

Hiperplasia Papilar Inflamatória: Revisão de literatura e apresentação de caso clínico cirúrgico

Inflammatory Papillary Hyperplasia: Literature Review and re-port of clinical case

Ramon Peters *

Francesca Bercini **

Taís Weber Furlanetto de Azambuja ***

RESUMO

Os autores apresentam revisão de literatura e caso clínico cirúrgico de Hiperplasia Papilar Inflamatória causada por prótese parcial superior com câmara de sucção.

SUMMARY

The authors report a literature review and clinical case of Inflammatory Papillary Hyperplasia caused by partial denture with relief chamber

UNITERMOS

Hiperplasia Papilar Inflamatória, Câmara de sucção, Aparelho Protético

KEYWORDS

Inflammatory Papillary Hyperplasia, Relief Chamber, Prosthetic denture

Introdução

A hiperplasia inflamatória papilomatosa é uma lesão que aparece associada ao uso de dentaduras totais ou parciais superiores e raramente em base de dentaduras inferiores. Pode estender-se a todos os tecidos cobertos pela prótese, porém geralmente se encontra confinada à área central do palato. Consiste em numerosas projeções verticais, com cerca de 1-2 mm de diâmetro.

Neste trabalho apresentaremos revisão de literatura e caso clínico cirúrgico de Hiperplasia Papilar Inflamatória na região de palato duro decorrente do uso de prótese parcial removível com câmara de sucção.

Revisão de Literatura

Definição

É uma patologia indolor e irreversível da mucosa e que ocorre, mais comumente na região do palato duro. (13)

Constitui-se em uma resposta à irritação crônica de baixa intensidade, quase sempre associada ao uso de próteses incorretamente confeccionadas sendo considerada, desta forma, iatrogênica, podendo ser evitada a partir da confecção de uma prótese correta. (15)

A denominação de hiperplasia papilar ou papilomatosa é reservada para lesões que ocorrem no palato duro em razão de trauma protético. Quando próximas ou no fundo de sulco vestibular são chamadas de Tecido Redundante e Granuloma Fissuratum entre outros, enquanto que, as que se

instalam sobre o rebordo alveolar, são chamadas de epulis. (15)

Etiologia

A etiologia é desconhecida porém observações clínicas levam a crer que o fator causal é uma pressão negativa, como ocorre com a câmara de sucção utilizada em próteses totais superiores, resultando na penetração da mucosa, além da falta de adaptação e da higiene oral deficiente. (4, 6, 7, 12, 13)

Além destes fatores locais, já citados, podemos encontrar a Hiperplasia Papilar Inflamatória associada à infecção por monilíase. (10)

Características Clínicas

A hiperplasia papilar inflamatória apresenta-se como numerosas projeções papilares vermelhas, edematosas, bem próximas umas das outras, envolvendo, freqüentemente quase todo o palato duro e dando ao mesmo, um aspecto verrucoso. O tecido apresenta graus variáveis de inflamação e, raramente, ulceração. (3, 8, 12, 15)

As papilas apresentam entre 1-2 mm de comprimento e de diâmetro, (6, 7) e podem ser separadas por jato de ar, revelando fissuras de características e profundidades variáveis. (10)

A hiperplasia papilar pode aparecer em qualquer idade, predominantemente no indivíduo adulto e não tem predileção por qualquer um dos sexos. (12)

Ocorre mais freqüentemente em pacientes que utilizam próteses totais maxilares: 1 a 11 % (13)

O estudo de 920 lesões hiperplásicas em

tecidos orais relacionadas com próteses, mostrou que houve maior incidência entre 50 e 60 anos, maior incidência no sexo feminino e em indivíduos que utilizaram a mesma prótese por mais de 15 anos em 44,5 % dos casos. (11)

Características Histológicas

Histologicamente, encontramos numerosas projeções verticais pequenas formadas por epitélio estratificado parakeratótico ou às vezes ortokeratótico e uma parte central de tecido conjuntivo. (7, 12)

Tratamento e Prognóstico

A eleição do tratamento é controversa, porém há concordância de que a suspensão do uso da prótese reembasada ou confecção de nova, apenas elimina o edema e a inflamação, sem regressão da lesão, havendo necessidade de remoção cirúrgica antes da confecção de novo aparelho protético. (6, 7, 10, 12, 16, 17)

A excisão cirúrgica da lesão, antes da confecção da nova prótese, reestabelece o estado de normalidade dos tecidos, enquanto que o uso de

* Aluno do 6º semestre da FOUFRGS, Monitor da Disciplina de Anestesiologia e Exodontia

** Professora Assistente da Disciplina de Exodontia II da FOUFRGS, Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

*** Professora Assistente da Disciplina de Anestesiologia e Exodontia da FOUFRGS, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Mestre em Educação

condicionador de tecido reemba-sando a prótese antiga, resulta melhora da lesão e remissão apenas nos casos em fase inicial. (2, 12, 15)

O tratamento para monilíase (quando houver) é recomendado nesta fase de elimi-nação dos fatores locais. (14)

O tratamento da hiperplasia papilar inflamatória pode ser de diversas formas, como veremos a seguir:

1. Cessação do uso da prótese: reduz a inflamação, mas não erradica a lesão;
2. Remoção com curetas e mucoabrasão;
3. Excisões em profundidade incluindo o periosteo;
4. Excisões supraperiostais facilitam o reparo e reepitelização da lesão pela ma-nutenção do periosteo;
5. Eletrocirurgia;
6. Criocirurgia com nitrogênio líquido aplicado 2 a 4 vezes em intervalos sema-nais. (1, 10, 13)

No que diz respeito à excisão cirúrgica, há recomendação de que esta seja feita até a submucosa, ou seja, supraperiostal, evitando o comprometimento do periosteo, prevenin-do assim a desnudação óssea o que acarretaria em cicatriza-ção retardada. Aconselha a utili-zação de goteira palatina reembasada com cimento cirúrgico com a finalidade de minimizar a hemorragia e a dor pós-operatória e um tempo de 3 a 5 semanas antes da confecção de nova prótese. (9, 17)

A cicatrização por segunda intenção com reepitelização leva, em geral, 3 a 4 semanas. (5)

A indicação da mucoabrasão com pedras montadas é tida como método prático e eficiente no tratamento das hiperplasias causadas por câma-ras de vácuo. (15)

A criocirurgia com nitrogênio líquido parece ser o tratamento mais recentemente proposto e que apresenta excelentes resultados, com pós-ope-ratório menos sintomático. (4, 11) A área congelada retorna ao aspecto normal em poucos minutos, escamando após 3 a 4 dias necessitando de 2 a 4 aplicações em intervalos de 7 dias. (7)

De modo geral, todos os autores concordam que o tratamento consiste basicamente em remo-ção dos fatores locais e remoção de toda a porção hipertrófica com regularização do revestimento mucoso do rebordo alveolar ou da abóbada palatina.

A hiperplasia palatina pode sofrer transforma-ção maligna quando há candidíase crônica associada à base da prótese ou sensibilidade individual. Porém o número de casos relatados na literatura de transformação maligna é considerado pequeno em relação ao nú-mero total de lesões na população. (15)

O diagnóstico diferencial deve ser feito em relação ao granuloma piogênico, ao granuloma fúngico, hemangioma capilar e reações alérgicas. (5)

Nesta patologia, não ocorre a displasia epitelial verdadeira e transformação malig-na. (12)

Via de regra devemos encaminhar o material para exame histopatológico. (10, 14)

Caso Clínico

Paciente M.N.B., sexo feminino, idade 46 anos, raça branca procurou a Faculdade de Odontologia para avaliação de lesão na região do palato duro. (Fig. 1)

Relatou desconforto e dor com episódios de

sangramento, na região de palato duro.

Ao exame clínico observamos lesão na região do palato duro que apresentava pro-jeções papilares de 2 mm de comprimento, compatível com Hiperplasia Papilar Inflamatória, devido ao uso de prótese parcial superior com câmara de sucção. (Fig. 2)

Com o objetivo de reduzir o edema e a inflama-ção, propusemos o reembasamento da prótese com condicionadores de mucosa, o que ocorreu após duas sessões com intervalo de uma semana, e a remoção cirúrgica por excisão supra-periostal e mucoabrasão.

O procedimento cirúrgico foi realizado e com anestesia local regional, seguida de excisão supra-



FIGURA 01: Aspecto clínico da hiperplasia papilar inflamatória.

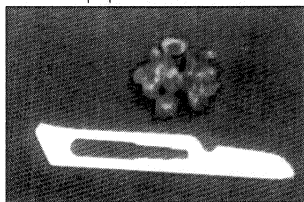


FIGURA 03: Peça operatória

periostal com bisturi (lâmina 15) e mucoabrasão com ponta montada. Após a regularização do reembasamento da mucosa da abóbada palatina envolvida, procedemos novo embasamento da prótese, instruindo a paciente quanto aos cuidados pós-operatórios de rotina, que incluíram as instruções de higiene oral e administração de analgésicos não-narcóticos.

A peça operatória foi encaminhada para exame histopatológico e teve o diagnósti-co de Hiperplasia Papilar Inflamatória. (Fig. 3)

Foram feitas revisões semanais sucessivas e, ao fim de 5 semanas, a paciente foi encaminhada para confecção de nova prótese. (Fig. 4)

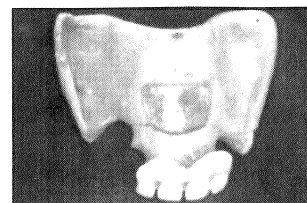


FIGURA 02: Prótese parcial superior com câmara de sucção

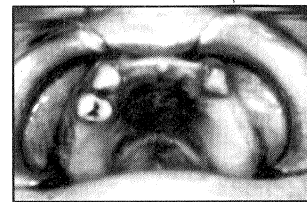


FIGURA 04: Aspecto clínico pos-operatório

Referências Bibliográficas

1. AMARAL, W. J. et al. Cryosurgery in treatment of inflammatory papillary hyperplasia. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, St. Louis, v. 25, n.4, p. 648-654, Apr., 1968.
2. BODINE, R.L. Oral lesions caused by ill-fitting dentures. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v. 21, n.6, p. 580-588, Jun., 1969.
3. FAIRCHILD, J. M. Inflammatory papillary hyperplasia of the palate. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v. 17, n.3, p. 232-237, Mar., 1967.
4. GRAZIANI, M. *Cirurgia bucomaxilofacial*. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986. 717 p. Cap. 25. *Cirurgia plástica pré-protética*. p. 497-528.
5. GUERNSEY, L. H. Reactive inflammatory papillary hyperplasia of the palate. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, St. Louis, v. 20, n. 6, p. 814-827, Dec., 1965.
6. JONES, P. M. Complete dentures and the associated soft tissues. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v. 36, n. 2, p. 136-148, Aug., 1976.
7. KELLY, E. Tissue preparation for the complete denture patient: a simplified approach. *Dent. Clin. North Am.*, Chicago, v. 14, n. 3, p. 441-452, July, 1970.
8. KERR, Q. A.; ASH, M. M.; MILLARD, H. D. *Diagnóstico oral*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977. 416p. Cap. 7. Exame das partes moles. p. 124-67.
9. KRUGER, G. O. *Cirurgia bucal e maxilofacial*. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. 546 p. cap. 8. *Cirurgia pré-protética*. p. 79-108.
10. MILLER, E. L. Clinical management of denture-induced inflammations. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v. 38, n.4, p. 362-365, Oct., 1977.
11. NORDENBRAM A., L. Hyperplasia of the oral tissues in denture cases. *Acta Odontol. Scand.*, Oslo, v. 27, p. 481-491, Mar., 1969.
12. SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. *Tratado de patologia bucal*. 4.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985. 837p. Cap. 10. Lesões físicas e químicas da cavidade bucal. p. 486-548.
13. STARSHAK, T. S. *Preprosthetic oral surgery*. Saint Louis: Mosby, 1971. 189p. Cap. 7. *Corrective soft-tissue surgery*. p. 113-44.
14. TERRY, C. B.; HILLENBRAND, E.D. *Minor preprosthetic surgical procedures*. *Dent. Clin. North Am.*, Chicago, v.38, n. 2, p. 193-217, Apr., 1994.
15. TOMASI, L. F. *Diagnóstico em patologia bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1982. 575p.