

Fibroma traumático. Reporte de caso y revisión de la literature

Traumatic fibroma. Case report and literature review

<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0326>

Michelle Ailin Valenzuela-González¹
<https://orcid.org/0009-0000-2744-8911>.
odmichelleailin@gmail.com

Yomilcaring del Valle Camacho-Balza¹
<https://orcid.org/0009-0004-8675-5128>
Yvcbalza7382@gmail.com

Zulay Magarita Palima-González^{1*}
<https://orcid.org/0000-0002-0959-9879>.
zulaypalima@gmail.com.

Recibido: 12/10/2025

Aceptado: 18/02/2026

RESUMEN

Introducción: El fibroma traumático es una patología benigna reactiva que podría presentarse como una lesión tumoral o papular; el protocolo terapéutico de elección es la extirpación quirúrgica completa. **Objetivo:** Abordar quirúrgicamente a paciente femenina de 50 años, quien presenta lesión tumoral en zona anteroinferior derecha con escisión quirúrgica previa en dos oportunidades sin estudio histopatológico y de carácter recidivante. **Materiales y métodos:** Se presenta un estudio de tipo reporte de caso. El proceso diagnóstico incluyó la revisión de la historia clínica, exámenes de laboratorio, radiografía periapical y fotografías intraorales. El diagnóstico definitivo se estableció mediante una biopsia excisional y el posterior estudio histopatológico de la lesión. Se contó con el consentimiento informado de la paciente. **Resultados:** Lesión benigna conformada por fibras colágenas, fibroblastos y escasos vasos sanguíneos lo cual confirmó el diagnóstico de fibroma traumático. **Conclusiones:** La biopsia excisional constituye el abordaje de elección ya que permite la resolución quirúrgica inmediata y garantiza el diagnóstico definitivo mediante el análisis histopatológico.

Palabras clave: Fibroma traumático, lesión tumoral, biopsia excisional.

1. Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallego (UNERG)- Venezuela

* Autor de correspondencia: zulaypalima@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Traumatic fibroma is a reactive benign pathology that may present as a tumor-like or papular lesion; the therapeutic protocol of choice is complete surgical excision. **Objective:** To report the surgical management of a 50-year-old female patient presenting with a recurrent tumor-like lesion in the right anteroinferior area, with a history of two previous surgical removals without histopathological evaluation. **Materials and methods:** A case report is presented. The diagnostic process included medical history review, laboratory tests, periapical X-rays, and intraoral photographic records. Definitive diagnosis was established through excisional biopsy and subsequent histopathological study. Informed consent was obtained from the patient. **Results:** Histopathology revealed a benign lesion composed of collagen fibers, fibroblasts, and sparse blood vessels, confirming the diagnosis of traumatic fibroma. **Conclusions:** Excisional biopsy is the treatment of choice, as it allows for immediate surgical resolution and guarantees a definitive diagnosis through histopathological analysis.

Keywords: Traumatic fibroma, Mouth neoplasms, Excisional biopsy.

INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva anatómica, la boca se divide en vestíbulo y la cavidad oral propiamente dicha. El vestíbulo se ubica entre la cara interna de los labios y las mejillas. Por su parte, la cavidad oral limita con el paladar duro y blando en la zona superior; con el piso de la boca y lengua en la porción inferior; hacia posterior con la orofaringe y anteriormente con los arcos dentarios. La cavidad se encuentra tapizada por diversos tipos de mucosa. La variante queratinizada recubre las encías y el paladar duro, así como la cara superior de la lengua, mientras que la mucosa no queratinizada se extiende por el piso de la boca, los labios, caras laterales y ventrales de la lengua, paladar blando y pilares amigdalinos. Desde una perspectiva histológica, el revestimiento bucal se compone de un epitelio plano estratificado apoyado sobre una base de tejido conjuntivo, denominada lámina propia. (1,2)

Dicha mucosa puede presentar diversas condiciones como variaciones morfológicas o anatómicas no patológicas, así como es susceptible de presentar lesiones característicamente patológicas que pueden vincularse a anomalías durante las fases de formación embriológica de la boca. Asimismo, su aparición también podría estar ligada a procesos de carácter autoinmunitario o manifestarse como indicadores secundarios de patologías sistémicas con orígenes diversos ya que existe una relación compleja entre la salud general y la salud bucodental. Por otra parte, pueden ser producto de hábitos,

irritaciones o traumatismos crónicos y de manifestaciones de infecciones micóticas, virales o bacterianas. (2,3)

Las lesiones patológicas bucales que se manifiestan en los pacientes que asisten a la consulta odontológica deberían ser reconocidas adecuadamente, ya que pueden alterar el comportamiento de los tejidos orales. Al mismo tiempo, constituyen un importante problema de salud, pues aún no reciben la atención necesaria y su prevalencia sigue en aumento a nivel mundial. La ausencia de un diagnóstico preciso dificulta su tratamiento oportuno, lo que podría permitir que lesiones potencialmente malignas pasen desapercibidas y aumenten el riesgo de cáncer oral. Por ello, una exploración clínica completa de la cavidad bucal resulta fundamental para identificar estas afecciones, ya que limitar la inspección únicamente a las unidades dentarias puede retrasar su detección. (4) En contexto, el diagnóstico clínico-patológico representa un desafío crítico por lo que el odontólogo debe ser capaz de identificar lesiones, describirlas, establecer diagnósticos diferenciales y saber actuar ante las mismas, además, debe registrar fotografías e indicar cuando sean necesarios exámenes complementarios para así confirmar el diagnóstico de una patología mediante el estudio histopatológico. Las enfermedades presentes en la cavidad bucal especialmente en la mucosa son varias, que van desde la más sencilla a la más compleja de tratar y afectan a ambos sexos. (5,6)

La biopsia realizada por odontólogos representa una herramienta diagnóstica esencial para establecer con precisión la naturaleza de las lesiones patológicas permitiendo la identificación precisa de las mismas y la posterior orientación terapéutica adecuada, además descartar la presencia de cáncer oral. Este procedimiento también es aconsejable en el caso de úlceras bucales persistentes sin causa identificable. De igual manera, está indicada en lesiones que no mejoran ni desaparecen luego de dos semanas, incluso tras la eliminación de posibles agentes irritantes. Además, debe considerarse cuando las lesiones interfieren con la función bucal o su origen es incierto, sobre todo si se acompañan de síntomas como dolor o entumecimiento, así como en aquellas que se encuentran en tejidos profundos de la lengua, labios o mucosa bucal. (7,8)

Considerando la diversidad de lesiones presentes en la cavidad oral, se encuentran diversas entidades que pueden comprometer la salud bucal de manera significativa. Entre estas, las lesiones reactivas constituyen un grupo amplio e importante. Estas son alteraciones de la mucosa oral originadas por traumatismos, irritación crónica o



respuesta a estímulos nocivos y repetidos. Clínicamente, su presentación puede variar desde úlceras superficiales hasta masas de apariencia neoplásica que puede generar confusión diagnóstica. La causa se atribuye a aparatología removible, prótesis mal adaptadas, dientes con bordes afilados, fracturados o con caries, mala higiene y acúmulo de placa bacteriana, hábito de tabaquismo, factores hormonales, entre otros. (9)

Ahora bien, con respecto a los tumores benignos de la mucosa oral, son entidades que se caracterizan por un crecimiento anormal, son lesiones de crecimiento organizado, lento, expansivo y bien delimitado, causados por la proliferación celular anormal, estos tienen baja probabilidad de diseminación a otras zonas del cuerpo. Suelen presentarse de forma aislada y crecer lentamente durante varios años, pudiendo ubicarse en labios, encías, paladar, suelo de la boca o lengua, entre los signos más comunes está la presencia de un bulto, que puede ulcerarse o sangrar. (10, 11)

Este tipo de crecimiento anormal puede manifestarse en lesiones como el fibroma traumático que se presenta siendo uno de los más comunes, caracterizándose por su desarrollo en respuesta a lesiones repetidas o irritaciones en los tejidos orales, la respuesta exuberante de tejido crea una masa anormal que podría ubicarse en cualquier lugar de la mucosa oral, entre las causas que provocan esta respuesta se encuentra el mordisqueo constante, traumatismos, fricción, ortodoncia, entre otros. El fibroma traumático afecta a ambos sexos por igual, aunque algunos estudios reportan mayor prevalencia en mujeres después de la segunda década de vida. (11)

En cuanto a su ubicación, es principalmente en áreas susceptibles a traumatismos como carrillos, sin embargo, podría ubicarse en otras zonas de la cavidad bucal. Se manifiesta como un aumento de volumen de color normal y superficie lisa, pero en casos de trauma continuo, puede presentar una coloración blanquecina debido al desarrollo de hiperqueratosis. Suele ser asintomático a menos que haya ulceraciones secundarias debido a traumatismos en la superficie. El tamaño puede variar, pero usualmente tiene alrededor de 1,5 centímetros de diámetro, su forma suele ser redondeada y consistencia firme. En la mayoría de los casos, se presenta de base sésil, aunque también podría ser pediculada. (12, 13)

Desde la perspectiva histológica, el fibroma se encuentra revestido por un epitelio escamoso estratificado delgado, dependiendo del grado de irritación mecánica, la superficie puede exhibir desde hiperqueratosis hasta zonas de ulceración ante

traumatismos intensos, bajo este epitelio subyace una estructura nodular de tejido conectivo denso, caracterizada por abundantes haces de colágeno tipo I y III bien estructurados, dispuestos en patrones entrelazados o arremolinados, con presencia dispersa de fibroblastos y pequeños vasos sanguíneos. Los diagnósticos diferenciales son lipoma, neurofibroma, mucocele, papiloma, granulomas piogénicos, granulomas periféricos de células gigantes, fibromas odontogénicos periféricos, hiperplasia fibrosa inflamatoria, hiperplasia papilar inflamatoria, hiperplasia inducida por fármacos y lesiones malignas como los carcinomas espinocelulares. (14)

El fibroma traumático se trata mediante escisión quirúrgica conservadora; sin embargo, es importante presentar el tejido extirpado para un examen microscópico porque otros tumores benignos o malignos pueden imitar la apariencia clínica de un fibroma. El tratamiento pertinente es la biopsia quirúrgica excisional donde rara vez se registran recidivas una vez hecha la exéresis, aunque la persistencia puede deberse a trauma continuo. En el caso de biopsias de lesiones ubicadas en encía hay que tener precaución ya que se puede provocar defectos mucogingivales y estéticos o exposición y sensibilidad de la raíz de las unidades dentarias adyacentes. (15).

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se basa en un reporte de caso, centrado en el análisis clínico-patológico de una lesión en tejidos blandos. El protocolo diagnóstico incluyó la historia clínica, exámenes de laboratorio y una radiografía periapical de la zona afectada. El registro documental fue hecho mediante fotografías intraorales. Se ejecutó una biopsia excisional con el fin de remitir la muestra a estudio histopatológico. Finalmente, se obtuvo el consentimiento informado firmado por el paciente, quien autorizó la intervención y la difusión académica del caso garantizando el anonimato y la confidencialidad de sus datos.

Historia clínica

Edad: 50 años. **Sexo:** femenino. **Ocupación:** Ama de casa. **Motivo de consulta:** “tengo algo en la encía”. **Enfermedad actual:** Paciente femenino de 50 años de edad natural y procedente de Maracay, Edo. Aragua que acude a consulta de forma asintomática por presentar lesión patológica en zona anteroinferior derecha, refiere haber sido tratada en dos oportunidades por dos profesionales distintos siendo la última vez en el año 2018 sin

estudio histopatológico previo y siendo recidivante. **Historia familiar:** Su madre padeció de hipertensión arterial y su padre padece de leucemia. **Antecedentes personales:** Estuvo en tratamiento ortodóntico por 4 años. (2009-2013) Fue tratada quirúrgicamente de dos hernias discales en los niveles c4, c5 y c6 por lo que le colocaron dos cestas de titanio (2014).

Hallazgos clínicos: Se evidencia lesión tumoral de 1,5 cm de diámetro, de forma circunscrita, del mismo color de la mucosa circundante, pero con un área eritematosa en el centro; de base pediculada, superficie lisa, consistencia firme, ubicada en encía insertada y papilar inferior, entre las unidades dentarias 42 y 43, por vestibular y por lingual. Al examen de los tejidos duros, el paciente presenta placa generalizada y leve cálculo en sector anteroinferior. Al examen radiográfico se descarta compromiso a nivel dentoalveolar.

Diagnóstico presuntivo: Granuloma piogénico. **Diagnóstico Definitivo:** Fibroma traumático. **Diagnóstico histopatológico:** Lesión reactiva benigna tapizada por epitelio de revestimiento de espesor aumentado, pero con características normales. Se evidencia abundantes fibras colágenas entremezcladas entre si con fibroblastos y escasos vasos sanguíneos. **Pronóstico General:** bueno debido a que no existe afección sistémica que interfiera con el tratamiento. Además, la paciente no refiere tener algún hábito que influya en el fracaso del tratamiento. **Individual:** bueno para todas las unidades dentarias.

Plan de tratamiento: Fase inicial: Realización de Rx periapical. Registro de fotografías intraorales (planificación del caso) **Fase saneamiento básico:** Control de biofilm, educación al paciente acerca de cómo cepillarse correctamente los dientes, uso de hilo dental y enjuague bucal; tartrectomía generalizada y profilaxis. **Fase quirúrgica:** Biopsia de tipo excisional, toma de muestra para la biopsia. **Fase de mantenimiento y control:** Evaluación postoperatoria a los 21 días, resultado histopatológico, registro de fotografía final

Abordaje del caso

Cita 1: Se realizó el llenado de historia clínica, la toma de fotografías intraorales y de una rx periapical, dado a los hallazgos de indicaron exámenes de laboratorio complementarios que incluyeron: hematología completa, pt, ptt, tiempo de sangría, glicemia, urea, creatinina, HIV/VDRL

Figura 1
Imágenes intrabucales



Imagen A. Vista frontal de lesión ubicada en encía insertada y papilar, entre los dientes 42 y 43. Se observa lesión bien delimitada, de aspecto tumoral y del mismo color de la mucosa circundante pero con un área eritematosa en el centro, sin signos de ulceración.

Imagen B. Vista con espejo dental, donde se aprecia la lesión abarcando la encía insertada y papilar por la parte vestibular entre los dientes 42 y 43 y extendiéndose levemente hacia lingual. **Imagen C.** Vista lateral de la lesión, evidenciando su volumen, superficie lisa y forma redondeada. **Imagen D.** Evaluación periodontal con sonda milimetrada. La imagen permite observar la relación de la lesión con el surco gingival, descartando compromiso periodontal.

Figura 2
Radiografía periapical de la zona



Tejidos periodontales sanos sin evidencia de compromiso a nivel dentoalveolar.

Cita 2: Se llevó a cabo la biopsia, optando por una técnica quirúrgica de tipo excisional. Previamente se inició con la asepsia y antisepsia del paciente y del campo operatorio, se procedió a colocar anestesia local en la zona con un cartucho de lidocaína con epinefrina al 2% y se extirpó la lesión en su totalidad conservando la arquitectura gingival, posteriormente fue colocado cemento periodontal en la zona tratada.

Figura 3

Imágenes del procedimiento

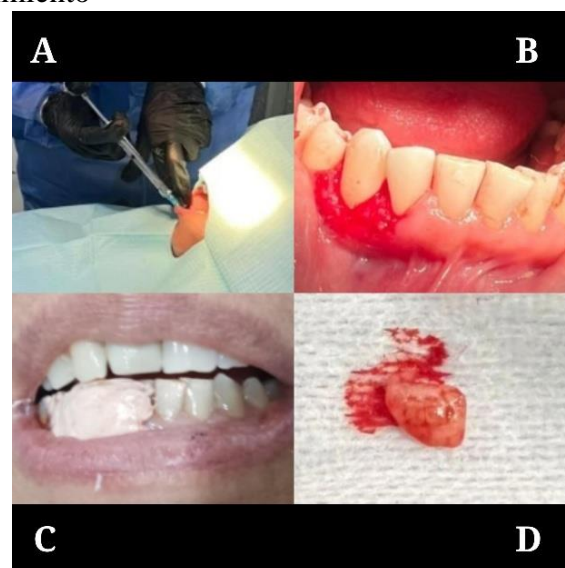


Figura A. Aplicación de anestesia infiltrativa local en la región de la encía insertada entre los dientes 42 y 43, como paso inicial para la exéresis quirúrgica de la lesión. **Figura B.** Imagen intraoperatoria donde se observa el lecho quirúrgico posterior a la remoción completa de la lesión. **Figura C.** Colocación de apósito periodontal (tipo Coe-Pak) tras la cirugía, con el objetivo de proteger el área intervenida y favorecer la cicatrización. **Figura D.** Tejido extirpado, consistente en un fragmento de tejido blando bien delimitado. A continuación, muestra fijada y enviada a estudio histopatológico para confirmación diagnóstica.

Concluido el tratamiento, se procede a la explicación de las indicaciones postoperatorias al paciente.

Indicaciones farmacológicas:

Amoxicilina 875 mg + ácido clavulánico 125mg, 1 tableta c/12h x 7 días

Diclofenac potásico 50 mg, 1 tableta c/8h x 5 días.



Indicaciones postoperatorias

No intentar retirar el cemento periodontal colocado, mantener buena higiene oral, seguir las indicaciones farmacológicas indicadas, asistir a consulta en 21 días.

Figura 4
Resultados de la biopsia

MARIANA VILLARDEL DORRERO
Especialista Social
Patología Bucal & Maxilar

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

Nº de Biopsia: 16.745-23 Fecha de recepción: 09/02/2023
 Nombre del paciente: Lisett González CI. V- 10.754.985 Edad: 50 años Género: Femenino
 Dirección: No aportado Teléfono: 0424-3486312
 Envía: Dra. Yomilcaring Camacho
 Localización de la lesión: Encía entre UD 42 y 43
 Diagnóstico clínico: Granuloma piogénico Vs. Fibroma traumático

16745-23

EXAMEN MACROSCÓPICO

Se reciben tres fragmentos de tejido blando de 1.0x1.0x1.0 cm. de tamaño, forma oval, color blanco y consistencia firme. Se incluyó la totalidad de la muestra para evaluación y estudio.

H&E 4X

EXAMEN MICROSCÓPICO

Lesión reactiva benigna tapizada por epitelio de revestimiento de espesor aumentado, pero de características normales. La lesión está conformada por abundantes fibras colágenas dispuestas al azar, entremezcladas con fibroblastos y escasos vasos sanguíneos. No hay evidencia de malignidad en el tejido estudiado.

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA: FIBROMA TRAUMÁTICO

Mariana Villar del Dorrego
 Dra. Mariana Villar del Dorrego
 Especialista Social
 Patología Bucal & Maxilar

Centro Comercial Ciudad Tamanaco, Pirámide Invertida piso 4 oficina 429
 Chuao, Caracas, Venezuela.

Imagen: Conclusión diagnóstica: Fibroma traumático

Figura 5
Lamina histológica



Vista microscópica del corte histológico: Lesión reactiva benigna tapizada por epitelio de revestimiento de espesor aumentado, pero de características normales. La lesión esta conformada por abundantes fibras colágenas dispuestas al azar, entremezclados con fibroblastos y escasos vasos sanguíneos. NO hay evidencia de malignidad en el tejido estudiado.

Figura 6
Fotografía final



Imagen donde se evidencia el tejido correctamente cicatrizado, con arquitectura gingival conservada sin rastro de recidiva hasta la fecha.

RESULTADOS

Se logró diagnosticar la patología bucal presente en paciente femenina de 50 años, quien presentaba lesión tumoral en zona anteroinferior derecha, clínicamente de aproximadamente 1,5 cm de diámetro, con forma redondeada, color igual al de la mucosa circundante con un área eritematosa en el centro, de base pediculada, consistencia firme y bordes definidos.

Por otro lado, se determinaron los procedimientos quirúrgicos aplicables al paciente por lo cual se indicaron exámenes de laboratorios y una tartrectomía previo a la cirugía. Para ejecutarla fue fundamental haber mantenido buena asepsia y antisepsia. Se colocó anestesia local en la zona y una vez hecho esto se procedió a la realización la biopsia de tipo excisional, posteriormente se colocó cemento periodontal en el área tratada. El tejido fue fijado en formol al 10% inmediatamente tras su obtención para ser remitida a laboratorio. El informe dio como resultado una lesión reactiva benigna denominada fibroma traumático.

Al examen macroscópico mostró tres fragmentos con un tamaño de 1.0x1.0x1.0 cm de diámetro, una forma oval, color blanco y consistencia firme. Microscópicamente un epitelio de revestimiento de espesor aumentado, pero de características normales. Una lesión conformada por abundantes fibras colágenas dispuestas al azar, entremezclados con fibroblastos y escasos vasos sanguíneos sin evidencia de malignidad en el tejido estudiado.

Finalmente, tras el procedimiento, la paciente recibió tanto instrucciones farmacológicas precisas como de su asistencia al control 21 días después de la cirugía para observar su evolución y estado de salud. También se educó al paciente acerca de la patología que presentaba. Hasta la fecha no hay rastro de recidiva.

CONCLUSIÓN

Para realizar un correcto diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, se evalúan los exámenes complementarios como lo son los estudios imagenológicos (Rx periapical) y exámenes de laboratorio, previo al abordaje quirúrgico del paciente. Además, se describe la lesión mencionando características de tipo, tamaño, color, forma, si es única o existen lesiones múltiples, base de implantación, superficie y consistencia para establecer diagnóstico presuntivo y diferencial. En este sentido, para el manejo del paciente con lesión de tipo tumoral se opta por retirar la lesión en su totalidad debido a que la biopsia por escisión suele utilizarse para confirmar un diagnóstico clínico muy probable o cuando una lesión es demasiado pequeña.

Aunque la recidiva no es común hay diferentes causas que pueden contribuir a su formación como lo es la injuria constante en la zona que estimula una reacción exuberante del tejido. Por lo que es importante educar al paciente sobre estas patologías reactivas, así como identificar el hábito o trauma que la causa e igualmente eliminar el mismo.

De esta manera es recomendable desarrollar un pensamiento clínico integral, donde no solo se priorice la eliminación de una lesión patológica presente sino también la comprensión de su origen, evolución, diagnóstico diferencial y posibles recurrencias.

REFERENCIAS

1. Thone M N, Winter D M, Kohn B G, Napolitano V C, Jofré P D. Assessment of oral cavity lesions: classification and differential diagnosis. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [Internet]. 2023 [citado 02 Ago 2025]; 83(3): 274-287. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48162023000300274>

2. Sánchez Sánchez RJ, Feria Díaz GE, Miguel Cruz PA. Salud bucal y enfermedades sistémicas. *Gac méd espirit* [Internet]. 2024 [citado 02 Ago 2025]; 26. Disponible en: <https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/2612>
3. Cuapio A, Tiol A, Muñoz A. Prevalencia de lesiones en mucosa bucal y su relación con condición sistémica, edad y sexo. *Rev ADM* [Internet]. 2024 [citado 02 Ago 2025]; 81(1): 26-38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2024/od241f.pdf>
4. Rios Antezana ML, Romay Bustamante SY. Revelando la normalidad: lesiones de la mucosa oral que se asemejan a diferentes patologías. *Rev Inv Inf Sal* [Internet]. 2024 [citado 05 Ago 2025]; 19(47): 109-116. Disponible en: <https://doi.org/10.52428/20756208.v19i47.1127>
5. Navas-Aparicio MC. Clinical-Histopathological Diagnostic Consistency of Lesions in the Oral Cavity, at the Faculty of Dentistry, Universidad de Costa Rica, in the 2016-2019 Period. *Int J Odontostomat* [Internet]. 2024 Mar [citado 05 Ago 2025]; 18(1): 41-50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2024000100041>
6. Ordoñez-Pauta NE. Patología de tejidos blandos [Tesis de grado]. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca; 2022 [citado 11 Ago 2025]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/ea5d3f83-327c-4036-8dd8-5a738bbd8816/content>
7. Ricci L, Dias MA, Cunha TCR, Vilela Junior RA. Biópsia excisional em língua: relato de caso. *Rev Ibero-Am Hum Ciênc Educ* [Internet]. 2024 [citado 11 Ago 2025]; 10(10): 3755-3760. Disponible en: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i10.16296>
8. Dantas MAPD, Araújo EGO, Carvalho LIM, Lima AMC, Araújo TP, Moreira TP, et al. Realização de biópsias por cirurgiões-dentistas na atenção primária à saúde. *REAS* [Internet]. 2025 [citado 11 Ago 2025]; 25: e18585. Disponible en: <https://doi.org/10.25248/reas.e18585.2025>
9. López-González J. Prevalencia de lesiones reactivas orales en una clínica de pregrado perteneciente a la UAM-X en el periodo 2022-2024 [Tesis de grado en Internet]. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco; 2024 [citado 11 ago 2025]. Disponible en: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/49884>
10. Ramírez R, Morales YR, Morales R. Fibroma bucal traumático de tamaño inusual: reporte de un caso. *Rev Estomatol Herediana* [Internet]. 2025 [citado Sep 01 2025]; 35(1): 65-70. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/reh.v35i1.6378>
11. Dias de Souza CM, da Silva Cardoso IS, Faro Casseb T, Beckmann Carvalho TR, Brito Tanaka E, Faciola Pessoa de Oliveira PG, et al. Fibroma traumático na cavidade oral: Relato de dois casos. *Braz J Implantol Health Sci* [Internet]. 2022 [citado 5 Sep 2025]; 4(4): 35-46. Disponible en: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2022v4n4p35-46>
12. Cunha LA, Souza PT, Silva SEP, Pessoa KD, Fonseca TS, Silva AP. Fibroma em mucosa jugal: uma revisão de literatura. *Braz J Health Rev* [Internet]. 2024 [citado 13 Sep 2025]; 7(9): e74348. Disponible en: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n9-064>
13. Sena FD, Silva Júnior JP, Silva FLA, Belém LC. Remoção cirúrgica de fibroma traumático localizado em borda lateral de língua: relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac* [Internet]. 2024 [citado 13 Sep 2025]; 23(3): 28-31. Disponible en: <https://doi.org/10.70678/rctbmf.v23i3.759>
14. Chacón-Uscamaita PR, Chávez-Rimache L, Mallma-Medina AS. Fibroma traumático en mucosa labial superior: Reporte de caso. *CES odontol* [Internet]. 2021 [citado 13 Sep 2025]; 34(1): 136-144. Disponible en: <https://doi.org/10.21615/cesodon.34.1.13>
15. Radmann Mattos L, Glaeser B, Herpich TL, Aguzzoli A. Fibroma em ventre lingual anterior, excisão cirúrgica: relato de caso. *Braz J Implantol Health Sci* [Internet]. 2024 [citado 13 Sep 2025]; 6(11): 2979-96. Disponible en: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n11p2979-2996>