O DEVER DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA PREVENÇÃO DA HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA – PATOGENIA E TRATAMENTOS

ARTIGO DE REVISÃO

SOUZA, Diogo Henrique Vaz de¹, LOPES, Henrique do Carmo², TONIOLLO, Marcelo Bighetti³

SOUZA, Diogo Henrique Vaz de. LOPES, Henrique do Carmo. TONIOLLO, Marcelo Bighetti. **O dever do cirurgião-dentista na prevenção da hiperplasia fibrosa inflamatória – patogenia e tratamentos.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano. 06, Ed. 10, Vol. 08, pp. 138-156. Outubro 2021. ISSN: 2448-0959, Link de acesso:

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/odontologia/hiperplasia-fibrosa-inflamatoria>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/odontologia/hiperplasia-fibrosa-inflamatoria

RESUMO

O aumento do volume tecidual em tecido mucoso periodontal de proteção, chamado hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI), acontece por meio de estímulos mecânicos crônicos de baixa intensidade. Principalmente quando relacionadas ao uso inadequada das próteses dentárias. As pesquisas revelam que a alta prevalência da hiperplasia fibrosa inflamatória na população é um grande problema, pois não são todas as pessoas que fazem uso das próteses totais e parciais removíveis, que são adeptas aos hábitos de higiene adequados, e ainda possuem o conhecimento que o uso incorreto destas próteses, podem gerar lesões com potencial oncogênico, dependendo da amplitude de acometimento da lesão. Diante essas informações procuramos responder a seguinte questão norteadora: O estabelecimento de uma adequada higiene oral, e a formação de bons cuidados higiênicos com as próteses

¹ Acadêmico da Faculdade de Odontologia na Universidade de Rio Verde – UniRV – Campus de Rio Verde.

²² Acadêmico da Faculdade de Odontologia na Universidade de Rio Verde – UniRV - Campus de Rio Verde.

³ Orientador.

RC: 100182

Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/odontologia/hiperplasia-fibrosa-inflamatoria>

podem diminuir a prevalência da hiperplasia fibrosa inflamatória? A presente revisão de literatura, abrangeu a revisão de 7 artigos científicos publicados do Google Scholar e Scielo, datadas as publicações entre os anos 2003 e 2020 e revisados no mês de novembro do ano 2020. Relatando as características da hiperplasia fibrosa inflamatória no que tange a respeito das características clínicas e histológicas, classificação, prevalência, relação da hiperplasia fibrosa inflamatória com a oncogênese, além das formas de tratamento da hiperplasia fibrosa inflamatória. Concluímos que caso estes hábitos relacionados aos cuidados protéticos adequados e condutas higiênicas intensivas, sejam bem executadas pelo paciente, será evitada a formação dessa lesão displásica no epitélio oral, que possui sua formação estimulada por pequenos traumas crônicos, e pela ação bacteriológica acumulada ao longo do tempo.

Palavras-Chave: Hiperplasia, Prótese Dentária, Patologia Bucal.

1. INTRODUÇÃO

Mesmo que a odontologia nacional tenha passado por diversos avanços positivos e apresentado diversas melhorias em seus sistemas de proporção de saúde oral, ainda existe uma grande incidência de indivíduos que possuem a necessidade de implementarem o uso de próteses totais ou parciais para reabilitação da cavidade oral edêntula. (TEÓFILO, 2003) O cuidado com a higienização dessas próteses é de essencial importância para um bom condicionamento oral para o paciente.

Com isso, as práticas de promoção de higiene da prótese total, podem evitar diversas lesões que acometem a cavidade oral. Assim, com as consultas periódicas fica preconizada a reavaliação, e em caso de necessidade, os controles periódicos quanto à higienização e proporcionamento do aprendizado do paciente nesse ato básico para a promoção da saúde oral. (COELHO et al., 1995; CARVALHO et al., 2000; GOIATO et al., 2005)

Os cirurgiões-dentistas podem estar bem-informados quanto à hiperplasia fibrosa inflamatória e suas características. Todavia, visando a diminuição dessa alta prevalência de acometimento das lesões hiperplásicas fibrosas inflamatórias na população em geral a intensificação dessas informações quanto à correta higiene oral e protética, o estabelecimento de orientações quanto ao risco que os pacientes se dispõem, quando não se adequam à esses ensinamentos de higiene e manuseio adequado das próteses dentárias, proporcionados do cirurgião-dentista para os pacientes, o presente artigo procurou responder ao seguinte questionamento: O estabelecimento de uma adequada higiene oral, e a formação de bons cuidados higiênicos com as próteses podem diminuir a prevalência da hiperplasia fibrosa inflamatória?

2. MATERIAIS E MÉTODOS

A presente revisão de literatura, compreendeu bibliografias publicadas nas bases de dados Scielo e Google Scholar, nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola.

A seleção dos artigos científicos publicados em revistas e jornais internacionais, aconteceu por meio do uso dos seguintes critérios de inclusão: artigos que abordem os temas hiperplasia fibrosa inflamatória, higiene de próteses totais e parciais, indicações das próteses dentárias, problemas gerados pelo uso incorreto das próteses dentária e falta de cuidado higiênico com as mesmas priorizando os artigos publicados entre os anos 2003 e 2020.

Artigos que não relatam sobre características clínicas e etiológicas, histológicas, terapêuticas, de prevalência da hiperplasia fibrosa inflamatória, fizeram parte dos critérios de exclusão, juntamente com os artigos que possuem datas de publicação muito precedentes ao ano dessa revisão, 2020.

As palavras-chave utilizadas foram: “Hiperplasia” “fibrosa” “inflamatória” ou “prótese” “odontológica” ou “características” “clínicas” ou “etiologia” ou “tratamento” ou

“características histológicas” ou “dentista” ou “odontologia” ou “*dentistry*” ou “indicações”.

Foram utilizados os operadores booleanos “*and/or*” para realização da combinação dos descritores da pesquisa de revisão.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PREVALÊNCIA DA HFI

A hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI), é encontrada com mais frequência, na mucosa oral de pacientes idosos e que fazem uso das próteses totais removíveis. (GRECCA et al., 2002; MARIA CARMEN et al., 2005; BONFIM et al., 2008; COOPER, 1964; BUCHNER et al., 1984; GONÇALVES et al., 1995; FRARE et al., 1997).

Ao relacionar o acometimento da HFI ao gênero da pessoa, aplica-se que o gênero feminino é o mais acometido. (BUCHNER et al., 1984; FALCÃO et al., 1986; CASTRO, 1997).

Entretanto, segundo Días et al. (1989), a partir dos 30 anos ocorrerá uma tendência à diminuição da ocorrência da estomatite protética inflamatória com o avançar da idade do paciente.

A presença de candidíase associada à uma mucosa palatina avermelhada ou ainda associada com papilomatose unida ao diagnóstico de hiperplasia fibrosa inflamatória, acontece mais no gênero feminino, nas mulheres brancas que possuem idades entre os 41 e os 60 anos. (CASTRO, 2000)

Com relação à raça mais prevalente de acometimento, existem os indivíduos leucodermas prevalecendo sobre os indivíduos da raça xatondermas. (NEVILLE e DAMM, 2004; ALVES e GONÇALVES, 2005)

Como foi revisado a HFI (hiperplasia fibrosa inflamatória), possui uma relação direta com os pacientes que fazem uso de próteses, sendo mais comum na fase senil da vida das pessoas, acomete-se tanto homens quanto mulheres, e nas mais variadas raças. A higienização dessas próteses, também se relaciona diretamente na formação dessa condição patológica.

Mesmo que a incidência seja grande em pacientes com idade avançada, é apresentado que várias faixas etárias diferentes são acometidas, com diversos pacientes comprovados. Entretanto, segundo Botelho e colaboradores (2010), o avanço da idade e o processo do envelhecimento do epitélio oral do paciente, parece não estar relacionado com o aumento da prevalência da hiperplasia fibrosa inflamatória nesses pacientes.

3.2 CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DA HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA

Características histológicas reveladas por exames histopatológicos, evidenciam-se como peculiaridades da hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI).

Mediante a esses aspectos a HFI, trará um epitélio pavimentoso estratificado hiperplásico ceratinizado, que pode se apresentar tanto entre áreas de hiperkeratose como em áreas de parakeratose. (MIGUEL et al., 2003)

A HFI também se apresenta, por meio de um tecido aparentemente, pós exame histopatológico, caracterizado por um epitélio pavimentoso estratificado hiperplásico ceratinizado, com características de inflamação, relacionadas à exocitose, proliferações dos cones epiteliais e ainda um tecido histológico apresentando acantose. (MIGUEL et al., 2003; NEVILLE e DAMM, 2004)

Também Casian (2011) evidencia-se que essa hiperplasia fibrosa inflamatória é recoberta por um epitélio escamoso estratificado em seu exame histológico, e ainda terá como causa adicional, as condições multifatoriais, dentre outros fatores

etiológicos perfazem os diastemas e dentes que possuem faces cortantes. (AWANGE et al., 2009; CASIAN et al., 2011).

Caso a lesão do paciente seja originada de uma data mais distante do dia do exame clínico, ele vai trazer um tecido conjuntivo mais denso e mais fibroso, e ainda com células inflamatórias infiltradas. Todavia, caso essa lesão seja uma lesão mais recente, referente ao dia do exame clínico, iremos ter uma característica histológica de presença de tecido de granulação. (MIGUEL et al., 2003)

Entretanto, é presente em resultado do exame complementar histopatológico, um tecido conjuntivo fibroso com diversas fibras colágenas envoltas por um epitélio pavimentoso estratificado, que pode estar ceratinizado ou não ceratinizado, sendo estas fibras relacionadas com grandes quantidades de infiltrados inflamatórios e alternando a quantidade de vasos sanguíneos entre muitos ou poucos vasos. (BASSI et al., 1998; KIGNEL et al., 1999).

A lâmina própria desse tecido, é mononuclear com infiltrado inflamatório, além de trazer uma grande quantidade de linfócitos e macrófagos. Apenas o tecido mole irá crescer nesse local e ainda assim não vai acontecer de maneira insegura, ou seja, o organismo consegue monitorar esse crescimento, estabelecendo um adequado controle sobre ele. Mediante esse crescimento orgânico controlado se mostrará necessário, a realização de exames de imagem radiográfica, pois em casos dispersos podemos ter calcificações sobrejacentes à essa lesão. (CASTRO, 1997).

Estas evidências científicas acima destacadas, estimulam a complementação da formação diagnóstica laboratorial embasado em exame histopatológico para HFI.

3.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA

A hiperplasia fibrosa inflamatória também é nomeada: epúlide fissurada, tumor por lesão de dentadura, hiperplasia fibrosa traumática ou ainda epúlide por dentadura,

(NEVILLE e DAMM, 2004; ALVES e GONÇALVES, 2005) Vargas e colaboradores (2005) publicaram que a HFI consiste em um grupo de lesões produzidas que são formadas por meio do aumento do número de células de um tecido gerando assim o aumento do seu volume, e a causa principal é a agressão crônica de baixa intensidade, como resposta proporcionada pelo tecido mucoso oral, em contato com este estímulo crônico.

No momento que o paciente morde com a prótese total, essa pressão pode formar uma úlcera pelo trauma. Com a constância dessa força exercida no epitélio mucoso, as fibras conjuntivas localizadas na submucosa, serão comprometidas por um quadro inflamatório, assim o tecido somático responde como forma de aumento de volume. E essas características acontecem nas próteses que se são instaladas com uma ausência de uma adaptação adequada. (AZEVEDO, 1986)

Segundo Firoozmand (2005) o processo da formação da HFI, é decursiva do tecido de granulação que é formado por meio da ação do agente irritante crônico na mucosa do paciente. Esse tecido, que é granuloso por meio da resposta a esse trauma crônico, diferencia-se em uma fibrose e com a persistência do fator crônico irritante, acontece a formação do tecido fibroso hiperplásico que é, de fato, a chamada hiperplasia fibrosa inflamatória.

Caracterizar-se-á como um processo exofítico, com a formação de uma placa bem definida, e quando ela é palpada digitalmente, será fisicamente firme ou flácida. Possui cor semelhante ao eritema, cresce bastante devagar, e não traz sintomas álgicos. Superficialmente, seu aspecto é liso em alguns casos úlceras superficiais também são encontradas, nesses casos gera a sintomatologia álgica. (COUTINHO e SANTOS, 1998; SANTOS et al., 2004)

A cor predominante desse crescimento tecidual, é a rósea pálida. No comprometimento da região total do rebordo alveolar os sintomas presentes, é de grande praxe que a lesão se apresente com sangramentos possibilitados pelas ulcerações concomitantes, nesses casos o diagnóstico diferencial será estabelecido

com a patologia: granuloma piogênico. (BASCONES, 1989). Todavia segundo, Coutinho e Santos (1998) e também, Coleman e Nelson (1996), o diagnóstico diferencial da HFI envolve as patologias a seguir: neurofibroma, lipofibroma, rabiomioma, fibroma ossificante periférico e também com os tumores de glândulas salivares menores.

Essa massa de crescimento tecidual, é muito semelhante a um tumor constituído de tecido conjuntivo fibroso (NEVILLE, et al. 2004), localizado na mucosa oral do paciente, especificamente no palato duro, com causas etiológicas centralizadas em formas de estímulos traumáticos mecânicos de intensidade reduzida, que acontecem quando o paciente possui uma prótese que não foi bem ajustada, por meio do uso da técnica da “câmara de sucção”, a fixação da prótese total superior (PTS) é aumentada, ajustando-a no espaço edêntulo do paciente, sendo corriqueiro também a HFI quando o paciente apresentar dentes fraturados e raízes residuais em cavidade oral. (COELHO e ZUCOLOTO, 1998; NEVILLE et al., 2004).

No ato do exame clínico, o cirurgião dentista se depara com uma ou múltiplas pregas de tecido hiperplásico, presentes no vestíbulo do alvéolo do paciente, com uma característica a palpação de firme consistência, localizada no local que a prótese total é colocada e pode ser sésil ou também pediculada. Na maioria dos casos, são presentes duas pregas de tecido hiperplásico, onde a prótese total, irá se adaptar entre esses sulcos teciduais. As características desse tecido mucoso formado se resumem em: tecido íntegro, isquemia leve, hiperemia advinda da compressão da PT (prótese total) na mucosa oral. Todavia, em alguns casos, poderá ser encontrado, lesões com presença de ulcerações eritematosas que se assemelharão ao granuloma piogênico. As dimensões da HFI abrangem menos de 1 cm, até a possibilidade de chegar ao diâmetro de acometimento de todo o vestíbulo do paciente. É mais frequente sua ocorrência, no vestíbulo do rebordo alveolar, todavia, casos especificamente separados, são encontrados na lingual do rebordo alveolar inferior. (RALPH e STENHOUSE, 1972; CUTRIGHT, 1974; NEVILLE et al., 2004)

Essas características clínicas, combinadas aos fatores protéticos, formam atributos para um diagnóstico preciso. Todavia, em casos que acontece um grande comprometimento de tecido com ausência de ulceração tecidual, é indicada a realização da citologia esfoliativa ou a biópsia incisional ou excisional, como método diagnóstico auxiliado por exames complementares, para possível descarte de lesão maligna. (VERRI et al., 1979)

3.4 CLASSIFICAÇÃO DA HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA

As hiperplasias teciduais recebem uma classificação dividida em três categorias. Quando o paciente apresenta esse tecido hiperplásico composto por tecido de granulação, tecido fibroso ou ainda quando ele apresenta outras lesões hiperplásicas de uma forma predominante (ESPINOSA et al., 2006) a classificação da hiperplasia fibrosa inflamatória, é uma hiperplasia por tecido conjuntivo fibroso. (NEWMAN et al., 2002).

Já a classificação da HFI, também é feita de acordo com a região à qual ela acometeu, ou seja, em situações clínicas que a HFI for presente na gengiva marginal, é classificada como “marginal”, já em casos em que a predominância de acometimento é na papila interdental, recebe a classificação de “hiperplasia papilar” e quando a lesão acomete tanto a gengiva marginal como a gengiva papilar será classificada como “difusa”. (CASIAN et al., 2011).

Entendendo o método de classificação das HIF, o conhecimento dessas informações se faz importante, pois além de formar mais características que possam melhor identificar a patologia adquirida, se faz possível um melhor diálogo entre profissionais da mesma área, principalmente em casos em que os pacientes forem encaminhados entre consultórios odontológicos.

3.5 RELAÇÃO DA HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA COM FUNGOS NA CAVIDADE ORAL

Quando o paciente faz uso contínuo das próteses totais, sem realizar a sua remoção para uma correta higienização, o fluxo salivar das glândulas salivares é diminuído pois ocorre uma degeneração das glândulas salivares presentes no palato desse paciente, o que gera um aumento do número de bactérias presentes nessa região de palato, uma queda no PH da cavidade oral do paciente com isso, é estimulada, aumentando a susceptibilidade e o desenvolvimento de cepas fúngicas, servindo por meio dessa atividade da não remoção da prótese como um coadjuvante para o início de um processo inflamatório em palato do paciente. (ELIASSON et al., 1992; JEGANATHAN e LIN, 1992).

A atividade desses microrganismos, é diretamente influenciada por desajustes que passem despercebidos durante o dia-a-dia clínico rotineiro, ou seja, desajustes que geram uma maior atividade proliferativa desses microrganismos, e leva também ao desenvolvimento da candidíase oral. (ELIASSON et al., 1992)

Os pacientes que fazem uso de medicações para doenças crônicas, como a Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Anemia, Leucemia, Artrose e fazem uso das medicações para controle antibacteriano, anti-inflamatórios hormonais, e os pacientes que necessitem de medicamentos para gerar controle hormonal, estão mais susceptíveis ao desenvolvimento da candidíase oral. (BUDTZ-JORGENSEN, 1990; BUDTZ-JORGENSEN, 1981; GORLIN, e GOLDMAN, 1973; LEITE, 2001; WAAL et al., 1988).

3.6 FORMAS DE TRATAMENTO DA HFI

Quando um paciente é diagnosticado com hiperplasia fibrosa inflamatória ele precisa remover o uso da prótese de 7 a 15 dias. Caso essa massa possua característica hemangiomatosa, acontece a regressão da lesão hiperplásica, entretanto se o tecido displásico for composto de tecido fibroso, apenas o tratamento cirúrgico é capaz de

gerar o sucesso do tratamento, e esse tecido precisa passar pela biópsia depois de removido. (MOTTA e MOTTA 1979; ZEGARELLI et al., 1982; BÓRAKS, 2001). Contudo, ainda como forma de tratamento alternativo existe o laser de CO₂ que possui características promissoras nos resultados estéticos permitindo também que a prótese total seja colocada na cavidade o oral do paciente mais rápido depois que a terapia é concluída. (NICOLLE-FILHO, 1999)

A crioterapia e microabrasão, segundo Santos e colaboradores (2004), é outra alternativa de tratamento. E dentre as mais diversas formas de tratamento, o prognóstico é bom, nas diversas formas de se tratar essa alteração tecidual patológica, desde que o causador de trauma crônico seja removido. (COELHO et al., 2004)

Dentro das complicações pós-cirúrgicas, a que mais acontece é o edema. (RALPH e STENHOUSE, 1972). Essa prótese total, também pode ser reembasada com uso dos condicionadores de epitélio mole. (CASTRO et al., 1979; SHAFER, 1979; COELHO et al., 1998)

A chamada de técnica compressiva é outra opção terapêutica. Essa técnica com 30 a 40 dias a lesão passa por uma regressão. Todavia, para isso é confeccionada uma prótese com uma retenção e estabilidade aumentadas e com um adequado selamento periférico apresentando bordas mais espessas. (BOTELHO et al., 2010).

Caso o cirurgião dentista opte por realizar a suspensão do uso da prótese do paciente, os componentes inflamatórios dos tecidos orais passam por redução. E nesse condicionamento oral, a cirurgia é executada em condições mais favoráveis. (CASTRO, 2000; DÍAZ et al., 1989; MORAES, 1994; LEONEL et al., 2002).

Existem também trabalhos dentro da literatura, que trazem as propostas de uso contínuo de clorexidina e hipoclorito de sódio objetivando diminuir as estomatites protéticas. (JACOPINO e WATHEN, 1992; JEGANATHAN e LIN, 1992). Todavia, deve-se ter cautela, pois o uso da clorexidina gera efeitos nocivos ao sistema estomatognático, quando usadas em períodos superiores há 15 dias, pois esse

medicamento altera o paladar do paciente, por meio do estímulo a menores percepções de gosto dos alimentos, consequente presença de gosto metálico na cavidade oral, em casos em que ainda for presente dentes na cavidade oral do paciente estas estruturas dentárias pigmentam-se em tonalidades de cor marrom.

3.7 RELAÇÃO DA HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA E ONCOGÊNESE

Nesse tecido epitelial da HFI, existe a presença de uma displasia, que são distúrbios celulares em conjunto, no momento em que a estas células estiverem maturando, e isso tem um certo grau de malignidade, podendo vir a gerar tumores. Em caso de presença de notação desses sinais displásicos, é evidenciada a necessidade de um curso de tratamento diferente para a patologia no momento do seu tratamento. (CARVALHO et al., 2000).

Os autores Swanson e Spouge (1981) afirmaram que mesmo que a hiperplasia fibrosa inflamatória esteja presente, sendo gerada pelos traumas constantes no epitélio oral do paciente, esse crescimento tecidual tem relação com os carcinomas nessas lesões hiperplásicas. Isso abre-se como mais uma linha de pesquisa que deve ser investigada dentro da interação da oncogênese relacionada com a HFI.

O cirurgião-dentista possui a responsabilidade de realizar a orientação quanto ao uso correto em informações de tempo, higiene e período de necessidade de troca da PTR (prótese total removível) e também próteses parciais removíveis (PPR) assim como a realização das reavaliações periódicas, para análises de possíveis proliferações teciduais ocasionadas por mal adaptação na PTR do paciente. (GOIATO et al., 2005). Quando essas ações não são tomadas, existirá a presença do estímulo para a formação da hiperplasia fibrosa inflamatória protética.

4. DISCUSSÃO

De acordo com o tipo de prótese que é instalada, existe a propensão de formação da HFI, sendo estas próteses, as causadoras principais tanto a prótese total quanto a prótese parcial removível, dados que corroboram em ambos os autores (MEDEIROS et al., 2015).

Quando as próteses são confeccionadas com o auxiliar de retenção chamado de câmara de sucção, a propensão de formação da HIF no palato duro do paciente, é extremamente grande. (TEÓFILO, 2003). Estes dados corroboram com os dados Coelho e Zucoloto (1998); Neville e colaboradores (2004) onde afirmaram que as câmaras de sucção que possuem objetivo de gerar uma prótese mais bem aderida mucosa do paciente, podem também gerar a HFI. Segundo Bóraks (2001), que também certifica essa informação, relatando que a câmara de vácuo gera a HFI no palato do paciente, de característica séssil ou pediculada, também aparecendo com característica nodular.

Diante desses dados, conclui-se que o uso de próteses totais em palato duro, que trazem em seu método de fabricação a presença da câmara de sucção para melhora da aderência da prótese ao palato duro do paciente, gera a formação de um tecido inicialmente granulomatoso inflamatório, que se diferencia em uma fibrose, gerando células hiperplásicas que se caracterizam ao final em um tecido nodular, séssil ou pediculado, chamado de hiperplasia fibrosa inflamatória.

Cawson (1987), explica que essa maior prevalência nas mulheres, em uma proporção de 5:1 acontece pois além de ser um gênero que se preocupa bastante com os fatores estéticos, elas visitam com mais frequência o CD (cirurgião-dentista) com o objetivo de adquirirem próteses dentais. Ainda vemos que segundo Botelho e contribuintes (2010) dentre os 213 casos estudados no seu estudo, foi obtido uma prevalência de 79% em gênero feminino. Isso se deve, pois o gênero feminino apresenta uma maior preocupação no ato de instalar próteses totais removíveis quando comparado ao gênero masculino. (BOTELHO et al., 2010).

Leonel e colaboradores (2002), fizeram uma análise retrospectiva da incidência de diversas lesões encontradas dentro do serviço de CTBMF de Araraquara-UNESP, onde dentre 1210 das condições histopatológicas que acometem a cavidade oral, foram detectadas que a alteração que mais ocorreu na sua análise, foi a hiperplasia fibrosa inflamatória, com 20% de ocorrência. Esse achado foi de encontro com o estudo de Israel et al. (2003), também retrospectivo, onde ele encontrou porcentagens próximas ao estudo de Leonel, este com 16% de incidência de hiperplasia fibrosa inflamatória.

Segundo Falcão et al., 1986 a faixa etária que mais apresenta acometimento dessa lesão é de 30 a 40 anos. Segundo Botelho et al. (2010) a faixa etária mais acometida será dos 40 aos 50 anos de idade dos pacientes que são mais acometidos por essas lesões, dados que vão de acordo aos achados Alves e Gonçalves (2005) e também de Castro (1997). É exposto por Newman e colaboradores (2002), que o acometimento da hiperplasia fibrosa inflamatória na faixa etária infantil fica abaixo de 5%, o que é presente, todavia não é muito habitual.

4.1 REGIÕES DA CAVIDADE ORAL QUE MAIS A HFI ACOMETE

Segundo Alves e Gonçalves (2005) esse padrão de lesão acomete mais a mandíbula dos pacientes, dados que corroboram com Botelho, et al. (2010) onde foi encontrado um acometimento de 58% também mandibular, todavia Azevedo (1996) relatou maiores prevalências em maxila.

Grande frequência também é encontrada na gengiva do paciente, na mucosa do seu vestíbulo, na língua, nos lábios e por último, no palato. Todavia a porção do vestíbulo que mais se encontra a HFI é o sulco vestibular, mais precisamente na crista alveolar lingual da mandíbula, na maxila acontecendo mais frequentemente na porção posterior da maxila. Todavia acontece bastante em ambos os ossos. (LINDHE, 2003)

Entretanto para Falcão e seus co-autores (1986), as áreas do epitélio oral que são mais acometidas pela hiperplasia fibrosa inflamatória mediada por agressões físicas, é o rebordo alveolar como sendo o mais acometido, depois a mucosa jugal, sendo a segunda região mais acometida, e por último o fórnix vestibular como sendo a 3ª região anatômica em acometimento mais frequente.

Diante disto, nota-se que a relação da HFI, não acontece apenas com as agressões crônicas traumáticas como fator causal, mas também com algumas das características sistêmicas dos pacientes, que podem interferir na forma como a mucosa oral do paciente reage às agressões crônicas traumáticas.

Ou seja, as mulheres no momento da menopausa possuem também deficiências hormonais, com isso o epitélio atrófico da sua cavidade oral vai se tornar menos resistente às possíveis agressões que as acometem, e isso gera inflamações de maneira mais facilitada no seu epitélio oral, o que acontece muito com a presença de traumas crônicos. (COELHO et al., 1995).

As mulheres possuem uma maior incidência de procura ao cirurgião-dentista e também é encontrado maiores incidências de HIF nas mulheres, pois como elas possuem características sistêmicas mais propensas às alterações hormonais que podem acontecer também na pós-menopausa, elas possuem uma mucosa mais susceptível às reações hiperplásicas. (SILVA, 2011). Dados estes, que não correspondem aos encontrados por Mozafari et al. (2012) onde ele não encontrou nenhuma prevalência maior quando comparados os gêneros masculino e feminino.

4.2 COMO EVITAR A FORMAÇÃO DA HFI?

Os usuários de prótese total removível (PTR), em sua maioria, desconhecem a possibilidade do acúmulo de microrganismos sobre a superfície da prótese devido uma higiene precária, gerando assim o aumento do tecido gengival. Por assim ser, a higienização precisa ser periódica e de conhecimentos de todos os usuários de PTR. (BOTELHO et al., 2010). Esses dados, que vão de encontro com as afirmações de

(COELHO et al., 1995; CARVALHO et al., 2000; GOIATO et al., 2005). Que relataram que durante as consultas periódicas dos pacientes é extremamente importante, que o controle da higiene oral dos pacientes seja compreendido e bem controlado e executado, para que assim o profissional consiga promover saúde oral para o paciente.

Um paciente portador de prótese total, permite-se vir a usar a prótese por um longo período de tempo por limitações financeiras, ou pelo fato de não ter o conhecimento que essa prótese precisa ser renovada a cada 5 anos, tendo como entendimento, que ela seja permanente para todo o longo de sua vida. (MANDALI et al., 2011).

Esse comportamento de permanência da prótese na cavidade oral por muito tempo, deve ser evitado. Mediante à períodos de troca da prótese total de 5 em 5 anos, e ajustes a cada consulta, evitando os traumas crônicos, caso esses reajustes sejam necessários.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em meio à presente revisão bibliográfica, se faz nítida a extrema necessidade do entendimento por parte dos pacientes, quanto à higienização das suas próteses totais, como realizar essa higienização das próteses, por que assim será evitado o acúmulo de microrganismo, assim como evita-se a formação da HFI, o uso adequado das próteses de forma bem adaptada em seu rebordo alveolar também será necessário, para que a prevalência das hiperplasias fibrosas inflamatórias seja cada vez menor.

É dever de todo profissional cirurgião-dentista, realizar essa tutoria, para todos os seus pacientes portadores de próteses e até para aqueles que possuem hábitos repetitivos que possam gerar traumas de baixa intensidade e crônicos no epitélio oral, o aconselhamento da interrupção dos hábitos que são nocivos ao epitélio oral, a exemplo a não remoção da PTR durante à noite. Pois além de formar a HIF, estes estímulos podem também intensificar a formação de células displásicas com

potencial oncogênico, possibilitando possíveis problemas maiores em um futuro próximo.

REFERÊNCIAS

ALVES, Nilton César.; GONÇALVES, Heloísa Helena Silva Bolzan. Estudo descritivo da ocorrência de hiperplasias fibrosas inflamatórias observadas no Serviço do Laboratório de Histopatologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Marília. **Revista Paulista De Odontologia**, v. 27, n. 4, p. 4-8, 2005.

AWANGE, D. O.; WAKOLI, K. A.; ONYANGO, J. F.; CHINDIA, M. L.; DIMBA, E. O.; GUTHUA, S. W. Reactive Localised Inflammatory Hyperplasia Of The Oral Mucosa. **East African Medical Journal**. v. 86, n. 2, p. 79-82, 2009.

AZEVEDO, Rita Neli Chaves de. **Epúlido fissurada: estudo clínico e histopatológico**. 1986. 71p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1986.

BASCONES, Martínez Antonio. **Atlas de Patología de la Mucosa Bucal**. Madrid: Ediciones Avances, 1989.

BASSI, Ana Paula Farnezi.; VIEIRA, Eduardo Hochuli.; GABRIELLI, Marisa Aparecida Cabrini. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 46, n. 4, p. 209-211. out/nov/dez. 1998.

BONFIM, Isabelita Pessoa Rafael.; SOARESII, Diana Gabriela.; TAVARESIII, Gracielle Rodrigues.; SANTOSIV, Ronaldo Campelo.; ARAÚJOV, Túlio Pessoa.; PADILHA, Wilton Wilney Nascimento. Prevalência de lesões de mucosa bucal em pacientes portadores de prótese dentária. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 8, n. 1, p. 117- 121, 2008.

BÓRAKS, S. **Diagnóstico bucal**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001. 444 p.

BOTELHO, Gilberto Almeida.; VIEIRA, Evanice Menezes Marçal.; PEDRO, Fábio Luis Miranda. Prevalência dos Casos de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória em Mucosa Bucal, **Uniciências**, v. 14, n. 1, p. 9-22, 2010.

BUCHNER, A.; BEGLEITER, A.; HANSEN, L. S. The predominance of epulis fissuratum in females. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, and Oral Radiology**, v. 15, n. 7, p. 699-702, 1984.

BUDTZ-JÖRGENSEN, Ejvind. Etiology, pathology, therapy, and prophylaxis of oral yeast infections. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 48, n. 1, p. 61-69, 1990.

BUDTZ-JØRGENSEN, Elvind. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 10, n. 2, p. 65-80, 1981.

CARVALHO, Oliveira. Terezinha. Rezende.; FRIGERIO, Maria. Luiza. Moreira. Arantes.; YAMADA, Maria. Cecília. Miluzz.; BIRMAN, Esther. Goldenberg. Avaliação da estomatite protética em portadores de próteses totais. **Pesquisa Odontológica Brasileira**. v. 14, p. 3, p. 219-224, 2000.

CASIAN, R. A.; TREJO, Q. P.; DE LEÓN, T. C.; CARMONA, R. D. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: reporte de un caso. **Revista Clínica De Periodoncia, Implantología Y Rehabilitación Oral**, v. 4, n. 2, p. 74-79, 2011.

CASTRO, Alvimar Lima de. **Hiperplasia fibrosa inflamatória de fórnix do vestibulo bucal: estudo clinico e histológico**. 1997. 98 f. Tese (livre-docência) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade do estado de São Paulo, São Paulo, 1997.

CASTRO, Alvimar Lima de.; FURUSE, T. A.; MARTINELLI, C. Hiperplasias teciduais provocadas por prótese: são lesões cancerizáveis? Qual a orientação terapêutica? **ARS Curandi. Odontologia**, v. 6, p. 10-12, 1979.

CASTRO, Alvimar Lima. **Estomatologia**. 3. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000. 243p.

CAWSON, R.; EVESON, J. **Oral pathology & diagnosis: Color atlas with integrated text**. Philadelphia: Editorial Saunders Company, 1987.

COELHO, C. M. P.; SOUSA, Y. T. C. S.; DARÉ, A. M. Z.; CARDOSO, C. M. Avaliação preliminar das lesões da mucosa bucal associadas ao uso de prótese removível. **Revista Brasileira de Odontologia**. v. 52, n. 2, p. 9-12, 1995.

COELHO, C. M. P.; SOUSA, Yara. Teresinha. Corrêa. Silva.; DARÉ, A. M. Z. Denture-Related Oral Mucosal Lesions In A Brazilian School Of Dentistry. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 31, n. 12, p. 135-139, 2004.

COELHO, Cláudia Mendonça Pinto.; ZUCOLOTO, Sérgio. Hiperplasia fibro-epitelial inflamatória da cavidade oral. **Revista da Associação Paulista de Cirurgões-Dentistas**, v. 52, n. 5, p. 383-387, set/out, 1998.

COLEMAN, G. C.; NELSON, J. F. **Princípios de diagnóstico bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 330 p.

COOPER, E. H. Hyperplasia of the oral tissues caused by ill-fitting dentures. **Brazilian Dental Journal**, v. 116, p. 111-114, 1964.

COUTINHO, T. C. L.; SANTOS, M. E. O. Hiperplasia fibrosa inflamatória. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 1, n. 46, p. 27-34, jan/fev/mar, 1998.

CUTRIGHT, D. E. The Histopathologic Findings in 583 Cases Of Epulis Fissuratum. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, and Oral Radiology**, v. 37, n. 3, p. 401-411, 1974.

DÍAZ, Evelio. Enrique. Moreira.; ANGEL, Bernal. Baláez.; VÉLEZ, Urbizo. Joaquín.; JOAQUÍN, Molina. Lesa. Estomatitis subprotesis: estudo epidemiológico en 6.302 pacientes portadores de protesis dentales removibles. **Revista Cubana de Estomatologia**, v. 26, n. 1/2, p. 71-80, ene-jun, 1989.

RC: 100182

Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/odontologia/hiperplasia-fibrosa-inflamatoria>

ELIASSON, Lars.; DAHLÉN, Gunnar.; HEYDENA, Guy.; MÖLLE, Åke. The predominant microflora of the palatal mucosa in an elderly island population. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 50, n. 2, p. 63-69. 1992.

ESPINOSA-ZAPATA, Marisol.; LOZA-HERNÁNDEZ, Guillermo.; MONDRAGÓN-BALLESTEROS, Ricardo. Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos: Informe preliminar. **Cirugía y Cirujanos**, v. 74, n. 3, p. 153-157, mayo-junio, 2006.

FALCÃO, A. F. P. et al. Alterações teciduais provocadas por próteses. **Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA**, v. 6, p. 66-76, 1986.

FIROOZMAND, Leily. Macedo.; ALMEIDA, Janete. Dias.; GUIMARÃES, Luiz. Antonio. Cabral. Study of denture-induced fibrous hyperplasia cases diagnosed from 1979 to 2001. **Quintessence International**, v. 36, n. 10, p. 825-829, 2005.

FRARE, Stella. Maris.; LIMAS, Patrícia. Alessandra.; ALBARELLO, Flávio. José.; PEDOT, Gleber.; RÉGIO, Rosa. Angela. Schramm. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 51, n. 6, p. 573-576, set./out. 1997.

GOIATO, Marcelo. Coelho.; CASTELLEONI, Luciana.; SANTOS, Daniela. Micheline. Dos.; GENNARI FILHO, Humberto.; ASSUNÇÃO, Wirley. Govçalves. Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 5, n. 1, p. 85-90, jan./jun, 2005.

GONÇALVES, L. P. V.; ONOFRE, M. A; SPOSTO, M. R. et al. Estudo clínico das lesões de mucosa provocadas pelo uso de próteses removíveis. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 52, n. 2, p. 9-12, 1995.

GORLIN, Robert. J.; GOLDMAN, Henry. Maurice. **Oral pathology**. Barcelona: Salvat, 1973.

GRECCA, Karina. Alessandra. Michelão.; SILVA, Junior. Walter. da.; TOMITA, Nilce. Emy.; BASTOS, Maria. Teresa. Atta. Alves. Uso de próteses totais e lesões em tecidos moles na terceira idade. **Revista Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial**, v. 4, n. 22, p. 496-501, nov/dez, 2002.

ISRAEL, Mônica. Simões.; CARVALHO, Flávia. Cristina. R. de.; PYRO, Sylvia. Cristina.; DIAS, Eliane. Pedra. Casuística de 26 anos do serviço de anatomia patológica do Hospital Universitário Antônio Pedro (Universidade Federal Fluminense). **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 60, n. 2, p. 106-107, mar/abr, 2003.

JACOPINO, Anthonv. M.; WATHEN, William F. Oral Candidal Infection and Denture Stomatitis: A Comprehensive Review **The Journal of the American Dental Association**, v. 123, n. 1, p. 46-51, 1992.

JEGANATHAN, S.; LIN, Chew. Chong. Denture stomatitis: a review of the aetiology, diagnosis and management. **Australian Dental Journal**, v. 37, n. 2, p. 107- 114, apr. 1992.

KIGNEL, Sergio.; Donato, A. C.; MOREIRA. César, Augusto.; MILNER, E.; MISTRO, F. Z.; BIGATTO, J. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. **Revista Paulista Odontologia**, v. 21, n. 2, p. 40-44, março/abril, 1999.

LEITE, Ronaldo. Antonio. **Avaliação das condições sistêmicas e bucais de um grupo de idosos não institucionalizados de Franca: realidade e necessidade de reabilitação oral**. 2001. 98p. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Dissertação (Mestrado em Reabilitação Oral) - Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

LEONEL, Elaine. Cristina. De. Freitas.; VIEIRA, Eduardo. Hochuli.; GABRIELLI, Marisa. Aparecida. Cabrinil Análise retrospectiva da incidência, diagnóstico e tratamento das lesões bucais encontradas no Serviço de Cirurgia e Traumatologia

Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP. **Revista paulista de odontologia**. v. 24, n. 3, p. 18-22, maio-jun, 2002.

LINDHE, Jan.; KARRING, Thorkild.; LANG, Niklaus, Peter. **Clinical Periodontology & Implant Dentistry**. 4th edition. Slovenia: Editorial Blackwell-Munksgaard. 2003.

MANDALI, Gamze.; SENER, Işıl Damla.; TURKER, Sebnem Begum.; ULGEN, Hasan. Factors affecting the distribution and prevalence of oral mucosal lesions in complete denture wearers, **Gerodontology**, v. 28, n. 2, p. 97-103, 2011.

MARIA CARMEN, Cruz. F. N. da.; ALMEIDA, Karoline. Guará. Brusaca.; LOPES, Fernanda. Ferreira.; BASTOS, Eider. Guimarães.; FREITAS, Roseana. De. Almeida. Levantamento das biópsias da cavidade oral realizadas no Hospital universitário – unidade Presidente Dutra / UFMA, da cidade de São Luís – MA, no período de 1992 a 2002. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v. 4, n. 3, p. 185-188, 2005.

MEDEIROS, Fabianna. Da. Conceição. Dantas. de.; ARAÚJO-SILVA, Thiago. F. De.; FERREIRA, Kleiton. Alves.; OLIVEIRA-MOURA, Jamile. M. Bezerra de.; CAVALCANTI-LIMA, Isabela. Pinheiro.; GUERRA-SEABRA, Eduardo J. Use of dental prostheses and their relationship with oral lesions. **Revista de Salud Pública**, v. 17, n. 4, p. 603-611, 2015.

MIGUEL, Márcia. Cristina. Da. Costa.; ANDRADE, Emanuel. Savio. De. Souza.; ROCHA, Danielle. Albuquerque. Pires.; FREITAS, Roseana. De. Almeida.; SOUZA, Lélia. Batista. De. Expressão imuno-histoquímica da vimentina e do HHF-35 em fibroma de células gigantes, hiperplasia fibrosa e fibroma da mucosa oral. **Journal of Applied Oral Science**, v. 11, n. 1, p. 77-82, Jan/Mar, 2003.

MORAES, Norberto. Perri. **Estudo clínico e avaliação terapêutica com controle da dieta alimentar, higiene mecânica e desinfecção da prótese total superior na estomatite protética de humanos**. 1994. Tese (Livre Docente) - Faculdade de Odontologia da Unesp, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 1994.

RC: 100182

Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/odontologia/hiperplasia-fibrosa-inflamatoria>

MOTTA, Rodrigo. Garcia.; MOTTA, Z. G. **Épulis fissuratum. Conduta Clínico-Cirúrgica.** Revista Brasileira de Odontologia, v. 36, p. 44-47, 1979.

MOZAFARI, Pegah. M.; DALIRSANI, Zohreh.; DELAVARIAN, Zahra.; AMIRCHAGHMAGHI, Maryam.; SHAKERI, Mohammad. T.; ESFANDYARI, Abdollah.; FALAKI, Farnaz.; ESFANDYARI, A.; FALAKI, Farnaz. Prevalence of oral mucosal lesions in institutionalized elderly people in Mashhad, Northeast Iran. **Gerodontology.** 2012, v. 29, n. 2, p. 930-934, jun, 2012.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J. E. **Patologia Oral E Maxilofacial.** 3º ed. Rio de Janeiro: Salders Elsevier. 2004. 798p.

NEWMAN, Michael G.; TAKEI, Henry H.; CARRANZA, Fermín A. **Periodontología Clínica.** 9. edición. México: Editorial Mc Graw Hill, 2002.

NICOLLE-FILHO, W.; NERES, C. C.; PENNA, L. A. P.; SERIADARIAN, P. I.; RIVA, R. Removal of Epulis Fissuratum Associated to Vestibuloplasty with Carbon Dioxide Laser. **Lasers in Medical Science,** v. 14, p. 2003-2006, 1999.

RALPH, J. P.; STENHOUSE, D. Denture-induced hyperplasia of the oral soft tissues: vestibular lesions, their characteristics and treatment. **Brazilian Dental Journal,** v. 132, n. 2, p. 68-70, 1972.

SANTOS, Marconi. Eduardo. Sousa. Maciel.; COSTA, Wilson. Rodrigo. Muniz.; SILVA NETO, Joaquim. Celestino. da. Terapêutica cirúrgica da hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial,** v. 4, n. 4, p. 241-245. out.-dez. 2004.

SHAFFER, W.G. **Patologia bucal.** 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. 629 p.

SILVA, Heitor. Fontes. Da.; MARTINS-FILHO, Paulo. Ricardo. Saquete.; PIVA, Marta. Rabello. Denture-related oral mucosal lesions among farmers in a semi-arid

Northeastern Region of Brazil. **Medicina Oral, Patologia Oral Y Cirugia Bucal**. v. 16, n. 6. P. 740-744, aug, 2011.

SWANSON, A. E.; SPOUGE, J. D. Traumatic hyperplasia of the gingival-alveolar fibrosis. **Journal of the Canadian Dental Association**, 47, n. 1, p. 52-56, jan, 1981.

TEÓFILO, J. M. **Patologia Oral** - Resumo Didático /Lesões Reacionais de Interesse Odontológico, *Jornal Odontológico da Fafica*, v. 3, n. 1, 2003.

VARGAS, Pablo. Agustin.; PEREZ, Danyel. Elias. Da. Cruz.; Jorge, Jacks.; RANGEL, Ana. Lúcia. Carrinho. Ayrosa.; León, Jorge. Esquiche.; Almeida, Oslei. Paes. de. **Denture hyperplasia with areas simulating oral inverted ductal papilloma**. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*, v. 10, n. 2, p. 117-121, jul, 2005.

VERRI, Regis. Alonso. **Prática odontológica**. Rio de Janeiro: Publicações Médicas, 1979. p. 224-229.

WAAL, Isaïc Van Der, KWAST, Willem Anton Maurits Van Der. **Oral pathology**. Chicago: Quintessence Pub. Co. 1988. 392 p.

ZEGARELLI, E.; KUTSCHER, A. H.; HYMAN, G. A. **Diagnóstico das doenças da boca e dos maxilares**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

Enviado: Fevereiro, 2021.

Aprovado: Outubro, 2021.