

## ARTÍCULO REPORTE DE CASO CLINICO

Recibido para publicación: agosto 9 de 2012.

Aceptado en forma revisada: octubre 3 de 2012.

### Fibroma traumático riesgo potencial del tratamiento ortodóntico

### Traumatic fibroma potential risk of orthodontic treatment

[Harris Ricardo Jonathan](#),<sup>1</sup> López Álvarez Ary,<sup>2</sup> Cuadrado Sandoval Adriana,<sup>3</sup>

## RESUMEN

El Fibroma traumático es considerado la lesión reactiva más frecuente de la cavidad bucal, se origina por una irritación constante o por antecedentes traumáticos, clínicamente se observa lesión papular de consistencia firme, color más claro que la mucosa adyacente, afecta encía, lengua, mucosa de carrillos y labios. Se reporta caso de paciente masculino de 24 años de edad, que asistió al servicio de Estomatología y Cirugía Oral de la Clínica Odontológica de la Corporación Universitaria Rafael Núñez por presentar lesión en mucosa labial asociada a la aparatología utilizada en el tratamiento de ortodoncia, con diagnóstico clínico de fibroma traumático; como terapéutica se realizó escisión quirúrgica y se confirmó el diagnóstico con estudio histopatológico.

**Palabras Claves:** Fibroma, ortodoncia, mucosa bucal.

## ABSTRACT

The Traumatic fibroma is considered the most common reactive lesion of the oral cavity and is caused by constant irritation or history of trauma. Papular lesions observed clinically firm consistency, lighter in color than the adjacent mucosa, affects gums, tongue, mucous cheeks and lips. Reported case of male patient aged 24, who sought out services of Stomatology and Oral Surgery Dental Clinic of the University Rafael Núñez presented labial mucosa injury associated with the apparatus used in the treatment of orthodontic was diagnosed with traumatic fibrosis clinical and therapeutic surgical excision was performed and confirmed the diagnosis histopathologically.

**Keywords:** Fibroma, orthodontics, mouth mucosa.

<sup>1</sup> Odontólogo, Especialista en Estomatología y Cirugía Oral. Candidato a Magister en Microbiología Molecular. Programa de Odontología, Corporación Universitaria Rafael Núñez.

<sup>2</sup> Odontólogo, Especialista en Implantología Oral. Programa de Odontología, Corporación Universitaria Rafael Núñez.

<sup>3</sup> Odontóloga. Corporación Universitaria Rafael Núñez.

Correspondencia: [jonathan.harris@curnvirtual.edu.co](mailto:jonathan.harris@curnvirtual.edu.co)

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento de ortodoncia mejora la oclusión dental, función, masticación y estética, pero presenta un alto potencial de causar daño significativo en la mucosa bucal por las características superficiales en los materiales de la aparatología utilizada como rugosidad y bordes cortantes, los cuales generan inflamación del tejido; las patologías asociadas a tratamiento ortodóntico son causadas por agentes irritantes originando lesiones reactivas como el fibroma traumático [1].

El fibroma traumático (FT), también conocido como hiperplasia fibrosa traumática es una patología reactiva originada por la irritación crónica de la mucosa bucal [2,3]. El trauma constante sobre la mucosa produce inflamación y los fibroblastos generan aumento en las fibras colágenas, el cual origina un tejido de consistencia firme y de color más claro que la mucosa adyacente [4].

Entre los factores etiológicos traumáticos ampliamente relacionados se encuentran la irritación por prótesis dentales mal adaptadas, el mordisqueo de la mucosa bucal, aparatología ortodóntica, dientes fracturados con bordes cortantes [5]. Las lesiones se presentan con mayor frecuencia en zonas de roce como la mucosa labial, yugal y bordes laterales de lengua [6].

El FT se presenta mayormente en adultos entre la tercera y quinta década de la vida, no tiene predilección por sexo o raza, clínicamente se caracteriza por presentar una lesión papular, de color más claro a la mucosa adyacente, consistencia firme, el tamaño puede variar de 0.5 mm hasta llegar a 1 centímetro, de superficie lisa, la base puede ser sésil o pediculada, asintomática y no se reporta transformación neoplásica maligna [7].

A nivel histológico se observa epitelio de revestimiento de tipo escamoso estratificado, con hiperqueratosis, atrofia epitelial, el tejido conjuntivo es de tipo denso y fibroso formado por abundante colágeno [8,9]. En el diagnóstico diferencial se deben incluir patologías como la hiperplasia fibrosa, granuloma periférico de células gigantes, mucocele, entre otros [10].

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica y su recurrencia es baja, pero si el trauma sobre la zona afectada continúa puede presentarse nuevamente la lesión; entre las diferentes alternativas de tratamiento se encuentran la criocirugía, láser y aplicación de sustancias ácidas [11]. Es muy importante que el profesional en área de la odontología conozca los factores etiológicos, características clínicas e histopatológicas

del fibroma traumático, para establecer un correcto diagnóstico y tratamiento de dicha patología.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino 24 años de edad remitido al servicio de Estomatología y Cirugía Oral de la Corporación Universitaria Rafael Núñez por presentar lesión en mucosa labial, reporta tiempo de evolución de un mes y que aumenta progresivamente de tamaño, también manifestó sintomatología en la zona posterior a un control del tratamiento de ortodoncia.

En la valoración por el servicio, los antecedentes familiares no son relevantes para el caso, en los antecedentes personales reportó estar bajo tratamiento ortodóntico desde hace dos meses y niega alteraciones en órganos y sistemas.

Al examen intrabucal presentó lesión papular localizada en mucosa labial inferior derecha, en zona de dientes número 42 y 43, de un tamaño aproximado de 5 mm de diámetro, del mismo color de la mucosa adyacente, consistencia blanda a la palpación, superficie lisa, base pediculada, asintomáticas (figura 1); con impresión clínica de fibroma traumático, los exámenes paraclínicos prequirúrgicos como hemograma, recuento plaquetario, tiempo de sangría, tiempo parcial de tromboplastina y glicemia, reportaron valores normales. Se programó escisión quirúrgica de la lesión y se hizo énfasis en técnicas de cepillado dental, por el acúmulo de placa bacteriana que presentó.

**Figura 1. Lesión papular localizada en mucosa labial inferior derecha**



**Procedimiento:** Previo a la firma de un consentimiento informado donde se le explicó al paciente las posibles complicaciones, se procedió a emplear bloqueo anestésico infiltrativo, continuando con la realización de la incisión elíptica en la base de la lesión con hoja de bisturí #15 y mango Bard Parker #3, el acto seguido consistió en la escisión completa de la lesión papular (figura 2), el espécimen extraído de un tamaño aproximado de 5 mm diámetro (figura 3) se incluyó en un frasco con formol al 10%, se procedió a

realizar hemostasia y posteriormente se confrontaron los bordes con un punto simple de sutura reabsorbible catgut crómico 3-0 (figura 4). En cuanto al tratamiento farmacológico postquirúrgico se ordenó terapia analgésica por tres días con Nimesulida-betaciclodextrina (Penalgin) tabletas de 100 mg y Triticum vulgare 2- fenoxietanol (Fitostimoline) gel 32/gr, aplicar cuatro veces al día por su acción cicatrizante, reepitelizante, antiinflamatoria y antiséptica.

**Figura 2. Escisión completa de la lesión**



**Figura 3. Muestra patológica con tamaño aproximado de 5 mm diámetro**



**Figura 4. Confrontación de los bordes con punto simple**



El estudio histopatológico en la descripción microscópica reportó hiperplasia epitelial con abundante proliferación de tejido fibroso, con áreas colagenizadas, escaso infiltrado inflamatorio crónico de predominio celular mononuclear, espécimen negativo para malignidad y compatible con fibroma traumático.

Al control postquirúrgico a los 6 días del procedimiento se observó buen proceso de cicatrización de los tejidos blandos (figura 5), el paciente manifestó ausencia de sintomatología dolorosa y se remitió al servicio de ortodoncia para que intercepte el factor traumático de la aparatología, porque si el trauma sobre la zona afectada continúa puede presentarse nuevamente la lesión. Pasados siete meses del procedimiento quirúrgico no presenta recidiva.

**Figura 5. Control postquirúrgico a los 6 días**



## DISCUSIÓN

De las lesiones reactivas que afectan la cavidad bucal con mayor frecuencia el FT es el más común y el trauma se considera como el factor etiológico; el hecho que la mucosa bucal está sometida constantemente a irritación crónica por diferentes tipos de traumas como son la masticación, la ingestión de alimentos y cepillado bucal es normal que se presente esta lesión, pero cuando se realiza tratamiento de ortodoncia aumenta el riesgo de causar daño significativo por la aparatología utilizada [1,12].

Autores como Trajtenberg et al y Toida et al, describen que el FT se presenta a cualquier edad, no tiene predilección por sexo, clínicamente se muestra como una lesión papular, de tamaño variable, puede ser del mismo color de la mucosa adyacente o de un color más claro, la consistencia es firme, de superficie lisa, la base puede ser sésil o pediculada y es asintomática [7,13]; concordando con el actual reporte donde las características clínicas se presentaron totalmente.

López, en un estudio determinó la prevalencia, características clínicas y distribución del FT en una población, donde reportaron que los sitios de mayor frecuencia de aparición de la patología fueron los carrillos en un 29.7% y el labio inferior con un 20.4% [8];

coincidiendo con el presente caso donde la lesión se encontró afectando mucosa de labio inferior.

Con relación al tratamiento diversos autores como Buchner et al, Von et al y Halim et al, reportaron en sus estudios que la escisión quirúrgica es el método terapéutico más eficaz y afirman que la recurrencia es muy baja [4,10,14]; en el presente caso la escisión quirúrgica fue la alternativa de tratamiento que se realizó y hasta la fecha, siete meses después, no presenta recidiva.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Salinas Y, Millán R, León J. Lesiones traumáticas. Conducta odontológica. [Acta Odontol Venez. 2008;46\(4\):1-6.](#)
2. Borrás M, Delgado E, Berini L, Gay Escoda C. Removal of hyperplastic lesions of the oral cavity. A retrospective study of 128 cases. [Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005;10\(2\):151-62.](#)
3. Zarei MR, Chamani G, Amanpoor S. Reactive hyperplasia of the oral cavity in Kerman province, Iran: a review of 172 cases. [Br J Oral Maxillofac Surg. 2007 Jun;45\(4\):288-92.](#)
4. Buchner A, Shnaiderman-Shapiro A, Vered M, Relative frequency of localized reactive hyperplastic lesions of the gingiva: a retrospective study of 1675 cases from Israel. [J Oral Pathol Med. 2010 Sep;39\(8\):631-8.](#)
5. Giusto TJ. Exophytic gingival lesions. Review of clinical and histologic features, and 3 case reports. [Dent Today. 2004 Apr;23\(4\):128-30.](#)
6. Shamim T, Varghese VI, Shameena PM, Sudha S. A retrospective analysis of gingival biopsied lesions in South Indian population: 2001-2006. [Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 Jul 1;13\(7\):414-8.](#)
7. Trajtenberg C, Adibi S. Removal of an irritation fibroma using an Er,Cr:YSGG laser: a case report. [Gen Dent. 2008 Nov-Dec;56\(7\):648-51.](#)
8. López Labady Jeaneth. Estudio epidemiológico del fibroma traumático en una muestra de la población venezolana durante el período 1991-2001. [Acta Odontol Venez. 2009;47\(3\):1-7.](#)
9. JY Chen, Wang WC, YK Chen, Lin LM. A retrospective study of trauma-associated oral and maxillofacial lesions in a population from southern Taiwan. [J Appl Oral Sci. 2010;18\(1\):5-9.](#)
10. Von Arx T, Hardt N, Gebbers JO. Oral fibromas and fibrosis. The clinical picture, histology and differential diagnosis. [Schweiz Monatsschr Zahnmed. 1992;102\(7\):834-49.](#)
11. Convissar RA, Goldstein EE. An overview of lasers in dentistry. [Gen Dent. 2003 Sep-Oct;51\(5\):436-40.](#)
12. Rangeeth BN, Moses J, Reddy VK. A rare presentation of mucocele and irritation fibroma of the lower lip. [Contemp Clin Dent. 2010;1\(2\):111-4.](#)
13. Toida M, Murakami T, Kato K, Kusunoki Y, Yasuda S, Fujitsuka H, Ichihara H, Watanabe H, Shimokawa K, Tatematsu N. Irritation Fibroma of the Oral Mucosa: A clinicopathological study of 129 lesions in 124 cases. *Oral Med Pathol.* 2001;6(2):91-4.
14. Halim DS, Pohchi A, Yi PE. The Prevalence of Fibroma in Oral Mucosa Among Patient Attending USM Dental Clinic Year 2006-2010. *J Dent Res.* 2010;1(1):56-9.