

## CASOS CLÍNICOS

### **FIBROMAS TRAUMÁTICOS: LOCALIZACIÓN ATÍPICA Y TAMAÑO INUSUAL. REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS**

Herrera-Sánchez, Arehana<sup>1</sup>; Santoyo, Gerdi<sup>2</sup>; Dueñas, Greyner<sup>3</sup>; Brito, Luisana<sup>4</sup>; Parra, Pedro<sup>5</sup>

1 Odontólogo. Cursante de la Maestría de Biología Oral, Universidad de Carabobo. Miembro activo del grupo de investigación de bioética y bioseguridad del Instituto de Investigaciones Médicas y Biotecnológicas de la Universidad de Carabobo, IIMBUC.

2 Odontólogo. Residente en el Postgrado de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial, Universidad de Carabobo (UC).

3 Odontólogo. Especialista en Cirugía Bucal. La Universidad del Zulia (LUZ).

4 Odontólogo. Especialista y Magister en Patología y Medicina Bucal. Docente, Universidad Central de Venezuela (UCV).

5 Odontólogo. Universidad José Antonio Páez.

Autor de contacto: Herrera-Sánchez Arehana

e-mail: [aherrera25@uc.edu.ve](mailto:aherrera25@uc.edu.ve)

#### **Cómo citar este artículo:**

**Vancouver:** Herrera-Sánchez A, Santoyo G, Dueñas G, Brito L, Parra P. Fibromas traumáticos: localización atípica y tamaño inusual. Reporte de dos casos clínicos. *IDEULA*. 2026;(17): 47-61.

**APA:** Herrera-Sánchez, A., Santoyo, G., Dueñas, G., Brito, L. y Parra, P. (2026). Fibromas traumáticos: localización atípica y tamaño inusual. Reporte de dos casos clínicos. *IDEULA*, (17), 47-61.

**Recibido:** 29/01/2026 **Revisado:** 22/02/2026 **Aceptado:** 30/03/2026

#### **RESUMEN**

**Introducción:** el fibroma traumático es una lesión benigna común de la cavidad bucal, especialmente en adultos, aunque también puede aparecer en jóvenes y niños. Esta lesión es una respuesta del tejido a un estímulo irritante, como el roce de una prótesis mal adaptada o traumatismo crónico. **Objetivo:** describir las variabilidades clínicas, etiológicas e histopatológicas del fibroma traumático a través del reporte de dos casos clínicos con presentaciones inusuales. **Reporte de casos:** este estudio reporta dos casos clínicos: un adolescente de 13 años con una lesión en la encía interdental y un adulto de 59 años con un fibroma traumático gigante en la mucosa yugal izquierda. En ambos casos, el diagnóstico se confirmó mediante



estudio histopatológico. **Resultados:** ambos casos clínicos presentaron características típicas; sin embargo, mostraron variaciones como la presencia de paraqueratinización en el epitelio en el primero, frente a la ausencia de queratinización y tamaño inusual en el segundo. **Conclusión:** este estudio demuestra que el fibroma traumático puede manifestarse de manera atípica, incluso en poblaciones más jóvenes y en localizaciones menos frecuentes. La variabilidad en la presentación clínica e histopatológica resalta la importancia de considerar el fibroma traumático en casos clínicos que no se ajustan al patrón típico.

**Palabras clave:** fibroma traumático, lesión traumática, encía, fibroma traumático gingival.

## TRAUMATIC FIBROMAS: ATYPICAL LOCATION AND UNUSUAL SIZE. REPORT OF TWO CLINICAL CASES

### ABSTRACT

**Introduction:** traumatic fibroma is a common benign lesion of the oral cavity, primarily prevalent in adults, although it may also occur in adolescents and children. This lesion is a tissue response to an irritating stimulus, such as the friction of a poorly fitting prosthesis or repetitive trauma. **Objective:** To describe the clinical, etiological and histopathological variations of traumatic fibroma through two case reports with unusual presentations. **Case reports:** this study reports two clinical cases: a 13-year-old adolescent with an interdental gingival lesion and a 59-year-old adult with a giant traumatic fibroma in the left buccal mucosa. Both diagnoses were evaluated clinically and histopathologically. **Results:** both clinical cases presented typical features; however, they exhibited variations such as epithelial parakeratinization in the first case, as opposed to the absence of keratinization and an unusual size in the second. **Conclusion:** this study demonstrates that traumatic fibroma can present atypically, even in younger populations and in less common locations. The variability in clinical and histopathological presentation highlights the importance of considering traumatic fibroma in clinical cases that do not fit the typical pattern.

**Keywords:** traumatic fibroma, traumatic lesions, gingiva, giant traumatic fibroma.

### INTRODUCCIÓN

El fibroma traumático (FT) es una de las lesiones reactivas más frecuentes de la cavidad bucal, con una prevalencia del 1,2% en adultos<sup>1,2</sup>. Puede presentarse a cualquier edad<sup>1,3</sup>, con predominio en mujeres entre la segunda y sexta década de vida<sup>4,5</sup>. El FT se origina en respuesta a estímulos crónicos por fricción, como prótesis mal adaptadas, roce por aparatos ortodónticos, restauraciones

defectuosas, mordedura repetida y presencia de cálculo dental<sup>3</sup>, entre otros factores. Por ello, se localiza habitualmente en zonas expuestas a trauma, principalmente en la lengua y la mucosa labial inferior.<sup>6</sup>

Clínicamente, el FT se presenta como una lesión papular o nodular, bien delimitada, con un diámetro usualmente menor a 1 cm. Su coloración es rosada o del tono de la mucosa circundante; de superficie lisa y consistencia dura o fibrosa. Con una base de implantación sésil o pediculada<sup>6,7</sup>. Generalmente es una entidad solitaria y asintomática<sup>4,7</sup>, aunque el trauma mecánico persistente puede inducir áreas ulcerativas, hiperqueratosis o sangrado<sup>7,8</sup>. Su crecimiento es lento y gradual<sup>6</sup>. Si bien su potencial de malignidad es bajo, aquellas lesiones que exceden el tamaño promedio o muestran cambios atípicos requieren una intervención diagnóstica oportuna para asegurar un manejo adecuado<sup>9,8</sup>.

A pesar del conocimiento existente, la presentación clínica del fibroma traumático puede variar. El reporte de variantes poco frecuentes es fundamental para ampliar el espectro diagnóstico y guiar futuras investigaciones. El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas, etiológicas e histopatológicas de dos casos clínicos de fibroma traumático inusual.

### **Fibroma traumático**

El FT representa la lesión reactiva de mayor prevalencia en la cavidad bucal. Históricamente ha recibido diferentes nombres como hiperplasia fibrosa local, hiperplasia fibrosa intraoral focal, cicatriz hiperplásica, nódulo fibroso, pólipo bucal, fibroma irritativo, especialmente cuando aparece en la encía<sup>10-12</sup>.

Su etiopatogenia se asocia directamente a traumatismos crónicos de baja intensidad. Estos factores pueden ser autoinfligidos, como el hábito de succión o mordisqueo de carrillo, labios, o de carácter iatrogénico, por prótesis dentales mal adaptadas, rebasados acrílicos defectuosos, restauraciones

fracturadas o defectuosas. La persistencia de estos agentes irritantes desencadena una respuesta hiperplásica del tejido conectivo como mecanismo de defensa y reparación<sup>7,10,11</sup>.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico e histopatológico. Se manifiesta como un nódulo de crecimiento lento, generalmente asintomático y bien delimitado. Su diámetro suele ser menor a un 1 cm, aunque existen reportes de casos clínicos inusuales con diámetros entre 4 a 6 cm<sup>10</sup>. Aunque puede aparecer en cualquier área de la cavidad bucal, su ubicación usual es la mucosa yugal, labios y lengua<sup>8,13</sup>.

Histopatológicamente, se identifica como una neoplasia reactiva de origen mesenquimatoso<sup>8</sup>. Se caracteriza por una proliferación excesiva de tejido conectivo fibroso colagenizado y vascularizado<sup>7,15</sup>. El epitelio a menudo exhibe hiperplasia e hiperqueratosis secundarias a la irritación crónica, lo que da como resultado la formación de un aumento de volumen firme e indoloro<sup>15</sup>. Se distinguen por la proliferación de fibroblastos maduros y el depósito de fibras de colágeno organizados en pequeños haces condensados<sup>5</sup>. Cabe destacar que la literatura describe predominantemente colágeno maduro tipo I y III, con infiltración celular inflamatoria leve o ausente.<sup>2,9,15,16</sup>

Debido a su morfología, el diagnóstico diferencial debe considerar otras lesiones reactivas como granuloma piógeno, hiperplasia fibrosa focal, hiperplasia inflamatoria y granuloma periférico de células gigantes<sup>8,14</sup>.

El pronóstico es bueno y la recurrencia es infrecuente, está estrictamente ligada a daños repetidos en un mismo lugar<sup>7</sup>. El protocolo de tratamiento consiste la escisión quirúrgica con bisturí. Técnicas menos invasivas como la ablación con láser o la crioterapia también son efectivas y pueden acelerar el proceso de cicatrización y constituyen alternativas eficaces que optimizan el proceso de cicatrización<sup>5</sup>.

Epidemiológicamente, esta patología presenta predilección por el sexo femenino, con una relación de 2:1 respecto a los hombres. Debido a su naturaleza reactiva, es una de las lesiones más frecuentes en la consulta odontológica <sup>8,13</sup>.

## REPORTE DE CASOS

### Caso clínico 1

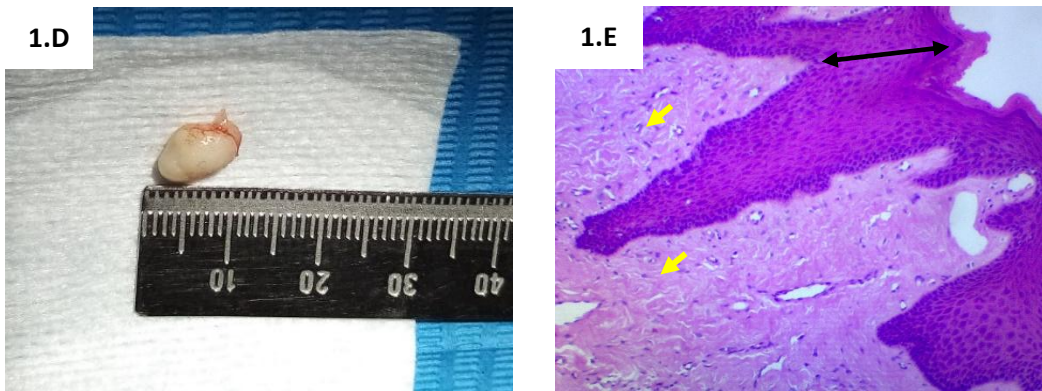
Paciente masculino de 13 años, procedente de Valencia, Venezuela. Acude a consulta por presentar una lesión que se muestra como un aumento de volumen en el hemicuadrante inferior izquierdo, asociada a traumatismo con objeto contuso tipo balón de fútbol. El representante refiere su aparición hace 4 meses aproximadamente, Presenta características de crecimiento lento y asintomático. En la anamnesis, el representante niega antecedentes médicos personales o familiares, así como el uso de medicación y hábitos psicobiológicos relevantes para el caso clínico. Al examen clínico se evidencia una lesión nodular en la encía interdental del hemicuadrante inferior izquierdo, entre las UD 3.3 y 3.4 (Figura 1.A). El fragmento mide 12 mm de largo, de color rosado y forma ovalada, muestra una superficie lisa, consistencia dura y una base de implantación pediculada. Se estableció como diagnóstico presuntivo: fibroma traumático. Se consideraron como diagnósticos diferenciales el granuloma piógeno y granuloma periférico de células gigantes.



**Figura 1.** Registro fotográfico del caso 1. **1.A** Fotografía preoperatoria que muestra una lesión **nodular en encía interdental de base pediculada, con extensión hacia la encía marginal entre las UD 3.3 y 3.4.** señalado por las flechas negras. **1.B** Fotografía intraoperatoria donde se observa la tracción de la lesión para facilitar la disección y exéresis de la base de inserción. **1.C** Fotografía posoperatoria inmediata que evidencia el afrontamiento de los bordes mediante síntesis de los tejidos, empleando puntos simples.

Previo a la intervención quirúrgica, se informó al representante legal y al paciente sobre las opciones de tratamiento, que incluyen la eliminación quirúrgica o la ausencia del tratamiento. Durante el proceso de consentimiento informado, se detallaron los riesgos asociados, como dolor posoperatorio, entre otros. Se evaluaron los estudios de laboratorio preoperatorios, los cuales se encontraron dentro de los límites normales.

Se realizó el tratamiento quirúrgico mediante biopsia excisional (Figura 1.B). El protocolo operatorio inició con la antisepsia del campo operatorio mediante clorhexidina intraoral al 0.12%, anestesia local infiltrativa con lidocaína al 2% con epinefrina 1:80.000. Se realizó la eliminación completa de la lesión con márgenes de seguridad de tejido sano. Posteriormente, se procedió a la síntesis de los tejidos mediante sutura con puntos simples (Figura 1.C). La muestra obtenida fue fijada en solución de formalina al 10% para su estudio histopatológico (Figura 1.D). Finalmente, se comunicó de las indicaciones postoperatorias al representante legal y al paciente.



**Figura 1.D.** Especimen tras biopsia excisional, donde se observa un fragmento de tejido blando, consistencia firme y forma ovoide, con dimensiones macroscópicas de 12 mm de largo x 8 mm de ancho. **Figura 1.E** Corte histopatológico de la biopsia **con hematoxilina y eosina (H&E)** con aumento de 200x, en la que se observa haces de colágeno entremezclados con fibroblastos (flecha amarilla), epitelio plano estratificado paraqueratinizado (Flecha negra).

Su descripción histopatológica revela una lesión reactiva en la que se observa una proliferación desorganizada de haces de colágeno maduro entremezclados al azar con fibroblastos de características normales. (Figura 1.E). La lesión se encuentra revestida por un epitelio plano estratificado paraqueratinizado de espesor variable y con características de normalidad.

## Caso clínico 2

Paciente masculino de 59 años, procedente de San Cristóbal, Venezuela. Acude a consulta por presentar un aumento de volumen, el cual refiere una aparición hace 12 meses aproximadamente, específicamente de dos lesiones, ambas localizadas en la mucosa yugal del lado izquierdo en la parte superior, una zona en íntima relación con los flancos de la prótesis total superior e inferior, que utiliza desde hace 8 años. Presenta características de crecimiento lento y asintomático, a excepción de episodios de dolor por el trauma masticatorio con la prótesis. Niega tomar

analgésicos, la sintomatología cedía espontáneamente. En cuanto a los antecedentes, el paciente refiere no presentar condiciones sistémicas relevantes y hábitos psicobiológicos.

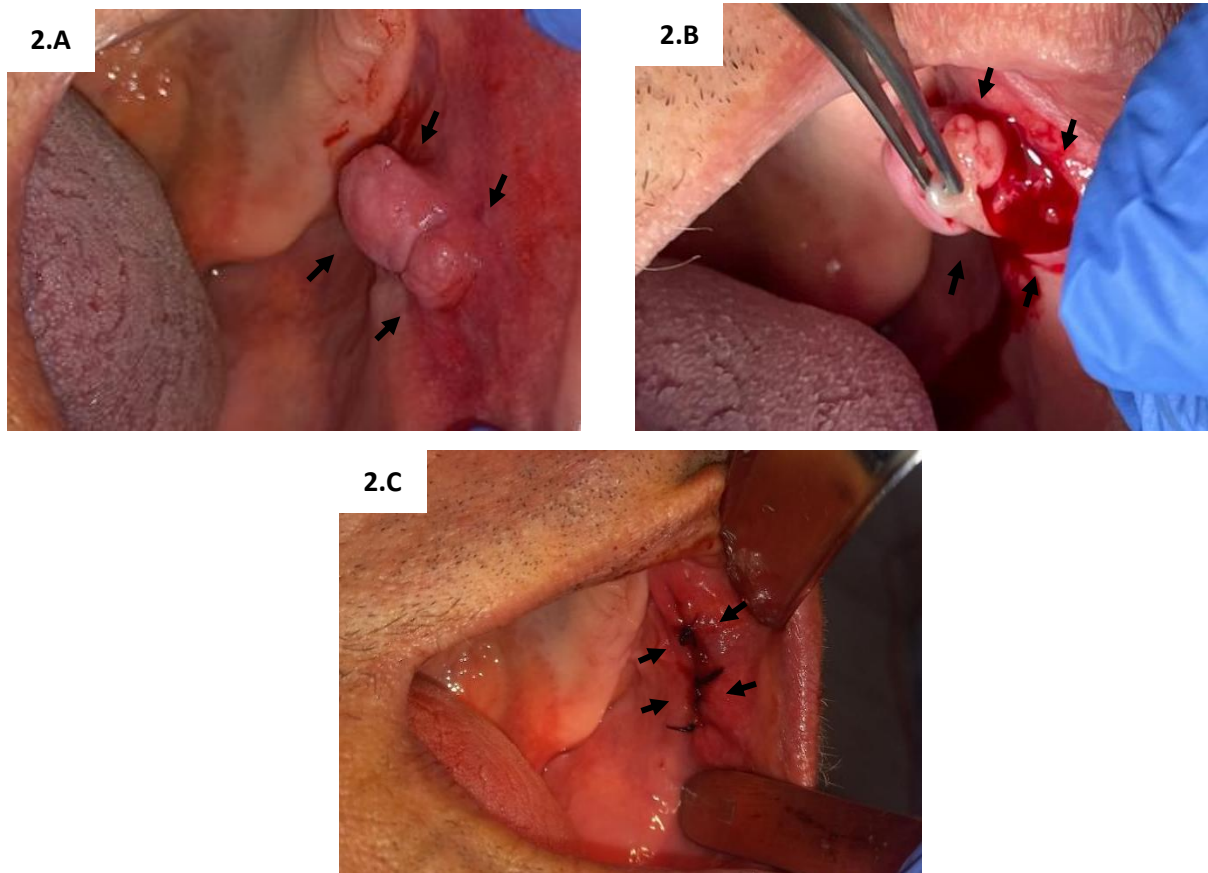
Al examen clínico se evidencian dos lesiones de aspecto tumoral en la parte superior de la mucosa yugal del lado izquierdo (Figura 2.A). La primera presenta un tamaño de 2,5 cm de largo, de coloración pardo, y forma irregular, muestra una superficie lisa, consistencia firme y base de implantación sésil. Adyacente a esta, en su polo inferior, se identifica una segunda lesión con características similares, con un diámetro de 1 cm de largo x 1 cm de ancho. Se estableció como diagnóstico presuntivo: fibroma traumático gigante. Se consideró como diagnóstico diferencial el lipoma intraoral.

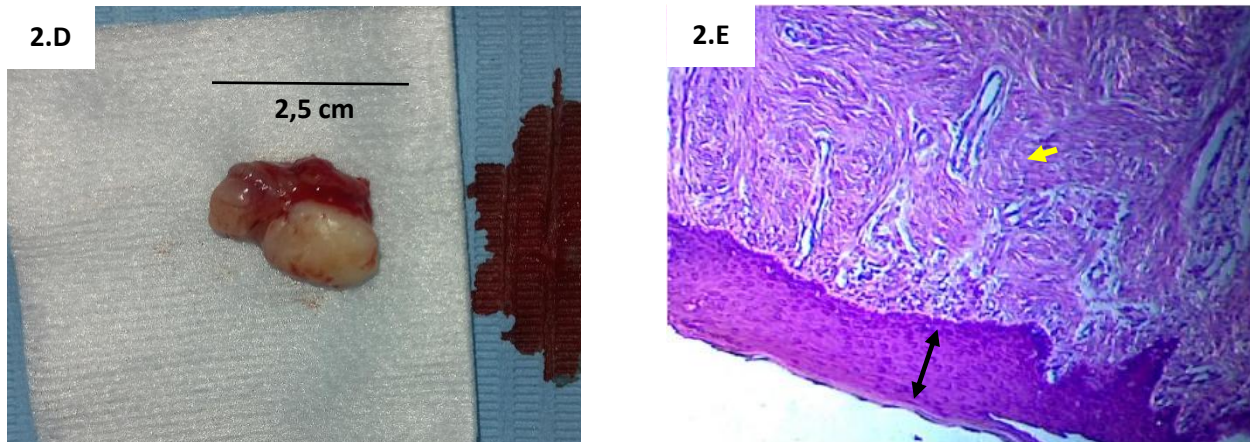
Previo a la intervención quirúrgica, se informó al paciente sobre las opciones de tratamiento, que incluyen la eliminación quirúrgica o la ausencia del tratamiento. Tras explicar el procedimiento quirúrgico y riesgos asociados al paciente, como la posibilidad de una lesión traumática en la desembocadura del conducto de Stenon y la consecuente formación de un sialocele, se obtuvo el consentimiento informado. Se evaluaron los estudios de laboratorio preoperatorios, los cuales se encontraron dentro de los límites normales.

Se realizó el tratamiento quirúrgico mediante biopsia excisional (Figura 2.B). El protocolo operatorio inició con la antisepsia del campo operatorio mediante clorhexidina intraoral al 0.12%, anestesia local infiltrativa con lidocaína al 2% con 1:80.000 de epinefrina. Durante el abordaje quirúrgico, se efectuó una disección roma y cuidadosa de los tejidos para preservar la integridad del conducto parotídeo, asegurando la exéresis completa de ambas lesiones desde su base sin comprometer el flujo salival.

Se obtuvieron márgenes de seguridad de tejido sano y, posteriormente, se procedió a la síntesis de los tejidos mediante sutura con puntos simples (Figura 2.C), previa irrigación con solución

fisiológica al 0.9%. La muestra obtenida fue fijada en solución de formalina al 10% para su estudio histopatológico (Figura 2.D). Finalmente, se indicaron los cuidados postoperatorios pertinentes.





**Figura 2.D** Espécimen tras biopsia excisional, donde se observa un fragmento de tejido blando, consistencia firme y forma irregular, con dimensiones macroscópicas de 2,5 cm de largo x 1 cm de ancho. **Figura 2.E** Corte histopatológico de la biopsia con H&E, aumento de 200x, en la que se observa colágeno maduro entremezclados al azar con fibroblastos ahusados (flecha amarilla), epitelio plano estratificado no queratinizado (flecha negra).

En las secciones histopatológicas (Figura 2.E), se observa una lesión reactiva, en la que se identifica una proliferación desorganizada de haces de colágeno maduro entremezclados al azar con fibroblastos ahusados de características normales. La lesión se encuentra revestida por un epitelio plano estratificado no queratinizado de espesor variable y con características de normalidad.

## DISCUSIÓN

El presente estudio aporta una evidencia sobre la heterogeneidad clínica del FT, una lesión bucal comúnmente asociada a microtraumas recurrentes. La aparición de esta lesión en la encía interdental de un adolescente y el caso clínico de un adulto con tamaño inusual apunta que esta lesión puede surgir en contextos clínicos poco habituales y en población más joven de lo que se



estipula en la literatura, la cual, además, describe características clínicas predecibles, no obstante, los dos casos clínicos presentados desafían los patrones convencionales en cuanto a localización, edad y dimensiones<sup>5,17</sup>.

Históricamente, el FT ha sido objeto de debate terminológico, recibiendo nombres como “polio fibroso” o “hiperplasia fibrosa focal”; no obstante, Barker y Lucas (1967) establecieron los criterios para diferenciar estas lesiones reactivas de las neoplasias verdaderas<sup>10</sup>. Bajo estas observaciones, nuestros hallazgos histopatológicos confirman la naturaleza reactiva de ambos casos clínicos.

Las descripciones histopatológicas de los casos clínicos 1 y 2 son consistentes con un FT, el cual se caracteriza por proliferación desorganizada de haces de colágeno maduro entremezclados con fibroblastos ahusados en respuesta a un estímulo crónico, como un traumatismo, diferenciándolas de un proceso neoplásico verdadero. La principal diferencia morfológica entre ambos casos clínicos reside en el epitelio de recubrimiento. En el caso 1, se observó un epitelio plano estratificado paraqueratinizado, una característica típica de la encía sana, ya que esta mucosa está naturalmente adaptada para resistir la fricción mediante la queratinización. La paraqueratinización en este contexto refleja la respuesta epitelial normal de la zona. Por otro lado, en el caso clínico 2, la presencia de epitelio plano estratificado no queratinizado es coherente con la mucosa de revestimiento sana y sugiere que, a pesar de la irritación que causó el FT, la intensidad del trauma no fue suficiente para inducir queratinización en la superficie epitelial.

Epidemiológicamente, el FT presenta una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, lo cual difiere de este reporte donde ambos pacientes son del sexo masculino<sup>1,2,18</sup>. Asimismo, aunque se ha descrito que se desarrolla con frecuencia entre la segunda y la cuarta década de la vida, sugiriendo una predisposición en la población adulta, Saad et al.<sup>12</sup> reportan el caso de un niño de 11 años, por lo que afirman que el FT presentarse en personas de cualquier edad y sexo. También Álvarez et al.<sup>19</sup> refieren el FT puede presentarse en personas de cualquier edad y sexo, entre jóvenes

y adultos, por lo cual infieren que en este grupo de la población es donde ocurren sucesos rutinarios en el estilo de vida que puedan ocasionar lesiones, como, por ejemplo, los deportistas en la práctica de su disciplina<sup>19,20</sup>.

En el estudio de Álvarez et al.<sup>19</sup> se destaca que la mucosa yugal fue la estructura anatómica más afectada con un 38% de los pacientes, mientras que la encía con 15 % de aparición fue la segunda.

Por otra parte, el estudio de Lanjekar et al.<sup>13</sup> reporta que el fibroma por irritación es común en el maxilar y se encuentran con mayor frecuencia en el sector anterior, con un 55-60% presentándose en la región de los incisivos, raro en la región posterior. Sin embargo, en uno de los casos presentados en este estudio el fibroma está localizado en la mandíbula, entre canino y premolar, lo que difiere con lo reportado en el estudio anteriormente citado. Por lo general, el FT posee de 1 cm diámetro que rara vez alcanza los 3 cm, han sido pocos los casos de FT que midan alrededor de 6-9 cm. Los presentes casos midieron 2,5 cm de largo x 1 cm de ancho y 12 mm de largo x 8 mm de ancho.<sup>13,20</sup>

Según Solanki et al.<sup>5</sup> describen los FT como nódulos solitarios, de crecimiento lento, bien definidos, firmes e indoloros que aparecen con frecuencia en el labio inferior. Los casos clínicos mostrados en este artículo se localizan en la mucosa yugal y encía. También describen que en casos atípicos puede crecer significativamente, generando molestias al hablar, comer u otras actividades como se presenta en el caso clínico 2. También describen que, dependiendo del tamaño y los síntomas de la lesión, el fibroma traumático en niños puede requerir un enfoque de tratamiento diferente. Se pueden controlar los fibromas pequeños y asintomáticos para que se resuelvan espontáneamente<sup>5</sup>, sin embargo, se realizó la biopsia excisional ya que el paciente es un adolescente que le importa la estética y su función masticatoria.

El tratamiento de elección para el fibroma traumático es la remoción quirúrgica completa, es decir, la biopsia excisional y la erradicación de las causas etiológicas<sup>6</sup>. Existen diversas técnicas



quirúrgicas disponibles, entre las cuales destacan la enucleación con bisturí, el uso de láser, la criocirugía o la electrocirugía. El láser ha demostrado ser una herramienta valiosa en el manejo de tejido blandos debido a su capacidad para minimizar el sangrado y el dolor post operatorio, la hemostasia ocasionalmente se logra sin el uso de suturas, esto dependerá del tamaño de la lesión<sup>6</sup>. En los dos casos se realizó de manera tradicional y fue bien aceptado por ambos pacientes, presentaron una recuperación favorable.

## CONCLUSIONES

Se determinó que el FT posee una notable variabilidad clínica y morfológica que se aleja de las descripciones convencionales. Los casos clínicos analizados confirman que el tamaño y la ubicación de la lesión influyen en las características histológicas del epitelio, es decir, con presencia o ausencia de queratinización, lo cual es una respuesta normal del tejido según la zona afectada. Finalmente, se ratifica que la biopsia excisional con eliminación del factor irritante sigue siendo el tratamiento definitivo, garantizando una recuperación favorable y el éxito-funcional incluso en casos de mayor tamaño.

## RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Para la publicación de estos casos, se obtuvo el consentimiento informado por escrito. En el caso 1, el consentimiento fue firmado por el representante legal, mientras que en el caso 2, fue otorgado directamente por el paciente. En todo momento se garantizó la privacidad y confidencialidad de los datos, asegurando que la información presentada no contiene detalles que permitan la identificación de los individuos.



Este estudio se llevó a cabo respetando los estándares éticos del comité responsable de la experimentación humana (institucional y nacional). Los procedimientos se adhieren a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y a los principios bioéticos fundamentales: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

### CONFLICTO DE INTERESES.

No hubo conflicto de intereses en este estudio.

### REFERENCIAS

1. Velásquez L, López-Labady J. Prevalencia del fibroma traumático en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela - período 2000-2015. *Odous Científica*. 2019;20(1):25-32. Disponible en: <https://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol20n1/art03.pdf>
2. Manjunatha VA, Vemanaradhya GG, Kulkarni M, Machetty L. Electro-surgical management of a traumatic fibroma with clinical assessment of re-epithelialization using methylene blue assay: A clinico-histopathological case report. *Natl J Maxillofac Surg*. 2023;14(3):477-481. doi: 10.4103/njms.njms\_376\_21.
3. Cohen P. Biting Fibroma of the Lower Lip: A Case Report and Literature Review on an Irritation Fibroma Occurring at the Traumatic Site of a Tooth Bite. *Cureus*. 2022;14(12):e32237. doi: 10.7759/cureus.32237.
4. Kar C, Sarkar P, Das S, Ghosh A. Large irritation fibroma of palate: a rare presentation. *J Pak Assoc Dermatol*. 2015;25(3):233-236. Disponible en: <https://www.jpap.com.pk/index.php/jpad/article/view/118/99>
5. Solanki D, Fulzele P, Thosar NR, Ragit R, Shirbhate U, Rahate I, et al. Understanding the Distinction Between Traumatic Fibroma and Mucocele in Pediatric Patients: A Report of Two Cases. *Cureus*. 2024;16(3):e55631. doi: 10.7759/cureus.55631.
6. Asundaria RR, Tavarger A. Excision of Traumatic Fibroma of the Tongue in a Pediatric Patient: A Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2023;16(1):166-169. doi: 10.5005/jp-journals-10005-2492.
7. Dhanai A, Bagde HS, Gera R, Mukherjee K, Ghildiyal C, Yadav H. Case report on Irritational Fibroma. *J Pharm Bioallied Sci*. 2024;16(Suppl 1):S960-S962. doi: 10.4103/jpbs.jpbs\_650\_23.



8. Palwankar P, Chandiran L, Pandey R. Surgical excision of a traumatic fibroma associated with orthodontic temporary anchorage devices: A Case Report. *Cureus*. 2024;16(10):e71958. doi: 10.7759/cureus.71958.
9. Chacón-Uscamaita PR, Chávez Rimache L, Mallma-Medina AS. Fibroma traumático en mucosa labial superior: Reporte de caso. *Rev CES Odontol*. 2020;34(1):136-144. doi: 10.21615/cesodon.34.1.1.
10. Diwan B, Shirbhate U, Bajaj P, Reche A, Pahade A. Conventional Scalpel and Diode Laser Approach for the Management of Traumatic Fibroma. *Cureus*. 2023;15(10):e47810. doi: 10.7759/cureus.47810.
11. López-Labady J, Villarroel M, Lazarde J, Rivera H. Fibroma traumático: Revisión de la literatura y reporte de dos casos. *Acta Odontol Venez*. 2000;38(1):47-49. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/1/art-8/>
12. Saad I, Jokhadar M, Rkab M, Manadili A, Al-Raei M, Azmeh C, et al. Pedunculated oral fibroma in an 11-year-old patient: A case study. *Oral Oncol Rep*. 2024;9:100143. doi: 10.1016/j.oor.2023.100143.
13. Lanjekar A, Kulkarni S, Akhade S, Sonule S, Rathod U. An Unusually Large Irritation Fibroma Associated with Gingiva of Lower Left Posterior Teeth Region. *Case Rep Dent*. 2016;2016:5202181. doi: 10.1155/2016/5202181.
14. Vasconcelos J, Oliveira IB, Feitoza J, Pádua M, Santos V, Souza L. Diagnosis and procedure of traumatic fibroma in a pediatric patient: Case report. *Res Soc Dev*. 2023;12(12):e50121243941. doi: 10.33448/rsd-v12i12.43941.
15. Jiang M, Bu W, Chen X, Gu H. A case of irritation fibroma. *Postepy Dermatol Alergol*. 2019;36(1):125-126. doi: 10.5114/ada.2019.82834.
16. Moret Y, López-Labady J, Cuberos M, Camacho A, Gonzalez J. Fibroma Traumático: Dos presentaciones clínicas una misma entidad. *Acta Odontol Venez*. 2012;50(4):1-5. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/4/art-16/>
17. Barker D, Lucas R. Localized fibrous overgrowths of the oral mucosa. *Br J Oral Surg*. 1967;5(2):86-92. doi: 10.1016/s0007-117x(67)80031-3.
18. Mohammad DN, Ibraheem BF, Garib BT, Hamied MA. Histopathological Records of Oral and Maxillofacial Lesions among Pediatric and Adolescent Patients in Sulaimani Governorate. *Children (Basel)*. 2022;9(2):156. doi: 10.3390/children9020156.
19. Álvarez I, Morón L, Vilorio A. Fibroma Traumático en Pacientes de Cirugía Bucal. *Vive Rev Investig Salud*. 2019;2(6):144-153. doi: 10.33996/revistavive.v2i6.35.
20. Ulaganathan G, Babu SS, Senthilmoorthy M, Prasad V, Kalaiselvan S, Kumar RSA. Retrospective analysis of oral and maxillofacial biopsies: an institutional study. *J Pharm Bioallied Sci*. 2020;12(Suppl 1):S468-S471. doi: 10.4103/JPBS.JPBS\_141\_20.