

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

CHRISTIANE MANOELA SOUSA SILVA
NATHÁLIA CAMARGO BRUNO DE ANDRADE

OCORRÊNCIA SIMULTÂNEA DE LIPOMA E FIBROMA TRAUMÁTICO
NA CAVIDADE ORAL: RELATO DE CASO

VOLTA REDONDA

2017

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**OCORRÊNCIA SIMULTÂNEA DE LIPOMA E FIBROMA TRAUMÁTICO
NA CAVIDADE ORAL: RELATO DE CASO**

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redondo, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Alunos: Christiane Manoela Sousa Silva

Nathália Camargo Bruno de Andrade

Orientadora: Rosiléa Chain Hartung Habibe

Coorientador: Marcus Vinicius Ribeiro Carvalho

VOLTA REDONDA

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

S586o Silva, Christiane Manoela Sousa.
Ocorrência simultânea de lipoma e fibroma traumático na cavidade oral: relato de caso / Christiane Manoela Sousa Silva; Nathália Camargo Bruno de Andrade. – Volta Redonda: UniFOA, 2017.

41 p. II.

Orientador(a): Rosiléa Hartung Chain Habibe

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2017.

1. Odontologia - TCC. 2. Fibroma Traumático. 3. Cavidade oral - lipoma. I. Habibe, Rosiléa Hartung Chain. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: “Ocorrência simultânea de lipoma e fibroma traumático na cavidade oral: Relato de caso”

Elaborado por: Christiane Manoela Sousa Silva e Nathália Camargo Bruno de Andrade

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovada em de de 2017.

Banca Avaliadora:

.....
Prof.^a Doutora Rosiléa Chain Hartung Habibe

.....
Prof.^o Mestre Marcus Vinicius Ribeiro Carvalho

.....
Prof.^a Mestre Máira Tavares de Faria

DEDICATÓRIA

“Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, por ter nos guiado durante toda esta jornada, nos dando foco e força necessária para chegarmos até aqui. Dedicamos este trabalho aos nossos pais, que estiveram sempre conosco, sonhando junto, não medindo esforços em ajudar. Aos nossos mestres que foram ponto fundamental nessa trajetória, por todo incentivo, atenção e dedicação em nos formarem profissionais capacitados. A professora Rosiléa nossa orientadora que nos acolheu de braços abertos, e com toda atenção. A professora Roberta, que não mediu esforços em ajudar, estando sempre de prontidão e com todo carinho. Aos amigos e todas as pessoas especiais que estiveram conosco até aqui. A experiência de uma produção compartilhada na comunhão com os amigos foram a melhor experiência da nossa formação acadêmica. Amamos vocês.”

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, que nos criou e foi criativo nessa tarefa, seu fôlego de vida em nós, nos deu sustento e coragem, nos concedendo a capacidade de lidar com todas as dificuldades, e nos dando toda determinação para que tudo saísse da melhor maneira possível. Aos nossos pais por todo apoio e paciência, e que não mediram esforços para que chegássemos até aqui. Agradecemos todos os mestres que nos acompanharam durante a graduação, em especial a professora Rosiléa e a professora Roberta, que abraçaram a causa deste trabalho, nos dando todo apoio, suporte e atenção necessária e ao professor Sergio Cury, por dividir o presente caso conosco e por nos dar toda ajuda enquanto esteve presente. Ao curso de odontologia do UniFOA, e as pessoas que convivemos nesse espaço ao longo desses anos. Graças a vocês este trabalho foi possível. Conseguimos! O nosso muito obrigada de coração!

EPÍGRAFE

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

(Charles Chaplin)

RESUMO

O fibroma traumático é uma das lesões mais comuns encontradas na mucosa oral, é uma lesão proveniente de uma reação hiperplásica do tecido conjuntivo fibroso em resposta a um trauma crônico de baixa intensidade. O lipoma consiste em uma neoplasia benigna de tecido mesenquimal, raramente encontrada na cavidade oral, é um tumor composto principalmente de tecido adiposo e não apresenta sintomatologia. O objetivo do presente trabalho, é relatar um caso clínico incomum, no qual o paciente foi diagnosticado com duas neoplasias ocorrendo simultaneamente na cavidade oral: fibroma e lipoma. O caso apresentado refere-se a de um paciente do gênero masculino, 40 anos de idade, que procurou o serviço de estomatologia do centro de especialidades odontológicas, da prefeitura municipal de Barra Mansa, Rio de Janeiro, Brasil. Após a revisão de literatura, relato e manejo clínico do caso, é possível concluir que as características clínicas e histopatológicas são semelhantes as descritas na literatura.

Palavras-chave: Fibroma traumático; Lipoma; Neoplasia; Cavidade oral.

ABSTRACT

The oral traumatic fibroma is one of the most common oral lesions found in the oral mucosa. It is a lesion that comes from a hyperplastic reaction of the tissue connective fibrous in response to a chronic trauma with low intensity. The lipoma consists of a benign neoplasm of the mesenchymal tissue rarely found in the oral cavity, it is a tumor mainly made of adipose tissue and does not present symptomatology. The objective of this current essay is to report an uncommon clinical case, in which the patient was diagnosed with two neoplasms happening simultaneously in the oral cavity: fibroma and lipoma. The case reported refers to a male patient, 40 years old, that searched for the stomatology service of the dentistry specialties center of Barra Mansal, Rio de Janeiro, Brasil. After literature review, report and clinical management of the case, it is possible to assume that the clinical and histopathological features are the same as the ones described in the literature.

Keywords: Traumatic fibroma; Lipoma; Neoplasm; Oral cavity.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
cm	Centímetro
CoEPS	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
et al.	E colaboradores
mm	Milímetro
sp.	Uma espécie do gênero
UniFOA	Universidade Fundação Oswaldo Aranha
%	Porcentagem

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Exame físico inicial.....	23
Figura 2 Material medido.....	24
Figura 3 Material em formol a 10%	24
Figura 4 Arranjo microscópico fibroma traumático e lipoma.....	25
Figura 5 Arranjo microscópico lipoma	25
Figura 6 Arranjo microscópico fibroma traumático	26
Figura 7 Cavidade oral após 12 meses.....	26

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	Aprovação do CoEPS.....	39
---------	-------------------------	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 Definições e Etiologia	14
2.1.1 Fibroma Traumático	14
2.1.2 Lipoma.....	15
2.2 Incidência.....	16
2.2.1 Fibroma Traumático	16
2.2.2 Lipoma.....	16
2.3 Características Clínicas	17
2.3.1 Fibroma Traumático	17
2.3.2 Lipoma.....	17
2.4 Características Histopatológicas.....	18
2.4.1 Fibroma Traumático	18
2.4.2 Lipoma.....	19
2.5 Diagnóstico.....	20
2.5.1 Fibroma Traumático	20
2.5.2 Lipoma.....	20
2.6 Tratamento.....	21
2.6.1 Fibroma Traumático	21
2.6.2 Lipoma.....	22
3 RELATO DE CASO	23
4 DISCUSSÃO	27
5 CONCLUSÃO	33
6 REFERÊNCIAS.....	34
ANEXOS	39

1 INTRODUÇÃO

A mucosa oral, exposta a constantes agressões, está sujeita a uma série de lesões, que podem se desenvolver devido a ação de inúmeros fatores etiológicos, podendo levantar problemas diagnósticos e terapêuticos de grande importância (SANTOS et al., 2005; FARIAS et al., 2008).

O fibroma traumático consiste em uma das lesões mais comuns encontradas na mucosa oral. É uma lesão proveniente de uma reação hiperplásica do tecido conjuntivo fibroso, que consiste em uma proliferação benigna, que ocorre em resposta a injúrias crônicas de baixa intensidade (FALCÃO et al., 2009; PINHO; MUNIZ; MELO, 2012).

Clinicamente o fibroma traumático caracteriza-se por uma lesão nodular, flácida e móvel, podendo variar em relação a coloração, localização e tempo de evolução. É uma doença comum que atinge principalmente pacientes do sexo feminino na quinta e sexta década de vida (RODRÍGUEZ; SACSAQUISPE, 2005; AMARAL, 2014).

O lipoma consiste em uma neoplasia benigna de tecido mesenquimal, raramente encontrada na cavidade oral, podendo, no entanto ocorrer com frequência em outras áreas do corpo como, abdômen, costas e ombros (VASCONCELOS et al., 2007). Corresponde a cerca de 5% dos tumores benignos encontrados na cavidade oral e não apresenta etiologia concreta (SOUSA et al., 2008).

O lipoma corresponde a um tumor composto principalmente de tecido adiposo, e não apresenta sintomatologia (SANTOS et al., 2011). Clinicamente apresenta-se como uma lesão de consistência mole a palpação, de crescimento lento, e coloração variando de amarelada a rósea, que atinge principalmente pacientes homens a partir da meia idade (NETO et al., 2010).

Por ser um caso incomum de duas neoplasias ocorrendo simultaneamente na cavidade oral, o presente estudo tem como objetivo estudar na literatura as

principais características clínicas e histopatológicas de ambos os tumores, e compará-los com o caso clínico relatado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Definição e Etiologia

2.1.1 Fibroma Traumático

O fibroma traumático da cavidade oral foi citado pela primeira vez em 1846 com a denominação de fibrous polyp e polypus. Apesar de a terminologia sugerir uma natureza neoplásica benigna, essa lesão corresponde a uma hiperplasia focal inflamatória da cavidade oral (SANTOS et al., 2005).

O fibroma traumático consiste em uma lesão que ocorre devido a uma reação do tecido conjuntivo fibroso, diante de um trauma crônico de baixa intensidade (BARROS; CAMPOS; CABRAL, 2014), onde ocorre uma deposição exagerada de tecido conjuntivo denso, fibrótico, proporcionando conseqüentemente um aumento volumétrico tecidual aparente (BOTELHO; VIEIRA; PEDRO, 2010).

Em grande parte dos casos ocorre pelo uso de prótese dentária parcial ou total mal adaptada, podendo haver outros fatores etiológicos como: dentes fraturados, raízes residuais, higiene bucal inadequada, restaurações mal adaptadas, diastemas e outros traumas (BASSI; VIEIRA; GABRIELLI, 1998; SANTOS; COSTA; SILVA, 2004).

Além disso, fatores como distúrbios hormonais, doenças hematológicas, consumo de cigarro, uso de medicamentos e a falta de higiene oral, podem desenvolver condições que facilitam o surgimento dessa lesão (BALLESTERO et al., 2005).

Lipofibroma, neurofibroma, tumores de glândulas salivares menores, mixoma odontogênico e fibroma de células gigantes, são algumas das lesões consideradas como diagnóstico diferencial do fibroma traumático (SANTOS; COSTA; SILVA, 2004; LANJEKAR et al., 2016).

O fibroma traumático pode ainda, apresentar outras denominações como: tumor de lesão por dentadura, hiperplasia fibrosa traumática e epúlide fissurada.

Entretanto o termo epúlide está em desuso, por referir-se a qualquer tumor presente na gengiva ou mucosa alveolar sem especificações (PEDRON et al., 2007).

2.1.2 Lipoma

A descrição de um lipoma oral foi feita pela primeira vez em um estudo sobre massas alveolares em 1848, onde foi denominada como epulis amarela (OMISAKIN; AJIKE, 2014).

O lipoma consiste em uma neoplasia mesenquimal benigna composta por células adiposas maduras, que pode ocorrer em qualquer local do corpo que exista gordura (MANDARINO; GUIMARÃES; ALONSO, 2014).

Representa o neoplasma mesenquimal mais freqüente no corpo humano, podendo ser facilmente encontrado nas regiões de tórax e nas extremidades, sendo, no entanto raro o seu surgimento dentro da cavidade oral (TENÓRIO et al., 2013; CARDONA et al., 2014).

Embora o lipoma apresente etiologia incerta (SILVA et al., 2016), alguns autores sugerem que seu desenvolvimento ocorra devido a um aumento na atividade mitótica das células adiposas, desencadeado por fatores endócrinos, traumáticos, infecciosos ou hereditários (CARVALHO et al., 2011).

Apesar de o metabolismo do lipoma ser totalmente independente do metabolismo lipídico corporal, esta lesão é mais comumente encontrada em pessoas obesas (SOUZA et al., 2010). Alguns autores destacam ainda, a presença do lipoma em alterações congênitas e síndromes (RESENDE; MEIRELLES; VARELLA, 2013).

De acordo com suas características histológicas, os lipomas podem ser classificados como lipomas simples, fibrolipomas, angioliomas, sialoliomas, lipoma mixoide, lipomas atípicos (SOUZA et al., 2010), podendo ainda apresentar um subtipo maligno denominado lipossarcoma (FILHO et al., 2010).

Como diagnóstico diferencial podemos citar o rabiomioma, mioblastoma de células granulares, mixoma, fibroma, cisto epidermóide, cisto linfoepitelial, mucocele e rânula (MARQUES et al., 2014; PETERSON; LEWKOWICZ; DANILEWICZ, 2015).

2.2 Incidência

2.2.1 Fibroma Traumático

Estudos epidemiológicos apontam que mais de 30% das lesões encontradas na cavidade oral correspondem ao fibroma traumático, sendo cerca de 70% dessas lesões causadas pelo uso da prótese mal adaptada (SIMÕES et al., 2007; NETO; MEDRADO; REIS, 2012).

Em relação ao gênero e raça, 79% dos casos acometem o sexo feminino (BOTELHO; VIEIRA; PEDRO, 2010), e os pacientes leucodermas são os que apresentam maior índice da lesão, em uma proporção de 75% em relação aos feodermas e melanodermas (AMADEU et al., 2009).

Foram observados casos de fibroma traumático da primeira até a oitava década, sendo mais presente a partir da quinta década. Cerca de 58% dos casos ocorrem na região de mandíbula, podendo no entanto acometer qualquer área da cavidade oral (LONGO, 2016).

2.2.2 Lipoma

De acordo com estudos relatados o lipoma corresponde ao principal tumor de origem mesenquimal encontrado no corpo humano. Cerca de 15 a 20 % desses tumores acontecem na região de cabeça e pescoço, sendo 5% desses, relatados dentro da cavidade oral (AVELAR et al., 2008; PETROCELLO et al., 2009).

O lipoma não apresenta predileção quanto a raça (SOUZA et al., 2010). Quanto ao gênero, esse tumor mostrou-se mais freqüente no sexo masculino (BRITO et al., 2008; AVELAR et al., 2008).

Quanto a análise da idade, são incomuns em crianças, e o seu pico de ocorrência da-se a partir da quarta década de vida (SOUZA et al., 2010). Quanto a sua localização 50% dos casos ocorrem na região de mucosa jugal (AVELAR et al., 2008; RESENDE; MEIRELLES; VARELLA, 2013), podendo também ser encontrado na região de assoalho bucal, vestíbulo e palato (SANTOS et al., 2014).

2.3 Características clínicas

2.3.1 Fibroma Traumático

Grande parte dos autores estudados relata como característica clínica do fibroma traumático: lesões nodulares, assintomáticas, de crescimento lento, tamanho variado, superfície lisa, consistência fibrosa, sésseis ou pediculadas, com coloração que varia de eritematosa a pálida (FIROOZMAND; ALMEIDA; CABRAL, 2006; FARIAS et al., 2008; MUÑANTE et al., 2009; PIRES; SANTOS, 2013; BAKHTIARI et al., 2015). Em pacientes melanodermas, em alguns casos, essas lesões podem demonstrar uma pigmentação amarronzada e cinzenta (BAKHTIARI et al., 2015).

Quando o fibroma traumático ocorre devido ao uso de prótese mal adaptada, a lesão pode apresentar-se como um processo exofítico, ou como uma placa bem definida, podendo apresentar tamanhos que variam de 1 cm, a extensas lesões que abrangem toda a região de vestíbulo (RODRIGUEZ; SACSAQUISPE, 2005).

Por vezes, essa lesão pode apresentar-se com superfície vegetante, semelhante à hiperplasia papilar, ou como um molde negativo da câmara de sucção (FALCÃO et al., 2009).

Apesar de na maioria dos casos a lesão apresentar-se assintomática, alguns pacientes podem relatar sintomatologia, devido a presença de ulcerações ou presença de infecções fungicas por *cândida sp.* (AMARAL, 2014).

2.3.2 Lipoma

De acordo com autores estudados o lipoma se apresenta com as seguintes características clínicas: lesão única, lobulada, crescimento lento, assintomática, com tamanho inferior a 3 cm, de base sésseis ou pediculada (BURKHART, 2007; GÓMEZ; MACHÍN; MOYANO, 2009; RESENDE; MEIRELLES; VARELLA, 2013; JUNEJA; JUNEJA; BABU, 2014; TATEYAMA et al., 2005), podendo em alguns casos estar circundado por uma cápsula fibrosa (RESENDE; MEIRELLES; VARELLA, 2013) e

sua coloração pode variar de rósea a amarelada (ASSIS et al., 2010; MARQUES et al., 2014).

A presença de vasos sanguíneos superficiais são frequentemente encontrados sobre o tumor. Essa característica se dá devido à distensão da mucosa (ASSIS et al., 2010; TENÓRIO et al., 2013). Em muitos casos essas lesões apresentam-se como nódulos pseudo-flutuantes, podendo levar ao diagnóstico errôneo de rânula. Não é comum a presença de ulceração nessa lesão, a não ser quando traumatizada (PETROCELLO et al., 2009).

Apesar de a maioria dos casos apresentar lipomas intra-orais de pequenas dimensões, estes podem variar de 1 cm a massas gordurosas de grande volume (VASCONCELOS et al., 2007), podendo provocar alterações na fala, mastigação, deglutição, além de deformidades estéticas (KESKIN; USTUNDAG; ERCIN, 2002).

O lipoma não apresenta dor como característica de costume, mas em algumas ocasiões, quando essas lesões localizam-se mais profundamente, os lipomas podem apresentar sintomatologia, que estão relacionadas à compressão ou obstrução de estruturas vizinhas (ACETTA et al., 1998).

2.4 Características Histopatológicas

2.4.1 Fibroma Traumático

De acordo com os autores estudados o fibroma traumático apresenta as seguintes características histopatológicas: epitélio pavimentoso estratificado, queratinizado, com áreas alternadas de hiperkeratose e parakeratose. Além disso possui um tecido conjuntivo fibroso, hiperplásico, com presença abundante de fibras colágenas e quantidade variável de células inflamatórias crônicas e vasos sanguíneos (MIGUEL et al., 2003; SANTOS; COSTA; SILVA, 2004; FALCÃO et al., 2009; SUAREZ et al., 2011; PIRES; SANTOS, 2013; BARROS; CAMPOS; CABRAL, 2014).

As células da lesão, consistem em fibroblastos bipolares, com núcleos alongados e citoplasma diminuto, sendo os tipos de colágeno I e III o de maior predominância (SANTOS et al., 2005).

O tecido conjuntivo fibroso pode variar de acordo com o estágio de desenvolvimento da lesão, podendo portanto, a mesma lesão apresentar achados histológicos variados (FIROOZMAND; ALMEIDA; CABRAL, 2006). Em lesões mais antigas, o tecido conjuntivo caracteriza-se como denso e fibroso, exibindo usualmente infiltrado de células inflamatórias do tipo mononucleares, no qual se observa grande quantidade de linfócitos, plasmócitos e macrófagos (BOTELHO; VIEIRA; PEDRO, 2010; BARROS; CAMPOS; CABRAL, 2014). Em lesões mais jovens, este tecido encontra-se basicamente como tecido de granulação, com elevada proliferação vascular (FIROOZMAND; ALMEIDA; CABRAL, 2006; BARROS; CAMPOS; CABRAL, 2014).

Alguns trabalhos demonstram a presença de sinais displásicos no epitélio dessas lesões. A displasia epitelial, consiste em um conjunto de distúrbios na maturação celular, com potencial para malignização (BARROS; CAMPOS; CABRAL, 2014). No entanto, ainda não existem estudos que comprovem a relação direta do fibroma traumático com neoplasias orais (BALLESTERO et al., 2005).

2.4.2 Lipoma

Microscopicamente o lipoma intra-oral consiste em um tumor benigno, composto por adipócitos maduros, de origem mesenquimal, envolvido por uma fina camada de tecido conjuntivo fibroso (TATEYAMA et al., 2005; ARIZA; RICAURTE; CABALLERO, 2009; NETO et al., 2010; MARQUES et al., 2014).

Apesar de apresentar as mesmas características das células do tecido adiposo normal, as células neoplásicas possuem um metabolismo mais ativo (PETROCELLO et al., 2009; FILHO et al., 2010; SILVA et al., 2016), e não estão disponíveis para serem utilizadas na síntese e degradação corporal (VASCONCELOS et al., 2007).

Os lipomas podem apresentar variedades histopatológicas, que são denominadas conforme sua associação. Dessas variações destacam-se os fibrolipomas, que são caracterizados pela presença de componentes fibrosos misturado ao tecido adiposo (SEGUNDO et al., 2004), e os sialolipomas, que apresentam células acinares e componentes ductais espalhados pelo tecido adiposo (BINMADI et al., 2012). Miolipoma, angioliipoma, lipoma mixoide e lipoma infiltrativo, são outros subtipos do lipoma simples, no entanto são raramente encontrados na cavidade oral (TATEYAMA et al., 2005).

2.5 Diagnóstico

2.5.1 Fibroma Traumático

O diagnóstico do fibroma traumático é realizado através de características clínicas, associado ao exame laboratorial histopatológico (SANTOS; COSTA; SILVA, 2004; PEDRON et al., 2007; SUAREZ et al., 2011; BATISTA et al., 2013; AMARAL, 2014; LONGO, 2016).

Mesmo se tratando do crescimento de tecido mole, o exame radiográfico é recomendado, pois, embora sejam incomum, calcificações podem ser encontradas (BOTELHO; VIEIRA; PEDRO, 2010). Além disso, a radiografia é essencial para determinar se há o comprometimento de tecido ósseo (FIROOZMAND et al., 2006).

Alem do exame radiográfico, a tomografia computadorizada também vem sendo utilizada como exame complementar, pois ela permite avaliar a extensão da lesão em termos de profundidade (AMARAL, 2014).

2.5.2 Lipoma

Para diagnóstico definitivo do lipoma intra oral, é necessário observar os aspectos microscópicos através do exame histopatológico (BALLESTER; GIL; ZALDIVAR, 2015). Um breve diagnóstico clínico pode ser feito ao observar a peça, pois, as lesões lipomatosas tendem a emergir em formol a 10% devido ao tecido

gorduroso se apresentar mais leve que a solução fixadora (NETO et al., 2010; MANDARINO; GUIMARÃES; ALONSO, 2014).

Quando a lesão ocorre em tecidos mais profundos, os exames de imagem como a tomografia computadorizada, ressonância magnética e a ultrassonografia, se tornam de grande valia, pois elas permitem elucidar o posicionamento espacial da lesão, assim como sua dimensão e prováveis características teciduais (ASSIS et al., 2010).

2.6 Tratamento

2.6.1 Fibroma Traumático

O tratamento de eleição para o fibroma traumático, consiste na remoção cirúrgica da lesão, associado a eliminação do agente causador do trauma. A remoção cirúrgica, pode ser feita através da utilização de um bisturi, eletrocautério ou laser cirúrgico (KIGNEL et al., 1999; FARIAS et al., 2008; FALCÃO et al., 2009; MAGRO et al., 2013; BARROS; CAMPOS; CABRAL, 2014; AMARAL, 2014). No entanto, para a utilização das técnicas de eletrocautério e laser cirúrgico, torna-se necessário um equipamento específico (BATISTA et al., 2013).

A utilização do laser cirúrgico para remoção dessa lesão, tem apresentado diversos benefícios, devido as suas características e versatilidade: corta, vaporiza, coagula e esteriliza. Destaca-se a facilidade de utilização, além da redução do tempo de trabalho (PEDRON et al., 2007). Esta técnica permite ao operador, uma incisão precisa, hemostasia eficiente e redução bacteriana na ferida operatória, permitindo assim, um pós operatório sem complicações, e resultados estéticos favoráveis (BOTELHO; VIEIRA; PEDRO, 2010; AMARAL, 2014).

O uso do eletrocautério também consiste em uma opção de tratamento, no entanto, esse método pode produzir uma úlcera por lesão térmica, e ainda, prejudicar a análise do exame histopatológico devido à necrose tecidual extensa nas margens da lesão (AMARAL, 2014).

A crioterapia com o uso de nitrogênio líquido, destaca-se como uma opção de tratamento para pacientes que apresentam alto risco para cirurgias ou que sejam alérgicos a anestésicos (SUAREZ et al., 2011).

São poucas as complicações cirúrgicas observadas no pós operatório, sendo o edema, o sinal que se apresenta com mais frequência (RALPH; STENHOUSE, 1972). Mesmo se tratando de uma terapêutica simples, a remoção cirúrgica só deve ser indicada quando não houver contra-indicações sistêmicas (BAKHTIARI, 2015). Os tratamentos das lesões fibromatosas apresentam ótimo prognóstico, sendo mínimas as taxas de recidiva, quando o agente traumático é eliminado (COELHO; SOUSA; DARÉ, 2004).

2.6.2 Lipoma

O tratamento de eleição para o lipoma, independente de sua variação histológica, consiste na excisão cirúrgica com auxílio do bisturi (TATEYAMA et al., 2005; SOUSA et al., 2008; ARIZA; RICAURTE; CABALLERO, 2009; SOUZA et al., 2010; SANTOS et al., 2014; MARQUES et al., 2014). Apesar de menos constante, o uso do eletrocautério e do laser também apresentam eficácia na remoção dos lipomas quando intra-orais (RESENDE; MEIRELLES; VARELLA, 2013).

Mesmo apresentando baixos casos de recorrência, é fundamental o acompanhamento pós operatório, principalmente quando se refere a variante intramuscular, que embora raro na região intra-oral, apresenta um alto índice de recidiva (SILVA et al., 2016).

De modo geral, o prognóstico do lipoma é favorável, podendo em isolados casos apresentar complicações como Síndrome de Frey, fístula salivar, paralisia do nervo facial e deformidades estéticas (MANDARINO; GUIMARÃES; ALONSO, 2014).

3 RELATO DE CASO

Anterior a este relato, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos do UniFOA e aprovado em 11 de julho de 2017, CAAE 70289417.5.0000.5237.

Paciente do gênero masculino, 40 anos de idade, melanoderma, residente na cidade de Barra Mansa, localizada na região Sul Fluminense do estado do Rio de Janeiro, procurou o serviço de estomatologia da Secretaria Municipal de Saúde da cidade em que reside, com queixa de “caroço na boca”. O paciente foi encaminhado ao Centro de Especialidades Odontológicas – CEO no bairro Centro em Barra Mansa.

O paciente apresentava estado de saúde geral sem alterações. Relatava se lembrar do surgimento da lesão há aproximadamente dois anos, se queixava de dificuldade ao falar e mastigar e não apresentava dor.

Ao exame clínico foi observado assimetria facial na região mandibular do lado esquerdo. No exame intra-oral, na região de mucosa inferior do lado direito, observou-se nódulo sésil, com superfície lisa, de coloração rósea-branqueacenta, com cerca de 1cm de diâmetro, acompanhado de massa endurecida, arredondada, superfície lisa, com coloração semelhante a mucosa adjacente, medindo aproximadamente 4 cm (figura 1). Essa lesão encontrava-se em constante contato com os elementos 23, 24 e 25, provocando um trauma diário de baixa intensidade naquela região.

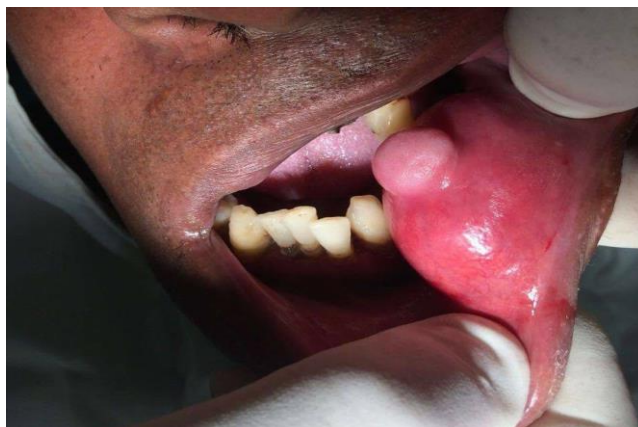


Figura 1 – Exame clínico inicial

Para remoção da lesão, o paciente foi submetido a anestesia local, seguido de biópsia excisional, com o uso da técnica convencional utilizando-se o bisturi. O material removido, foi medido (figura 2) e em seguida colocado em formol a 10%, onde foi possível observar a imersão da peça (figura 3), o que contribuiu para hipótese diagnóstica de lipoma oral associado a um fibroma traumático.



Figura 2 – Material medido



Figura 3 – Material em formol a 10%

O material foi encaminhado ao serviço de anatomopatologia para realização de exame histopatológico. Ao corte histológico foram observados dois arranjos microscópicos diferentes (figura 4). O primeiro revelou fragmentos de mucosa revestido por epitélio pavimentoso estratificado paraqueratinizado e na lâmina própria uma proliferação de adipócitos típicos, circundados por cápsula de tecido conjuntivo denso, confirmando a hipótese diagnóstica de lipoma intra-oral (figura 5). O segundo corte era representado por epitélio pavimentoso estratificado queratinizado, com uma proliferação de fibroblastos arranjados em feixes, dispostos aleatoriamente em tecido conjuntivo fibroso, com grande quantidade de células inflamatórias mononucleares e pequena quantidade de vasos sanguíneos tendo como diagnóstico final, fibroma traumático (figura 6).

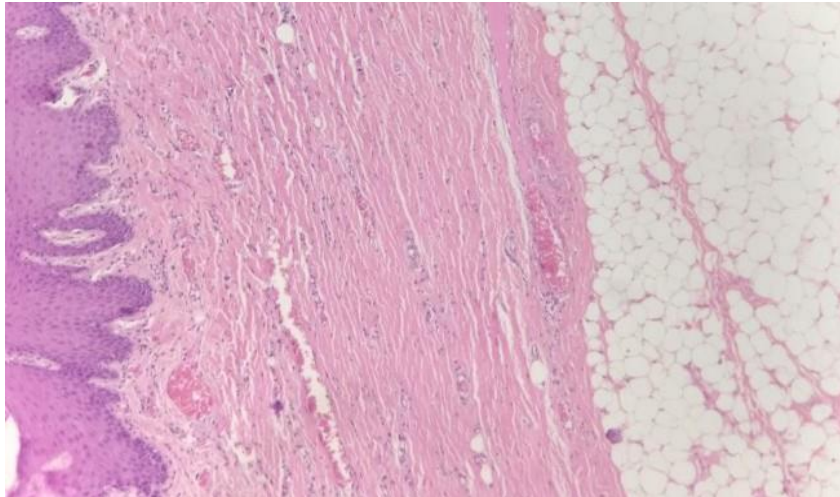


Figura 4 – Arranjo microscópico fibroma traumático e lipoma

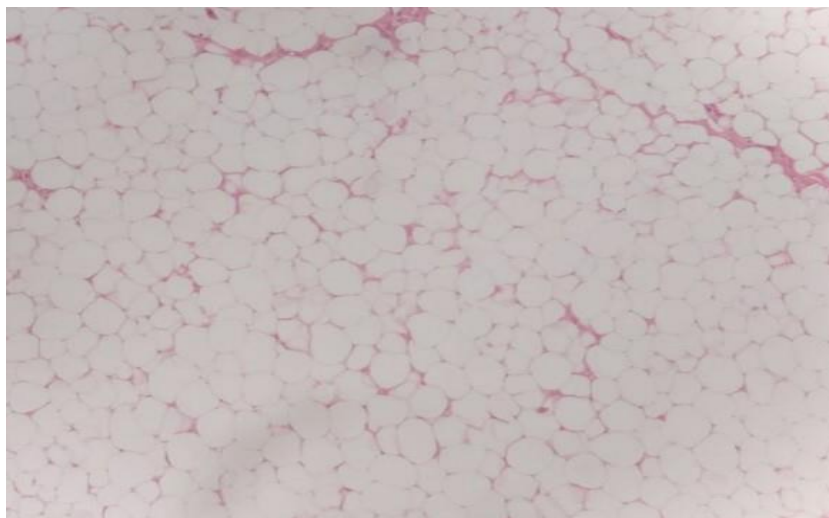


Figura 5 – Arranjo microscópico lipoma

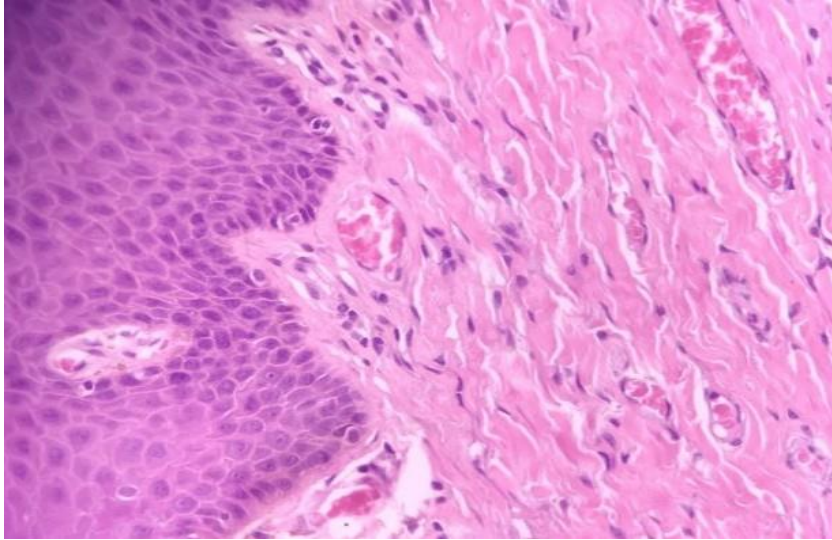


Figura 6 – Arranjo microscópico fibroma traumático

Após 12 meses de acompanhamento, o paciente não apresentou recidiva (figura 7).



Figura 7 – Cavidade oral após 12 meses

4 DISCUSSÃO

A ocorrência de um fibroma traumático associado a um lipoma, consiste em um caso raro na área da odontologia, por isso não foram encontrados relatos na literatura que apresentassem os tumores ocorrendo simultaneamente. No entanto ao estudar ambas as lesões isoladamente, é possível afirmar que os achados referidos no caso clínico condizem com a maioria dos dados apresentados na literatura.

Em relação ao fator etiológico Barros, Campos e Cabral (2014) afirmaram que, de modo geral o fibroma traumático ocorre devido a um trauma crônico de baixa intensidade. Seu estudo está de acordo com o estudo feito por Santos, Costa e Silva (2004) e Bassi, Vieira e Gabrielli (1998), que afirmaram que a principal causa do surgimento do fibroma traumático é o uso da prótese mal adaptada, seguido por outros fatores menos comuns como diastemas, restaurações mal adaptadas, raízes residuais e outros traumas.

Assim como descrito na literatura, o fibroma traumático do presente caso, surgiu devido a um trauma, pois foi observado através do exame clínico que, devido ao aumento de volume proporcionado pela lesão maior (lipoma), os elementos anteriores 23, 24, e 25 estavam em constante contato com a lesão, gerando um trauma diário de baixa intensidade naquela região.

De acordo com Silva et al. (2016), o lipoma apresenta etiologia incerta, o que está de acordo com Carvalho et al. (2011) que acrescenta que o seu surgimento pode estar relacionado a fatores endócrinos, traumático, infecciosos ou hereditários. No caso relatado, a lesão não apresentava etiologia conhecida, estando de acordo com a literatura.

Longo (2016) afirmou que o fibroma traumático pode ocorrer em qualquer idade, sendo no entanto a quinta década de vida relatada com maior frequência. Tanto Simões et al. (2007) quanto Neto, Medrado e Reis (2012) afirmaram que a grande maioria dos casos de fibroma traumático ocorre devido ao uso de prótese mal adaptada. Botelho, Vieira e Pedro (2010) apontaram que mais de 70% dos casos ocorre no sexo feminino, e em relação à raça, Amadeu et al. (2009) relatam que esta lesão é mais comumente encontrada em pacientes leucodermas.

No presente caso o paciente não é portador de quaisquer tipo de prótese. Trata-se de um paciente do sexo masculino, melanoderma e com idade abaixo de cinquenta anos, discordando portanto de varios dados encontrados na literatura quando se diz respeito a epidemiologia do fibroma traumático. No entanto um trauma crônico de baixa intensidade foi observado.

Souza et al. (2010) afirmaram que o lipoma não apresenta predileção quanto a raça e que ocorre principalmente em pacientes na quarta década de vida. Brito et al. (2008) relataram que mais de 50% dos casos ocorre no sexo masculino, o que foi confirmado por Avelar et al. (2008) que ainda acrescentaram em seu estudo que a maioria dos casos ocorre na região de mucosa jugal. A lesão do presente caso ocorreu em um paciente do sexo masculino, com 40 anos de idade, presente na região de mucosa inferior, do lado esquerdo, confirmando os achados epidemiológicos encontrados em relação ao lipoma na literatura.

Existe um consenso entre os autores quanto às características clinicas do fibroma traumático. Firoozmand, Almeida e Cabral (2006) afirmaram em seu estudo, que as principais características do tumor consistem em: lesão nodular de consistência fibrosa, assintomática, de tamanho variado, podendo ser séssil ou pediculada, com coloração que varia de eritematosa a pálida. E esses dados foram reafirmados posteriormente em estudos feitos por Farias et al. (2008), Muñante et al. (2009), Pires e Santos (2013) e Bakhtiari et al. (2015). Bakhtiari et al. (2015) acrescentaram ainda que, em casos em que o paciente é melanoderma essas lesões podem apresentar pigmentação amarronzada e cinzenta. Apesar de concordar com a maioria das características clínicas, Amaral (2014) acredita que certas lesões podem apresentar sintomatologia, por conter ulceração e infecções fúngicas associadas.

As características do fibroma traumático no presente caso, estão de acordo com a maioria dos dados encontradas na literatura. No entanto, Rodriguez e Sacsquispe (2015) e Falcão et al. (2009) defenderam a intima relação entre as características clínicas da lesão, com o uso da prótese mal adaptada, o que não é visto no caso relatado, já que no presente caso, o paciente não faz uso da mesma.

Burkhart (2007), Gómez, Machín e Moyano (2009), Juneja, Juneja e Babu (2014) e Tateyama (2015) identificaram como principal característica clínica do lipoma: lesão única, lobulada, séssil ou pediculada, de crescimento lento, assintomática e de tamanho inferior a 3 cm. De acordo com Marques et al. (2014), as lesões lipomatosas variam de rósea a amarelada, Assis et al. (2010) concordaram e acrescentaram que essas lesões podem apresentar vasos sanguíneos superficiais, devido a distensão da mucosa. O lipoma descrito neste presente caso, apresentava-se de acordo com a literatura, exceto pelo tamanho da lesão.

Vasconcellos et al. (2007) destacaram em seu estudo que as lesões podem variar de tamanho, podendo chegar a massas de grande volume. Keskin, Ustundag e Ercin (2002), enfatizaram que devido a sua dimensão, as lesões podem causar alterações de função e deformidades estéticas, como visto no presente caso, onde a lesão se encontrava com aproximadamente 4 cm de diâmetro e o paciente apresentava evidente assimetria facial.

Petrocello et al. (2009) relataram em seu trabalho que não é comum a presença de ulceração no lipoma, a não ser quando traumatizados. Apesar de o lipoma do paciente estar em trauma, este não apresentou presença de ulceração e sim o surgimento de um fibroma traumático.

Miguel et al. (2003), Santos, Costa e Silva (2004), descreveram a lamina microscópica do fibroma traumático contendo a presença de, epitélio pavimentoso estratificado, queratinizado, com áreas alternadas de hiperqueratose e paraqueratose, que envolve tecido conjuntivo fibroso, hiperplásico, com presença abundante de fibras colágenas e quantidade variável de células inflamatórias e vasos sanguíneos. Essas características também foram observadas nos estudos feitos por Falcão et al. (2009), Suarez et al. (2011), Pirez e Santos (2013) e Barros, Campos e Cabral (2014). As características anatomopatológicas no caso relatado encontram-se em concordância com a literatura.

Firoozmand, Almeida e Cabral (2006) observaram que o fibroma traumático pode apresentar variações histológicas de acordo com o estágio de desenvolvimento da lesão. Barros, Campos e Cabral (2014) identificaram como características de lesões jovens, somente a presença de tecidos de granulação e elevada proliferação

vascular. E conforme demonstrado nos artigos de Botelho, Vieira e Pedro (2010) e Barros, Campos e Cabral (2014), lesões mais antigas podem apresentar frequentemente a presença de infiltrado inflamatório do tipo mononuclear. O paciente do presente caso, relatou notar a presença da lesão há mais de dois anos e no resultado histopatológico, dentre as características, estava a abundante presença de células inflamatórias do tipo mononucleares e pouca quantidade de vasos sanguíneos, tornando portanto evidente a correlação de tempo e variação histológica vista no trabalho desses autores.

O estudo de Barros, Campos e Cabral (2014), apontou a presença de sinais displásicos no epitélio dessas lesões. Por outro lado, Ballester et al. (2015) afirmaram que não existem estudos que comprovem a relação do fibroma traumático com neoplasias malignas intra orais.

O estudo anatomopatológico do lipoma no caso clínico apresentado e os dados da literatura caracterizam histologicamente, o lipoma simples como tumor benigno composto por adipócitos maduros, de origem mesenquimal, envolvido por uma fina camada de tecido conjuntivo fibroso (TATEYAMA et al., 2005; ARIZA; RECAURTE; CABALLERO, 2009; NETO et al., 2010; MARQUES et al., 2014).

Petrocello et al. (2009), Filho et al. (2010) e o recente trabalho de Silva et al. (2016) estão de acordo que as células do tecido adiposo normal e as células presentes na lesão possuem a mesma morfologia, no entanto as células neoplásicas possuem um metabolismo mais acelerado. Vasconcelos et al. (2007), ainda acrescentaram que essas, não estão disponíveis na síntese e degradação corporal.

Dentro da literatura estudada é unânime que o diagnóstico de ambas as lesões consiste na observação clínica, associada ao exame histopatológico (SANTOS; COSTA; NETO, 2004; PEDRON et al., 2007; SUAREZ et al., 2011; BADGE et al., 2013; AMARAL, 2014; BALLESTER; ZALDIVAR, 2015 ; LONGO, 2016).

Amaral (2014) e Assis et al. (2010) apontaram que os exames de imagem como, a ressonância magnética, tomografia computadorizada e ultrassonografia, são muito úteis, pois ajudam a determinar a extensão da lesão, assim como seu posicionamento nos tecidos.

Conforme indicado na literatura, o diagnóstico do caso relatado foi baseado no exame clínico e confirmado através do exame histopatológico, não sendo necessário exames de imagem, por se tratar de uma lesão superficial.

No presente caso, foi possível observar após a remoção cirúrgica da lesão, a flutuação da peça ao ser depositada em formol a 10%, o que de acordo com estudos de Neto et al. (2010) e Mandarino, Guimarães e Alonso (2014) ocorre devido ao lipoma ser composto de tecido gorduroso, sendo por isso, mais leve que a solução fixadora.

Kignel et al. (1999), Farias et al. (2008) e Falcão et al. (2009) consideraram que a remoção cirúrgica da lesão associada a eliminação do trauma, é tratamento de eleição para o fibroma traumático. Magro et al. (2013), Amaral (2014) e Barros, Campos e Cabral (2014) concordaram e indicaram o uso de bisturi, laser ou eletrocautério como as formas de remover a lesão. Amaral (2014) no entanto, abominou o uso do eletrocautério, alegando em seu trabalho que este método pode interferir no exame histopatológico.

Existe uma linha de estudos demonstrando os diversos benefícios ao se utilizar o laser cirúrgico na remoção do fibroma. Pedron et al. (2007) destacam a facilidade de utilização e a redução do tempo de trabalho, Botelho, Vieira e Pedro (2010) mencionaram um pós operatório sem complicações e resultados estéticos favoráveis. Em contrapartida, Batista et al. (2013) argumentaram que, a técnica a laser exige um equipamento específico e de alto custo para o profissional.

A maioria dos trabalhos estudados concordaram que o tratamento do lipoma consiste na excisão cirúrgica da lesão, através do bisturi (TATEYAMA et al., 2005; SOUSA et al., 2008; ARIZA; RICAURTE; CABALLERO, 2009; SOUZA et al., 2010; SANTOS et al., 2014; MARQUES et al., 2014).

De acordo com os autores de ambas as lesões, o fibroma traumático e o lipoma, apresentam um ótimo prognóstico, e são raros os casos de recidiva (COELHO; SOUSA; DARÉ, 2004; MANDARINO; GUIMARÃES; ALONSO, 2014; SILVA et al., 2016).

No caso relatado, o paciente foi submetido a remoção da lesão através da biopsia excisional utilizando-se o bisturi, e após doze meses de acompanhamento o mesmo não apresentou recidiva, estando de acordo com as afirmações apresentadas na revisão de literatura.

5 CONCLUSÃO

Após o relato e manejo clínico do caso, foi possível concluir que embora sejam duas lesões distintas, o lipoma e o fibroma traumático foram observados no mesmo caso clínico, mantendo suas características clínicas e histopatológicas individuais semelhantes às descritas na revisão de literatura.

6 REFERÊNCIAS

ACCETTA, P.; ACETTA, I.; VASSALLO, E.C.; MILMAN, M.; SOUSA, A.M.; ACETTA, A.C. Lipomas Gigantes. **Rev. Coleg. Brasileiro de Cirurg.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 359-361, 1998.

AMADEU, S.U.; PEREIRA, A.C.; SILVEIRA, V.A.S.; CARMO, E.D.; SCHERMA, A.P.; ROSA, L.E.B. Prevalência de processos proliferativos não neoplásicos na cavidade bucal: estudo retrospectivo de quarenta anos. **Clínica e Pesq. Em Odontol.**, São José dos Campos, v. 1, n. 1, p. 38-42, 2009.

AMARAL, M. B. F. **Eficácia do laser cirúrgico de diodo no tratamento da hiperplasia fibrosa inflamatória**. 2014. 80p. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

ARIZA, J.O.; RICAURTE, M.F.; CABALLERO, A.D. Lipoma en lengua: aportación de un caso. **Rev. Esp. Cirurg. Oral y Maxilofac.** Madrid, v. 31, n. 5, p. 329-332, 2009.

ASSIS, G.M.; SILVA, S.R.P.; MORAES, P.H.; AMARAL, J.I.Q.; GERMANO, A.D. Lipoma Facial Removido por Acesso Intrabucal: Caso Clínico. **Revista Brasileira De Cirurgia Buco-Maxilo-Facial**, Natal, v. 10, n. 2, p. 89-93, 2010.

AVELAR, R.L.; CARVALHO, R.W.F.; FALCÃO, P.G.C.B.; ANTUNES, A. A.; ANDRADE, E.S.S. Lipomas da Região Oral e Maxilofacial: Estudo Retrospectivo de 16 Anos no Brasil. **Rev.Port.Estomatol.Cir.Maxilofac.** Porto, v. 49, n. 4, p. 207-211, 2008.

BALLESTER, D.G.; ZALDIVAR, M.R.; GIL, F.M. Tumor fibroso solitário de cavidad oral. Confirmación histológica final ante La sospecha de lipoma facial. **Rev. Esp. Cir. Oral e Maxilofacial**, Madrid, v. 37, n. 1, p. 17-21, 2015.

BALLESTERO, J.N.; SANCHEZ, A.F.L.; PEREZ, M.L.S.; LOPEZ, L.A.M.; RODRIGUEZ, M.D. Lesiones en la mucosa oral originadas por prótesis. **Rev Gaceta Dental**, Madrid, n. 164, p. 92-102, 2005.

BATISTA, V.E.S.; BATISTA, F.R.S.; PAVAN, A.J.; MATHEUS, G.; SILVA, M.M. Hiperplasia fibrosa inflamatória ocasionada por prótese total desadaptada. Relato de caso. **Rev. Odont. de Araçatuba**, Araçatuba, v. 34, n. 2, p. 70-72, 2013.

BAKHTIARI, S.; TAHERI, J.B.; SEHHATPOUR, M.; ASNAASHARI, M.; MOGHADAM, S.A. Removal of an Extra Large Irritation Fibroma with a Combination of Diode Laser and Scalpel. **Lasers Med. Scien.**, Tehran, v. 6, n. 4, p. 182-184, 2015.

BARROS, R.M.G.; CAMPOS, K.S.M.; CABRAL, L.M. Relato de caso clínico de hiperplasia fibrosa inflamatória. **Rev. Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 35, n. 2, p.15-18, 2014.

BASSI, A.P.F.; VIEIRA, E.H.; GABRIELLI, M.A.C. Hiperplasia fibrosa inflamatória. **Rev. Gaúcha Odontol**, Porto Alegre, v. 46, n. 4, p. 209-211, 1998.

BATISTA, V.E.S.; BATISTA, F.R.S.; PAVAN, A.J.; MATHEUS, G.; SILVA, M.M. Hiperplasia fibrosa inflamatória ocasionada por prótese total desadaptada. Relato de caso. **Rev. Odont. de Araçatuba**, Araçatuba, v. 34, n. 2, p. 70-72, 2013.

BINMADI, N.O.; CHAISUPARAT, R.; LEVY, B.A.; NIKITAKIS, N.G. Sialolipoma of the Lower Lip: Case Report and Literature Review, **The Open Dentistry Journal**, Jeddah, v. 6, p. 208-211, 2012.

BOTELHO, G.A.; VIEIRA, E.M.M.; PEDRO, F.L.M. Prevalência dos casos de hiperplasia fibrosa inflamatória em mucosa bucal. **Rev. UNiciências**, Cuiabá, v. 14, n. 1, p. 9-22, 2010.

BRITO, A.J.P.; FAVA, A.S.; MAKOWIECKY, M.; COSTA, G.P.; MONTORO, J.R.M.C. Aspectos Clínicos e Histopatológicos de Tumores de Palato Mole. **Arq. Int. Otorrinolaringol**, São Paulo, v.12, n.2, p. 179-182, 2008.

BURKHART, N. The Lipoma. **Health Sci Center Journal**. Dallas, v. 38, n. 1, p. 30-36, 2007.

CARDONA, Y.G.; FORMELL, C.P.; BAUZÁ, M.V.; MILORD, M.B.R. Mixolipoma en la lengua. Presentación de un caso. **Correo Científico Médico de Holguín**, Holguín, v. 18, n. 2, p. 357-362, 2014.

CARVALHO, M.F.; JUNQUEIRA, T.P.; SOUZA, R.R.; CAPISTRANO, H.M.; CHAVES, M.G.A.M. The importance of early diagnosis of large lipomas in the maxillofacial region. **Revista Cubana de Estomatología**, La Habana, v. 48, n. 1, p. 77-83, 2011.

COELHO, C.M.P.; SOUSA, Y.T.C.S.; DARÉ, A.M.Z. Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry. **J. Oral Rehabil.**, Ribeirão Preto, v. 31, n. 2, p. 135-139, 2004.

FALCÃO, A.F.P.; LAMBERTI, P.L.R.; LORENS, F.G.L.; LACERDA, J.A.; NASCIMENTO, B.C. Hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso e revisão de literatura. **Rev. Cien. Méd. Biol.**, Salvador, v. 8, n. 2, p. 230-236, 2009.

FARIAS, A.B.L.; CARDOSO, A.J.O.; CARDOSO, S.O.; FILHO, M.G.O.; CARDOSO, M.S.O. Lesões da mucosa oral em pacientes portadores de próteses dentárias: ilustrações clínicas e abordagem preventiva. **Revista odonto.**, São Bernardo do Campo, v.16, n. 31, p. 19-26, 2008.

FILHO, G.A.N.; CAPUTO, B.V.; SANTOS, C.C.; SOUZA, R.S.; GIOVANI, E.M.; SCABAR, L.F. et al. Diagnóstico e tratamento do lipoma intraoral: relato de caso. **J Health Sci Inst.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 133-135, 2010.

FIROOZMAND, L.M.; ALMEIDA, J.D.; CABRAL, L.A. Study of denture-induced fibrous hyperplasia cases diagnosed from 1979 to 2001. **The Journal of Prosthetic Dentistry**. São José dos Campos, v. 96, n. 36, p. 133-137, 2006.

GÓMEZ, F.; MACHÍN, P.; MOYANO, A. Lipoma de lengua. Una curiosidad. **Rev. Esp. Cir. Oral Maxilofac.**, Sevilla, v. 31, n. 2, p. 209-210, 2009.

JUNJEJA, S.; JUNJEJA, M.; BABU, N.C. Intraoral lipoma in a Young male patient: A case report. **International Journal losScientificStudy**.Bangalore, v.1, n. 5, p. 44-47, 2014).

KESKIN, M.D.G.; USTUNDAG, E.M.D.; ERCIN, E.M.D. Multiple infiltrating lipomas of the tongue. **The Journal of Laryngology & Otology**, Peru, v. 116, n. 1, p. 395-397, 2002.

KIGNEL, S.; DONATO, A.C.; MOREIRA, C.A.; MILNER, E.; MISTRO, F.Z.; BIGATTO, J. Hiperplasia fibrosa inflamatória. **Rev. Paul. Odontol.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 40-44, 1999.

LANJEKAR, A.; KULKARNI, S.; AKHADE, S.; SONULE, S.; RATHOD, U. An Unusually Large Irritation Fibroma Associated with Gingiva of Lower Left Posterior Teeth Region. **Case Reports in Dentistry**, Nagpur, v. 1, n. 1, p. 5-9, 2016.

LONGO, L. **Lesões proliferativas não neoplásicas estudo epidemiológico**. 2016. 54p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

MAGRO, A.K.; LAUXEN, J.R.; SANTOS, R.; PAULETTI, R.N.; MAGRO, E.D. Laser cirúrgico no tratamento de hiperplasia fibrosa. **RFO**, Passo Fundo, v.18, n. 2, p. 206-210, 2013.

MANDARINO, S.C.A.; GUIMARÃES, M.A.A.; ALONSO, M. Lipoma em região parotídea: Relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v.14, n.3, p. 33-38, 2014.

MARQUES, D.O.; SILVA, G.A.; BRIGANTINI, L.C.; ARAÚJO, C.; ARAÚJO, C.S.A.; GONÇALVES, K.J.; MELHADOS, R.M.; et al. Lipoma em mucosa jugal: Relato de caso. **Revista UNINGÁ Review**, v.20, n.3, p.40-42, 2014.

MIGUEL, M.C.C.; ANDRADE, E.S.S.; ROCHA, D.A.P.; FREITAS, R.A.; SOUZA, L.B. Expressão imuno-histoquímica da vimentina e do HHF-35 em fibroma de células gigantes, hiperplasia fibrosa e fibroma da mucosa oral. **J. Appl. Oral Sci.**, Natal, v. 11, n. 1, p. 77-82, 2003.

MUÑANTE, J.; JAIMES, M.; OLATE, S.; ALBERGARIA, J. Consideraciones actuales en hiperplasia fibrosa inflamatória. **Acta Odontológica Venezolana**, Caracas, v. 47, n. 2, p. 56-62, 2009.

NETO, B.D.; MEDRADO, A.P.; REIS, S.R. Levantamento epidemiológico dos diagnósticos histopatológicos de um centro de referência em patologia bucomaxilofacial em um período de 10 anos. **Revista Bahiana de Odontologia**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 3-15, 2012.

NETO, N.R.; MARQUES, J.A.F.; SANTOS, M.A.M.; PARRA, G.R.; CRISTIANO, G. Lipoma de tamanho incomum em lábio. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.10, n.4, p. 9-12, 2010.

OMISAKIN, O.O.; AJIKE, S.O. Oral lipomas: A report of two cases. **Inter. J. of Med. and Biomed. Research**, Kaduna, v. 3, n. 1, p. 58-62, 2014.

PEDRON, I.G.; CARNAVA, T.G.; UTUMI.; E.R.; MOREIRA, L.A.; JORGE, W.A. Hiperplasia fibrosa causada por prótese: remoção cirúrgica com laser Nd: YAP. **Rev. Clín. Pesq. Odontol.**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 51-56, 2007.

PETERSON, R.; LEWKOWICZ, N.; DANILEWICZ, M.W. Lipoma of the Palate Lingual Arch – Report of a Rare Intraoral Location. **Dent. Med. Probl.**, Wroclaw, v. 52, n. 2, p. 246-248, 2015.

PETROCELLO, T.C.; PEREIRA, P.P.I.; FILHO, V.F.R.; PEREIRA, A.C.C.; PEREIRA, L.J. Lipoma intra-oral: Revisão da literatura e relato de três casos clínicos. **Rev. Arquivos em Odontologia**, Três Corações, v. 45, n. 3, p. 129-134, 2009.

PINHO, L.C.F.; MUNIZ, S.K.C.; MELO, I.T.S. Principais lesões orais ocasionadas pela má adaptação da prótese parcial removível e pela má higienização. **Caderno de Ciências Biológicas e da Saúde**, Boa Vista, v. 1, n. 1, p. 103-116, 2012.

PIRES, F.R.; SANTOS, T.C.B. **Manual de Patologia Bucal**. UERJ. Disponível em: <http://www.odontologia.uerj.com.br>. Acesso em: 15 maio 2017.

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

RESENDE, R.; MEIRELLES, M.; VARELLA, R.; Remoção cirúrgica de lipoma de grande proporção: Relato de Caso, **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac**, Camaragibe v.13, n.2, p. 37-42, 2013.

RODRÍGUEZ, A.F.; SACSAQUISPE, S.J. Hiperplasia fibrosa inflamatoria y posibles factores asociados em adultos mayores. **RevEstomatolHereditaria**, Cayetano, v. 15, n. 2, p. 139-144, 2005.

SANTOS, A.P.; CAÇADOR, M.; CAPUCHO, C.; CARVALHO, L.; RUAH, C.; SILVA, M. Fibroma traumático da cavidade oral. **Revista Port. ORL**, Lisboa, v. 43, n. 1, p. 59-62, 2005.

SANTOS, L.A.M.; BARBALHO, J.C.M.; COSTA, D.F.N.; SILVA, C.C.G.; PEREIRA V.B.S.; VASCONCELOS, B.E.C. Lipoma intra-oral: Relato de Caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v.14, n.3, p. 39-44, 2014.

SANTOS, L.C.O.; ROCHA, S.M.W.; CARVALHO, C.N.; OLIVEIRA, E.C.P.; NEVES, D.F.C. Intraoral lipoma: an atypical case. **Braz. Journal of Otorhinolaryngology**, Maceió, v. 77, n. 5, p. 676, 2011.

SANTOS, M.E.S.M; COSTA, W.R.M; SILVA, J.C. Terapêutica cirúrgica da hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac**, Caruaru, v. 4, n. 4, p. 241-245, 2004.

SEGUNDO, A.V.L.; VALVERDE, R.S.; FILHO, R.C.L.; LEÃO, J.C. Fibrolipoma de assoalho de boca: Relato de caso clínico. **Rev de Cir. e Traumat. Buco-Maxilo-Facial**, Pernambuco, v. 4, n. 4, p. 237-240, 2004.

SILVA, A.N.G.; CORREA, M.S.; MAGALHÃES, A.M.; FREITAS, C.A.S.; SILVA, L.F.G.; PANCINI, I.D. Lipoma de localização rara na cavidade oral: relato de caso. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, Campo Grande, v. 45, n. 2, p. 56-58, 2016.

SIMÕES, C.A.; LINS, C.R.; HENRIQUES, A.C.G.; CAZAL, C.; CASTRO, J.F.L. Prevalência das lesões diagnosticadas na região maxilofacial no laboratório de patologia oral da universidade federal de Pernambuco. **International journal of dentistry**, Recife, v. 6, n. 2, p. 35-38, 2007.

SOUZA, C.G.; SOUZA, D.O.; NUNES, T.S.; ARAUJO, R.P.C. Tratamento de múltiplos lipomas na língua. **Rev.Ci. Méd.Bio.**, Bahia v.9 ,n.1, p. 104-107, 2010.

SOUSA, F.R.N.; CASTRO, L.C.; MORAIS, N.P.; SOUBHIA, A.M.P.; MIYAHARA, G.I. Lipoma em mucosa bucal. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.**, Camaragibe, v.8, n.3, p. 31 – 34, 2008.


SUAREZ, D.; VENEGAS, S.; SANTOS, M.; GODOY, A. Fibroma traumático evaluación clínica e histológica de um caso. **Acta Bioclínica**. Meridá, v. 1, n. 1, p. 23-30, 2011.

TATEYAMA, A.K.; MAETINS, J.R.; TREVIZANI, M.A.; KALIL, B.S.; PORTA, S.F.; KRISTIANNE, D.F.; DIAS, L.L.; DOMINGUES, M. Lipoma Bucal: Relato de dois casos. **Rev. Conscientiae Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 115-121, 2005.

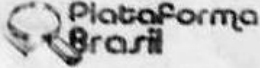
TENÓRIO, J.R.; PAIVA, K.M.; NOGUEIRA, P.T.B.C.; SILVA, E.D.O. Exérese de Extenso Lipoma em Região Submandibular: Relato de Caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v.13, n.3, p. 43-50, 2013.

VASCONCELOS, B.C.E.; PORTO, G.G.; CARNEIRO, S.C.A.; XAVIER, R.L.F. Lipomas da cavidade oral. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, Pernambuco, v. 73, n. 6, p. 848, 2007.

ANEXO A – Parecer consubstanciado pelo COEPS



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
VOLTA REDONDA -
UNIFOA/FUNDAÇÃO**



PARECER DO COLEGIADO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OCORRÊNCIA SIMULTANEA DE LIPOMA E FIBROMA TRAUMÁTICO: RELATO DE CASO.

Pesquisador: Sérgio Elias Vieira Cury

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70289417.5.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO ARANHA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.167.933

Apresentação do Projeto:
O trabalho propõe uma revisão da literatura sobre as principais características anatomopatológicas da alteração, utilizando artigos disponíveis na base de dados PubMed/Medline. Os dados da literatura serão comparados com um relato de caso de um paciente de 40 anos de idade diagnosticado com lipoma e fibroma associados na cavidade oral.

Objetivo da Pesquisa:
Relato de Caso sobre alteração incomum em cavidade oral comparando com achados clínicos e histopatológicos, com os relatados na literatura.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Risco: não há.
Benefícios: Aumentar a base de dados de alteração incomum na cavidade oral e contribuir para a melhoria de soluções para tratamento e cura da lesão.

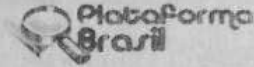
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Importante para formação acadêmica e para contribuição de dados na literatura sobre o tema.

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** cceps@foa.org.br

Página 01 de 02



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
VOLTA REDONDA -
UNIFOA/FUNDAÇÃO



Continuação do Parecer: 2.167.933

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

não há.

Recomendações:

não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todos os termos foram apresentados adequadamente.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	FOLHA_DE_ROSTO_SERGIO_CURY_ASSINADA.pdf	03/07/2017 11:54:20	Ana Carolina Gioseffi	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_942827.pdf	13/06/2017 12:03:49		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoassinada.pdf	13/06/2017 12:03:14	Sérgio Elias Vieira Cury	Aceito
Outros	usodelimagem.pdf	13/06/2017 12:00:26	Sérgio Elias Vieira Cury	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	13/06/2017 11:58:58	Sérgio Elias Vieira Cury	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/06/2017 11:57:40	Sérgio Elias Vieira Cury	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	13/06/2017 11:57:20	Sérgio Elias Vieira Cury	Aceito

Situação do

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VOLTA REDONDA, 11 de Julho de 2017

Assinado por:

Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325

Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços CEP: 27.240-560

UF: RJ Município: VOLTA REDONDA

Telefone: (24)3340-8400

Fax: (24)3340-8404

E-mail: coeps@foa.org.br