

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

**BIANCA GUEDES DA SILVA**

**LETICIA QUIZZEPPI DUTRA**

**REMOÇÃO CIRÚRGICA DE HIPERPLASIA FIBROSA  
INFLAMATÓRIA NO MAXILAR SUPERIOR: RELATO DE CASO**

**VOLTA REDONDA**

**2020**

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

**REMOÇÃO CIRÚRGICA DE HIPERPLASIA FIBROSA  
INFLAMATÓRIA NO MAXILAR SUPERIOR: RELATO DE CASO**

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

Alunas: Bianca Guedes da Silva

Leticia Quizeppi Dutra

Orientadora: Marcela Ventura Soares

Coorientadora: Roberta Mansur Caetano

**VOLTA REDONDA**

**2020**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

S586r Silva, Bianca Guedes da  
Remoção cirúrgica de hiperplasia fibrosa inflamatória no maxilar superior: relato de caso. / Bianca Guedes da Silva; Leticia Quizzoppi Dutra. – Volta Redonda: UniFOA, 2020.

34 p. ||

Orientador(a): Marcela Ventura Soares

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2020.

1. Odontologia - TCC. 2. Hiperplasia. 3. Cirurgia bucal. 4. Patologia bucal. I. Soares, Marcela Ventura. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



## FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: “Remoção Cirúrgica De Hiperplasia Fibrosa Inflamatória No Maxilar Superior: Relato De Caso”

Elaborado por: Bianca Guedes Da Silva e Leticia Quizeppi Dutra.

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

Aprovada em 02 de dezembro de 2020.

Banca Avaliadora:

.....  
Prof.<sup>a</sup> Mestra Marcela Ventura Soares

.....  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Roberta Mansur Caetano

.....  
Prof.<sup>a</sup> Mestre Dagoberto Martins De Oliveira

## DEDICATÓRIA

*"Dedico este trabalho primeiramente à Deus por ter me iluminado, dado saúde e capacidade para concluir mais essa etapa da minha vida. Dedico este trabalho à minha mãe, Selma, pelo amor incondicional, por todos os incansáveis incentivos e pelo apoio a todo momento. À minha irmã Joice, por ter me dado meu melhor presente, ao meu melhor presente que é minha sobrinha Maria Carolyna, que mesmo involuntariamente me dá forças para continuar. A todos amigos que estiveram sempre presentes nesse meu caminho, em especial a minha melhor amiga e dupla Leticia por toda parceria e companheirismo durante essa etapa. Aos meus professores que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado, em especial a minha orientadora Marcela e a minha coorientadora Roberta pelo suporte, carinho, atenção e incentivo de sempre. Essa conquista é também de cada um de vocês por acreditarem na minha capacidade e por percorrerem esse caminho comigo. Deixo aqui meu muito obrigada a todos vocês".*

*Bianca Guedes Da Silva*

*"Dedico este trabalho à Deus por ter me iluminado e ter me proporcionado sabedoria para chegar até aqui. Dedico este trabalho em especial a minha mãe Vania, pelo amor, incentivo e apoio. A minha estrela, meu pai José Carlos, que manda forças para continuar e que mesmo não estando presente fez-se parte. A minha tia Regina, que sempre esteve presente me tranquilizando e apoiando. A toda a minha família pelo carinho. Aos meus amigos, em especial os melhores, que sempre acreditaram em mim. As amigas novas que tive o prazer de fazer nessa caminhada. A minha melhor amiga e dupla Bianca, pela paciência, amizade e sempre estar ao meu lado. Ao meu amigo distante que sempre acreditou em mim e me incentivou. Aos meus professores que sempre se mostraram dispostos e nada seria possível sem eles, em especial minha orientadora Marcela pelo suporte e disposição em ajudar sempre. Essa conquista é de todos que acreditaram em mim e na minha capacidade, sou grata por percorrerem esse caminho comigo. Muito obrigada"*

*Leticia Quizzoppi Dutra*

## AGRADECIMENTOS

*"Primeiramente agradeço a Deus pela vida que me foi dada, a minha mãe por todas sua luta para garantir que eu tivesse todas as oportunidades, por confiança depositada em mim, honrarei e agradecerei sempre. Agradeço por ter sido presenteada com pessoas incríveis ao longo dessa trajetória, em especial, minha amiga e dupla de vida Leticia, por toda parceria, carinho, amizade, paciência e incansáveis conselhos. Desejo uma carreira de muito sucesso, nós conseguimos. Aos meus amigos de fora e de dentro da faculdade, que sempre vibraram com as minhas conquistas e estiveram ao meu lado em todos os momentos. A nossa orientadora Marcela Ventura, que desde o início se entregou a esse trabalho com toda sua dedicação e carinho, pela confiança depositada em nós e por todas as orientações que nos fizeram concluir este projeto com sucesso e também a nossa coorientadora Dra. Roberta Mansur. A todos vocês, meu muito obrigada!"*

*Bianca Guedes da Silva*

*"Primeiramente agradeço à Deus pela saúde que me deste para concluir um sonho, a minha mãe pela confiança depositada em mim, honrarei e agradecerei sempre. Aos meus familiares e amigos, que estiveram sempre ao meu lado e acreditaram na minha conquista. Aos meus professores por fazerem parte dessa etapa. A nossa orientadora Marcela que foi essencial para esse trabalho, e esteve junto com a gente desde o início com a sua dedicação e paciência. A nossa coorientadora Roberta que sempre esteve disposta a ajudar ao longo do curso e no desenvolvimento esse trabalho. Agradeço sem dúvidas a minha dupla, Bianca pela parceria desde sempre. Muito obrigada a todos vocês, sou muito grata por ter todos em minha vida!"*

*Leticia Quizzoppi Dutra*

## EPÍGRAFE

"O futuro pertence àqueles que acreditam na beleza de seus sonhos."

Eleanor Roosevelt

## RESUMO

A hiperplasia fibrosa inflamatória é caracterizada por um crescimento tecidual benigno, podendo estender-se por todo o rebordo, tem predileção pelo sexo feminino e ocorre mais comumente em adultos de meia idade e em idosos por estar relacionada ao uso de próteses parciais ou totais mal adaptadas, tendo pouca variação na frequência entre maxila e mandíbula sendo a região anterior a mais afetada. Normalmente se apresenta uma lesão pediculada, eritematosa, nodular, de contorno nítido e regular. O epitélio apresenta hiperplasia papilar inflamatória e epitélio pavimentoso estratificado. O diagnóstico da hiperplasia fibrosa inflamatória é geralmente clínico pela observação direta da relação causa-efeito, porém para concluir o diagnóstico, deve-se realizar a biópsia pois pode ser confundida com outras lesões como Granuloma Piogênico e Lesão Periférica de Células Gigantes. Os exames complementares são de extrema importância, principalmente radiografias, hemograma completo e coagulograma. O tratamento mais utilizado é a remoção cirúrgica com bisturi com pequena margem de segurança. O objetivo desse trabalho foi demonstrar, por meio de relato de caso clínico, a remoção cirúrgica de uma hiperplasia fibrosa inflamatória, em uma paciente do gênero feminino, melanoderma de 57 anos. Após anamnese, exame clínico intra e extraoral, foi observado uma lesão exofítica, pediculada, coloração rósea, superfície lisa, assintomática, na região anterior da maxila, medindo aproximadamente 3,5 cm de extensão. Na avaliação pré-operatória foram solicitados, radiografia panorâmica, hemograma completo e coagulograma tipo I e II. A exérese da lesão foi realizada por meio de uma biópsia excisional com bisturi e foi realizada sutura com ponto contínuo entrelaçado. Os objetivos foram alcançados obtendo-se um rebordo residual sem evidências patológicas.

Palavras-chave: Hiperplasia; Cirurgia bucal; Patologia bucal.

## ABSTRACT

Inflammatory fibrous hyperplasia is characterized by benign tissue growth, being a lesion usually caused by partial or total maladjusted prostheses, and could extend throughout the alveolar ridge, has a predilection for females and occurs more commonly in middle-aged adults and the elderly because it is related to the use of maladjusted prostheses, with little variation in frequency between maxilla and mandible being the anterior region the most affected. Usually there is a pediculated, erythematous, nodular lesion with a clear and regular contour. The epithelium presents inflammatory papillary hyperplasia and stratified paved epithelium. The diagnosis of inflammatory fibrous hyperplasia is usually clinical by direct observation of the cause-effect relationship, but to conclude the diagnosis, the biopsy should be realized because it can be confused with other lesions such as pyogenic granuloma and peripheral lesion of giant cells. The complementary exams are extremely important, especially the radiographs, complete blood count and coagulogram. The most used treatment is the surgical removal with scalpel and small safety margin. The objective of this study was to demonstrate, by a clinical case report, the exeresis of a Fibrous Inflammatory Hyperplasia surgically, of a 57-year-old female melanoderma patient. After anamnesis, intra and extraoral clinical examination, an exophytic, pediculated, pinkish-colored, smooth surface, asymptomatic lesion was observed in the anterior region of the maxilla, measuring approximately 3,5 cm in length. In the preoperative evaluation a panoramic X-ray, complete blood count and coagulogram type I and II were requested. The exeresis was performed through an excision biopsy with a scalpel and a continuous interlaced stitch suture was performed. The objectives were achieved obtaining an alveolar ridge with no evidence of pathologies.

Keywords: Hyperplasia; Oral surgery; Oral pathology.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Vista da região anterolateral direita da HFI .....	19
Figura 2 Vista da região anterior da HFI.....	19
Figura 3 Vista da região anterolateral esquerda da HFI .....	19
Figura 4 Radiografia panorâmica .....	20
Figura 5 Radiografia periapical da região anterior inferior direito .....	20
Figura 6 Bloqueio do nervo infraorbitário direito .....	21
Figura 7 Bloqueio do nervo nasopalatino .....	21
Figura 8 Bloqueio do nervo infraorbitário esquerdo .....	21
Figura 9 Corte com bisturi na base da lesão .....	21
Figura 10 Pontos de reparo.....	21
Figura 11 Sutura com ponto contínuo entrelaçado .....	21
Figura 12 HFI apresentando 4,5 cm .....	22
Figura 13 Vista da região ântero-lateral direita do rebordo alveolar .....	22
Figura 14 Vista da região anterior do rebordo alveolar .....	22
Figura 15 Vista da região ântero-lateral esquerda do rebordo alveolar .....	22
Figura 16 Vista da região ântero-lateral direita do rebordo alveolar.....	22
Figura 17 Vista da região anterior do rebordo alveolar .....	22
Figura 18 Vista da região ântero-lateral esquerda do rebordo alveolar .....	22

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CoEPs	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
et al.	E colaboradores
HFI	Hiperplasia Fibrosa Inflamatória
UniFOA	Centro Universitário de Volta Redonda

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	Parecer Consubstanciado do CoEPs.....	30
ANEXO B	Hemograma completo .....	33
ANEXO C	Coagulograma I e II .....	34

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1 Hiperplasia fibrosa inflamatória</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1.1 Definição e etiologia</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1.2 Prevalência</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1.3 Características clínicas</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1.4 Características microscópicas</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1.5 Diagnóstico</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1.5.1 Diagnóstico diferencial</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1.6 Avaliação pré-operatória</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1.7 Tratamento</b> .....	<b>18</b>
<b>3 RELATO DE CASO</b> .....	<b>19</b>
<b>4 DISCUSSÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	<b>26</b>
<b>6 REFERÊNCIA</b> .....	<b>27</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>30</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A hiperplasia fibrosa inflamatória, também denominada epúlide fissurada, é causada por traumas crônicos locais de baixa intensidade, caracterizada por um crescimento tecidual benigno, sendo uma lesão geralmente provocada por próteses parciais ou totais mal adaptadas (SANTOS; COSTA; SILVA NETO, 2004).

Entretanto, o termo epúlide está em desuso, por ser na verdade um termo genérico que se refere a qualquer tumor da gengiva ou mucosa alveolar (NEVILLE et al., 2016).

A lesão apresenta-se como massa tecidual conjuntiva fibrosa de consistência flácida ou firme, podendo apresentar-se eritematosa e ulcerada, com crescimento lento e geralmente assintomático, com dimensões variadas, podendo ainda estender-se por todo o rebordo (FALCÃO et al., 2009; PARAGUASSÚ et al., 2011; NEVILLE et al., 2016).

A epúlide fissurada tem predileção pelo sexo feminino e ocorre mais comumente em adultos de meia idade e em idosos por estar relacionada ao uso de próteses mal adaptadas, tendo a mesma frequência na maxila e mandíbula. A região anterior dos ossos maxilares é mais afetada (NEVILLE et al., 2016).

Ao exame microscópico pode-se observar frequentemente epitélio de revestimento hiperparaceratinizado, com hiperplasia irregular das papilas. Esporadicamente, o epitélio apresenta hiperplasia papilar inflamatória e epitélio pavimentoso estratificado. São comuns áreas focais de ulceração, especialmente na base das fissuras entre as pregas; infiltrado inflamatório crônico variável, podendo apresentar eosinófilos ou folículos linfóides (NEVILLE et al., 2016).

O tratamento mais indicado consiste na remoção cirúrgica. Outras terapêuticas, adotadas em determinados casos, são a microabrasão, o uso do laser ou a crioterapia. A prótese mal adaptada deve ser corrigida ou refeita para evitar a recorrência da lesão. É de suma importância a realização da biópsia para confirmação do diagnóstico (SANTOS; COSTA; SILVA NETO, 2004; NEVILLE et al., 2016).

O objetivo do presente trabalho foi identificar e demonstrar o tratamento, de uma Hiperplasia fibrosa inflamatória causada por prótese mal adaptada, realizando a exérese cirurgicamente, por meio de relato de caso clínico.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Hiperplasia fibrosa inflamatória**

#### **2.1.1 Definição e etiologia**

A hiperplasia fibrosa inflamatória (HIF) é uma hiperplasia de tecido conjuntivo fibroso, similar a um tumor, que geralmente se desenvolve em associação a uma prótese total ou parcial mal adaptada, que ocasiona traumas crônicos locais de baixa intensidade, sendo este trauma sua etiologia de maior frequência (BASSI; VIEIRA; GABRIELLI, 1998; PEDRON et al., 2007; NEVILLE et al., 2016).

Entretanto, existem outros fatores etiológicos como dentes fraturados, raízes residuais, higiene bucal inadequada, restaurações mal adaptadas, diastemas, cálculo salivar, copos estranhos, arestas de dentes cortantes, manobras iatrogênicas de profissionais e outros traumas (COELHO; ZUCOLOTO, 1998; BORAKS, 2001; SANTOS; COSTA; SILVA NETO, 2004).

A HFI também pode estar relacionada a infecções fúngicas pela má higienização consequente da falta de informação sobre a higienização da prótese (AMADEI et al., 2009).

O aparecimento da lesão se correlaciona com a má higiene oral do paciente, o tempo de utilização da peça protética e frequência do uso da mesma, tabagismo, desinfecção e orientação para realizar a remoção da prótese durante o período noturno (GOIATO et al., 2005; VEENA et al., 2013).

Esta lesão também é conhecida pelos sinônimos: epúlide fissurada, hiperplasia por dentadura e hiperplasia inflamatória, hoje desatualizados (REGEZI; SCIUBBA, 2000; ALVES; GONÇALVES, 2005).

#### **2.1.2 Prevalência**

Botelho, Vieira e Pedro (2010) realizaram um estudo com 213 diagnósticos de hiperplasias fibrosas inflamatórias relacionadas ao uso contínuo e prolongado de próteses mal adaptadas, foram encontrados 169 (79%) casos no gênero feminino e

44 (21%) no gênero masculino. Quanto a localização da hiperplasia fibrosa inflamatória, foi encontrada maior localização na mandíbula, com 58%, sendo que a maxila apresentava 42% da população avaliada.

De acordo com a idade foram encontrados os seguintes valores: na faixa etária entre 21 a 30 anos, 13 pessoas (6,18%); entre 31 a 40 anos, 54 pessoas (25,47%); 41 e 50 anos, 62 pessoas (28,77%), 51 a 60 anos, 56 pessoas (26,41%), 61-70, 19 pessoas (8,92%) e 71 a 80, 9 pessoas (4,25%), exibindo maior frequência na faixa etária entre 41 e 50 anos seguida pela de 50 a 60 e de 31 a 40, com valores semelhantes (BOTELHO; VIEIRA; PEDRO, 2010).

Pesquisas apontam maior incidência no sexo feminino e em pacientes com idade avançada, normalmente a partir dos 40 anos (BUCHNER; BEGLEITER; HANSEN, 1984; TORREÃO et al., 1999; ALMEIDA; JUNIOR; ASSUNÇÃO, 2008).

### **2.1.3 Características clínicas**

Conforme as cristas ósseas da maxila e mandíbula são reabsorvidas pelo uso contínuo e prolongado da prótese, as bordas estendem-se gradativamente cada vez mais para o vestíbulo, o traumatismo e a irritação crônica formam tecido conjuntivo fibroso em excesso, onde o resultado é o surgimento de pregas indolores que envolvem a borda da dentadura (REGEZI; SCIUBBA, 2000).

A lesão apresenta-se como massa tecidual conjuntiva fibrosa de consistência flácida ou firme, podendo apresentar-se eritematosa e ulcerada, com crescimento lento e geralmente assintomático, atinge dimensões variadas, podem ser pequenas, atingir alguns centímetros de diâmetro ou ainda estender-se por todo o rebordo. Pode acometer em qualquer localização da cavidade bucal, a mais frequente acontece na gengiva seguida pela bochecha, língua, lábios e palato (FALCÃO et al., 2009; PARAGUASSÚ et al., 2011; NEVILLE et al., 2016).

HFI de sulco é uma lesão pediculada, eritematosa, nodular, de contorno nítido e regular (BORAKS, 2001).

#### **2.1.4 Características microscópicas**

O corpo humano reage de formas diversas aos diferentes tipos de agentes traumáticos e depende do tecido que está sendo lesionado. O tecido epitelial responde ao trauma com o aumento da espessura da camada de queratina. Ao exame microscópico pode-se observar que frequentemente o epitélio de revestimento é hiperparaceratinizado, com hiperplasia irregular das papilas. O tecido conjuntivo responde aos agentes traumáticos com um aumento somente inflamatório. Esporadicamente, o epitélio apresenta hiperplasia papilar inflamatória e epitélio pavimentoso estratificado. São comuns áreas focais de ulceração, especialmente na base das fissuras entre as pregas; infiltrado inflamatório crônico variável, podendo apresentar eosinófilos ou folículos linfoides. Caso estejam incluídas glândulas salivares menores, usualmente exibirá sialodenite crônica (BORAKS, 2001; MIGUEL, et al., 2003; NEVILLE et al., 2016).

Raramente, observa-se a formação de tecidos condroides ou osteóide, este fenômeno é uma reação causada pela irritação crônica da prótese mal adaptada, denominada metaplasia óssea e condromatosa. Microscopicamente esse osso ou cartilagem pode estar alterado devido a sua natureza irregular, sendo de suma importância não ser confundido com um sarcoma (NEVILLE et al., 2016).

#### **2.1.5 Diagnóstico**

É importante ter um conhecimento clínico e histológico desta lesão para que se possa elaborar um diagnóstico e plano de tratamento adequado (SANTOS; COSTA; SILVA NETO, 2004).

O diagnóstico da hiperplasia fibrosa inflamatória é geralmente clínico pela observação direta da relação causa-efeito. Entretanto, deve-se realizar a citologia esfoliativa e/ou a biópsia incisinal ou excisional a depender da extensão da lesão e da presença ou não de ulceração a fim de descartar a possibilidade de lesão maligna associada. Todavia, acredita-se que não ocorrem transformações carcinomatosas nas hiperplasias fibrosas inflamatórias por elas não apresentarem potencial carcinogênico (VERRI et al., 1979; BOTELHO; VIEIRA; PEDRO, 2010).

Para que o diagnóstico seja concluído e que se oriente o planejamento cirúrgico do caso, é de extrema importância a solicitação de exames complementares, sejam eles laboratoriais e por imagem, pois em muitos casos a pessoa em idade avançada tem alguma patologia sistêmica assintomática que será evidenciada nos exames adequados. Exames radiográficos intra e extra oral, são método de escolha para imagem das estruturas ósseas (FELLER; GORAB, 2000; ALENCAR; ANDRADE; CATÃO., 2004).

#### **2.1.5.1 Diagnóstico diferencial**

A hiperplasia fibrosa inflamatória pode ser confundida com o fibroma traumático por também ser uma lesão reacional geralmente causada por traumas na mucosa bucal, exceto que no caso do fibroma não tem uma prótese como seu fator causal. (REGEZI; SCIUBBA,2000).

A lesão também faz diagnóstico diferencial com outras lesões como Granuloma Piogênico e Lesão Periférica de Células Gigantes (COUTINHO; SANTOS, 1998; SANTOS; COSTA; SILVA NETO, 2004; NEVILLE et al., 2016).

#### **2.1.6 Avaliação pré-operatória**

Muitas pessoas omitem dados de suma importância ao seu estado de saúde geral no preenchimento das fichas de anamnese. Por isso, os exames laboratoriais são de extrema necessidade como recursos para identificação da real condição sistêmica do indivíduo, com grande utilidade na avaliação pré-operatória em pacientes de idade avançada. Os exames mais indicados que são solicitados com maior frequência são, o hemograma completo (série branca, vermelha e plaquetas), coagulograma completo, teste de glicemia em jejum, avaliação da função renal (dosagem de ureia e creatinina no soro) e da função hepática (TGO, TGP, bilirrubina, albumina e fosfatase alcalina) e avaliação cardiológica (eletrocardiograma e radiografia de tórax) (VENDOLA; ROQUE NETO, 2009).

Na avaliação pré-operatória serão apurados também sinais e sintomas referentes a doenças cardiovasculares, respiratórias e antecedentes alérgicos (ALENCAR; ANDRADE; CATÃO, 2004).

É comum obter contato com o médico do paciente idoso, a fim de obter esclarecimentos e orientações sobre sua condição sistêmica (CAMPOSTRINI, 2004).

### **2.1.7 Tratamento**

O suporte correto de uma prótese envolve o preparo cirúrgico dos tecidos bucais remanescentes da reconstrução protética e depende de dentes perdidos. A área adequada de suporte para a prótese não pode possuir evidências de lesões (BRIDI et al., 2015).

Deve-se retirar o fator de 7 a 15 dias para reavaliar a lesão se for predominantemente hemangiomas irradia regressiva, se for fibrótica o tratamento a ser realizado deverá ser a remoção cirúrgica (BORAKS, 2001).

O tratamento mais utilizado é a remoção cirúrgica com bisturi e pequena margem de segurança sempre após a retirada do agente irritante, porém outras modalidades terapêuticas podem ser adotadas em alguns casos, como uso do laser, crioterapia e microabrasão (KIGNEL et al, 1999; SANTOS; COSTA; SILVA NETO, 2004; NEVILLE et al., 2016).

A cirurgia em si aumenta a estabilidade e a retenção, melhora a crista óssea do rebordo residual, e pode também permitir a remoção de todas as lesões da cavidade oral que foram originadas pela prótese ou que vão interferir com a futura prótese (ALENCAR; ANDRADE; CATÃO, 2004).

São poucas as complicações cirúrgicas observadas no pós-operatório, o sinal mais frequente apresentado é o edema (BOTELHO; VIEIRA; PEDRO, 2010).

### 3 RELATO DE CASO

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Volta Redonda (CoEPs) - UniFOA, com número CAAE 39703120.6.0000.5237 e aprovado em 04/11/2020 (Anexo A).

Paciente melanoderma, sexo feminino, 57 anos de idade, compareceu à Clínica Integrada do Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA), para confecção da prótese total superior e parcial inferior.

Na anamnese foi evidenciado tabagismo, sem uso de medicamentos, não pressão normal, não foi relatado alergia a nenhum medicamento. Paciente relatou fazer o uso da mesma prótese durante 15 anos.

No exame clínico intraoral, percebeu-se somente presença dos elementos 33, 34, resto radicular do 35 e lesão exofítica, pediculada, coloração rósea, superfície lisa, assintomática, na região anterior da maxila, medindo aproximadamente 3,5 cm de extensão. Pelas características clínicas e relação com a prótese relatada na anamnese, foi sugerido o diagnóstico clínico de hiperplasia fibrosa inflamatória (Figura 1,2 e 3).



Figura 1: Vista da região ântero-lateral direita da HFI

Figura 2: Vista da região anterior da HFI

Figura 3: Vista da região ântero-lateral esquerda da HFI

Ao exame clínico extraoral, não foi observada nenhuma alteração. Foi realizado exames complementares como hemograma completo e coagulograma tipo I e II com resultados satisfatórios, radiografia panorâmica (Figura 4) e periapical (Figura 5) que em sua avaliação foi constatado restos radiculares dos elementos 42 e 44 submucosos.



Figura 5: Radiografia periapical da região anterior inferior direita

Para permitir a confecção da nova prótese, foi indicada a remoção dos elementos e restos radiculares previamente a remoção da lesão hiperplásica. Optou-se pela biópsia do tipo excisional como tratamento para a remoção cirúrgica da lesão.

Após bochecho com solução de digluconato de clorexidina 2% por 1 minuto, realizou-se a assepsia do campo operatório com solução de digluconato de clorexidina 0,12%. Sob anestesia regional (Figura 6, 7 e 8), realizou-se a excisão da lesão, com corte uniforme pela sua base (Figura 9). Foram realizados três pontos simples de reparo (Figura 10) e sutura com ponto contínuo entrelaçado (Figura 11).



Figura 6: Bloqueio do nervo infraorbitário direito

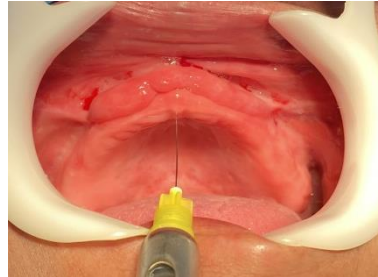


Figura 7: Bloqueio do nervo nasopalatino



Figura 8: Bloqueio do nervo infraorbitário esquerdo



Figura 9: Corte com bisturi na base da lesão

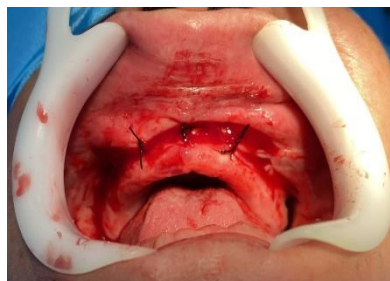


Figura 10: Pontos de reparo



Figura 11: Sutura com ponto contínuo entrelaçado

A peça cirúrgica consistia em um fragmento de mucosa oral, medindo 4,5 cm (Figura 12), foi depositado em um tubo contendo solução de formaldeído a 10% e encaminhada ao Laboratório de Patologia Oral FO/UFRJ. O diagnóstico histopatológico foi hiperplasia fibrosa inflamatória.



Figura 12: HFI apresentando 4,5 cm

Foram adotados cuidados pós-operatórios com colocação de gelo na face, repouso, dieta líquida ou pastosa, bochechos com clorexedina a 0,12% para higiene oral, antibiótico, anti-inflamatório e analgésico.

Após 7 dias, na avaliação pós-operatória, não foi relatado desconforto pela paciente, nem mesmo edema (Figuras 13, 14 e 15).



Figura 13: Vista da região ântero-lateral direita do rebordo alveolar



Figura 14: Vista da região anterior do rebordo alveolar



Figura 15: Vista da região ântero-lateral esquerda do rebordo alveolar

Após 15 dias, avaliou-se a reparação tecidual, sem cicatrizes evidentes, sugerindo uma boa evolução. A paciente foi então encaminhada para a realização da prótese total (Figuras 16, 17 e 18).



Figura 16: Vista da região ântero-lateral direita do rebordo alveolar



Figura 17: Vista da região anterior do rebordo alveolar



Figura 18: Vista da região ântero-lateral esquerda do rebordo alveolar

## 4 DISCUSSÃO

A hiperplasia fibrosa inflamatória é uma hiperplasia da mucosa bucal (REGEZI; SCIUBBA, 2000) proveniente de uma reação do tecido conjuntivo fibroso (BASSI; VIEIRA; GABRIELLI, 1998; FALCÃO et al., 2009; NEVILLE et al., 2016), com aparência de um tumor (NEVILLE et al., 2016), não neoplásico (FALCÃO et al., 2009) que se desenvolve com maior frequência em associação a uma prótese total, como no caso, ou parcial mal adaptada (NEVILLE et al., 2016), que ocasiona traumas locais de baixa densidade (BASSI; VIEIRA; GABRIELLI, 1998; SANTOS; COSTA; SILVA NETO, 2004; NEVILLE et al., 2016).

A lesão pode estar relacionada à má higiene oral do paciente (BASSI; VIEIRA; GABRIELLI, 1998; SANTOS; COSTA; SILVA NETO, 2004; GOIATO et al., 2005; AMADEI et al., 2009; VEENA et al., 2013), assim como tabagismo (VEENA et al., 2013) e a não remoção no período noturno. (GOIATO et al., 2005; VEENA et al., 2013). No caso relatado pode-se observar tais hábitos influentes no desenvolvimento dessa lesão.

A HFI acomete com maior frequência o sexo feminino (BUCHNER; BEGLEITER; HANSEN, 1984; TORREÃO et al., 1999; ALMEIDA; JUNIOR; ASSUNÇÃO, 2008; BOTELHO; VIEIRA; PEDRO, 2010; NEVILLE et al., 2016) e é associada a pacientes mais idosos (BUCHNER; BEGLEITER; HANSEN, 1984; TORREÃO et al., 1999; MIGUEL, et al., 2003; NEVILLE et al., 2016). A paciente do estudo, assim como a grande maioria dos casos, é do sexo feminino e com 57 anos de idade.

Apresenta-se como uma massa tecidual flácida ou firme (PEDRON et al., 2007; FALCÃO et al., 2009; PARAGUASSÚ et al., 2011; NEVILLE et al., 2016) eritematosa ou ulcerada (BORAKS, 2001; FALCÃO et al., 2009; PARAGUASSÚ et al., 2011; NEVILLE et al., 2016), pode atingir dimensões variadas e em qualquer localização da cavidade oral, sendo a gengiva mais comum (FALCÃO et al., 2009; PARAGUASSÚ et al., 2011; NEVILLE et al., 2016).

As características clínicas da lesão na paciente estudada foram: lesão exofítica, pediculada, coloração rósea, superfície lisa, assintomática, na região anterior da maxila, medindo aproximadamente 3,5 cm de extensão.

O epitélio apresenta hiperplasia papilar inflamatória e infiltrado inflamatório crônico variável, podendo apresentar eosinófilos ou folículos linfóides (BASSI; VIEIRA; GABRIELLI, 1998; MIGUEL, et al., 2003; NEVILLE et al., 2016).

É de extrema importância ter um conhecimento clínico e histológico desta lesão para que se possa elaborar um diagnóstico e plano de tratamento adequado (SANTOS; COSTA; SILVA NETO, 2004)

O diagnóstico da hiperplasia fibrosa inflamatória é geralmente clínico, mas deve-se realizar a citologia e/ou biópsia (VERRI et al., 1979) a fim de descartar a possibilidade de lesão maligna associada mesmo não acreditando que a mesma possui potencial carcinogênico, como foi feito no caso relatado (BOTELHO; VIEIRA; PEDRO, 2010).

Para conclusão do diagnóstico e do planejamento cirúrgico é importante a solicitação de exames complementares (FELLER; GORAB, 2000), sendo os mais importantes o hemograma completo, coagulograma I e II (VENDOLA; ROQUE NETO, 2009), e radiografia panorâmica (ALENCAR; ANDRADE; CATÃO, 2004), que também foram realizados anteriormente ao ato cirúrgico do caso apresentado.

A HIF pode ser confundida com o fibroma traumático sendo que a diferença é que no caso do fibroma não tem uma prótese como seu fator causal. (REGEZI; SCIUBBA, 2000). A lesão também faz parte do diagnóstico diferencial (COUTINHO; SANTOS, 1998) com outras lesões como Granuloma Piogênico (GP), Lesão Periférica de Células Gigantes (LPCG) (SANTOS; COSTA; SILVA NETO, 2004; NEVILLE et al., 2016).

Muitos pacientes omitem dados importantes na anamnese, por isso os exames laboratoriais são de extrema importância para sabermos identificar a real condição sistêmica do indivíduo (VENDOLA; ROQUE NETO, 2009).

Para que uma prótese seja suportada corretamente deve-se preparar cirurgicamente os tecidos bucais remanescentes da reconstrução protética, pois o mesmo não pode possuir evidências de lesões (BRIDI et al., 2015).

O tratamento mais utilizado é a remoção cirúrgica com bisturi e pequena margem de segurança sempre após a retirada do agente irritante (KIGNEL et al, 1999; SANTOS; COSTA; SILVA NETO, 2004; NEVILLE et al., 2016), no caso relatado a paciente já não fazia o uso da prótese antiga, queixando de instabilidade.

A cirurgia aumenta a estabilidade e a retenção, melhora a crista óssea do rebordo residual e pode também permitir a remoção de todas as lesões da cavidade oral que foram originadas pela prótese ou que vão interferir com a futura prótese (ALENCAR; ANDRADE; CATÃO, 2004).

São poucas as complicações cirúrgicas observadas no pós-operatório, o sinal mais frequente apresentado é o edema (KUHN; DALL'MAGRO; RHODEN, 2001; BOTELHO; VIEIRA; PEDRO, 2010), visto no caso relatado que seguindo as orientações corretamente nem mesmo o edema foi observado.

A colaboração do paciente foi fundamental para os resultados satisfatórios da remoção da HFI.

## **5 CONCLUSÃO**

A Hiperplasia Fibrosa Inflamatória representa uma lesão de tecido mole geralmente ocasionada por uma prótese mal adaptada com características clínicas específicas, acometendo principalmente pacientes com idade avançada, do gênero feminino.

No caso relatado foi realizado tratamento da lesão hiperplásica, através de uma biópsia excisional. Foi obtido reparação tecidual sem cicatrizes evidentes.

## 6 REFERÊNCIAS

- ALENCAR, C.R.B; ANDRADE, F.J.P; CATÃO, M.H.C.V. Cirurgia oral em pacientes idosos: considerações clínicas, cirúrgicas e avaliação de riscos. **Rev. Sul-bras. Odontol**, Joinville, v.8, n.2, p.200-10, 2011.
- ALVES, N.C; GONÇALVES, H.H.S.B. Estudo descritivo da ocorrência de hiperplasias fibrosas inflamatórias observadas no Serviço do Laboratório de Histopatologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Marília. **Rev Paul Odontol**, Marília v.27, n.4, p.4-8, 2005.
- ALMEIDA, E.O; JUNIOR, A.C.F; ASSUNÇÃO, W.G; Os Desafios da Prótese Total: Problemas e Soluções. **Revista INPEO de Odontologia**, Cuiabá, V.2, n.1, p.1-76, 2008.
- AMADEI, 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 Pesquisa em Odontologia. UNITAU**.Taubaté, v.1, n.1, p.38-42, 2009.
- BASSI, A.P.F; VIEIRA, E.H; GABRIELLI, M.A.C. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. **Rev Gaúcha Odontol**, Porto Alegre, v.46, n.4, p.209-11,1998.
- BORAKS, S. Diagnóstico bucal, 3ed. São Paulo: **Artes Médicas**, 2001.
- BOTELHO, G.A.; VIEIRA, E.M.M.V.; PEDRO, F.L.M. Prevalência dos casos de hiperplasia fibrosa inflamatória em mucosa bucal. **UNICiências**, Cuiabá, v.14, n.1, p.14-6, 2010.
- BRIDI, M.P; RIBEIRO, E.T; BERTOLLO, R.M; SALIM, M.A.A; KANO, S.C; CASTRO, M.C.C, et al. Prevalência de cirurgias pré-protéticas em pacientes atendidos na disciplina de Cirurgia Bucomaxilofacial II da UFES no período de 2010 a 2013. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.17, n.1, p.73-80, 2015.
- BUCHNER, A; BEGLEITER, A; HANSEN, A.S. The predominance of epulis fissuratum in females. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol**, St. Louis, v. 7, p. 699-702, 1984.
- CAMPOSTRINI, E. Odontogeriatrics. **Revinter**, São Paulo, p. 224-51, 2004.
- COELHO, C. M; ZUCOLOTO, S. Hiperplasia fibro-epitelial inflamatória da cavidade oral. **Revista da APCD**, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 383-387, set./out.1998.
- COUTINHO, T.C.L; SANTOS, M.E.O. Hiperplasia fibrosa inflamatória. **RGO**, Porto Alegre, v.1, n.46, p.27-34, 1998.
- FALCÃO, A.F.P.; LAMBERTI, P.L.R.; LACERDA, J.A.; NASCIMENTO, B.C. Hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso e revisão de literatura. **Rev Ciênc Méd Biol**, Salvador, v.8, n.2, p.230-6, 2009.

FALCÃO, A. F. P; OLIVEIRA, M.Q; PIRES, S.M. Alterações teciduais provocadas por próteses. **Rev. da Fac. Odont. da UFBA**, Salvador, v. 6, p. 66-76, 1986.

FELLER, C; GORAB, R. Atualização na clínica odontológica. **Artes Médicas**, São Paulo, p. 469-87, 2000.

GOIATO, M.C; CASTELLEONI, L; SANTOS, D.M; GENNARI, FILHO. H; ASSUNÇÃO, W.G; Lesões Oraís Provocadas Pelo Uso de Próteses Removíveis. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.5, n.1, p.85-90, 2005.

KIGNEL, S. ET AL. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. **Revista Paulista Odontologia**, São Paulo, v.21, n.2, p.40-4março/abril, 1999.

KUHN, A; DALL'MAGRO, E; RHODEN, R.M. Visão multidisciplinar dos lasers de Érbio (Er:YAG) e dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>). **Rev Médica HSVP**, Passo Fundo, v.13, n.29, p.22-4, 2001.

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**, Bauru, v.11, n.1, p.77-82, 2003.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; CHI, A.C. Patologia Oral e Maxilofacial. 4ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**, p.475-477, 2016.

PARAGUASSÚ, G.M.; PIMENTEL, P.A.; SANTOS, A.R.; GURGEL, C.A.S.; SARMENTO, V.A. Prevalência de lesões bucais associadas ao uso de próteses dentárias removíveis em um serviço de estomatologia. **Rev Cub Estomatol**, Havana, v.48, n.3, p.268-76, 2011.

PEDRON, I.G; CARNAVA T.G; UTUMI, E.R; MOREIRA, L.A; JORGE W.A. Hiperplasia fibrosa causada por prótese. **Rev. Clín. Pesq. Odontol**, Curitiba, v.3, n.1, p.51-56, 2007.

REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J. Patologia Bucal correlações clinicopatológicas. 3ed. Rio de Janeiro: **Editora Guanabara Koogan S.A**, p.166, 2000.

SANTOS, M.E.S.M.; COSTA, W.R.M.; SILVA NETO, J.C. Terapêutica cirúrgica da hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso. **Rev Cir Traumatol Buco Maxilo-Fac**, Camaragibe, v.4, n.4, p.241-5, 2004.

TORREÃO, A.C.R; RABELO, M.L.M; SOARES, P.L; NUNES, R.B; ANDRADE, E.S.S. Levantamento epidemiológico de biópsias da região buço maxilo-facial encaminhadas ao Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. **RevConsRegOdontolPernamb**, Recife, v.2, n.2, p.118-25, 1999.

VEENA, K.M; JAGADISHCHANDRA, H; SEQUIRA, J; HAMEED, S.K; CHATRA, L; SHENAI, P. An Extensive Denture-Induced Hyperplasia of Maxilla. **Ann Med Health Sci Res**, Mangalore, v.3, n.1, p. 7-9, 2013.

VENDOLA, M.C.C; ROQUE NETO, A.R. **Bases clínicas em odontogeriatria.** Santos, São Paulo, p.442, 2009.

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

## ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CoEPs



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REMOÇÃO CIRÚRGICA DE HIPERPLASIA INFLAMATÓRIA DO MAXILAR SUPERIOR - RELATO DE CASO

**Pesquisador:** Dagoberto Martins de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 39703120.6.0000.5237

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO ARANHA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.379.191

#### Apresentação do Projeto:

O Trabalho será relato de caso com revisão bibliográfica atualizada nas diversas bases de dados. O caso será uma paciente de 53 anos de idade, do gênero feminino com hiperplasia fibrosa inflamatória na região anterior da arcada superior, que foi submetida ao tratamento de remoção cirúrgica com bisturi na clínica integrada da universidade UniFOA.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo: A cura e desenvolvimento de trabalho de conclusão de curso.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Risco:** Não descreveu os riscos inerente a cirurgia e que a mesma foi indicação terapêutica e não em função da pesquisa.

**Benefício:** Recuperação do rebordo alveolar para reabilitação proteica saudável e definitiva.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide conclusão.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram entregues.

**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



Continuação do Parecer: 4.379.191

**Recomendações:**

Reavaliar os riscos: descrição dos risco cirúrgico e a justificativa que a cirurgia é decisão terapêutica e não em função do trabalho.

TCLE: Descreve que paciente está ciente da cirurgia e que aceita participar da pesquisa, porém não descreve o que foi relatado para o paciente.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todos foram entregues.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1645977.pdf	14/10/2020 15:40:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	14/10/2020 15:39:59	Dagoberto Martins de Oliveira	Aceito
Outros	AUTORIZACAOSOIMAGEM_pdf.pdf	14/10/2020 15:39:13	Dagoberto Martins de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOCONSENTIMENTO_pdf.pdf	14/10/2020 15:38:12	Dagoberto Martins de Oliveira	Aceito
Declaração de concordância	AUTORIZACAOCOORDENACAO_pdf.pdf	14/10/2020 15:37:31	Dagoberto Martins de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.PDF	14/10/2020 08:37:30	Dagoberto Martins de Oliveira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**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



Continuação do Parecer: 4.379.191

VOLTA REDONDA, 04 de Novembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca**  
**(Coordenador(a))**

**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

## ANEXO B: Hemograma Completo

**Laboratório Fácil**  
Saúde mais Fácil para todos.

Laboratório Fácil LTDA.  
Rua 537, 17 - Atterado - Volta Redonda  
CNPJ: 11.038.335/0001-15  
Reg. Vigilancia Sanitaria: 2246/0  
Resp. Tec. Andrea Luciane Scaramelo

Tel.: (24) 3320-5281  
CRBio: 1598  
CNES: 7818491  
CRBio: 55.034/02

Sr(a).....: MARIA APARECIDA CANDIDA  
Dr(a).....: NÃO INFORMADO  
Unidade...: LABORATÓRIO FÁCIL VOLTA REDONDA  
Matricula.: 0010780

Entrada...: 21/09/2020  
Numero...: 095/0010780  
Idade....: 57 anos  
Emissão...: 23/09/2020

**HEMOGRAMA COMPLETO**

Resultados:


	Valor	Unidade	Valor de Referência	
			Homens	Mulheres
<b>ERITROGRAMA</b>				
Hemácias.....:	4.48	milhões/mm <sup>3</sup>	4,50 a 6,00	4,00 a 5,50
Hemoglobina.....:	14.5	g/dL	13,00 a 17,00	12,00 a 15,00
Hematócrito.....:	43.4	%	40,00 a 52,00	36,00 a 47,00
VCM.....:	96.9	fl		76,00 a 96,00
HCM.....:	32,4	pg		26,50 a 33,00
CHCM.....:	33,4	g/dL		30,00 a 36,00
RDW.....:	11.8	%		10,00 a 15,00
<b>LEUCOGRAMA</b>				
Leucócitos.....:	4.151	/mm <sup>3</sup>	4.000 a 11.000	
Basófilos.....:	1 %	42 /mm <sup>3</sup>	0 a 1	0 a 110
Eosinófilos.....:	2 %	83 /mm <sup>3</sup>	1 a 5	40 a 550
Mielócitos.....:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 0	0 a 0
Metamielócitos.....:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 0	0 a 0
Bastões.....:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 5	0 a 550
Segmentados.....:	39 %	1619 /mm <sup>3</sup>	38 a 70	1520 a 7700
Linfócitos Típicos.....:	47 %	1951 /mm <sup>3</sup>	20 a 45	800 a 4950
Linfócitos Atípicos.....:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 0	0 a 0
Monócitos.....:	11 %	457 /mm <sup>3</sup>	2 a 8	80 a 800
Plaquetas.....:	178	mil/mm <sup>3</sup>	150 a 400	

**Hematoscopia:**  
Série Vermelha.....: Macrocitose  
Série Branca.....: Leucócitos com aspecto normal  
Série Plaquetária...: Plaquetas numericamente e morfológicamente normais  
Método: Automação

Data da coleta: 21/09/2020  
Hora da coleta: 10:18:23

Resultado conferido e assinado eletronicamente.  
Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados. Este laboratório participa do Programa Nacional de Controle de Qualidade (PNCQ).

## ANEXO C: Coagulograma I e II

<h1>Laboratório FÁCIL</h1> <p>Saúde mais Fácil para todos.</p>		Laboratório Fácil LTDA.	
		Rua 537, 17 - Aterrado - Volta Redonda CNPJ: 11.038.335/0001-15 Reg. Vigilância Sanitária: 2246/0 Resp. Tec. Andrea Luciane Scaramelo	Tel.: (24) 3320-5281 CRBio: 1598 CNES: 7818491 CRBio: 55.034/02
Sr(a)..... MARIA APARECIDA CANDIDA		Entrada...: 21/09/2020	
Dr(a)..... NÃO INFORMADO		Numero...: 095/0010780	
Unidade...: LABORATÓRIO FÁCIL VOLTA REDONDA		Idade...: 57 anos	
Matricula..: 0010780		Emissão...: 23/09/2020	
<b>COAGULOGRAMA COMPLETO</b>			
Tempo de Coagulação..:	6,00 min	Valor de Referência	de 05 a 10 minutos
Tempo de Sangramento:	2,0 min		de 01 a 04 minutos
Prova do Laço.....:	Negativo		
Retração do Coágulo..:	Total		
TAP			
Tempo do Paciente...:	14,0 seg		
Atividade Enzimática:	80,0 %		
INR.....:	1,09	tempo de controle = 13,0	
TTP.....:	33,3	de 28 a 43 segundos	
Plaquetas.....:	178 mil/m <sup>3</sup>	de 150 a 400 mil/m <sup>3</sup>	
Data da coleta: 21/09/2020		Hora da coleta: 10:18:25	
 <small>Assinatura Profissional de Responsável Técnico</small>			
<p>Resultado conferido e assinado eletronicamente.  Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados. Este laboratório participa do Programa Nacional de Controle de Qualidade (PNCQ).</p>			