

## Fibroma por irritación

### Fibroma due to irritation

Sr. Editor:

El fibroma por irritación o fibroma traumático (FT) es una lesión sobreelevada que aparece en la cavidad oral como respuesta a un estímulo traumático crónico o repetitivo de baja intensidad. Suele tener un tamaño inferior a 15 mm, base sésil o pediculada, forma redondeada u ovoide y, en general, es asintomático. En la histopatología se observa hiperplasia del tejido conectivo con densas fibras de colágeno tipo I y III, similar al de las cicatrices, cubierto por epitelio escamoso estratificado. Aparece con más frecuencia en sitios expuestos a traumatismos crónicos, como la lengua, el paladar y los carrillos durante el cepillado, la masticación, el movimiento de aparatos de ortodoncia o prótesis dentales o el contacto entre dientes en presencia de maloclusión. Dentro del grupo de lesiones reactivas de la cavidad oral, el FT es una de las más frecuentes y no tiene riesgo de malignizarse<sup>1</sup>. Si bien se trata de una patología frecuente, pocos estudios han evaluado su prevalencia. En población general se ha estimado una prevalencia del 19-77/1.000<sup>2</sup>, mientras que en población infantil, según las series evaluadas, estaría entre el 4,55<sup>3</sup> y 11%<sup>4</sup>.

Presentamos el caso de un niño de 8 años que acudió a la consulta por una lesión en el dorso de la lengua (fig. 1) de un año de evolución, de carácter asintomática. Sus antecedentes médicos eran anemia microcítica, colecistectomía por litiasis vesicular (a los 3 años de edad) y dermatitis atópica. La aparición del fibroma no fue relacionada con un traumatismo o queilofagia. La lesión tenía un tamaño inferior a 10 mm, forma ovoide y base sésil, superficie lisa y color rosa pálido, asentada en la línea media de la lengua, muy cerca de su borde libre. No había ninguna otra lesión en la cavidad oral. Se consultó con dermatología y se decidió su exéresis bajo anestesia local, sin presentar complicaciones. Después de 1 año y medio, la lesión no ha recidivado y la lengua conserva un aspecto normal (fig. 2). Por las características clínicas que presentaba no había dudas de que era un fibroma por irritación; el abor-



Figura 1 Fibroma traumático en el dorso de la lengua.



Figura 2 Evolución postoperatoria. Imagen obtenida un año después del procedimiento quirúrgico, donde no se observa recidiva sobre la mucosa lingual.

daje clínico siempre obliga a su resección para prevenir el riesgo de que sufra un traumatismo en sí mismo, o que ocasione molestias por el roce durante el habla, la masticación o la deglución, tal como tenía nuestro paciente, o que interfiera con la higiene oral cuando es de localización gingival. Los diagnósticos diferenciales dependerán del tamaño y el aspecto de la lesión, y de su localización. Las lesiones de aspecto verrugoso y proyección digitiforme nos orientan hacia un papiloma asociado a infección por virus del papiloma humano, que pueden presentarse de forma aislada o deberse a una autoinoculación por alguna verruga vulgar de localización extraoral. Cuando estas lesiones se presentan en forma múltiple con un aspecto papulomatoso, se está frente a una hiperplasia epitelial focal, patología más prevalente en ciertos grupos poblacionales indígenas de Sudamérica<sup>5</sup>. Las lesiones tumorales benignas de la cavidad bucal generan menos dudas en el diagnóstico diferencial del FT porque con mucha frecuencia asientan en las encías o en el propio hueso maxilar, tienen un tamaño superior a 2 cm y no conservan el aspecto de la mucosa circundante; estas lesiones requieren derivación y manejo por el odontopediatra cuando asientan sobre la arcada dentaria (tumores odontogénicos), o por el dermatólogo cuando se trata de tumores no odontogénicos (schwannoma, neurofibroma, fibroma osificante, linfangioma, hemangiomas), que requerirán biopsia para confirmación diagnóstica y tratamiento. Las lesiones malignas en la cavidad oral son infrecuentes en población pediátrica. Un estudio retrospectivo evaluó biopsias de lesiones orales de 5.457 pacientes (0-16 años) y encontró lesiones malignas en el 0,1%, mientras que reportó 234 casos de FT, 1.148 mucocelos y 158 granulomas piógenos<sup>6</sup>. En estas dos patologías se presume que el traumatismo también desencadena su aparición, aunque muchos pacientes no lo recuerden; los puntos clave para el diagnóstico diferencial son el color rojizo, la tendencia al sangrado y el dolor del granuloma piógeno<sup>7</sup>, y el aspecto quístico, el color azulado, la palpación duro-elástica de su contenido y la alta tasa de resolución espontánea en el caso del mucocelo<sup>8</sup>. El FT rara vez involuciona, requiere derivación al especialista y sólo tiene resolución quirúrgica.

## Bibliografía

1. Esmeili T, Lozada-Nur F, Epstein J. Common benign oral soft tissue masses. *Dent Clin N Am*. 2005;49:223–40.
2. 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.
3. Dhanuthai K, Banrai M, Limpanaputtajak S. A retrospective study of paediatric oral lesions from Thailand. *Int J Paediatr Dent*. 2007;17:248–53.
4. López-Labady J. Estudio epidemiológico del fibroma traumático en una muestra de la población venezolana durante el periodo 1991-2001. *Acta Odont Venez*. 2009;47:1–7.
5. Villanueva Alvarez-Santullano CA, Hernández Nuñez A, Castaño A, Miñano Medrano R, Córdoba Guijarro S, Borbujo Martínez J. Hiperplasia epitelial focal: un caso familiar. *An Pediatr (Barc)*. 2010;73:357–60.
6. Shah SK, Le MC, Carpenter WM. Retrospective review of paediatric oral lesions from a dental school biopsy service. *Pediatr Dent*. 2009;31:14–9.
7. Gordón-Núñez MA, De Vasconcelos Carvalho M, Benevenuto TG, Lopes MF, Silva LM, Galvão HC. Oral pyogenic granuloma: a retrospective analysis of 293 cases in a Brazilian population. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010;68:2185–8.
8. Mínguez-Martínez I, Bonet-Coloma C, Ata-Ali-Mahmud J, Carrillo-García C, Peñarrocha-Diago María, Peñarrocha-Diago Miguel. Clinical characteristics, treatment, and evolution of 89 mucoceles in children. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010;68:2468–71.

C. Ferrer Angelini<sup>a,\*</sup>, A. Salvà Siquier<sup>a</sup>,  
H. Pallarés García<sup>a</sup> y E. Baselga Torres<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Unitat de Pediatria, Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample, Barcelona, España*

<sup>b</sup> *Unitat de Dermatologia Pediàtrica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* cferrer1@clinic.ub.es  
(C. Ferrer Angelini).

doi:10.1016/j.anpedi.2012.01.023