manejo quirúrgico de un fibroma irritativo en mucosa de un carrillo izquierdo Caso clínico. Asociación Costarricense de Congresos Odontológicos. (citado 07 de enero de 2011), disponible en <http://congresoacco.com/articulos/articulos/2008/CASOS%20CLINICOS/1.C.%20Catherine%20Sequeira.pdf>
3. López J., Villarroel M., Lazarde J., Rivera H. Fibroma traumático. Revisión de la literatura y reporte de dos casos clínicos. Acta odontológica de Venezuela. 2000; 38(1). (citado 07 de enero de 2011), disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652000000100008&script=sci_arttext&tlng=pt
4. López J. Estudio epidemiológico del fibroma traumático en una muestra de la población venezolana durante el periodo 1991-2001. Acta odontológica venezolana. 2009; 47(3). (citado 07 de enero de 2011), disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art10.asp>
5. Sciubba, R. Patología Bucal. Segunda edición. México: Editorial Mcgraw Hill interamericana; 1995
6. Bermejo, A. Medicina Bucal. Enfermedades mucocutáneas y de las glándulas salivales. Madrid España: Editorial síntesis; 2000 (Vol 1).
7. Muñante, J., Jaimes M., Olate S., Albergaria, J. Consideraciones actuales



-
- en hiperplasia fibrosa inflamatoria. Acta odontológica venezolana. 2009; 47 (2). (citado 07 de enero de 2011), disponible en:<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art21.asp>
8. Vargas, P., Da Cruz, D., Jacks, J., Carrinho, A., Esquiche, J., Paes, O. Hiperplasia fibrosa asociada a prótesis con áreas simulando un papiloma oral ductal invertido. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005;10 Suppl2:E117-21. (citado 07 de enero de 2011), disponible en:<http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v10Suppl2i/medoralv10suppl2ip117.pdf>
9. Porras, I., Castro, J. Hiperplasia fibrosa en paladar. Revista científica odontológica. 2010; 6(1): 28-31. (citado 07 de enero de 2011), disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=64795&id_seccion=2580&id_ejemplar=6508&id_revista=157
10. Sánchez, C. Uzcategui, R. Patología clínica y terapéutica estomatológica. Primera edición. Mérida Venezuela: Consejo de publicaciones de la ULA; 1989.