

Hiperplasia palatina por câmara de sucção tratada por meio da eletrocirurgia: relato de dois casos clínicos

Palatine hyperplasy for suction chamber treated by electric surgery: two clinical cases report

João Paulo De Carli*
Daniel Galera Bernabé**
Leandro Kawata**
Norberto Perri Moraes***
Soluete Oliveira da Silva****

Resumo

O presente trabalho reporta dois casos clínicos de hiperplasia palatina provocada por câmara de sucção de próteses totais superiores em pacientes tratadas na clínica da disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (Unesp). Os autores apresentam os aspectos clínicos, histopatológicos e alternativas de tratamento para esta lesão, fundamentados numa revisão de literatura. Nos casos apresentados, o tratamento escolhido, e que se mostrou eficaz, foi a eletrocirurgia.

Palavras-chave: hiperplasia, câmara de vácuo, aspectos clínico-patológicos, tratamento, eletrocirurgia.

Introdução

As próteses totais duplas ou apenas superiores ou inferiores, mucossuportadas, cuja finalidade é restaurar a estética e a funcionalidade, têm experimentado um avanço técnico notável. Não obstante tais condições técnicas de excelência, uma gama de lesões podem se desenvolver na mucosa bucal em associação ao uso dessas próteses¹.

Na literatura há registros sobre a grande frequência de lesões provocadas pelo uso de próteses, o que se constata nos trabalhos de Knapp² (1971), Budtz-Jorgensen³ (1981), Santos e Rubiniak⁴ (1996) e Frare et al.⁵ (1997).

Dentre as lesões relacionadas ao uso de próteses totais mucossuportadas, algumas têm sido alvo

de estudos minuciosos, incluindo-se nesse conjunto a hiperplasia palatina por câmara de sucção ou de vácuo⁵.

Hiperplasias palatinas associam-se ao uso de próteses totais superiores com câmara de sucção, confeccionadas rotineiramente no passado. A finalidade de tal câmara de vácuo era proporcionar maior retenção e estabilidade ao aparelho protético. Essa câmara consiste numa depressão confeccionada na área interna da dentadura superior, na porção central, em contato com a região mais alta da abóbada palatina, provocando uma pressão interna negativa e conferindo maior retenção e estabilidade à prótese. Desenhos e formas variadas de escavações eram utilizados, por vezes duplicando ou multipli-

* Mestre em Estomatologia pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

** Alunos do curso de doutorado em Estomatologia do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

*** Professor Titular da disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

**** Professora Titular da disciplina de Diagnóstico Oral I e II da Universidade de Passo Fundo.

Recebido: 14.09.2005 Aceito: 07.03.2006

cando as câmaras, na tentativa de melhores resultados retentivos para as próteses. De início, obtinha-se um resultado satisfatório em relação à retenção e estabilidade do aparelho, porém estas eram logo perdidas em razão do preenchimento da depressão pelo crescimento da fibromucosa palatina no interior da câmara⁴.

O uso das câmaras de vácuo foi banido porque, além de proporcionar uma retenção passageira, era prejudicial ao paciente, que passava a apresentar um crescimento anormal da fibromucosa palatina⁶⁻⁷.

Clinicamente, na maior parte dos casos, a hiperplasia por câmara de vácuo apresenta-se como um crescimento tecidual de base sés-sil, localizado na porção central do palato duro, região correspondente à parte mais alta da abóbada palatina. Algumas vezes, apresenta-se com superfície lisa e como um molde negativo da câmara de sucção. Também, a superfície pode ser vegetante, com características semelhantes às da hiperplasia papilar inflamatória do palato, com a qual às vezes se associa⁷. À palpação, a consistência do tecido é geralmente firme e os relatos dos pacientes são de ausência de sintomatologia dolorosa. A mucosa apresenta-se freqüentemente íntegra e ligeiramente isquêmica, dependendo da compressão ou irritação que a prótese possa provocar pela falta de estabilidade⁴.

Na maior parte dos casos, o diagnóstico deste tipo de hiperplasia é obtido por meio do exame clínico, visto ser evidente a relação causa-efeito. No entanto, nos casos em que a superfície da lesão estiver ulcerada e/ou apresentar-se dolorosa, é aconselhável que se lance mão de métodos auxiliares de diagnóstico, como a citologia exfoliativa ou biópsia incisional, para ser definido o padrão histológico da enfermidade. Exames radiográficos podem ser solicitados a fim de se verificar a ocorrência de possível comprometimento ósseo na região⁴.

Microscopicamente, a hiperplasia é revestida por tecido epitelial pavimentoso estratificado com acantose e eventuais áreas de atrofia, determinando projeções epiteliais de espessura variável; a lâmina própria apresenta depo-

sição de fibras colágenas de densidade variável e infiltrado inflamatório linfoplasmocitário (crônico). Se houver ulceração, a lâmina própria próxima à úlcera revelará predomínio de neutrófilos (resposta aguda). Salienta-se que a hiperplasia fibrosa inflamatória não apresenta figuras de atipia epitelial (quadro de displasia) e não deve ser considerada uma lesão pré-maligna⁸⁻¹⁰.

Existem opções de tratamento para a hiperplasia por câmara de sucção, como a suspensão do uso da prótese, com a finalidade de diminuir a irritação local, reavaliando-se a lesão após 7 e/ou 15 dias, pois, se a constituição histológica da lesão for predominantemente vascular, esta regredirá, porém, se for fibrótica, isso não ocorrerá e, nestes casos, opta-se pela terapêutica cirúrgica¹¹.

Pode-se, ainda, 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 fibrosa. O procedimento é realizado durante três semanas, com intervalos de uma semana entre as trocas do material⁴. Conforme Victor et al.¹² (1974), esse método de preenchimento de câmara de vácuo proporciona melhores resultados nos casos em que a superfície da lesão é lisa do que naqueles com superfície papilomatosa. Segundo Tommasi e Boraks¹³ (1975), a redução da hiperplasia por meio da compressão gradativa não modifica o seu padrão histológico; portanto, ao se optar por esse tratamento é imprescindível a execução de biópsia incisional prévia.

Outro método de tratamento é o *peeling*, que consiste no desgaste da lesão, após anestesia local, com pedra montada tipo pêra. Este método é aplicado em lesões pouco extensas, em razão do trauma que provoca. 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 intenção⁷.

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 sucção¹⁰, por serem considerados menos traumáticos e porque proporcionam reparo tecidual rápido.

Neste estudo são apresentados dois casos clínicos de hiperplasia palatina por câmara de sucção, tratados através da eletrocirurgia.

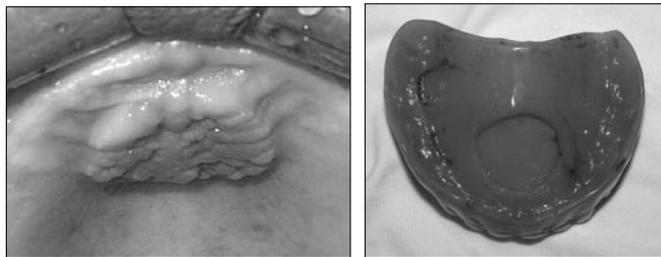
Relato dos casos clínicos

Caso 1

Paciente do sexo feminino, com 66 anos, leucoderma, procurou atendimento na disciplina de Clínica Estomatológica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (Unesp), em abril de 2005, queixando-se da presença de "aumento no palato". Ao exame anamnésico a paciente relatou sofrer de hipertensão arterial, artrose e herpes simples. Fazia uso regular de medicamentos anti-hipertensivos (captopril e hidroclorotiazida). Informou, ainda, estar usando as dentaduras superior e inferior há aproximadamente quarenta anos.

Ao exame clínico intrabucal constatou-se crescimento tecidual hemisférico, único, localizado na região mais profunda da abóbada palatina, medindo aproximadamente 2 cm em seu maior diâmetro, com base sés-sil, cor avermelhada, consistência firme à palpação, superfície papilomatosa e limites nítidos. Não foi relatada sintomatologia dolorosa nem mesmo à palpação. Além disso, foram notados pontos eritematosos característicos de candidíase subplaca na mucosa do palato duro, mole e rebordo alveolar superior (Fig. 1).

Ao exame das próteses totais superior e inferior notou-se um desgaste acentuado dos dentes e, na porção interna da prótese superior, uma câmara de vácuo, que, quando em posição na cavidade bucal, ajustava-se à lesão anteriormente descrita (Fig. 2). Pôde-se, então, diagnosticar clinicamente a lesão como hiperplasia palatina por câmara de sucção.



Figuras 1 e 2 - Aspecto clínico inicial da lesão e da prótese total superior da paciente do caso 1

Na primeira consulta foram solicitados hemograma completo e coagulograma. Em virtude da presença de candidíase subplaca, prescreveu-se antifúngico (três bochechos diários de 2 min com nistatina 100.000 UI, durante sete dias) e recomendou-se que a prótese superior não fosse usada até a próxima consulta, agendada para semana seguinte.

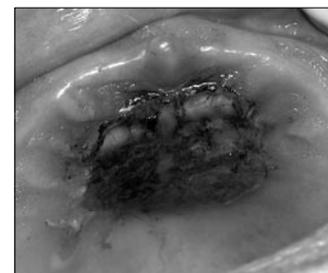
O tratamento escolhido para o caso foi a eletrocirurgia, utilizando-se para isso bisturi eletrônico Deltronix, modelo BO – 1300 T® (Ribeirão Preto, SP, Brasil), (Fig. 3).



Figura 3 - Bisturi eletrônico Deltronix, modelo BO – 1300 T®

Na segunda consulta foram analisados os exames complementares, os quais não detectaram alterações, efetuando-se então o tratamento escolhido. Realizou-se infiltração anestésica nas proximidades da lesão, tomando-se o cuidado para não mascarar seus limites; por meio de leves toques com o bisturi elétrico sobre a lesão (potência 6, função “cortar”), esta foi cauterizada até que a mucosa do palato duro se apresentasse regularizada (Fig. 4 e 5). A câmara de sucção presente na face interna da dentadura teve seus bordos arredondados com uma pedra montada e foi completamente preenchida com cimento cirúrgico (Coe-Pack® - GC America Inc., Alsip, EUA), o qual permaneceu em contato com a ferida cirúrgica durante sete dias (Fig. 6). Analgésico foi prescrito para a paciente se houvesse dor (paracetamol – comprimidos de 750 mg de seis em seis horas).

No intervalo de 14 dias, a região cauterizada mostrava boa evolução do processo de cicatrização (Fig. 7) e a paciente foi instruída a buscar atendimento protético para confecção de novas próteses.



Figuras 4 e 5 - Aspectos clínicos trans e pós-cirúrgicos da lesão (caso 1)

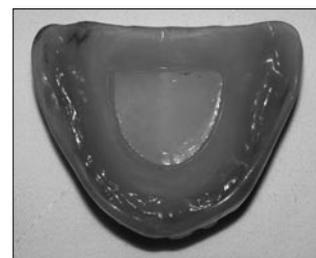


Figuras 6 e 7 - Prótese total superior preenchida com cimento cirúrgico e aspecto da área cirúrgica após 14 dias (caso 1)

Caso 2

Paciente do sexo feminino, com 76 anos, leucoderma, procurou atendimento na disciplina de Clínica Estomatológica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (Unesp), em junho de 2005, queixando-se de desadaptação das dentaduras superior e inferior e “aumento no palato”. Ao exame anamnésico a paciente relatou apresentar taxa alta de colesterol, anemia, herpes simples e ter apresentado câncer de pele (carcinoma basocelular) há dois anos. Em virtude do tratamento do carcinoma, estava sob acompanhamento médico. Informou também estar usando as mesmas dentaduras há aproximadamente cinquenta anos.

Ao exame físico extrabucal foi notada a presença de um grande número de manchas cutâneas arroxeadas no rosto e nos membros superiores. No exame intrabucal constatou-se um crescimento tecidual localizado na região mais profunda da abóbada palatina com aproximadamente 4 cm em seu maior diâmetro e formato hemisférico. A lesão apresentava-se como uma tumefação de base sésil, cor rósea, de consistência firme à palpação, limites nítidos, superfície lisa nas bordas e com rugosidades no centro (Fig. 8). Não foi relatada sintomatologia dolorosa nem mesmo ao ato de palpação. Ao se examinar a prótese total superior da paciente, notou-se internamente uma câmara de vácuo e, quando em posição na cavidade bucal, a câmara entrava em íntimo contato com a lesão (Fig. 9).

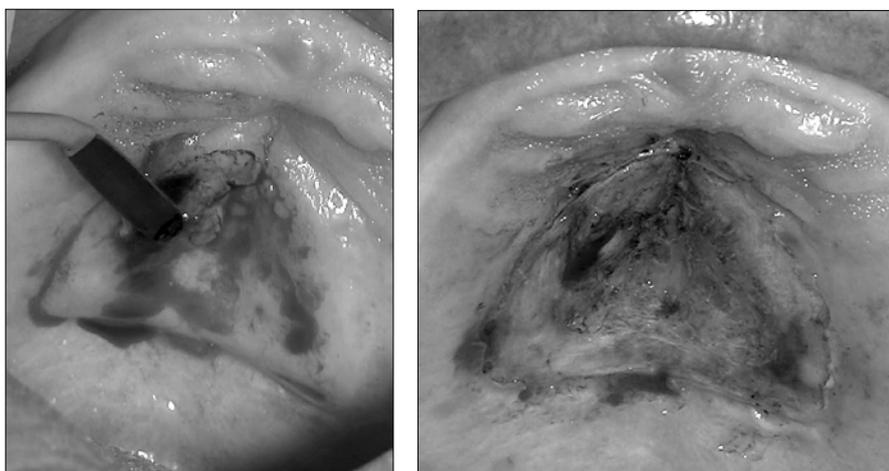


Figuras 8 e 9 - Aspecto clínico inicial da lesão e da prótese total superior da paciente do caso 2

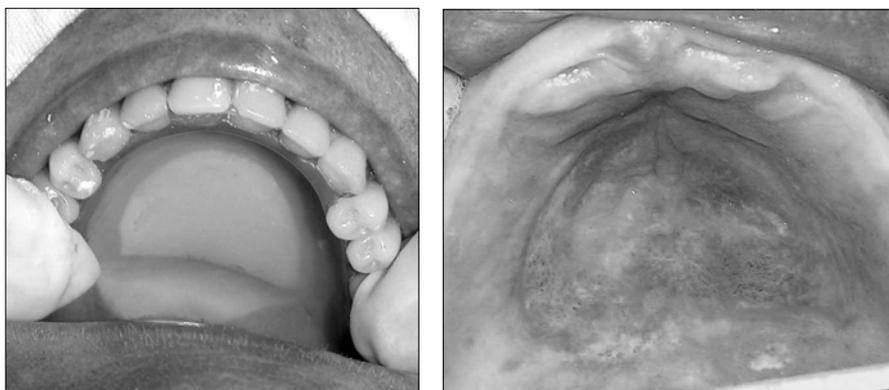
Como diagnóstico diferencial foram propostas hiperplasia palatina por câmara de sucção e fibroma, sendo escolhida como diagnóstico clínico a primeira opção. Optou-se por tratar a lesão por meio da eletrocirurgia.

Na sessão seguinte, procedeu-se à anestesia nos limites da lesão, tomando-se cuidado para não mascará-los. Por meio de leves toques com o bisturi elétrico (Deltronix, modelo BO – 1300 T[®]), (Fig. 3) sobre a lesão, usado na potência 6 da função “cortar”, esta foi cauterizada até que a mucosa do palato duro, no local tratado, fosse regularizada (Fig. 10 e 11). A câmara de sucção presente na face interna da dentadura teve seus bordos arredondados com uma pedra montada e foi completamente preenchida com cimento cirúrgico (Coe-Pack[®]), o qual ficou em contato com a ferida cirúrgica durante sete dias (Fig. 12). O analgésico prescrito para a paciente utilizar em caso de dor foi Paracetamol, de 6 em 6h, durante 3 dias. Quatorze dias após o procedimento, a ferida cirúrgica mostrava um aspecto cicatricial satisfatório (Fig. 13). Por fim, a paciente foi encaminhada para a disciplina de Prótese Total para confecção de novas dentaduras.

As duas pacientes cujos casos clínicos foram apresentados no presente trabalho assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, concordando com a publicação.



Figuras 10 e 11 - Aspectos clínicos trans e pós-cirúrgicos da lesão (caso 2)



Figuras 12 e 13 - Prótese total superior preenchida com cimento cirúrgico e aspecto da área cirúrgica após 14 dias (caso 2)

Discussão

No cotidiano da clínica odontológica, as lesões reacionais figuram entre as mais frequentes, o que, no entanto, não significa que possam ser abandonadas ao seu próprio curso ou que não devam ser alvo de terapêuticas. Algumas delas, como a hiperplasia fibrosa inflamatória do palato causada por câmara de sucção, provocam crescimento tecidual, comprometendo o ajuste do aparato protético e assumindo manifestação clínica que pode se confundir com lesões de outra natureza¹⁴.

As características clínicas das lesões tratadas neste estudo são compatíveis com a descrição realizada por Barbosa e Barbosa⁷ (1988), na qual asseveram que essa enfermidade se apresenta como um crescimento tecidual

de base séssil, localizado na porção central do palato duro, região correspondente à parte mais alta da abóbada palatina. Algumas vezes pode se apresentar com superfície lisa e, em outras, a superfície pode ser vegetante, com características semelhantes às da hiperplasia papilar inflamatória do palato, com a qual pode se associar, fato esse observado nos dois casos reportados.

Ainda segundo Santos e Rubiniak⁴ (1996), a consistência de hiperplasias provocadas por câmara de vácuo é geralmente firme, havendo uma ausência do sintoma dor. Essas afirmações vêm se somar aos achados deste estudo.

Para Santos e Rubiniak⁴ (1996), quando a superfície das lesões não está erodada ou ulcerada e há ausência de sintomatologia dolorosa, não existe a necessidade de se realizar biópsia incisional das lesões. Também neste estudo esse procedimento não foi realizado.

Salonen et al.¹⁵ (1996) esclarecem que, para o tratamento de casos de hiperplasia palatina por câmara de vácuo, os antifúngicos recomendados apenas eliminam infecções presentes, não promovendo o desaparecimento da lesão tecidual, que deve ser removida cirurgicamente e, após isso, confeccionada uma nova prótese. Baseando-se nisso, e sendo a paciente do caso número 1 portadora de candidíase subplaca, receitaram-se bochechos com solução de nistatina com o intuito de controlar a micose e de minimizar o processo inflamatório, facilitando, de certa forma, o ato cirúrgico.

Segundo Wright e Scott⁸ (1992), hiperplasia é o aumento do número de células de um tecido. No caso da hiperplasia por câmara de sucção, o aumento do número de células dar-se-á principalmente na camada espinhosa do epitélio, determinando projeções epiteliais irregulares, num quadro conhecido como acantose. Toda adaptação é um fenômeno, por conceito, reversível; assim, retirado o agente causal, ocorreria regressão do tecido à sua morfologia original. No caso da hiperplasia por câmara de sucção, isso raramente ocorre e, via de regra, há a necessidade de sua remoção cirúrgica.

O método do *peeling* foi contra-indicado pelo fato de ser pouco conservador e em razão da grande extensão que as lesões apresentavam⁷. Logo, optou-se pelo tratamento com bisturi elétrico.

Segundo Regezi e Sciubba¹⁰ (2000), o tratamento desse tipo de lesão por meio de cirurgia com bisturi elétrico constitui-se num método efetivo, e menos traumático ao paciente, tanto física como psicologicamente, além de proporcionar um reparo tecidual mais rápido à ferida cirúrgica. Além disso, a superfície das duas lesões tratadas apresentava-se papilomatosa e, conforme Victor et al.¹² (1974), o tratamento de hiperplasias palatinas por câmara de sucção por meio da compressão funciona melhor em lesões com superfície lisa.

Considerações finais

O exame do paciente e o consequente diagnóstico e tratamento de lesões causadas por próteses mucosuportadas, mesmo que benignas, não devem ser negligenciados. Os casos de hiperplasia palatina por câmara de vácuo apresentados, apesar de raros hoje em dia, mostraram características clínicas semelhantes às reportadas na literatura, não oferecendo dificuldades para o diagnóstico. O tratamento desse tipo de lesão por meio da eletrocirurgia, como nestes casos, mostrou-se eficaz e sem complicações.

Abstract

This article has for objective to report two clinical cases of superior denture's palatine hiperplasy for suction chamber in patients treated at the Clinic of the Discipline of Estomatology of Odontology Faculty of Araçatuba (FOA-Unesp). The authors introduce the clinical, histopathologic and alternative aspects of treatment, based on a review of literature about this pathology. The cases presented where treated successfully through electric surgery.

Key words: hiperplasy, vacuum chamber, clinical-pathological aspects, treatment, electric surgery.

Referências

1. Feltrin PP, Zanetti AL, Marucci G, Araújo VC. Prótese total muco-suportada. I - Lesões da mucosa bucal. Rev Ass Paul Cirurg Dent 1987; 41(3):150-61.
2. Knapp MJ. Oral disease in 181.388 consecutive oral examinations. JADA 1971; 83(6):1288-93.
3. Budtz-Jorgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. J Oral Path 1981; 10(2):65-80.
4. 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(2):19-25.
5. Frare SM, Lima PA, Albarello FJ, Pedot G, Regio RAS. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? Rev APCD 1997; 51(6):573-76.
6. Garrafa V, Santos-Pinto D. Transformação maligna de lesões produzidas pelo uso de próteses totais com câmara de sucção. Rev Bras Cir (Biol Oncol) 1969; 58(3-4):303-11.
7. Barbosa JRA, Barbosa CMR. Lesões traumáticas associadas ao uso de prótese. Odontol Mod 1988; 15(4):43-48.
8. Wright SM, Scott BJ. Prosthetic assessment in the treatment of denture hyperplasia. Br Dent J 1992; 172(8):313-15.
9. Neville BW, Damm DD, Allen CMA, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
10. Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia Bucal - Correlações Clínicas e Patológicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
11. Boraks S. Diagnostico Bucal. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
12. Victor JO, Castro AL, Garrafa V, Ayres JPS, Furuse TA. Aumento volumétrico do palato por câmara de sucção em próteses totais: Estudo clínico e tratamento. Rev Bras Pesquisas Med Biol 1974; 7(1):55-61.
13. Tommasi AF, Boraks S. Processos proliferativos não neoplásicos, tumores benignos e cistos da boca e complexo maxilo-mandibular. Ars Cuyrandi Odontol 1975; 2(4):34-5.
14. Teofilo JM. Patologia Oral - Resumo Didático Lesões Reacionais de Interesse Odontológico. JOFA 2003; [2006 ago. 21] 3(1):[Telas]. Disponível em URL: <http://www.tatica.br>.
15. Salonen MA, Raustia AM, Oikarinen KS. Effect of treatment of palatal inflammatory papillary hyperplasia with local and systemic antifungal agents accompanied by renewal of complete denture. Acta Odont Scand 1996; 54(2):87-91.

Endereço para correspondência

João Paulo De Carli
Rua Bento Gonçalves, 967/204 - Centro
CEP: 99010-010 - Passo Fundo - RS
Fone: (54) 3311-3147
E-mail: joaostomatologia@yahoo.com.br