



## ***HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA: RELATO DE CASO COM CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ATÍPICAS.***

*Larah Gabrielly A A da Costa<sup>1</sup>, Daiany de Mendonça Silva<sup>1</sup>, Geovanna Souza Lima<sup>1</sup>, Cláudio Maranhão Pereira<sup>2</sup>*

### **CASO CLÍNICO**

#### **RESUMO**

A hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI) é uma lesão bucal reacional do tecido conjuntivo fibroso fortemente associada a utilização de próteses parcial removível ou prótese total mal adaptadas. É considerada a lesão reativa de maior incidência na cavidade bucal acometendo preferencialmente a gengiva, seguida da bochecha, língua, lábios e palato. É mais comum em adultos do gênero feminino. Clinicamente possui limites bem definidos, variando sua consistência entre firme à flácida, superfície lisa, base séssil ou pediculada, crescimento lento e assintomático. É de fundamental importância o profissional possuir conhecimento para identificar as alterações e manifestações bucais mais comuns que afetam o ser humano, uma vez que a procura do paciente pelo atendimento de preventivo e/ou curativo tem se tornado cada vez maior. O presente estudo tem como objetivo fazer um relato de um paciente portador de hiperplasia fibrosa inflamatória de aspectos clínicos e evolução atípicas, além de realizar uma revisão de literatura sobre o assunto.

**Palavras-chave:** lesão bucal, hiperplasia, prótese



## **INFLAMMATORY FIBROUS HYPERPLASIA: CASE REPORT WITH ATYPICAL CLINICAL FEATURES.**

### **ABSTRACT**

Inflammatory fibrous hyperplasia (HFI) is an oral lesion of fibrous connective tissue reaction strongly associated the use of removable partial dentures or dentures badly adapted. It is considered to be the most reactive injury incidence in the oral cavity affecting preferentially the gums, followed by cheek, tongue, lips, and palate. It is more common in adults of the female gender. Clinically has clearly defined limits, varying his firm to flabby consistency, smooth surface, base sessile or pediculada, slow growth and asymptomatic. Is of fundamental importance to possess professional knowledge to identify the most common oral manifestations and changes that affect the human being, once the patient's demand for preventive care and-or dressing has become bigger and bigger. The present study aims to report a inflammatory fibrous hyperplasia patient with atypical clinical and evolution aspects, as well as to review the literature.

**Keywords:** oral lesion, hyperplasia, denture

**Instituição afiliada** – 1- Aluna do Curso de Odontologia do Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO. 2- Professor Doutor do Curso de Odontologia do Centro Universitário ICESP-DF, PUC-Goiás e UNIGOYAZES-GO.

**Dados da publicação:** Artigo recebido em 20 de Abril, aceito para publicação em 23 de Maio e publicado em 21 de Junho de 2023.

**DOI:** <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n3p694-706>

**Autor correspondente:** Cláudio Maranhão Pereira [claudio.pereira@icesp.edu.br](mailto:claudio.pereira@icesp.edu.br)



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



## INTRODUÇÃO

A hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI) é uma lesão bucal reacional do tecido conjuntivo fibroso frente a um trauma crônico e de baixa magnitude. É consenso na literatura que existe uma associação entre o aparecimento da hiperplasia fibrosa inflamatória e a utilização de próteses parcial removível ou prótese total mal adaptadas. Porém, além de estar associada a próteses dentais mal ajustadas existe a relação da HFI com outros fatores predisponentes, tais como diastemas, cantos de dentes talhantes, higienização ruim, manobras iatrogênicas profissionais, entre outros<sup>1,2</sup>.

Sendo a lesão reacional que mais acomete a cavidade oral, a HFI possui características não neoplásica, assintomática com preferência de acometimento na gengiva, seguida da bochecha, língua, lábios e palato<sup>3</sup>.

Acomete preferencialmente adulto do gênero feminino. Também existe predisposição por desenvolverem em pacientes leucodermas e com localização predominante em mucosa da mandíbula sendo esta localização encontrada em 58% dos casos<sup>4</sup>.

A HFI clinicamente caracteriza-se pelos limites bem definidos, variando sua consistência entre firme à flácida, superfície lisa, base séssil ou pediculada, crescimento lento e assintomático. Alguns autores relatam que a lesão pode apresentar-se sintomática quando associada a um processo inflamatório agudo<sup>5,6,7</sup>.

É fato que o surgimento de HFI está associado ao uso de próteses mal adaptadas, quer seja pela falta de orientação do profissional para o paciente e/ou negligência na confecção da mesma, ficando o paciente a mercê de adquirir tais lesões e confundir-se com outras de maior magnitude. Com isto faz-se necessário que o cirurgião dentista faça a correta orientação ao paciente frente ao uso, manutenção, higiene e troca das próteses<sup>8,9,10</sup>.

Com no exposto, o objetivo desse trabalho foi relatar uma paciente 58 anos de idade, portadora de hiperplasia fibrosa inflamatória de aspectos clínicos, localização e evolução atípicos, além de realizar uma revisão de literatura sobre o assunto.



## **REVISÃO DE LITERATURA**

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, enquadrando-se entre os tipos de lesões mais encontradas relacionadas com uso de próteses totais ou parciais removíveis mal adaptadas<sup>1,11</sup>.

Apesar de estar frequentemente 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<sup>12</sup>. Há uma relação entre o aumento da frequência de HFI com o aumento do período de uso das próteses, sugerindo que as próteses totais ou parciais removíveis mal adaptadas e/ou antigas normalmente causam trauma constante e inflamação aos tecidos orais<sup>4,13,14</sup>.

A evolução das lesões bucais e a relação com próteses mal adaptadas são preocupantes. Estudos têm mostrado que a falta de informação do paciente quanto ao tempo de uso e frequência de higiene das próteses estão relacionados com surgimento de tais lesões bucal. Diante disso, em um estudo foi observado que dos 112 pacientes da pesquisa portadores de prótese total apenas 18 desses receberam orientação do cirurgião dentista. Desta forma, a HFI tem se tornado a lesão oral com maior prevalência nos adultos entre a quarta e sexta década de vida<sup>8,15</sup>.

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 até eritematosa, de crescimento lento e geralmente assintomático<sup>16</sup>. Esta lesão pode ser pequena ou atingir alguns centímetros de diâmetro e ocasionalmente, apresentam-se ulceradas em sua superfície<sup>17</sup>.

A lesão se apresenta ainda com características de crescimento do tecido conjuntivo fibroso, que afeta maxila e mandíbula frente a um processo irritativo causado por trauma. Sua classificação se dá de acordo com a localização de acometimento, podendo assim ser marginal, papilar e difusa<sup>6</sup>.

Após análise de lesões bucais relacionadas ao uso de próteses foi possível concluir 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<sup>18</sup>.



Em muitos casos, a HFI, ocasionada por uso inadequado de próteses, pode estar associada a infecções fúngicas<sup>19, 20</sup>. As candidoses, úlceras traumáticas e hiperplasias inflamatórias foram as lesões mais encontradas no estudo de Gonçalves e colaboradores em 1995. Associaram o desenvolvimento das lesões com a falta de orientação dos usuários quanto ao uso e higienização corretos, assim como à baixa conscientização sobre o tempo de uso dos aparelhos protéticos<sup>10</sup>.

O diagnóstico definitivo da HFI é feito através da biópsia excisional após minucioso exame clínico do paciente. Histologicamente observa-se a presença de abundantes vasos sanguíneos no tecido conjuntivo fibroso hiperplásico, além do infiltrado inflamatório, que por sua vez pode se apresentar com presença de linfócitos e células plasmáticas, como também leucócitos polimorfonucleares<sup>10, 14</sup>.

O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica com pequena margem de segurança sempre após a suspensão do agente irritante, porém outras modalidades terapêuticas podem ser adotadas em alguns casos, como a utilização do laser, micro abrasão ou a crioterapia<sup>5,9,11</sup>.

Várias técnicas atualmente permitem a excisão cirúrgica da lesão tais como lâmina de bisturi, laser, eletrocirurgia e microabrasão. Porém para um tratamento conservador da lesão a conduta do cirurgião dentista no atendimento do paciente resume-se em apenas a remoção do agente causador da lesão e acompanhamento do mesmo. Após sete dias, caso não seja observado uma remissão da alteração, a remoção cirúrgica passa a ser indicada<sup>19</sup>.

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<sup>20</sup>.

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 devem ser adotados e orientações sobre higiene bucal e protética ministradas<sup>21</sup>.

## **RELATO DO CASO CLÍNICO**

Paciente do gênero masculino, 58 anos, procurou atendimento na clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia, em decorrência de um “caroço na boca”.

Durante a anamnese, o paciente relatou que a alteração cresce lentamente, era assintomática e que a mesma havia surgido há cerca de 20 anos. Entretanto agora, em virtude

do tamanho, estava atrapalhando utilizar as próteses. Em relação as próteses, o paciente relatou que utilizava as mesmas próteses há mais de 30 anos. Sobre história médica progressiva, história familiar e história social, nenhuma informação foi pertinente ao caso.

Durante exame clínico observou-se a presença de uma câmara de sucção na área basal da prótese. Ao exame físico intrabucal, observou-se um aumento de volume de formato triangular, de aproximadamente 50 mm no seu maior diâmetro, localizada em palato, consistente a palpação e de coloração rósea. Foi possível que a alteração era móvel e não era aderida a mucosa do palato. Com hipótese diagnóstica de Hiperplasia Fibrosa, foi optado pela realização da biópsia excisional e posterior substituição das próteses.

Após a Excisão da Lesão, a mesma foi encaminhada para o exame histopatológico, confirmando o diagnóstico de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. O paciente continuou a realização do tratamento odontológico onde, pós exodontias, o mesmo foi reabilitado com nova prótese total.



Figura 1. Exame Intra-bucal. Aspecto pediculado da lesão em palato duro.



Figura 2. Observa-se que a lesão é móvel e não está fixada no palato. Excisão da lesão



Figura 3. Aspecto macroscópico da lesão após realização de biópsia excisional



Figura 4. Aspecto clínico após 1 mês de acompanhamento clínico.

## DISCUSSÃO

A hiperplasia fibrosa inflamatória é considerada um processo proliferativo bucal, sendo muito frequente na clínica odontológica. Caracterizada clinicamente por massa tumoral, geralmente séssil e de coloração rósea a eritematosa, acomete normalmente mucosa labial, fundo de sulco e palato, decorrente de fator irritativo local (próteses mal adaptadas). O tratamento é cirúrgico e o prognóstico é bom. Entretanto, pela dimensão atingida, pode ocasionar retração tecidual ampla<sup>2,4</sup>.

A Hiperplasia fibrosa inflamatória ocorre ao redor das margens ou bordas de próteses totais ou parciais removíveis. Sua etiologia é relacionada com a irritação crônica causada por bordas de próteses mal adaptadas e por forças oblíquas resultantes de desajustes oclusais. A substituição da crista óssea do rebordo alveolar por tecido fibroso parece contribuir para o aparecimento destas lesões<sup>1,6</sup>. No caso relatado no presente trabalho, a paciente utilizava as mesmas próteses há mais de 30 anos.

O tamanho das lesões pode variar desde hiperplasias localizadas com menos de um centímetro de diâmetro até lesões que envolvem a maior parte do comprimento do vestíbulo (fundo de sulco). Apresenta consistência firme, formas variadas, coloração semelhante ao tecido original, geralmente assintomática, sendo que esses fatores podem variar dependendo da intensidade da irritação ou do tempo de evolução da lesão. Apresenta base séssil e em algumas ocasiões aparecem várias formações agrupadas com aspecto pregueado. Ocorre mais



frequentemente na idade adulta (entre 41 e 50 anos) e com predileção pelo sexo feminino e raça branca<sup>9,11,12</sup>. O paciente relatado apresenta dados etários semelhantes aos descritos na literatura (58 anos), entretanto o tamanho da lesão e suas características fogem dos aspectos descritos pelos autores. Observamos uma alteração com cerca de 5 centímetros e de superfície irregular, pediculada recobrimdo todo o palato duro do paciente.

A maioria dos estudos mostram que 2/3 a 3/4 dos casos submetidos a biópsia ocorrem em mulheres e várias teorias tentam explicar esse predomínio: o fato de que as mulheres usam mais próteses do que os homens, procuram tratamento odontológico mais frequentemente permitindo a detecção da lesão e mudanças hormonais pós menopausa podem tornar a mucosa de recobrimento mais susceptível a uma reação hiperplásica. Ao exame microscópico nota-se a ocorrência frequente de múltiplas pregas e ranhuras onde a prótese traumatiza o tecido. É comum o epitélio de recobrimento estar hiperkeratótico e demonstrar hiperplasia irregular das papilas. Áreas focais de ulceração não são incomuns, especialmente nas bases das fissuras entre as pregas havendo a presença de um infiltrado inflamatório crônico. O diagnóstico é facilitado pela existência de bordas sobrestendidas na prótese<sup>1,4,6</sup>.

É de fundamental importância que o profissional possua conhecimento para identificação das alterações bucais mais comuns que afetam o ser humano, uma vez que a procura do paciente pelo atendimento odontológico tem se tornado cada vez maior. Sendo assim, torna-se possível o estabelecimento de um atendimento imediato ou, se necessário, o encaminhamento para profissionais adequados para o tratamento especializado.

## **CONCLUSÃO**

De acordo com a revisão de literatura realizada, a hiperplasia fibrosa inflamatória pode ser prevenida tanto por parte do paciente quanto por parte do cirurgião-dentista, por meio de instruções de higiene bucal e da prótese, ajustes ou troca da prótese em um período de 5 anos. O foco principal é a prevenção, boa adaptação e confecção da peça protética, podendo assim se evitar o desenvolvimento das lesões e transtornos posteriores para o paciente. Entretanto devemos reforçar que, apesar de raro, esta lesão pode estar associada a outros fatores predisponentes e apresentar outros aspectos clínicos que podem dificultar seu



diagnóstico. Desta forma o cirurgião-dentista deve conhecer as principais lesões do sistema estomatognático assim como suas possíveis variações.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. BASSI, A. P. F.; VIEIRA, E.H.; GABRIELLI, M. A. C. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. RGO, outubro, novembro e dezembro,1998.
2. KINGNEL, S.. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. Revista Paulista Odontologia, 1999.
3. CASTRO, M. V. M.; DUARTE, C. A. Remoção cirúrgica de hiperplasia labial induzida por diastema- relato de caso. BCI, janeiro, fevereiro e março 2001.
4. COUTINHO, T. C. L.; SANTOS, M. E. O. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. RGO, p. 27-34, janeiro, fevereiro e março, 1998.
5. ALVES, N. C.; GONÇALVES, H. H. S. B. Estudo descrito da ocorrência de hiperplasias fibrosas inflamatórias observadas no serviço do Laboratório de Histopatologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Marília. Rev. Paul. Odontol., v.27, n. 4, p. 4-8, 2005.
6. SANTOS, M. E. S. M.; COSTA, W. R. M.; SILVA - NETO, J. C. Terapêutica cirúrgica da hiperplasia fibrosa inflamatória; relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Recife, v.4, p.241-245, out./dez. 2004.
7. ROWE DE, CARROLL RJ, DAY CL. Prognostic factors for local recurrence, metastasis, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, and lip. Implications for treatment modality selection. J Am Acad Dermatol. 1992;26(6):976–90.
8. ZHANG W, GAO C, ZHANG S, FANG G. Serum Annexin A2 Level Is Associated With Diagnosis and Prognosis in Patients With Oral Squamous Cell Carcinoma. J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2017;75(5):1081–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2016.10.032>.
9. FELTRIN, P. P.; ZANETTI, A. L.; MARCUCCI, G. Prótese total mucosuportada: Lesões da mucosa bucal. Rev. Assoc. Paul Cir. Dent, São Paulo, v. 41 , n.3 , p. 150-159, 1987.
10. GONÇALVES, L. P. V.; ONOFRE, M. A; SPOSTO, M. R. Estudo Clínico das lesões de mucosa provocadas pelo uso de próteses removíveis. RBO, Rio de Janeiro, v. 52, n.2, p. 9-12, março e abril,1995.



11. PARANHOS, H. F. O. Hábitos de higienização de portadores de portadores de prótese total. Rev. Paul Odontol, São Paulo, v. 13, n.1, p. 11-21, janeiro e fevereiro, 1991.
12. BIRMAN, E. G; GONÇALVES, F.. Aumentos Teciduais. In: Kignel S. Diagnóstico bucal. 1. Ed. São Paulo: Robe Editorial, 1997.
13. CASIAN, Romero. Inflammatory Fibrous Hyperplasia; case report. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 4, p. 74-79, 2011.
14. NEVILLE, B. W. Patologia oral e maxillofacial. 2.ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2004.
15. BUCHNER, A. Pathologic conditions of the oral mucosa associated with ill-fitting dentures: III Epulis fissiratum and flabby ridge. J Dent Med, 1979, p.7-13.
16. PANGARE TB, WAKNIS PP, BAWANE SS, PATIL MN, WADHERA S, PATOWARY PB. Effect of Formalin Fixation on Surgical Margins in Patients With Oral Squamous Cell Carcinoma. J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2017;75(6):1293–8. Available from:<http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2016.11.024>.
17. COELHO, C. M.; SOUSA, Y. T.; DARÉ, A. M. Denture-related oral mucosa lesions in a Brazilian school of dentistry. J. Oral Rehabil, Oxford, v.31, p.135-139, 2004.
18. HIRAI H, TOMIOKA H, MOCHIZUKI Y, OIKAWA Y, TSUSHIMA F, HARADA H. Clinical Course of Oral Squamous Cell Carcinoma in Patients on Immunosuppressant and Glucocorticoid Therapy. J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2017;75(9):1980–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2017.01.006>
19. MAGGIORE R, ZUMSTEG ZS, BRINTZENHOFESZOC K, TREVINO KM, GAJRA A, KORC-GRODZICKI B, ET AL. The Older Adult With Locoregionally Advanced Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: Knowledge Gaps and Future Direction in Assessment and Treatment. Int J Radiat Oncol Biol Phys [Internet]. 2017;98(4):868–83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijrobp.2017.02.022>
20. HOLLESTEIN LM, DE VRIES E, NIJSTEN T. Trends of cutaneous squamous cell carcinoma in the Netherlands: Increased incidence rates, but stable relative survival and mortality 1989-2008. Eur J Cancer [Internet]. 2012;48(13):2046–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/r MN, de Visscher JG, Leemans CR, Braakhuis BJ, de Vet HCW, et al. Global incidencj.ejca.2012.01.003>
21. HUSSEIN AA, Heldee of oral and oropharynx cancer in patients younger than 45 years versus older patients: A systematic review. Eur J Cancer. 2017;82:115–27.

