

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

ANA CLARA PRESTRIDGE

**REMOÇÃO CIRÚRGICA DE HIPERPLASIA FIBROSA
INFLAMATÓRIA CAUSADA POR CÂMARA DE
SUCÇÃO**

BAURU

2016

ANA CLARA PRESTRIDGE

**REMOÇÃO CIRÚRGICA DE HIPERPLASIA FIBROSA
INFLAMATÓRIA CAUSADA POR CÂMARA DE
SUCÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Ciências da
Saúde como parte dos requisitos para
obtenção do título de bacharel em
Odontologia, sob orientação da Prof. Me.
Leandro de Andrade Holgado.

BAURU

2016

P942r

Prestridge, Ana Clara

Remoção cirúrgica de hiperplasia fibrosa inflamatória causada por câmara de sucção / Ana Clara Prestridge. -- 2016.

28f. : il.

Orientador: Prof. M.e Leandro de Andrade Holgado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade do Sagrado Coração – Bauru – SP.

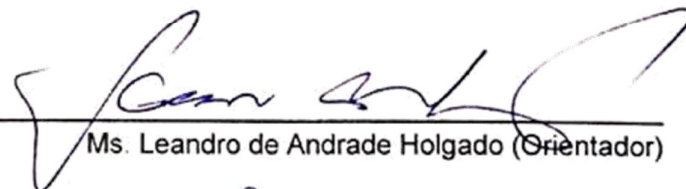
1. Hiperplasia fibrosa inflamatória. 2. Prótese total. 3. Procedimento cirúrgico. 4. Câmara de sucção. I. Holgado, Leandro de Andrade. II. Título.




ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ata de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de Ana Clara Prestridge.

Ao dia nove de dezembro de dois mil e dezesseis, reuniu-se a banca examinadora do trabalho apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de Ana Clara Prestridge intitulado: "**Remoção cirúrgica de hiperplasia fibrosa inflamatória causada por câmara de sucção**". Compuseram a banca examinadora os professores Ms. Leandro de Andrade Holgado, Dra. Camila Lopes Cardoso e Dr. Aparício Fiuza de Carvalho Dekon. Após a exposição oral, a candidata foi arguida pelos componentes da banca que se reuniram, e decidiram, Aprovada, com a nota 10,0 a monografia. Para constar, fica redigida a presente Ata, que aprovada por todos os presentes, segue assinada pelo Orientador e pelos demais membros da banca.



Ms. Leandro de Andrade Holgado (Orientador)



Dra. Camila Lopes Cardoso (Avaliador 1)



Dr. Aparício Fiuza de Carvalho Dekon (Avaliador 2)

DEDICATÓRIA

Dedico o presente trabalho aos meus pais, meu marido e meu filho.

Ao meu saudoso e amado pai, agradeço por sempre ter sido meu grande exemplo, por deixar o legado do estudo e da humildade. Agradeço pelo seu amor imensurável.

À minha mãe, por sempre me amparar e tornar o meu sonho possível. Agradeço pela sua força e garra em todas as nossas dificuldades durante todo o curso.

Ao meu noivo Paulo e meu filho Heitor, agradeço por tê-los em minha vida e dedicando este trabalho, desculpo-me pela minha ausência no nosso convívio, no tempo absorvido nesta graduação e neste trabalho.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus que me trouxe a força e a fé em todos os dias de minha vida.

Agradeço meus pais por serem meu alicerce, que sempre me deram razões pra lutar e seguir em frente em busca dos meus sonhos.

Agradeço todos os meus amigos que fizeram parte da minha graduação, fazendo com que esses quatro anos fossem intensos e inesquecíveis. Obrigada Família Bauruense!

Agradeço meus professores e colegas de curso que foram essenciais para minha formação profissional e pessoal. Com cada um aprendi de alguma forma ser um ser humano melhor.

Agradeço meu Professor Orientador Leandro, pela ajuda, dedicação e toda atenção comigo diante do nosso trabalho.

Agradeço minha funcionária Adriana pelo amor e dedicação com o meu filho enquanto estive longe.

Sou grata a toda minha família pelo incentivo e confiança.

Sem vocês, eu nada seria...

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

À Universidade do Sagrado Coração USC, representada pela Digníssima Reitora Profa. Irmã Susana de Jesus Fadel.

“Quando o assunto é AMOR, nenhum esforço é sacrifício. Ao contrário, é investimento, que rende o melhor dos saldos: a Felicidade”

Lavinia Lins

RESUMO

A Hiperplasia Fibrosa Inflamatória (HFI) é uma lesão de crescimento tecidual benigno e lento decorrente de fatores irritantes locais crônicos e de baixa intensidade. A hiperplasia fibrosa inflamatória por câmara de sucção é um aumento volumétrico da fibromucosa palatina causada por câmaras de vácuo ou câmaras de sucção em próteses totais antigas, com a finalidade de aumentar a retenção e a estabilidade ao aparelho protético devido a pressão interna negativa que se cria dentro da câmara. A incidência dessa lesão ocorre mais frequentemente em mulher, de cor branca entre a 5ª e a 6ª década de vida, e seu diagnóstico é feito baseado na avaliação clínica da lesão, associada a existência de câmara de sucção na prótese. A presença de tal quadro está relacionada ao aparecimento de infecções fúngicas como a candidíase eritematosa. Seu tratamento pode ser realizado através do preenchimento gradual da câmara de sucção, remoção cirúrgica ou uma associação de ambos e a microabrasão, com posterior confecção de nova prótese. O presente trabalho vem apresentar um caso clínico de hiperplasia fibrosa palatina causada por câmara de sucção onde foi realizado o preenchimento da câmara para proporcionar a diminuição da lesão e, posteriormente a exérese cirúrgica total da mesma.

Palavras-chave: Hiperplasia fibrosa inflamatória. Prótese total. Procedimento cirúrgico. Câmara de sucção.

ABSTRACT

Inflammatory Fibrous Hyperplasia (IFH) is a benign and slow tissue growth injury due to chronic and low intensity local irritant factors. The inflammatory fibrous hyperplasia by suction chamber is a volumetric increase of the f palatine fibrous mucosa caused by vacuum chambers or suction chambers in old complete dentures, for the purpose to increase the retention and stability to the prosthetic apparatus due to the negative internal pressure that is created inside the camera. The incidence of this injury occurs more frequently in women, white in the 5th to 6th decade of life, and its diagnosis is made based on the clinical evaluation of the injury, associated with the existence of a suction chamber in the prosthesis. The presence of such a condition is related to the appearance of fungal infections such as erythematous candidiasis. Treatment can be performed by gradual filling of the suction chamber, surgical removal or an association of both and the microabrasion, and then making a new prosthesis. This work presents a clinical case of palatine fibrous hyperplasia caused by a suction chamber where the filling of the chamber was performed to provide a step-down of the injury and subsequent surgical excision.

Keywords: Inflammatory fibrous hyperplasia. Complete dentures. Surgical procedure. Suction chamber.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA	11
2	PROPOSIÇÃO	15
3	CASO CLÍNICO	17
4	DISCUSSÃO	25
5	CONCLUSÃO	29
	REFERÊNCIAS	31

1 Introdução e Revisão de
Literatura

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil o edentulismo tornou-se um problema de Saúde Pública e gera uma grande demanda populacional e necessidade de tratamentos protéticos. O número de pessoas idosas que não possuem sequer um dente funcional ultrapassa 56% da população. (BRASIL, 2010).

A prótese dentária é uma especialidade da odontologia que tem como função a reabilitação oral de áreas desdentadas por meios de dispositivos artificiais, cuja finalidade é restaurar a estética e a funcionalidade do sistema estomatognático (CARLI et al., 2013).

A prótese total nasceu com a odontologia como ciência e arte. Em 1728, Pièrre Fauchard apresentou a solução para o problema de retenção das próteses totais superiores, através da confecção de “câmaras de vácuo” ou “câmaras de sucção” que são depressões de um a dois milímetros no interior da área basal de uma prótese total superior. Porém, estudos mostraram que a sucção aplicada nos tecidos moles da cavidade bucal, mesmo durante pouco tempo, causaria comprometimento local devido à pressão negativa e que as câmaras de vácuo não eram de fato as responsáveis pela retenção, mas sim fatores como a pressão atmosférica, adesão, coesão e tensão superficial do fluido salivar (TURANO, J.C; TURANO L.M. 2010; TELES,2009).

Estudos de Carli et al. (2011) e Barbosa et al. (2011) demonstraram a alta incidência da lesão de hiperplasia em pacientes portadores de próteses totais com câmara de sucção. Dentre as mais variadas lesões relacionadas ao uso de próteses totais muco-suportadas, algumas se tornaram alvo de estudos incluindo nesse grupo aquelas inflamatórias por trauma da câmara de sucção, as hiperplasias fibrosas inflamatórias ou hiperplasias palatinas por câmara de sucção.

A hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI) é uma resposta proliferativa da mucosa gengival possuindo como fator etiológico o trauma contínuo de baixa intensidade da fibromucosa palatina. Clinicamente, inicia-se como uma lesão exofítica ou elevada bem definida, localizada na porção central do palato duro, região correspondente à parte mais alta da abóbada palatina, de consistência entre firme à flácida à palpação, com superfície lisa, bases sésseis, coloração variando semelhante à mucosa adjacente à eritematosa. A mucosa apresenta-se íntegra e ligeiramente isquêmica, dependendo da compressão ou irritação que a prótese

possa provocar pela falta de estabilidade, de crescimento lento e geralmente assintomático (NEVILLE, 2009; PEDRON et al., 2007).

Na maior parte dos casos, o diagnóstico deste tipo de hiperplasia é obtido por meio do exame clínico, uma vez que possui uma íntima relação causa-efeito, ou seja, avaliar a presença da câmara de sucção e a hiperplasia no palato. No entanto, nos casos em que a superfície da lesão estiver ulcerada e/ou apresentar-se dolorida, é aconselhável que se utilize outros métodos complementares de diagnóstico, como a biópsia incisional ou a citologia esfoliativa para ser definido qual é o padrão histomorfológico da lesão. Exames radiográficos podem ser solicitados a fim de se verificar a ocorrência de possível comprometimento ósseo na região (SANTOS 1996; REGEZI, 2000; NEVILLE, 2009 ; CARLI et al., 2006).

Os principais diagnósticos diferenciais das hiperplasias fibrosas inflamatórias são Granuloma Piogênico, Granuloma Gravidico, Fibroma Traumático, Granuloma Periférico de Células Gigantes, Fibromatose Gengival, Hiperplasia Gengival induzida por fármacos, e a mais comum, Hiperplasia Papilar Inflamatória (CASIAN et al., 2011).

O tratamento para a hiperplasia por câmara de sucção caracteriza-se principalmente pela suspensão do uso da prótese, com a finalidade de diminuir a irritação local e muitas vezes o tamanho da lesão, reavaliando-se a mesma após 7 a 15 dias, pois, se a lesão regredir, significa que sua massa é uma porção inflamatória da mucosa, porém se for fibrótica isso não ocorrerá, e nesse caso a terapia cirúrgica será o tratamento recomendado (CARLI et al., 2006; CASIAN et al., 2011).

O tratamento dessas lesões também consiste de modalidades conservadoras utilizando o reembasamento com condicionadores de tecido e/ou remoção cirúrgica total utilizando várias técnicas tais como: peeling, bisturi a frio, crioterapia, bisturi elétrico e uso de laser (FERRI et al., 2003; HUPP, 2009).

Para a realização do tratamento com um condicionador de tecido, pode-se preencher gradualmente a câmara de sucção com materiais como pasta zinco-eugenólica, cimento cirúrgico, guta-percha, resina acrílica ativada quimicamente ou materiais condicionadores de tecido. O paciente será instruído a usar a prótese assim reembasada a fim de que se possa, aos poucos, eliminar a hiperplasia. Esse procedimento é realizado durante três semanas, com intervalos de uma semana entre as trocas do material, porém se conseguir sucesso com essa

modalidade de tratamento, caso a lesão se encontre em estágios iniciais de hiperplasia, é suficiente para a redução ou eliminação da mesma. Caso a lesão não regrida, a excisão cirúrgica deverá ser considerada (CARLI et al., 2006; CASIAN et al., 2011; HUPP, 2009).

Outro método de tratamento é o peeling, que consiste no desgaste da lesão, após anestesia local, com pedra montada tipo pêra ou fresas de acrílico em baixa rotação em função da curvatura do palato. Tal método é aplicado apenas em lesões pouco extensas, em razão do trauma que provoca sendo como uma desvantagem dessa técnica o controle do sangramento durante a cirurgia (PRADO, 2004).

Em hiperplasias extensas pode-se optar pela remoção cirúrgica da lesão com uso do bisturi convencional, seguida do reembasamento da prótese com material condicionador tecidual. Neste método o paciente poderá remover a prótese 48h após a intervenção cirúrgica e o reparo tecidual se dá por segunda intenção (epitelização secundária). A moldagem para confecção de uma nova prótese total pode ser realizada dentro de 4 semanas (CARLI, et al., 2006; PRADO, 2004; HUPP, 2009).

Mais recentemente novos métodos como a crioterapia, a cirurgia com bisturi elétrico e a ablação pelo laser vêm sendo utilizados com sucesso no tratamento das hiperplasias por câmara de sucção, por serem considerados menos traumáticos e por proporcionarem reparo tecidual rápido e uma remoção completa sem sangramento ou cicatrizes excessivas. Uma prótese reembasada com condicionador macio pode oferecer conforto pós-operatório adicional inicialmente, uma vez que promovem mínima dor. Com o passar dos dias, a dor atinge o seu ponto máximo e pode ser tratada com prescrição de analgésicos sistêmicos (CARLI, et al., 2006; PRADO, 2004; HUPP, 2009).

2 Proposição

2 PROPOSIÇÃO

A proposição do presente trabalho é apresentar o relato de um caso clínico de um paciente que se apresentou na clínica da Universidade do Sagrado Coração com uma hiperplasia fibrosa inflamatória no palato duro causada por câmara de sucção. A prótese total superior já não mais apresentava adequada estabilidade e retenção.

3 Caso Clínico

3 CASO CLÍNICO

Paciente A.M.S., gênero masculino, 65 anos, procurou o serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial da Universidade do Sagrado Coração – Bauru –S.P. tendo como queixa principal a falta de estabilidade de sua prótese total superior.

Ao exame físico intra-bucal, observou-se que o paciente apresentava aumento volumétrico do tecido fibromucoso palatino, de base séssil, de consistência firme à palpação, de bordas regulares e coloração que variava do róseo nas laterais da lesão ao eritematoso em sua porção central, ocupando pelo menos dois terços do palato duro do paciente no sentido ântero-posterior (Figura 1). Não foi relatado pelo paciente nenhum tipo de sintomatologia dolorosa, nem mesmo durante à palpação e manipulação da lesão.

Figura 1 – Aspecto clinico da hiperplasia fibrosa inflamatória em palato duro



O contorno morfológico desta lesão se adaptava perfeitamente à depressão propositalmente esculpida na face interna da prótese compatível com uma câmara de sucção (Figura 2), cujo intuito é melhorar a estabilidade da prótese total superior junto ao rebordo alveolar. Conclui-se então que a lesão era compatível com hiperplasia fibrosa inflamatória por câmara de sucção.

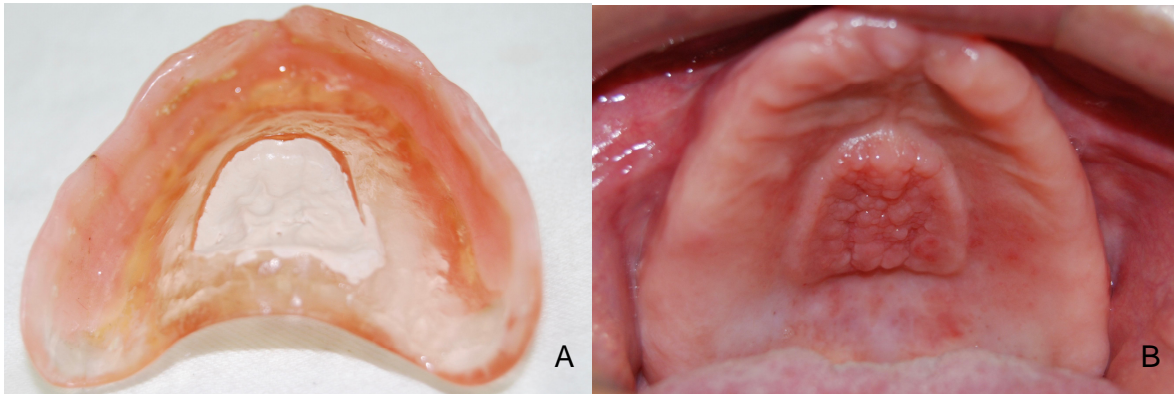
Figura 2 – Câmara de sucção confeccionada na parte central da prótese total superior



Planejou-se para o caso em questão a exérese cirúrgica do tecido fibromucoso palatino hiperplásico em ambiente ambulatorial sob anestesia local. Previamente ao procedimento cirúrgico, foram agendados alguns retornos ao paciente para que gradualmente a câmara de sucção da prótese total fosse preenchida com cimento cirúrgico (Figura 3 A), com o propósito de induzir a regressão, ainda que parcial da presente lesão favorecendo o futuro procedimento cirúrgico (Figura 3 B). Foram solicitados exames laboratoriais pré-cirúrgicos como hemograma, coagulograma completo e glicemia em jejum. Após a análise dos resultados dos exames solicitados foi agendado o procedimento cirúrgico. O paciente foi também orientado a remover a prótese total por pelo menos uma semana do ato operatório para minimizar o processo inflamatório local. Após a remoção da lesão o mesmo usaria a prótese total reembasada com material resiliente a fim de conferir proteção tecidual ao leito operado, haja visto que a cicatrização daria por segunda intenção.

3 Caso Clínico

Figura 3 – A) Preenchimento da câmara de sucção com cimento cirúrgico. B) Aspecto da hiperplasia após utilização da prótese total com o preenchimento da câmara de sucção.



Para a realização do procedimento cirúrgico, foi realizada a antisepsia extra e intra-oral com gaze embebida em solução tópica de polivinilpirrolidona-iodo (PVPI) a 1% (Povidine tópico, Johnson & Johnson, São Paulo, SP), e a montagem de campos cirúrgicos estéreis. As técnicas anestésicas executadas foram bloqueio dos nervos nasopalatinos e palatinos maiores bilateralmente com Cloridrato de Mepivacaína a 2% e adrenalina 1:100.000 (Mepiadre, DFL, Rio de Janeiro, RJ).

A incisão para este caso clínico contornava a lesão em toda sua extensão, tomando-se o cuidado para que, após a dissecação do tecido mole do palato duro (Figura 4), realizado com lâmina de bisturi número 15 e montado em cabo número 3, o tecido periosteal subjacente fosse preservado sobre o processo palatino do osso maxilar. Finalizada a remoção do tecido hiperplásico, foram realizadas as devidas manobras e cuidados com a área operada, como irrigação com o soro fisiológico estéril e compressão com gaze igualmente estéril para conseguir a vasoconstrição necessária ao término do procedimento (Figura 5). Devido à impossibilidade de sutura da ferida cirúrgica que se encontrava cruenta, a prótese total com câmara de sucção já preenchida com cimento cirúrgico, foi reembasada com material resiliente condicionador de tecido, Coe-Soft®, e imediatamente instalada no paciente. As devidas orientações foram dadas ao paciente para que o mesmo não removesse a prótese por pelo menos 24 horas (Figura 6 A e B).

Figura 4 – Incisão na fibromucosa palatina contornando a hiperplasia

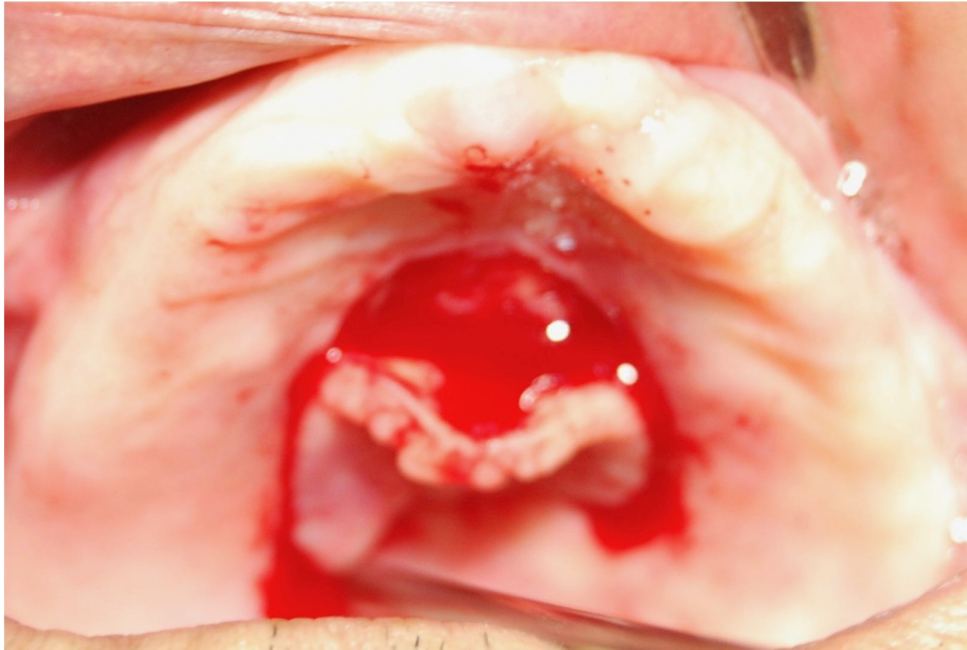
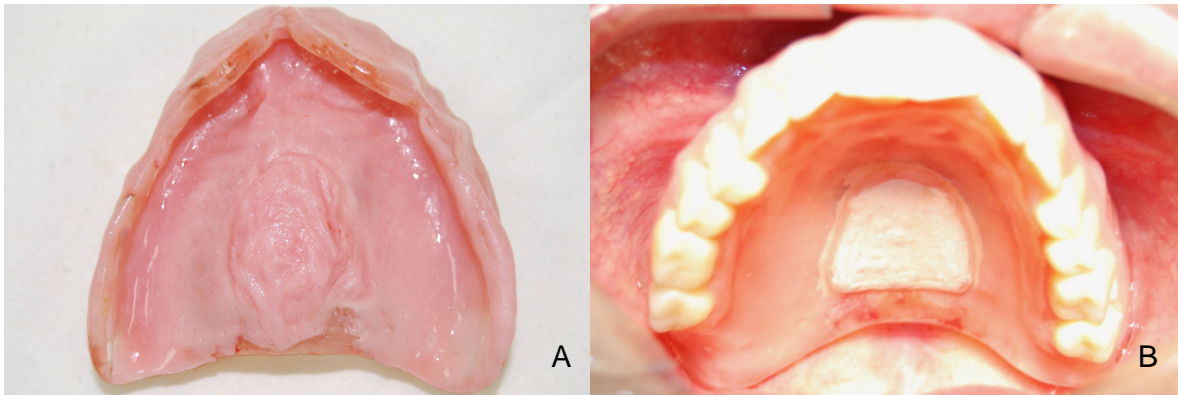


Figura 5 – Aspecto da ferida cirúrgica após exérese do tecido hiperplasiado



3 Caso Clínico

Figura 6 – A) Prótese reembasada com condicionador tecidual (Coe-Soft®). B) Prótese instalada no pós-operatório imediato.



Foi feita prescrição medicamentosa de um antimicrobiano de amplo espectro (Amoxicilina 500mg em intervalo de 8 em 8 horas por 7 dias). Para o controle da dor e modulação da resposta inflamatória receitou-se um antiinflamatório não esteroidal (Nimesulida 100mg em intervalos de 12 em 12 horas por 3 dias) e um analgésico de ação periférica (Paracetamol gotas em intervalos de 6 em 6 horas por 3 dias). Prescreveu-se um enxaguatório bucal à base de digluconato de clorexidina a 0,12% para que o paciente realizasse regularmente bochechos 3 vezes ao dia durante o pós-operatório de 7 dias. Foram também enfatizadas orientações quanto aos cuidados pós-cirúrgicos, como a dieta e higiene local.

Transcorrido 7 dias após a exérese da lesão, a ferida cirúrgica apresentava aspecto compatível com o tempo de decorrido levando-se em consideração a cicatrização por segunda intenção (Figura 7). O paciente relatou sintomatologia dolorosa moderada na área operada sendo este efeito colateral previsível em virtude da extensa área em processo de cicatrização. Aos 14 dias de pós operatório notou-se á área operada em franco processo de cicatrização, de coloração ainda eritematosa, característica normal frente à reparação tecidual com o referido período de acompanhamento e redução significativa da sintomatologia. Após 3 meses de acompanhamento viu-se a diminuição do eritema e processo adiantado de cicatrização quando foi encaminhado para confecção de nova prótese total superior (Figura 8). No retorno, 6 meses após a remoção da hiperplasia o paciente apresentava ótima cicatrização, ausência de qualquer sintomatologia dolorosa e a nova prótese total confeccionada, instalada e funcional (Figura 9 A e B).

Figura 7 – Pós-operatório de 7 dias. Ferida cirúrgica em processo de cicatrização por segunda intenção

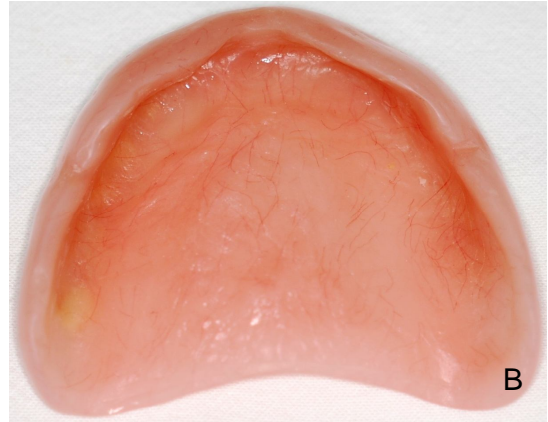


Figura 8 – Pós-operatório de 3 meses. Área operada encontra-se em estágio avançado de cicatrização



3 Caso Clínico

Figura 9– A) Pós-operatório de 6 meses e fibromucosa palatina apresenta-se completamente cicatrizada. B) Prótese total confeccionada após a remoção da hiperplasia fibrosa inflamatória por câmara de sucção.



4 Discussão

4 DISCUSSÃO

As lesões de mucosa são comuns em pacientes que usam prótese removível (CRUZ et al., 2005; GONÇALVES et al, 2005; BONFIM et al. 2008) sendo a hiperplasia fibrosa inflamatória a mais frequente e, na maioria das vezes, associada a pacientes mais idosos (COOPER, 1964; BUCHNER et al., 1984; GONÇALVES et al. 1995; FRARE et al, 1997). Esses achados corroboram com o presente caso, tendo em vista que a utilização de tal aparelho protético por um longo período contribui com o aparecimento de lesões crônicas.

Hiperplasia Fibrosa Inflamatória (HFI) pode ser definida, segundo MACEDO FIROOZMAND et al. (2005), como um aumento no número de células de um tecido em resposta a uma irritação crônica de baixa intensidade. Alguns sinônimos são epúlide fissurada, hiperplasia traumática e pólopo fibro – epitelial. Acredita-se que não ocorrem transformações carcinomatosas nas hiperplasias fibrosas inflamatórias por não apresentarem potencial carcinogênico (CASTRO et al., 1979).

A hiperplasia por câmara de sucção, apesar de ter sua etiologia bem elucidada, ainda não foi totalmente erradicada na prática odontológica. Isto se deve tanto ao uso de próteses confeccionadas há décadas atrás, quando o emprego das câmaras de sucção ainda era aceito, quanto à atuação de uma pequena parcela de profissionais que desconhecem ou ignoram as consequências deste artifício. Pode-se afirmar, então, que a erradicação desta lesão só poderá ser atingida quando os profissionais se conscientizarem do potencial iatrogênico da câmara de sucção como meio de retenção. (ORDULU et al., 2006). A manipulação correta dos tecidos moles, o conhecimento da anatomia local, bem como uma moldagem eficiente da área chapeável e o cuidado em não negligenciar áreas importantes como a moldagem do selado periférico podem atribuir na retenção e a estabilidade necessárias para um aparelho protético total. Este fato foi de suma importância na confecção da nova prótese após a remoção cirúrgica da hiperplasia, resultando em uma prótese estável, devolvendo estética e função ao paciente.

Os achados clínicos no referido caso clínico são condizentes com dados levantados pela literatura pertinente. A hiperplasia fibrosa inflamatória

apresenta-se como uma única, ou múltiplas pregas de tecido hiperplásico no vestíbulo alveolar, consistente a palpação, próximo à superfície da dentadura, de base sésil ou pediculada. Mais frequentemente há duas pregas de tecido, e a borda da prótese associada adapta-se dentro da fissura das pregas. Usualmente a mucosa se apresenta íntegra, ligeiramente isquêmica ou hiperemiada devido à compressão ou irritação causada pela prótese instável. Na maioria das vezes, a massa tecidual é firme e fibrosa, embora algumas lesões sejam eritematosas e ulceradas, semelhantes à granuloma piogênico. O tamanho das lesões podem variar desde hiperplasias localizadas com menos de 1 cm, a lesões grandes que envolvem a maior parte do comprimento do vestíbulo. A localização geralmente está na área vestibular do rebordo alveolar, embora algumas lesões sejam observadas na superfície lingual do rebordo alveolar inferior (RALPH; STENHOUSE, 1972; CUTRIGHT, 1974; NEVILLE et al., 2004).

O tratamento deste tipo de lesão varia desde a suspensão do uso da prótese por tempo determinado, até a remoção total da lesão, por meio de tratamento cirúrgico. Após uma semana de suspensão do uso da prótese, o quadro clínico é mais favorável para a terapêutica compressiva e/ou cirúrgica, se for o caso. (VERRI et al., 1979; FALCÃO et al., 1986). Este tipo de conduta clínica é evidenciado neste relato de caso, e tornou-se vantajoso o acompanhamento do paciente em consultas periódicas para o gradual preenchimento da câmara de sucção o que propiciou regressão do volume hiperplásico e favoreceu sua completa exérese, técnica esta bem explorada pela literatura (CASTRO et al.; FUROSE; MARTINELLI, 1979; SHAFER et al., 1979; COELHO; ZUCOLOTO, 1998).

A suspensão da prótese promove menor trauma na área, com diminuição do edema inflamatório e, conseqüentemente, diminuição do volume tecidual. Na técnica compressiva, a involução clínica se dá entre 30-40 dias, devendo-se então confeccionar nova prótese com maior retenção e estabilidade, procurando manter um bom selamento periférico o que é conseguido com as bordas espessas da prótese.

O tratamento da hiperplasia fibrosa inflamatória é baseado primeiro, na remoção do agente causal, impedindo o uso da prótese e espera de 7 a 15 dias para reavaliar a lesão: se o conteúdo da massa for predominantemente hemangiomaso, deverá regredir, se fibrótico, há de se remover cirurgicamente, enviando sempre o

4 Discussão

material removido para exame histopatológico (MOTTA; MOTTA, 1979; ZEGARELLI et al., 1982; BÓRAKS, 2001;). É esperado que lesões crônicas de longa data, em face do constante trauma derivado da utilização do aparelho protético gere um certo grau de fibrose, porém ainda sim é válido o preenchimento da câmara de sucção e posterior suspensão da mesma no atendimento pré-cirúrgico. Uma vez que a modulação da resposta inflamatória aguda tenha sucesso, o leito cirúrgico torna-se favorável em virtude da diminuição vascular local, próprio de uma resposta inflamatória aguda, fato este que permitiu melhor controle da perda sanguinolenta da área operada.

5 Conclusão

5 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, pode-se concluir que as próteses com câmara de sucção são fatores potenciais para o aparecimento das hiperplasias fibrosas inflamatórias e que a associação do preenchimento da câmara de sucção e posterior excisão da mesma se mostrou eficaz no tratamento dessa patologia.

Referências

REFERÊNCIAS

BARBOSA, T.P.M; SANTANA, T.S; JÚNIOR, R.M.L; BATISTA, J.R; SILVEIRA, L.F; FREITAS, A.P. Lesões bucais associadas ao uso de prótese total. Rev.Saúde.Com, v.7, n.1, p. 133-142, 2011.

BONFIM et al. Prevalência de lesões de mucosa bucal em pacientes portadores de prótese dentária. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, 8(1):117- 121, 2008.

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

CANGER, E.M; CELENK, P.; KAYIPMAZ, S. Denture-Related Hyperplasia: A Clinical Study of a Turkish Population Group. Braz Dent J, v. 20, n.3, p. 243-24, 2009.

CARLI, João Paulo De et al. Lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis. SALUSVITA, Bauru, v. 32, n. 1, p. 103-115, 2013.

CASIAN, R. A.; TREJO, Q. P. , DE LEÓN, T. C.; CARMONA, R. D. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória: reporte de un caso. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral, V.4, n.2, p. 74-79, 2011.

CASTRO, A. L.; FURUSE, T. A.; MARTINELLI, C. Hiperplasias teciduais provocadas por prótese: são lesões cancerizáveis? Qual a orientação terapêutica? Ars Curandi Odontol., v. 6, p. 10-12, 1979.

COELHO, C. M; ZUCOLOTO, S. Hiperplasia fibro-epitelial inflamatória da cavidade oral. Revista da APCD, v. 52, n. 5, p. 383-387, set./out. 1998.

CRUZ, M. C. F. N. et al. 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.

Referências

CUTRIGHT, D. E. The histopathologic findings in 583 cases of epulis fissuratum. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., v. 37, p. 401-411, 1974.

DE CARLI, J.P.; BERNABÉ, D.G.; KAWATA, L.; MORAES, N.P.; SILVA, S.O. Hiperplasia palatina por câmara de sucção tratada por meio da eletrocirurgia – relato de dois casos clínicos. Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo, Passo Fundo, v. 11, n. 2, p. 81-5, 2006.

FALCÃO, A. F. P. et al. Alterações teciduais provocadas por próteses. Rev. da Fac. Odont. da UFBA, v. 6, p. 66-76, 1986.

FERRI, G.; GOMES, D.P.; MARTINS, D.; MARTINS, M.A.T.; BORRA, R.C., RAITZ, R.; Hiperplasia papilar inflamatória: Relato de casos clínicos. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, V.1, n. 2, 2003.

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

HUPP, J. R.; ELLIS, E. R.; TUCKER, M. R. Tratamento das Fraturas Faciais. In: . Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 487–511

MACEDO FIROOZMAND, L.; DIAS, A. J.; GUIMARAES CABRAL, L. A. Study of denture-induced fibrous hyperplasia cases diagnosed from 1979 to 2001. Quintessence Int., v. 36, n. 10, p. 825-9, 2005.

MOTTA, R. G.; MOTTA, Z. G. Épulis fissuratum. Conduta Clínico-Cirúrgica. Rev. Bras. Odontol., v. 36, p. 44-47, 1979.

NEVILLE, B. W. et al. Patologia Oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara, 2004. 705 p.

Referências

ORDULU, M. et al. Oronasal communication caused by a denture with suction cup: a case report. Quintessence Int., v. 37, n. 8, p. 659-62, 2006.

PEDRON, I.G; CARNAVA, T.G.; UTUMI, E.R.; MOREIRA, L.A.; JORGE, W.A. Hiperplasia fibrosa causada por prótese: remoção cirúrgica com laser nd:yap. Rev. Clín. Pesq. Odontol, v.3, n.1, p.51-56, 2007.

PRADO, R.; SALIM, M. Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

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

REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J. Patologia Bucal – correlações clinicopatológicas. 4. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SANTOS, P.B; RUBINIAK, R.H. Comunicação buco-nasal após remoção de hiperplasia provocada por câmara de vácuo na prótese total: relato de um caso. Rev Bras Cir Implant, v. 3, n.2, p.19-25, 1996.

SHAFER, W.G. et al. Patologia bucal. 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. 629 p.

TELLES, D. Prótese total - convencional e sobre implantes. 1ª.ed., Santos Editora, 2009.

TURANO, J.C; TURANO, L.M. Fundamentos da prótese total. 9ª. ed., Santos Editora, 2010.

VERRI, R. A. et al. Prática odontológica. Rio de Janeiro: Publicações Médicas, 1979. p. 224-229.

Referências

ZEGARELLI, E. et al. Diagnóstico das doenças da boca e dos maxilares. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira: resultados principais. Brasília, DF, 2010.