

Reporte de caso

Fibroma traumático en mucosa labial superior: Reporte de caso

Fibróide Traumática na Mucosa do Lábio Superior: Relato de Caso

Traumatic Fibroid in Upper Lip Mucosa: Case Report

Pamela Roxana Chacón-Uscamaita¹ , Lesly Chávez-Rimache² , Adrian Segundo Mallma-Medina³ 

1. Odontóloga, candidata al Máster en Ciencias en Investigación Epidemiológica. Emerge, Unidad de Investigación de Enfermedades Emergentes y Cambio Climático, Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Perú. Grupo de Investigación "Ciencias Básicas Estomatológicas y Salud Pública", Facultad de Odontología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.

2. Cirujana Dentista, Departamento de Ciencias Básicas, Facultad de Odontología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.

3. Cirujano Dentista, Especialista en Medicina y Patología Estomatológica, Departamento de Ciencias Básicas. Facultad de Odontología. Universidad Federico Villareal. Lima. Perú.

Fecha correspondencia:

Recibido: marzo de 2020.

Aceptado: junio de 2020.

Forma de citar:

Chacón-Uscamaita PR, Chávez-Rimache L, Mallma-Medina AS. Fibroma traumático en mucosa labial superior: Reporte de caso. Rev. CES Odont 2020; 34(1): 136-144.

Open access

© Derecho de autor

Licencia creative commons

Ética de publicaciones

Revisión por pares

Gestión por Open Journal System

DOI: <http://dx.doi.org/10.21615/cesodon.34.1.13>

ISSN 0120-971X

e-ISSN 2215-9185

Resumen

El Fibroma traumático es una alteración caracterizada por una producción exagerada de tejido conjuntivo fibroso, producida por traumas crónicos. Generalmente se encuentra en mucosa oral como carrillos o lengua. En este caso en particular debido a que la paciente tiene dentición en el maxilar inferior y edentulismo total superior, se puede apreciar como progresó la lesión en la mucosa labial. La paciente de ochenta años acudió por renovación de su prótesis total superior debido a que dejó de usarla porque estaba desadaptada. Al examen clínico se observa un agrandamiento a nivel de mucosa labial superior izquierda, no dolorosa a la palpación y de coloración ligeramente blanquecina. Se decide tomar una biopsia excisional para establecer el diagnóstico definitivo debido a que existen varias lesiones con presentación clínica similar, la lesión fue compatible con un fibroma traumático, este trabajo se presenta con el objetivo de presentar las características clínicas e histopatológicas de un fibroma traumático, enfatizando la importancia de un diagnóstico temprano y oportuno para efectuar un tratamiento eficaz. Es importante considerar que, si la intervención quirúrgica no se acompaña con la rehabilitación protésica oral, pudiera aparecer una recidiva de la lesión.

Palabras clave: Fibroma; etiología; hiperplasia epitelial focal; heridas y traumatismos; procedimientos quirúrgicos menores.

Resumo

Fibroma Traumático é uma alteração caracterizada por uma produção exagerada de tecido conjuntivo fibroso, produzido por traumas crônicos. É geralmente encontrada na mucosa oral, como bochechas ou língua. Neste caso particular, devido ao fato do paciente ter dentição no maxilar inferior e edentulismo total no maxilar superior, pode-se ver como a lesão na mucosa labial progrediu. A paciente de 80 anos veio para a renovação da sua prótese

total superior porque deixou de a usar por ser inapta. Ao exame, foi observado um aumento da mucosa do lábio superior esquerdo, que não era doloroso à palpação e tinha uma cor ligeiramente esbranquiçada. Foi decidido fazer uma biópsia excisional para estabelecer o diagnóstico definitivo, pois existem várias lesões com apresentação clínica semelhante, a lesão era compatível com um fibróide traumático, este trabalho é apresentado com o objetivo de apresentar as características clínicas e histopatológicas de um fibróide traumático, enfatizando a importância do diagnóstico precoce e oportuno para o tratamento eficaz. É importante considerar que se a intervenção cirúrgica não for acompanhada por uma reabilitação protética oral, teria surgido uma recidiva da lesão

Palavras-chave: Fibroma; etiologia; hiperplasia epitelial focal; feridas e traumas; procedimentos cirúrgicos menores

Abstract

Traumatic Fibroma is a disorder characterized by an exaggerated production of fibrous connective tissue, produced by chronic trauma. It is usually found in oral mucosa such as cheeks or tongue. In this particular case, due to the fact that the patient has dentition in the lower jaw and total edentulism in the upper jaw, it can be seen how the lesion in the lip mucosa progressed. The eighty year old patient came for renewal of her upper total prosthesis because she stopped using it because she was unfit. On examination, an enlargement was observed at the level of the upper left lip mucosa, which was not painful on palpation and was slightly whitish in colour. It was decided to take an excisional biopsy to establish the definitive diagnosis because there are several lesions with similar clinical presentation, the lesion was compatible with a traumatic fibroid, this work is presented with the aim of presenting the clinical and histopathological characteristics of a traumatic fibroid, emphasizing the importance of early and timely diagnosis for effective treatment. It is important to consider that if the surgical intervention is not accompanied by oral prosthetic rehabilitation, a recurrence of the injury would have appeared

Keywords: fibroma, etiology, focal epithelial hyperplasia, minor surgical procedure, soft tissue injuries.

Introducción

El fibroma 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 (1). Es más común en las mujeres (71%) que se encuentran entre la cuarta y sexta década de la vida. (2) Se origina por la producción exagerada de tejido conjuntivo de tipo fibroso debido a traumatismos crónicos como el mordisqueo de labios y carillos por hábito, actividad masticatoria, irritaciones causadas por el uso de prótesis mal adaptadas, estructuras dentarias fracturadas y restauraciones filosas (3).

La etiopatogenia de esta entidad está relacionada a su origen traumático. 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 cuál es más pálido y firme que el resto de la mucosa. Se encuentra localizado principalmente en aquellas zonas con mayor tendencia a traumatismos crónicos durante el cepillado, la masticación, o con el uso

de aparatos ortodónticos o prótesis totales; como los carrillos, mucosa labial, bordes laterales de la lengua, labio inferior y paladar (3,4).

Clínicamente es una lesión que se caracteriza por ser generalmente única, elevada, papular o tumoral, la coloración puede ser similar a la mucosa circundante o pálida, en algunos casos la superficie puede ser de color blanquecino como resultado del hiperqueratosis debido a la irritación continua. La superficie puede ser lisa o ulcerada, esta última guarda mucha relación con la localización y tamaño de la lesión. Generalmente es asintomática (3), posee un potencial de crecimiento limitado, y rara vez es mayor de 2 cm. (5) Su consistencia puede ser dura o blanda a la palpación y depende del grado de vascularización y fibrosis. La mayoría de los fibromas tienen base de implantación sésil, aunque algunos son pedunculados (6).

Histopatológicamente, el fibroma está recubierto por una capa de epitelio escamoso estratificado delgado, se observa una atrofia de las crestas epiteliales debido a la masa fibrosa subyacente. Sin embargo, la superficie puede presentar hiperqueratosis debido a la fricción crónica de baja intensidad, o mostrar focos de ulceración cuando el trauma es intenso. Este epitelio recubre una masa nodular de tejido conjuntivo fibroso denso que está formado por abundante colágeno maduro bien organizado predominantemente de tipo I y III, similar al de las cicatrices, aunque en algunos casos es de naturaleza laxa. Los haces de colágeno pueden estar dispuestos en una forma radial o arremolinada, encontrándose entrelazados y mezclados con diversos fibroblastos, fibrocitos y pequeños vasos sanguíneos, pero generalmente se encuentran bien localizados. La lesión no está encapsulada y se encuentra más a menudo por debajo de la superficie epitelial. Por lo general, esta inflamación es crónica y se compone principalmente de linfocitos y células plasmáticas. Los diagnósticos diferenciales son lipoma, neurofibroma, neurilemoma, mucocele, papiloma, granulomas piogénicos, granulomas periféricos de células gigantes, rabdomiomas, leiomioma, fibromas odontogénicos periféricos, hiperplasia fibrosa inflamatoria, hiperplasia papilar inflamatoria, fibromatosis gingival, hiperplasia por fármacos y lesiones malignas como los carcinomas espinocelulares (4,7). Se considera importante evaluar si el fibroma traumático excede de su tamaño normal y/o presenta características de malignidad. Además, tener en relevancia que el diagnóstico oportuno y el correcto manejo clínico nos conducirán a un tratamiento adecuado. La actualización del tema mediante revisión bibliográfica y la alta frecuencia de este tipo de patología en cavidad bucal, fueron los principales fundamentos que motivaron a realizar la publicación del presente caso clínico; a fin de dirigir y exponer la conducta adecuada a seguir ante este tipo de lesión. El objetivo del presente caso es presentar las características clínicas e histopatológicas del fibroma traumático, enfatizando la importancia de su diagnóstico oportuno.

Presentación del caso clínico

Se presenta a la consulta a una paciente femenina de 80 años, natural de Lima y de ocupación ama de casa, asistió a la consulta en el Servicio de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) por presentar una lesión de moderado tamaño (4,5 cm largo y 0,5 cm ancho), ubicada en la cara interna del labio superior izquierdo, la cual le incomodaba e interfería al momento de la masticación.

En la anamnesis como antecedentes sistémicos presentaba hipertensión y diabetes mellitus tipo II, ambas controladas. En la evaluación clínica extraoral se observó que presentaba queilitis angular en la comisura de lado izquierdo. Al examen clínico

intraoral la paciente presentaba edentulismo total superior, rehabilitada con una prótesis total que dejó de usar meses por motivos de molestia y dolor. Además, se observó una lesión tumoral localizada en la cara interna izquierda del labio superior de característica lisa, brillante, dura a la palpación (queratósica), de base sésil y coloración blanquecina, no presentaba sintomatología (Figura 1).



Figura 1. Fotografía preoperatoria.

La paciente refirió que “la lesión apareció en el momento en que dejó de usar la prótesis total”, esto como consecuencia de un traumatismo crónico debido a la función masticatoria, la lesión fue creciendo lentamente sin presentar sintomatología. No presentó lesiones similares previas. Debido a las características clínicas de la lesión y los datos aportados por el paciente se estableció como diagnóstico presuntivo fibroma traumático. Una vez firmado el consentimiento informado, se procedió a la toma de exámenes pre-quirúrgicos para la toma de la biopsia excisional y su estudio histopatológico. En el preoperatorio se confeccionó una prótesis total superior. El procedimiento se realizó en el quirófano del Servicio de Clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UNMSM. Posterior a ello se colocó lidocaína al 2% para la anestesia local y vasoconstricción del tejido (Figura 2A). Posteriormente se procedió a la resección quirúrgica (Figura 2B), se suturó la zona con ácido poliglicólico 5-0 (Figura 2C) y la muestra obtenida de 4,5cm x 0.5cm x 0.5cm se envió al laboratorio histopatológico (Figura 2D).

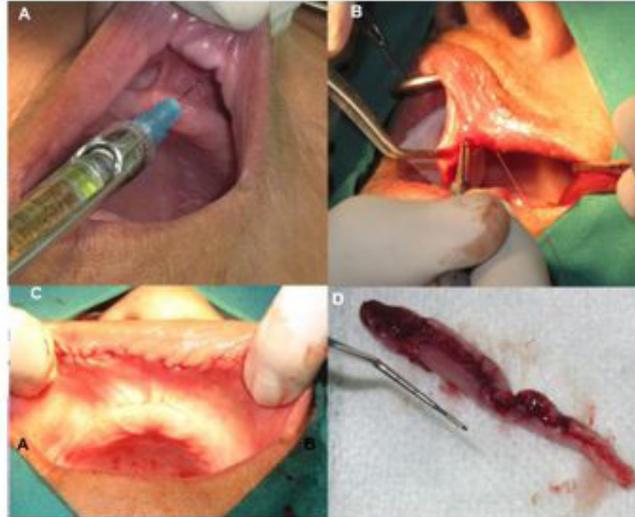


Figura 2. A. Colocación de la anestesia (Lidocaína 2%). B. Resección de la lesión. C. Colocación de la sutura. D. Lesión extirpada para estudio histopatológico.



Figura 3. Fotografía postoperatoria.

En el postoperatorio se le prescribió paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas por 2 días. Adicionalmente se le indicó el uso de enjuague de Clorhexidina 0.12%. A los siete días posteriores a la cirugía se retiró la sutura. La evaluación a los 3 y 6 meses no mostró una recidiva de la lesión (Figura 3). Al examen histopatológico se confirma el diagnóstico de fibroma traumático, observándose el epitelio ligeramente adelgazado con marcada queratosis, a nivel del corión abundante tejido fibroconectivo (Figura 4.A) constituido por fibras colágenas gruesas en diferentes direcciones, fibroblastos secretorios, los límites de la fibrosis no están claramente definidos (Figura 4.B).

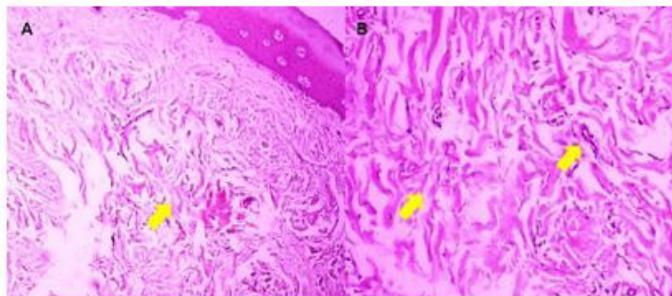


Figura 4. A. Epitelio hiperplásico y tejido conectivo con abundantes fibras colágenas. **B.** Presencia de abundantes fibras colágenas con presencia de infiltrado inflamatorio, congestión vascular.

Discusión

Los Fibromas traumáticos son las hiperplasias más frecuentes de la cavidad oral, son benignas, pero su diagnóstico temprano es de vital importancia a fin de descartar otras patologías clínicas e histológicamente similares de riesgo. En el estudio de Arora et al (8) reportan que el aspecto clínico de la lesión es única, elevada, papular o tumoral, indolora, de consistencia dura, color blanquecino y no superior a 1cm de diámetro; el tratamiento de elección es la biopsia excisional, cuyo examen histopatológico está determinado por predominio de tejido conectivo con abundantes fibras colágenas, fibroblastos, fibrocitos y vasos sanguíneos. Esto coincide con el caso reportado, sin embargo, el tamaño fue de 4,5 cm. López et al (4) menciona que el fibroma afecta en mayor proporción a personas entre los 30 y 60 años de edad, más frecuente en mujeres y con base de implantación sésil. Esto no coincide con el reporte de caso debido a que se describe una paciente de 80 años de edad. La tasa de recidiva es muy baja debido a la remoción del agente causal que provoca el trauma crónico. En este caso, se confeccionó la prótesis total superior previo a la cirugía, para que no tuviera ulceración y se dificulte la cicatrización en el postoperatorio. Es importante resaltar que se debe establecer la nomenclatura adecuada debido a que en la literatura se menciona que el fibroma traumático o irritativo también es denominado hiperplasia fibrosa focal, a diferencia de la hiperplasia fibrosa inflamatoria o épuilis fisurado. Ambas lesiones de aspecto histopatológico similar se diferencian en la presentación clínica, como se observa (Tabla 1)

Tabla 1. Manifestaciones clínicas de los distintos tipos de lesiones.

<i>Características Clínicas</i>									
<i>Tipo de Lesión</i>	<i>Forma</i>	<i>Color</i>	<i>Tamaño</i>	<i>Consistencia</i>	<i>Localización</i>	<i>Sintomatología</i>	<i>Etiología</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>Autor</i>
Fibroma Traumático	Lesión bien delimitada ovoide o alargada.	Blanquecino o del color de la mucosa subyacente.	10-20 mm de diámetro y rara vez excede de 1,5 cm.	Fibrosa y firme.	Zonas de fricción continua.	asintomática	Traumatismo continuo de baja intensidad.	Eliminación del agente causal, Escisión quirúrgica conservadora.	Jinal D(9), 2017, Sudhir et al. (10), 2016.
Hiperplasia papilar inflamatoria	Proyecciones papilares.	Color variable de rosa a rojo.	2 mm o menos.	Blanda generalmente, si presenta tiempo en su evolución se fibrosa.	Generalmente en el paladar duro.	asintomática	Traumatismo continuo por prótesis mal adaptadas.	Lesiones < 2 mm son tratadas quirúrgicamente con láser, electrocirugía.	Ruchadapom et al.(12), 2017.
Hiperqueratosis friccional	En forma de placas.	Blanquecino	Variable	Dura	Zonas de oclusión dentaria, brechas edéntulas, mucosa yugal.	asintomática	Traumas continuo de baja intensidad.	Eliminar el agente causal	Somacarrera et al.(13), 2015.
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	En forma de pliegues única o múltiples.	Semejante a la mucosa adyacente.	Variable Pequeñas: <1 cm Grandes: >1cm	Varia de una consistencia blanda a fibrosa.	Región gingival, mucosa vestibular, lengua, labios y paladar.	asintomática	Traumas continuo de baja intensidad.	Lesiones pequeñas (<1cm) se tratan con eliminación del agente causal. Lesiones extensas (>1cm) se tratan con remoción quirúrgica.	Schmidt et al. (14), 2016.

El tratamiento va de acuerdo con la severidad de la lesión y la cantidad del tejido afectado, lesiones pequeñas pueden ser tratadas de manera conservadora, con remoción del agente causal. Correa et al (15) emplearon técnica conservadora de estrangulamiento cuando la lesión es pequeña, mientras que lesiones extensas y de larga evolución necesitarán extirpación quirúrgica tradicional, posteriormente la muestra extraída debe ser analizada histológicamente para la confirmación del diagnóstico. 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. (16-18) El pronóstico es bueno y los índices de recidivas son bajos cuando el agente traumático es removido.

Conclusiones

El reconocimiento de las características clínicas es de suma importancia para un diagnóstico certero, temprano y tratamiento oportuno. Es trascendental poder distinguir entre una hiperplasia reactiva a factores externos como traumatismos de verdaderas neoplasias. Así como lesiones hiperplásicas de larga duración necesitan tratamiento oportuno debido a que tienen potencial de convertirse en neoplasias cuando el paciente es inmunosuprimido. Además, se debe tener en cuenta que la intervención quirúrgica debe ir acompañada de la rehabilitación protésica oral para evitar recidivas de la lesión. El reconocimiento de las características histopatológicas propias de la lesión es crucial, así también factores demográficos y ambientales.

Referencias

1. Bhayade S, Chandak S, Bhondey A, Atulkar M, Sawarkar P. Traumatic Fibroma - A Rare Soft Tissue Entity in a Paediatric Patient. *Int J Oral Health Med Res* 2015;2(4):52-54.
2. Ramirez N, Gonzáles L, Leonari R, Medina L, Páez J. Fibroma por traumatismo protésico. Reporte de un caso. *Rev Acta Bioclínica*. 2012; 2(4):11-7.
3. Koray M, Tosun, T, editors. Oral Mucosal Trauma and Injuries. Trauma in Dentistry [Internet]. Serdar Gözler, IntechOpen; 2019 [cited 2020 9 Feb]. Available from: <https://www.intechopen.com/books/trauma-in-dentistry/oral-mucosal-trauma-and-injuries>
4. López-Labady J, Villarroel M, Lázarde J, Rivera H. Fibroma Traumático: Revisión de la literatura y reporte de dos casos. *Acta odontol. venez.* 2000; 38(1): 47-49.
5. Rodríguez M, Portillo A, Lama E, Hernández S. Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán. *Rev ADM*. 2014.71(5):221-225.
6. López- Labady, J. Estudio epidemiológico del fibroma traumático en una muestra de la población venezolana, durante el período 1991-2001. *Acta Odontol Venez.* 2009;43(3):180-186.
7. Tamarit-Borràs M, Delgado-Molina E, Berini-Aytés 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(1):151-162.

8. Arora SA, Chhina S, Goel A, Mishra S, Kazimm J, Saurav K. Irritational Fibroma: A Case Report. *Int J Oral Health Med Res* 2016;2(5):78-80.
9. Jinal D. Traumatic fibroma: a review and report of two cases. *Int J Curr Res*. [Internet]. 2017 [cited 2020 9 Feb]; 9(6):52004-9. Available from: https://www.journalcra.com/sites/default/files/issue-pdf/23221_0.pdf
10. Sudhir KV, Sridhar R, Sudheer MV, Hari KK. Irritation fibroma of tongue: a case report. *Int J Res Med Sci* 2016; 4(4):1272-1276.
11. Gual-Vaqués P, Jané-Salas E, Egido-Moreno S, Ayuso-Montero R, Marí-Roig A, López-López J. Inflammatory papillary hyperplasia: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2017;22(1):e36-42. doi: 10.4317/medoral.21405. PubMed PMID: 27918740; PubMed Central PMCID: PMC5217495.
12. Ruchadapom K, Weeraya T, Hathairat L. Inflammatory Papillary Hyperplasia of gingiva as a manifestation of allergic contact stomatitis caused by amalgam core preparation. *IJDMR*. 2017; 10(1):166-169.
13. Somacarrera Pérez ML, López Sánchez AF, Martín Carreras-Presas C, Díaz Rodríguez M. Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. *Av Odontostomatol*. 2015;31(3):129-134.
14. Schmidt MJ, Tschoeke A, Noronha L, Moraes RS de, Mesquita RA, Grégio AMT, et al. Histochemical analysis of collagen fibers in giant cell fibroma and inflammatory fibrous hyperplasia. *Acta Histochem*. 2016;118(5):451-455.
15. Correa PE, Arias S. Resección de fibroma en mucosa oral. Técnica del estrangulamiento. *Rev. CES Odont* 2016;29(1): 82-87.
16. Lanjekar A, Kulkarni S, Akhade S, Sonule S, Rathod U. An Unusually Large Irritation Fibroma Associated with Gingiva of Lower Left Posterior Teeth Case Reports in Dentistry. 2016;1:1-4.
17. Singh N, Bilichodman D, Sambhashivaiah S. Traumatic Fibroma: A Case Series, *J Health Sci Res* 2016;7(1):28-31.
18. Borkar P, Gattani D, Uike S. Traumatic Fibroma – A Case Report. *J Clin Case Rep*. 2019;2(2):1-3.