

## PREVALÊNCIA DOS CASOS DE HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA EM MUCOSA BUCAL

*Gilberto Almeida Botelho*<sup>\*</sup>  
*Evanice Menezes Marçal Vieira*<sup>\*\*</sup>  
*Fábio Luis Miranda Pedro*<sup>\*\*\*</sup>

### RESUMO

*A hiperplasia fibrosa inflamatória corresponde a um crescimento tecidual benéfico decorrente de fatores irritantes crônicos de baixa intensidade, como traumas mecânicos constantes provocados por próteses mal ajustadas. Uma das áreas mais susceptíveis ao surgimento é a mucosa bucal, e em sua fase inicial, esta se apresenta indolor e de evolução lenta, levando assim o paciente a procurar o tratamento tardio. O aparecimento da hiperplasia fibrosa inflamatória está associado ao uso prolongado de prótese dentária que na grande maioria apresenta falhas de adaptação causando malefícios aos pacientes. Revendo os laudos histopatológicos dos pacientes atendidos nas clínicas da faculdade de odontologia de Cuiabá – FOC/UNIC, referente ao período de 1992/2003, foram analisados 650 prontuários de pacientes com hiperplasia fibrosa de etiologias variadas, sendo selecionados apenas os portadores de hiperplasia fibrosa inflamatória causada por próteses totais removíveis, perfazendo um total de 213 pacientes. Essa alteração tecidual foi analisada de acordo com suas manifestações em diferentes faixas etárias, gênero, etnia e localização. Estes dados foram comparados com as literaturas existentes buscando o entendimento clínico desta lesão. Concluiu-se que a maior incidência de pacientes com hiperplasia fibrosa inflamatória por próteses totais removíveis pertence ao gênero feminino, na faixa etária de 41 à 50 anos, leucoderma e localização na mandíbula.*

\* Prof. da disciplina de Propedêutica Clínica da Universidade de Cuiabá UNIC/MT. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Cuiabá – UNIC/MT.

\*\* Profa. da disciplina de Propedêutica Clínica da Universidade de Cuiabá UNIC/MT. Doutora em Odontologia/Estomatologia pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP/FOA.

\*\*\* Prof. da disciplina de Endodontia da Universidade de Cuiabá UNIC/MT. Doutor em Endodontia pela Universidade de São Paulo - USP.

**PALAVRAS-CHAVE**

*epúlide fissurado, hiperplasia fibrosa inflamatória, epúlide granulomatoso*

**PREVALENCE OF CASES OF INFLAMMATORY FIBROUS HYPERPLASIA IN THE ORAL MUCOSA**

**ABSTRACT**

*One of the most common areas where hyperplasias can be found is the oral mucous membrane, and at its initial phase it is not painful and it develops slowly, this makes patients only seek for help at a much later stage. The appearance of fibrous inflammatory hyperplasia is often associated to the use of ill-fitted dentures for long periods of time causing problems to the patients. The patients for this research, all suffering from fibrous inflammatory hyperplasia, were selected by the analysis of histopathological records of patients treated at the clinics of the Dentistry School of the University of Cuiaba – FOC-UNIC, within the period of 1992 and 2003. Were analyzed medical records of 650 patients with fibrous hyperplasia of varying causes, and selected only the patients with inflammatory fibrous hyperplasia caused by removable dentures, for a total of 213 patients. This alteration tissue was analyzed according to its occurrence at different ages, genre, race and location. This data was then compared to those existing in literature in search of a clinical understanding of this kind of lesion. The conclusion was that fibrous inflammatory hyperplasia is more frequent in female patients, aged between 41 and 50, leucoderma and located at the mandible.*

**KEYWORDS**

*epulis fissuratum, fibrous inflammatory hyperplasia, granulomatous epulis*

**Introdução**

A hiperplasia fibrosa inflamatória é semelhante a um “tumor” do tecido conjuntivo fibroso (NEVILLE *et al.*, 2004) que se desenvolve em associação com fatores irritantes crônicos de baixa intensidade como traumas mecânicos constantes provocados por próteses mal ajustadas, câmara de sucção (artifício usado

para obter maior fixação da dentadura), dentes fraturados ou restos dentários sobre a mucosa bucal (COELHO; ZUCOLOTO, 1998; NEVILE *et al.*, 2004)

As lesões de mucosa são comuns em pacientes que usam prótese removível (GRECCA *et al.*, 2002; CRUZ *et al.*, 2005; GONÇALVES *et al.*, 2005; BONFIM *et al.*, 2008) sendo a hiperplasia fibrosa inflamatória a mais freqüente e, na maioria das vezes, associada a pacientes mais idosos (COOPER, 1964; BUCHNER *et al.*, 1984; GONÇALVES *et al.*, 1995; FRARE *et al.*, 1997). Em décadas anteriores, essa lesão estava presente também em adultos jovens com relativa freqüência (FALCÃO *et al.*, 1986). De acordo com vários autores, o gênero feminino é o mais acometido (BUCHNER *et al.*, 1984; FALCÃO *et al.*, 1986; CASTRO, 1997) sendo a região de mandíbula e maxila acometidas em proporções diferentes (ARAÚJO, ARAÚJO, 1984; CASTRO, 1997).

Quando o indivíduo perde os dentes, coloca-se em evidência tanto os danos funcionais como os desequilíbrios que esse acontecimento pode causar em sua organização psíquica e social. O profissional deve estar atento não apenas ao aspecto técnico do trabalho que executará, devendo considerar também os fatores psicológicos que envolvem a situação. O profissional deve ser sensível ao fato de que a perda dentária é uma vivência ampla e abrangente, e que a recomposição dentária, facial e da aparência estética envolve sentimentos e desejos (BRAGA *et al.*, 2002; ROSA *et al.*, 2008).

Clinicamente, a hiperplasia fibrosa inflamatória apresenta-se como uma única, ou múltiplas pregas de tecido hiperplásico no vestíbulo alveolar, consistente a palpação, próximo à superfície da dentadura, de base sésil ou pediculada. Mais frequentemente há duas pregas de tecido, e a borda da prótese associada adapta-se dentro da fissura das pregas. Usualmente a mucosa se apresenta íntegra, ligeiramente isquêmica ou hiperemiada devido à compressão ou irritação causada pela prótese instável. Na maioria das vezes, a massa tecidual é firme e fibrosa, embora algumas lesões sejam eritematosas e ulceradas, semelhantes à granuloma piogênico. O tamanho das lesões podem variar desde hiperplasias localizadas com menos de 1 cm, a lesões grandes

que envolvem a maior parte do comprimento do vestíbulo. A localização geralmente está na área vestibular do rebordo alveolar, embora algumas lesões sejam observadas na superfície lingual do rebordo alveolar inferior (RALPH;STENHOUSE, 1972; CUTRIGHT, 1974; NEVILLE *et al.*, 2004).

Na odontologia, considerando o aspecto clínico desta alteração tecidual, o termo hiperplasia fibrosa inflamatória é utilizado desde há muito tempo (PINDBORG, 1968; SHAFER *et al.*, 1979) que corresponde a uma deposição exacerbada de tecido conjuntivo denso, fibrótico, proporcionando conseqüentemente um aumento volumétrico tecidual aparente. Termos como: epúlide fissurada, tecido exuberante, hiperplasia por irritação de dentadura, tumor por lesão de dentadura, epúlide por dentadura, fibrose alveolar podem ser utilizados, embora preferencialmente deva-se utilizar o termo hiperplasia fibrosa inflamatória (SHAFER *et al.*, 1979; MOTTA; MOTTA, 1979; BUCHER *et al.*, 1984; NEVILLE *et al.*, 2004).

Na mucosa bucal, a hiperplasia fibrosa inflamatória ocorre no palato e no fórnix vestibular. No palato, é provocada pelo uso de prótese total superior confeccionada com uma depressão central mediana de bordo afiado na área basal, conhecida como câmara de vácuo, representada por lesão nodular séssil, cuja forma acompanha o formato da câmara de vácuo (BORAKS, 2001).

Frequentemente se observa reabsorção da crista óssea alveolar e reação inflamatória (NORDENRAM; LANDT, 1969). No fundo de saco a lesão é provocada por falha na adaptação do rebordo da prótese total superior ou inferior, ou quando este é pouco espesso, afiado, pontiagudo dentre outros (BORAKS, 2001; COOPER, 1964).

Microscopicamente, o tecido conjuntivo subjacente ao epitélio está representado principalmente por fibras colágenas grossas com poucos fibroblastos e vasos sanguíneos, a menos que exista uma reação inflamatória ativa (SHAFER *et al.*, 1979; NEVILLE, 2004).

A lâmina própria é constituída por infiltrado inflamatório predominantemente do tipo mononuclear, no qual se observa

uma grande quantidade de linfócitos, plasmócitos e macrófagos em proporções diferentes ou semelhantes. O crescimento tecidual manifesta-se de forma controlada pelo organismo e, embora corresponda ao crescimento de tecido mole, exame radiográfico é recomendado, pois, embora seja incomum, calcificações podem ser encontradas na lesão (CASTRO, 1997).

O diagnóstico da hiperplasia fibrosa inflamatória é geralmente clínico pela observação direta da relação causa-efeito. Entretanto, deve-se realizar a citologia esfoliativa e/ou a biópsia incisional ou excisional a depender da extensão da lesão e da presença ou não de ulceração (VERRI et al., 1979) a fim de descartar a possibilidade de lesão maligna associada.

O tratamento da hiperplasia fibrosa inflamatória é baseado primeiro, na remoção do agente causal, impedindo o uso da prótese e espera de 7 a 15 dias para reavaliar a lesão: se o conteúdo da massa for predominantemente hemangiomaso, deverá regredir, se fibrótico, há de se remover cirurgicamente, enviando sempre o material removido para exame histopatológico (MOTTA; MOTTA, 1979; ZEGARELLI *et al.*, 1982; BÓRAKS, 2001;). O laser CO<sub>2</sub> também tem sido descrito como uma forma de tratamento, por apresentar pós-operatório sem complicações e resultados estéticos favoráveis, permitindo colocação mais rápida da prótese definitiva (NICOLLE-FILHO, 1999).

São poucas as complicações cirúrgicas observadas no pós-operatório; edema é o sinal que se apresenta mais frequentemente (RALPH; STENHOUSE, 1972). Outra forma de tratamento, consiste no reembasamento da prótese com condicionadores de tecido mole (CASTRO *et al.*; FUROSE; MARTINELLI, 1979; SHAFER *et al.*, 1979; COELHO; ZUCOLOTO, 1998).

Acredita-se que não ocorrem transformações carcinomatosas nas hiperplasias fibrosas inflamatórias por não apresentarem potencial carcinogênico (CASTRO *et al.*, 1979). Swanson e Spouge (1981) consideraram que o aparecimento das hiperplasias seja resultante de traumas constantes sobre a mucosa, porém estes traumas não estão relacionados com o aparecimento de carcinoma nas lesões hiperplásicas.

A ausência ou falta de informação sobre o uso e a manutenção das próteses totais removíveis é um fato observado dentre os usuários desse tipo de aparelho. Neste caso, as lesões causadas pela presença de microorganismos acumulados sobre as superfícies protéticas devido à deficiência ou ausência de periodicidade na higienização dessas próteses promovem o crescimento de tecido gengival. Diante do exposto, o presente estudo teve por propósito avaliar a prevalência dos casos de hiperplasia fibrosa inflamatória relacionados ao uso de próteses dentárias totais, diagnosticados no laboratório de Patologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Cuiabá (UNIC) nos anos de 1992 a 2003, considerando as seguintes variáveis: localização, gênero, idade e etnia.

### **Material e Método**

---

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Cuiabá – UNIC, sob número 003/2005 e consistiu em um estudo descritivo retrospectivo dos pacientes atendidos na faculdade de odontologia da Faculdade de Cuiabá – FOC/UNIC – Serviço de Patologia Bucal, com diagnóstico histopatológico de hiperplasia fibrosa inflamatória, de uma forma geral e hiperplasia fibrosa inflamatória decorrente do uso por tempo prolongado de próteses totais mal adaptadas entre os anos de 1992 a 2003.

Foram analisadas 650 fichas com diversos resultados histopatológicos, das quais foram selecionadas as fichas com diagnóstico de hiperplasia fibrosa inflamatória, por uso de prótese total, perfazendo um total de 213 casos

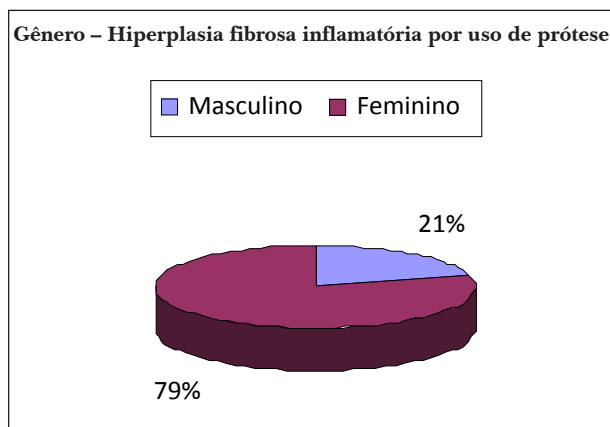
As variáveis estudadas foram: idade, gênero, localização da lesão e etnia.

### **Resultados**

---

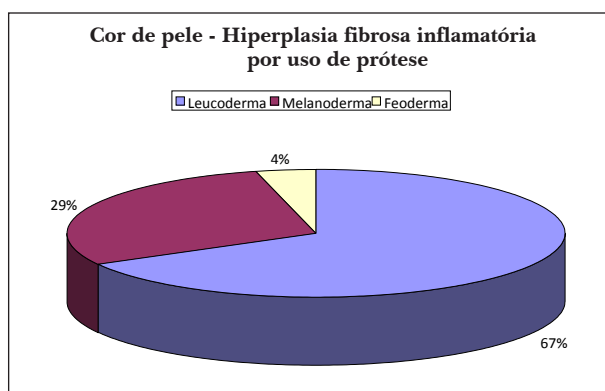
Dos 213 diagnósticos de hiperplasias fibrosas inflamatórias relacionadas ao uso contínuo e prolongado de próteses mal

adaptadas, foram encontrados 169 (79%) casos no gênero feminino e 44 (21%) no gênero masculino (Gráfico 1).



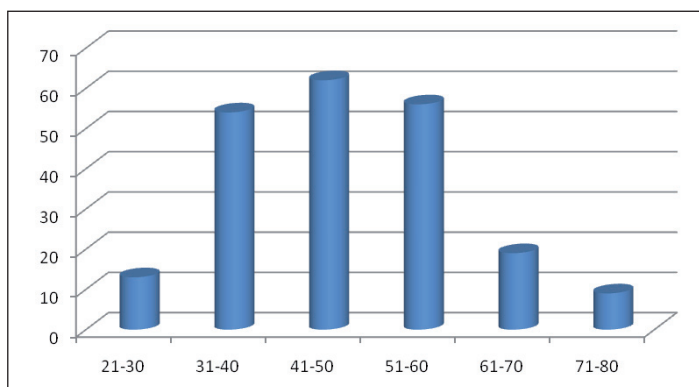
**Gráfico 1** – Distribuição dos portadores de hiperplasia fibrosa inflamatória por uso de prótese de acordo com o gênero.

Os pacientes leucodermas apresentaram maior índice das hiperplasias fibrosas inflamatórias por próteses, numa proporção de 67%, enquanto que os feodermas apresentaram um índice menor (29%) seguido por indivíduos melanodermas com 4% (Gráfico 2).



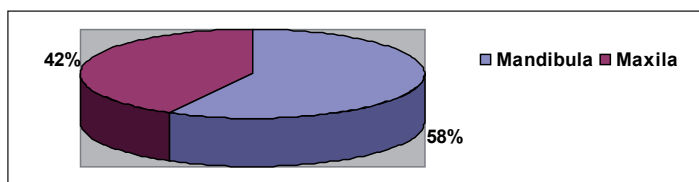
**Gráfico 2.** Distribuição dos portadores de hiperplasia fibrosa inflamatória por uso de prótese de acordo com a cor da pele.

A idade foi avaliada apenas para os casos de hiperplasias fibrosas inflamatórias por uso de prótese, sendo que dos 213 pacientes acometidos, foram encontrados os seguintes valores: na faixa etária entre 21 a 30 anos, 13 pessoas (6,18%); entre 31 a 40 anos, 54 pessoas (25,47%); 41 e 50 anos, 62 pessoas (28,77%), 51 a 60 pessoas, 56 pessoas (26,41%), 61-70, 19 pessoas (8,92%) e 71 a 80, 9 pessoas (4,25%), exibindo maior frequência na faixa etária entre 41 e 50 anos seguida pela de 50 a 60 e de 31 a 40, com valores semelhantes (Figura 3).



**Gráfico 3** – Distribuição dos portadores de hiperplasia fibrosa inflamatória por uso de prótese de acordo com a faixa etária (anos).

Quando a presença da hiperplasia fibrosa inflamatória, o presente estudo encontrou maior localização na mandíbula, com 58%, sendo que a maxila apresentava 42% da população avaliada (Gráfico 4).



**Gráfico 4.** Distribuição dos portadores de hiperplasia fibrosa inflamatória por localização na cavidade bucal.



## Discussão

Os tecidos bucais iniciam rapidamente uma reação tecidual frente a agressões físicas, químicas ou biológicas, o que pode ocorrer de forma lenta ou rápida, dependendo do nível de agressividade do agente agressor, bem como da capacidade adaptativa do organismo frente à agressão (CASTRO; FURUSSE; MARTINELLI, 1979). Estas alterações podem apresentar uma caracterização benigna ou maligna. As alterações teciduais de caráter benigno são encontradas de forma variada, quanto à alteração de cor ou aumento volumétrico, com limites definidos e crescimento lento. As alterações malignas, por sua vez, clinicamente, são portadoras de crescimento rápido, limites imprecisos, e frequentemente, com superfície ulcerada (BÓRAKS, 2001; NEVILLE *et al.*, 2004).

Geralmente, esta mesma lesão está presente em indivíduos que fazem uso prolongado de prótese mal adaptada. Considerando que a longevidade da raça humana é uma realidade em nosso país, bem como as múltiplas extrações no mesmo indivíduo e também as dificuldades na obtenção de próteses dentárias de boa qualidade no passado, o assunto torna-se um problema social importante. De acordo com a literatura (ALVES; GONÇALVES, 2005; CASTRO, 1997) a faixa etária mais acometida encontra-se entre 40 e 50 anos, o que está de acordo com os dados encontrados neste estudo, embora Falcão *et al.*, em 1986, tenha encontrado predominância em faixa etária de 30 a 40 anos.

De acordo com os resultados do presente estudo, a presença de hiperplasia fibrosa inflamatória não estaria na dependência do fator idade, tendo sido observada em todas as faixas etárias analisadas. Ainda em relação à idade, a modificação senil e fisiológica da mucosa oral parece não contribuir para a instalação da hiperplasia fibrosa inflamatória, sendo que, os resultados apontam uma incidência maior na faixa etária compreendida entre 41 e 50 anos (61 casos), que em faixas mais elevadas, com 19 ocorrências na faixa etária de 61 a 70 anos, e apenas 10 ocorrências em pacientes com idade acima de 70 anos.

Esses dados encontrados condizem com os encontrados por outros autores na literatura (COOPER, 1964; BIRMAM; GONÇALVES, 1997), embora Buchner *et al.* (1984) considerem a sétima década como a de maior incidência e, contrariamente a todas essas observações, o trabalho de Falcão *et al.* (1986) aponta a quarta década como a de maior incidência.

Esta problemática é mais evidente, no Brasil, em populações de baixo nível sócio-econômico. A provável falta de orientação sobre os cuidados para com o aparelho protético e a necessidade de sua substituição em períodos curtos de tempo, contribui para a agressão física nas áreas diretamente relacionadas com a prótese. Tendo em vista as prioridades presentes na vida do indivíduo, algumas inclusive relacionadas à sobrevivência, a confecção de uma nova prótese torna-se irrelevante. Atualmente, a facilidade de se obter uma prótese, seja bem ou mal adaptada, é maior em função do grande número de profissionais atuantes na área de odontologia. Entretanto, a atuação de “práticos”, que agem de forma “clandestina” e irresponsável, disponibilizando aparelhos protéticos por custos acessíveis é expressiva. A perda óssea, considerada um fenômeno fisiológico, decorrente da ausência dos dentes, também contribui para que a prótese não mantenha a sua estabilidade sobre os tecidos bucais, favorecendo a perda de adaptação (CASTRO; FURUSE; MARTINELLI, 1979; FALCÃO *et al.*, 1986).

As hiperplasias fibrosas inflamatórias são alterações teciduais decorrentes de agressões físicas, e são prevalentes em rebordo alveolar seguida da mucosa jugal e fórnix vestibular e normalmente estão associadas, ao uso prolongado de prótese mal adaptada (PINDBORG, 1968; FALCÃO *et al.*, 1986). A pressão exercida pela mordida pode causar inicialmente uma ulceração traumática. A persistência desse fator permite uma destruição das fibras conjuntivas da submucosa acompanhada de fenômenos inflamatórios, resultando numa resposta somática tecidual ao agressor aumentando seu volume. Os resultados encontrados neste estudo foram semelhantes ao relatado na literatura, sendo a prótese total mal adaptada, o fator mais associado à etiologia (AZEVEDO, 1986).

As hiperplasias fibrosas inflamatórias podem ocorrer em indivíduos de ambos os gêneros, porém, diversos trabalhos mostraram maior predileção pelo gênero feminino (CASTRO, 1997; FALCÃO *et al.*, 1986; BUCHNER *et al.*, 1984).

O presente estudo revela número expressivo de casos no gênero feminino, totalizando 169 ocorrências (79%) entre os 213 pacientes com hiperplasia fibrosa inflamatória. Esses dados estão de acordo com os observados pela maioria dos autores na literatura atual, mas contrapondo-se a afirmação de Bhaskar (1986), que considera a maior ocorrência em homens. A maior incidência de hiperplasia fibrosa inflamatória em mulheres está relacionada à procura mais freqüente de tratamento protético do que os homens, havendo assim maior probabilidade de instalação de alterações paraprotéticas.

O tratamento deste tipo de lesão varia desde a suspensão do uso da prótese por tempo determinado, até a remoção total da lesão, por meio de tratamento cirúrgico. Após uma semana de suspensão do uso da prótese, o quadro clínico é mais favorável para a terapêutica compressiva e/ou cirúrgica, se for o caso. (VERRI *et al.*, 1979; FALCÃO *et al.*, 1986). A suspensão da prótese promove “alívio” na área, com diminuição do edema inflamatório e, conseqüentemente, diminuição do volume tecidual. Na técnica compressiva, a involução clínica se dá entre 30-40 dias, devendo-se confeccionar nova prótese com maior retenção e estabilidade, procurando manter um bom selamento periférico o que é conseguido com as bordas espessas da prótese.

Na análise da incidência quanto à etnia, o presente estudo encontrou resultados similares aos descritos na literatura atual. (CASTRO; FURUSE; MARTINELLI, 1979; FALCÃO *et al.*, 1986) registraram maior ocorrência nos indivíduos leucodermas, embora considerando que esse número expresso, está diretamente relacionado com a amostra populacional predominante e analisada, do que propriamente por fatores intrínsecos mais específicos.

Alves e Gonçalves (2005) fizeram um estudo onde a lesão mostrou-se presente com maior incidência no gênero feminino, em pacientes leucodermas e localizado principalmente na mandíbula. No presente estudo, há uma concordância com os autores

citados, pois a maior frequência encontrada foi em mandíbula, com 58% dos casos analisados, enquanto que Azevedo (1996) indica a região anterior da maxila como sendo a localização mais frequente da hiperplasia fibrosa inflamatória.

É de responsabilidade do cirurgião dentista, após instalação da prótese no paciente, orientá-los referente ao período de uso diário e provável tempo de duração da prótese, assim como os cuidados na manutenção da peça protética, e retornos ao consultório odontológico para avaliação periódica da mesma, evitando assim a proliferação tecidual decorrente da mal adaptação protética (GOIATO *et al.*, 2005).

### **Conclusão**

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, pode-se concluir que as próteses mal adaptadas são fatores potenciais para o aparecimento das hiperplasias fibrosas inflamatórias, considerada de alta incidência na população estudada, apresentando-se mais frequente nos pacientes do gênero feminino, leucodermas, faixa etária de 41 a 50 anos, com localização na mandíbula, o que confirma os dados existentes na literatura atual.

### **Referências Bibliográficas**

ALVES, N. C.; GONÇALVES, H. H. S. B. Estudo descritivo da ocorrência de hiperplasias fibrosas inflamatórias observadas no Serviço do Laboratório de Histopatologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Marília. *Rev. Paul. Odontol.*, v. 27, n. 4, p. 4-8, 2005.

ARAÚJO, N. S. de; ARAUJO, V. C. de. *Patologia Bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1984.

AZEVEDO, R.N.C. *Epúlides fissurados: estudo clínico e histopatológico*. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio de Janeiro. Faculdade de Odontologia. Rio de Janeiro, 1986. 71 p.

BHASKAR, S. N. *Patologia Bucal: Odontologia*. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1989.

BONFIM *et al.* Prevalência de lesões de mucosa bucal em pacientes portadores de prótese dentária. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*; 8(1):117-121, 2008.

BÓRAKS, S. *Diagnóstico bucal*. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

BRAGA, S. R. S.; TELAROLLI JÚNIOR, R.; BRAGA, A. S. et al. Avaliação das condições e satisfação com as próteses em idosos da região central do estado de São Paulo (Brasil). *Rev.Odontol. Unesp*, Araçatuba, v. 31, n.1, p. 39-48, jan./jun. 2002.

BUCHNER, A. *et al.* The predominance of epulis fissuratum in females. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 7, p. 699-702, 1984.

CASTRO, A. L. *Hiperplasia fibrosa inflamatória de fórnix do vestibulo bucal: estudo clinico e histológico*. 1997. 98 f. Tese (livre-docência) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade do estado de São Paulo, 1997.

CASTRO, A. L.; FURUSE, T. A.; MARTINELLI, C. Hiperplasias teciduais provocadas por prótese: são lesões cancerizáveis? Qual a orientação terapêutica? *Ars Curandi Odontol.*, v. 6, p. 10-12, 1979.

COELHO, C. M; ZUCOLOTO, S. Hiperplasia fibro-epitelial inflamatória da cavidade oral. *Revista da APCD*, v. 52, n. 5, p. 383-387, set./out. 1998.

COOPER, E. H. Hyperplasia of the oral tissues caused by ill-fitting dentures. *Br. Dent. J.*, v. 116, p. 111-114, 1964.

CRUZ, M. C. F. N. et al. Levantamento das biópsias da cavidade oral realizadas no hospital universitário – unidade Presidente Dutra / UFMA, da cidade de São Luís – MA, no período de 1992 a 2002. *Revista Brasileira de Patologia Oral*, v. 4, n. 3, p. 185-188, 2005.

CUTRIGHT, D. E. The histopathologic findings in 583 cases of epulis fissuratum. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 37, p. 401-411, 1974.

FALCÃO, A. F. P. et al. Alterações teciduais provocadas por próteses. *Rev. da Fac. Odont. da UFBA*, v. 6, p. 66-76, 1986.

FRARE, S. M.; LIMAS, P. A.; ALBARELLO, F. J. *et al.* Terceira idade: quais os problemas bucais existentes. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, São Paulo, v. 51, n. 6, p. 573-576, set./out. 1997.

GOIATO, M. C. Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 5, n. 1, jan./jun. 2005.

GONÇALVES, L. P. V.; ONOFRE, M. A; SPOSTO, M. R. *et al.* Estudo clínico das lesões de mucosa provocadas pelo uso de próteses removíveis. *RBO*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 9-12, 1995.

GRECCA, K. A. M.; SILVA JÚNIOR, W.; TOMITA, N. E. *et al.* Uso de próteses totais e lesões em tecidos moles na terceira idade. *PCL*, Curitiba, v. 4, n. 22, p. 496-501, 2002.

MOTTA, R. G.; MOTTA, Z. G. Épulis fissuratum. Conduta Clínico-Cirúrgica. *Rev. Bras. Odontol.*, v. 36, p. 44-47, 1979.

NEVILLE, B. W. *et al.* *Patologia Oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2004. 705 p.

NICOLLE-FILHO *et al.* Removal of Epulis Fissuratum Associated to Vestibuloplasty with Carbon Dioxide Laser. *Lasers in Medical Science.*, v.14,p. 2003-2006, 1999.

NORDENRAM, A.; LANDT, H. Hyperplasia of the oral tissues in denture cases. *Acta Odontol. Scand.*, v. 27, p. 481-91, 1969.

RALPH, J.P; STENHOUSE, D. Denture-induced hyperplasia of the oral soft tissues: vestibular lesions, their characteristics and treatment. *Br Dent J.*, v. 132, n. 2, p.68-70, 1972.

ROSA *et al.* Odontogeriatrics – a saúde bucal na terceira idade. *RFO*, v. 13, n. 2, p. 82-86, 2008.

SHAFER, W.G. *et al.* *Patologia bucal*. 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. 629 p.

SWANSON, A. E.; SPOUGE, J. D. Traumatic hyperplasia of the gingival-alveolar fibrosis. *J. Canad. Dent. Assoc.*, v. 47, p. 52-56, 1981.

VERRI, R. A. *et al.* *Prática odontológica*. Rio de Janeiro: Publicações Médicas, 1979. p. 224-229.

ZEGARELLI, E. *et al.* *Diagnóstico das doenças da boca e dos maxilares*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.