

Włóknisto-przerostowe zmiany błony śluzowej jamy ustnej. Obserwacje własne

Bogumił Lewandowski^{1,2}, Katarzyna Zdonek³, Małgorzata Paluszkiewicz³

¹ Kliniczny Oddział Chirurgii Szcękowo-Twarzowej Wojewódzkiego Szpitala w Rzeszowie

² Zakład Chirurgii Głowy i Szyi, Epidemiologii i Prewencji Urazów, Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego

³ Poradnia Protetyki Stomatologicznej Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznego w Rzeszowie

Streszczenie

Włóknisto-przerostowe zmiany błony śluzowej jamy ustnej, spowodowane użytkowaniem ruchomych uzupełnień protetycznych są często spotykane w praktyce stomatologicznej. W piśmiennictwie znane są pod określeniami: ziarniniaki szczelinowate, nadziąślaki szczelinowate i fałdy włókniste.

Cel pracy: Celem pracy była ocena dokumentacji medycznej 43 chorych leczonych z powodu przerostów błony śluzowej jamy ustnej spowodowanych użytkowaniem ruchomych protez zębowych.

Materiał i metoda: Analizy dokonano w oparciu o przegląd dokumentacji medycznej Poradni i Oddziału Chirurgii Szcękowo-Twarzowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Rzeszowie. W opracowaniu zwrócono uwagę na wiek, płeć chorych, lokalizację zmian, rodzaj i sposób zastosowanego leczenia, a także występowanie ewentualnych powikłań po leczeniu.

Podsumowanie: W analizowanym materiale zmiany włóknisto-przerostowe najczęściej występowały u kobiet i dotyczyły osób pomiędzy 50-59 rokiem życia. Lokalizacja zmian o charakterze ziarniniaków szczelinowatych najczęściej dotyczyła przedniego odcinka szczęki lub żuchwy. Obserwacje wykazały, że leczenie chirurgiczne jest postępowaniem z wyboru.

Słowa kluczowe

nadziąsłak szczelinowaty, fałdy włókniste, włóknisto-przerostowe zmiany błony śluzowej

WPROWADZENIE

Ziarniniaki szczelinowate (granuloma fissuratum) nazywane przez niektórych autorów „nadziąsłakami szczelinowatymi” lub „włókniakami płatowatymi”, występują w formie podłużnych, pojedynczych lub mnogich guzopodobnych fałdów błony śluzowej najczęściej na szerokiej podstawie. Umiejscawiają się głównie w sklepieniu przedśionka jamy ustnej, na wewnętrznej powierzchni wargi lub policzka, rzadziej na podniebieniu twardym [1-9].

Etiologia ziarniniaka nie jest do końca wyjaśniona. Za przyczynę powstawania uważa się przewlekły uraz związany z uciskiem ruchomych uzupełnień protetycznych na podłoże dziąsło-kostne, drażnienie ostrymi brzegami protezy zębowych oraz działanie czynników chemiczno-toksycznych [2,4-17].

Ziarniniaki szczelinowate klinicznie przyjmują formę włóknistych przerostów i fałdów błony śluzowej. Występują w postaci zgrubień układających się w wielopłatowe guzki, często o znacznych rozmiarach, utrudniających przyleganie protezy. Część tych zmian rozwija się na podłożu zapalnym i wtedy ulegają owrzodzeniu ze skłonnością do krwawień. Ziarniniaki szczelinowate, ulegające owrzodzeniu często mogą być mylone z owrzodzeniami rakowymi. Pomyłki diagnostyczne dotyczą szczególnie rozrostów o dużych rozmiarach. Dlatego istotne jest poszerzenie wiedzy w zakresie patologii jamy ustnej wśród lekarzy pierwszego kontaktu.

Obraz mikroskopowy ziarniniaka szczelinowatego odpowiada przewlekłemu wytwórczemu zapaleniu z odczynowym rozrostem nabłonka płaskiego. Niektórzy autorzy uważają

nazwę nadziąsłak szczelinowaty za niespójną z obrazem mikroskopowym wynika ona z umiejscowienia guza tzn. na dziąśle. W utkaniu histologicznym nie stwierdza się komórek charakterystycznych dla guzów, określanymi jako nadziąślaki [1].

Leczenie ziarniniaków szczelinowatych jest z wyboru chirurgiczne [1-5]. Ziarniniaki o niewielkich rozmiarach zwykle usuwa się w trybie ambulatoryjnym w znieczuleniu miejscowym. W leczeniu rozległych rozrostów obejmujących większe obszary jamy ustnej wskazana jest hospitalizacja i przeprowadzenie zabiegu w znieczuleniu ogólnym [1]. Proste wycięcie patologicznych przerostów i zszycie brzegów rany, brzeg do brzegu jest możliwe tylko w przypadkach ograniczonych, niewielkich rozmiarów guzków, posiadających wąską szypułę [1-3]. Rany po szerokim wycięciu zmian włóknisto-przerostowych błony śluzowej jamy ustnej często pozostawia się do ziarninowania. Do zaopatrzenia ran ziarninujących wykorzystuje się opatrunki chirurgiczne tj.: Peripac, Solcoseryl lub kleje tkankowe. Wycięcia fałdów włóknistych można dokonać również za pomocą noża elektrycznego (elektrotomia) lub lasera CO₂, który zapewnia bezdotykowe i bezkrwawe odparowanie tkanek [5,18]. Gojenie tkanek po użyciu lasera nie pozostawia blizn, co jest szczególnie istotne dla przyszłego leczenia protetycznego [3]. Przerostowe, ściągające blizny pooperacyjne mogą pogorszyć warunki podłoża protetycznego.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było przedstawienie lekarzom praktykom zagadnienia rozpoznawania, różnicowania i leczenia klinicznie włóknisto-przerostowych zmian błony śluzowej jamy ustnej tzw. ziarniniaków szczelinowatych w oparciu

o własne obserwacje kliniczne chorych leczonych w Poradni i Oddziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Rzeszowie.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w oparciu o dokumentację kliniczną 43 chorych leczonych w latach 1999-2008 w Klinicznym Oddziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Rzeszowie z powodu zmian włóknisto-przerostowych błony śluzowej tzw. ziarniników szczelinowatych. Wykorzystano historie chorób pacjentów leczonych w oddziale, karty przyjęć ambulatoryjnych i książki operacyjne. W ocenie uwzględniono: wiek, płeć, umiejscowienie i rozległość zmian w jamie ustnej, rodzaj i sposób zastosowanego leczenia oraz wystąpienie ewentualnych powikłań po leczeniu chirurgicznym.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Wyniki obserwacji własnych przedstawiono w tabelach i w postaci opisów. W okresie ostatniej dekady leczono 43 chorych z powodu ziarniników szczelinowatych, w tym 32 kobiety (74,4%) i 11 mężczyzn (25,6%) w wieku pomiędzy 23 a 85 rokiem życia. Średnia wieku wynosiła 54,6 lat. Poniżej 30 roku życia leczono 1 osobę (2,3%). Najliczniej była reprezentowana grupa wiekowa między 50 a 59 rokiem życia, która liczyła 19 osób, co stanowiło 44,2%, w tym było 15 kobiet i 4 mężczyzn. Dane powyższe przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Dane demograficzne

Liczba chorych	Płeć		Wiek		
	Kobiety	Mężczyźni	Min.	Max.	Średnia
43	32	11	23	85	56,4

Z analizy dokumentacji medycznej wynikało, że obserwowane zmiany włóknisto-przerostowe błony śluzowej jamy ustnej we wszystkich przypadkach związane były z użytkowaniem ruchomych uzupełnień protetycznych. Najczęściej w 37 przypadkach (86,05%) były to ruchome protezy całkowite akrylowe, w 5 (11,6%) protezy częściowe, a w 1 przypadku proteza szkieletowa. Zmiany włóknisto-przerostowe występowały u pacjentów wieloogniskowo, lokalizując się w różnych kwadrantach jamy ustnej. W związku z tym u 43 chorych występowało 51 ognisk patologicznych wymagających leczenia. Pacjenci zakwalifikowani do leczenia chirurgicznego zbyt długo użytkowali uzupełnienia protetyczne, przeciętnie 10-15 lat. Najkrócej 11 pacjentów użytkowało protezy około 7 lat, a 6 chorych posługiwało się protezami przez okres ponad 20 lat. Większość zmian miała charakter wielopłatowych, układających się piętrowo fałdów o wymiarach od 1,5 do 4 cm. Tylko u 3 pacjentów ziarniniki miały charakter pojedynczych guzków o rozmiarach poniżej 1 cm. W omawianym przeglądzie zmian włóknisto-przerostowych dziąsła związanych z użytkowaniem protez tylko u 1 pacjenta stwierdzono owrzodzenia, które ze względu na umiejscowienie od strony językowej nasuwało podejrzenie owrzodzenia nowotworowego. Wycięcie zmiany chorobowej i wykonanie badania histopatologicznego nie potwierdziło

etiologii nowotworowej. O możliwości zezłoslwienia ziarniników szczelinowatych wspominają w swoich publikacjach Kantor [9], Cutright [12] i Szperek [7].

Tabela 2. Liczba ziarniników szczelinowatych w zależności od umiejscowienia w szczęce lub żuchwie z uwzględnieniem płci i strony ciała chorych

Płeć	Szczęka				Żuchwa				Razem
	Strona prawa	Linia środkowa	Strona lewa	Razem	Strona prawa	Linia środkowa	Strona lewa	Razem	
Kobiety (74,5%)	7	11	5	23	3	5	7	15	38
Mężczyźni (25,5%)	2	3	0	6	1	5	1	7	13
Razem (100,0%)	10	14	5	29	45	10	8	22	51

Tabela 2 szczegółowo przedstawia dane dotyczące ziarniników u kobiet i u mężczyzn w zależności od umiejscowienia w szczęce lub w żuchwie z uwzględnieniem strony ciała. W szczęce obserwowano 29 zmian przerostowych, w tym 23 u kobiet i 6 u mężczyzn. W żuchwie stwierdzono łącznie 22 ziarniniki szczelinowate, w tym 15 u kobiet i 7 u mężczyzn. Z tabeli 2 wynika, że zarówno u kobiet jak i mężczyzn ziarniniki najczęściej lokalizowały się w przednim odcinku wyrostka zębodołowego szczęki lub w przednim odcinku części zębodołowej żuchwy. Dalsza ocena umiejscowienia zmian wykazała, że w 34 przypadkach, co stanowiło 66,7% zmiany stwierdzono przedśionkowo, zaś w 17 (33,3%) były zlokalizowane w jamie ustnej właściwej tj. w żuchwie od strony językowej, a w szczęce podniebiennie. Z doniesień piśmiennictwa wynika, że lokalizacja przedśionkowa jest charakterystyczna dla guzów dziąsła o typie ziarniników szczelinowatych.

Leczenie zmian przerostowo-włóknistych polegało na chirurgicznym usunięciu. Sposoby leczenia ziarniników szczelinowatych przedstawiono w tabeli 3. Ze względu na znaczne rozmiary guzów we wszystkich przypadkach zabiegi operacyjne przeprowadzono w znieczuleniu ogólnym.

Tabela 3. Sposoby leczenia ziarniników szczelinowatych w materiale własnym

Liczba chorych	Usunięcie guza + ziarninowanie rany	Elektrotomia	Wolny przeszczep błony śluzowej	Płytki + cerclage	Wolny przeszczep skóry (wpspg)
51	33 (64, 7%)	10 (19, 6%)	3 (5, 9%)	3 (5, 9%)	2 (3, 9%)

W 33 przypadkach rany po usunięciu ziarniników i fałdów włóknistych pozostawiano do ziarninowania tzn. gojenia wtórnego ze względu na rozległość zmian, co zapobiegło pogorszeniu przyszłych warunków „proteżowania”. U 10 chorych (19,6%) zmiany chorobowe usunięto za pomocą noża elektrycznego z koagulacją podłoża, a gojenie ran pozostawiono również do ziarninowania. U 3 chorych (5,9%) w przypadku ziarniników o średnicy 4cm zlokalizowanych przedśionkowo w szczęce, obejmujących również sklepienie przedśionka jamy ustnej do pokrycia rany operacyjnej wykorzystano wolny przeszczep błony śluzowej pobrany z policzka i u 2 osób (3,9%) wolny przeszczep skóry pośredniej grubości

(wpspg) pobrany dermatomem. Przeszczepy błony śluzowej goiły się bez powikłań, zaś w przypadku wpspg w obu przypadkach obserwowano powikłania wgajania przeszczepu, polegające na częściowej martwicy brzegów przeszczepu. W 3 przypadkach (5,9%) po operacji ziarniniaków umiejscowionych w żuchwie, aby zapobiec spłyceciu dna przedsionka jamy ustnej przez szybko narastającą ziarninę zastosowano płytkę z masy termoplastycznej, którą ustabilizowano za pomocą wiązania okolonego (cerclage). Wszyscy chorzy po operacji otrzymali leki przeciwbólowe. W niektórych przypadkach współistnienia schorzeń ogólnoustrojowych cukrzycy, stanów zapalnych stosowano antybiotykoterapię okolozabiegową.

W postępowaniu chirurgicznym w pierwszym etapie po usunięciu patologicznych przerostów błony śluzowej o charakterze ziarniniaka szczelinowatego wykorzystano dotychczas użytkowane protezy pacjentów do podtrzymywania opatrunków chirurgicznych lub wykonano indywidualnie zaprojektowane płytki akrylowej na przygotowanych wcześniej modelach. Miało to na celu zabezpieczyć operowane tkanki przed nieprawidłowym gojeniem i możliwością pozabiegowego spłycecia przedsionka jamy ustnej.

W zaleceniach pooperacyjnych pacjentom, którzy bardzo długo użytkowali dotychczasowe uzupełnienia protetyczne polecono wykonać nowe protezy zębowe w krótkim czasie po wygojeniu rany operacyjnej, przypominając, że protezy powinny być wymieniane na nowe przeciętnie co 5 lat.

Po zabiegach pacjentom wyznaczano terminy badań kontrolnych, w czasie których zwracano szczególną uwagę na prawidłowe gojenie i występowanie potencjalnej wznowy oraz rzetelność zaprojektowania nowych uzupełnień, a także stan błony śluzowej w miejscu przylegania protez.

Tabela 4. Rodzaje powikłań po leczeniu chirurgicznym ziarniniaków szczelinowatych

	Rodzaje powikłań		
	Liczba chorych	Powikłania późne	Liczba chorych
Ból pooperacyjny	33	Spłycecie przedsionka	3
Powikłania wgajania wpspg	2	Odrost zmian	5
Przerost tkanki ziarninowej	3	Zniekształcenie wyrostka zębodołowego	2
Przedłużone krwawienie	3	Przerost blizny	4
Rozejście rany pooperacyjnej	2	-	-

Pacjenci na ogół znosili dobrze zabiegi chirurgiczne. Przedłużonego leczenia przeciwbólowego wymagało 33 chorych. Leczenia przeciwbólowe stosowano do czasu wygojenia rany pooperacyjnej. W tabeli 4 przedstawiono informacje dotyczące występowania wczesnych i późnych powikłań gojenia po usunięciu guzów dziąsła o typie ziarniniaka szczelinowatego. Z dokumentacji ambulatoryjnej wynika, że w okresie dwuletniej obserwacji po leczeniu u 5 chorych stwierdzono wznowę guza, prawdopodobnie w wyniku nie stosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich, które pacjenci otrzymali po leczeniu operacyjnym w szczególności dotyczy konieczności wykonania nowego uzupełnienia protetycznego. U 3 operowanych osób nastąpiło nieznaczne spłycecie przedsionka jamy ustnej, które nie utrudniało wykonania uzupełnienia protetycznego. Zaburzenie i zniekształcenie w zakresie wyrostka zębodołowego szczęki po operacji, które wymagały

korekty chirurgicznej obserwowano u 2 pacjentów. U 4 osób doszło do przerostu blizny pooperacyjnej.

DYSKUSJA

Z obserwacji przeprowadzonych w oparciu o dokumentację kliniczną wynika, że ziarniniaki występowały najliczniej u kobiet i stwierdzono je u 74,4% leczonych chorych. Dane te są zbliżone do wyników podanych przez Ralph'a i Stenhouse'a oraz Buchner'a i Begleiter'a [6], którzy przerostowe zmiany związane z użytkowaniem uzupełnień protetycznych obserwowali u 72-74% kobiet. Szporek [7], Nordenram i Landt [6,12], Buchner i Calderon oraz Cooper [6] stwierdzili zmiany włóknisto-przerostowe w granicach od 80,7% do 91% badanych kobiet. Natomiast z publikacji Cutright'a [12] wynika, że zmiany te występowały u 64% kobiet [6,15]. Powyższe przedstawione dane różnią się w częstotliwości występowania, jednakże jednoznacznie wskazują na przewagę kobiet w badanych populacjach. Niektórzy autorzy tłumaczą to faktem, że kobiety częściej niż mężczyźni użytkują uzupełnienia protetyczne oraz aspektami estetycznymi, które mobilizują kobiety do dłuższego użytkowania ich w ciągu doby. Wg Buchner'a i Begleiter'a średnia wieku kobiet jest dłuższa niż mężczyźni i dlatego dłużej użytkują protezy, a tym samym częściej występują u nich zmiany w jamie ustnej. Kobiety bardziej dbają o zdrowie i zachowanie prozdrowotne niż mężczyźni i częściej korzystają z pomocy lekarsko-stomatologicznej. Istotne znaczenie ma również spadek stężenia hormonów w okresie menopauzy i w okresie pomenopauzowym wpływa na zmiany fizjologiczne błony śluzowej jamy ustnej, a użytkowanie protez dodatkowo predysponuje do powstawania przerostów i zmian patologicznych w postaci ziarniniaków szczelinowatych [6].

Z badań własnych wynika, że zmiany włóknisto-przerostowe najczęściej spotykano u osób w wieku między 50-59 rokiem życia, co stanowiło 44,2% badanych. W badaniach Szporek 33,8% pacjentów znajdowało się również w 6 dekadzie życia [7]. Z piśmiennictwa wynika, że ziarniniaki szczelinowate zalicza się do schorzeń charakterystycznych dla podeszłego wieku chorych [6].

Większość autorów Buchner [6] i Szporek [7] zmiany o charakterze ziarniniaka szczelinowatego najczęściej obserwoowało w szczęce, potwierdzają to również badania własne – w 56,9% przypadków. Nordenram i Landt zaś uważają natomiast, że częstość występowania tych zmian jest prawie taka sama w żuchwie jak i w szczęce [6,12].

W materiale własnym obserwowano również częstsze (47,1%) występowanie fałdów włóknisto-przerostowych w przednim odcinku zarówno szczęki jak i żuchwy. Cutright w 62,1% [12] oraz Buchner i Begleiter [6] również częściej leczyli pacjentów ze zmianami umiejscowionymi w przednim odcinku łuków zębowych.

U 5 osób operowanych (11,6%) stwierdzono wznowy ziarniniaków, które wymagały ponownego leczenia chirurgicznego. W materiale podanym przez Szporek tylko u 3,1% chorych zachodziła konieczność ponownego wycięcia guza po pierwotnym zabiegu operacyjnym zmian włóknisto-przerostowych [7].

W oparciu o obserwacje własne, wynikające z oceny dokumentacji medycznej, dotyczące leczonych przypadków ziarniniaków szczelinowatych sformułowano następujące wnioski:

1. Ziarniniaki częściej występowały u kobiet niż u mężczyzn tj. w 74,4%, co jest zgodne z doniesieniami piśmiennictwa specjalistycznego.
2. Przerosty błony śluzowej jamy ustnej dotyczyły przede wszystkim osób między 50 a 60 rokiem życia.
3. Zarówno u kobiet jak i u mężczyzn zmiany w większości obserwowanych przypadków lokalizowały się w przednim odcinku szczęki i żuchwy.
4. Leczeniem z wyboru ziarniniaków szczelinowatych jest radykalne leczenie chirurgiczne.
5. Wczesne rozpoznanie i podjęcie leczenia specjalistycznego wpływa na ograniczenie rozległości zabiegu chirurgicznego co ma istotne znaczenie praktyczne zarówno dla lekarzy pierwszego kontaktu tj. lekarzy rodzinnych jak i dla lekarzy stomatologów.

PIŚMIENICTWO

1. Spiechowicz E. Stomatopatie protetyczne. Wyd. Lek. PZWL Warszawa 1993:69-70.
2. Bartkowski SB. Chirurgia szczękowo-twarzowa. Wyd. Collegium Medicum UJ Kraków 1996:150.
3. Szporek B. Obserwacje własne dotyczące rozrostów błony śluzowej jamy ustnej spowodowanych ruchomymi protezami zębowymi. Praca doktorska. ŚAM Zabrze 1992.
4. Limburska K. Obraz morfologiczny i histologiczny przerostów błony śluzowej powstałych wskutek drażnienia protezą. Czas Stomat 1967;20(4):369-374.
5. Wiśniewska G, Loster BW, Majewski S. Stany zapalne rozrostowe typu włóknistego u użytkowników protez płytowych – etiologia i zasady leczenia na podstawie własnych doświadczeń. Czas Stomat 2004;58(8):543-548.
6. Buchner A, Begleiter A, Hansen LS. The Predominance of Epulis Fissuratum in Females. Quintessence International 1984;7:699-702.
7. Szporek B, Pogorzelska-Stronczak B. Wpływ ruchomych osiadających protez zębowych na występowanie rozrostowo-przerostowych zmian błony śluzowej jamy ustnej. Mag Stomat 1995;4:26-30.
8. Kantor R. Ocena ekspresji jądrowego antygenu komórek proliferujących w nabłonku fałdów włóknistych. Czas Stomat 2001;54(10):648-659.
9. Kantor R, Wnukiewicz J, Jeleń M. Fałdy włókniste – granuloma fissuratum czy epulis fissuratum? Przegląd piśmiennictwa. Mag Stomat 1998;10:17-20.
10. Kryst L. Chirurgia szczękowo-twarzowa. Wyd. Lek. Warszawa:PZWL; 2007:420.
11. Gołębiwska M. Wpływ użytkowania protez całkowitych na tkanki podłoża jamy ustnej. Przegląd piśmiennictwa. Protet Stomat. 1999; XLVIX(1):19-23.
12. Cutright DE. The histopathologic findings in 538 cases of epulis fissuratum. Oral Surg 1974;37:401-11.
13. Maj T. Uszkodzenia błony śluzowej podniebienia miękkiego przez protezę. Protet Stomat 1966;2:33-35.
14. Blumenstock R. Wpływ urazu mechanicznego i czynnika chemiczno-toksycznego na powstawanie przerostowego zapalenia błony śluzowej bezzębnych wyrostków zęboodołowych. Protet Stomat 1966;3:17-23.
15. Buchner A, Calderon S, Ramon Y. Localized hyperplastic lesions of the gingiva. A clinicopathological study of 302 lesions. J Periodontal 1977;48:101-104.
16. Nowak E, Nolewajka-Lasak I. Postępowanie lecznicze u pacjentów po zabiegach usunięcia przerostowej błony śluzowej z wykorzystaniem własnej protezy. TPS 2005;12:45-47.
17. Duda-Janowska B. Chirurgiczne przygotowanie jamy ustnej do leczenia protetycznego. Protet Stomat 1981;31(1):15-20.
18. Neckel C, Neustadt B. Laser w chirurgii stomatologicznej. TPS 2004; 4:18-19.

Fibrous-hyperplastic changes of oral cavity mucosa. Own observations

Abstract

Fibrous-hyperplastic changes of the mucous membrane of the oral cavity, caused by using removable dentures, are often met in dental practice. In literature, they are well-known under the terms: granulomas fissurati, and epulides fissurati.

Objective: The objective of the study was an assessment of the medical records of 43 patients treated due to the excesses of oral cavity mucosa caused by the use of removable dental prostheses.

Material and the methods: Analysis was performed based on the review of medical records from the Maxillofacial Department of the Regional Specialist Hospital in Rzeszów. In the study, attention was paid to age, gender of the patients examined, site of changes, type and method of the treatment applied, as well as the occurrence of possible complications after the treatment.

Conclusion: In the analyzed material, fibrous- hyperplastic lesions were most often observed in females and involved patients aged from 50-59 years. Changes characteristic of granulomas fissurati were most often located in the front maxilla or mandibula. The observations confirmed that surgery is the treatment of choice.

Key words

epulis fissuratum, flabby ridges, fibrous-hyperplastic lesions in oral mucous membrane