



## HIPERPLASIA FIBROSA TRAUMÁTICA CAUSADA POR PRÓTESE TOTAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Luciane Cielusinsky – UNIUV<sup>1\*</sup>

Caroline Campos Stefaniu - UNIUV<sup>2</sup>

Professor Orientador: Luis Henrique Baniski

Modalidade de apresentação: Painel

### INTRODUÇÃO

Planejamento e avaliações minuciosas de cirurgias pré-protéticas sempre devem ser avaliados antes de realizar qualquer novo trabalho protético, em especial antes da realização de uma prótese total (PT). Durante a avaliação clínica, pode ser comum encontrarmos lesões de mucosa oral relacionada ao uso de PT, tais como, hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI), hiperplasia papilar inflamatória entre outras. As hiperplasias fibrosas representam processos proliferativos não-neoplásicos, de origem inflamatória, decorrentes de estímulos produzidos pela ação de agentes físicos, em geral traumas crônicos. A HFI é uma lesão proveniente de uma reação do tecido conjuntivo fibroso, decorrente de trauma crônico de baixa intensidade, representado geralmente pelo uso de prótese dentária parcial ou total mal adaptada. Entretanto, pode ainda ter como fatores etiológicos: dentes fraturados, raízes residuais, higiene bucal inadequada, restaurações mal adaptadas, diastemas e outros traumas (COUTINHO et al., 1998). Embora hiperplasia fibrosa traumática seja o nome mais comumente empregado, várias outras sinonímias para HFI são sugeridas, como epúlide fissurada, tumor por lesão de dentadura ou ainda, epúlide por dentadura (ALVES et al., 2005). A hiperplasia das células e fibras do tecido conjuntivo geralmente afeta a mucosa sob variados aspectos quanto à sua localização e extensão. Desenvolve-se comumente na mucosa do rebordo alveolar, fundo de vestibulo e palato, mantendo em geral a cor do tecido local. Pode ainda haver a ulceração da mucosa, devido à ação de trauma local. Trata-se de uma lesão com maior prevalência no sexo feminino, de acordo com a maioria dos estudos, compreendendo dois terços a três quartos dos casos biopsiados. Acomete em especial regiões anterior da maxila e mandíbula (NEVILLE et al., 2004).

### OBJETIVOS

#### OBJETIVO GERAL

Remoção cirúrgica da lesão em questão.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar por meio de análise histopatológica a natureza da lesão;
- Promover recuperação do rebordo traumatizado;
- Estabelecer conforto da região com uso de nova prótese de boa adaptação e ajuste.

### METODOLOGIA

Paciente C.B.R., sexo masculino, 65 anos de idade, compareceu à clínica odontológica da UNIUV solicitando troca de prótese total superior antiga, sem queixa aparente. Ao exame clínico constatou-se que a prótese em questão encontrava-se mal adaptada, e isso favoreceu implantação de lesão em fundo de sulco na região

<sup>1</sup> Acadêmica do 10º semestre do Curso de Odontologia da Uniuv. E-mail: luapmi@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica 10º semestre Curso de Odontologia da Uniuv. E-mail: caroline.stefaniu@yahoo.com.br  
Orientador - Professor do curso de Odontologia da UNIUV. E-mail: prof.luiz.henrique@uniuv.edu.br



ântero-lateral direita. Para permitir a confecção da nova prótese, foi indicada a remoção da lesão. A anamnese e exame clínico não detectaram alterações da condição sistêmica do paciente. Para esse tipo de remoção cirúrgica, três técnicas têm sido utilizadas com sucesso, sendo a excisão cirúrgica convencional, eletrocirurgia e remoção a laser, todas com o objetivo de remover a lesão. No entanto, tanto para eletrocirurgia quanto para remoção a laser torna-se necessário um equipamento específico (JAIMES et al., 2008). Nesse caso, optou-se pela cirurgia convencional com biópsia excisional. Após anestesia local no entorno da lesão, realizou-se pinçamento da lesão com pinça Allis e incisão com bisturi em forma de "V", envolvendo toda a base com corte uniforme e amplo, incisão em forma de cunha no pedículo da lesão, removendo a mesma com pequena margem de segurança. Seguindo a isso, conseguiu-se coaptação dos bordos e sutura com fio de seda 4.0 foi realizada por meio de sutura contínua festonada. O fragmento removido foi depositado em um frasco estéril próprio contendo solução de formaldeído a 10% e enviado para estudo histopatológico, a fim de confirmação diagnóstica, uma vez que a hiperplasia fibrosa inflamatória possui amplo diagnóstico diferencial com lesões do tipo lipofibroma, neurofibroma, tumores de glândulas salivares menores, dentre outras. A preservação do caso, realizada inicialmente quatro dias e posterior 7 dias para remoção dos pontos, revelou um ótimo processo de reparo tecidual. A fim de auxiliar a escovação sem traumatizar o local, foi ainda receitado bochecho com solução de digluconato de clorexidina 2%, por um período de 10 dias.

#### **RESULTADOS ESPERADOS E DISCUSSÃO**

Trata-se de uma lesão exofítica em fundo de vestibulo - região ântero-lateral direita da maxila, com aproximadamente 2,5 x 1,0cm de extensão, composta por massa flácida, de superfície lisa, coloração semelhante à mucosa, de forma arredondada/ovalar, inserção pediculada, ocasionalmente sintomática e com aumento de volume, em especial, quando a prótese descola muito. Características clínicas e a relação à má adaptação da PT sugeriram o diagnóstico clínico de hiperplasia fibrosa inflamatória/traumática (papilar). O paciente faz uso da PT superior à aproximadamente 5 anos. O exame foi encaminhado para análise histopatológica, porém ainda não retornou e aguardamos o diagnóstico confirmatório após resultado do exame, entretanto há um consenso na literatura de que a etiopatogenia da hiperplasia fibrosa inflamatória possui estreita relação com trauma crônico de baixa intensidade, sendo o mais comum o uso de aparelhos protéticos dentários com adaptação insatisfatória. A terapêutica cirúrgica consagrada na literatura é a biópsia excisional, pela qual a lesão é removida completamente, com margem de segurança. Por esse fato, no presente caso clínico, foi adotada essa conduta, seguida de estudo histopatológico.

#### **REFERÊNCIAS**

- ALVES N. C.; GONÇALVES H. H. S. B. Estudo descritivo da ocorrência de hiperplasias fibrosas inflamatórias observadas no Serviço do Laboratório de Histopatologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Marília. Rev Paul Odontol; 2005; 27(4):4-8.
- COUTINHO T. C. L., SANTOS M. E. O. Hiperplasia fibrosa inflamatória. RGO; 1998;1(46):27-34.
- JAIMES M.; MUNANTE J.; OLATE S.; RODRIGUEZ-CHESSA J. G.; DE ALBERGARIA-BARBOSA J. R, MAZZONETTO R. Inflammatory fibrous hyperplasia treated with a modified vestibuloplasty: a case report. J Contemp Dent Pract; 2008; 9(3):135-41.



NEVILLE B. W; DAMM D. D.; ALLEN C. M.; BOUQUOT J. E. Patologia oral e maxilofacial. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.