

Hiperplasia Fibrosa Inflamatória como Consequência da Esfoliação Dentária: Relato de Caso

Inflammatory Fibrous Hyperplasia caused by Dental Exfoliation: Case Report *Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria como consecuencia de la Exfoliación Dental: Reporte de Caso*

Vitória Bittencourt **DE AGUIAR**

Departamento de Odontologia Infantil e Social, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Araçatuba 16015-050 Araçatuba – SP, Brasil
<https://orcid.org/0009-0001-8328-260X>

Bianca Tiemi Uehara **LIMA**

Departamento de Odontologia Infantil e Social, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Araçatuba 16015-050 Araçatuba – SP, Brasil
<https://orcid.org/0009-0006-2630-2076>

Raquel Borges Amancio **DE LIMA**

Departamento de Odontologia Infantil e Social, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Araçatuba 16015-050 Araçatuba – SP, Brasil
<https://orcid.org/0009-0003-2324-2782>

Leonardo Antônio **DE MORAIS**

Departamento de Odontologia Infantil e Social, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Araçatuba 16015-050 Araçatuba – SP, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1894-0087>

Lucas Fernando de Oliveira Tomaz **FERRARESSO**

Departamento de Odontologia Infantil e Social, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Araçatuba 16015-050 Araçatuba – SP, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-2225-9262>

Caio **SAMPAIO**

Departamento de Odontologia Infantil e Social, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Araçatuba 16015-050 Araçatuba – SP, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-6861-7205>

Juliano Pelim **PESSAN**

Departamento de Odontologia Infantil e Social, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Araçatuba 16015-050 Araçatuba – SP, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-1550-3933>

Thayse Yumi **HOSIDA**

Departamento de Odontologia Infantil e Social, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Araçatuba 16015-050 Araçatuba – SP, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-7007-330X>

Alberto Carlos Botazzo **DELBEM**

Departamento de Odontologia Infantil e Social, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Araçatuba 16015-050 Araçatuba – SP, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-8159-4853>

Resumo

A hiperplasia fibrosa inflamatória é uma lesão benigna que se desenvolve como resposta do tecido conjuntivo a estímulos crônicos, como traumas ou irritações. O tratamento mais indicado é a eliminação do agente causador do trauma, seguida da remoção cirúrgica da lesão. Este estudo teve como objetivo relatar um caso de hiperplasia fibrosa inflamatória resultante de um trauma crônico de baixa intensidade gerado pela rizólise do dente 61. Paciente, do sexo feminino, 6 anos de idade, compareceu a Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - FOA-Unesp, queixando-se de uma lesão na região dos incisivos centrais superiores. Após anamnese e exame físico intraoral, foi constatado aumento tecidual nodular na região do dente 61. A conduta clínica consistiu na exodontia do dente 61 para remover o fator irritante e na excisão cirúrgica da lesão. O material da biópsia foi enviado para exame histopatológico, que confirmou o diagnóstico de hiperplasia fibrosa inflamatória. Após 7 dias de acompanhamento clínico, observou-se boa cicatrização e em preservação clínica de 12 meses não foram observados sinais de recidiva. A baixa prevalência dessa condição em crianças destaca a importância de considerar o mal posicionamento dos dentes, que pode causar traumas repetidos na mucosa, além de fragmentos de raízes e diastemas, como fatores etiológicos para a hiperplasia fibrosa inflamatória. O cirurgião-dentista deve estar atento a lesões com características clínicas semelhantes, realizando diagnósticos diferenciais para alcançar tratamento precoce e eficaz.

Descritores: Cirurgia Bucal; Dente Decíduo; Hiperplasia; Odontopediatria.

Abstract

Inflammatory fibrous hyperplasia is a benign lesion that develops as a response of the connective tissue to chronic stimuli, such as trauma or irritation. The most appropriate treatment is the elimination of the trauma-causing agent, followed by surgical removal of the lesion. This study reports a case of inflammatory fibrous hyperplasia resulting from chronic, low-intensity trauma caused by the resorption of tooth 61. The patient, a 6-year-old female, VDS, visited the Pediatric Dentistry Clinic at the Araçatuba Dental School - FOA-Unesp, complaining of an abnormal lesion in the region of the upper central incisors. After anamnesis and intraoral examination, a nodular tissue enlargement was found around tooth 61. The clinical approach consisted of extracting tooth 61 to remove the irritant and performing surgical excision of the lesion. The biopsy material was sent for histopathological examination, which confirmed the diagnosis of inflammatory fibrous hyperplasia. After 7 days of clinical follow-up, good healing was observed, and at the 12-month clinical follow-up, no signs of recurrence were noted. The low prevalence of this condition in the pediatric population highlights the importance of considering misalignment of teeth, which can cause repeated trauma to the mucosa, as well as root fragments and diastemas, as etiological factors for inflammatory fibrous hyperplasia. It is concluded that the dentist should be attentive to lesions with similar clinical characteristics and perform differential diagnoses for early diagnosis and effective treatment.

Descriptors: Surgery, Oral; Tooth, Deciduous; Hyperplasia; Pediatric Dentistry.

Resumen

Hiperplasia fibrosa inflamatoria (HFI) es una lesión benigna que se desarrolla como respuesta del tejido conectivo a estímulos crónicos, como traumatismos o irritaciones. El tratamiento más indicado es la eliminación del agente causante del traumatismo, seguida de la extirpación quirúrgica de la lesión. Este estudio relata un caso de HFI resultante de un traumatismo crónico de baja intensidad causado por la rizólisis del diente 61. Paciente femenina, de 6 años, acudió a la Clínica de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de Araçatuba - FOA-Unesp, quejándose de una lesión anormal en la región de los incisivos centrales superiores. Tras la anamnesis y el examen físico intraoral, se identificó un aumento de tejido nodular en la región del diente 61. El enfoque clínico consistió en la extracción del diente 61 para eliminar el agente irritante y la excisión quirúrgica de la lesión. El material de la biopsia fue enviado para examen histopatológico, que confirmó el diagnóstico de hiperplasia fibrosa inflamatoria. Después de 7 días de seguimiento clínico, se observó buena cicatrización, y en el seguimiento clínico de 12 meses no se observaron signos de recidiva. La baja prevalencia de esta condición en la población infantil resalta la importancia de considerar el mal posicionamiento de los dientes, lo que puede causar traumatismos repetidos en la mucosa, además de fragmentos de raíces y diastemas, como factores etiológicos para la hiperplasia fibrosa inflamatoria. Se concluye que el odontólogo debe estar atento a lesiones con características clínicas similares, realizando diagnósticos diferenciales para tratamiento precoz y eficaz.

Descriptores: Cirugía Bucal; Diente Primario; Hiperplasia; Odontología Pediátrica.

INTRODUÇÃO

A hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI) é uma lesão hiperplásica reativa, decorrente de um processo proliferativo não neoplásico caracterizado por um aumento no número de células estimuladas em decorrência de irritações locais, hábitos parafuncionais ou traumas crônicos de baixa intensidade, ocorrendo com maior frequência em adultos e idosos devido à utilização de próteses mal adaptadas¹⁻³. Em crianças e adolescentes, a ocorrência da HFI é considerada rara, variando entre 5% e 8% nessa faixa etária^{4,5} e tem uma clara predileção pelo sexo feminino em proporção de 3:4 dos casos⁶.

A HFI se manifesta igualmente na maxila ou mandíbula e clinicamente se apresenta como lesão exofítica ou elevada de superfície lisa, firme ou flácida ao toque, de base sésil ou pediculada, com coloração variada, semelhantes à mucosa ao redor ou eritematosa, de crescimento lento e normalmente assintomática^{7,8}.

Entre os tratamentos propostos na literatura, é indicada a remoção do agente causador do trauma, bem como excisão cirúrgica da lesão com margem de segurança e envio para exame histopatológico, a fim de se obter o correto diagnóstico^{9,10}.

Considerando as informações citadas acima, o presente estudo teve como objetivo relatar uma irritação local gerada pela rizólise do dente decíduo, sendo essa, a causadora de um trauma crônico de baixa intensidade que gerou a lesão de HFI. Devido a escassa literatura sobre HFI, a realização de novos estudos é essencial para compreensão dessa lesão na população infantil.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo relatar um caso raro de HFI em criança devido a um trauma crônico em região de gengiva.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, VDS, 06 anos de idade, compareceu à Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba FOA-Unesp, com a queixa de uma lesão gengival na região do dente 61. Durante a anamnese, a responsável relatou que a paciente possuía boa saúde geral e não possuía nenhum hábito de sucção e/ou histórico de trauma crônico que pudesse justificar a presença da lesão. A criança não relatou desconforto ou dor ao comer e falar.

Ao exame físico intraoral, foi observado uma lesão avermelhada de aproximadamente 1,5 cm de diâmetro localizada no lado esquerdo do assoalho bucal em forma de cúpula, superfície lisa, base sésil, formato irregular e consistência flutuante à palpação (Figura 1). A hipótese diagnóstica foi de HFI, de acordo com os aspectos clínicos e a história atual da lesão, para a conduta operatória foi proposta a exodontia do 61 para

remover o fator irritante e excisão cirúrgica da lesão, seguida de análise histopatológica.



Figura 1. Aspecto clínico inicial da lesão.



Figura 2. Radiografia periapical da região.

Por questões legais, inicialmente foi obtido o consentimento da mãe e explicações sobre o procedimento a ser realizado para a criança. Todo o procedimento cirúrgico oral foi realizado em ambiente ambulatorial. O pré-operatório se iniciou com a paciente realizando enxágue bucal com solução antisséptica de digluconato de clorexidina 0,12% (Perioplak, Reymer, Aparecida de Goiânia - GO, Brasil) por aproximadamente um minuto. Assepsia da face com solução aquosa a base de iodo a 1% (Riodeine, Rioquímica S.A., São José do Rio Preto - SP, Brasil). Em seguida, o anestésico tópico à base de benzocaína a 20% (DFL, Rio de Janeiro - RJ, Brasil) foi aplicado na lesão por dois minutos. Em seguida, foi realizada a anestesia infiltrativa com anestésico lidocaína 2% com vasoconstritor fenilefrina (1:100.000) (S.S. WHITE, Rio de Janeiro - RJ, Brasil), por vestibular e palatina, na região entre os incisivos centrais superiores.

Na sequência, foi realizada a biópsia excisional da lesão com auxílio de lâmina de bisturi número 15 (Descarpack Descartáveis do Brasil Ltda, São Paulo - SP, Brasil), e sutura em X externa

e simples no local, com fio de seda 4.0 (Shalon Medical, São Luís de Montes Belos - GO, Brasil), o material foi armazenado em formol 10% e, posteriormente, encaminhado para análise histopatológica.



Figura 3. Excisão da lesão.

Para a extração do incisivo central superior decíduo, inicialmente utilizou-se o descolador de molt (Golgran, São Caetano do Sul - SP, Brasil), seguido do fórceps infantil número 1 (Golgran, São Caetano do Sul - SP, Brasil). Posteriormente, foi realizada a manobra de chompret e irrigação com solução de cloreto de sódio 0,9%. Para o controle do sangramento, foi realizado tamponamento com gaze estéril e sutura em X externa e simples com fio de seda 4.0 (Shalon Medical, São Luís de Montes Belos - GO, Brasil).



Figura 4. Sindesmotomia do dente 61.



Figura 5. Extração do dente 61.



Figura 6. Condição pós-operatória imediata.

Como cuidado pós-operatório a criança e a responsável receberam orientações pós-operatórias sobre dieta alimentar, escovação dentária com 5 ml de digluconato de clorexidina 0,12% (Perioplak, Reymer, Aparecida de Goiânia - GO, Brasil) duas vezes ao dia durante sete dias. Foi prescrita dipirona sódica (50 mg/ml) para tomar de 6/6 h, meia gota por kg, em caso de dor.

O exame histopatológico evidenciou epitélio hiperplásico sustentado por um conjuntivo fibroso denso, contendo infiltrado inflamatório de intensidade variável, confirmando o diagnóstico de hiperplasia fibrosa inflamatória (figura 7).

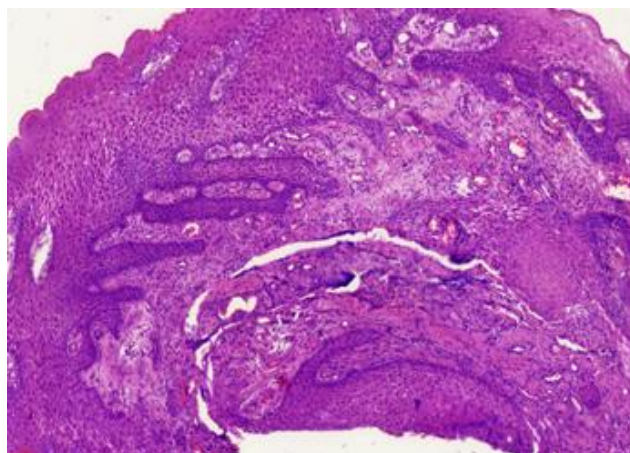


Figura 7. Exame histopatológico com coloração HE da lesão.

Em proservação clínica de 7 dias houve boa evolução, sem intercorrências e com ótimo aspecto de cicatrização (figura 8).



Figura 8. Proservação clínica de 7 dias.

Pelo fato de a paciente residir em uma localidade distante e de difícil acesso, só foi possível realizar a proervação clínica de 12 meses, no qual não foram observados sinais clínicos de recidiva (figura 9).



Figura 9. Proervação clínica de 12 meses.

DISCUSSÃO

Embora a HFI apresente baixa prevalência na primeira e segunda décadas de vida, é fundamental que o cirurgião dentista, especialmente o odontopediatra, esteja apto e qualificado para compreender as características clínicas e epidemiológicas das lesões proliferativas não neoplásicas (LPNN) e propor diagnósticos e tratamentos baseados nas melhores evidências científicas^{4,5}. A literatura indica que a prevalência desta lesão é de 22% em mulheres de 50-59 anos de idade e o local mais recorrente é a maxila⁶. Neste caso relatado, a paciente era uma criança na primeira década de vida e do sexo feminino, com a presença da lesão localizada na região anterior da maxila. Apesar de não ser muito comum na literatura, a localização foi consistente com os estudos que indicam a maxila como local de elevada frequência para essas lesões^{7,8,11}.

Em condições de reabsorção radicular fisiológica, a interação de diversos fatores origina uma sequência especializada e organizada de eventos que envolvem: a ação conjunta de fatores anatômicos, bioquímicos, mecânicos e genéticos, que levam à exfoliação dos dentes decíduos¹² portanto, no presente caso clínico, hipotetizamos que uma possível irritação local decorrente do processo fisiológico de rizólise do dente decíduo seja responsável por um trauma crônico de baixa intensidade, que pode ter contribuído para o desenvolvimento da lesão.

Com base nas informações supracitadas, o tratamento escolhido foi a exodontia do dente 61 e a excisão da lesão, visando remover o agente irritante e prevenir recidivas. Esta abordagem é a mais recomendada para a HFI, pois é sustentada em estudos científicos que demonstram seus benefícios e resultados positivos^{8,13}. Neste caso, após 12 meses, não houve recidiva da lesão e foi

observada uma boa evolução com o início da erupção do dente 21.

Adicionalmente, a lesão foi encaminhada ao exame histopatológico para garantir um diagnóstico definitivo e um prognóstico otimista. Visto que clinicamente a HFI tem como diagnóstico diferencial o neurofibroma, lipofibroma, fibroma ossificante periférico e granuloma piogênico¹⁴, a análise histopatológica é fundamental para confirmação do diagnóstico, uma vez que é possível visualizar de forma detalhada o tecido afetado em nível microscópico e distingui-lo de forma precisa das lesões mencionadas acima¹⁵⁻¹⁷. Histologicamente, a HFI caracteriza-se pela presença de epitélio pavimentoso estratificado circundando um tecido conjuntivo fibroso hiperplásico, com infiltrado inflamatório e vasos sanguíneos dilatados^{18,19}.

Com relação à etiologia, a literatura indica que o mal posicionamento do dente, fora do seu alinhamento correto no arco, pode provocar traumas repetidos em mucosa assim como, fragmentos de raízes, diastemas e outros traumas e, com isso, tornarem-se fatores etiológicos para HFI⁹. Outro ponto a se destacar nesse caso clínico é sua etiologia, já que, não é recorrente casos de HFI devido a traumas crônicos advindos de esfoliação dentária. Sabe-se que a HFI é predominante em pacientes de meia idade, pois é quando iniciam o uso de prótese dentária, sendo essa, uma das principais causas que geram traumas crônicos para a origem da lesão^{1,2,3,11}. Assim, o cirurgião dentista deve estar atento para estabelecer um diagnóstico e tratamento clínico oportunos, além do acompanhamento destes casos.

Esse caso clínico possui certas restrições devido escassos artigos com etiologias semelhantes para poderem ser comparados características, sinais clínicos e sintomas. Essa necessidade de casos semelhantes favoreceram a melhor compreensão e possibilita novas perspectivas, além de fazer com que os profissionais da área se atentem a esse tipo de causa, agindo precocemente para que não ocorra o surgimento de uma nova lesão.

CONCLUSÃO

Concluimos que o cirurgião dentista deve estar atento diante as diversas lesões com características clínicas semelhantes, sendo fundamental conhecer diagnósticos diferenciais para realizar um diagnóstico precoce para um tratamento clínico eficaz e adequado.

REFERÊNCIAS

1. Santos FB, Boechat J, Gondak R, Honnef L, Schmitt Lopes J, Bagatim L, et al. Inflammatory fibrous hyperplasia in a patient with neurologic disturbance. *Port J Surg*. 2023;53:69-75.

2. Dutra KL, Longo L, Grando LJ, Rivero ERC. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2019;85(4):399-407.
3. Palmeira ARBLS, Florêncio AG, Silva Filho JP, Silva UH, Araújo NS Non neoplastic proliferative lesions: a ten-year retrospective study. *RGO, Rev Gaúch Odontol*. 2013;61(4):543-7.
4. Ataíde AP, Fonseca FP, Santos Silva AR, Jorge Júnior J, Lopes MA, Vargas PA. Distribution of oral and maxillofacial lesions in pediatric patients from a Brazilian southeastern population. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2016;90:241-244.
5. Ha WN, Kelloway E, Dost F, Farah CS. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian paediatric population. *Aust Dent J*. 2014;59(2):221-5.
6. Baharvand M, Jafari S. Epulis fissuratum in the soft palate: Report of a case in a very rare location. *Dent Hypotheses*. 2016;7:67-9.
7. Santos MESM, Costa WRM, Silva JC. Terapêutica cirúrgica da hiperplasia fibrosa inflamatória - relato de caso. *Rev cir traumatol buco-maxilo-fac*. 2004;4(4):241-45.
8. Neville BW, Damm DD, Allen CM. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
9. Figueiredo CVO, Calvo AFB, Melo AR, Imparato JCP. Inflammatory fibrous hyperplasia: a rare case in a child. *RGO, Rev Gaúch Odontol*. 2019;67:e2019005.
10. Bourguignon Filho AM, Barcelos EP, De Amorim JFC, Rangel KAT, Da Cunha LK, Gomes SM, Da Penha TF. Tratamento de Sialolitíase e Sialodenite associado a Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. *BJHR*. 2023;6(4):17944-17951.
11. Maturana-Ramírez A, Adorno-Farías D, Reyes-Rojas M, FaríasVergara M, Aitken-Saavedra J. A retrospective analysis of reactive hyperplastic lesions of the oral cavity: study of 1149 cases diagnosed between 2000 and 2011, Chile. *Acta Odontol Latinoam*. 2015;28:103-7.
12. Zimmermann Santos B, Bosco VL, da Silva JYB, Cordeiro MMR. Mecanismos e fatores fisiológicos e patológicos no processo de reabsorção radicular de dentes decíduos. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2010;7(3):332-9.
13. Santos MESM, Costa WRM, Silva Neto JC. Terapêutica cirúrgica da hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso. *Rev cir traumatol buco-maxilo-fac*. 2004;4(4):241-245.
14. Coutinho TCL, Santos MEO. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. *RGO, Rev Gaúch Odontol*. 1998;46(1):27-9.
15. de Santana Santos T, Martins-Filho PR, Piva MR, de Souza Andrade ES. Focal fibrous hyperplasia: a review of 193 cases. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2014;18(1):86-89.
16. Santos DPM, Hiramatsu JM, Favretto CO, Pereira Silva JP. Hiperplasia fibrosa inflamatória em mucosa oral: relato de caso. *Arch Health Invest*. 2021;10(2), 292-295.
17. Gangwar A, Murry JN, Jungio MP, Murry MN. Establishing Aesthetics by Purposeful Autoreimplantation in Inflammatory Fibrous Hyperplasia: A 12-Month Follow-up Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2024;17(2):216-220.
18. Tommasi. *Diagnóstico em Patologia Bucal*. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
19. Shukla P, Dahiya V, Kataria P, Sabharwal S. Inflammatory hyperplasia: From diagnosis to treatment. *J Indian Soc Periodontol*. 2014 Jan;18(1):92-4.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Alberto Carlos Botazzo Delbem

R. José Bonifácio, 1193 - Vila Mendonça,
16015-050 Araçatuba - SP, Brazil
alberto.delbem@unesp.br

Submetido em 14/05/2025

Aceito em 30/05/2025