

# FIBROMA TRAUMÁTICO.



## Reporte de un caso

*Traumatic fibroma. A case report*

POR

JOSÉ RAFAEL OLIVARES<sup>1</sup>

TIANA ROJAS<sup>2</sup>

1. Estudiante de 4to año. Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. joseolivares.foula@gmail.com  
 orcid.org/0009-0003-8742-6994.
2. Departamento de Medicina Oral, Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. anaitr20@gmail.com  
 orcid.org/0000-0002-0502-7013

**Autor de correspondencia:** José Rafael Olivares. Dirección: Calle 24 entre avenida 2 y 3. Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes. Teléfono: 04145001710. joseolivares.foula@gmail.com.

**Como citar:** Olivares JR, Rojas T. Fibroma traumático. Reporte de un caso. ROLA, 2026; 21(2): 170-178.



## Resumen

El fibroma traumático es una de las lesiones benignas más frecuentes de la cavidad oral, más que como un tumor verdadero, se define como una patología reactiva originada por traumatismos crónicos, como el mordisqueo o la prótesis mal adaptada. Afecta predominantemente a los adultos entre la segunda y la quinta década de vida y se manifiesta clínicamente como una lesión elevada, firme, asintomática y de crecimiento limitado. El objetivo del presente reporte es informar el tratamiento realizado sobre un fibroma traumático en una paciente femenina de 61 años de edad que presentaba un fibroma traumático relacionado con el uso de una prótesis parcial removible flexible en malas condiciones. Se ejecutaron dos tratamientos: quirúrgico (excisión de la lesión) y no quirúrgico (eliminación de los factores traumáticos e irritativos). Este estudio ratifica la alta prevalencia del fibroma traumático debido a estímulos irritativos crónicos. Los hallazgos subrayan la necesidad de reforzar la prevención y el control odontológico, enfocándose en corregir prótesis mal adaptadas para evitar lesiones evitables y mejorar la calidad de vida de la población.

**PALABRAS CLAVE (DeCS):** fibroma traumático, traumatismos crónicos, cavidad oral.

## Abstract

Traumatic fibroma is one of the most common benign lesions of the oral cavity, rather than as a true tumor, it is defined as a reactive pathology caused by chronic trauma, such as nibbling or poorly adapted prostheses. It predominantly affects adults between the second and fifth decades of life and manifests clinically as a raised, firm, asymptomatic lesion of limited growth. The objective of this report is to report the treatment performed on a traumatic fibroid in a 61-year-old female patient who presented a traumatic fibroid related to the use of a flexible removable partial prosthesis in poor conditions. Two treatments were performed: surgical (excision of the lesion) and non-surgical (elimination of traumatic and irritative factors). This study confirms the high prevalence of traumatic fibroids due to chronic irritative stimuli. The findings underscore the need to strengthen dental prevention and control, focusing on correcting ill-fitting prostheses to avoid avoidable injuries and improve the quality of life of the population.

**KEYWORDS (MeSH):** traumatic fibroma, chronic trauma, oral cavity.

## Introducción

El fibroma traumático (FT), se define como la neoplasia benigna más frecuente en la cavidad oral. Sin embargo, es dudoso que represente una verdadera neoplasia; sino una hiperplasia reactiva del tejido conectivo fibroso en respuesta a una irritación local o traumática<sup>1</sup>.

Es una lesión benigna de tejido conectivo, de color parecido al tejido de donde se origina y el cual tiene una capacidad limitada de crecimiento autónomo<sup>2</sup>. Su crecimiento depende del estímulo que lo provoca; esto quiere decir que, en ausencia de estímulo, el crecimiento se detiene<sup>3</sup>.

Dicha lesión se presenta con un rango de prevalencia de 12 por cada 1000 personas mayores de 35 años<sup>4</sup>. Este también es conocido como fibroma por irritación, fibroma oral, hiperplasia fibrosa local, hiperplasia fibrosa inflamatoria, cicatriz hiperplásica y pólipo fibroepitelial<sup>5,6</sup>. Se caracteriza por afectar individuos adultos en edades comprendidas entre la segunda y quinta década de la vida<sup>2,4-7</sup>.

La injuria crónica inicialmente induce inflamación seguida por reparación y si el agente causal persiste hay acumulación de colágeno producido por fibroblastos, causando formación de un tejido acelular tipo cicatrizal, el cual es más pálido y firme que el resto de la mucosa<sup>1</sup>. Siendo las principales formas de desarrollo el mordisqueo de carrillos y labios, las restauraciones defectuosas y las prótesis mal adaptadas sus agentes etiológicos más prevalentes<sup>6,7</sup>. Hoy en día esta entidad se define como una patología reactiva y no un verdadero tumor, ya que es causada por trauma crónico a la mucosa bucal<sup>6</sup>.

En pacientes portadores de prótesis, la candidiasis oral y la estomatitis subprotésica pueden coexistir con estas lesiones, especialmente cuando no se realiza una adecuada higiene de la prótesis o se mantiene durante la noche. La combinación de una infección fúngica con una lesión proliferativa puede aumentar la incomodidad del paciente y prolongar el proceso inflamatorio<sup>8</sup>.

Clínicamente se trata de una lesión elevada, bien definida, redondeada u ovoidea, firme a la palpación, sésil o pediculada, asintomática y de larga evolución. En relación a la superficie de la lesión esta se puede mantener intacta, pero en algunas ocasiones puede estar ulcerada por el traumatismo repetido y entonces aparece dolor e inflamación. El tamaño es variable, suelen ser lesiones pequeñas, rara vez exceden el centímetro y medio de diámetro, sin embargo, en algunas raras ocasiones desarrollan tamaños inusuales<sup>6</sup>. Sus zonas anatómicas de afección clásica son aquellas sometidas a trauma y roce constante, como carrillos, labio inferior y lengua<sup>7</sup>.

A nivel histológico se puede observar epitelio de revestimiento de tipo escamoso estratificado, con hiperqueratosis, atrofia epitelial, el tejido conjuntivo es de tipo denso y fibroso formado por abundante colágeno<sup>9,10</sup>. En el diagnóstico diferencial se deben incluir patologías como la hiperplasia fibrosa, granuloma telangiectásico, periférico de células gigantes, mucocele, entre otros tumores<sup>10</sup>.

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 en la lesión. Entre las diferentes alternativas de tratamiento se encuentran la biopsia escisional, el láser, la criocirugía, entre otros, dependiendo del tamaño de la lesión<sup>5</sup>.

Existen reportes de fibromas traumáticos de mayor tamaño, denominados fibromas traumáticos gigantes, ya que exceden los 10 mm de tamaño, teniendo en cuenta que estas lesiones por lo general suelen ser de menor tamaño<sup>2</sup>. Por lo que el objetivo es presentar y describir el reporte de caso clínico de una paciente en su sexta década de vida con un fibroma traumático de 1.5 cm ubicado en la región derecha del paladar duro.

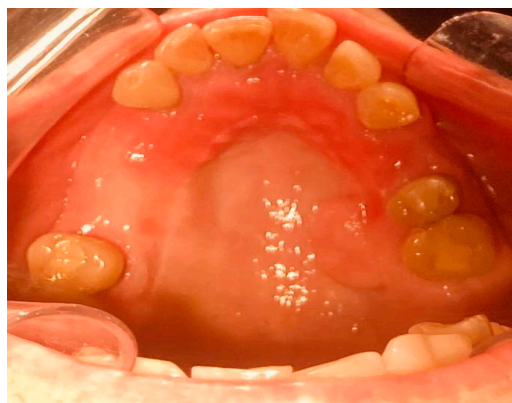
## Reporte de caso

Se recibe a paciente femenino de 61 años de edad, de raza blanca y procedencia urbana, quien acude a la Clínica de Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología (FOULA), Universidad de Los Andes, referida por la Clínica de Periodoncia de la misma institución, cuyo motivo de consulta fue un aumento de volumen en el paladar duro.

La paciente refiere que la lesión tiene aproximadamente un año de evolución, debido al uso constante de una prótesis parcial removible flexible mal adaptada de larga data. Como antecedentes médicos personales refiere artritis reumatoide y osteoporosis diagnosticadas desde hace 3 años. De antecedentes odontológicos personales refiere haber presentado periodontitis Estadio IV Grado C generalizada. No refiere antecedentes familiares.

Al examen clínico intraoral se observa una lesión en paladar duro a nivel de los dientes 16 y 15, ocasionada por la presión mecánica de la prótesis parcial removible defectuosa, con un tamaño de aproximadamente 1.5 x 1 cm, de color estomatitis subprotésica tipo II de Newton (FIGURA 1).

**FIGURA 1.** Lesión de color de la mucosa, de consistencia firme, de base pediculada.



A la paciente se le comunicó verbalmente de manera detallada la posible naturaleza de la lesión y los pasos a seguir para su tratamiento; a través de un consentimiento informado, la paciente autorizó el registro clínico y fotográfico para su posterior divulgación científica.

El diagnóstico presuntivo fue de un fibroma traumático. Al realizar el examen de laboratorio, se observaron parámetros hematológicos y bioquímicos dentro de los límites de referencia. No obstante, se registró un aumento significativo de la Proteína C Reactiva (PCR) con un valor de 20 mg/L (VR: <5 mg/L). Este hallazgo se correlaciona con los antecedentes sistémicos de la paciente, específicamente con la artritis reumatoide en fase activa, reflejando el estado inflamatorio crónico característico de esta patología autoinmune.

El acto quirúrgico fue realizado en el ambiente quirúrgico de la Cátedra de Cirugía por la misma. Para realizar biopsia excisional a nivel del lado derecho del paladar duro, se aplicó la técnica anestésica de infiltración perilesional con 1 cartucho de Lidocaína® al 2% con epinefrina, para lograr el bloqueo nervioso localizado. Una vez anestesiada la zona con una pinza Adson® sin dientes, se expandió el tejido y se realizó la incisión supraperióstica en la base del tejido fibroso con un bisturí número 15, se retiró la lesión y se procedió a ejecutar una termocoagulación controlada de los bordes quirúrgicos con electrobisturí, asegurando una hemostasia óptima y favoreciendo un proceso de reparación tisular por cicatrización de segunda intención (FIGURA 2).

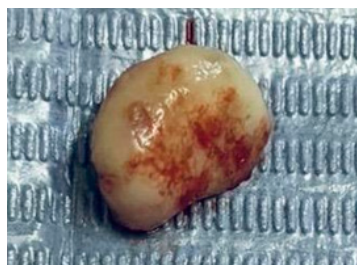
**FIGURA 2.** Incisión supraperióstica en la base del tejido fibroso.



Luego, el fragmento de la lesión obtenido (FIGURA 3) se fijó en formol para realizar consecutivamente el estudio histopatológico. Posteriormente, la muestra de tejido obtenida fue enviada a un laboratorio clínico histopatológico, donde se procesó el fragmento de tejido para su estudio microscópico.

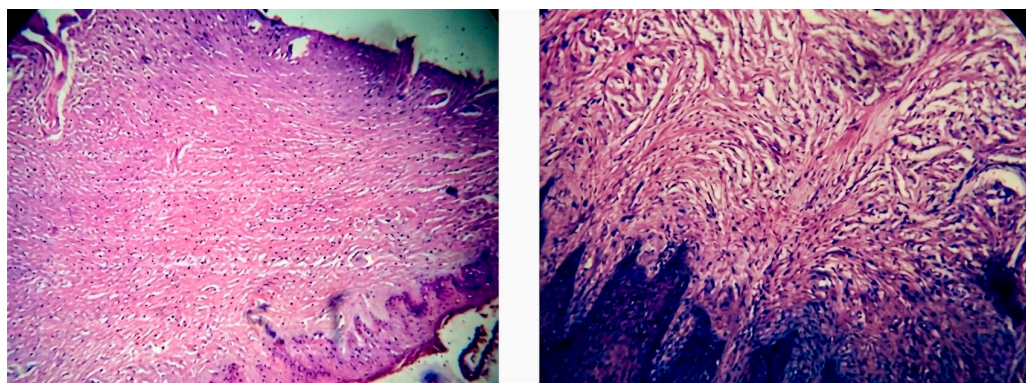
Al microscopio, los cortes muestran mucosa oral revestida por un epitelio plano estratificado acantótico, ortoqueratósico y áreas de hiperplasia epitelial. En el espesor del epitelio las células maduran en forma uniforme. Se

**FIGURA 3.** Aspecto macroscópico de la lesión.



observa la membrana basal luce indemne en todo su trayecto. El estroma se observó marcadamente fibroso vascularizado constituido por células ahusadas, dispuestas en fascículos de núcleos de cromatina densa y homogénea, con buena relación núcleo-citoplasma, el citoplasma es eosinofílico. Dando como diagnóstico definitivo: fibroma traumático (FIGURAS 4 y 5).

**FIGURA 4 y 5.** Preparado histológico de la lesión. Aspecto microscópico.



Igualmente, y como segunda fase del tratamiento, se le indicó a la paciente no usar nunca más la PPR flexible para evitar reincidencia de la lesión. Una vez dada de alta se le indicó realizar un tratamiento definitivo rehabilitador mediante la confección de una adecuada PPR.

Se realizó control postoperatorio a los ocho y veintiún días, con buena cicatrización y sin evidencia de recidiva. Observándose un tejido sano con igual color a la mucosa bucal (FIGURA 6).

**FIGURA 6.** Control postoperatorio, se observa el tejido completamente sano a los 21 días.



## Discusión

Los fibromas son lesiones exofíticas, bien delimitadas, localizadas en una zona de fricción<sup>11</sup>. Su naturaleza reactiva y la diversidad de potenciales factores generadores de trauma a la mucosa bucal podrían ser la razón de esta común descripción en el ámbito de la medicina y patología bucal<sup>7</sup>. Puede aparecer en cualquier lugar de la cavidad bucal, asociado a la reacción de traumatismos crónicos, como mordisqueo de carrillos, queilofagia, un borde afilado de un diente, amalgama fracturada o irritación por prótesis, que en muchos casos tiene que ver con rebasados acrílicos defectuosos o dentaduras mal adaptadas que irritan el paladar, induciendo un sobrecrecimiento patológico de los fibroblastos y del colágeno producido por ellos<sup>12</sup>.

El diagnóstico se basa tanto en la clínica como en el estudio microscópico, el cual se caracteriza por mostrar un epitelio que puede estar intacto, ulcerado por trauma fuerte o con hiperqueratosis por fricción crónica<sup>6</sup>. Los diagnósticos diferenciales para esta entidad van a depender del tamaño y localización de la lesión y se pueden establecer: papiloma: se requiere un estudio histopatológico, ya que clínicamente son muy parecidos; lipomas en carrillos; neurofibromas si se localiza en la lengua; tumor de glándula salival si se ubica en el paladar; granulomas periféricos de células gigantes<sup>12</sup>.

Según Somacarrera *et al.*<sup>11</sup>, las investigaciones revelan que el 45% de los adultos mayores presentan lesiones vinculadas al uso de prótesis dentales; sin embargo, un 60% de esta población manifiesta alteraciones en la mucosa independientes de dichos aparatos.

Por otro lado, Rey *et al.*<sup>13</sup> señalan en su estudio que las mujeres representan el grupo más susceptible, siendo el fibroma traumático la lesión predominante, con ubicación en la encía y a partir de la sexta década de vida.

Es relevante destacar que la paciente presentaba artritis reumatoide en fase activa, evidenciada por niveles elevados de proteína C reactiva (20 mg/L). Aunque el fibroma traumático es una entidad de etiología eminentemente local, diversos estudios como el de Chang *et al.*<sup>14</sup> en 2022 enfatizan que la artritis reumatoide induce cambios significativos en la mucosa bucal, derivados tanto del proceso inflamatorio crónico como de la terapia farmacológica inmunosupresora. Llegando a que estos pacientes presenten una mayor susceptibilidad a desarrollar lesiones inflamatorias y proliferativas debido a una respuesta inmunológica alterada.

Reportes recientes como los de Sosa *et al.*<sup>2</sup> y Rodríguez *et al.*<sup>3</sup> coinciden en que estas lesiones pueden alcanzar tamaños significativos cuando el estímulo irritativo es constante y de larga data.

Siguiendo la línea terapéutica sugerida por diversos autores<sup>2,5-7,10</sup>, se procedió a realizar la biopsia escisional de la lesión. El tratamiento ejecutado y el posterior análisis histopatológico coinciden con los protocolos establecidos en la literatura especializada. En caso de recidiva, su efecto se le atribuye al

trauma continuo en la región afectada, el tratamiento de elección sería la reexcisión amplia<sup>12</sup>.

Entre otras alternativas de tratamiento se encuentra 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, el cual es vital para establecer el diagnóstico definitivo de esta entidad<sup>12</sup>.

## Conclusiones

Se ratifica que el fibroma traumático es una de las afecciones más comunes en la cavidad oral, originada principalmente por la combinación de traumatismos crónicos y estímulos irritativos. En consecuencia, resulta imperativo fortalecer los programas de promoción de la salud bucal para instruir a la población sobre la importancia del control odontológico periódico, minimizando así el uso de prótesis desajustadas que comprometan el bienestar integral del paciente.

## Bibliografía

1. Chacón-Uscamaita PR, Chávez-Rimache L, Mallma-Medina AS. Fibroma traumático en mucosa labial superior: Reporte de caso. *CES Odontol.* 2021; 34(1): 136-144. doi:10.21615/cesodon.34.1.13
2. Sosa D, Graterol A, Albornoz E, Gudiño R. Fibroma traumático gigante. Reporte de caso. *Lat Am J Oral Maxillofac Surg.* 2023; 3(3): 133-135. doi:10.35366/114536
3. Rodríguez Padilla DL, Dévora Limones R, Reyes Méndez E. Fibroma irritativo gigante en cavidad oral. Reporte de caso. *Rev Mex Cir Bucal Maxilofac.* 2025; 21(2): 87-91. doi:10.35366/121761
4. Freire Villena Diana Carolina, Pérez Villalba Luis Darío, Ulloa Poveda Melanie Cristina. Fibroma por irritación en la mucosa oral: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Medisur [Internet].* 2024 Oct; 22(5). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727897X2024000500021&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2024000500021&Ing=es). Epub 01-Oct-2024.
5. Piedra, X.,Vallejo, A. Fibroma traumático bimaxilar. Tratamientos indicados. Reporte de caso. *Revista Odontológica de Los Andes.* 2021. 16(1): 90-98. Recuperado de <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/odontoula/article/view/17162>
6. Moret Y, López-Labady J, Cuberos M, Camacho A, González JM. Fibroma traumático: dos presentaciones clínicas una misma entidad. *Acta Odont Venez [Internet].* 2012; 50(4). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/4/art-16/>
7. Lieska V, Jeaneth LL. Prevalencia del fibroma traumático en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela - período 2000-2015 / Prevalence of traumatic fibroma in the dentistry school of Central University of Venezuela - period 2000-2015. Published online 2000.
8. Díaz D. Reporte de caso clínico. Fibroma traumático asociado al uso prolongado de prótesis removible: reporte de un caso. *OCRONOS.* 2025; VIII(5).
9. Álvarez I, Morón L, Viloria A. Fibroma Traumático en Pacientes de Cirugía Bucal. *Rev Vive.* 2019; 2(6): 144-153. doi:10.33996/revistavive.v2i6.35

10. Rebolledo Cobos M. El fibroma traumático como lesión hiperplásica común de la boca: reporte de un caso/ Traumatic fibroma as common hyperplastic lesion of the mouth: a case report. *Cienc Salud Virtual*. 2015;7(1):81. doi:10.22519/21455333.486
11. Somacarrera Pérez ML, López Sánchez AF, Martín Carreras-Presas C, Díaz Rodríguez M. Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. *Av En Odontoestomatol*. 2015; 31(3): 129-134. doi:10.4321/S0213-12852015000300003
12. Suárez Vega, D, Vanegas, S, Santos, M, & Godoy, A. (2011). Fibroma traumático evaluación clínica e histológica de un caso. *Acta Bioclínica*, 1(1). Recuperado de <http://revistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/3360>
13. Rey L, Mirlen Nieto M, Andreina Tejada A. Prevalencia de lesiones bucales reactivas encontradas en el municipio Libertador en Mérida, Venezuela. *ROLA*. 2025; 20(2): 86-93.
14. Chang O, Alban C. Salud bucal en pacientes con enfermedades reumáticas. *Rev Cuba Reumatol [Internet]*. 2022 Sep; 24(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962022000300008&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000300008&Ing=es). Epub 01-Sep-2022.