

Carcinoma Escamoso do Bordo Lingual. Caso Clínico.

Rui Albuquerque*, Romão Esteves*, José López-López**, Albert Estrugo-Devesa***, Eduardo Chimenos-Küstner**

Resumo: O carcinoma oral de células escamosas define-se como uma neoplasia maligna originada no epitélio pavimentoso estratificado. É a neoplasia maligna mais comum na boca, responsável por 90% da totalidade dos cancros da boca. Cerca de 95% destes carcinomas manifestam-se após os 40 anos, sendo 60 anos a idade média dos pacientes no caso dos homens, e 70 anos no das mulheres. O rácio homem/mulher é de 3:1, mas na última década esta proporção sofreu uma redução, devido ao incremento do consumo de tabaco por parte das mulheres. **Objectivo:** A finalidade deste trabalho é apresentar o caso clínico de uma úlcera aparentemente inofensiva no lado direito da língua. **Caso Clínico:** A um paciente que apresentava uma úlcera na língua foi diagnosticado clínica e histopatologicamente um carcinoma oral de células escamosas. **Conclusão:** O carcinoma de células escamosas é relativamente fácil de diagnosticar na boca, por ser facilmente detectável clínica e histopatologicamente. É fundamental obter um diagnóstico precoce e iniciar logo que possível o melhor tratamento, que normalmente passa pela cirurgia.

Palavras-Chave: Carcinoma de células escamosas; Língua; Diagnóstico; Tratamento.

Abstract: The squamous cell carcinoma is defined as a malignant neoplasia originated on the stratified paved epithelium. It is the most common malignant neoplasia in the mouth, representing 90% of all oral cancers. Approximately 95% of these carcinomas are manifested on ages above 40, the average age on the masculine sex is 60 and on the feminine sex 70. Man/Woman ratio is 3:1 but on the last decade, a change on this proportion has been noticed, due to an increase on tobacco use by women. **Objective:** The aim of this work is to present a clinical case of an "innocent" looking ulcer on the right edge of the tongue. **Clinical case:** A patient presenting an ulcer in the tongue is studied clinically and histopathologically, in order to reach the right diagnose of the lesion. The clinical examination and the histopathological analysis led to the diagnosis of squamous cell carcinoma. **Conclusions:** Squamous cell carcinoma is relatively easy to diagnose in the mouth, because of its accessibility to clinical and histopathological examination. The most important thing is to reach an early diagnose and starting the best treatment (usually surgical) as soon as possible.

Key-words: Squamous cell carcinoma; Tongue; Diagnosis; Treatment

(Albuquerque R, Esteves R, López-López J, Estrugo-Devesa A, Chimenos-Küstner E. Carcinoma Escamoso do Bordo Lingual. Caso Clínico. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2008;49:141-144)

*Médico Dentista. Mestrado em Medicina Oral. Universidade de Barcelona.

**Médico Estomatólogo. Professor Titular de Medicina Oral. Universidade de Barcelona.

***Médico Estomatólogo. Professor Associado de Medicina Oral. Universidade de Barcelona.

INTRODUÇÃO

O carcinoma de células escamosas, também denominado carcinoma espinocelular, define-se como uma neoplasia maligna com origem no epitélio pavimentoso estratificado. É a neoplasia maligna mais comum da cavidade oral, representando aproximadamente 90% do total de cancros orais, e clinicamente mostra uma apreciável capacidade de progressão local, regional e sistémica⁽¹⁾.

Cerca de 95% destes carcinomas manifesta-se após os 40 anos, sendo 60 anos a idade média dos pacientes no caso dos homens e 70 anos no das mulheres⁽²⁾. O rácio homem/mulher é de 3:1, embora na última década esta proporção tenha sofrido uma redução, devido ao incremento do consumo de tabaco por parte das mulheres⁽³⁾.

Como não existe uma única causa descrita do cancro oral, crê-se que diversos factores estão implicados na sua etiologia, entre os quais o tabaco (fumado ou mascado), o consumo de álcool, a existência de deficiências nutritivas, a exposição a ra-

dições ionizantes (como as actínicas), a imunossupressão, os vírus e a presença de patologias pré-existentes e de factores dentais traumáticos. De todos eles, o tabaco e o álcool são considerados actualmente os dois factores mais determinantes para o desenvolvimento deste tipo de carcinoma^(4,5). Este conjunto de factores predisponentes pode desencadear a transformação de uma célula normal numa maligna, actuando de forma isolada ou em conjunto e afectando uma mucosa oral sistémica e geneticamente condicionada⁽⁶⁾.

Os rebordos laterais da língua, incluindo as superfícies ventrais adjacentes, são a zona onde aparecem com maior frequência os carcinomas epidermóides orais, a seguir ao lábio inferior. Fazem parte da zona em "U" formada pelas face lateral/ventral da língua, pavimento adjacente e o palato mole posterior nomeadamente ao nível dos pilares amigdalinos, constituindo lugares anatómicos de alto risco para este tipo de carcinoma. O desenvolvimento de lesões no dorso ou na ponta da língua é menos comum, e só cerca de 25% dos carcinomas da língua se manifestam no terço posterior ou na base da língua⁽⁵⁾. Estas últimas lesões são, no entanto, especialmente preocupantes, dado que a sua progressão se desenvolve de forma silenciosa numa área de difícil visualização⁽⁷⁾.

O objectivo deste trabalho é apresentar o caso clínico de uma lesão ulcerada no rebordo direito da língua, de aspecto inocente, que mediante biópsia e análise anatomopatológica revelou um carcinoma oral de células escamosas.

CASO CLÍNICO

Paciente de 75 anos com antecedentes familiares de cancro. Sofre de hipertensão controlada, é consumidor de álcool de baixa graduação (dois copos de vinho às refeições) e não possui hábitos tabágicos.

Foi enviado para a Unidade de Medicina Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade de Barcelona, devido à presença de uma úlcera lingual que não respondia ao tratamento.

Apresentava sintomatologia dolorosa há cerca de 2 meses, principalmente ao deglutir. O seu Médico Dentista prescreveu-lhe acetono de triancinolona a 0,1% (em solução aquosa) para bochechar, durante 3 semanas, e recomendou-lhe que não usasse a prótese removível inferior, para evitar eventuais traumatismos.

No exame clínico, o paciente apresentava uma lesão ulcerativa irregular no rebordo direito da língua, com cerca de 6 mm de diâmetro, de consistência dura e sem gânglios positivos à palpação (Figura 1). Também não se notava zona endurecida perilesional.



Figura 1 - Carcinoma de células escamosas no bordo direito lingual

Foi efectuada uma biópsia da lesão (Figura 2), e o resultado do estudo anatomopatológico revelou um carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, com bordo profundo afectado e bordos laterais com displasia epitelial moderada. No fragmento analisado, observava-se uma proliferação celular escamosa neoplásica, que partia da zona ulcerada e penetrava em forma de cordões na submucosa e na muscular (Figura 3). Os rebordos laterais da mucosa mostravam fenómenos displásicos moderados, e reconhecia-se igualmente um infiltrado inflamatório linfocitário intenso, com abundantes eosinófilos (Figura 4).

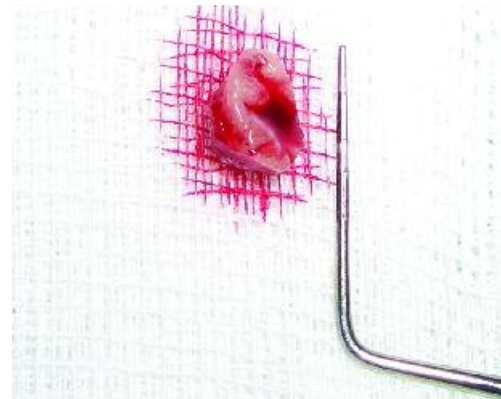


Figura 2 - Peça cirúrgica enviada para análise anatomopatológica

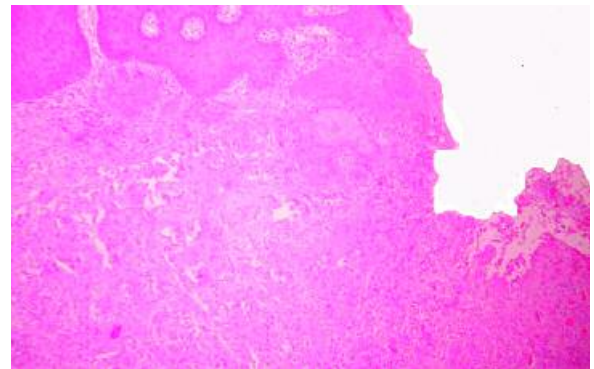


Figura 3 - Imagem anatomopatológica mostrando a proliferação celular neoplásica na submucosa e muscular.

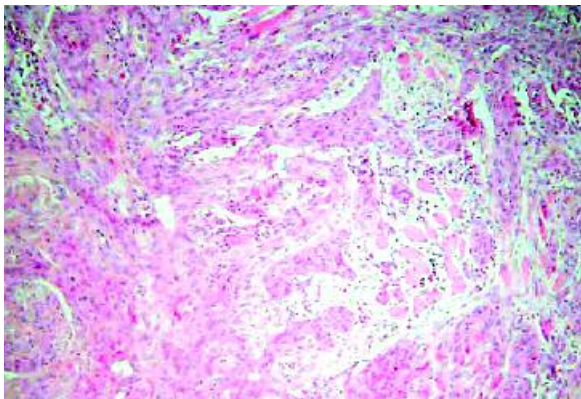


Figura 4 - Imagem anatomopatológica mostrando um infiltrado linfocitário com abundantes eosinófilos.

A sutura foi retirada 15 dias mais tarde (Figura 5), e a lesão continuava a apresentar um aspecto ulcerado e irregular, característico deste tipo de carcinoma. O paciente foi enviado para a unidade de oncologia do hospital de referência de Barcelona, onde foi submetido a hemiglossectomia (Figura 6), esvaziamento ganglionar e radioterapia.



Figura 5 - Aspecto clínico da lesão 15 dias depois da remoção da sutura



Figura 6 - Hemiglossectomia praticada

DISCUSSÃO

No que diz respeito aos factores etiológicos, o traumatismo,

combinado com o consumo de álcool, parece ser o principal agente local. A acção irritante exercida pelo álcool pode tornar a mucosa mais susceptível⁽⁸⁾ ao efeito traumático da prótese que foi observado e, deste modo, ao desenvolvimento de carcinoma escamoso. No entanto, convém não esquecer a existência de antecedentes de cancro na família. Ou seja, existe uma condicionante genética.

O tratamento mais eficaz do carcinoma de células escamosas implica cirurgia, radioterapia ou ambas⁽⁹⁾. Entre os factores que determinam qual delas deve ser utilizada, encontra-se o tamanho e a localização do tumor primário, o estado dos gânglios linfáticos, a presença ou ausência de metástases e a capacidade de o paciente tolerar o tratamento⁽¹⁰⁾.

Tratando-se de lesões iniciais, e dependendo da sua localização, pode optar-se pela cirurgia ou pela radioterapia, visto que ambas apresentam resultados similares, caracterizados por um prognóstico favorável^(11,12). Quanto às restantes lesões, sempre que sejam operáveis, a cirurgia é indicada, associada ou não à radioterapia. Quando existe linfadenomegalia metastásica, está indicado o esvaziamento cervical do lado afectado⁽⁹⁾.

Neste caso, perante a dúvida de realizar uma glossectomia parcial ou uma hemiglossectomia, deve preferir-se a segunda, dado que o índice de recidiva é muito menor e a perda de funcionalidade também é mínima.

É recomendável realizar uma tomografia computadorizada (TC) cervical, com o objectivo de detectar metástases cervicais. No entanto, mesmo que não se visualizem, há 15% de casos com metástases ocultas num T1 (classificação TNM, T1 significa tumor com 2 cm no máximo) e 30% de metástases ocultas num T2 (tumor entre 2 e 4 cm). Por isso, mesmo num T2N0 (tumor entre 2 e 4 cm sem nódulos metastáticos regionais), as áreas cervicais adjacentes também devem ser submetidas a cirurgia e radioterapia^(13,14).

Para concluir, o prognóstico do caso mencionado é favorável, já que foi diagnosticado num estado inicial e era moderadamente diferenciado^(15,16). No entanto, só a ausência de metástases ganglionares poderá fornecer um prognóstico mais seguro.

CONCLUSÕES

O carcinoma epidermóide é a neoplasia maligna mais frequente na cavidade oral. A sua incidência varia de acordo com a localização anatómica, apresentando um desenvolvimento destrutivo, carácter invasivo local e uma capacidade de disseminação em direcção aos gânglios linfáticos regionais^(2,7). Convém não esquecer que, quanto mais precoce for a detecção de uma lesão maligna, maior será a probabilidade de sobrevivência do

paciente. Daí a importância de que se reveste o conhecimento dos sinais e sintomas desta doença, para actuar de forma rápida e eficaz.

O Médico Dentista desempenha um papel fundamental no rastreio e diagnóstico precoce das lesões pré-cancerosas e

cancerosas. Deve ajudar a sensibilizar e consciencializar os seus pacientes sobre a importância de reduzir os factores etiológicos implicados no aparecimento e progressão deste tipo de carcinoma, bem como na realização de uma revisão sistemática à cavidade bucal⁽¹⁷⁾.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Venturi BRM, Pamplona ACF, Cardoso, AS. Squamous cell carcinoma of the oral cavity in young patients and its increasing incidence: literature review. *Rev Bras Otorrin* 2004;70:679-686.
- 2 - Kademani D. Oral cancer. *Mayo Clin Proc* 2007;82:878-887.
- 3 - Konkimalla VB, Suhas VL, Chandra NR, Gebhart E, Efferth T. Diagnosis and therapy of oral squamous cell carcinoma. *Expert Rev Anticancer Ther* 2007;7:317-329.
- 4 - Warnakulasuriya KA, Ralhan R. Clinical, pathological, cellular and molecular lesions caused by oral smokeless tobacco-a review. *J Oral Pathol Med* 2007;36:63-77.
- 5 - Jane C, Nerurkar AV, Shirsat NV, Deshpande RB, Amrapurkar A D, Karjodkar FR. Increased survivin expression in high-grade oral squamous cell carcinoma: a study in Indian tobacco chewers. *J Oral Pathol Med* 2006;10:595-601.
- 6 - Guha N, Boffetta P, Wunsch Filho V, Eluf Neto J, Shangina O, Zaridze D, Curado MP, Koifman S, Matos E, Menezes A, Szeszenia-Dabrowska N, Fernandez L, Mates D, Daudt AW, Lissowska J, Dikshit R, Brennan P. Oral health and risk of squamous cell carcinoma of the head and neck and esophagus: results of two multicentric case-control studies. *Am J Epidemiol* 2007;166:1159-73.
- 7 - Venturi M, Cabral G, Lourenço C. Oral squamous cell carcinoma - contribution of oncogenic virus and some molecular markers in the development and prognosis of the lesion: a review. *Rev Bras Otorrin* 2004;70:385-392.
- 8 - Gangane N, Chawla S, Subodh A, Gupta S, Sharma SM. Reassessment of risk factors for oral cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2007;8:243-248.
- 9 - Blomberg MH, Bilde A, von Buchwald C. Treatment of patients with oral squamous cell carcinomas (T1-T2N0M0). Initial experiences with national guidelines. *Ugeskr Laeger* 2007;169:2207-2210.
- 10 - Loro LL, Vintermyr OK, Johannessen AC. Cell death regulation in oral squamous cell carcinoma: methodological considerations and clinical significance. *J Oral Pathol Med* 2003;32:125-38.
- 11 - Lazarus C, Logemann JA, Pauloski BR, Rademaker AW, Helenowski IB, Vonesh EF, Maccracken E, Mittal BB, Vokes EE, Haraf DJ. Effects of radiotherapy with or without chemotherapy on tongue strength and swallowing in patients with oral cancer. *Head Neck* 2007;17:70-77.
- 12 - Huang CH, Chu ST, Ger LP, Hou YY, Sun CP. Clinicopathologic evaluation of prognostic factors for squamous cell carcinoma of the buccal mucosa. *J Chin Med Assoc* 2007;70:164-70.
- 13 - Ahmed MU, Khawar A, Ahmed J, Ajmal M, Bangash WK, Akhter MR. Occult metastasis in carcinoma of oral cavity. *J Coll Physicians Surg Pak* 2007;17:313-315.
- 14 - Warburton G, Nikitakis NG, Roberson P, Marinos NJ, Wu T, Sauk JJ Jr, Ord RA, Wahl SM. Histopathological and lymphangiogenic parameters in relation to lymph node metastasis in early stage oral squamous cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:475-484.
- 15 - Singh P, Warnakulasurya S. The two-week wait cancer initiative on oral cancer; the predictive value of urgent referrals to an oral medicine unit. *Minerva Stomatol* 2007;56:83-84.
- 16 - Silver CE, Moisa II. Elective treatment of the neck in cancer of the oral tongue. *Sem Surg Oncol* 1991;7:14-19.
- 17 - Anderson M. Chequeos para detección precoz del cáncer oral. *Oncolog* 2004;49:20-24.

Tratamento Clínico e Cirúrgico de Hiperplasia Palatina Causada por Câmara de Sucção

Marcelo Rodrigues Azenha*, Roberta Heiffig Handem**

Resumo: A hiperplasia palatina por câmara de sucção ou hiperplasia inflamatória do palato está associada ao uso de prótese totais superiores com câmara de vácuo, acometendo de 1% a 11% dos indivíduos que fazem uso de próteses totais. O diagnóstico é realizado através do exame clínico, com uma maior incidência em pacientes na 5ª e 6ª décadas de vida e que fazem o uso da mesma prótese há mais de 15 anos. É apresentado o tratamento de um caso de hiperplasia palatina causada pela câmara de sucção numa paciente que fazia o uso da mesma dentadura há mais de 15 anos, com completa resolução do caso.

Palavras-Chave: Hiperplasia; Tratamento cirúrgico; Câmara de vácuo

Abstract: The palatine hyperplasia caused by suction chamber or the palatine inflammatory hyperplasia is associated to suction chambers confectioned on totally prosthesis, been present in 1% to 11% of all the patients that ware this type of prosthesis. The diagnosis is done by the clinical exam, with a higher incidence in individuals living during the 5th and 6th decade of live and wearing the same apparatus more than 15 years. It is presented the treatment of a suction chamber palatine hyperplasia in a patient wearing the same prosthesis for more than 15 years, with good result.

Key-words: Hyperplasia; Surgical treatment; Suction chamber

(Azenha MR, Handem RH. Tratamento Clínico e Cirúrgico de Hiperplasia Palatina Causada por Câmara de Sucção. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2008;49:145-147)

* Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, USP – Ribeirão Preto

** Residente em Radiologia, Centrinho – USP – Bauru

INTRODUÇÃO

A hiperplasia palatina por câmara de sucção (HPCS) ou hiperplasia inflamatória papilomatosa do palato está associada ao uso de prótese totais superiores com câmara de sucção, sendo incluída na categoria de lesões relacionadas ao uso de próteses totais mucossuportadas. Diferentes estudos têm demonstrado a grande frequência de lesões provocadas pelo uso de próteses^(1,2), sendo tais hiperplasias encontradas na grande maioria das vezes em pacientes cujos aparelhos reabilitadores foram confeccionados há muitos anos⁽³⁾.

A câmara de sucção é uma depressão realizada na porção interna da prótese total superior em sua porção mais central, com o objetivo de promover uma maior estabilidade da dentadura através de uma pressão interna negativa. Inusitadas formas são descritas na literatura com o intuito de melhorar a retenção

do aparelho, como por exemplo circunferências, múltiplas depressões e depressões em formas de coração⁽⁴⁾.

Por apresentar um crescimento anormal da fibromucosa palatina durante o uso da prótese, esses dispositivos de retenção foram aos poucos deixando de ser utilizados, sendo actualmente inadmissível a sua confecção por poder provocar graves transtornos ao paciente e pelo avanço tecnológico dos materiais odontológicos e dos conhecimentos científicos dos profissionais⁽⁵⁾.

Clinicamente, na grande maioria dos casos, a HPCS apresenta base séssil, está localizada no centro do palato duro, é de consistência firme e não apresenta sintomatologia dolorosa⁽⁶⁾. O diagnóstico é realizado através do exame clínico, devendo o diagnóstico diferencial ser obtido nos casos em que a superfície da lesão apresentar ulcerações e dor ao toque. Nestes casos, os exames de citologia esfoliativa e a biópsia incisional são as terapêuticas iniciais mais indicadas⁽⁴⁾.

Estas hiperplasias podem aparecer em qualquer idade, sendo

predominante em indivíduos adultos que fazem o uso de próteses totais superiores, acometendo de 1% a 11% dos indivíduos deste grupo. Há uma maior incidência em pacientes na 5ª e 6ª décadas de vida e em pacientes que fazem o uso da mesma prótese há mais de 15 anos⁽⁷⁾.

Histologicamente a hiperplasia apresenta um tecido epitelial pavimentoso estratificado com acantose e eventuais áreas de atrofia, não apresentando quadro de displasia e sendo descartada a hipótese de lesão pré-maligna^(8,6).

Diferentes modalidades de tratamento são descritas para a eliminação das HPCS, como a suspensão do uso da prótese total para diminuir a irritação local; o preenchimento gradual da câmara de sucção com cimento cirúrgico, pasta zinco-eugenólica ou ainda guta-percha; o desgaste da lesão com a utilização de motor de baixa rotação e pedra em forma de péra; a crioterapia; a laserterapia; a utilização do bisturi elétrico e a remoção da lesão com bisturi convencional^(2,6,8,9).

No presente trabalho é apresentado o tratamento clínico-cirúrgico de um caso de hiperplasia palatina causada pela câmara de sucção confeccionada na parte interna da prótese total superior de uma paciente que fazia o uso da mesma dentadura há mais de 15 anos.

CASO CLÍNICO

Paciente do género feminino, 63 anos, leucoderma, procurou atendimento em consultório particular queixando-se de incómodo no palato devido a um aumento volumétrico do tecido. Durante a anamnese a paciente relatou fazer uso da mesma prótese total há mais de 15 anos e que não a removia em nenhum momento por sentir vergonha dos familiares. Negava alterações sistémicas ou o uso de qualquer medicação.

No exame clínico intra-oral, foi observada condição insatisfatória das próteses totais, com desgaste acentuado dos dentes e movimentos de báscula durante a oclusão. Apresentava ainda quadro leve de queilite angular e boa qualidade de higiene oral. Após a remoção das próteses, foi observada uma lesão de base sésil, multilocular, indolor e cobrindo grande parte do palato duro (Figura 1). Na avaliação das próteses, a dentadura superior apresentava em sua porção interna uma câmara de vácuo, no interior da qual se adaptava a lesão (Figura 2). Com isso, a hipótese diagnóstica de Hiperplasia Palatina por Câmara de Sucção foi estabelecida e o tratamento clínico-cirúrgico proposto ao paciente.

Após orientação de não utilizar a prótese superior por 10 dias, na consulta seguinte foi observada nítida diminuição da alteração. A câmara de sucção foi então preenchida parcialmente com resina acrílica incolor e a paciente orientada a reiniciar o



Figura 1 - Vista intra-oral com a lesão cobrindo grande parte do palato



Figura 2 - Parte interna da prótese superior com dispositivo de vácuo confeccionado

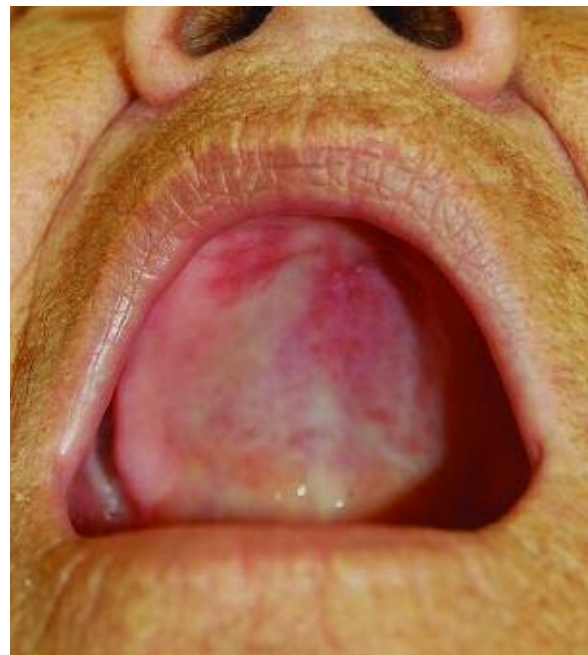


Figura 3 - Vista palatina pós-operatória com resolução do caso

uso da mesma, sendo posteriormente realizada a total remoção do tecido hiperplásico remanescente com o uso de broca montada em peça de mão, sendo realizada a cirurgia sob anes-

tesia local com o uso de mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000. Após análise de parte da lesão removida em laboratório de patologia, o diagnóstico definitivo confirmou a hipótese inicial, com a reabilitação da paciente sendo concluída após a confecção de novas próteses totais e a paciente não apresentando queixas até o momento (Figura 3).

DISCUSSÃO

As lesões causadas por aparelhos de reabilitação dentária são comumente encontradas na odontologia, devendo o profissional estar capacitado e atento a possíveis alterações encontradas no exame clínico e apto a realizar todo e qualquer tratamento necessário visando a cura do paciente⁽⁵⁾. O caso descrito neste trabalho é de uma lesão encontrada em uma paciente portadora das mesmas próteses há mais de 15 anos, que tinha 63 anos de idade e não apresentava alterações sistêmicas, achados semelhantes ao de Peters *et al.*⁽⁷⁾.

De Carli *et al.*⁽⁴⁾, Regezi e Sciubba⁽⁶⁾ e Barbosa e Barbosa⁽⁸⁾ afirmam ser as lesões por câmara de sucção de base séssil e localizada apenas na porção mais alta do palato mole, achados semelhantes aos deste estudo. A consistência da hiperplasia e a sua superfície estão de acordo com Santos e Rubiniak⁽²⁾, que demonstram uma lesão firme, não ulcerada e sem sintomatologia dolorosa.

Actualmente, a confecção de próteses totais com técnicas de retenção como as câmaras à vácuo são terapêuticas inapropriadas para todo e qualquer tipo de paciente. Feltrin *et al.*⁽⁵⁾ salientam que o avanço tecnológico e científico actual são tão grandes que o profissional tem o dever de estar preparado para no míni-

mo saber diagnosticar e indicar a melhor forma de tratamento.

O tratamento deste tipo de lesão pode ser realizado de diferentes meios, sendo empregado por rotina o bisturi eléctrico por se tratar de um método efetivo e menos traumático aos pacientes do que a excisão tecidual com o uso do bisturi convencional^(3,4). Estamos de acordo com estes autores, porém na lesão descrita neste artigo não foi utilizado o bisturi eléctrico nem o bisturi convencional, mas sim a escarificação da lesão com pedra em forma de pãra montada em motor de baixa rotação. Esta técnica foi escolhida para podermos fazer uma comparação com os resultados pós-operatórios de outros casos operados por nós através do uso dos dois tipos de bisturis e podermos optar pela forma de tratamento menos agressiva ao paciente. O resultado deste tipo de intervenção, segundo nossa avaliação clínica, é menos doloroso no período pós-operatório, sendo, portanto mais confortável ao paciente.

Após o procedimento cirúrgico parte do tecido excisado foi enviado para análise histopatológica, apresentando as mesmas características descritas por Neville *et al.*⁽³⁾ e Boraks⁽⁹⁾, com diagnóstico definitivo de Hiperplasia Tecidual.

CONCLUSÕES

O exame clínico e a queixa principal do paciente são essenciais no diagnóstico e tratamento das lesões da mucosa oral, sendo alguns achados raros actualmente, como as hiperplasias por câmara de sucção. As diferentes modalidades de tratamento disponíveis fazem com que o cirurgião-dentista seja capaz de tratar e de solucionar definitivamente os problemas encontrados na clínica diária.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Frare SM, Lima PA, Albarello FJ, Pedot G, Régio RAS. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? Rev Assoc Paul Cirurg Dent 1997;51:573-6.
- 2 - Santos PB, Rubiniak RH. Comunicação buco-nasal após remoção de hiperplasia provocada por câmara de vácuo na prótese total: relato de um caso. Rev Bras Cir Implant 1996;3:19-25.
- 3 - Neville BW, Damm DD, Allen CMA, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- 4 - De Carli JP, Bernabé DG, Kawata L, Moraes NP, Silva SO. Hiperplasia palatina por câmara de sucção tratada por meio de eletrocirurgia – relato de dois casos clínicos. Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo 2006;11:81-5.
- 5 - Feltrin PP, Zanetti AL, Marucci G, Araújo VC. Prótese total muco-suportada. I- Lesões da mucosa bucal. Rev Assoc Paul Cirurg Dent 1987;41:150-61.
- 6 - Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia Bucal – Correlações Clínicas e Patológicas. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- 7 - Peters R, Bercini F, Azambuja TWF. Hiperplasia inflamatória: Revisão de literatura e apresentação de caso clínico cirúrgico. Rev Fac Odontol Porto Alegre 1996;37:7-8.
- 8 - Barbosa JRA, Barbosa CMR. Lesões traumáticas associadas ao uso de próteses. Odontol Mod 1988;15:43-8.
- 9 - Boraks S. Diagnóstico Bucal. 3a ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001.