

Trabajos Originales:

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL FIBROMA TRAUMÁTICO EN UNA MUESTRA DE LA POBLACIÓN VENEZOLANA DURANTE EL PERÍODO 1991-2001

Recibido para Arbitraje: 30/01/2008

Aceptado para publicación: 18/04/2008

- **López-Labady, Jeaneth***

Profesora Agregado de la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de la UCV, MSc en Medicina Estomatológica, Miembro del Comité Académico de la Maestría de Medicina Estomatológica, Secretaria de la Sociedad Venezolana de Medicina Bucal.

jeanethlopez@cantv.net

Resumen:

El Fibroma Traumático (FT) es una patología reactiva frecuente de la cavidad bucal causada por estímulos traumáticos. Predomina en adultos entre cuarta y quinta década sin predilección por género. Es una lesión elevada, redondeada, de superficie lisa, base de implantación sésil o pediculada y de coloración rosada. A pesar de su elevada frecuencia no existen estudios epidemiológicos que la caractericen en nuestra población por lo que se plantea como objetivos, determinar la prevalencia del FT y estudiar las características epidemiológicas y clínicas de un grupo de pacientes venezolanos con FT. El estudio es de tipo retrospectivo (período 1991-2001), fueron evaluadas 4.908 historias del archivo central de histopatología bucal de la Facultad de Odontología de la UCV. Se tomaron datos epidemiológicos y clínicos de los casos de FT, se organizaron mediante instrumentos de recolección de datos y fueron analizados estadísticamente. La prevalencia fue del 11,16% (n=548). La distribución por edad osciló entre meses de vida y 96 años, con una media de $47,10 \pm 0,75$ años. El 94% tenía como diagnóstico presuntivo FT, 528 casos fueron asintomáticos, el 29,7%, se localizó en carrillos seguido por labio inferior (20,4%), el 85,8% mostró una coloración igual a la de la mucosa adyacente, el 62,9% no excedió los 5mm de tamaño y el 59% fueron sésiles. Por los resultados obtenidos se puede concluir que el FT es una lesión reactiva frecuente en Venezuela, puede presentarse a cualquier edad y cursa con características de benignidad que todo odontólogo general debe conocer para su diagnóstico y manejo.

Palabras claves: Fibroma Traumático, prevalencia, características clínicas.

Abstract:

Traumatic fibroma (TF) is a common reactive entity of the oral cavity caused by trauma. TF is frequent in adults around 4th and 5th decade of life with no gender predilection. It is a smooth-surfaced pink lesion with sessile or pedunculated base of implantation. Although, it is a frequent lesion there is a lack of epidemiological studies in Venezuela, for that reason the aim of this study was to determine the prevalence, epidemiological and clinical characteristics of a Venezuelan group. A retrospective study was designed between 1991 and 2001, 4.908 histories were evaluated from the archives of the Central Histopathological Laboratory of the Dental School, UCV. Epidemiological and clinical data regarding TF was collected and statically analysed. TF prevalence was 11, 16% (n=548). Age distribution oscillated between months of birth and 96 years old (mean $47,10 \pm 0,75$ years). Clinical diagnosis of TF was made in 94% of the histories, 528 cases were asymptomatic, and 29, 7%, were located in the oral mucosa follow by lower lip (20,4%). Colour was similar to the surrounded mucosa in 85,8% of cases, 62,9% were less than 5mm in size and 59% of cases were sessile.

Results of this study concluded that TF is a common reactive lesion in Venezuela, occurs at any age, and shows a benign clinical behaviour. General dentist must be able to recognise and manage it.

Key words: Traumatic fibroma, prevalence, clinical characteristics

Introducción:

El FT también conocido como Pólipo Fibroepitelial y Cicatriz Hiperplásica, es considerado como la lesión nodular más frecuente de la cavidad bucal (1,2,3,4,5.)

A pesar de que en un principio se creía una neoplasia verdadera hoy en día se define como una patología reactiva y no un verdadero tumor, ya que es causado por trauma crónico de la mucosa bucal (4,6,7), incluso se caracteriza por la elaboración abundante de haces maduros de colágeno razón por la cual en ocasiones semeja tejido cicatrizal (2).

Entre los estímulos traumáticos más frecuentemente asociados figuran el mordisqueo de carrillos y labios por hábitos, la actividad masticatoria, la irritación por prótesis mal adaptadas (coronas, puentes fijos o dentaduras parciales removibles), estructuras dentarias fracturadas y restauraciones filosas (2,4,8,9,10).

La patogénesis 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 una acumulación de colágeno producido por fibroblastos, causando la formación de un tejido acelular tipo cicatrizal el cuál es más pálido y firme que el resto de la mucosa (10).

Esta patología se presenta con mayor frecuencia en adultos (2), entre la tercera, cuarta y quinta década de la vida (5,11). No tiene predilección por género o por raza para que se desarrolle en la cavidad bucal (6), sin embargo del estudio realizado por Bouquot y colaboradores en 1986 (12), esta patología mostró una leve inclinación hacia los hombres con el 53% de los casos, para Neville y colaboradores en 2002 (4), es también más frecuente en hombres que mujeres con una razón de 4:2 y para Limpo en 2005 (5), la relación es 2:1.

En referencia a las zonas anatómicas de predilección figuran aquellas con mayor tendencia a ser traumatizadas, como los carrillos principalmente en los planos de oclusión dental, bordes laterales de la lengua, labio inferior y paladar (1,2,13,6). Santos y colaboradores en 2005 (14), opinan que la lengua es la estructura bucal más afectada.

Se caracteriza desde el punto de vista clínico por ser una lesión elevada, de forma redondeada u ovoide, de superficie lisa, base de implantación que puede ser sésil o pediculada e indolora, a menos que exista ulceración por trauma secundario en su superficie, la coloración tiende a ser similar a la de la mucosa adyacente o más clara debido a queratinización superficial por trauma prolongado (1,3,4,5,9,11,14). En pacientes negros la lesión puede mostrar pigmentaciones marrones o grisáceas (4).

Su tamaño suele ser pequeño, rara vez excede el centímetro y medio de diámetro e incluso posee un potencial limitado de crecimiento al punto de que en algunos casos puede mantener el mismo tamaño y forma durante años (4,5,7,9,14,15,16,17). La consistencia puede variar de firme y resistente a suave(3).

Histopatológicamente se caracteriza por mostrar un epitelio de revestimiento de tipo escamoso estratificado y mantenerse intacto, presentar hiperqueratosis por la fricción crónica de baja intensidad o mostrar focos de ulceración cuando el trauma es intenso (2,5,10) y en muchas otras ocasiones se podría apreciar atrofia epitelial (5,11). El tejido conjuntivo es de tipo denso y fibroso, formado por abundante colágeno bien organizado predominantemente de tipo I y III, maduro y similar al de las cicatrices (2,14,18), aunque en algunos casos es de naturaleza laxa (4). Los haces de colágeno podrían disponerse de forma radial o arremolinada, pero siempre bien localizados (8).

El FT se trata con una escisión quirúrgica simple que por lo regular resulta eficaz (2,3,4,6,11,6), sin la necesidad de remover tejido mucoso normal adyacente (14) y rara vez recurre la lesión a menos que el trauma sobre la zona afectada continúe (3,6,10,14). Esta patología nunca involuciona de manera espontánea, ya que el exceso de colágeno es permanente (2,5).

Objetivos:

Determinar la prevalencia del FT.

Estudiar las características epidemiológicas y clínicas del FT en un grupo de pacientes venezolanos.

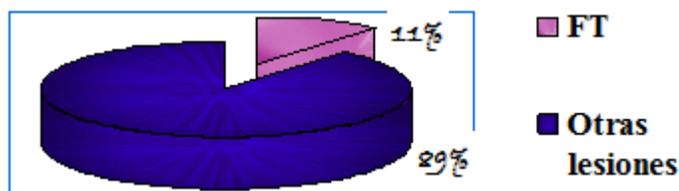
Materiales y Métodos:

Se trata de un estudio retrospectivo (período 1991-2001) donde fueron evaluadas 4.908 historias del archivo central de histopatología bucal de la Facultad de Odontología de la UCV. Se tomaron datos epidemiológicos y clínicos de los casos de FT los cuales fueron organizados mediante instrumentos de recolección de datos (tablas) y posteriormente analizados usando el Software estadístico SPSS versión 11.0.

Resultados:

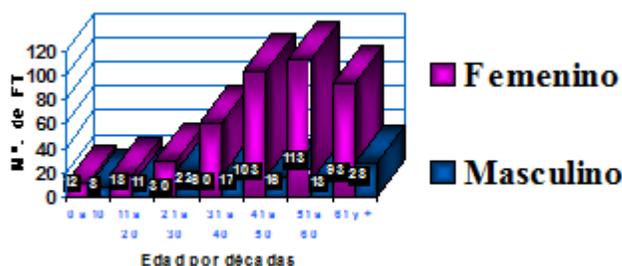
La prevalencia del FT fue del 11,16% (n=548) (Fig. 1). El 78,3% de los casos fueron del género femenino y la distribución por edad osciló entre meses de vida y 96 años, con una media de $47,10 \pm 0,75$ años (Fig. 2). El 94% de los casos tenían como diagnóstico presuntivo FT (Fig. 3). Un total de 528 casos (96,4%) fueron asintomáticos (Fig. 4). El 29,7% se localizó en carrillos seguido por el labio inferior con 20,4% y rebordes alveolares edéntulos con 10,6% (Figs. 5). El color predominante en esta lesión fue el mismo de la mucosa adyacente con un 85,8%, el 62,9% no excedió los 5mm de tamaño y el 59% de los casos fueron sésiles.

Figura 1
Distribución del FT, según el total de lesiones
diagnosticadas desde 1991 a 2001



Laboratorio central de histopatología bucal "Dr, Pedro Tino S".
1991-2001.

Figura 2
Distribución del total de FT según la edad y
género del paciente



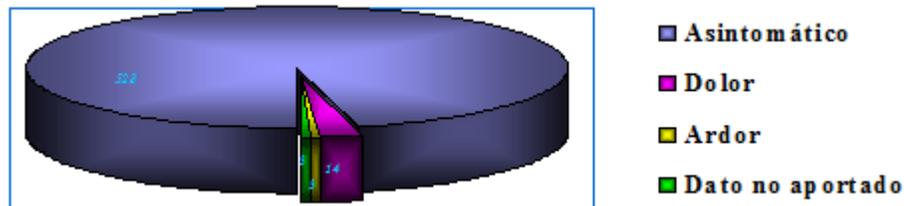
Laboratorio central de histopatología bucal "Dr, Pedro Tino S". 1991-2001

Figura 3
Distribución del total de FT según el diagnóstico provisional sugerido por el clínico



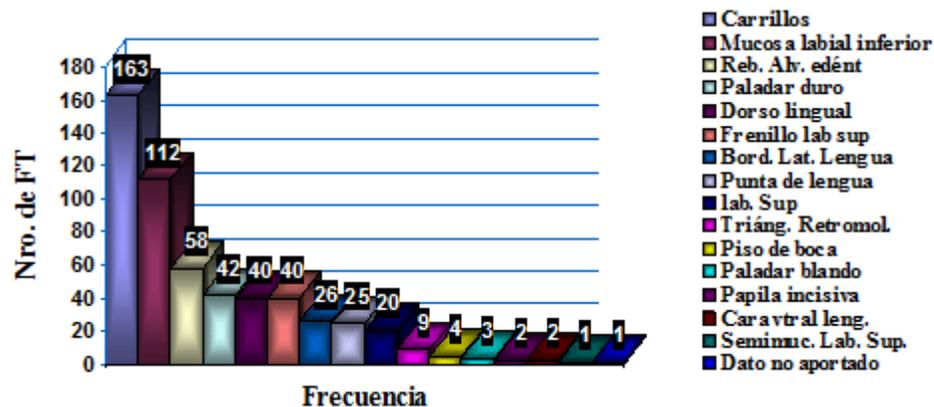
Laboratorio central de histopatología bucal "Dr, Pedro Tino S". 1991-2001

Figura 4
Distribución del FT según la sintomatología del paciente



Laboratorio central de histopatología bucal "Dr, Pedro Tino S". 1991-2001

Figura 5
Distribución de FT según su localización anatómica



Laboratorio central de histopatología bucal "Dr, Pedro Tino S". 1991-2001.

Discusión:

El presente trabajo demostró que el FT es una lesión reactiva frecuente, estos resultados son coincidentes con estudios de otras poblaciones (19,12,20), lo cual quizás tiene relación con la diversidad de factores potencialmente traumáticos que universalmente pueden estar asociados a la mucosa bucal. Al igual que en otros estudios (1,20) se evidenció que puede presentarse a cualquier edad con mayor frecuencia en adultos o adultos mayores, la razón de esta predilección y no por pacientes pediátricos probablemente tenga relación en el hecho de que los factores causales asociados a esta entidad por lo general son propios del adulto como el uso de prótesis, hábitos como queilofagia muchas veces consecuencia del estrés o el colocarse objetos en la boca como palillos dentales o instrumentos del ejercicio laboral. A diferencia de otros estudios (4,5,12), se evidenció predilección por mujeres, lo cual podría indicar una posible asociación con alteraciones hormonales.

Diversos autores (4,6,9,10,11) coinciden en que el FT es una lesión indolora, esto es concordante con nuestro estudio y en este sentido se podría suponer que uno de los factores contributivos a que el FT se comporte de forma asintomática es el tamaño, debido a que se trata de una patología que suele ser pequeña y posee un potencial limitado de crecimiento que en cierto modo es un factor determinante para su ulceración superficial, que por lo general es la causa del dolor, sin embargo aquellos casos que superaron el centímetro de diámetro no dieron una muestra significativa de sintomatología dolorosa, inclusive el 10% de ellos representaron un hallazgo clínico.

Las zonas anatómicas mayormente afectadas por el FT son aquellas con mayor tendencia a ser traumatizadas. Diversos autores (1,2,6,10) proponen los carrillos y labio inferior como las zonas más afectadas, esto concuerda con lo observado en el presente trabajo donde los carrillos y el labio inferior representaron el primero y segundo lugar en frecuencia para todas las edades. Resalta el importante número de casos visto en los rebordes alveolares edéntulos, representando el tercer lugar en frecuencia pero también hay que considerar el hecho de que la quinta, sexta y séptima década fueron las más afectadas y son justo las edades en que se presentan más portadores de prótesis.

En este estudio la coloración predominante fue similar a la de la mucosa normal, esto coincide con lo publicado en la literatura mundial (1,4,9,11), pues se trata de una lesión que tiende a ser de pequeño tamaño razón por la cual rara vez muestra características de inflamación.

La mayoría de los autores hacen referencia a que la base de implantación puede ser de tipo sésil o pediculada sin establecer predilección por un tipo particular, a excepción del Eastman Dental Institute, que sugiere al tipo sésil como el más frecuente, esto es coincidente con lo observado en este estudio. Es difícil establecer la razón por la cuál el mayor número de casos fue de este tipo, sobre todo considerando el hecho de que las microhistorias no incluyen datos importantes como hábitos del paciente, uso de prótesis o de aparatología ortopédica u ortodóntica que son los principales factores del desarrollo de FT pediculados.

El FT en definitiva es una patología asintomática que cursa con características de benignidad lo que evidencia la importancia del examen clínico sistematizado de la cavidad bucal el cual es determinante para la identificación de esta patología, en este sentido el odontólogo general representa un elemento fundamental no solo para su diagnóstico sino también para su manejo.

Conclusiones:

El FT es una patología frecuente de la cavidad bucal.

Tiene predilección por individuos del género femenino, entre la quinta y sexta década de la vida.

La lesión mostró predilección por zonas anatómicas sometidas a trauma, roce y fricción constante como los carrillos, labio inferior, reborde alveolar edéntulo y paladar duro.

El FT es una lesión de pequeño tamaño que rara vez supera el centímetro de diámetro independientemente de su localización anatómica.

Las lesiones de coloración rosada y con base de implantación sésil fueron las más frecuentes.

El operador reconoce clínicamente al FT como una patología de la cavidad bucal, pues este fue el diagnóstico provisional más frecuentemente sugerido.

Bibliografía:

1. Kornbrot, A. Tatoian, J.A. Benign soft tissue tumours of the oral cavity. *Int J of Dermatol* 1983; 22(4), 207-214.
2. Sapp, J.P. Eversole, L.R. Wysocki, G.P. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid, España: Editorial Harcourt brace; 1998
3. Santos, M. Fernández, C. (2001, 1 de Noviembre). Pólipo Fibroepitlial en el paladar. *Formación médica continuada*, 08(09), 655-655. Recuperado el 29 de Octubre, de http://db.doyma.es/cgi-bin/wbdcgi.exe/doyma/mrevista.go_fulltext_o_resumen?esadmin=si&pidet=13022991
4. Neville, B.W. Damm, D.D. Allen, C.M. Bouquot, J.E. *Oral & Maxillofacial Pathology*. (2a. ed.). EE. UU.: W.B. Saunders Company; 2002
5. Limpo, N. (s.f.). Doenças [PATOLOGIAS] Fibroma oral. Recuperado el 25 de Octubre de 2005, de http://medicosdeportugal.pt/htm/u_d_fibroma_oral/menu/2
6. Regezi, J.A. Sciubba, J.J. *Patología Bucal*. (3a. ed.). México: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2000
7. Rotario, H. Coi, J.Y. Hong, S.P. Lee, Y.C. Yun, K.I. Kim, S.G. Transforming growth factor - alpha and oral fibroma. *Immunohistochemical in situ hybridization study. J Oral Maxillofac Surg* 2003; 6(12), 1449-54.
8. Oles, R.D. Incidence and distribution of various connective tissue fibers in oral fibromas. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol* 1968; 26(4), 487-496.
9. Mandel, L. Baurmash, H. Irritation Fibroma. *Report of a case. NY State DJ* 1970; 36, 344-347.
10. Eastman Dental Institute, University College London, 256 Gray's Inn Road. London. (s.f.). *Fibrous Hyperplasia and other reactive fibrous lesions*. Recuperado el 11 de Septiembre de 2005, de http://www.eastman.ucl.ac.uk/~eaom/OM_Handbook/fibrous_hyperplasia.pdf.
11. Shafer, W.G. Levy, B.M. *Tratado de patología bucal*. (2ª. ed.). DF, México: Interamericana; 1986
12. Bouquot, J.E. Gundlach, K.K. Oral exophytic lesions in 23,616 white Americans over 35 years of age. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol* 1986; 62, 284-291.
13. Tomizawa, M. Kohno, M. Noda, T. Suzuki, M. Three cases of palatal polyps in infants. *Int J of Ped*

Dent 1999; 9, 213-217.

14. Santos, A.P. Carvalho, L. Ruah, C. Silva, M. (s.f.). Recuperado el 25 de Octubre de 2005, de <http://www.sporl.pt/section/articles/default.aspx>.
15. Zambrano, J.H. Seijas, A. Ghanem, A. Fibroma de tamaño considerable en el borde lateral de la lengua. Acta Odontol Venez 1995; 1, 7-9.
16. Tamashiro, T. Arias, P. Nomura, M.K. Fibroma gigante. Caso clínico. ADM 1996; 5, 241-244.
17. López-Labady, J. Villarroel, M. Rivera, H. Lazarde, J. Fibroma Traumático. Revisión de la literatura y reporte de dos casos. Acta Odontol Venez 2000; 38(1), 47-49.
18. Mighell, A.J. Robinson, P.A. Hume, W.J. Histochemical and immunohistochemical localisation of elastic system fibres in focal reactive overgrowths of oral mucosa. J Oral Pathol Med 1997; 26, 153-158.
19. Bernick, S. Growths of the gingiva and palate II. Connective tissue tumors. Oral Surg 1949; 1, 1098-1108.
20. Ono, Y. Hiroomi, Takahachi, H. Inagy K. Nakayama M. Clinical study of benign lesions in the oral cavity. Acta Otolaringol 2002; 547, 79-84.