

**ARTÍCULO ORIGINAL**

ISSN: 1315 2823

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**Velásquez Lieska¹, López-Labady Jeaneth²

¹Docente Investigador Asistente de la Cátedra de Anatomía Patológica. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.
²Docente Investigador Titular de la Cátedra de Anatomía Patológica, MSc Medicina Estomatológica, PhD en Odontología. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

vlieska@gmail.com

Recibido: 27/06/2018
Aceptado: 10/09/2018**Resumen**

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia del Fibroma Traumático (FT) en base a los casos diagnosticados en el Laboratorio de histopatología bucal de la Facultad de Odontología de la UCV, durante el período 2000 – 2015. En el presente estudio de carácter retrospectivo, descriptivo y transversal fueron evaluadas 5.999 historias, considerando sólo los casos diagnosticados como FT, los datos fueron recolectados en tablas de Microsoft Excel 2009 y analizados con el software SPSS versión 21, mediante estadística descriptiva. Los resultados obtenidos mostraron una prevalencia del FT de 14,94% (n= 896). El 73,3% de los casos correspondieron al género femenino, siendo la sexta década la más afectada con un 25,1% y una media de edad de 48,55 ± 0,58 años. Desde el punto de vista clínico prevalecieron las lesiones ubicadas en los carrillos, de coloración rosada, forma redondeada y que no excedieron los 5mm de diámetro. Los resultados permiten concluir que el FT es una lesión reactiva frecuente, que puede presentarse a cualquier edad pero principalmente en adultos mayores y con características clínicas de benignidad, lo cual facilita su diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Fibroma traumático, lesión reactiva, prevalencia, características clínicas**Summary**

The objective of this study was to determine the prevalence of Traumatic Fibroma (FT) based on the cases diagnosed in the Oral Pathology Laboratory of the Faculty of Dentistry of the UCV, during the period 2000 - 2015. In this retrospective, descriptive and transversal study 5.999 medical records were evaluated, considering only the cases diagnosed as FT; the data were collected in Microsoft Excel 2009 tables and analyzed with SPSS software version 21, by descriptive statistics. The results obtained showed a prevalence of FT of 14.94% (n = 896). 73.3% of the cases corresponded to the female gender, being the

sixth decade the most affected with 25.1% and a mean age of 48.55 ± 0.58 years. From the clinical point of view, the lesions located on the cheeks, pink, rounded and not exceeding 5mm in diameter, prevailed. The results allow us to conclude that FT is a frequent reactive lesion, which can occur at any age but mainly in older adults and with benign clinical characteristics, which facilitates diagnosis and treatment.

Keywords: Traumatic fibroma, reactive lesion, prevalence, clinical characteristics

Introducción

El Fibroma Traumático (FT) es una patología reactiva frecuente de la cavidad bucal¹⁻⁴. Se caracteriza por afectar individuos adultos en edades comprendidas entre la segunda y quinta década de la vida⁵⁻⁹. Su desarrollo se debe al trauma y fricción constantes¹⁰⁻¹², siendo el mordisqueo de carrillos y labios, las restauraciones defectuosas y las prótesis mal adaptadas sus agentes etiológicos más prevalentes¹¹⁻¹³. Moret *et al.* en el año 2012 señalan que el FT es una lesión reactiva que aparece con mucha frecuencia en la cavidad bucal y que surge como respuesta del tejido conjuntivo a una agresión o injuria constante.¹

Desde el punto de vista clínico el FT se caracteriza por ser una lesión de tamaño limitado, coloración similar a la de la mucosa adyacente, firme a la palpación y de base de implantación sésil o pediculada¹⁴⁻¹⁸. Sus zonas anatómicas de afección clásica son aquellas sometidas a trauma y roce constante, como carrillos, labio inferior y lengua⁸. El estudio epidemiológico de López-Labady en Venezuela muestra al FT como una patología con predilección por zonas anatómicas sometidas a trauma, roce y fricción constante como los carrillos, labio inferior, reborde alveolar edéntulo y paladar duro.¹

La histopatología de esta lesión muestra una importante proliferación de fibras colágenas dispuestas al azar y entremezcladas con fibroblastos ampliamente dispersos en la matriz densa de colágeno, fibrocitos y pequeños vasos sanguíneos. Si la lesión se presenta traumatizada, en el tejido se puede observar vasodilatación, edema e infiltración de células inflamatorias crónicas.²

El tratamiento del FT consiste en eliminar la causa de la lesión en primera instancia seguido de su resección quirúrgica, su pronóstico es excelente y muestra una muy baja tasa de recidiva que se asocia en la mayoría de los casos a dificultades en controlar el agente etiológico.^{8, 13, 19,20}

En esta investigación se busca determinar la prevalencia del FT de acuerdo a los casos diagnosticados en el laboratorio de histopatología bucal de la Facultad de Odontología de la UCV, durante el período 2000 – 2015.

Materiales y métodos

El presente estudio retrospectivo se trata de una investigación de tipo observacional y transversal. Fueron evaluadas 5.999 historias del laboratorio de histopatología bucal de la Facultad de Odontología de la UCV, el cual representa un importante centro de referencia nacional en el diagnóstico de lesiones de la cavidad oral, la revisión fue realizada del período comprendido del año 2000 al 2015, considerando únicamente los casos diagnosticados como FT.

Los datos fueron recolectados en tablas de Microsoft Excel 2009, considerando las variables: género, edad (expresada en décadas), localización anatómica, tamaño de la lesión (expresada en rangos de 5mm), base de implantación, coloración de la lesión, forma y consistencia.

Fue consignado el protocolo de la investigación en el laboratorio de la institución y el mismo fue aprobado y se otorgó el consentimiento para la revisión de los archivos y la recolección de la información.

Los datos fueron analizados estadísticamente con el software SPSS versión 21, mediante una estadística de tipo descriptiva.

Resultados

La prevalencia del FT durante el período de estudio (2000-2015) fue del 14,94% (n= 896). El 73,3% (657) de los casos correspondieron al género femenino y el 26,7% (239) al masculino (Fig. 1).

En relación a la de edad hubo casos comprendidos entre 1 y 87 años de vida con una media de $48,55 \pm 0,58$. La década comprendida

entre los 51 y 60 años fue la más afectada, representando el 25,1% (225) de los casos, seguida por el rango de edad de 41 a 50 años con un 20,2% (181) (Fig. 2).

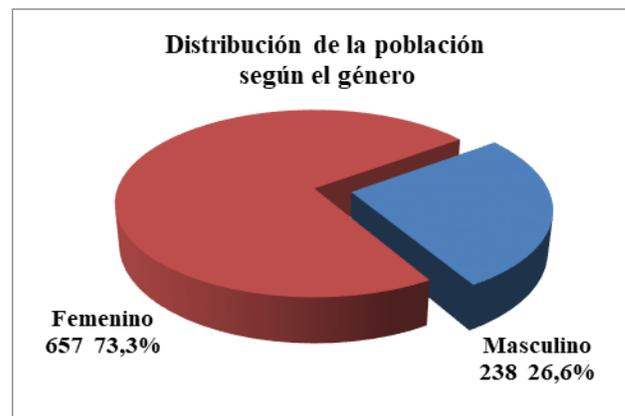


Figura 1: Distribución de la población según el género

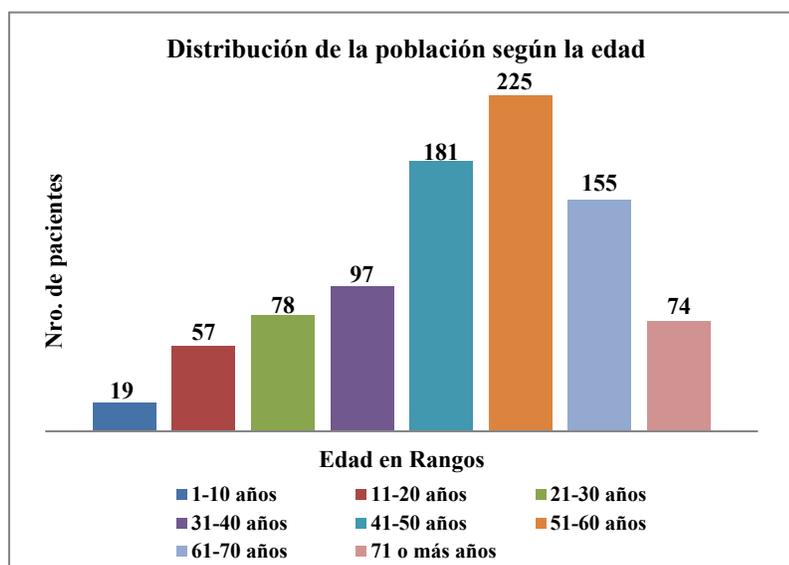


Figura 2: Distribución de la población según la edad

Desde el punto de vista clínico, la localización anatómica más prevalente fue el carrillo con un 30,8% (275) de los casos, seguido por labio

inferior con 22,7% (203) y lengua con un 21,3% (191) (Fig. 3).

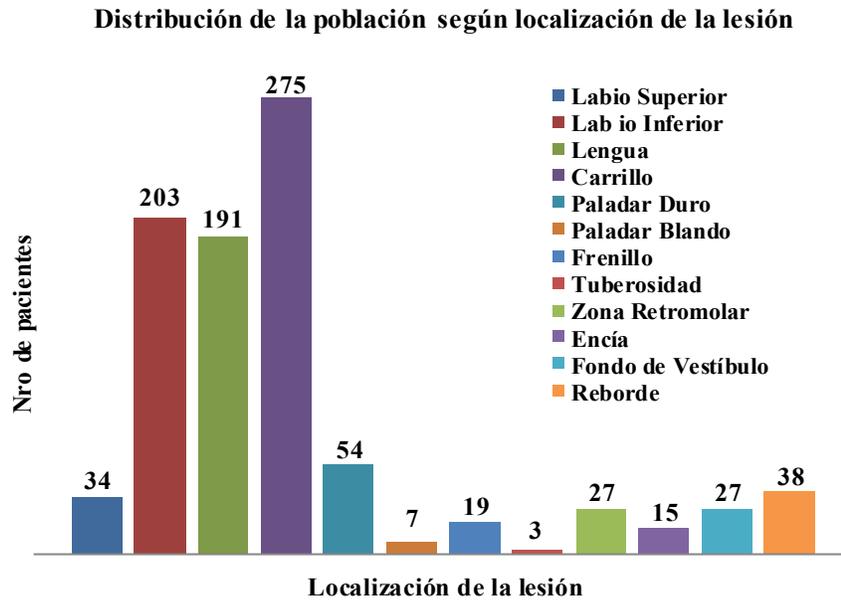


Figura 3: Distribución de la población según localización de la lesión

El tamaño más frecuentemente reportado por el clínico fue de 5mm con un 25,1% (225) de los

casos (Fig. 4).

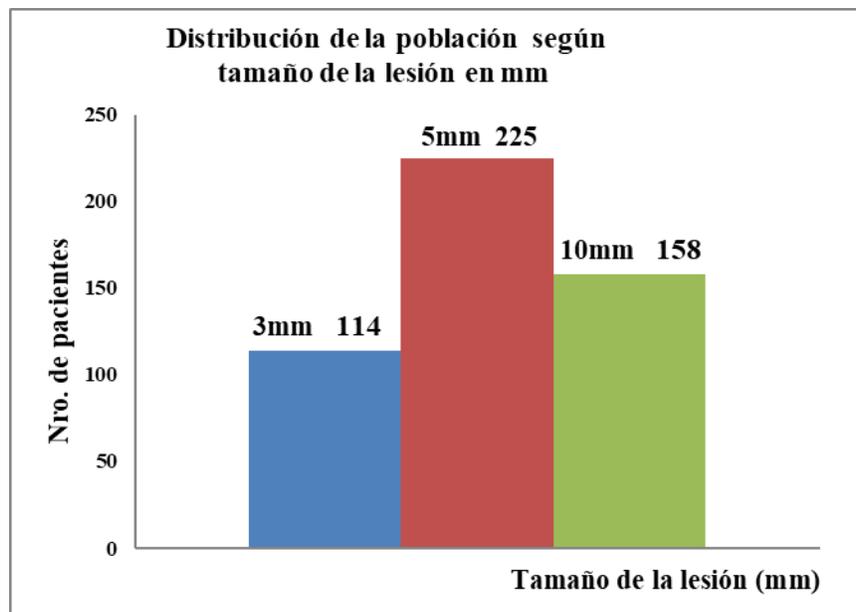


Figura 4: Distribución de la población según tamaño de la lesión en mm

El 84,8% de los FT mostraron una coloración similar a la mucosa adyacente (rosa pálido)

seguido por color blanquecino con 80 casos (8,9%) (Fig.5).

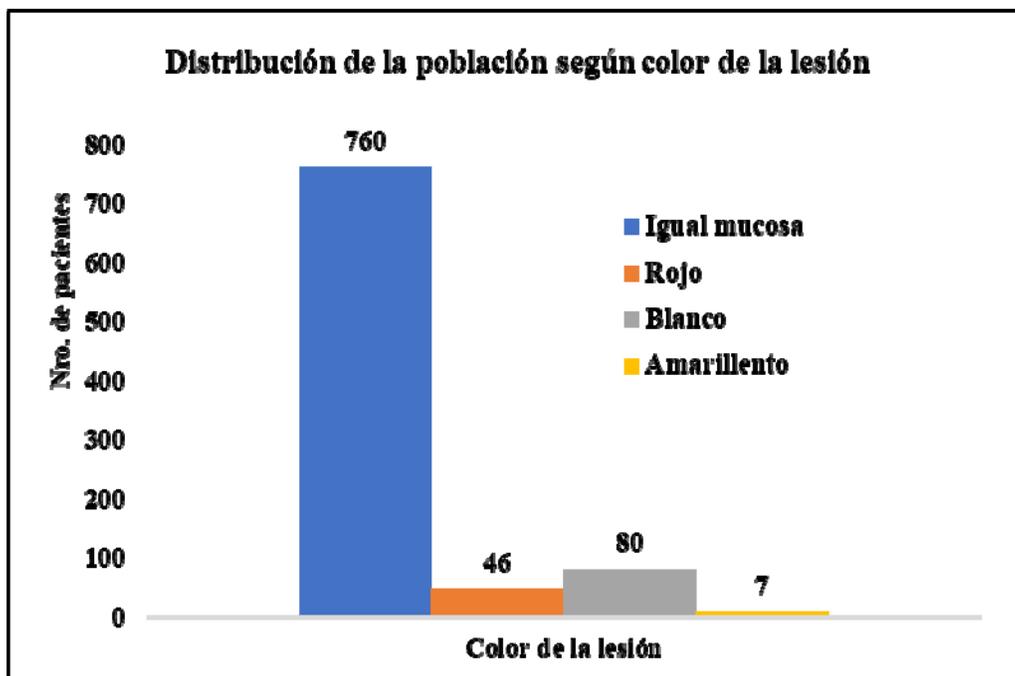


Figura 5: Distribución de la población según color de la lesión

La base de implantación más prevalente reportada fue la sésil con 571 casos (63,7%) (Fig.6). En relación a la consistencia, el 48,4% (434) de los FT fueron señalados como firmes y

el 42% (376) como blandos. La forma redondeada fue la más frecuente con un total de 553 muestras representando el 61,7% de los casos.

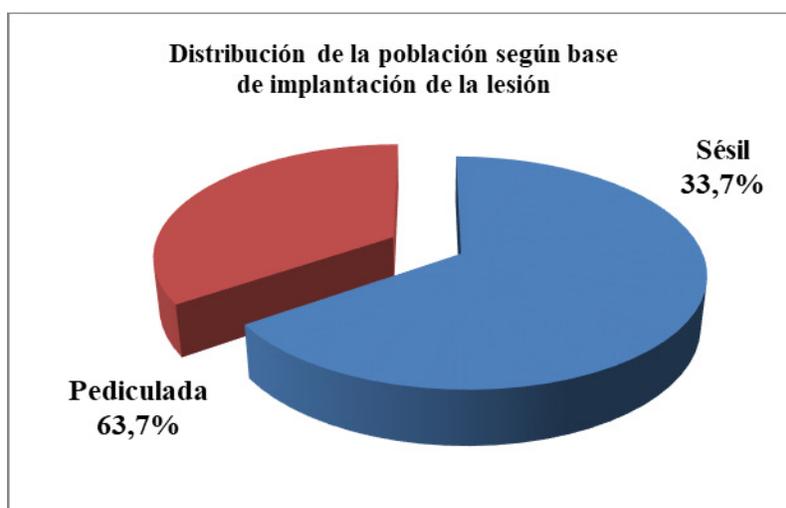


Figura 6: Distribución de la población según base de implantación de la lesión

Discusión

El FT es descrito como una de las patologías más frecuentes de la mucosa bucal²⁻⁴, sin embargo los resultados observados en la presente investigación (14,64%) no resultan ser tan significativos como se esperaba, considerando el universo de historias evaluadas. Su naturaleza reactiva y la diversidad de potenciales factores generadores de trauma a la mucosa bucal podrían ser la razón a esta común descripción en el ámbito de la medicina y patología bucal.

A pesar de que ha sido descrita por diversidad de autores como una lesión sin predilección por género²⁻⁵, observamos una clara tendencia a afectar mujeres¹², y estos resultados siguen siendo consonos con lo referido por varios autores, entre ellos Zarei *et al* en 2007, donde se refleja que esta lesión reactiva puede afectar a mujeres en proporción 1.5:1, al igual que Moret en el año 2014, quien señala que las lesiones reactivas y específicamente el FT tiene predilección de aparición en género femenino.^{1,21,22}

Quizás podría investigarse si la predilección por el género femenino en esta lesión y las condiciones hormonales inherentes a la mujer representan elementos importantes en su patogenia ocasionando estímulos para la proliferación de colágeno al asociarse a agentes inductores de trauma, como sucede en el granuloma piogénico que también es una patología de carácter reactivo donde el desbalance hormonal de la gravidez favorece la producción de factores de crecimiento endotelial vascular y reacción tisular crónica.²³

El FT es una lesión señalada por la mayoría de los autores como característica de la edad adulta^{5,8,9,11,13,14} lo cual se corresponde con el comportamiento etario observado en la presente investigación, siendo la quinta y sexta década los grupos más afectados. Resulta interesante

señalar que a pesar de que siempre se ha considerado más común el trauma a la mucosa oral en niños y jóvenes¹⁵, debido a terapias de ortodoncia y ortopedia, el uso de implementos de moda en los adolescentes como los piercings, además de hábitos parafuncionales, resulta ser en adultos más frecuente esta lesión.

La alta capacidad regenerativa y de cicatrización de los tejidos en el niño y joven frente a las injurias son quizás la razón de este comportamiento etario y además en el adulto es común que los agentes etiológicos como prótesis en mal estado, restauraciones defectuosas y objetos relacionados a actividades laborales (clavos, alfileres y lápices entre otros) estén de forma persistente en la cavidad bucal impidiendo la adecuada restauración de la mucosa dando así inicio al desarrollo de la lesión.

Las zonas anatómicas más afectadas fueron, carrillo, labio inferior y lengua, resultados que coinciden con otros estudios^{2,4,5,6,8,16,17,24}, pues se trata de las áreas más frecuentemente vinculadas al trauma, sin embargo para algunos autores los rebordes edéntulos también son zonas con predilección de aparición de FT, siendo un área infrecuente en este estudio probablemente a que las lesiones de esta localización representan el diagnóstico de hiperplasia fibrosa asociada a prótesis dental.

El FT es una patología autolimitada en su crecimiento^{11,14,15,17}, lo que se relaciona con los resultados observados donde el rango de 1 a 5mm fue el más frecuente y es este quizás el rasgo clínico que más demuestra la naturaleza reactiva de esta patología, donde existe un factor etiológico que da señales para la activación del fibroblasto y su consecuente elaboración de fibras colágenas, pero existe un punto en que ese estímulo se vuelve frecuente o persistente para la mucosa dejando así de inducir las señales¹. La posibilidad inexistente de la transformación maligna en el FT radica en la clara asociación de

un factor traumático inductor de la producción de colágeno^{1,2,4,14,21}

La coloración observada en estas patologías tiene una estrecha relación con el tamaño que desarrollan, al ser lo común lesiones pequeñas tienden a mantener la misma tonalidad de la mucosa adyacente^{1,2,5,11,14,16,18,19} y esto fue lo observado en la mayoría de los casos de este estudio, sin embargo, existen circunstancias excepcionales en las cuales la producción de colágeno es muy alta, ocasionando entonces lesiones más blanquecinas debido a una disminución de la vascularización¹⁵, que también fueron encontradas pero de forma menos frecuente e incluso el tamaño puede generar que el trauma se intensifique produciendo entonces el desarrollo de lesiones ulcerativas en su superficie o señales de inflamación que también fueron reportadas pero en menor cantidad.

De acuerdo a artículos publicados se reporta que el FT puede presentar base de implantación sésil o pediculada, sin hacer especial distinción en ellas, sin embargo en los resultados de la investigación de López-Labady¹, se señala que la base sésil es más prevalente, dato que se corresponde con los resultados de éste estudio donde ésta también fue la más frecuente. La implantación pediculada tiene una presentación aparentemente más frecuente en borde lateral de lengua, probablemente asociada a la movilidad de la misma y su estrecha relación a la oclusión, tal como lo refirieron López-Labady *et al* en el año 2000⁴, sin embargo este estudio muestra que esta zona anatómica no fue tan afectada como el carrillo y labios, esto podría relacionarse a la prevalencia del tipo sésil.

En base a la consistencia y forma de la lesión, los resultados mostraron que el FT es una patología firme, lo que se corresponde con la histopatología y la proliferación de fibras colágenas; y en cuanto a la forma de la lesión la más prevalente fue la esférica, seguida de la

ovalada, lo cual es cónsono con lo previamente reportado en la literatura.^{1,2,6}

Conclusiones

El FT es una patología frecuente de la cavidad oral, predomina en individuos adultos de la sexta década de la vida y del género femenino. Las localizaciones anatómicas más prevalentes observadas permiten confirmar la naturaleza reactiva del FT, el predominio de lesiones que no exceden los 5 mm señalan su carácter autolimitado y el resto de los hallazgos clínicos se corresponden con el trauma crónico.

Referencias

1. López-Labady J. Estudio epidemiológico del fibroma traumático en una muestra de la población venezolana durante el período 1991-2001. Act Odontol Venez 2009; 47(3): 1-7
2. Moret Y, López-Labady J, Cuberos M, Camacho A, González J. Fibroma traumático: dos presentaciones clínicas una misma entidad. Act Odontol Venez 2012; 50(4): 1-7
3. Mandel L, Baurmash H. Irritation Fibroma Report of a Case. NY State DJ 1970; 36: 344-7.
4. López-Labady J, Villarroel-Dorrego M, Rivera H, Lazarde J. Fibroma traumático. Revisión de la literatura y reporte de dos casos. Act Odontol Venez 2000; 38 (1):47-9.
5. Correa PE, Arias S. Resección de fibroma en mucosa oral. Técnica del estrangulamiento. Rev. CES Odont 2016; 29(1): 82-7.
6. Rathva VJ. Traumatic fibroma of tongue. BMJ Case Reports 2013;2013: bcr2012008220. doi:10.1136/bcr-2012-008220.

7. Kalyanyama BM, Matee MI, Vuhahula E. Oral tumors in Tanzanian children based on biopsy materials examined over 15-year period from 1982 to 1997. *Int Dent J* 2002; 52:10-4.
8. Perales-Garza RV, Sierra-García G, Sánchez Nájera R, Perales-Pérez. RV. Management of Traumatic Fibroma in a Patient with Cerebral Palsy Using 810nm Diode Laser. *J Clin Diagn Res* 2017; 11(2): ZD01-ZD02
9. Esmeli T, Lozada-Nur F, Epstein J. Common benign oral tissue masses. *Dent Clin North Am* 2005; 49:223-40
10. Torres-Domingo S, Bagan JV, Jiménez Y, Poveda R, Murillo J, Díaz JM, *et al.* Benign tumors of the oral mucosa: a study of 300 patients. *Med Oral Patol Oral CirBucal* 2008;13(3): E161-E166.
11. Tamashiro T, Arias P, Nomura M. Fibroma gigante caso clínico. *Rev ADM* 1996; LIII (5):241-4.
12. Nazish M, Chandrasekaran S.C, Valiathan. Fibroma of the gingiva: A case report of 20 years old lesion. *IJCD*.2010;1(3):107-9.
13. Suárez D, Vanegas S, Santos M, Godoy A. Fibroma traumático evaluación clínica e histológica de un caso. *Acta Bioclínica*. 2011; 1(1): 1-7
14. Zambrano J, Seijas A, Ghanem A. Fibroma de tamaño considerable en el borde lateral de la lengua. *Act Odontol Venez* 1995; 33: 7-9.
15. Mishra R, Khan T, Ajaz T, Agarwal M. Pediatric palatal fibroma. *Int J Clin Pediatr Dent* 2017; 10(1): 96-8.
16. Fernández RT. Fibroma por irritación reporte de un caso. *Rev. Cost. Cienc. Med.* 1982; 3 (2): 193-6.
17. Daddy S, Abdullah P, Pang E. The Prevalence of Fibroma in Oral Mucosa Among Patient Attending USM Dental Clinic Year 2006-2010. *The Indonesian J Dent Res*.2010; 1(1):61-6.
18. Bouquot JE, Gundlach KK. Oral exophytic lesions in 23.616 white Americans over 35 years of age. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986; 62:284-91.
19. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A textbook of oral pathology. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2009; 126-27.
20. Borrás MT, Delgado-Molina E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Exeresis de las lesiones hiperplásicas de la cavidad bucal. Estudio retrospectivo de 128 casos. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*. 2005; 10(2):151-62.
21. 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; 45(4):288-92.
22. Moret de González, Y.N. Prevalencia de lesiones benignas y desórdenes potencialmente malignos que afectan la mucosa bucal en pacientes adultos. Facultad de Odontología. UCV. *Act Odontol Venez* 2014; 52(1):1-8
23. Canivell-Zabaleta M, Martín-Lozano G, Olmos-Juarez E, Fontillon-Alberdi M, Infante-Cossio P. Extralingival Pregnancy Pyogenic Granuloma on the Lip. *J Craniofac Surg* 2018; 29(1): e49-e50
24. Correa PE, Arias S. Resección de fibroma en mucosa oral. Técnica del estrangulamiento. *Rev. CES Odont.* 2016; 29(1): 82-7

