CASO CLÍNICO

Online ISSN: 2665-0193
Print ISSN: 1315-2823

Manejo clínico-quirúrgico del fibroma por irritación exacerbado por aparatología ortodóntica: reporte de un caso

Clinical and surgical management of an irritation fibroma exacerbated by orthodontic appliances: a case report

Gallardo González Mariela Gabriela[1], Laya Gubaira Conan[2], Yáñez Rodríguez Isabel Cristina[3]

[1]Odontólogo. Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos. San Juan de Los Morros, Venezuela. [2]MSc. Ciencias Morfopatológicas, Profesor Titular. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela. Venezuela. [3]Odontólogo. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.

ischrisyaro@gmail.com

Recibido 29/01/2026
Aceptado 12/05/2026

Resumen

El fibroma traumático o por irritación constituye la lesión reactiva benigna de mayor prevalencia en la mucosa bucal y gingival, áreas que son muy susceptibles a microtraumas. Su etiopatogenia deriva de una respuesta hiperplásica del tejido conectivo ante estímulos traumáticos crónicos o repetitivos, de baja intensidad y prolongados en el tiempo. Clínicamente es asintomático, de coloración similar al tejido adyacente, con base sésil o pediculada. El presente describe el caso clínico de un paciente masculino de 16 años de edad, en quien se identificó una lesión en la encía libre y adherida interproximal, entre las unidades dentarias 23 y 24. Donde el crecimiento de la lesión presentó cambios significativos de tamaño y forma relacionados en parte, con el tratamiento de ortodoncia. De acuerdo con las características semiológicas, la presunción diagnóstica fue de fibroma por irritación. Como parte del abordaje terapéutico, se realizó una biopsia excisional para el posterior estudio histopatológico. Dicho estudio, es fundamental e importante, considerando la existencia de lesiones y neoplasias clínicamente similares en la mucosa bucal, confirmándose así el diagnóstico inicial. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, sin presencia de complicaciones ni recidivas. Finalmente, se discuten las características específicas del caso en contraste con la literatura científica vigente.

Palabras clave: fibroma traumático, mucosa bucal, ortodoncia, hiperplasia gingival, biopsia excisional.

Summary

Traumatic or irritation fibroma represents the most prevalent benign reactive lesion of the oral and gingival mucosa, areas particularly susceptible to microtrauma. Its etiopathogenesis stems from a hyperplastic response of connective tissue to chronic or repetitive, low intensity traumatic stimuli sustained over time. Clinically, it presents as an asymptomatic lesion with coloration similar to the adjacent tissue and a sessile or pedunculated base. The present describes the clinical case of a 16-year-old male patient in whom a lesion was identified in the interproximal free and attached gingiva between teeth 23 and 24. The lesion exhibite

significant changes in size and morphology, partialy attributed to ongoing orthodontic treatment. Based on semiological characteristics, the presumptive diagnosis was irritation fibroma. As part of the therapeutic approach, an excisional biopsy was performed for subsequent histopathological examination. This study a fundamental and essential, considering the existence of lesions and neoplasms that are clinically similar in the oral mucosa, thereby confirming the initial diagnosis. The postoperative course was satisfactory, with no complications or recurrences. Finally, the specific characteristics of the case are discussed in contrast with the current scientific literature.

Keywords: traumatic fibroma, oral mucosa, orthodontics, gingival hyperplasia, excisional biopsy.

Introducción

El fibroma por irritación o fibroma traumático es una entidad clínica también conocida como hiperplasia fibrosa focal o cicatriz hiperplásica[1]. Estas lesiones parecen madurar y volverse menos vasculares al tornarse más pálidas, manifestando una mayor densidad de colágeno que las hace más firmes con el paso del tiempo[2]. Actualmente, se posiciona como la lesión pseudotumoral más frecuente de la cavidad oral; posee un crecimiento limitado y no presenta potencial de transformación maligna[3]. No obstante, algunos estudios revelan, que es más común en mujeres durante la cuarta y sexta décadas de vida.

Asimismo, se ha extrapolado que no existen diferencias en las tasas de incidencia entre sexos; sin embargo, los datos pueden variar de un país a otro.[4]

La etiopatogenia de esta entidad nosológica está estrechamente vinculada a un origen traumático. La injuria crónica desencadena inicialmente una respuesta inflamatoria, seguida de un proceso reparativo; sin embargo, ante la persistencia del agente causal, se produce una acumulación excesiva de colágeno mediada por fibroblastos. Este mecanismo culmina en la formación de un tejido cicatricial hipocelular, cuya apariencia es notablemente más pálida y de consistencia más firme que la mucosa.[5,6]

En cuanto a las manifestaciones orales, las zonas de mayor prevalencia incluyen la mucosa bucal, las encías y las superficies labiales y linguales. Estas áreas muestran una elevada susceptibilidad a traumatismos crónicos derivados de factores oclusales, apiñamiento dental, fracturas coronarias o restauraciones defectuosas con bordes filosos.

De igual manera, estímulos mecánicos como el cepillado dental, hábitos parafuncionales como la onicofagia, la succión digital, el morsicatio buccarum y la quelofagia, actúan como irritantes locales constantes. Por otro lado, el uso de prótesis dentales desajustadas y los tratamientos de ortodoncia se identifican como los principales agentes etiológicos en la génesis del fibroma traumático o por irritación.[6,7]

Clínicamente, la lesión suele manifestarse como un nódulo de base sésil, aunque ocasionalmente pediculada y coloración similar a la mucosa circundante. Generalmente, es asintomática, a menos que presente una ulceración traumática secundaria. Su superficie es predominantemente lisa, pudiendo mostrar áreas ulceradas según el grado de irritación local. Las dimensiones de las lesiones pueden variar desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros de diámetro; estas presentan, por lo general, un crecimiento lento y limitado. Histológicamente, la lesión se manifiesta como una proliferación nodular de tejido conectivo denso fibrocolagenoso, revestida por un epitelio pavimentoso estratificado que preserva su integridad estructural.

Dependiendo de la magnitud del estímulo mecánico, el componente epitelial puede exhibir

hiperqueratosis reactiva frente a la irritación crónica o presentar soluciones de continuidad (ulceración), con un infiltrado inflamatorio subyacente en casos de traumatismo agudo. La recidiva resulta infrecuente; sin embargo, el análisis histopatológico es preceptivo, otras neoplasias de naturaleza benigna o maligna pueden presentar una morfología mimética.[8,9]

Considerando la ubicación y los hallazgos clínicos, el diagnóstico diferencial debe incluir, de acuerdo a su localización, entidades como el granuloma periférico o telangiectásico, el lipoma, el papiloma escamoso, el tumor de células granulares y neoplasias de origen odontogénico.[10]

El abordaje clínico-terapéutico se determina según la severidad de la lesión y la extensión del tejido afectado; en este sentido, la escisión quirúrgica completa constituye el tratamiento de elección[10,11]. Bajo esta premisa, el objetivo del presente reporte es describir el manejo clínico-quirúgico del fibroma por irritación exacerbado por aparatología ortodóntica.

Reporte del caso clínico

Paciente masculino de 16 años de edad, estudiante, con hábito de onicofagia, acude por presentar una lesión en la encía de la arcada superior, de aproximadamente doce meses de evolución, según se consigna en la anamnesis de la enfermedad actual.

Al momento de la atención inicial, por su condición de menor de edad, el consentimiento informado y la autorización para registros fotográficos extraorales e intraorales fueron suscritos por sus representantes legales.

Al ser referido al servicio de odontología general para la realización de una tartrectomía supragingival como fase inicial de tratamiento, se identificó durante el procedimiento una lesión elemental de tipo papular, de aproximadamente 5mm de diámetro, localizada en la encía libre y adherida del espacio interproximal entre los órganos dentarios 23 y 24. La lesión presentaba una base sésil, consistencia blanda, superficie rugosa, carácter asintomático y un patrón de crecimiento lento. El abordaje quirúrgico fue diferido, debido a que la autorización legal específica para este procedimiento aún no había sido otorgada por sus representantes.

Durante el transcurso del tratamiento ortodóntico, el paciente acudió a sus citas periódicas de control y mantenimiento periodontal, en las cuales se realizaron tartrectomías supragingivales constantes. En dichas sesiones se observó un incremento en el tamaño de la lesión (Figura 2), y una alteración en su coloración, que se tornó eritematosa y presentó signos de ulceración (Figura 3), sin sintomatología asociada.

Debido a estos cambios, el paciente manifestó preocupación por su estética dental. En consecuencia, se estableció un seguimiento clínico y radiográfico riguroso antes y durante el tratamiento de ortodoncia (Figura 4 y Figura 5), en el cual, no se determinaron hallazgos patológicos relevantes.



Figura 1. Fibroma por irritación en encía libre y adherida en espacio interproximal entre las unidades dentarias 23 y 24.



Figura 2. Evolución de fibroma irritativo entre las piezas dentarias 23 y 24; se observa aumento de tamaño y cambio de forma



Figura 3. Fibroma irritativo localizado en la encía libre y adherida, situado en el espacio interproximal de las unidades 23 y 24. Clínicamente, presenta un aumento de tamaño significativo, cambios en la coloración y áreas superficiales ulceradas.



Figura 4. Radiografía panorámica inicial



Figura 5. Radiografía panorámica de control

Posterior a la evaluación de los hallazgos clínicos e imagenológicos, se estableció diagnóstico presuntivo de granuloma periférico. En interconsulta con patología bucal y periodoncia, se decidió posponer el abordaje quirúrgico hasta finalizar el tratamiento ortodóntico. El objetivo fue evaluar si la lesión remitía al eliminar estímulos irritantes mecánicos, tales como el uso de elásticos intermaxilares, ligaduras metálicas y el trauma friccional derivado del cepillado y el uso de hilo dental con los dispositivos de ortodoncia.

Luego de finalizar la fase de ortodoncia activa (18 meses de duración), el paciente reingresó a los cinco meses para concluir el abordaje terapéutico (Figura 6).



Figura 6. Estado clínico inicial previo al abordaje terapéutico

Se inició con la preparación de los tejidos periodontales mediante tartrectomía ultrasónica y raspado manual. Posteriormente, se infiltró anestésico local (lidocaína al 2% con epinefrina 1:80.000), para garantizar analgesia y control de la hemostasia mediante vasoconstricción (Figura 7), la remoción del tejido se realizó con hoja de bisturí nro. 15, ejecutando incisiones profundas (Figura 8), y empleando curetas periodontales (Figura 9), para asegurar la exéresis completa del tejido conectivo, respetando los márgenes de seguridad.

El procedimiento finalizó con la cauterización del lecho quirúrgico (Figura 10 y Figura 11).

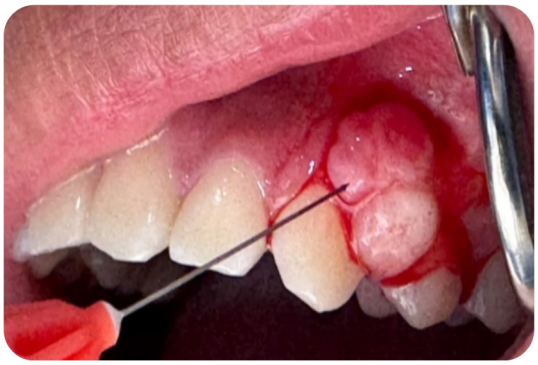


Figura 7. Infiltración de anestesia local para analgesia de la lesión



Figura 8. Exéresis de tejido mediante incisiones profundas con hoja de bisturí N° 15



Figura 9. Remoción del tejido conectivo subyacente mediante el uso de curetas periodontales

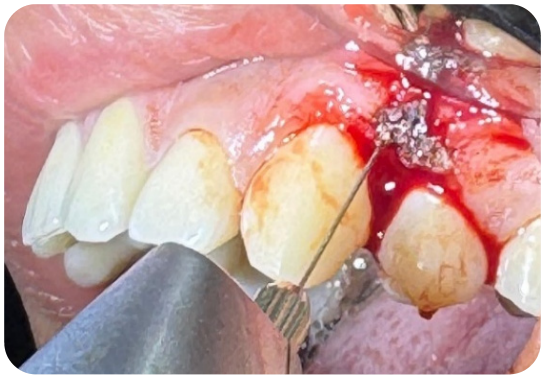


Figura 10. Cauterización del lecho quirúrgico



Figura 11. Aspecto de la zona quirúrgica tras la remoción de tejido y posterior cauterización

Tras finalizar la intervención, se prescribieron antibióticos y antiinflamatorios como parte del protocolo postoperatorio. El espécimen obtenido (10mm x 8mm), se remitió en formalina al 10% para su estudio histopatológico, cuyo informe corroboró el diagnóstico de fibroma por irritación.

En el análisis microscópico se observó un epitelio escamoso estratificado con presencia de hiperqueratosis, focos de paraqueratosis e hiperplasia pseudoepiteliomatosa de las crestas epiteliales con espesor variable.

Subyacente al epitelio, se identificó una proliferación de tejido conectivo fibroso compuesta por haces de fibras colágenas, vasos sanguíneos y células inflamatorias crónicas dispersas con tendencia a la agregación (Figura 12, Figura 13 y Figura 14).

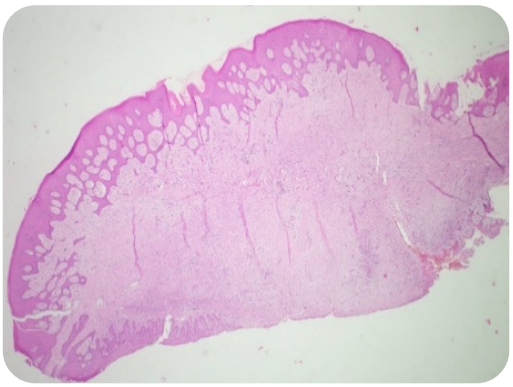


Figura 12. Corte histológico de epitelio escamoso (20x). Es evidente el engrosamiento del estrato córneo (hiperqueratosis) sobre las capas granulares y espinosas del tejido.

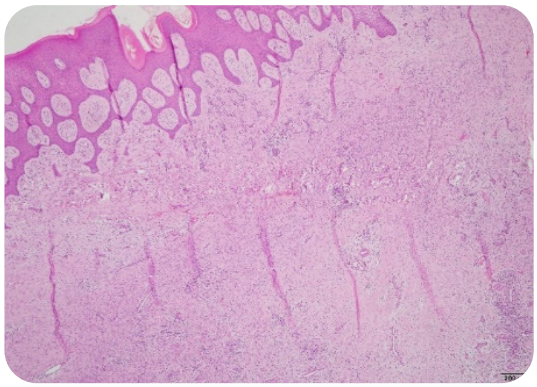


Figura 13. Microfotografía a 40x. Epitelio escamoso con presencia de hiperqueratosis, focos de paraqueratosis e hiperplasia pseudo-epiteliomatosa

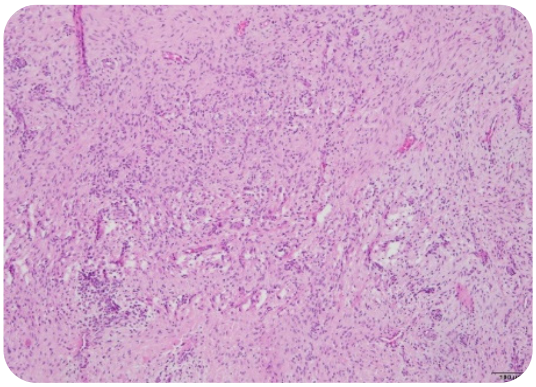


Figura 14. Microfotografía (60x, H&E). Se observa una marcada proliferación de fibras colágenas asociada a un infiltrado inflamatorio de predominio linfoplasmocitario



Figura 15. Control postoperatorio tras ocho meses de evolución terapéutica

Discusión

Como fue descrito, el fibroma por irritación es la lesión reactiva más frecuente de la cavidad bucal. Se describe como un nódulo exofítico benigno, generalmente de base sésil y bien delimitado, compuesto por una proliferación focal de fibroblastos y fibras colágenas. Su etiología principal es una respuesta adaptativa del tejido conectivo ante estímulos traumáticos o irritativos de baja intensidad local y de carácter repetitivo[2-4]. Siguiendo esta línea, Freire et al.[4] destacan que la recidiva es poco frecuente, aunque no se descarta si persiste el agente causal o el factor

etiológico. Para el tratamiento de estas lesiones se recomienda la extirpación quirúrgica total. No obstante, existen otras alternativas igualmente efectivas como la marsupialización, la electrocirugía, la terapia con láser de diodo o de dióxido de carbono, la ablación con láser, la crioterapia y la enucleación quirúrgica, todas con resultados favorables.

De acuerdo con Ramírez et al.[5] la biopsia por escisión conservadora posee un carácter tanto curativo como diagnóstico. Este procedimiento es el más utilizado para garantizar la eliminación total de la lesión mediante márgenes de seguridad; no obstante, presenta desventajas tales como el riesgo de sangrado intraoperatorio, que puede requerir sutura, y la posibilidad de edema. Bader et al.[6] destacan que el seguimiento postoperatorio a largo plazo es crucial, ya que la extirpación incompleta de la lesión puede derivar en recidivas. Aunque estas son poco frecuentes, suelen asociarse a traumatismos repetitivos y constantes en la zona afectada.

Desde el punto de vista histológico, autores como Chacón et al.[7] además de Álvarez et al.[9] confirman que el fibroma por irritación presenta un predominio de tejido conectivo. Dicha estructura posee abundantes fibras colágenas dispuestas al azar, las cuales aparecen entremezcladas con fibroblastos, fibrocitos y vasos sanguíneos.

Al contrastar los hallazgos del caso clínico con la literatura citada, la correlación en las dimensiones clínica e histopatológica es evidente. La naturaleza reactiva de la lesión se atribuye al trauma mecánico constante por la aparatología ortodóncica, un cuadro agravado por la deficiente higiene oral. Este estímulo irritativo crónico fue el detonante de la respuesta tisular descrita.

En este sentido, la escisión quirúrgica con márgenes de seguridad permitió alcanzar el diagnóstico definitivo y asegurar la resolución de la lesión. La ausencia de recidiva en el seguimiento postoperatorio demuestra que la supresión del agente etiológico, ejecutada con una técnica quirúrgica precisa, garantiza la estabilidad de los tejidos a largo plazo.

Conclusiones

El fibroma por irritación constituye una entidad reactiva de naturaleza benigna, originada como respuesta adaptativa del tejido conectivo ante estímulos mecánicos locales de evolución crónica. En el caso presentado, la presencia de aparatología fija y diversos aditamentos ortodónticos, sumada a una higiene oral deficiente, actuaron como los factores etiológicos que provocaron la génesis y crecimiento de la lesión.

Debido a la etiología multifactorial descrita, es esencial el reconocimiento preciso de las manifestaciones clínicas para asegurar un diagnóstico temprano y un plan de tratamiento efectivo que permita prevenir recidivas mediante el control riguroso de los agentes irritantes identificados. El reporte evidencia cómo la permanencia de elementos ortodónticos que generan un traumatismo mecánico constante, puede derivar en una hiperplasia que compromete tanto la salud periodontal como la estética; no obstante, a pesar del comportamiento benigno propio de tales procesos reactivos, el protocolo de elección consiste en la biopsia excisional. La remoción quirúrgica no asegura el éxito terapéutico si no se erradica simultáneamente el componente mecánico subyacente que originó la patología, por lo cual resulta obligatorio realizar el análisis histopatológico para certificar el diagnóstico, fundamentar el pronóstico y establecer la diferenciación con otras entidades de morfología similar pero manejo clínico distinto.

Finalmente, el seguimiento postoperatorio a largo plazo es indispensable para asegurar la estabilidad de los tejidos, aun cuando las entidades referidas suelen presentar una evolución favorable y carecen de potencial de transformación maligna.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses relacionados con el presente estudio. La publicación del reporte de caso clínico se logra mediante consentimientos informados.

Contribución de autoría

1- Concepto, diseño y análisis: Gallardo González, Mariela Gabriela, Laya Gubaira, Conan, Yáñez Rodríguez, Isabel Cristina.
2- Redacción del manuscrito original: Gallardo González, Mariela Gabriela, Laya Gubaira, Conan, Yáñez Rodríguez, Isabel Cristina.
3- Redacción, revisión, edición y aprobación final: Gallardo González, Mariela Gabriela, Laya Gubaira, Conan, Yáñez Rodríguez, Isabel Cristina.

Conclusiones

La frecuencia estuvo representada por 76 pacientes con patologías benignas de tejido blando en la cavidad bucal y la región facial evidenciadas a través de las historias clínicas que cumplieron con los criterios establecidos para el mismo, en la consulta de Patología Bucal y Maxilofacial. De acuerdo a la distribución en cuanto al sexo fue más frecuente el femenino, los pacientes de la sexta década de vida representaron la mayor frecuencia y el promedio de edad fue de 43,25 ± 3,35.

Referencias

1. Regezi JA, Sciubba JJ. Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations. 7a ed. Editorial Elsevier, Inc. 2017. P. 163-164.
2. Glick M, Greenberg M, Lockhart P, Challacompe S, editor. Medicina Bucal de Burket. 13a ed. Editorial John Wiley & Sons, Inc.; 2021. P. 173-174.
3. Woo SB. Patología oral. 3a ed. Barcelona: Elsevier; 2024. P. 89-94.
4. Villena D, Villalba L, Poveda M. Fibroma por irritación en la mucosa oral: reporte de un caso y revisión de la literatura. Medisur. [Revista en Internet]. 2024;22(5):e2205. en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/45263/4622
5. Ramírez R, Morales YR, Morales R. Fibroma bucal traumático de tamaño inusual: reporte de un caso. Rev Estomatol Herediana. 2025;35(1):65-70. https://doi.org/10.20453/reh.v35i1.6378
6. Bader F, Abdulrahman L, Faris A, Nawaf A, Muhannad A, Fahas S, et al. Irritational fibroma mimicking an odontogenic infection: a case report. Cureus. 2024;16(3):e56311. https://doi.org/10.7759/cureus.56311
7. Chacon UP, Chavez RL, Mallma MA. Fibroma traumático en mucosa labial superior: reporte de caso. CES Odontol. 2021;34(1):86-93. https://doi.org/10.21615/cesodon.34.1.13
8. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Patología oral y maxilofacial. 5a ed. Elsevier; 2024. p. 514-515.
9. Álvarez I, Morón L, Viloria A. Fibroma traumático en pacientes de cirugía bucal. Vive Rev Salud. 2019;2(6):144-153. https://doi.org/10.33996/revistavive.v2i6.35
10. Srivastava A, Bhati P, Khanna V, Arora K, Saxena R. A large irritation fibroma of the hard palate: A rare clinical entity. Cureus. 2024;16(6):e62244. https://doi.org/10.7759/cureus.62244
11. Dhruvi S, Punit F, Nilima RT, Rutuja R, Unnati S, Ishani R, et al. Understanding the distinction between traumatic fibroma and mucocele in pediatric patients: A report of two cases. Cureus. 2024;16(3):e55631. https://doi.org/10.7759/cureus.55631