

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS – UEA
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESA
CURSO DE ODONTOLOGIA

**FIBROMATOSE GENGIVAL HEREDITÁRIA: RELATO DE CASO CLÍNICO
E TRATAMENTO**

NATHÁLIA OLIVEIRA CARDOSO

Manaus-Amazonas
2017

UNIVERSIDADE DO ES DO AMAZONAS – UEA
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESA
CURSO DE ODONTOLOGIA

**FIBROMATOSE GENGIVAL HEREDITÁRIA: RELATO DE CASO
CLÍNICO E TRATAMENTO**

NATHÁLIA OLIVEIRA CARDOSO

Trabalho de Conclusão de Curso na forma de Relato de Caso Clínico apresentado ao curso de Odontologia da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas como requisito obrigatório para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Hugo Felipe Do Vale

Manaus-Amazonas
2017



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS –UEA
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESA
CURSO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE APROVAÇÃO

A Ac. **Nathália Oliveira Cradoso** foi aprovada mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado: **Fibromatose Gengival Hereditária: Relato de Caso Clínico e Tratamento**, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Hugo Felipe do Vale (Orientador)

2º Membro da banca

3º Membro da banca

AO MEU PAI, AGAMENON CARDOSO DA SILVA, POR TODO APOIO E POR TUDO QUE FEZ POR MIM AO LONGO DOS ANOS, POR INÚMERAS VEZES TER ABERTO MÃO DE SEUS SONHOS POR MIM E MEUS IRMÃOS. OBRIGADA POR TUDO. ESSA VITÓRIA É PRO SENHOR.

Agradecimentos

A **Deus**, pois Ele me abençoou em cada degrau dessa jornada, e fez-me compreender que Seus planos são e sempre serão melhores do que os meus;

Aos meus pais **Agamenon Cardoso da Silva** e **Natividade Oliveira Cardoso**, pelo dom da vida, por me proporcionarem uma educação ímpar, pelo amor dedicado e pelo apoio incondicional para realização do meu sonho;

À minha avó **Maria das Graças Cardoso da Silva**, minha tia **Socorro Cardoso da Silva** e meu primo **Lucas Cardoso Pereira**, por terem me aceitado em sua casa quando iniciei os estudos em Manaus, por todo carinho e cuidado a mim concebidos;

Aos amigos que a vida me apresentou **Fabiana Costa**, **Maria del Pilar Cavalcante Ferreira** e **Marcelo Adriano Lima**, o que seria essa caminhada sem vocês? Obrigada por compartilharem as minhas alegrias, ouvirem-me, confortarem-me nos momentos de tristeza. Aos vários momentos vividos, aos quais levarei pra sempre. Aos inúmeros sorrisos que demos e aos que ainda daremos;

Á minha fiel dupla **Hugo Alex Costa**, por toda amizade e esforços para que sempre pudéssemos realizar nossos objetivos dentro e fora de clínica. Você é mais que uma dupla, é um amigo pra vida;

Aos **professores** da Universidade do Estado do Amazonas, por todos ensinamentos a mim concebidos para minha realização profissional e pessoal também;

Ao meu orientador **Hugo Felipe do Vale**, por ter aceito participar deste trabalho, ter contribuído com seus vastos conhecimentos teóricos e práticos e pelos ensinamentos a mim concebidos;

Aos **funcionários** da Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas por todo suporte e paciência dedicados;

Ao meu cachorro, fiel escudeiro de madrugadas, que me alegra com seu carinho e brincadeiras...**Bob Oliveira Cardoso**;

Aos amigos **David Mafra, Fábio Medeiros, Livia Bentes, Jussara Itou, Naara Lopes, Paulo Melo, Rachel Hatchwell, Tannury Martins e Wanessa Andrade**, construídos desde a infância quando cheguei à Maués e que perpetuam até hoje, agradeço por estarem sempre perto, não fisicamente, mas em meu coração. Obrigada por cada momento juntos;

Por último e não menos importante, a uma pessoal especial, **Douglas Burga**, por ser um companheiro que me incentivou em todos os meus sonhos, aconselhando-me, sempre apoiando e me ajudando a ser melhor a cada dia. Agradeço pelas ajudas, caronas, ouvidos, abraços e confortos a mim concebidos.

*CONHEÇA TODAS AS TEORIAS, DOMINE TODAS AS
TÉCNICAS, MAS AO TOCAR UMA ALMA HUMANA, SEJA
APENAS OUTRA ALMA HUMANA.*

(CARL JUNG)

RESUMO

Fibromatose Gengival Hereditária (FGH) é uma doença rara que afeta 1 a cada 750.000 pessoas, caracterizada pelo aumento da gengiva marginal, gengiva inserida e papilas interdentais, causando problemas estéticos e funcionais e maior propensão a lesões de cáries e doenças periodontais, o que pode interferir na qualidade de vida de seu portador, podendo apresentar-se de forma isolada ou associada a outras alterações, como parte de síndromes. Através de uma revisão da literatura, este trabalho elucida todas as suas características, objetivando facilitar sua identificação, tratamento e controle. O intuito do presente trabalho é relatar o caso clínico de uma paciente do gênero feminino, 15 anos, insatisfeita com seu sorriso e quantidade de gengiva. A exame clínico apresentava relação desarmônica entre o aspecto gengival e o comprimento curto das coroas clínicas dos dentes e aumento gengival generalizado, envolvendo maxila e mandíbula. O tratamento realizado foi através de instruções de higiene bucal, adequação do meio e cirurgia de gengivectomia. Devido ao comprometimento estético, o tratamento cirúrgico iniciou-se pela região anterior da maxila. O pós-operatório cirúrgico foi satisfatório com melhora considerável da aparência do paciente.

Palavras-chave: Fibromatose Gengival Hereditária, Gengivectomia, Estética Dentária

ABSTRACT

The Hereditary Gingival Fibromatosis (HGF) is a rare disease that affects 1 in every 750,000 people, characterized by the growth of the marginal gingiva, attached gingiva and interdental papillae, causing a esthetic and functional problems and more prone to caries and periodontal diseases, which can interfere in the quality of life of its bearer, which may present as an isolated clinical finding or in association with other features, aspart of a syndrome. The aim of this study was to review the literature on hereditary gingival fibromatosis and describe its characteristics to enable the diagnosis, treatment and control of this disease. The aim of this study is to report the case of a female patient, 15 years, unsatisfied with her smile and gum line. The clinical examination showed disharmonious relationship between the gingival aspect and the short length of the clinical crowns of teeth and generalized gingival overgrowth, involving the maxillary and mandibular. The treatment was performed by oral hygiene instruction, adequacy of the oral environment, and surgeries of gingivectomy. Due to the aesthetic involvement, the surgical treatment was initiated in the anterior region of maxila. The postoperative course was uneventful and patient's appearance improved considerably.

Keywords: Hereditary Gingival Fibromatosis; Gengivectomy; Esthetics Dental

LISTA DE FIGURAS

Figura 01. Sorriso da paciente demonstrando comprometimento estético devido ao aumento do tecido gengival região anterior de maxila.....

Figura 02. Vista frontal da paciente. Notam-se que seus lábios são altamente proeminentes devido ao aumento gengival generalizado envolvendo região de maxila e mandíbula.....

Figura 03. Vista intrabucal. Nota-se o severo e generalizado aumento gengival envolvendo os dentes de ambos maxilares.....

Figura 04. Delimitação e visualização dos pontos sangrantes feitos com auxílio da sonda periodontal para identificar a quantidade e altura de tecido que será removido.....

Figura05. Vista ântero-superior após remoção tecido hiperplásico.....

Figura 06. Colarinho gengival removido da região ântero-superior. A amostra foi submetida à avaliação histológica.....

Figura07. Sorriso da paciente após o fim da 1ª intervenção cirúrgica.....

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS.....	
2.1 Objetivo Geral.....	
2.2 Objetivos Específicos.....	
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	
3.1 Definição, Classificação, Nomenclatura e Etiologia.....	
3.2 Características Clínicas, Radiográficas e Histopatológicas.....	
3.3 Diagnóstico e Tratamento.....	
4. DISCUSSÃO.....	
5. RELATO DE CASO.....	
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
ANEXOS.....	

1. INTRODUÇÃO

A Fibromatose Gengival Hereditária (FGH) é caracterizada por um aumento, progressivo, difuso e benigno dos tecidos gengivais que resulta no recobrimento parcial ou total dos dentes pela gengiva hiperplásica queratinizada, incorrendo em graves transtornos estéticos e funcionais para o paciente acometido por tal condição (VALENTE et al., 2004). Ocorre principalmente na infância e juventude. Não há predileção por gênero. Muitas vezes, está correlacionada com a erupção dos dentes decíduos e permanentes, podendo provocar falha ou atraso na erupção destes (LINDHE et al., 1999).

É uma desordem rara (1 caso/750.000 pessoas) caracterizada pelo crescimento fibroso acentuado do tecido gengival. É conhecida também como Hiperplasia Gengival Hereditária, Fibromatose Idiopática e Hipertrofia Gengival (FLETCHER, 1966). Foi descrita primeiramente por Gross, em 1856. A partir deste trabalho, outros trabalhos têm procurado caracterizá-la clínica, microscópica, bioquímica e geneticamente.

A etiologia da Fibromatose Gengival Hereditária tem um componente hereditário, com transmissão, fundamentalmente, autossômica dominante, podendo também acontecer de modo autossômico recessivo. Os mecanismos relacionados ao crescimento gengival ainda permanecem obscuros. Pode estar associada com o uso de drogas como fenitoína, ciclosporina e nifedipina ou associada a condições inflamatórias e tumorais. Pode ainda ser transmitida de forma hereditária, como componente ou não de uma síndrome (LEE et al., 2006).

A extensão e severidade do comprometimento clínico podem variar entre diferentes famílias com Fibromatose Gengival Hereditária e também entre membros de uma mesma família (RAESTE et al., 1978).

Os sinais clínicos mais comuns, relacionados ao crescimento gengival, são diastemas e mau posicionamento dentário, porém, em casos severos há comprometimento funcional e estético (BITTENCOURT, 2000). O aumento gengival pode interferir na fala, no selamento labial, na mastigação, oclusão e na aparência facial. Há riscos de desenvolvimento de lesões de carie pois há grande acúmulo de placa bacteriana devido a dificuldade de higienização oral. Pode ainda ocorrer uma predisposição para a formação de bolsas periodontais patológicas em virtude da higienização bucal dificultada, casos em que a hiperplasia gengival assume uma maior gravidade, favorecendo a instalação de doenças inflamatórias crônicas (KATHER et al., 2008).

A análise radiográfica dos casos de FGH comumente apresenta reabsorções ósseas generalizadas e presença de lesões cariosas extensas. O quadro histológico de uma fibromatose gengival é fundamentalmente igual ao de uma hiperplasia fibrosa. Caracteriza-se por tecido epitelial estratificado pavimentoso queratinizado, hiperplásico, cujas cristas interpapilares dispõem-se de maneira digitiformes com tecido conjuntivo (subjacente ao tecido epitelial) rico em fibroblastos e fibras colágenas dispostas em várias direções (CANAVARROS, 2001).

O correto diagnóstico é essencial, baseando-se, essencialmente, na história médica e no exame clínico do paciente, podendo as análises genéticas e histológicas serem usadas como complemento. Como a Fibromatose Gengival Hereditária pode aparecer associada a síndromes, as características mais frequentes e identificativas dos mesmos devem ser pesquisadas (GENCO et al., 1989).

O tratamento cirúrgico consiste em gengivectomia e gengivoplastia, com ou sem reposicionamento apical de retalho, em conjunto com um programa rigoroso de higiene bucal. Associação de extração seletiva de dentes nos casos graves pode ser necessária para obter-

se uma morfologia tecidual normal da gengiva e servir como meio controlador do crescimento gengival, pois, segundo os autores, o mecanismo de crescimento gengival cede na ausência dos dentes, por uma razão ainda não identificada. As reincidências parecem comuns em poucos anos, portanto o acompanhamento clínico se faz necessário (CARRANZA; NEWMAN, 2010).

O risco de recidiva é elevado e muito variável, não devendo ser desvalorizado. O efeito da higiene oral é crucial no prognóstico da Fibromatose Gengival Hereditária. Deste modo, pretende-se relatar um caso clínico a respeito de Fibromatose Gengival Hereditária, fazendo uma revisão de literatura acerca desta alteração periodontal, elucidando suas características para correto diagnóstico e explanando o tratamento e acompanhamento propostos à paciente.

O tratamento, além de suprir as expectativas do paciente, é de grande importância para o restabelecimento funcional da mastigação e fonética, além de ajudar no aperfeiçoamento de suas relações interpessoais. Dessa forma, pode-se afirmar que o tratamento da Fibromatose Gengival Hereditária é capaz de melhorar a qualidade de vida, uma vez que, a estética é devolvida ao paciente.

2 .OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Relatar um caso clínico acerca de Fibromatose Gengival Hereditária em paciente atendida na Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas (POUEA).

2.2 Objetivos Específicos

- Elucidar as características clínicas acerca de Fibromatose Gengival Hereditária;
- Elucidar suas características etiológicas;
- Discorrer sobre caráter histopatológico;
- Descrever medidas relacionadas ao tratamento e ao acompanhamento da paciente.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Fibromatose Gengival Hereditária: Definição, Classificação, Nomenclatura

e Etiologia

Fibromatose Gengival Hereditária é um termo genérico usado para indicar uma condição oral, caracterizada por um crescimento lento e progressivo da gengiva como resultado de uma proliferação fibroblástica difusa e acúmulo excessivo de colágeno, não apresentando características neoplásicas (VALENTE et al., 2004). Pode se apresentar na forma isolada ou, mais raramente, como uma das manifestações de uma síndrome. Não há aparentemente uma predileção por gênero, sendo frequentemente observada em associação com hipertricose (HART et al., 2002).

A Fibromatose Gengival Hereditária não é característica de um só grupo étnico, tendo sido relatada em italianos, franceses, ingleses; israelenses, brasileiros (BOZZO, 1994). Na literatura, existem diversos tipos de classificação das fibromatoses gengivais, levando em consideração a extensão, etiologia e associação da alteração gengival com outras anormalidades. É classificada em iatrogênica, idiopática, inflamatória, medicamentosa e hereditária (MARTELLI, 2000). A denominada iatrogênica pode estar associada à exposição a certos agentes farmacológicos, tais como ciclosporina, fenitoína, barbitúricos ou bloqueadores de cálcio. A forma idiopática é aquela onde não há uma causa extrínseca aparente. A fibromatose de caráter hereditário é denominada Fibromatose Gengival Hereditária. De acordo com relatos da literatura, o termo Fibromatose Gengival Hereditária pode variar de leve a grave em indivíduos da mesma família e a presença de dentes é essencial para que essa condição aconteça (DEANGELO, 2007).

De acordo com classificação das doenças periodontais, definida no International Workshop for Classification of Periodontal Diseases and Conditions em 1999, a Fibromatose

Gengival Hereditária classifica-se como uma doença gengival não induzida por placa bacteriana e com origem genética (DEANGELO, 2007).

A Fibromatose Gengival Hereditária tem sido descrita, na literatura, sob uma nomenclatura variada, tais como elefantíase gengival, fibromatose idiopática, gengivoma, epúlides múltiplos, gigantismo da gengiva, macrogengiva congênita, gengivite hipertrófica, hipertrofia da gengiva, gengivite hipertrófica crônica, fibroma simétrico do palato, hiperplasia familiar ou gengiva hipertrófica, foi descrita primeiramente por Gross, em 1856 (COLETTA et al., 2006).

Embora seja clara a origem genética da Fibromatose Gengival Hereditária, o mecanismo exato que leva ao crescimento excessivo do tecido gengival ainda é desconhecido. Diversos estudos têm sido realizados para se determinar a causa desta doença, no entanto os dados disponíveis na literatura ainda não são conclusivos. Fletcher (1966) já apontava a hipótese de que alterações nos processos de síntese e degradação de colágeno poderiam estar associados ao aumento da quantidade de matriz extracelular no tecido conjuntivo gengival.

O mecanismo genético que define a hereditariedade ainda não está completamente elucidado, sabe-se do envolvimento de alguns genes, em estudos realizados nas famílias que manifestavam as doenças (BOZZO,1994). O gene responsável pela Fibromatose Gengival Hereditária foi identificado no cromossoma 2p21-2p22. O estudo genético de Hart et al (2000) demonstrou mutação de apenas um gene Son of sevenless-1 (SON-1), identificado como fator etiológico da Fibromatose Gengival Hereditário não associada a síndromes (MARTELLI, 2000).

Estudos recentes relatam a ação de mediadores químicos e fatores de crescimento na patogênese da doença. A liberação simultânea e exacerbada de fator transformador de crescimento, (TGF)- β 1 e IL6, está relacionada ao aumento da síntese de colágeno e à diminuição da atividade fibrinolítica, em pacientes que apresentam Fibromatose Gengival (COLETTA et al., 2006).

A Fibromatose Gengival Hereditária pode estar associada com o uso de drogas como fenitoína, ciclosporina e nifedipina ou associada a condições inflamatórias e tumorais ou pode ainda ser transmitida de forma hereditária, como componente ou não de uma síndrome. Os mecanismos relacionados ao aumento do tecido gengival ainda não foram completamente esclarecidos, mas a variação na expressão clínica da Fibromatose Gengival Hereditária pode ser resultado de diferentes etiologias (KATHER et al., 2008).

3.2 Fibromatose Gengival Hereditária: Características Clínicas, Radiográficas e Histopatológicas

A expressão clínica da Fibromatose Gengival Hereditária é heterogênea, podendo manifestar-se de uma forma generalizada (designada por simétrica) e uniforme, que se trata da forma mais comum, ou uma forma localizada a uma determinada área (designada por nodular), sendo as zonas mais comumente e severamente afetadas: a tuberosidade maxilar e a zona dos molares mandibulares (AVELAR et al., 2010). O grau de aumento gengival pode ser categorizado em quatro graus: Grau 0 (não há aumento gengival); Grau 1 (aumento confinado à papila interdentária); Grau 2 (aumento envolvendo a papila e a gengiva livre); Grau 3 (aumento envolvendo $\frac{3}{4}$ ou mais da coroa (DOUFEXI et al., 2005).

A maxila é afetada com maior frequência e apresenta um maior grau de aumento, principalmente pelo lado palatino. O tecido acometido tem aspecto rosado, firme, indolor, não hemorrágico, com consistência semelhante ao couro e é coberto por uma superfície lisa ou pontilhada (SCULLY et al., 1994). O aumento gengival pode ser generalizado, quando envolver todos os dentes de ambos os arcos, ou, localizado, quando envolver somente um arco ou porções deste. Quando localizado, é mais frequente na superfície palatina da tuberosidade maxilar e na superfície lingual da mandíbula (MARTELLI, 2000).

Os dentes podem estar total ou parcialmente recobertos pelo tecido gengival, mas o processo de erupção parece não ser afetado (EMERSON, 1965). Algumas vezes o crescimento gengival é tão acentuado que os dentes ficam completamente recobertos, o que impede o vedamento labial. O tecido hiperplásico pode se estender para o palato ou sobre a língua, causando dificuldades de fonação. Além do mais, a mastigação pode se tornar difícil e dolorosa quando a oclusal dos dentes é recoberta pelo tecido gengival (DOUFEXI, 2005).

Características associadas a Fibromatose Gengival Hereditária incluem retardo mental, epilepsia, perda progressiva de audição, anormalidade dos dedos dos pés e das mãos, sendo que a hipertricose é a anormalidade mais comumente encontrada clinicamente (AVELAR, et al 2010).

Exames radiográficos demonstraram que a mandíbula e a maxila são normais em todos os aspectos nos pacientes afetados pela Fibromatose Gengival Hereditária. (DEANGELO, 2007). Observam-se dentes submersos no tecido gengival, apresentando relacionamento alveolar normal (WILSON; KORNMAN, 2001).

Diversos autores observaram, radiograficamente, dentes submersos no tecido gengival com relacionamento alveolar normal (BYARS; SARNAT, 1944). Já Weski (1920), relatou dentes com subdesenvolvimento das raízes e deformidade.

Em casos isolados de Fibromatose Gengival Hereditária, havia perda óssea alveolar generalizada na região de molares. Áreas de calcificações não foram observadas. Observou-se pequena reabsorção óssea na dentição decídua e na permanente calcificação normal (DEANGELO,2007).

A Fibromatose Gengival Hereditária causa o aumento do tecido gengival em função de um aumento na produção de tecido conjuntivo. Desta forma, caracteriza-se, histologicamente, por apresentar densos e numerosos feixes de fibras colágenas entrelaçados e permeados por fibroblastos, vasos sanguíneos e ocasionalmente, discreto infiltrado inflamatório. O epitélio

pavimentoso estratificado paraqueratinizado encontra-se hiperplásico e, profundas e delgadas criptas epiteliais projetam em direção ao conjuntivo subjacente (BITTENCOURT, 2000).

O tecido conjuntivo apresenta densos e espessos feixes de fibras colágenas entremeadas por fibroblastos e um discreto infiltrado inflamatório nas áreas perivasculares (REDMAN et al., 1985). Pequenos e múltiplos focos de calcificação distrófica, ilhas de metaplasia óssea, áreas de ulceração e focos de células inflamatórias também foram descritos (GUNHAN et al., 1995).

Estudos ultraestruturais da Fibromatose Gengival Hereditária demonstraram a presença de dois tipos principais de fibroblastos. Em áreas com densos feixes de fibras colágenas foram encontrados fibroblastos "inativos", isto é, células com citoplasma reduzido, pequeno grupos de polissomos e escasso retículo endoplasmático e mitocôndrias. Em áreas repletas de matriz extracelular, os fibroblastos encontrados eram maiores e "ativos", apresentando amplas cisternas de retículo endoplasmático liso e rugoso, aparelho de Golgi bem desenvolvido e grande número de mitocôndrias e microfilamentos (COLLAN et al., 1982).

Os mecanismos biológicos envolvidos na Fibromatose Gengival Hereditária são desconhecidos. Estudos recentes demonstraram que há evidência de que o aumento gengival pode estar relacionado com o aumento na capacidade proliferativa dos fibroblastos, com o aumento da síntese e/ou uma diminuição na degradação de colágeno e outros componentes da matriz extracelular (JOHNSON et al., 1986).

4.3 Fibromatose Gengival Hereditária: Diagnóstico e Tratamento

O diagnóstico desta alteração periodontal consiste na associação de informações obtidas pela anamnese com informações reveladas pelo exame clínico, baseando-se na

história médica já que ainda não há marcadores imunohistoquímicos específicos disponíveis (BITTENCOURT, 2000).

A identificação de linhagens de fibroblastos com heterogeneidade genotípica e fenotípica, diferindo em características morfológicas e proliferativas, é essencial para o melhor entendimento dos eventos biológicos que resultam no aumento gengival de pacientes com Fibromatose Gengival Hereditária. Dentro desta observação, estudos de culturas celulares são fundamentais para este entendimento (CANAVARROS,2001).

O diagnóstico diferencial inclui Fibromatose Gengival Medicamentosa por Fenitoína, Ciclosporina-A, Nifedipina, Verapamil, dentre outros (CARRANZA; NEWMAN, 2010).

Inicialmente, para o tratamento da Fibromatose Gengival Hereditária, faz-se uma adequação bucal de acordo com a necessidade do indivíduo e planeja-se o tratamento. Pode haver necessidade de extração de elementos dentários. Entretanto a extração dos dentes não é sempre necessária, assim na maioria dos casos a exposição da coroa permitirá ao dente erupcionar e cumprir função (CARRANZA; NEWMAN, 2010).

O tratamento da Fibromatose Gengival Hereditária é cirúrgico, embora exista controvérsia a respeito da época da intervenção e em relação à conduta a ser tomada quanto aos dentes envolvidos (CANAVARROS, 2001). Apesar do consenso entre os clínicos relativamente às opções de tratamento disponíveis, há desacordo quanto ao exato momento em que este deve ser efetuado. Vários autores sugerem que a melhor altura para intervir é após a conclusão da erupção da dentição definitiva pois, diminui risco de recorrência. Contudo, o atraso do tratamento cirúrgico pode ter consequências significativas no bem-estar físico, psíquico e social do doente (dificuldades mastigatórias, fonéticas, má oclusão dentária) (COLETTA et al., 2006).

Por conta disso é essencial atender à necessidade estética, funcional, não subestimando os benefícios locais e psicológicos da realização do tratamento mais precoce, ainda que em

dentição temporária, desde que se garanta a colaboração e os cuidados de higiene oral necessários. A escolha do tipo de tratamento a realizar depende da severidade, da extensão e do espessamento da gengiva. Existem procedimentos mais conservadores como: gengivectomia convencional, recorrendo a um bisturi, de bisel externo ou interno, com gengivoplastia, electrocauterização e cirurgia com laser de CO2 (ALMEIDA, 2005). Mais invasivo, a exodontia de todos os dentes e redução do osso alveolar baseado na relação entre a perda dentária e a diminuição do crescimento gengiva COLLAN (1982).

Nos casos passíveis de tratamento em ambulatório, os procedimentos mais extensamente utilizados são a gengivectomia e a gengivoplastia (ZANGRANDO et al., 2008).

A gengivectomia pode ser utilizada, apesar da presença de doença periodontal em dentes posteriores. No entanto, a cirurgia de retalho tem primazia em situações com grandes áreas de crescimento gengival ou perda de inserção e defeitos ósseos, devido ao menor desconforto pós-operatório, uma vez que a cicatrização ocorre por primeira intenção. O laser apresenta-se como uma alternativa cada vez mais comum na cirurgia oral, pelas suas vantagens: coagulação e selamento vasos sanguíneos, vaporização dos tecidos, permite incisões mais precisas e garante melhor cicatrização devido às propriedades antimicrobianas, não existindo, contudo, evidência científica suficiente (DEANGELO, 2007).

A ortodontia também assume um papel importante, uma vez que a correção do posicionamento dentário, nomeadamente o tratamento da mordida aberta anterior, garante a manutenção de uma adequada higiene oral (BAPTISTA, 2002).

A recorrência é frequente, principalmente na criança e adolescente, sendo variável o intervalo de tempo em que acontece, podendo voltar ao estado inicial num intervalo de tempo entre um a dois anos, dependendo da idade do início dos primeiros sinais (BAPTISTA, 2002).

O acompanhamento se faz necessário, pois existe a possibilidade de recorrência, principalmente quando dentes são mantidos na cavidade bucal. Um programa rigoroso de higiene bucal deve ser instituído (CANAVARROS, 2001).

4. DISCUSSÃO

Conforme Valente et al. (2004); Martelli-Junior et al. (2000) e Deangelo (2007), a Fibromatose Gengival Hereditária é um termo genérico usado para indicar uma condição oral, caracterizada por um aumento lento e progressivo da gengiva como resultado de uma proliferação fibroblástica difusa e acúmulo excessivo de colágeno, não apresentando características neoplásicas. Existem casos em que a Fibromatose Gengival Hereditária pode se apresentar como manifestação de uma síndrome. De acordo com Avelar et al. (2010); Doufexi (2005) e Hart et al.(2000), a doença mais comum, citada em seus respectivos estudos e associada à Fibromatose é a Hipertricose (pêlos do corpo bastante aumentados). Todavia, Kather et al.(2008); Deangelo (2007) e Fletcher (1996), além da Hipertricose relataram em seus estudos a presença da Fibromatose Gengival Hereditária associada à epilepsia com ou sem retardo mental, perda de audição, anormalidades em dedos, unhas, nariz, orelhas e dentes supra-numerários.

A sua classificação segundo Martelli-Junior et al. (2000), é em iatrogênica, idiopática, inflamatória, medicamentosa e hereditária, o que entra em acordo com os estudos feitos por Hart et al. (2002); Bozzo (1994) e Deangelo (2007). A fibromatose gengival de caráter hereditário é denominada de Fibromatose Gengival Hereditária, relatada no presente estudo.

Com nomenclatura variada, segundo estudos de Coletta et al.(2006); Kather et al.(2008); Bozzo (1994) e Deangelo (2007), a Fibromatose Gengival Hereditária possui diversas denominações diferentes descritas na literatura, sendo designada como elefantíase gengival, fibromatose idiopática, gengivoma, epúlides múltiplos, gigantismo da gengiva, macrogengiva congênita, gengivite hipertrófica, hipertrofia da gengiva, gengivite hipertrófica crônica, fibroma simétrico do palato, hiperplasia familiar. No entanto que, para Carranza;Newman (2010), a Fibromatose Gengival Hereditária recebe como nomenclatura

denominações de gengivomatose, elefantíase gengival, fibroma difuso da gengiva, elefantíase familiar, fibromatose idiopática, hiperplasia gengival hereditária e fibromatose familiar congênita.

A etiologia da Fibromatose Gengival Hereditária é bastante discutida em diversas literaturas. Sabe-se, entretanto do caráter genético envolvido. De acordo com Fletcher (1966), a etiologia mais cabível para a Fibromatose Gengival Hereditária é que há alterações nos processos tanto de síntese quanto de degradação do colágeno, influenciando, assim, o aumento na quantidade de matriz extracelular no tecido conjuntivo gengival. Um estudo de Hart (2000) mostrou que o gene responsável pela Fibromatose Gengival Hereditária foi identificado no cromossoma 2p21-2p22, bem como os estudos de Kather et al. (2008); Bozzo (1994); Wilson; Kornman (2001) e Deangelo (2007). Todavia, Martelli (2000) em seu estudo genético demonstrou mutação de apenas um gene *sonesless-1* (SON-1), esse, identificado como fator etiológico da Fibromatose Gengival Hereditária não associada a síndromes; ao passo que, difere dos achados de Avelar et al. (2000); Doufexi (2005); Hart et al. (2000); Kather et al. (2008); Deangelo (2007) e Fletcher (1996), que associam a Fibromatose Gengival Hereditária associada à síndrome.

Em estudos recentes de Saygun et al. (2003) e Yusa et al. (2005), relataram que na patogênese na doença há uma ação de mediadores químicos e fatores de crescimento, que liberam simultaneamente e exacerbadamente (TGF)- β 1 e IL6, que é um fator transformador de crescimento, que segundo os autores está relacionado ao aumento de síntese de colágeno e à diminuição da atividade fibrinolítica. Tais achados não são mencionados em outras literaturas.

Deangelo (2007) e Wilson; Kornman (2001) estão de acordo que, radiograficamente, maxila e mandíbula são normais em pacientes afetados pela Fibromatose Gengival Hereditária. Diversos autores observaram, radiograficamente, dentes submersos no tecido

gingival com relacionamento alveolar normal, entretanto, Weski (1920), relatou em seu estudo dentes com subdesenvolvimento das raízes e deformidades encontradas. Em casos isolados de Fibromatose Gingival Hereditária, observou perda óssea generalizada na região de molares segundo Deangelo (2007). Foi observado segundo Weski (1920); Bittencourt (2000); e Guhan et al.(1995) pequena reabsorção óssea na dentição decídua.

O caráter histológico da Fibromatose Gingival Hereditária é bastante elucidado nas literaturas. A maior parte da investigação tem incidido sobre as alterações do tecido conjuntivo na Fibromatose Gingival Hereditária, sendo de unanimidade a presença de fibroblastos envolvida. Há evidências na literatura de que os fibroblastos de Fibromatose Gingival Hereditária são fenotipicamente distintos dos fibroblastos de gengiva normal. COLLAN et al.(1982) observaram a presença de dois tipos de fibroblastos no tecido afetado: um tipo mais arredondado, cercado por substância fundamental com pouco colágeno, e outro tipo de fibroblasto aparentemente inativo e cercado por áreas ricas em colágeno. Já Johnson et al. (1986) descreveram a cultura de células do tecido gengival afetado de pacientes com Fibromatose Gingival Hereditária, que se caracteriza por produzir a metade do colágeno produzido por células normais, o que revela os resultados conflitantes dos poucos estudos sobre essa condição. O exame e estudo histológico dos cortes de tecidos mostram as características da Fibromatose Gingival Hereditária já descritas previamente em diversas literaturas: tecido conjuntivo denso com fibras colágenas finas e espessas alternadamente, epitélio hiperplásico exibindo aparência pseudo-epiteliomatosa com projeções longas e finas dentro do tecido conjuntivo (Bittencourt, 2000; Deangelo, 2007; Redman et al.,1985; Canavarros, 2001; Coletta et al., 2006; Bozzo, 1994; Almeida, 2005; Doufexi, 2005; Raeste 1985; Martelli, 2000; Valente, 2004; Kather, 2008). Em outros casos, foram detectados áreas calcificações distróficas, ilhas de metaplasia óssea, ulceração e inflamação da mucosa,

achados esses relatados nos estudos de Lee et al.(2006); Neville (2004); Baptista (2002) e Guhan et al.(1985).

O tratamento Fibromatose Gengival Hereditária é cirúrgico; unanimidade em todas as literaturas, entretanto há uma falta de consenso de quando e como intervir. Para Canavarros (2001), a melhor época para intervenção é após a conclusão da erupção da dentição permanente, pois diminui assim o risco de recorrência. Entretanto, Coletta et al.(2006); Doufexi (2005) e Avelar et al.(2010), defendem a ideia de que a intervenção é imediata, assim que comprovado o diagnóstico de Fibromatose Gengival Hereditária; pois atrasar o tratamento pode trazer consequências como dificuldade mastigatória, fonética, problemas com estética e má oclusão. Entre os relatos encontrados na literatura, a maioria dos autores elegeu as gengivectomia como técnica cirúrgica, o que vai de acordo com o tratamento proposto neste trabalho. Ceccarelli-Calle et al.(2010), além de realizarem gengivectomia, complementaram o tratamento com a realização de osteotomia, concordando com o presente trabalho. Gama (2007) trouxe, pioneiramente, a utilização de cirurgia com laser CO2, pois promove hemostasia durante o procedimento cirúrgico, o que proporciona excelente visualização do campo operatório e ainda, a grande vantagem de reduzir a dor pós-operatória. Almeida (2005); Canavarros (2001); Doufexi (2005); Hart (2000); Martelli (2000), citam tratamentos mais conservadores como a gengivectomia convencional (com ou sem gengivoplastia) , com bisel interno ou externo. Discordando da condição conservadora, Collan (1982); Fletcher (1966) e Jhonson (1986), propõem a exodontia de todos os elementos dentários e redução do osso alveolar. Percebe-se, que essa opção de tratamento mais invasiva é de anos atrás, onde a Odontologia era mutiladora. Ao passar dos anos, estudos e pesquisas foram conhecidos e experimentados, criando assim, novas formas de tratamento para Fibromatose Gengival Hereditária. Assim sendo, não precisando haver remoção total dos dentes, mas sim, buscando

medidas de intervenção que removessem o excesso de gengiva e promovesse ao paciente condições de bem estar tanto físicas como sociais.

Canavarros (2001) e Coletta (2006) relatam em seus estudos a colocação de cimento cirúrgico sobre a área operada para proteção da ferida cirúrgica, entretanto, neste relato de caso não usou-se deste método.

Baptista (2002) defende em seu estudo que a Ortodontia assume papel importante no tratamento da Fibromatose Gengival Hereditária, sendo essa uma associação para completo tratamento para corrigir as consequências trazidas. Como o mau posicionamento dentário e diastemas são sequelas da Fibromatose Gengival Hereditária, há de se convir que a Ortodontia é de grande importância na associação do tratamento. Opção essa que, posteriormente, após as cirurgias periodontais da paciente deste relato de caso, é a próxima etapa do tratamento para reestabelecimento de correto posicionamento dentário e função.

As literaturas apontam que o acompanhamento deve ser feito, pois a recorrência é possível nos casos de Fibromatose Gengival Hereditária, independente do paciente. A higiene bucal deve ser feita minuciosamente e de forma excelente para que ajude no prognóstico. Neste relato, após cada intervenção cirúrgica, a paciente é instruída a forma correta de manter a higiene bucal.

5. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente A.S.M, gênero feminino, 15 anos, 49kg, melanoderma, estudante, compareceu à Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas (POUEA) relatando como queixa principal a estética (paciente não gosta do seu sorriso) e apresenta dificuldade ao alimentar-se devido ao aumento generalizado no volume de sua gengiva (Figura 01).



Figura 01: Sorriso da paciente demonstrando comprometimento estético devido ao aumento do tecido gengival em região anterior de maxila. Fonte: Arquivo pessoal

De acordo com a mãe, responsável pela paciente no dia da anamnese, o aumento gengival foi verificado desde infância, por volta dos cinco anos de idade, que acabou interferindo na erupção dos dentes decíduos e posteriormente, nos permanentes. A paciente relatou caso semelhante na irmã e em três primos, que, posteriormente serão avaliados. A avaliação extraoral mostrou lábios proeminentes (Figura 02). O paciente demonstrou bastante constrangimento ao sorrir, já que o lábio superior prendia-se acima da área com aumento gengival.



Figura 02: Vista frontal da paciente . Notam-se que seus lábios são altamente proeminentes devido ao aumento gengival generalizado envolvendo região de maxila e mandíbula. Fonte: Arquivo Pessoal

O exame intraoral revelou severo aumento gengival envolvendo principalmente face vestibular de dentes anteriores e faces vestibular e palatina de dentes posteriores na maxila. Na mandíbula, havia aumento gengival severo circundando dentes posteriores. A maioria dos dentes encontrava-se com as coroas clínicas parcialmente recobertas por tecido gengival, havendo mau posicionamento de alguns elementos dentários. O tecido gengival apresentou consistência firme e fibrosa à palpação, coloração rósea e alguns sinais inflamatórios, devido à dificuldade no controle de placa pela paciente.



Foto 03: Vista intrabucal. Nota-se o severo e generalizado aumento gengival envolvendo os dentes de ambos os maxilares. Neste caso, o aumento gengival não estava relacionado a síndromes ou a qualquer outro problema de ordem sistêmica. Fonte: Arquivo Pessoal

A história familiar da paciente é constituída pela tia paterna que é diabética e hipertensa e o pai, que, também é hipertenso. Tais dados são importantes para saber se a paciente em questão há ou não risco de apresentar alteração sistêmica, pois a mesma irá passar por um procedimento cirúrgico ao qual toda e qualquer alteração sistêmica deve ser de conhecimento e avaliada.

De ordem odontológica, paciente relatou que escova os dentes três vezes ao dia e o uso do fio dental não é rotineiro nem de colutórios bucais. A frequência de visitas ao dentista é de duas vezes ao ano para realização de profilaxias. A paciente apresenta apenas alergia ao medicamento Dipirona e no momento não faz uso de nenhum fármaco.

Após avaliação clínica, anamnese e histórico familiar da paciente o diagnóstico ao qual se chegou foi de Fibromatose Gengival Hereditária, pois a paciente não apresenta qualquer outro problema sistêmico que pudesse está relacionado à alguma síndrome e havia um

histórico familiar positivo para o problema (irmã e primos também era portadores de aumento gengival) .

O tratamento cirúrgico desta paciente tem sido realizado em clínica, e dividido em várias etapas, devido à grande quantidade de tecido gengival, e foi iniciado pela região anterior superior por razões estéticas. Ao primeiro passo, a paciente passou por anamnese, exames radiográficos e exames para índice de placa (IP), índice de sangramento e profundidade de sondagem (PS). Após isso, a paciente foi informada do que se tratava a Fibromatose Gengival Hereditária, sintomas, características e foi instruída e motivada a um rigoroso processo de higiene bucal.

Como primeiro passo cirúrgico, foi realizada antissepsia intraoral com bochecho de Clorexidina 0,12% por 01 minuto.

A intervenção cirúrgica se iniciou com a anestesia infiltrativa por vestibular e palatina, na região ântero-superior, que iniciou do elemento 14 (1º pré-molar superior direito) e foi estendida até o elemento 24 (1º pré-molar superior esquerdo). Após a anestesia foi feita a delimitação dos pontos sangrantes, foi medida a profundidade de sondagem dos elementos envolvidos nessa primeira intervenção cirúrgica e transferidos os valores para região vestibular e palatina, deixando aparente os pontos sangrantes.



Figura 04: Delimitação e visualização dos pontos sangrantes feitos com auxílio da sonda periodontal para identificar a quantidade e altura de tecido que será removido. Fonte: Arquivo pessoal.

O tratamento executado na paciente foi gengivectomia com retalho para excisão da margem gengival para remoção de altura e espessura da gengiva associada à osteotomia. A incisão inicial foi executada em bisel externo, tomando-se como guia os pontos perfurados sangrantes presentes na parede externa da gengiva vestibular com lâmina de bisturi a 45° apicalmente aos pontos sangrantes (Figura 04). O mesmo procedimento foi realizado na região palatina.



Figura 05: Vista ântero-superior após a remoção do tecido hiperplásico e do colarinho gengival. Fonte: Arquivo Pessoal

A segunda incisão realizada com bisturi também a 45° foi realizada com o objetivo de ir liberando gradativamente o colarinho gengival nas áreas interproximais sem arrebatá-lo. (Figura 05 e 06)



Figura 06: Colarinho gengival removido da região ântero-superior. A amostra do tecido gengival removida foi submetida à avaliação histológica. Fonte: Arquivo pessoal

Após remoção do colarinho gengival, iniciou-se a osteotomia, com o objetivo de remodelação óssea, concomitantemente á irrigação com soro fisiológico. Finalizou-se o procedimento periodontal sem necessidade de sutura ou uso de cimento cirúrgico.

Ao término da cirurgia a paciente recebeu instruções sobre seu pós-operatório, que incluíam: um pequeno e normal sangramento nas primeiras horas; uma leve dor que seria normal nos primeiros 03 dias e que cessaria com uso de medicamento indicado; a alimentação, evitar alimentos duros e quentes e alimentar-se nos primeiros dias de alimentos líquidos e pastosos gelados. A paciente foi orientada a um rigoroso programa de higiene bucal, e recebeu medicação analgésica (Paracetamol 750 mg, de 06/06 horas por 03 dias) e a complementar os cuidados de higiene oral com o uso de Gluconato de Clorexidina 0,12%, bochechos 02 vezes ao dia de 07 a 10 dias. Houve orientação também por parte da alimentação nos primeiros 03 dias de pós-operatório,



Figura 07: Sorriso da paciente após o fim da 1ª intervenção cirúrgica. Fonte: Arquivo Pessoal

A paciente relatou que o pós operatório foi tranquilo, sem sintomatologia dolorosa ou qualquer complicação. Aos 15 dias, o tecido gengival se apresentava nos períodos finais da cicatrização, já com as características normais. Além disso, a paciente mostrou-se bastante

satisfeita com o resultado (Figura 08) e relatou disposição em fazer o mesmo procedimento nos outros elementos dentários.



Figura 08: Vista intraoral da paciente após 15 dias da intervenção cirúrgica.
Fonte: Arquivo Pessoal

A segunda intervenção cirúrgica foi na região dos dentes posteriores superiores direitos, iniciando do elemento 15 ao 17. A paciente ainda não apresentava 3º molar. O procedimento cirúrgico foi o mesmo já realizado anteriormente (gengivectomia com osteotomia), seguindo os mesmos protocolos da primeira cirurgia.



Figura 09: Vista lateral direita dos elementos 15 ao 17 após a remoção de tecido gengival hiperplásico na 2ª intervenção cirúrgica. Fonte: Arquivo Pessoal.

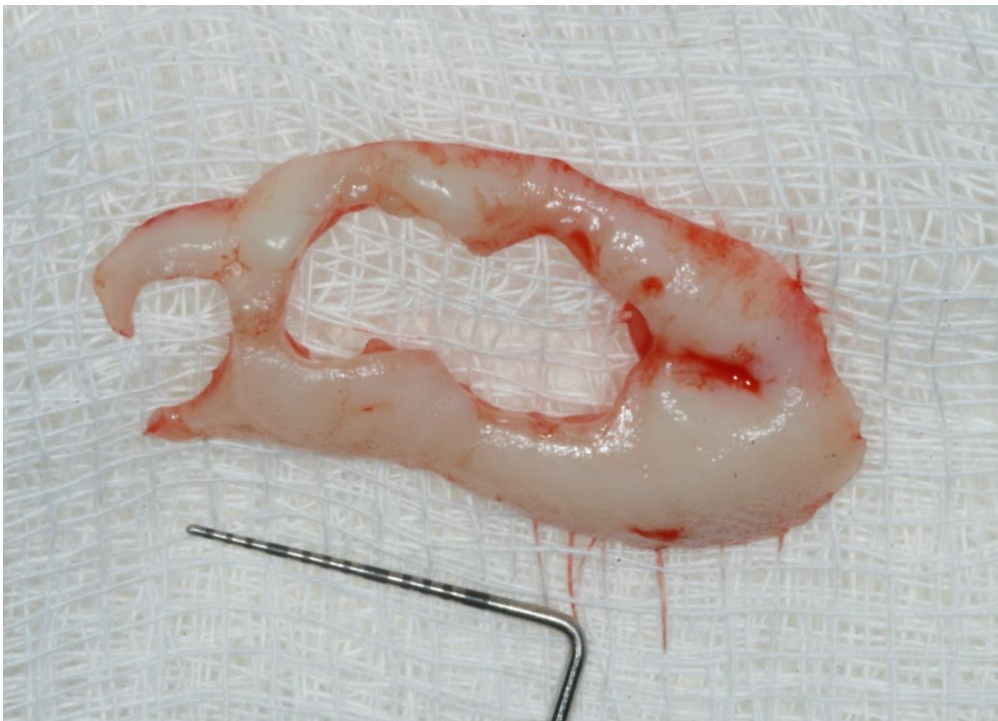


Figura 10: Colarinho gengival removido na região do elemento 15 ao 17. Fonte: Arquivo pessoal.

Durante o procedimento, observou-se um elemento decíduo (55), ao qual foi removido durante a cirurgia, pois o mesmo estava interferindo na completa erupção e posicionamento do elemento 15. Além disso, o elemento 16 apresentava extensa lesão cavitada ativa (LCA) com necessidade de tratamento endodôntico seguido de reconstrução coronária (Figura 11). A paciente recebeu encaminhamento para Capacitação de Endodontia para realização do procedimento.

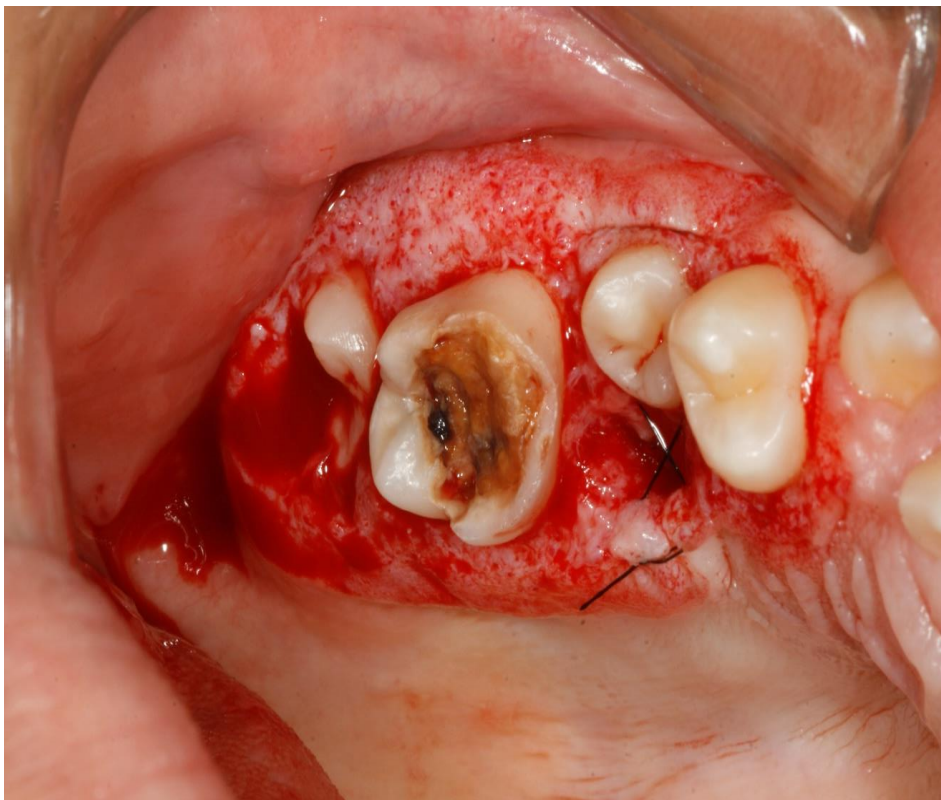


Figura 11: Vista lateral direita após remoção de colarinho gengival, remoção e sutura do elemento. Fonte: Arquivo Pessoal

Foram feitas novamente as instruções de higienização para paciente seguido de medicação (Paracetamol 750 mg, de 06/06 horas por 03 dias e uso oral de Gluconato de Clorexidina 0,12%, bochechos 02 vezes ao dia de 07 a 10 dias).

Posteriormente, serão realizadas as cirurgias nas áreas restantes, a fim de se reestabelecer na paciente funções mastigatórias e funcionais e claro, devolver a estética. A colaboração da paciente e comprometimento são de suma importância para o sucesso do tratamento.



Fonte: Foto final após intervenção cirúrgica na região do elemento 15 ao 17.
Fonte: Arquivo Pessoal

Conclusão

- Em concordância com o caso clínico apresentado e com base nas literaturas pesquisadas, conclui-se que a Fibromatose Gengival Hereditária traz consequências tanto funcionais como pessoais, uma vez que, a estética é completamente envolvida de forma negativa.
- Por conta da sua heterogeneidade clínica e da possível relação com outras anormalidades e síndromes, é de suma importância que o Cirurgião-Dentista faça um diagnóstico adequado e correto mediante as características clínicas apresentadas, em conjunto com uma anamnese criteriosa e um bom planejamento cirúrgico para um bom prognóstico do paciente.
- Tais fatos, mostram-se fundamentais para que resultados estéticos sejam eles previsíveis e/ou satisfatórios em áreas comprometidas sejam alcançados, devolvendo assim, ao paciente as funções e restabelecendo estética. Concomitantemente a isso, o controle de placa por parte do paciente é de extrema importância para o sucesso do caso a longo prazo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida,JP.Análise da produção e atividade da enzima ácido graxo sintetase(FAS) em fibroblastos de fibromatose gengival hereditária (FGH) e de gengiva normal (GN). / Juliana Pereira Almeida. -- Piracicaba,SP : 2005, 88p.

Avelar RL, De Luna Campos GJ, Carvalho PG, Da Costa Araujo FA, Souza Andrade ES. Hereditary gingival fibromatosis: a report of four cases in the same family. Quintessence Int. [Case Reports]. 2010 Feb;41(2):99-102.

Baptista IP. Hereditary gingival fibromatosis: a case report. J ClinPeriodontol 2002; 29: 871-874.

Bittencourt LP.; Hereditary gingival fibromatosis: Review of the literature and a case report. Quintessence Int, 2000, April; 31: 415-418.

Bozzo, L.; Hereditary gingival fibromatosis – report of an extensive four generation pedigree. Oral Surg Oral Med Oral Pathol.; 1994, 78: 452-45.

Byars, L.T. & SarnaT, B.G. Congenital macrogingival (fibromatosis gengivae) and hypertrichosis. Oral Surg., Chicago. 1944; 15: 964-70

Canavarros, V.P.; Fibromatose gengival hereditária: Identificação, tratamento e controle. Revista Brasileira de Cirurgia e Implantodontia, 2001, 8(29): 71-74.

Carranza, F.A.; Newman, M.G. Periodontia Clínica. 8ª. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2010, 679.

Collan, y.; Ranta, h.; Yartio, T. Histochemical and biochemical study of hereditary fibrous hyperplasia of the gingiva. Scand J Dent Res. 1982; 90(1): 20-28.

Colleta RD, Almeida O, Graner, E, Page RC, Bozzo, L. Differential proliferation of fibroblasts cultured from hereditary gingival fibromatosis and normal gingiva. J Periodont Res 2006; 33: 469-475.

Deangelo, S. Hereditary gingival fibromatosis – a review. Compendium of Continuing Education in Dentistry.2007; 28 (3): 138-144.

Fletcher JP. Gingival abnormalities of genetic origin: a preliminar comunicaton with special reference to hereditary generalized gingival fibromatosis. *J Dent Res*. 1966; 45: 597-612.

Doufexi A, Mina M, Ioannidou E. Gingival overgrowth in children: epidemiology, pathogenesis, and complications. A literature review. J Periodontol. [Review]. 2005 Jan;76(1):3-10.

Emerson TG. Hereditary gingival hyperplasia. A family pedigree of four generations. *Oral Surg, Oral Medic, Oral Pathol*. 1965; 19(1): 1-9.

Genco, R.J.; Cohen, D.W.; Goldman, H.M. *Periodontia Contemporânea*. 3ª. ed. São Paulo: Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe. 2007; 7(3): 15-22. SERRA et al.Santos, 1989.

Hart, C.T.; Debora, P.; Bozzo, L. Evidence of genetic heterogeneity for hereditary gingival fibromatosis. *J.Dent. Res.* 2000; 79(10): 1758-1764.

Johnson BD, El-Guindy M, Ammons WF, Narayanan AS, Page RC. A defect. in fibroblasts from an unidentifie syndrome with gingival hyperplasia as the predominant feature. *J Periodontol Res.* 1986; 21(4): 403-13.

Kather J, Salgado MAC, Salgado UFL; Cortelli JR, Pallos D. Clinical and histomorphometric characteristics of three different families with hereditary gingival fibromatosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 105: 348-352.

Lee EJ, Jang SI, Pallos D, Kather J, Hart TC. Characterization of fibroblasts with Son of Sevenless-1 mutation. *J Dent Res* 2006; 85p:1050-1055.

Lindhe, J.; Karring. T.; Lang, N.P. *Tratado de Periodontia clínica e Implantologia oral*. 3ª. ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999; 878p.

Martelli,J., Comparação microscópica e proliferativa de fibroblastos gengivais de pacientes com gengiva normal e com fibromatose gengival hereditária. *Pesq Odont Bras.* 2000; 14(2):123-129

Neville,. *Patologia oral e maxilofacial*. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004; 992p.

Raeste AM, Collan Y, Kilpinen E. Hereditary fibrous hyperplasia of the gingiva with varying penetrance and expressivity. *Scand J Dent Res* 1978; 86:357-65. Redman RS, Ward CC, Patterson RH. Focus of epithelial dysplasia arising in hereditary gingival fibromatosis. *J Periodontol.* 1985; 56(3): 158-62.

Scully C, Almeida OP Aldred MJ. Hereditary gingival fibromatosis. Report of an extensive four-generation pedigree. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 78: 452-454.

Valente, R.O.; Pacheco, D.F.; Robinson, W.M. Fibromatose gengival hereditária: apresentação de caso clínico e discussão dos aspectos clínicos, histológicos, genéticos e bioéticos. *Revista Odonto Ciência.* 2004;19 (43): 40-45

Willson, T.G.; Kornman, K.S. *Fundamentos de periodontia*. 1. e.d. São Paulo: Quintessence, 2001; 564p.

Zangrando, Mariana Schutzer Ragghianti; Lima, Luiz Antônio Pugliesi Alves de; Pustiglioni, Francisco Emílio; Lotufo, Roberto Fraga Moreira. , Hereditary gingival fibromatosis: a case report, 2008; 18(3): 40-45, 2008.

Weski, H. Elephantiasis gingivae hereditaria. *Dt.. Mschr. Zahnheilk.* Berlin. 1920;38(4): 557-583

Questionário de saúde

1. Escova os dentes diariamente? Quantas vezes ao dia?	<i>Sim - 3 vezes</i>		
2. As gengivas sangram?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
3. Já fez tratamento de gengiva alguma vez?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
4. Possui dificuldade de cicatrização?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
5. Você ou algum membro da sua família tem diabetes?	<i>Tios paternos</i>	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
6. Já tomou anestesia para tratar os dentes?		<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
7. Foi observada alguma reação ao anestésico?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
8. Já extraiu algum dente?		<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
9. Ocorreu algum acidente durante ou após a extração?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
10. Costuma sangrar excessivamente quando extrai um dente ou é machucado?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
11. É doador regular de sangue?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
12. Já fez algum tratamento para anemia?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
13. Já fez transfusão sanguínea?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
14. Algum médico lhe informou ser portador de distúrbio cardíaco?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
15. Já teve hepatite ou é portador de cirrose?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
16. Já fez algum tratamento de radioterapia na região de cabeça e pescoço?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
Por quê?			
17. Alguma vez tomou penicilina e teve reação a este ou a outro medicamento?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
18. É alérgico a outras coisas que não seja medicamento?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
19. Está ou esteve recentemente sob cuidados médicos?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
20. Está tomando algum remédio no momento?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
Qual?			
21. Tem resfriado ou sente o nariz entupido constantemente?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
22. Esteve acamado por mais de 30 dias nos últimos anos?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
23. Suas articulações doem ou incham com frequência?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
24. Aumentou ou diminui de peso ultimamente?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
25. Tem problema com seu estômago?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
26. Tem tosse persistente?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
27. Já expeliu sangue quando tossindo?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
28. Já teve ou viveu com alguém que tivesse tuberculose?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
29. Bebe? Quanto?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
30. Fuma? Quanto?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
31. Esta grávida? Quantos meses?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
32. Tem ou já teve alguma doença sexualmente transmissível?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
33. Já fez ou está fazendo tratamento psiquiátrico ou psicoterápico?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
34. Sua mandíbula estala quando mastiga?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
35. É difícil abrir a boca na extensão que gostaria?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
36. Tem algum problema de ouvido?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
37. Tem tonturas de vez em quando?		SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
38. Sofre de dores de cabeça frequentemente?	<i>3 vezes na semana</i>	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO

OBSERVAÇÕES:

Paciente é alérgico à piperona.

