

TERAPÊUTICA CIRÚRGICA DA HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA - RELATO DE CASO

SURGICAL THERAPY OF FIBROUS INFLAMMATORY HYPERPLASIA: A CASE REPORT

*Marconi Eduardo Sousa Maciel SANTOS**
*Wilson Rodrigo Muniz COSTA***
*Joaquim Celestino da SILVA NETO****

Recebido em jan/2003
Aprovado em jul/2004

RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de demonstrar um caso clínico de hiperplasia fibrosa inflamatória com seis meses de evolução e localização atípica. A lesão foi originada a partir de uma prótese total superior mal adaptada que gerava um traumatismo crônico de baixa intensidade. O caso nos conduziu a uma terapêutica cirúrgica de remoção total da lesão e suspensão dos agentes irritantes que culminaram em excelente pós-operatório e ausência de recidivas.

Descritores: Hiperplasia; Prótese total; Condições Pré-Cancerosas.

ABSTRACT

The purpose of the present article is to present a case of fibrous inflammatory hyperplasia with six months' progression and an atypical location. The lesion originated from an ill-fitting upper denture, caused by a low-intensity chronic trauma. Surgical therapy involved the total removal of the lesion and suspension of the irritant agents, culminating in an excellent postoperative period with no recurrence.

Descriptors: Hyperplasia; Complete Denture; Precancerous Conditions.

INTRODUÇÃO

A hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI) é a melhor denominação dada a lesões proliferativas benignas, surgidas na cavidade bucal a partir de um traumatismo crônico de baixa intensidade.

Apesar de estar freqüentemente associada ao uso de próteses dentárias mal adaptadas, a HFI pode ainda ter como fatores etiológicos diastemas, arestas

de dentes cortantes, má higienização, manobras iatrogênicas profissionais, dentre inúmeras outras (Bassi et al., 1998; Kignel et al., 1999; Castro e Duarte, 2001).

Há uma relação entre o aumento da freqüência de HFI com o aumento do período de uso das próteses, sugerindo que as próteses totais ou parciais

* Aluno do curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pela PUCRS.

** Acadêmico de Odontologia pela FOC/SCES;

*** Professor de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da FOC/SCES e aluno do curso de Doutorado em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial pela FOP/UPE.

removíveis mal adaptadas e/ou antigas normalmente causam trauma constante e inflamação aos tecidos orais (Coelho et al., 2004).

Desta forma, o conhecimento dos aspectos clínicos e histológicos da HFI são essenciais no diagnóstico e plano de tratamento bem como a educação e as revisões regulares dos pacientes portadores de próteses que fazem parte das medidas de prevenção.

REVISTA DA LITERATURA

Clinicamente, a HFI surge como uma lesão exofítica ou elevada bem definida, de consistência variando entre firme à flácida à palpação, superfície lisa, com base séssil ou ocasionalmente pediculada, coloração variando de semelhante à mucosa adjacente a eritematosa, de crescimento lento e geralmente assintomático.

Esta lesão pode ser pequena ou atingir alguns centímetros de diâmetro e ocasionalmente, apresentam-se ulceradas em sua superfície (Coutinho e Santos, 1998).

Coelho et al. (2004) analisaram as lesões bucais relacionadas ao uso de próteses e concluíram que estas podem ter um amplo leque de lesões associadas e que a HFI constituiu-se 16,7% dos casos, nos quais a maioria destas foi relacionada às próteses total superiores.

Em muitos casos, a HFI, ocasionada por uso inadequado de próteses, pode estar associada a infecções fúngicas (Bassi et al., 1998).

De acordo com Torrão et al. (1999), a HFI possui uma frequência alta e constitui a lesão mais acometida na cavidade bucal e, embora possa ocorrer em qualquer localização da cavidade bucal, a mais frequente acontece na gengiva seguida pela bochecha, língua, lábios e palato (Coutinho e Santos, 1998).

Histologicamente a HFI apresenta-se com uma

quantidade excessiva de tecido conjuntivo fibroso com vários feixes de fibras colágenas, envolvido por epitélio pavimentoso estratificado, ceratinizado ou não associado a intenso infiltrado inflamatório e grau variado de vasos (Bassi et al., 1998; Kignel et al., 1999).

O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica com pequena margem de segurança sempre após a abolição do agente irritante, porém outras modalidades terapêuticas podem ser adotadas em alguns casos, como a utilização do laser, microabrasão (Kignel et al., 1999) ou a crioterapia (Lemos Júnior, 1999).

O espécime cirúrgico deve ser sempre encaminhado ao exame histopatológico, a fim de confirmação diagnóstica uma vez que a HFI possui amplo diagnóstico, diferencial com lesões do tipo lipofibroma, neurofibroma, tumores de glândulas salivares menores, dentre outras (Coutinho e Santos, 1998).

Em qualquer modalidade terapêutica, o prognóstico é excelente, e as taxas de recidiva são baixas, quando o agente traumático é removido; cuidados com confecção de novas próteses são adotados, e orientações sobre higiene bucal e protética são ministradas (Coelho et al., 2004).

RELATO DO CASO

Paciente I.C.S., 46 anos de idade, gênero feminino, melanoderma, agricultora, tabagista, procurou o serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Regional do Agreste em Caruaru – PE, queixando-se de um aumento de volume no “céu da boca” com aproximadamente 6 meses de evolução que dificultava a adaptação da prótese, o que repercutia na dificuldade de mastigação e deglutição.

A paciente completou sua história, relatando ser usuária de uma mesma prótese total há aproximadamente 15 anos (Fig. 1) e que não

apresentava comprometimento sistêmico importante.

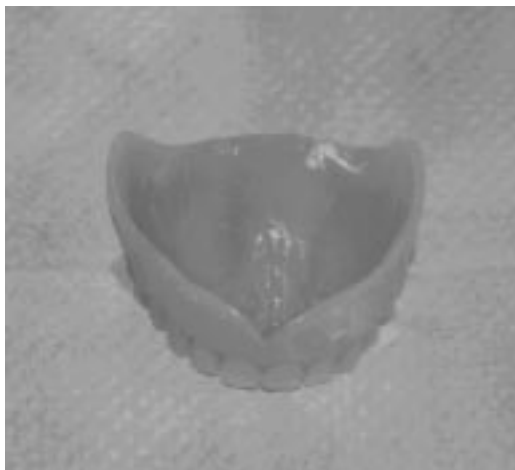


Fig. 1 – Prótese total que a paciente usava há, aproximadamente, 15 anos.

Ao exame físico intra-oral, foi evidenciada uma lesão localizada no palato duro, de consistência fibrosa e firme à palpação, de coloração semelhante à mucosa, assintomática, apresentando base pediculada voltada para a região ântero-superior (Fig. 2 e 3).

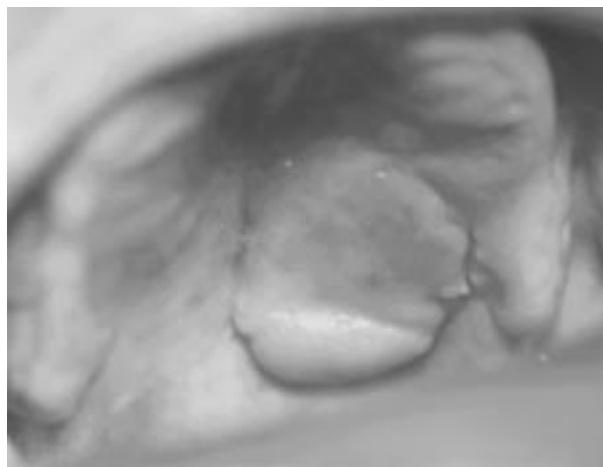


Fig. 2 e 3 – Aspecto clínico da lesão localizada no palato duro evidenciando o pedículo.

Não havia sinais de infecção fúngica associada à lesão. Assim, optou-se pela biópsia excisional da lesão. Sob anestesia local, realizou-se uma incisão em forma de cunha no pedículo da lesão, removendo esta com pequena margem de segurança (Fig. 4), comprimindo, em seguida, a ferida cirúrgica cruenta com gaze embebida em pomada cicatrizante.

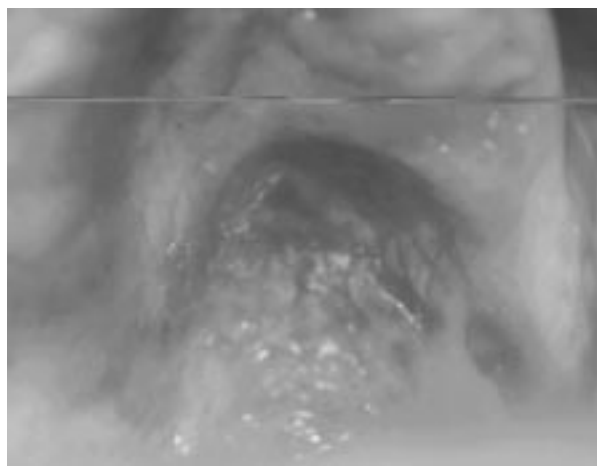


Fig. 4 – Aspecto clínico após a remoção cirúrgica.

O espécime cirúrgico (Fig. 5) foi enviado para estudo histopatológico, no qual os cortes, à microscopia de luz, demonstravam grande quantidade de fibras colágenas e fibroblastos associado a um intenso infiltrado inflamatório crônico (Fig. 6 e 7), confirmando, em seguida, o diagnóstico presuntivo de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória.

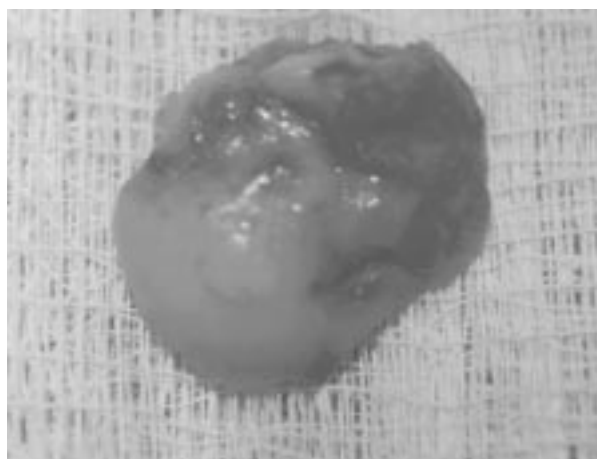


Fig. 5 – Espécime cirúrgico a ser encaminhado a anátomo-patológico.

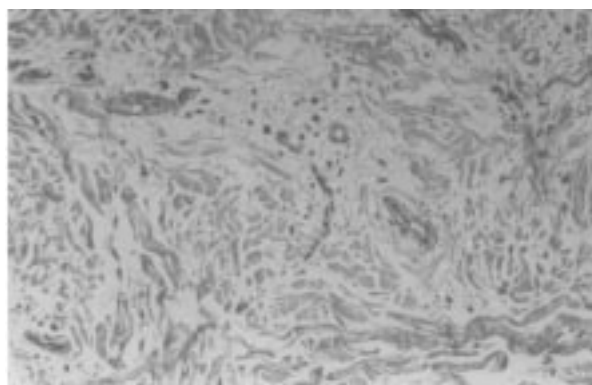
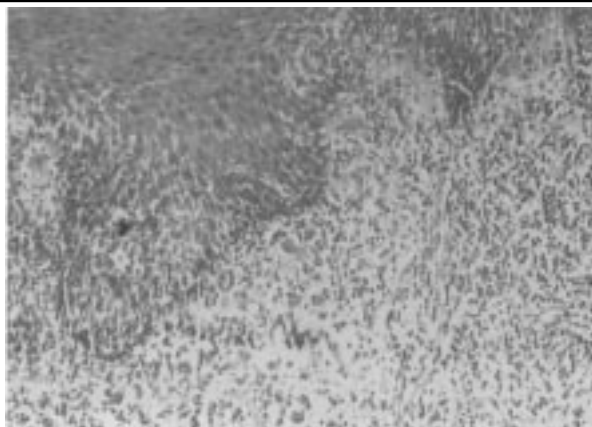


Fig. 6 e 7 – Cortes histológicos demonstrando grande quantidade de fibras colágenas e fibroblastos associados a um intenso infiltrado inflamatório crônico.

O caso foi preservado por seis meses, no qual foi observada a completa cicatrização da ferida cirúrgica (Fig. 8), não havendo histórias de recidivas, uma vez que o agente traumático (prótese total) fora retido, e orientações foram ministradas acerca da higiene local, do vício tabagista e da confecção de uma nova prótese total sob rigoroso controle de qualidade.

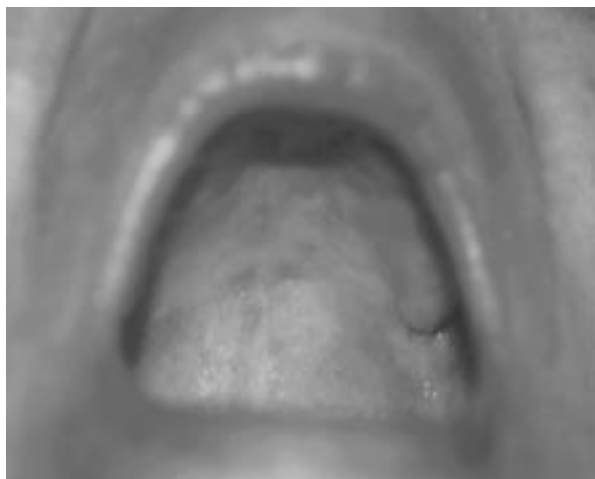


Fig. 8 – Aspecto clínico após preservação de três meses.

DISCUSSÃO

O Brasil, como quase todos os países subdesenvolvidos, não possui políticas de saúde bucal amplas de prevenção e, com isso, sua população carente de informações e tratamento adequado sofre com edentulismo parcial ou total. Nesse contexto, surge a necessidade de confecção em larga escala de próteses, por vezes mal planejadas e executadas, quando realizadas por pessoas não habilitadas.

Levantamentos epidemiológicos são unânimes em demonstrar a grande quantidade de lesões diagnosticadas como HFI, liderando um escore em relação às demais lesões do complexo maxilofacial e geralmente estão associadas ao uso de próteses totais ou parciais removíveis (Torrão et al., 1999; Kignel et al., 1999). Coelho et al. (2000) encontraram uma frequência de HFI de 15% do total de patologias diagnosticadas, predominantemente nas 5ª e 6ª décadas de vida e no gênero feminino (5:1), além de estar diretamente relacionada ao uso prolongado de próteses.

Apesar de a remoção cirúrgica ser a modalidade terapêutica de escolha, alguns autores defendem que a abolição da irritação crônica sobre a lesão em fase inicial, na qual se apresenta inflamada e hiperemiada, poderia ser suficiente para solução do caso (Zanini, 1990 apud Bassi et al., 1998), ou mesmo, reduzir parcialmente o tamanho da lesão (Coleman e Nelson, 1996 apud Coutinho e Santos, 1998). A opção terapêutica no caso relatado foi baseada nas características clínicas da lesão e nas condições disponíveis.

O conhecimento dos aspectos clínicos relativos a HFI bem como as características histológicas, especialmente a da possibilidade de alterações displásicas, demonstram a atenção do profissional no diagnóstico e tratamento além de enfatizar o exame anátomo-patológico para todas as lesões excisadas (Coelho et al., 2000). Thomas (1993) salienta ainda o uso de exames mais sofisticados,

como a imunohistoquímica e a análise de imagens digitais no diagnóstico e histopatogenia da lesão.

CONCLUSÕES

A remoção cirúrgica com pequena margem de segurança, aliada à remoção do agente traumático, constitui uma terapêutica eficiente.

É importante encaminhar sempre os espécimes cirúrgicos para estudo anátomo-patológico, uma vez que a HFI possui potencial de alterações displásicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Bassi, A.P.F.; Vieira, E.H.; Gabrielli, M.A.C. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. RGO, 46 (4): 209-11, out/nov/dez., 1998.
- 2 - Boraks, S. Crescimentos tumorais de origem traumática. In: Diagnóstico Bucal. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999
- 3 - Castro, M.V.M.; Duarte, C.A. Remoção cirúrgica de hiperplasia labial induzida por diastema – relato de caso. BCI, 8 (31): 46-8, Jan/Fev.Mar., 2001.
- 4 - Coelho, C.M.P.; Zucoloto, S.; Lopes, R.A. Denture-induced fibrous inflammatory hyperplasia: a retrospective study in a school of dentistry. Int J Prosthodont, 13(2): 148-51, 2000.
- 5 - Coelho, C.M.P.; Sousa, Y.T.C.S.; Daré, A.M.Z. Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry. J Oral Rehabil, 31: 135-9, 2004.
- 6 - Coutinho, T.C.L.; Santos, M.E.O. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. RGO, 46 (1): 27-34, jan/fev/mar., 1998.
- 7 - Kignel, S. et al. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. Revista Paulista Odontologia, 21 (2): 40-4, março/abril, 1999.
- 8 - Lemos Júnior, C.A. Criocirurgia em lesões benignas da mucosa bucal: revisão da literatura e sua avaliação clínica em 37 casos. Dissertação (Mestrado – Curso de Pós-Graduação em Odontologia. Área de concentração em Diagnóstico Bucal – subárea Semiologia) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 1999.
- 9 - Neville, B.W. et al. Tumores dos tecidos moles. In: Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- 10 - Thomas, G.A. Denture-induced fibrous inflammatory hyperplasia (epulis fissuratum): research aspects. Aust Prosthodont J, 7:49-53, 1993.
- 11 - Tommasi, A.F. Processos proliferativos. In: Diagnóstico em patologia bucal. 2.ed. São Paulo: Pancast, 1989.
- 12 - Torrão, A.C.R. et al. Levantamento epidemiológico de biópsias da região bucomaxilofacial, encaminhadas ao laboratório de patologia bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Revista Conselho Regional Odontologia de Pernambuco, Recife, v.2(2): 119-25, Outubro/ 1999.