



Facultad de Ciencias de la Salud

Tema:

Biopsia excisional de un fibroma traumático en mucosa oral: reporte de caso clínico.

Trabajo de Titulación para la obtención del Título de Odontólogo

Presentada por:

Jorge David Sotelo Ordóñez

Tutor:

Dra. María Cristina Rockenbach Binz

Quito, julio de 2026

Declaración De Aceptación De Norma Ética Y Derechos

El presente documento se ciñe a las normas éticas y reglamentarias de la Universidad Hemisferios. Así, declaro que lo contenido en este ha sido redactado con entera sujeción al respeto de los derechos de autor, citando adecuadamente las fuentes. Por tal motivo, autorizo a la Biblioteca a que haga pública su disponibilidad para lectura dentro de la institución, a la vez que autorizo el uso comercial de mi obra a la Universidad Hemisferios, siempre y cuando se me reconozca el cuarenta por ciento (40%) de los beneficios económicos resultantes de esta explotación.

Además, me comprometo a hacer constar, por todos los medios de publicación, difusión y distribución, que mi obra fue producida en el ámbito académico de la Universidad Hemisferios.

De comprobarse que no cumplí con las estipulaciones éticas, incurriendo en caso de plagio, me someto a las determinaciones que la propia Universidad plantee.

Firma del estudiante

Nombres completos

Jorge David Sotelo Ordóñez

C.I. 1719001286

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi familia, especialmente a mi madre y a mi padre, por su amor, apoyo incondicional y por acompañarme en cada etapa de este camino.

Gracias por ser un pilar fundamental en mi formación y en la persona que soy hoy.

Índice

Resumen.....	6
Abstract.....	7
Introducción.....	8
Reporte de caso clínico.....	10
Consentimiento informado	11
Anamnesis y antecedentes clínicos	11
Examen clínico intraoral	11
Diagnóstico clínico presuntivo	12
Diagnóstico diferencial	12
Procedimiento quirúrgico y biopsia excisional	13
Estudio histopatológico	15
Seguimiento postoperatorio	16
Discusión.....	17
Conclusión.....	21
Referencias bibliográficas.....	22

Índice de figuras

Figura 1. Procedimiento quirúrgico de resección completa de la lesión con electrobisturí	14
Figura 2. Zona quirúrgica posterior a la resección	14
Figura 3. Imagen histopatológica del fibroma traumático	15
Figura 4. Control clínico al año y medio de seguimiento	16

Biopsia excisional de un fibroma traumático en mucosa oral: reporte de caso clínico.

Jorge David Sotelo Ordóñez

dr.sotelo28@gmail.com

Resumen

Introducción: El fibroma traumático es una lesión reactiva benigna de la mucosa oral asociada a traumatismos mecánicos crónicos y repetitivos. Clínicamente, suele presentarse como un nódulo firme, de crecimiento lento y generalmente asintomático, localizado en zonas expuestas a irritación constante.

Objetivo: Describir las características clínicas, histopatológicas, terapéuticas y evolutivas de un caso de fibroma traumático localizado en el borde lateral de la lengua.

Presentación del caso clínico: Paciente femenina de 58 años, sistémicamente sana, atendida en la Clínica Odontológica de la Universidad Hemisferios por una lesión localizada en el tercio anterior del borde lateral izquierdo de la lengua. La paciente refirió el hábito repetitivo de morderse esta zona durante varios meses, antecedente considerado como el principal factor etiológico. Clínicamente, se observó una lesión nodular redondeada de aproximadamente 7 mm de diámetro, de coloración rosada, superficie lisa, base sésil, límites bien definidos y consistencia firme y fibroelástica, asintomática y sin sangrado ni ulceración. Se realizó una biopsia excisional bajo anestesia local mediante electrobisturí. El estudio histopatológico mostró epitelio escamoso hiperplásico con acantosis de características reactivas y tejido conectivo con proliferación de fibroblastos y colágeno, infiltrado linfocitario y capilares sanguíneos aislados, sin evidencia de malignidad, confirmando el diagnóstico de fibroma traumático. La evolución postoperatoria fue favorable, con adecuada cicatrización y ausencia de complicaciones. Los controles realizados a los siete días, al mes y

al año y medio después de la intervención evidenciaron una evolución clínica satisfactoria, sin signos de recidiva.

Conclusión: La correlación entre el antecedente de mordedura repetitiva, las características clínicas y los hallazgos histopatológicos permitió establecer el diagnóstico definitivo de fibroma traumático. La biopsia excisional con electrobisturí permitió la remoción completa de la lesión y una evolución favorable, sin recidiva durante un seguimiento de un año y medio. Este caso resalta la importancia de identificar y controlar los hábitos traumáticos locales para favorecer resultados terapéuticos estables.

Palabras clave: fibroma traumático; fibroma por irritación; lengua; biopsia excisional; traumatismo crónico.

Abstract

Introduction: Traumatic fibroma is a benign reactive lesion of the oral mucosa associated with chronic and repetitive mechanical trauma. Clinically, it usually presents as a firm, slow-growing, and generally asymptomatic nodule located in areas exposed to constant irritation.

Objective: To describe the clinical, histopathological, therapeutic, and follow-up characteristics of a case of traumatic fibroma located on the lateral border of the tongue.

Case Presentation: A 58-year-old systemically healthy female patient attended the Dental Clinic of Universidad Hemisferios with a lesion located on the anterior third of the left lateral border of the tongue. The patient reported a repetitive habit of biting this area for several months, which was considered the main etiological factor. Clinical examination revealed a rounded nodular lesion measuring approximately 7 mm in diameter, with a pink

color, smooth surface, sessile base, well-defined borders, and a firm, fibroelastic consistency. The lesion was asymptomatic and showed no bleeding or ulceration. An excisional biopsy was performed under local anesthesia using electrosurgery. Histopathological examination showed hyperplastic squamous epithelium with reactive acanthosis and connective tissue with proliferation of fibroblasts and collagen, a lymphocytic infiltrate, and isolated blood capillaries, with no evidence of malignancy, confirming the diagnosis of traumatic fibroma. The postoperative course was favorable, with adequate healing and no complications. Follow-up examinations performed at seven days, one month, and one and a half years after surgery showed satisfactory clinical progress with no signs of recurrence.

Conclusion: The correlation between the history of repetitive tongue biting, the clinical features, and the histopathological findings allowed the definitive diagnosis of traumatic fibroma. Excisional biopsy using electrosurgery achieved complete removal of the lesion and a favorable outcome, with no recurrence during a one-and-a-half-year follow-up period. This case highlights the importance of identifying and controlling local traumatic habits to promote stable therapeutic outcomes.

Keywords: traumatic fibroma; irritation fibroma; tongue; excisional biopsy; chronic trauma.

Introducción

La hiperplasia fibrosa focal, o fibroma traumático, es una de las proliferaciones tisulares benignas más prevalentes de la cavidad oral. El fibroma traumático se desarrolla como una respuesta reactiva del tejido conectivo frente a irritaciones mecánicas crónicas y repetidas, generalmente ocasionadas por hábitos parafuncionales o por el contacto constante con estructuras dentarias o protésicas. (1). Clínicamente, se presenta como un nódulo firme, de crecimiento lento y generalmente asintomático, que puede aparecer en diferentes zonas de

la cavidad oral. (2). Su incidencia predomina en la mucosa yugal, la semimucosa labial y los márgenes laterales de la lengua; nichos anatómicos que exhiben una exposición mayor al trauma friccional continuo durante la dinámica masticatoria y fonatoria (3).

Para diagnosticar correctamente un fibroma traumático es necesario examinar cuidadosamente sus características clínicas y determinar si existe antecedente de trauma o irritación crónica, ya que puede parecerse a otras lesiones de tejidos blandos. En niños, por ejemplo, puede confundirse con un mucocelo, por lo que es importante realizar un diagnóstico diferencial adecuado.(4). Al mismo tiempo, la literatura reporta que las malposiciones o migraciones dentarias propician los estímulos irritativos capaces de desencadenar estas neoformaciones de origen fibroso (5). Para optimizar este abordaje, la valoración clínica se complementa con métodos imagenológicos u ópticos auxiliares, los cuales permiten delinear la arquitectura lesional de forma previa a su escisión quirúrgica y análisis anatomopatológico (6).

Histológicamente, esta lesión se caracteriza por una formación de tejido conectivo denso y colagenizado, revestido por un epitelio plano estratificado con hiperqueratosis variable e infiltrado inflamatorio crónico. (7). Debido a su similitud clínica con otras lesiones de tejidos blandos, el diagnóstico definitivo requiere la realización de una biopsia y su correspondiente estudio histopatológico. (8). Asimismo, la existencia de lesiones con características histopatológicas similares resalta la importancia del examen microscópico para establecer un diagnóstico preciso y diferenciar esta lesión de otras lesiones de clínica semejante (9).

La exéresis quirúrgica constituye la terapéutica de primera línea, pues garantiza la erradicación de la lesión y la obtención de la muestra. Históricamente, la resección escisional con bisturí frío ha primado como el estándar de elección debido a su alta eficacia clínica (10).

En paralelo, la práctica actual ha incorporado modalidades como la electrocirugía, evidenciando resultados sumamente favorables en la modulación de la cicatrización por segunda intención (11). Asimismo, la eliminación de los factores traumáticos locales, incluidos aquellos asociados a prótesis o aparatos odontológicos, es fundamental para complementar el tratamiento quirúrgico y reducir el riesgo de recurrencia de la lesión (12).

Además de la escisión convencional con bisturí, el láser de diodo ha sido propuesto como una alternativa terapéutica eficaz debido a su capacidad para proporcionar una adecuada hemostasia, reducir el trauma quirúrgico y favorecer una cicatrización satisfactoria (13). El estudio de las lesiones originadas por traumatismos mecánicos repetidos ha aportado evidencia relevante sobre los mecanismos de respuesta del tejido conectivo, contribuyendo a una mejor comprensión de su comportamiento clínico e histopatológico (14).

Este estudio pretende exponer el caso clínico de una paciente con fibroma traumático en la mucosa oral, tratado mediante biopsia excisional como método terapéutico y diagnóstico, con el fin de documentar la evolución clínica y los resultados postoperatorios obtenidos.

Reporte de caso

Se presenta el caso clínico de una paciente femenina, de 58 años de edad, ASA I, atendida en las instalaciones de la Clínica Odontológica adscrita a la Universidad Hemisferios. El manejo del presente caso se realizó de acuerdo con los principios éticos aplicables a la investigación y atención clínica en seres humanos. Además, se contó con la aprobación del “Comité de ética para la aprobación de propuestas de trabajo de titulación”, bajo el documento N° CEUHE25-134, el 21 de noviembre del 2025.

Previo a cualquier intervención, se instruyó a la paciente sobre la naturaleza de su cuadro, la justificación del tratamiento propuesto, las posibles eventualidades y las pautas de control posterior. Tras comprender los alcances de la terapéutica, la paciente suscribió el correspondiente consentimiento informado legal, mediante el cual autorizó de manera expresa la ejecución del procedimiento y el uso de la información recabada con fines estrictamente científico-académicos, garantizando el resguardo absoluto de su confidencialidad y el anonimato de sus datos personales.

El motivo de consulta radicó en la necesidad de evaluación especializada a causa de una neoformación tisular localizada en la mucosa lingual. Durante la anamnesis, la paciente refirió la aparición gradual de una lesión exofítica, asintomática y sin episodios de sangrado, con una evolución de varios meses, localizada en el borde lateral izquierdo de la lengua. Durante la anamnesis la paciente refirió el hábito de morderse de forma repetitiva el borde lateral de la lengua, lo que ocasionaba traumatismos mecánicos crónicos en la zona de la lesión, este antecedente se consideró el principal factor etiológico relacionado con el desarrollo del fibroma traumático. La paciente no presentó antecedentes patológicos personales de importancia ni enfermedades sistémicas conocidas. Asimismo, los antecedentes familiares no revelaron patologías relevantes relacionadas con la lesión, por lo que se consideró una paciente sistémicamente sana.

Durante el examen clínico intraoral se observó una lesión nodular redondeada, de aproximadamente 7 mm de diámetro, localizada en el tercio anterior del borde lateral izquierdo de la lengua. La lesión presentaba una base sésil, superficie lisa, coloración rosada y límites bien definidos. A la palpación era de consistencia firme y fibroelástica, se encontraba fija a los tejidos subyacentes y no ocasionaba dolor ni sangrado. No se observaron áreas de ulceración y la mucosa adyacente presentaba un aspecto clínico normal, sin cambios de color ni signos de inflamación. Con base en los antecedentes clínicos y las características

de la lesión, se consideró que el hábito repetitivo de morderse el borde lateral de la lengua fue el principal factor etiológico, al generar un traumatismo mecánico crónico sobre la mucosa. De acuerdo con los hallazgos clínicos y el antecedente de irritación local persistente, se estableció como diagnóstico clínico presuntivo un fibroma traumático o hiperplasia fibrosa focal. No obstante, debido a las similitudes clínicas con otras lesiones benignas de los tejidos blandos de la cavidad oral, fue necesario realizar un diagnóstico diferencial, el cual se confirmó posteriormente mediante el estudio histopatológico de la biopsia excisional.

Dentro del diagnóstico diferencial se consideraron diversas lesiones benignas de los tejidos blandos de la cavidad oral que pueden presentar manifestaciones clínicas similares al fibroma traumático.

En primer lugar, se evaluó la posibilidad de un **granuloma piógeno**, entidad que generalmente se presenta como una lesión eritematosa, altamente vascularizada y con tendencia al sangrado espontáneo o inducido. Estas características no fueron observadas en la lesión descrita, por lo que este diagnóstico fue considerado poco probable.

Asimismo, se contempló el **papiloma escamoso**, el cual suele presentar una superficie papilar o verrugosa, rasgo clínico que estuvo ausente en el presente caso.

También se consideró la **hiperplasia fibrosa inflamatoria**, debido a que, al igual que el fibroma traumático, corresponde a una lesión reactiva asociada a traumatismos mecánicos crónicos. Sin embargo, la localización de la lesión, el antecedente de mordedura repetitiva y, principalmente, los hallazgos histopatológicos fueron compatibles con el diagnóstico de fibroma traumático.

Debido a la localización de la lesión en el borde lateral de la lengua, se incluyó como diagnóstico diferencial el **tumor de células granulares**, ya que puede presentarse como un

nódulo firme, de crecimiento lento y generalmente asintomático en esta región anatómica. No obstante, el estudio histopatológico descartó esta entidad al no evidenciar las características células granulares propias de este tumor.

Igualmente, se consideraron lesiones de origen neural, como el **neurofibroma** y el **schwannoma**, debido a que pueden manifestarse como nódulos submucosos de crecimiento lento y consistencia firme. Sin embargo, las características clínicas y los hallazgos histopatológicos observados no fueron compatibles con estas lesiones.

Finalmente, se incluyó el **granuloma traumático eosinofílico**, una lesión reactiva que suele afectar la lengua y presentarse como una úlcera persistente o una masa nodular relacionada con traumatismos locales. La ausencia de ulceración y las características histopatológicas permitieron descartar esta entidad.

En conjunto, la correlación entre los antecedentes de traumatismo mecánico crónico, las características clínicas de la lesión y los hallazgos histopatológicos confirmó el diagnóstico definitivo de fibroma traumático.

Posteriormente, se realizó una biopsia excisional bajo anestesia local, mediante la resección completa de la lesión con electrobisturí. **Figura 1.** La muestra obtenida fue fijada en solución de formol al 10 % y enviada para estudio histopatológico. Durante el procedimiento se observó una lesión bien delimitada y de fácil separación de los tejidos circundantes, sin sangrado significativo ni complicaciones transoperatorias. Tras la escisión, se realizó una sutura simple para favorecer la cicatrización. El aspecto de la zona quirúrgica posterior a la resección se muestra en la **Figura 2.**

El estudio histopatológico reveló una mucosa revestida por epitelio escamoso hiperplásico con acantosis de características reactivas. En el tejido conectivo subyacente se

observó proliferación de fibroblastos y fibras de colágeno, además de un discreto infiltrado linfocitario y capilares sanguíneos aislados. No se evidenciaron signos de malignidad. La correlación entre los hallazgos clínicos e histopatológicos confirmó el diagnóstico definitivo de fibroma traumático.

Figura 1

Procedimiento quirúrgico de resección completa de la lesión con electrobisturí.



Figura 2

Zona quirúrgica posterior a la resección

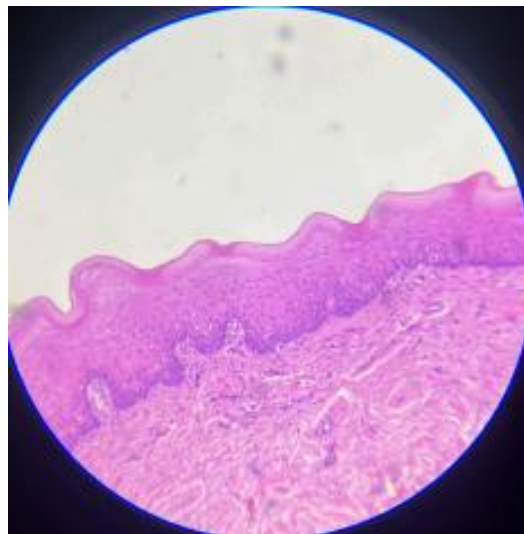


El análisis histopatológico mostró una mucosa oral revestida por epitelio escamoso hiperplásico con acantosis de características reactivas. El tejido conectivo subyacente presentó proliferación de fibroblastos y colágeno, además de un discreto infiltrado linfocitario y capilares sanguíneos aislados. Se observó ausencia de actividad mitótica, ausencia de pleomorfismo celular, el patrón vascular fue escaso, caracterizado por la presencia de capilares sanguíneos aislados en el tejido conectivo y no se evidenciaron signos de malignidad.

Estos hallazgos, en correlación con las características clínicas de la lesión, confirmaron el diagnóstico definitivo de fibroma traumático, como se observa en la **Figura 3**.

Figura 3

Imagen histopatológica del fibroma traumático



En el control postoperatorio realizado a los siete días se evidenció una evolución clínica favorable, con adecuada cicatrización de la zona quirúrgica, correcta adaptación de los bordes de la herida y ausencia de signos de infección, dolor, inflamación o cualquier otra complicación posoperatoria.

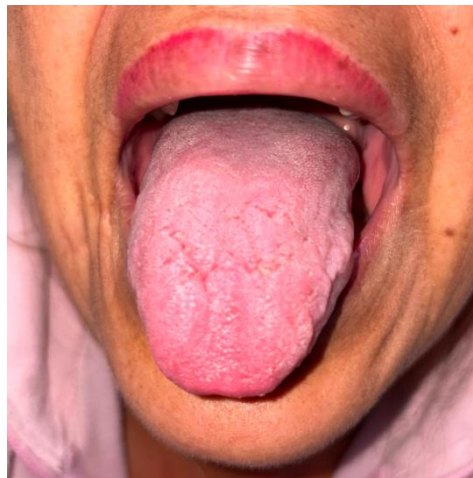
En el seguimiento efectuado al mes de la intervención se constató una cicatrización completa de la mucosa lingual, con adecuada reparación tisular y sin alteraciones clínicas en el sitio quirúrgico.

Finalmente, en el control realizado un año y medio después del procedimiento, la mucosa lingual conservaba un aspecto clínicamente normal, sin evidencia de recurrencia de la lesión ni de otras alteraciones asociadas, como se observa en la **Figura 4**.

Estos hallazgos confirmaron el éxito terapéutico del tratamiento quirúrgico y la ausencia de recidiva durante el período de seguimiento.

Figura 4

Seguimiento clínico a los 18 meses sin evidencia de recurrencia.



Discusión

El presente caso mostró una clara relación entre el antecedente traumático y el desarrollo de la lesión. Durante la anamnesis, la paciente manifestó que tenía el hábito de morderse de forma frecuente el borde lateral izquierdo de la lengua desde hacía varios meses, coincidiendo exactamente el sitio del traumatismo con la ubicación del fibroma. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Cohen (2022), quien señala que la irritación mecánica persistente constituye uno de los principales factores implicados en el desarrollo del fibroma traumático. A diferencia de otros casos descritos en la literatura, donde el trauma está relacionado con bordes dentarios irregulares, prótesis o aparatología odontológica, en esta paciente el factor desencadenante fue un hábito parafuncional de mordedura. La correspondencia entre el antecedente clínico y la localización de la lesión respalda el origen traumático de esta proliferación reactiva.

La localización en el borde lateral izquierdo de la lengua también fue relevante. Asundaria y Tavargeri (2023) describieron el desarrollo de fibroma traumático lingual relacionado con traumatismos repetitivos, lo que coincide con el presente caso. Sin embargo, mientras su reporte correspondió a un paciente pediátrico, la paciente aquí descrita tenía 58 años. Esta diferencia muestra que, aunque el fibroma traumático puede presentarse en distintos grupos etarios, la persistencia de un estímulo traumático local continúa siendo un elemento fundamental para explicar su desarrollo. Asimismo, la ausencia de enfermedades sistémicas relevantes en esta paciente apoya lo señalado por Dhanai et al. (2024), quienes describen que los factores traumáticos locales pueden ser suficientes para desencadenar una proliferación reactiva del tejido conectivo.

Desde el punto de vista epidemiológico, el fibroma traumático puede presentarse en diferentes grupos etarios, aunque se ha descrito con mayor frecuencia en adultos de mediana

edad. Diwan et al. (2023) reportan una prevalencia aproximada del 1,2 % y un predominio del sexo femenino, que representa alrededor del 66 % de los casos. Estos datos coinciden con las características demográficas de la paciente del presente reporte. No obstante, la literatura también demuestra que el fibroma traumático puede aparecer en pacientes más jóvenes, como el caso pediátrico descrito por Asundaria y Tavargeri (2023), lo que indica que la edad y el sexo pueden influir en su distribución, pero el factor determinante continúa siendo la exposición persistente a un traumatismo local. En cuanto al pronóstico, la recurrencia del fibroma traumático se considera poco frecuente cuando la lesión se elimina completamente y se controla el factor irritante responsable, aspecto también señalado por Diwan et al. (2023). En concordancia con lo descrito en la literatura, en el presente caso no se observaron signos de recidiva durante los 18 meses de seguimiento, lo que sugiere un resultado terapéutico estable tras la resección completa de la lesión y el control del hábito repetitivo de mordedura lingual.

Las características clínicas observadas también fueron compatibles con un fibroma traumático. La lesión se observó como un nódulo redondeado de aproximadamente 7 mm, rosado, de superficie lisa, base sésil, límites bien definidos y consistencia firme y fibroelástica. Además, era asintomática y no presentaba sangrado ni ulceración. Estos hallazgos orientaron hacia una lesión reactiva benigna; sin embargo, no fueron suficientes para establecer el diagnóstico definitivo. Esta dificultad coincide con lo señalado por Solanki et al. (2024), quienes describen que el fibroma traumático puede compartir características clínicas con otras lesiones benignas de los tejidos blandos. En el presente caso, aunque el mucocelo fue considerado dentro del razonamiento diagnóstico, la consistencia firme, la base sésil y la ausencia de una apariencia fluctuante hicieron menos probable esta posibilidad.

La necesidad de establecer un diagnóstico diferencial también estuvo relacionada con la localización lingual y la apariencia clínica de la lesión. El granuloma piógeno se consideró poco probable debido a la ausencia de coloración eritematosa y sangrado; el papiloma escamoso, por la ausencia de una superficie papilar o verrugosa; y el granuloma traumático eosinofílico, por la ausencia de ulceración persistente. Por otra parte, la localización en el borde lateral de la lengua justificó la consideración del tumor de células granulares y de lesiones de origen neural. En este sentido, el presente caso coincide con la importancia atribuida por Lapitskaya et al. (2022) al análisis de los factores mecánicos locales y a la evaluación cuidadosa de lesiones fibrosas que pueden compartir características clínicas con otras entidades de la cavidad oral.

La correlación histopatológica fue determinante para confirmar el diagnóstico. El estudio microscópico mostró epitelio escamoso hiperplásico con acantosis de características reactivas y un tejido conectivo con proliferación de fibroblastos y colágeno, infiltrado linfocitario y capilares sanguíneos aislados. Estos hallazgos fueron coherentes con la respuesta del tejido conectivo frente a un traumatismo repetitivo y permitieron confirmar el diagnóstico de fibroma traumático. La importancia del estudio histopatológico en este caso coincide con lo expuesto por Figueiredo et al. (2022) respecto a la necesidad de diferenciar las proliferaciones fibrosas de la mucosa oral que pueden presentar una apariencia clínica similar. En el presente caso, la concordancia entre el antecedente de mordedura, la localización de la lesión y los hallazgos microscópicos permitió establecer el diagnóstico definitivo mediante histopatología convencional, sin necesidad de realizar estudios inmunohistoquímicos adicionales.

El tratamiento realizado también mostró resultados concordantes con la literatura. Diwan et al. (2023) describieron resultados favorables tras la escisión completa del fibroma

traumático, mientras que en el presente caso la biopsia excisional permitió simultáneamente eliminar la lesión y obtener la muestra para su diagnóstico histopatológico. La principal diferencia fue el uso de electrobisturí, con el cual se logró una resección completa, adecuado control del sangrado y ausencia de complicaciones transoperatorias. Esta evolución coincide con los resultados reportados por Manjunatha et al. (2023), quienes documentaron una adecuada respuesta de los tejidos después del tratamiento mediante electrocirugía.

La evolución posterior permitió valorar el resultado del tratamiento más allá del período inmediato. A los siete días se observó una adecuada cicatrización y ausencia de complicaciones; al mes, la mucosa lingual presentó cicatrización completa; y al año y medio no existían signos clínicos de recidiva. Este resultado apoya la importancia de controlar el factor etiológico señalada por Palwankar et al. (2024). En el presente caso, la identificación del hábito de mordedura permitió orientar a la paciente sobre la necesidad de evitar la repetición del traumatismo. La ausencia de recurrencia durante 18 meses sugiere que la resección completa de la lesión, junto con el control del hábito traumático, permitió obtener un resultado clínico estable.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra que corresponde a un único caso clínico, por lo que sus resultados no pueden generalizarse a toda la población. Asimismo, no se realizaron estudios inmunohistoquímicos, ya que la correlación clínico-histopatológica fue suficiente para confirmar el diagnóstico de fibroma traumático y no se observaron hallazgos atípicos que justificaran estudios complementarios.

El principal aporte de este caso radica en la correlación entre un antecedente traumático claramente identificado, la localización exacta del estímulo, las características clínicas, los hallazgos histopatológicos y la evolución favorable durante un seguimiento de un año y medio. Aunque se trata de un único caso y sus resultados no pueden generalizarse, el

seguimiento prolongado permitió documentar la ausencia de recidiva y reforzar la importancia de identificar hábitos traumáticos que pueden pasar inadvertidos durante la anamnesis.

Conclusión

El presente caso resalta la importancia de identificar los hábitos traumáticos locales como posibles factores causales de lesiones reactivas de la mucosa oral. La correlación entre el antecedente de mordedura repetitiva, los hallazgos clínicos y el estudio histopatológico permitió establecer el diagnóstico definitivo y orientar un tratamiento adecuado. El control del factor causal, junto con la remoción completa de la lesión, favoreció un resultado terapéutico estable y sin recidiva durante 18 meses de seguimiento. Estos hallazgos destacan el valor de una anamnesis detallada y de la correlación clínico-patológica en el manejo del fibroma traumático.

Referencias

- Cohen PR. Biting Fibroma of the Lower Lip: A Case Report and Literature Review on an Irritation Fibroma Occurring at the Traumatic Site of a Tooth Bite. *Cureus*. 2022 Dec 6;14(12):e32237. doi:10.7759/cureus.32237 PubMed PMID: 36620845.
- Dhanai A, Bagde HS, Gera R, Mukherjee K, Ghildiyal C, Yadav H. Case report on Irritational Fibroma. *J Pharm Bioallied Sci*. 2024 Feb 1;16(Suppl 1):S960–2. doi:10.4103/jpbs.jpbs_650_23 PubMed PMID: 38595470.
- Asundaria RR, Tavargeri A. Excision of Traumatic Fibroma of the Tongue in a Pediatric Patient: A Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2023;16(1):166–9. doi:10.5005/jp-journals-10005-2492 PubMed PMID: 37020774.
- Solanki D, Fulzele P, Thosar NR, Ragit R, Shirbhate U, Rahate I, et al. Understanding the Distinction Between Traumatic Fibroma and Mucocele in Pediatric Patients: A Report of Two Cases. *Cureus*. 2024 Mar 6;16(3):e55631. doi:10.7759/cureus.55631 PubMed PMID: 38586765.
- Lapitskaya A, Cahuana-Bartra P, Brunet-Llobet L, Miranda-Rius J. Oral irritation fibroma associated with the pathological migration of a primary tooth. *BMJ Case Rep*. 2022 Mar 16;15(3). doi:10.1136/BCR-2022-249369 PubMed PMID: 35296499.
- Diwan B, Shirbhate U, Bajaj P, Reche A, Pahade A. Conventional Scalpel and Diode Laser Approach for the Management of Traumatic Fibroma. *Cureus*. 2023 Oct 27. doi:10.7759/cureus.47810 PubMed PMID: 38021932.
- Manjunatha VA, Vemanaradhya GG, Kulkarni M, Machetty L. Electro-surgical management of a traumatic fibroma with clinical assessment of re-epithelialization using

methylene blue assay: A clinico-histopathological case report. *Natl J Maxillofac Surg.* 2023;14(3):477–81. doi:10.4103/njms.njms_376_21 PubMed PMID: 38273929.

Palwankar P, Chandiran L, Pandey R. Surgical Excision of a Traumatic Fibroma Associated With Orthodontic Temporary Anchorage Devices: A Case Report. *Cureus.* 2024 Oct 21;16(10):e71958. doi:10.7759/cureus.71958 PubMed PMID: 39569249.

La Terra SL, Caccianiga G, Buoncristiani F, Alzahrani F, Alabeedi FM. Clinical Outcomes of Oral Traumatic Fibroma Removal Using a 980 nm Diode Laser: A Series of Four Cases. *Cureus.* 2025 Mar 11;17(3):e80390. doi:10.7759/cureus.80390 PubMed PMID: 40213760.