

FIBROMA TRAUMÁTICO EVALUACIÓN CLÍNICA E HISTOLÓGICA DE UN CASO.

Dubraska Suárez¹, Susana Vanegas², Marialesandra Santos², Astrid Godoy².

- 1. Departamento de Investigación. Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes, Mérida Venezuela.**
- 2. Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes, Mérida Venezuela**

dubraskitasuarez@gmail.com

RESUMEN

El fibroma es la neoplasia mesenquimática benigna con mayor predominio en la cavidad bucal. El fibroma traumático se origina como una reacción de injuria crónica. El presente reporte de caso hace mención de un fibroma traumático con una evolución rápida, situación alarmante para el odontólogo como para el paciente ya que este signo sugiere rasgo de malignidad, aunque los resultados del examen histopatológico de la lesión evaluada en el actual caso no muestra criterios de malignidad.

Palabras claves: Fibroma traumático, fibroma gigante, fibroma odontogénico periférico.

TRAUMATIC FIBROSIS CLINICAL AND HISTOLOGIC EVALUATION CASE**ABSTRACT**

The fibroid is benign neoplasm with predominance in the oral cavity. Traumatic fibrosis originates as a reaction to chronic injury. This case report mentioned a traumatic fibroma with rapid evolution, alarming situation for the dentist and patient as this sign suggests feature of malignancy, although the results of histopathological examination of the injury evaluated in the present case showed no criteria of malignancy.

Key words: Traumatic fibroma, giant fibroma, peripheral odontogenic fibroma.

Recibido: 28-03-2011

Aceptado 09-05-2011

Introducción

El fibroma es el tumor benigno más frecuente en la cavidad bucal, consta de tejido conectivo completamente desarrollado, presenta una localización superficial o profunda y los hay de distintos tipos, dependiendo de su origen pueden ser odontogénicos, no odontogénicos entre este último resalta el fibroma periférico o por irritación (1,2,3).

El fibroma por irritación también llamado hiperplasia fibrosa o cicatriz hiperplásica, es de larga duración, 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 maladaptadas que irritan el paladar, induciendo un sobrecrecimiento patológico de los fibroblastos y del colágeno producido por ellos, lo que origina una masa submucosa evidente al examen clínico (3,4,5,7).

En la observación clínica se muestra como una tumoración solitaria, lisa, con un color igual al de la mucosa bucal, una consistencia dura o blanda, de base sésil o pediculada, cuyo crecimiento suele ser lento y continuo (1,2,5,7).

Histológicamente el fibroma tiene un origen de tejido conectivo, constituido por gran cantidad de fibras colágenas, células (fibroblastos), vasos sanguíneos, a veces presenta calcificaciones y recubierto en su superficie por epitelio estratificado escamoso normal (2,5,8).

El fibroma traumático es considerado como el tumor benigno más frecuente de la cavidad bucal (9,10,11,12). Cooke en 1952 lo relaciona íntimamente con la Hiperplasia Fibrosa. Es de crecimiento lento, y algunos autores como Pinborg en 1981 sugieren que los traumatismos constantes sobre la lesión aceleran el crecimiento de esta favoreciendo la invasión al tejido subyacente dando lugar de esta forma a una transformación maligna.

Sin embargo algunos autores aseguran que tiene predominio por el sexo femenino, de igual forma que se puede presentar a cualquier edad pero es más frecuente después de la segunda década de la vida, en individuos adultos (16,17,18). Su localización más frecuente es en aquellas áreas propensas a sufrir trauma, como por ejemplo, carrillos, lengua, paladar y labio (15,16).

No obstante algunos autores aseguran que su localización más frecuente es encía, carrillos, labios y bordes laterales de la lengua (3, 5,17); cuando aparece en la encía surge del tejido conectivo o del ligamento periodontal (18).

La importancia del fibroma traumático es que tienen características de malignidad cuando su tamaño sobrepasa el normal y la injuria física es constante pudiendo comprometer la vida del paciente si no es tratado a tiempo, pese a que se trata de una neoplasia benigna sin recidiva; son pocos los casos reportados con una evolución rápida situación la cual causa alarma ya que el signo de agudeza sugiere rasgo de malignidad (18,19); se consideró de interés la presentación de un nuevo caso donde su característica fundamental fue el crecimiento que alcanzó en 5 meses.

Recibido: 28-03-2011

Aceptado 09-05-2011

El objetivo del caso es estudiar el fibroma a través de la revisión de la literatura, enucleación total de la lesión con su respectivo estudio histopatológico siendo vital para establecer el diagnóstico definitivo y diferencial de dicha entidad, recuperación del paciente, además de crear conciencia para que el odontólogo este atento a este tipo de alteración y logre estar capacitado para integrar el equipo multidisciplinario necesario para atender a estos pacientes.

Reporte de caso

Se presenta el caso de paciente femenina, mestiza, con 37 años de edad, natural del Estado Mérida y ocupación del hogar, que acude al Servicio de Estomatología de la Facultad de odontología de la ULA, en Mayo de 2009, por presentar una lesión bucal de evolución rápida.

Dentro de los antecedentes personales referidos por el paciente en relación con la lesión, afirma que ésta aparece hace 5 meses como consecuencia del borde afilado del 38 por pérdida coronal debido a caries severa que al mismo tiempo dejó un pólipo pulpar. Como consecuencia del trauma constante, por mordedura, comenzó a crecer rápidamente después de 2 meses de su aparición. Al momento de presentarse en la consulta reseña estar próxima a extracción del resto radicular del 48 ya que su condición bucal no era la más adecuada por la multitud cariosa, restos radiculares, cálculo generalizado, halitosis, quien asevera además nunca haber recibido atención odontológica. No refiere presentar ningún hábito. Los antecedentes familiares no fueron contributivos.

Al realizar el examen clínico intraoral se observó una lesión exofítica de base pediculada cuyo diámetro es de 0.8 mm aproximadamente, con un color similar al de

la mucosa bucal, de superficie lisa, firme a la palpación, localizada en reborde gingival por lingual junto al tercer molar inferior izquierdo, compatible con lesión traumática; al mismo tiempo el 38 presenta pérdida coronal debido a caries dental con un pólipo pulpar sellando el canal radicular (fig. 1 y 2). Debido a las características clínicas de la lesión y los datos aportados por el paciente se estableció como diagnóstico provisional lesión traumática.



Fig. 1. Aspecto clínico de la lesión.



Fig. 2. Vista oclusal de la lesión.

los resultados de los exámenes preoperatorios hematología completa, TP, TPT y creatinina arrojaron resultados de química sanguínea normales; en el examen radiográfico interproximal se evidencia una zona radiolúcida a nivel del remanente coronal del 38 compatible con caries y a nivel apical del mismo zona radiolúcida de bordes irregulares con pérdida del ligamento

Recibido: 28-03-2011

Aceptado 09-05-2011

periodontal compatible con absceso radicular (fig. 3).

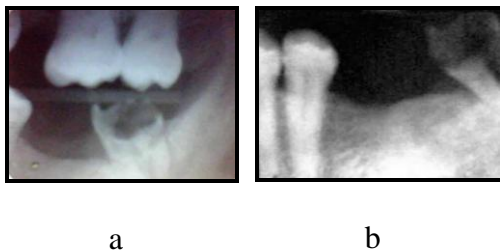


Fig. 3. Examen radiográfico, detalle vista interproximal(a) y periapical (b).

Su pronóstico es favorable por lo que se decidió tomar una conducta terapéutica quirúrgica, mediante biopsia excisional, en la Clínica de Cirugía de la Fac. Odontología de la ULA. Se realizó anestesia con técnica mandibular y perilesional, posteriormente se procedió a la eliminación quirúrgica con bisturí n° 15 y un corte en tajada de naranja extendido a tejido sano para evitar recidiva e incluyendo además restos radiculares del tercer molar involucrado en la tumoración, finalmente se practicó 3 puntos de sutura con seda negra n° 3.0 (fig. 4 y 5). Se le indicó al paciente Amoxicilina 500mg x 7 días c/7 hrs, Ibuprofeno 400mg x 6 días c/7 hrs y regresar en 8 días para retirar puntos.



Fig. 4. Extracción de la lesión.



Fig. 5. Aspecto macroscópico de la

lesión.

La lesión fue analizada histológicamente y los cortes evaluados muestran fragmentos de tejido, tapizado por un epitelio plano acantótico con ortoqueratosis y paraqueratosis. Las células en su espesor mantienen los niveles de maduración y la polaridad en la disposición de sus núcleos. La membrana basal luce indemne en todo su trayecto, su estroma es edematoso con escaso infiltrado inflamatorio de tipo crónico y vasos sanguíneos, extensas áreas de fibrosis y colagenización (fig. 6). Nota: En el material evaluado no se observaron criterios de malignidad.

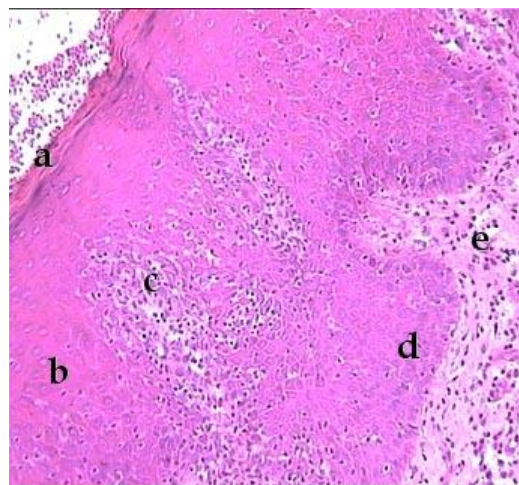


Fig. 6. Preparado histológico de la lesión: a) paraqueratosis, b) hiperplasia epitelial, c) acantosis, d) papilomatosis.

Después de 8 días de la intervención quirúrgica se retiran los puntos, sin presencia de complicación postoperatoria, observándose un tejido sano con igual color a la mucosa bucal además la paciente no refiere ningún tipo de sintomatología.

Discusión

Recibido: 28-03-2011

Aceptado 09-05-2011

El fibroma es una neoplasia mesenquimática benigna que aparece con mucha frecuencia en la cavidad bucal (1,2,3,4). Siendo de interés conocer entonces su etiología, evolución porque no en todos los casos reportados por la literatura se enmarcan en un mismo patrón (2,3,4,6,7,15,16,19).

En el presente caso se confirma la existencia de un fibroma traumático partiendo de las características clínicas antes mencionadas (borde dental cortante y mordedura traumática) y elementos histológicos que la señalan, como el epitelio estratificado escamoso de espesor variable, inmediatamente subyacente, se nota un tejido conectivo fibroso denso con abundantes fibras colágenas entremezcladas con fibroblastos, fibrocitos y espacios vasculares de pequeño tamaño (fig. 7). La etiología del caso que se describe coincide con la teoría que indica que es la neoplasia más frecuente encontrada en cavidad bucal debido a diferentes tipo de traumas crónicos principalmente la masticación (2, 3, 5,).

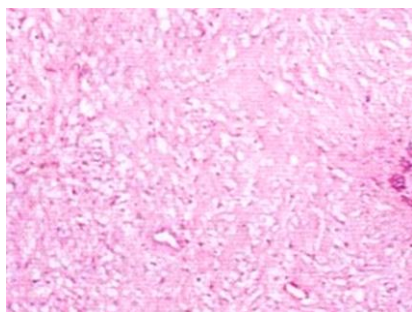


Fig. 7. Microfotografía. Nótese el componente fibroconectivo con abundante colágeno.

Los diagnósticos diferenciales para esta entidad van a depender del tamaño y localización de la lesión y se puede establecer con: 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 paladar, granulomas periféricos de células gigantes (2, 3, 4,). Si llegan a desarrollar tamaños gigantes su distinción será con mucocelos de gran tamaño, fibromas odontogénicos periféricos y hasta carcinomas espinocelulares (15,16).

El tratamiento de elección para el fibroma traumático es la extirpación quirúrgica tradicional y ésta rara vez recurre pues la conducta habitual consiste en eliminar el factor traumático esperando que la lesión remita (3,5); además cualquier agente etiológico identificable, como cálculo o cualquier otro material extraño, debe extirparse (6, 7, 15, 16). En caso de recidiva su efecto se le atribuye al trauma continuo en la región afectada, el tratamiento de elección sería la reexcisión amplia (2, 15, 16). 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 (2,4,6,17,18).

Conclusiones

Por lo general este tipo de lesión causa alarma tanto al clínico como al paciente, quien frecuentemente acude a consulta con la sospecha de tener una lesión de carácter maligno, y en realidad, la misma tiene un comportamiento completamente benigno e inofensivo, sólo que por su gran tamaño, únicamente ocasiona ciertas limitaciones al paciente, para hablar, comer o realizar la higiene bucal, sino que además adquiere

Recibido: 28-03-2011

Aceptado 09-05-2011

características clínicas sugestivas de malignidad, de ahí su reconocimiento clínico y su importancia diagnóstica, no solo para tranquilizar al paciente y tomar la conducta adecuada en base a su tratamiento, el cual va dirigido a la eliminación quirúrgica y su respectivo estudio histopatológico. Por estas razones, en el presente caso clínico luego de la evaluación de la lesión sugestiva de fibroma se decidió realizar la escisión total de la lesión, enviar la muestra al laboratorio histopatológico por cuyos resultados se estableció como diagnóstico definitivo “fibroma traumático”; 8 días después de la intervención quirúrgica se retiran los puntos, sin presencia de complicación postoperatoria, observándose un tejido sano con igual color a la mucosa bucal y la paciente no refirió ningún tipo de sintomatología. Todas las lesiones de la cavidad oral, incluyendo las periodontales, glándulas salivares, deben ser estudiadas con detalle, sin confiar en la aparente benignidad de las mismas, integrando los datos clínicos, radiológicos e histológicos para adecuar el protocolo terapéutico y clínico a la realidad biológica de la lesión.

Recomendaciones

1. Se debe realizar una anamnesis cuidadosa y el examen clínico para evidenciar la naturaleza y la causa-efecto de la lesión.
2. Cuando se juzga clínicamente una causa traumática y una respuesta queratósica, no se requiere biopsia, sino recomendar discontinuar hábito causal.
3. Cuando se piensa que la lesión es de origen traumático, se recomienda un periodo de observación de dos semanas.

4. Cuando no se producen cambios o la lesión aumenta de tamaño o se duda de la etiología de la lesión se tiene que realizar biopsia para establecer el diagnóstico definitivo.

Referencias

1. Pujals H. 2005. Diccionario de términos médicos y dentales. D.F, México: Editorial Trillas. 567-600
2. Regezi S. 2000. Patología Bucal. Correlaciones Clinicopatológicas. 3^{era} ed. México: Mc Graw- Hill Interamericana. 123-150.
3. Shafer W, Levy R. 2000 Tratado de Patología Bucal. 4^{ta} ed. México: Nueva editorial Interamericana. 220-343
4. López L, Villarroel M, Lazarda J, Rivera H. 2000. Fibroma por irritación Revisión de la literatura Reporte de dos casos. Rev. Act Odont Venez; 38(1): 193-196.
5. Sapp P, Eversole L, Wsocki G. 2005. Patología oral y Maxilofacial contemporánea. 2^{da} ed. Madrid, España: Elsevier. 89-104.
6. Bouquot J, Karsten K, Gundlach H. 2000. Oral Exoplastic lesions in 23, 616 white Americans Over 35 year of age. Oral Surg Med Oral pathol. 62(3): 284-291.
7. Mandel L, Baumhart H. 2001. Irritation Fibroma report of a case. Jour. Dentistry; 9(36):344-347.
8. Martínez M, Bermúdez R. 2008. Extirpación de lesiones epiteliales benignas en la lengua durante el período de gestación Reporte de dos casos. Rev. Fac de Medula. 17(2):23-27

Recibido: 28-03-2011

Aceptado 09-05-2011

9. Shafer W. 2000. Tratado de Patología Bucal. 4^{ta} ed. D.F, México: Nueva editorial Interamericana. 90-99
10. Barker D, Lucas R. 2009. Localized fibrous overgrowth of the oral mucosa. JOS; 5:86-89.
11. Vera S, Sempere F. 2000. Patología de la mucosa Bucal. 3^a ed. México: McGraw-Hill.78-90
13. Cooke B. 2009.The fibrous epulis and the fibroepitelial polyp. Jour.Dentistry Reserch.; 8(43):4-9.
14. Regezi J, Sciuba J. 2000.Patología Bucal. 3^{era} ed. México: McGraw-Hill Interamericana. 45-60
15. Birman E. 2004. Patología gingival. Hiperplasia fibrosa inflamatoria localizada. ARS.;7(6); 77-84.
16. Mandel L, Baurman H. 2000. Irritación Fibroma Report of a case. DJ ; (36): 344-47.
17. Bouquot J, Karsten K, Gundlasch H. 2000. Oral exophytic lesion in 23 patients over 35 year of age. Oral Surg: Med Oral Pathol; 62 (3): 284-291.
18. Carranza G. 2004. Periodontología Clínica de Glickman.4^{ta} ed. México: Interamericana Mc Graw- Hill. 23-45
19. López J. 2009. Estudio epidemiológico del fibroma traumático en una muestra de la población venezolana durante el período 1991-2001. Rev. Act Odontol; 47(3). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art10.asp> [Consulta 10 Oct. 2009].

Recibido: 28-03-2011

Aceptado 09-05-2011