

## Hiperplasia fibrosa inflamatória em mucosa oral: relato de caso

*Inflammatory fibrous hyperplasia in oral mucosa: clinical case*  
*Hiperplasia fibrosa inflamatória em mucosa oral: reporte de case*

Danielly Porfirio da Mata **SANTOS**<sup>1</sup>

Juliana Mayumi **HIRAMATSU**<sup>1</sup>

Carla Oliveira **FAVRETTO**<sup>2</sup>

Jonathan Primo Pereira **SILVA**<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Curso de Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Mineiros, FAMP - Faculdade Morgana Potrich, 75830-000 Mineiros-GO, Brasil

<sup>2</sup>Doutora em Ciência Odontológica, Área de Saúde Bucal da Criança, Faculdade de Odontologia de Araçatuba-SP (UNESP), Professora de Odontopediatria, FAMP - Faculdade Morgana Potrich, 75830-000 Mineiros-GO, Brasil

<sup>3</sup>Especialista em Ortodontia, Instituto Peres, Goiânia -Go, Professor titular de Odontologia social no curso de Odontologia, FAMP - Faculdade Morgana Potrich, 75830-000 Mineiros-GO, Brasil

### Resumo

A hiperplasia fibrosa inflamatória está entre as lesões mais frequentes de tecido mole decorrentes de traumas crônicos. Trata-se de um crescimento tecidual, por meio de um agente irritativo frequente e de baixa intensidade, a partir de traumas, podendo ser recorrente caso seu agente traumático não seja removido. Apresenta-se clinicamente como um aumento de volume, normocorada e de base pediculada ou sésil. Aponta maior prevalência no gênero feminino, em regiões como gengiva, bochecha, língua, palato e lábios. As opções de tratamento são variáveis, podem ser por meio de lasers, incisões, microabrasão ou crioterapia. O objetivo deste estudo é: Apresentar um caso clínico de uma paciente com hiperplasia fibrosa inflamatória, relatando as características histopatológicas e clínicas da referida lesão, enfatizando a importância de um diagnóstico correto. Paciente do gênero feminino, 36 anos, apresentou-se na clínica escola da Faculdade Morgana Potrich relatando um crescimento anormal na parte interna da bochecha. Após a anamnese, realizou-se o exame clínico, em que se observou um aumento tecidual, nodular na região de mucosa jugal. Como tratamento, decidiu-se fazer a remoção cirúrgica da hiperplasia e enviada para exame histopatológico, confirmando o diagnóstico de hiperplasia fibrose inflamatória. Frente às várias lesões com características clínicas muito semelhantes, é extremamente necessário conhecer os diagnósticos diferenciais, bem como realizar o diagnóstico precoce da lesão possibilitando a escolha do tratamento mais eficaz e adequado.

**Descritores:** Manifestações Bucais; Hiperplasia; Mucosa Bucal.

### Abstract

Inflammatory fibrous hyperplasia is among the most frequent soft tissue injuries resulting from chronic trauma. It's a tissue growth, through an irritating and frequent agent of low intensity, from trauma to unadjusted or poorly adapted prosthesis. It may be recurrent if its traumatic agent is not removed. It is clinically presented as an increase in volume, normal colored and with pedicled or sessile base. There is a higher prevalence in females, in regions such as gum, cheek, tongue, palate and lips. The treatment options are variable: through lasers, incisions, microabrasion or cryotherapy. Objective: To present a case report of a patient with inflammatory fibrous hyperplasia, reporting the histopathological and clinical characteristics of the mentioned lesion, emphasizing the importance of a correct diagnosis. Case report: A 36-year-old female patient comes to Morgana Potrich College Clinic School reporting abnormal growth on the inner cheek. Clinical examination shows localized tissue enlargement in the region. It was decided to surgically remove the hyperplasia and undergo histopathological examination to establish the correct diagnosis. Conclusion: As there are several lesions with very similar clinical characteristics, it is extremely necessary to know the differential diagnosis, as well as to make an early diagnosis of the lesion to make or indicate an effective and appropriate treatment option.

**Descriptors:** Oral Manifestations; Hyperplasia; Mouth Mucosa.

### Resumen

La hiperplasia fibrosa inflamatória se encuentra entre las lesiones de tejidos blandos más frecuentes como resultado de un trauma crónico. Es un crecimiento tisular, a través de un irritante frecuente y de baja intensidad, que se origina en un trauma, y puede ser recurrente si no se elimina su agente traumático. Se presenta clinicamente como un aumento de volumen, normal y con base pediculada o sésil. Señala una mayor prevalencia en las mujeres, en regiones como encías, mejillas, lengua, paladar y labios. Las opciones de tratamiento son variables, pueden ser con láser, incisiones, microabrasión o crioterapia. Objetivo: Presentar un informe de caso de un paciente con hiperplasia fibrosa inflamatória, informando las características histopatológicas y clínicas de esta lesión, destacando la importancia de un diagnóstico correcto. Informe del caso: una paciente de 36 años de edad, presentada en la Escuela Clínica del Colegio Morgana Potrich, informó un crecimiento anormal en la mejilla interna. Después de la anamnesis, se realizó el examen clínico, donde se observó un aumento de tejido nodular en la región de la mucosa jugal. Como tratamiento, se decidió extirpar quirúrgicamente la hiperplasia y se envió para un examen histopatológico, confirmando el diagnóstico de hiperplasia de fibrosis inflamatória. Conclusión: en vista de las muchas lesiones con características clínicas muy similares, es extremadamente necesario conocer los diagnósticos diferenciales, así como hacer el diagnóstico temprano de la lesión, lo que permite elegir el tratamiento más efectivo y apropiado.

**Descriptores:** Manifestaciones Bucales; Hiperplasia; Mucosa Bucal.

### INTRODUÇÃO

O grande aumento do número de células do tecido conjuntivo fibroso denomina-se hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI)<sup>1</sup>, também chamada de epúlde fissurada e hiperplasia fibrosa traumática<sup>2</sup>. Apresenta-se clinicamente volumosa, lisa, de base pediculada, normocorada e de crescimento vagaroso<sup>3</sup> e dão-se isoladamente<sup>1</sup>. Esse aumento tecidual ocorre por conta de traumas mecânicos, regiões que possam apresentar câmara de sucção, traumas irritantes constantes, entre outros

fatores etiológicos<sup>1</sup>. As lesões apresentam tamanhos variados, podendo ser pequena ou atingir centímetros de diâmetro, estando ou não associadas a úlceras em sua superfície e geralmente não há sintomatologia dolorosa<sup>3-5</sup>.

A prevalência dessa patologia é principalmente no gênero feminino, muito frequente na cavidade bucal, em regiões como gengiva, bochecha, língua, lábios e palato<sup>6,7</sup>. Geralmente afeta a região anterior de mandíbula e maxila<sup>8</sup>.

Histopatologicamente, apresentam-se como um epitélio pavimentoso estratificado, envolvendo tecido conjuntivo fibroso hiperplásico, número elevado de fibras colágenas contendo alto grau de células inflamatórias crônicas e quantidade inconstante de vasos sanguíneos, podendo ser ceratinizado ou não<sup>4,9</sup>.

Essa lesão faz diagnóstico diferencial com neurofibroma, rabdomioma lipofibroma, tumores de glândulas salivares menores, leiomioma e neurofibroma<sup>4</sup> e com o fibroma ossificante periférico e o granuloma piogênico<sup>10</sup>.

O tratamento da hiperplasia fibrosa inflamatória baseia-se primeiramente na remoção do agente causador, impedindo assim o uso desse agente, havendo a necessidade de espera que poderá variar entre 7 a 15 dias para que assim possa reavaliar a lesão. Os autores descrevem ainda que caso o conteúdo da massa seja predominantemente hemangiomas, ocorrerá uma regressão natural da lesão, e em casos fibróticos, haverá a necessidade de remoção cirúrgica<sup>11,12</sup>.

Sugere-se outras opções de tratamento tais como a microabrasão, o uso do laser ou a crioterapia<sup>13</sup>. No entanto, é de suma importância utilizar a biópsia para se obter o diagnóstico da lesão.

Dessa forma, esse trabalho visa descrever, através de um relato de caso, o tratamento de uma hiperplasia fibrosa inflamatória em mucosa oral, baseado na remoção cirúrgica, que foi importante para o fechamento do seu diagnóstico.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 36 anos de idade, gênero feminino, melanoderma, compareceu à clínica odontológica da Faculdade Morgana Potrich – FAMP para tratamento de rotina. Durante a anamnese, a paciente relatou ser uma pessoa ansiosa, sem vícios e hábitos.

No exame clínico intraoral, observou-se ausência de vários elementos dentários em região posterior da arcada, saúde bucal satisfatória e presença de um pequeno nódulo na mucosa jugal esquerda, porém sem sintomatologia. (Figura 1A). Foi relatado que a lesão, na região interna da bochecha, surgiu há aproximadamente 5 anos, não apresentando nenhuma etiologia específica. A paciente nunca fez o uso de prótese dentária e relatou incômodo ao mastigar.

A lesão apresentou-se de forma nodular, normocorada, pediculada, bem delimitada, medindo aproximadamente 3 mm de diâmetro e 2 mm de altura, com possíveis diagnósticos

diferenciais de lipofibroma, neurofibroma ou hiperplasia fibrosa.

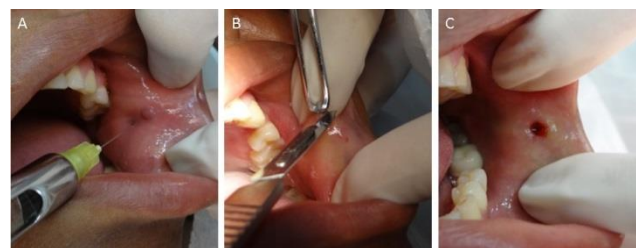
O tratamento estabelecido foi a remoção cirúrgica através da biópsia excisional e realização do exame histopatológico para determinar o diagnóstico definitivo.

Após a assinatura do TCLE e aprovação do Conselho de ética em pesquisa sob o número 3.676.129, realizou a aferição da pressão arterial (120/ 80mmHg), assepsia extraoral com digluconato de clorexidina 2% (Figura 1C) e bochecho com digluconato de clorexidina 0,12% por um minuto (Figura 1B).



**Figura 1.** (A) Aspecto inicial da lesão. (B) Antissepsia intra oral com digluconato de clorexidina 0,12% por um minuto. (C) Assepsia extra oral com digluconato de clorexidina 2%.

Prosseguiu-se com a técnica anestésica do tipo infiltrativa utilizando lidocaína+ epinefrina 1:100 000 2% ao redor da lesão, tomando os devidos cuidados para não mascarar a lesão (Figura 2A). Com auxílio de uma pinça allis foi realizada a hemostasia na base da lesão e, com uma lâmina de bisturi 15C (Figura 2B), foi circundando a lesão até removê-la, mantendo a margem de segurança como estabelecido de acordo com a literatura (Figura 2C).



**Figura 2.** (A) Anestesia infiltrativa. (B) Hemostasia e remoção. (C) Aspecto da lesão após a remoção.

Após, foi feita uma pequena divulsão (Figura 3A) do tecido e suturado com fio de nylon 4.0 utilizando ponto simples para estancamento sanguíneo (Figura 3B). A paciente recebeu as devidas orientações pós-operatórias e, se houvesse episódio de dor, foi recomendada a utilizar um analgésico de costume. A peça cirúrgica foi armazenada num pote com tampa identificado contendo formaldeído 10% e enviado para o exame histopatológico. Tratou-se de um fragmento de tecido mole, consistência firme, cor acastanhada, forma oval, superfície lisa, medindo 0,3cm de diâmetro (Figura 3C).

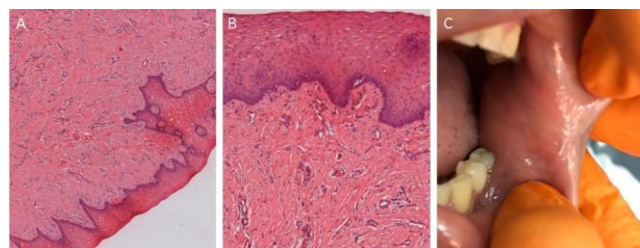
No retorno após 7 dias, foi realizada a

remoção dos pontos e observado clinicamente um reparo satisfatório. A paciente esteve sob acompanhamento e durante seis meses não apresentou recidiva nesse período (Figura 4C).

O resultado da análise microscópica demonstrou uma mucosa bucal constituída por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado e hiperplásico. Subjacente, nota-se tecido conjuntivo fibroso com focos de discreto infiltrado inflamatório mononuclear subepitelial e perivascular (Figura 4A e B). Consta-se ainda presença de tecido adiposo. O diagnóstico definitivo foi de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória.



**Figura 3.** (A) Divulsão tecidual. (B) Sutura. (C) Peça cirúrgica após a remoção.



**Figura 4:** (A) Aspecto histopatológico. (B) Aspecto histopatológico. (C) Aspecto após seis meses da remoção cirúrgica.

## DISCUSSÃO

A hiperplasia fibrosa inflamatória é proveniente do aumento no número de células de origem inflamatória provocado por traumas mecânicos constantes desenvolvidos por agentes físicos, podendo ser mais comum em adultos que usam próteses, sendo de crescimento lento e indolor<sup>1,14</sup>. Cerca de 15% das patologias diagnosticadas predominam no sexo feminino nas quintas e sextas décadas de vida<sup>15</sup>. Não foi possível fazer o diagnóstico da etiologia do trauma relatado e, embora a paciente não usasse prótese, é provável que seja originário de um trauma em virtude da sua oclusão parcialmente desdentada.

É uma lesão exofítica ou volumosa bem definida, apresenta-se como uma única, ou múltiplas pregas de tecido hiperplásico, podendo ser firme ou flácida quando palpada. Possui superfície lisa de base sésil ou pediculada, normocorada ou eritematosa, de crescimento vagaroso<sup>3</sup>. No caso clínico em questão a lesão apresenta-se como normocorada, firme a palpação e de base

pediculada. Afetam principalmente a região anterior da maxila e mandíbula em proporções diferentes<sup>8</sup> devido a traumas crônicos oriundos de agentes físicos<sup>1</sup>. Entretanto lesão afetou mucosa interna de bochecha devido a um trauma mastigatório.

O tratamento baseia-se na remoção do agente causador ou procedimento cirúrgico. Quando associado à presença de agente, como por exemplo uma prótese, é necessário a remoção desse agente, por um período que pode variar entre 7 a 15 dias para que assim possa reavaliar a lesão<sup>11,12</sup>. Como no caso relatado, houve a necessidade de remoção cirúrgica justificando a biópsia excisional<sup>8</sup> na paciente, uma vez que não houve associação a nenhum agente.

Geralmente, a remoção cirúrgica da lesão é realizada após a extinção do agente irritante, mantendo uma pequena margem de segurança e o material deve ser sempre encaminhado ao exame histopatológico<sup>13</sup>, pois a biópsia excisional<sup>8</sup> é a terapêutica cirúrgica consagrada na literatura. Por isso, no presente caso clínico, foi adotada esta conduta juntamente com o estudo histopatológico.

Microscopicamente observa-se, epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado com áreas de hiperplasia, um tecido conjuntivo intensamente colagenizado com presença de diversos vasos sanguíneos e discretos focos de infiltrado inflamatório<sup>4,9</sup>.

Vários autores consideram casos com prognóstico excelente, o que está de acordo com a paciente em supervisão, desde que o agente causador seja removido e orientações de higiene oral sejam esclarecidas a paciente<sup>6</sup>.

## CONCLUSÃO

A hiperplasia fibrosa inflamatória pode estar associada a diversos fatores, principalmente advindo de traumas mecânicos. O cirurgião dentista deve estar atento a cada caso, para estabelecer um correto diagnóstico e tratamento adequado, ressaltando que muitas vezes o procedimento cirúrgico é rápido e seguro, devolvendo, assim, o bem estar geral do paciente. Para um prognóstico satisfatório, faz-se necessário acompanhamento periódico a cada seis meses, a fim de supervisionar possíveis recidiva.

## REFERÊNCIAS

1. Marcucci G. Fundamentos de Odontologia – Estomatologia. 2. ed. Santos; 2016.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 2. ed. Rio De Janeiro: Elsevier; 2004.
3. Santos MESM, Costa WRM, Silva Neto JC.

- Terapêutica cirúrgica da hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso. R Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2004;4(4):241-45.
4. Coutinho TCL, Santos MEO. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. RGO. 1998;46(1):27-34.
  5. Barros RGM, Campos KSM, Cabral LM. Relato de caso clínico de hiperplasia fibrosa inflamatória. Rev Odontol Araçatuba. 2014;35(2):15-8.
  6. Coelho CM, Sousa YT, Daré AM. Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry. J Oral Rehabil. 2004;31(2):135-39.
  7. Torrão ACR et al. Levantamento epidemiológico de biópsias da região bucomaxilofacial, encaminhadas ao laboratório de patologia bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Rev CROPE. 1999;2(2):119-25.
  8. Bassi APF, Vieira EH, Gabrielli MAC. Hiperplasia fibrosa inflamatória. RGO. 1998; 46(4):209-11.
  9. Coleman GC, Nelson JF. Princípios de diagnóstico bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1996.
  10. Bórkas S. Diagnóstico bucal. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
  11. Zegarelli EV, Kutscher AH, Hyman GA. Diagnóstico das doenças da boca e dos maxilares. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982.
  12. Kignel S. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. Revista Paulista Odontologia. 1999; 21(2):40-4.
  13. Botelho GA, Vieira EM, Pedro FLM. Prevalência dos Casos de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória em Mucosa Bucal. UNICiências. 2010;14(1):9-22.
  14. Coelho CMP, Zucoloto S, Lopes RA. Dentureinduced fibrous inflammatory hyperplasia: a retrospective study in a school of dentistry. Int J Prosthodont. 2000;13(2): 148-51.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

## AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

### Jonathan Primo Pereira Silva

Departamento: Odontologia social  
Faculdade Morgana Potrich – FAMP - Campus II  
Avenida Antônio Carlos Paniago, S/N, Centro  
75830-000 Mineiros – GO, Brasil  
Tel: (64)996442682  
E-mail: jonathan\_mineiros@hotmail.com

Submetido em 09/12/2019

Aceito em 22/10/2020