

FIBROMA TRAUMÁTICO BIMAXILAR Y TRATAMIENTOS INDICADOS.

Reporte de caso

Bimaxilar traumatic fibroma and treatments indicated. Case report

POR

XAVIER BERNARDO **PIEDRA SARMIENTO**¹

ALEXANDER DAVID **VALLEJO OCHOA**²

PATRICIO GONZALO **TAPIA GUERRERO**³

- 1 Especialista en Cirugía Oral. Docente de la Facultad de Odontología. Universidad Católica de Cuenca.
- 2 Estudiante. Facultad de Odontología. Universidad Católica de Cuenca.
- 3 Especialista en Rehabilitación Oral. COI - Consultorio Odontológico Integral. Cuenca-Ecuador

Autor de correspondencia: Xavier B Piedra S. Tomás Ordoñez
5-23, 0992530826

xpedras@ucacue.edu.ec

Resumen

El fibroma traumático, también llamado hiperplasia reactiva del tejido conjuntivo fibroso con etiología comprobada relacionada al trauma de tipo mecánico en una zona específica de la cavidad bucal incluyendo los maxilares, es una lesión nodular benigna, de formación lenta, se presenta frecuentemente en adultos entre la segunda y sexta década de vida, sin predilección de raza o género. El objetivo del presente reporte es informar el tratamiento efectuado en un caso clínico sobre fibroma traumático bimaxilar, en una paciente atendida en consulta privada. Se reporta un caso clínico de una paciente femenina 66 años de edad, presentando fibroma traumático bimaxilar relacionado con el mal estado y desajuste de la prótesis total bimaxilar, se ejecutaron dos tratamientos: quirúrgico (exéresis de la lesión) y no quirúrgico (eliminación de los factores traumáticos e irritativos).

PALABRAS CLAVE (DsCS): fibroma traumático, hiperplasia reactiva, trauma mecánico, cavidad bucal.

Abstract

Traumatic fibroma, also called reactive fibrous connective tissue hyperplasia with proven etiology related to mechanical trauma in a specific area of the oral cavity, including the jaw, it is a benign nodular lesion, with slowly forming, it occurs frequently in adults between the second and sixth decade of life, without predilection for race or gender. The objective of this report is to inform the treatment carried out in a clinical case of bimaxillary traumatic fibroma, in a patient attended in a private practice. A 66-year-old female patient was attended with bimaxillary traumatic fibroma related to the poor condition and mismatch of the bimaxillary total prosthesis, two treatments were carried out surgical (excision of the lesion) and non-surgical (removal of traumatic and irritative factors).

KEY WORDS (MeSH): Traumatic fibroma, reactive hyperplasia, mechanical trauma, oral cavity.

Introducción

En la cavidad oral se pueden encontrar distintas lesiones o patologías que afectan a los tejidos blandos, que dependiendo de su origen y forma de aparición se diferencian en crecimientos fibrosos hiperplásicos localizados, siendo el más recurrente el Fibroma Traumático (FT), también conocido como hiperplasia reactiva fibrosa inflamatoria, nódulo, fibroma por irritación, hiperplasia fibrosa focal, entre otros^{1,2}.

Al FT se le establece como una lesión nodular benigna, generalmente asociado a traumatismo crónico de las membranas de la mucosa bucal o a irritación local; se caracteriza por la formación excesiva de haces maduros de colágeno, razón por lo que en ocasiones semeja a tejido cicatrizal³. Se presentan en distintos sitios de la cavidad bucal, pero su localización más frecuente es en el reborde alveolar edéntulo, en la mucosa de revestimiento, algunas ocasiones en lengua, labios y paladar; suelen aparecer como masas esféricas u ovals de color rosa con base sésil o pedunculada, de consistencia firme y asintomáticas⁴.

El tiempo de formación del FT es lento, llegando a durar semanas e incluso meses hasta conseguir un diámetro determinado, pudiendo ser de consistencia blanda hasta dura; clínicamente su tamaño mínimo varía de 0,5 mm a 1 cm y su tamaño máximo en raras ocasiones supera los 3 cm^{3,4}. Esta patología se presenta frecuentemente en adultos entre la segunda y sexta década de vida, pero no se descarta su aparición en pacientes pediátricos, usualmente no presenta predilección de raza o sexo, pero se ha evidenciado clínicamente que pacientes femeninas acuden mayoritariamente a la consulta odontológica por este motivo^{3,4,5}.

Histológicamente se exhibe como una masa de forma nodular y consistencia sólida, no encapsulada, recubierta por epitelio de revestimiento escamoso estratificado que se conserva intacto, presenta hiperqueratosis por la fricción crónica de baja intensidad o por presentar focos de ulceración cuando el trauma es intenso y en muchas otras ocasiones se podría apreciar atrofia epitelial^{1,2,3}.

El tejido conectivo es de tipo denso y fibroso, formado por abundante colágeno tipo I y III bien organizado, su disposición es indistinta y en algunos casos se identifica tejido conectivo de tipo fibroso hialinizado². La inflamación crónica frecuentemente contiene linfocitos y células propiamente plasmáticas, factores de crecimiento, además vasos sanguíneos que pueden atravesar la membrana basal para de esta forma unirse con el receptor fibroblástico, de tal manera que comienza la generación del colágeno, dando paso a la formación del tejido cicatrizal de apariencia más pálida y consistencia más firme con respecto a la mucosa^{2,5}. En el diagnóstico diferencial de hiperplasia fibrosa, muestra prevalencia en mujeres con relación al fibroma osificante, granuloma telangiectásico, periférico de células gigantes, mucocele, entre otros tumores, esta puede estar inducida por tratamientos protésicos,

por lo que se maneja el mismo tratamiento que en FT y adicionalmente es necesario hacer una prótesis funcional bien ajustada para prevenir recidivas^{6,7,8}.

El tratamiento predilecto del FT es la escisión quirúrgica simple que generalmente resulta eficaz, con un índice de reaparición baja y de buen pronóstico, no requiere la remoción del tejido mucoso adyacente y pocas veces persiste la afección a menos que el traumatismo protésico sobre la zona afectada se prolongue, reincidiendo nuevamente la lesión. Entre las diferentes alternativas de tratamiento se encuentran la biopsia escisional, el láser, la criocirugía entre otros, dependiendo del tamaño de la lesión⁹. Para determinar la etiología o las probables causas que han provocado la lesión en la mucosa, siempre se deben realizar de manera minuciosa la anamnesis y el examen clínico correspondiente. Al obtener una relación entre una respuesta queratósica a causa del traumatismo, es recomendable eliminar el factor causal del trauma y mantener la observación durante dos semanas. Si la etiología es dudosa y la lesión es de crecimiento rápido, lo aconsejable es recurrir a los estudios histopatológicos para establecer un diagnóstico definitivo¹⁰.

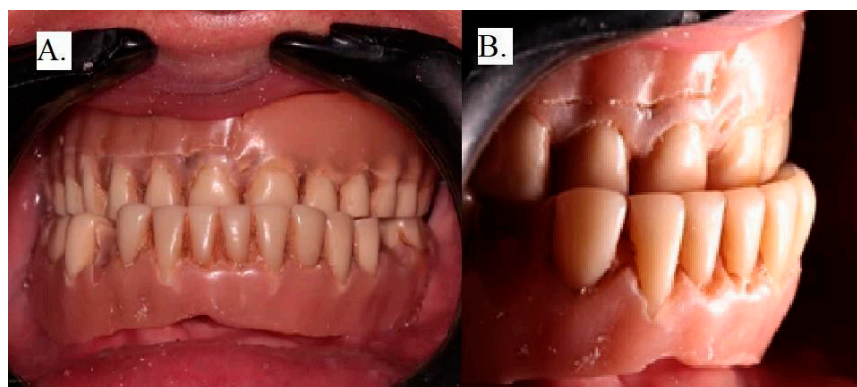
Reporte del caso clínico

Paciente femenina de 66 años de edad, edéntulo totalmente edéntula quien asistió a la atención odontológica privada para cambiar su Prótesis Total Bimaxilar (PTB). En los antecedentes personales, la paciente refiere que presenta hipertensión controlada, medicada con Losartan® de 50mg/día.

Al examen clínico intraoral presenta movilidad de la PDTB en mal estado, sin recambio desde hace aproximadamente 25 años. Al retirar la PTB se observó una masa hiperplásica en el fondo del vestíbulo de localización bimaxilar y prognatismo mandibular relacionada con el traumatismo crónico por la mala adaptación de la prótesis (FIGURA 1).

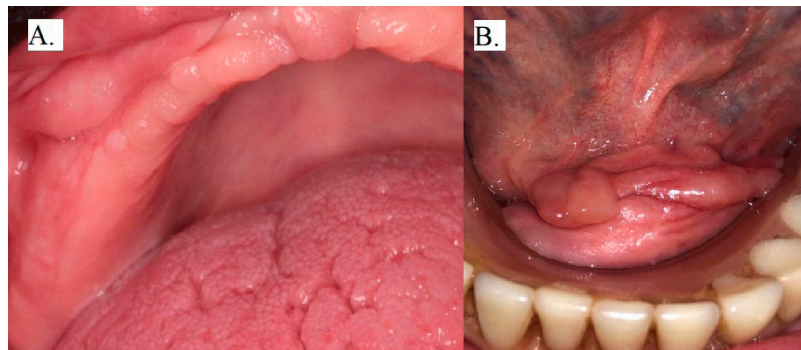
Las lesiones estaban localizadas en los dos maxilares de tal forma que, la lesión inferior se localizó en la mucosa lingual y vestibular con un diámetro de 3 cm, mientras que la superior se encontraba localizada en la mucosa ves-

FIGURA 1. A: Mal estado de la PTB. B: Prognatismo mandibular atribuido al desajuste protésico.



tibular con 0,7 mm, se estableció el diagnóstico de *fibroma traumático bimaxilar* (FIGURA 2).

FIGURA 2. A: FT maxilar.
B: FT mandibular.



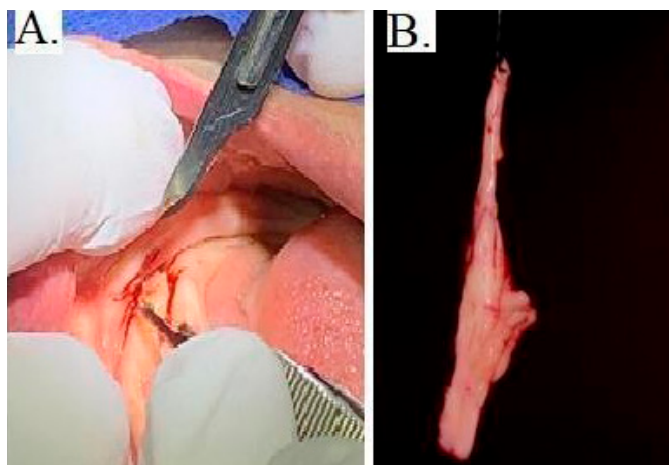
Previo a estudios y exámenes de laboratorio se planificaron los tratamientos, el primero quirúrgico (exéresis de la lesión) y el segundo no quirúrgico (eliminación de los factores traumáticos e irritativos). El tratamiento quirúrgico consistió en una cirugía oral preprotésica. Para la cual se determinaron los protocolos de asepsia, antisepsia y medidas de bioseguridad correspondientes para paciente y operador (FIGURA 3).

FIGURA 3. Instrumental quirúrgico: separador de Minnesota, jeringa carpule con anestésico y aguja, mango de bisturí #3 con hoja de bisturí #15, periostotomo tipo Molt, pinza Kelly curva, pinzas Adson con dientes, tijera quirúrgica recta, pinza porta aguja y gasas.



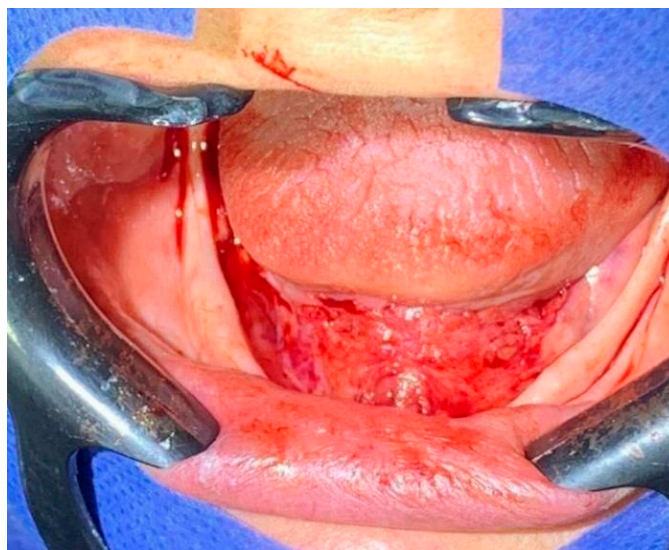
Se aplicó la técnica anestésica de infiltración perilesional con 3 cartuchos de Lidocaína® al 2% con Epinefrina, para lograr el bloqueo nervioso localizado. Una vez anestesiada la zona con una pinza Adson® con dientes se expandió el tejido y se realiza la incisión supraperióstica en la base del tejido fibroso, se retiró la lesión y se procedió a ejecutar una reposición periférica de los tejidos para dar paso a la cicatrización secundaria (FIGURA 4). Se repite el procedimiento en el maxilar superior, finalizando el acto quirúrgico con la sutura con hilo de tipo Vicryl® # 4-0.

FIGURA 4. A: Incisión suprapariostica en la base del tejido. B: Exéresis de la lesión hiperplásica.



Se repite el procedimiento en el maxilar superior, finalizando el acto quirúrgico con la sutura con hilo de tipo Vicryl® # 4-0 (FIGURA 5).

FIGURA 5. Se reposicionaron los tejidos de forma periférica para dar lugar a una cicatrización por segunda intención.



Para la protección del área de la herida postquirúrgica se colocó Coe-Pak® (cemento quirúrgico), y se realizó un rebase con acondicionador de tejidos blandos en la prótesis dental antigua la misma que se utilizó como provisional, de esta forma se efectuó un revestimiento y favoreció a la cicatrización de las heridas. Después de 7 días se retiraron los puntos de sutura, y a las 4 semanas se obtuvo una cicatrización secundaria exitosa observando una buena epitelización de los tejidos (FIGURA 6).

El tratamiento no quirúrgico se ejecutó en el área de rehabilitación oral, con el objetivo de confeccionar una nueva prótesis dental bimaxilar adecuada de tal forma que se evite una recidiva del fibroma traumático (FIGURA 7 Y 8).

FIGURA 6. Postoperatorio después de 4 semanas de epitelización secundaria.



FIGURA 7. A: Elaboración de la nueva PTB, tomando en cuenta parámetros de oclusión, retención, estabilidad, soporte y estética. B: Fotografía intraoral frontal en oclusión posterior a la colocación de la nueva prótesis total.

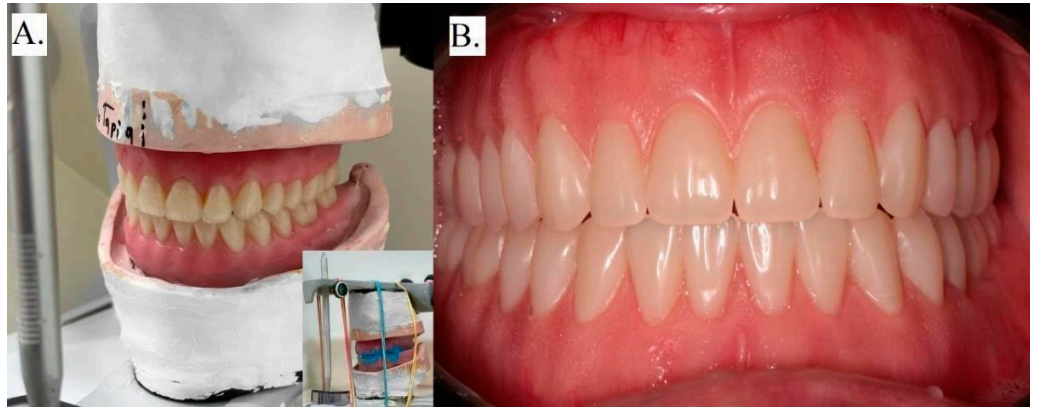
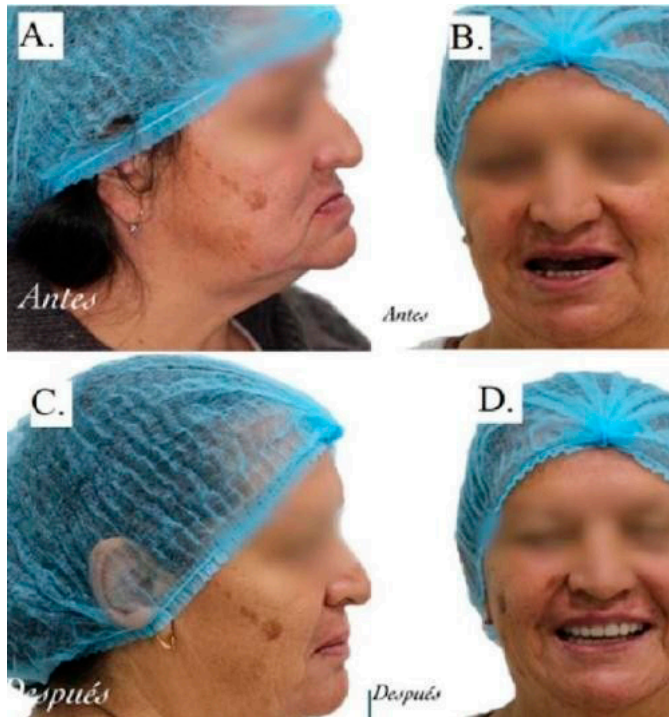


FIGURA 8. Fotografías extraorales. Pre y post tratamientos ejecutados. A: lateral en reposo con la prótesis total antigua. B: frontal con la prótesis total antigua. C: lateral en reposo con la prótesis total nueva. D: frontal con la prótesis total nueva.



Discusión

Moret *et al.* 2012, propusieron que la etiología se debe por un trauma de fricción y que la mejor terapia para el FT es la eliminación quirúrgica de la lesión y su envío para biopsia hacia histopatología¹¹. En lo que coincide Rebolledo M (2015), relacionó como principal factor etiológico un trauma por cepillado, además, diagnostica el fibroma traumático mediante la obtención de una biopsia escisional, esta lesión se presenta hiperplásica sin sintomatología y se localizó solo en el maxilar superior. El tratamiento que ejecuto fue escisión quirúrgica mediante desbridamiento con pinzas Kelly® para tener acceso a la lesión, corte con bisturí de la lesión, curetaje hacia el fondo de la lesión, irrigación con suero fisiológico, hemostasia y sutura durante la cirugía y aconseja farmacoterapia postquirúrgica¹².

Jain *et al.* 2018, expusieron la validez de utilizar como abordaje quirúrgico conservador el tratamiento de eliminación de la lesión de fibroma por trauma mediante la escisión quirúrgica usando láser de diodo en la longitud de onda de 810 nm con una potencia promedio de 4 W, en irradiación de onda continua, finaliza la terapia sin sutura, con cicatrización por segunda intención, además concluyeron que es una terapia segura, menos daño a los tejidos adyacentes, mejor visibilidad e indoloro. De la misma forma Silva *et al.* 2014, emplearon como tratamiento la escisión de un fibroma traumático con láser de diodo, con mejor visibilidad en el acto quirúrgico, obtuvieron resultados favorables en la coagulación, ausencia de dolor e inflamación y sin suturas. Además, los autores resaltan que la edad no infiere en la aparición de la lesión.

En atención a lo expuesto, se demuestra que los tratamientos indicados para la lesión de FT dependen de su estado de evolución, la condición de salud general, la edad, la colaboración e incluso la economía del paciente, debido a que los costos pueden variar entre un tratamiento quirúrgico convencional invasivo o un tratamiento innovador pero conservador.

Conclusión

El FT se puede tratar fácilmente por eliminación quirúrgica tanto convencional como conservadora mediante la elaboración de una buena historia clínica detallando cada dato importante que pueda aportar el paciente, con el aporte de la biopsia a través de escisión quirúrgica y la posterior evaluación histológica se obtiene un diagnóstico definitivo y un tratamiento acertado.

La combinación de los tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos, favorecen en la eliminación de la lesión de FT bimaxilar, aportando resultados apropiados en la salud oral, la calidad de vida y la estética de los pacientes que los requieren.

Conflicto de intereses

No se manifiesto ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Álvarez I, Morón L, Vilorio A. Fibroma Traumático en Pacientes de Cirugía Bucal. Rev de Salud VIVE. Revista de Investigación en Salud, 2019; 2(6): 144-153.
2. Rocafuerte MA. Fibroma traumático en cavidad oral – una revisión. Kiru, 2019; 16(1): 41-46.
3. Velásquez L, López J. Prevalencia del fibroma traumático en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, 2000-2015. 2019; 20(1): 25-32.
4. Sangle V, Pooja V, Holani A, Shah N, Chaudhary M, Khanapure S. Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity: a retrospective survey study and literature review. Indian J Dent Res, 2018; 29(1): 61-66.
5. Singh N, Bilichodmath S, Sambhashivaiah S. Traumatic Fibroma: A Case Series. Journal of Health Sciences and Research, 2016; 7(1): 28-31.
6. Bojórquez Y, López J, Higuera N, Figueroa N. Fibroma osificante periférico (FOP) recurrente. Oral, 2018; 19(60): 1598-1602.
7. Tejada A. Prevalencia de lesiones bucales en tejido blando encontradas en la Clínica de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes. Periodo 2015-2018. Revista ADM, 2018; 77(1): 11-16.
8. Ramírez N, González L, Leonardí R, Medina L, Páez J. Fibroma por traumatismo protésico. Reporte de un caso. Acta Bioclínica, 2012; 2(4): 72-84.
9. Harris J, López A, Cuadrado A. Fibroma traumático riesgo potencial del tratamiento ortodóntico. Ciencia y Salud Virtual, 2012; 4(1): 132-137.
10. Correa P, Arias S. Resección de fibroma en mucosa oral. Técnica del estrangulamiento. Rev CES Odont, 2016; 29(1): 82-87.
11. Moret Y, López J, Cuberos M, Camacho A, González M. Fibroma traumático: dos presentaciones clínicas una misma entidad. Acta Odontológica Venezolana, 2012; 50(4).
12. Rebolledo M. El fibroma traumático como lesión hiperplásica común de la boca. Rev CSV, 2015; 7(1): 81-87.
13. Jain P, Jain S, Awadhiya S, Sethi P. Excision of traumatic fibroma by diode laser. Journal of Dental Lasers, 2018; 12(2): 67-69.
14. Silva I, Triana F, Soto L. Escisión de un traumatismofibroma con láser de diodo en un paciente pediátrico. Rev Fac Odontol Univ Antioq, 2019; 31(1): 96-104.