

FACULDADE SETE LAGOS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

MARINA DO ROSÁRIO MARTINS LAURIA

**LESÕES BUCAIS CAUSADAS POR PRÓTESES REMOVIVÉIS: REVISÃO DE
LITERATURA**

São Luís – MA

2025

MARINA DO ROSÁRIO MARTINS LAURIA

**LESÕES CAUSADAS POR PRÓTESES REMOVÍVEIS: TIPOS, CAUSAS E
TRATAMENTOS: REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas- FACSETE, como requisito à obtenção do título de especialista em Prótese Dentária.

Orientadora: Dra. Gracielle Rodrigues Tavares

São Luís – MA

2025

FACULDADE SETE LAGOS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Monografia intitulada “**Lesões causadas por próteses removíveis: tipos, causas e tratamentos**” de autoria da aluna **Marina do Rosário Martins Lauria**

Aprovada em ___ / ___ / ___ pela banca constituída dos seguintes professores:

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Ms. Gracielle Rodrigues Tavares

Orientadora

Examinado (1)

Examinado (2)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Jesus Cristo, meu Senhor e Salvador, por ser meu sustento em cada passo dessa jornada. Foi em Sua graça que encontrei força nos momentos de cansaço, consolo nas dificuldades e inspiração para seguir adiante, mesmo quando tudo parecia impossível. A Ele, toda honra e toda glória.

À minha família, meu alicerce: ao meu esposo Fábio, pelo amor, paciência e apoio incondicional — obrigada por acreditar em mim mesmo nos dias em que eu duvidei. À minha filha Áurea, razão do meu sorriso e minha maior motivação. Que este trabalho seja também para ela, como sinal de que vale a pena lutar pelos nossos sonhos.

À minha querida amiga Valderlane, por estar sempre presente com palavras de encorajamento, gestos de carinho e uma amizade que é abrigo nos dias difíceis.

Aos meus orientadores, Graciele e Sócrates, minha profunda gratidão pela orientação cuidadosa, dedicação e sabedoria compartilhada durante esse percurso. Suas contribuições foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Agradeço também aos professores Alberto e Melina, por todo o conhecimento transmitido com tanto zelo e por fazerem parte da minha formação acadêmica e humana.

A todos que, de alguma forma, caminharam comigo até aqui: meu muito obrigada.

RESUMO

Em decorrência do alto índice de edentulismo na população adulta e idosa, houve um aumento na utilização das próteses dentárias, que podem ser prótese total (PT), prótese parcial removível (PPR) e a prótese fixa (PF), que são utilizadas para substituir um ou mais dentes ausentes ou tecidos de proteção e sustentação, assim podendo reabilitar o equilíbrio neuromuscular, assim auxiliando o desempenho e manutenção das funções promovendo a melhoria na saúde mental, física e melhorando a convivência social. Mas em função de algumas orientações inadequadas ou não comunicadas ocorrem o que chamamos de lesões causadas por próteses. Este estudo tem como propósito verificar os principais tipos de lesões que acometem a cavidade bucal, decorrente ao mau uso da prótese ou más higienizadas pelo paciente, em resposta principalmente a uma orientação inadequada. É necessário que, após a instalação da prótese seja realizada um ajuste adequado, orientação quanto aos cuidados e às técnicas de higienização e conscientização do paciente sobre a importância de realizar os controles periódicos, dessa forma, as lesões decorrentes do mau uso das próteses poderiam ser evitadas.

Palavras-chave: Próteses Dentárias Removíveis, Lesões, Causas, Tratamentos.

ABSTRACT

As a result of the high edentulism index in the adult and elderly population, there was an increase in the use of dental prostheses, which may be total prosthesis (PT), partial removable prosthesis (PPR) and fixed prosthesis (PF), which are used to replace one or more missing teeth or protective and supporting tissues, thus allowing rehabilitation of the neuromuscular balance, thus helping the performance and maintenance of the functions promoting the improvement of mental and physical health and improving social coexistence. But due to some inadequate or not communicated guidelines, what we call injuries caused by prostheses occur. The purpose of this study is to verify the main types of lesions that affect the oral cavity, due to the poor use of the prosthesis or bad hygiene of the patient, mainly due to inadequate orientation. It is necessary that, after the installation of the prosthesis, an adequate adjustment, guidance on the care and techniques of hygiene and patient awareness on the importance of performing the periodic checks should be carried out, so that the injuries resulting from the poor use of the prostheses could be avoided.

Key-words: Removable Prosthesis; Lesions; Causes; Treatment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Estomatite Protética Tipo I de Newton (https://www.jornaldosite.com.br/arquivo/Odontogeriatrics/19artigo50.pdf)	24
Figura 2: Estomatite Protética Tipo II de Newton (https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180408_094516.pdf)	25
Figura 3: Estomatite Protética Tipo III de Newton (https://www.jornaldentistry.pt/pdf/Estomatite35.pdf)	25
Figura 4: Queilite Angular (https://www.wilsoncorreia.com.br/boqueira/)	28
Figura 5: Hiperplasia Fibrosa Inflamatória (http://picdeer.com/media/1406614571137644819_2210279925)	29
Figura 6: Úlceras traumáticas em mucosa bucal (Fonte: Neville et al., 2004)	34

LISTA DE SIGLAS

PT – Prótese Total

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPR – Prótese Parcial Removível

PF – Prótese Fixa

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1. Fatores relacionados ao desenvolvimento de lesões bucais associados ao uso de próteses dentárias	21
2.1.1. Incorreto plano de tratamento da prótese.....	21
2.1.2. Higiene oral e da PPR.....	21
2.1.3. Desadaptação da prótese	22
2.1.4. Xerostomia	22
2.2. Principais lesões associadas ao uso de próteses.....	23
2.2.1. Estomatite protética.....	23
2.2.1.1. Definição e nomenclatura.....	23
2.2.1.2. Classificação	24
2.2.1.2.1. Hiperemia puntiforme.....	24
2.2.1.2.2. Hiperemia difusa	24
2.2.1.2.3. Hiperemia granular.....	25
2.2.1.3. Localização	25
2.2.1.4. Etiologia.	25
2.2.1.5. Patogênese	26
2.2.1.6. Tratamento.....	26
2.2.2. Queilite angular.	27
2.2.2.1. Definição e nomenclatura.....	27
2.2.2.2. Localização	27
2.2.2.3. Etiopatogênese	27
2.2.2.4. Tratamento.....	28
2.2.3. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória	29
2.2.3.1. Definição e Nomenclatura.	29
2.2.3.2. Localização	30

2.2.3.3. Etiologia.	30
2.2.3.4. Patogêneses.	31
2.2.3.5. Tratamentos.	31
2.2.4. Hiperplasia Fibrosa por câmara de sucção	32
2.2.4.1. Definições.	32
2.2.4.2. Localização	32
2.2.4.3. Etiologia.	32
2.2.4.4. Tratamentos.	32
2.2.5. Úlcera traumática	33
2.2.5.1. Definição e Nomenclatura.	33
2.2.5.2. Localização	34
2.2.5.3. Etiologia.	34
2.2.5.4. Tratamento.....	34
2.2.6. Hiperplasias Papilares Inflamatórias.....	35
2.2.6.1. Definição e Nomenclatura.	35
2.2.6.2. Tratamento.....	35
2.2.7. Hiperplasias Fibro-Epitelial Inflamatória	36
2.2.7.1. Definição e Nomenclatura.	36
2.2.7.2. Tratamento.....	36
2.3. Métodos de prevenção das lesões bucais associadas a próteses dentárias.	37
2.3.1. Consultas Periódicas.....	39
2.3.2. Métodos de higienização em próteses removíveis.	40
2.3.2.1. Método de higienização químico.....	40
2.3.2.2. Método de higienização mecânico	43
2.3.2.3. Método de higienização combinado	45
3. DISCUSSÃO.	46
4. CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	48

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (JITOMIRSKI, 2000).

A qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se esforça para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto de políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, cabendo ao setor de saúde uma parcela significativa de formulação e responsabilidade (MINAYO et al., 2000).

Dessa forma, a saúde, e nela a saúde bucal, representa um fator primordial para uma boa qualidade de vida, que pode ser caracterizada como a ausência de dor, a manutenção de um autoconceito positivo frente à vida e o grau com que uma pessoa desfruta das possibilidades realmente importantes de sua existência (JITOMIRSKI, 2000).

Atualmente, mesmo com o desenvolvimento de técnicas restauradoras avançadas, principalmente a cárie e a doença periodontal, quando não tratadas, tornam possível somente o tratamento de extração dentária (JITOMIRSKI, 2000).

De acordo com os resultados dos últimos levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil, a perda precoce de elementos dentários é elevada, e o edentulismo ainda constitui um persistente problema de saúde pública (BRASIL, 2006).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SB Brasil 2010) analisou a situação da população brasileira com relação às necessidades de prótese e verificou que 23,9% dos idosos entre 65 e 74 anos necessitam de prótese total em pelo menos um dos maxilares, e 15,4% necessitam de prótese total dupla, ou seja, em ambos os maxilares (POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2015).

Esse fato contribui para o alto índice de edentulismo e a conseqüente necessidade de reabilitação, que pode ocorrer por meio da prótese dentária. Durante anos, o tratamento odontológico se baseou em procedimentos de cura e mutilação, viabilizando apenas atendimentos de urgência — geralmente exodontias —, prática

excludente e assistencialista que possibilitava tratamento reabilitador protético apenas àqueles com condições financeiras para custeá-lo (FERREIRA et al., 2006).

A Prótese Dentária é a especialidade da Odontologia voltada à reabilitação oral de zonas desdentadas por meio de aparelhos artificiais (DESPLATS; KEOGH, 1998). As próteses dentárias podem ser fixas ou removíveis. Estas últimas podem ser parciais (próteses parciais removíveis – PPR) ou totais (próteses totais removíveis – PT).

A prótese dentária é um recurso que possibilita a melhora da mastigação, fonação, deglutição e autoestima em casos de perdas dentárias. A função é o fator predominante no interesse dos pacientes pela reabilitação com prótese (SILVA; GOLDENBERG, 2001; FAJARDO et al., 2002).

Problemas na deglutição e na mastigação, que alteram e comprometem todo o processo digestivo, também podem ser observados, pois o indivíduo tende a não quebrar e triturar adequadamente os alimentos (BARBOSA, 2010).

O edentulismo também causa limitações nas funções diretamente relacionadas à qualidade de vida. Além do comprometimento fisiológico e psicológico, há o comprometimento estético, com redução da autoestima e da integração social (AGOSTINHO; CAMPOS; SILVEIRA, 2015).

Entretanto, a instalação de elementos artificiais na cavidade bucal pode interferir ou colaborar para o desenvolvimento clínico ou subclínico de processos patológicos, resultantes da associação entre prótese e microrganismos. Tal associação interfere no equilíbrio do ecossistema microbiológico da cavidade oral, no qual os microrganismos se mantêm em equilíbrio saprofítico na ausência de aparelhos protéticos (AGOSTINHO; CAMPOS; SILVEIRA, 2015).

Acredita-se que o aumento da expectativa de vida pode estar associado a uma maior necessidade de próteses dentárias. Em contraposição, as limitações funcionais e qualitativas dessas próteses representam uma tendência à ocorrência de lesões orais.

As principais lesões decorrentes de próteses iatrogênicas ou inadequadas são: candidíase eritematosa, hiperplasia fibrosa inflamatória, queilite angular, hiperplasia papilar do palato, úlcera traumática, estomatite protética, doença periodontal e, eventualmente, processos alérgicos desencadeados pelos materiais utilizados na confecção da prótese (SILVA; GOLDENBERG, 2001; FAJARDO et al., 2002).

A prevalência de lesões bucais decorrentes do uso de próteses é elevada entre os usuários dessas reabilitações. Outras alterações patológicas também podem se desenvolver, como halitose, cálculo salivar e pigmentações, devido ao acúmulo de biofilme e detritos alimentares sobre a estrutura protética, quando esta não é adequadamente higienizada (SILVA; GOLDENBERG, 2001; FAJARDO et al., 2002).

A higiene das próteses muitas vezes é negligenciada por seus usuários. A falta de orientação correta por parte dos cirurgiões-dentistas, as dificuldades relacionadas às características das próteses e a idade avançada dos pacientes interferem negativamente na realização dessa higienização (TURANO, 2004).

Assim, a diminuição da destreza manual dos pacientes, a falta de divulgação e o alto custo de produtos específicos para higiene de próteses refletem esse cenário de descuido ou descaso com a manutenção das próteses dentárias (TURANO; TURANO, 2004).

2. REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Brown, os antigos egípcios e os fenícios já praticavam a substituição de dentes ausentes no arco dental. Os fenícios foram considerados os verdadeiros precursores da prótese dentária, cujos conhecimentos foram transmitidos a outros povos do Mediterrâneo. Essas práticas incluíam dados terapêuticos relacionados à Odontologia, especialmente no que diz respeito às habilidades em prótese.

Os egípcios também confeccionavam próteses, consideradas as raízes da tecnologia odontológica. Elas buscavam substituir e fixar os elementos dentários comprometidos. As próteses encontradas por arqueólogos em múmias de faraós eram rudimentares: dentes de animais ou humanos eram amarrados com fios de ouro aos dentes vizinhos, preenchendo as falhas.

Na Roma Antiga, dentes eram esculpidos em ossos e marfim por artífices especializados. Os romanos utilizavam tanto próteses removíveis quanto próteses parciais fixas. As técnicas empregadas nessa época permaneceram praticamente inalteradas até o período da Renascença.

As antigas próteses japonesas eram talhadas em um único bloco de madeira, geralmente proveniente de árvores aromáticas como cerejeira,

damasqueiro ou fluxo. Era confeccionado um molde do maxilar desdentado com cera de abelha, a partir do qual se esculpia o modelo em madeira.

Segundo Loewe, a nova era da prótese dentária iniciou-se com Pierre Fauchard, no século XVIII, ao descrever, pela primeira vez, a técnica de confecção de dentes artificiais.

Os Maias, conhecidos pelo conhecimento matemático e arquitetônico, também se destacavam pela lapidação de pedras e fundição de metais como ouro e prata, apesar de pertencerem à chamada Idade da Pedra.

No final do século XIX, Black estudou os preparos cavitários, estabelecendo princípios seguidos até os dias atuais. Em 1907, Taggart aperfeiçoou o método de fundição, contribuindo para a transição da prótese do empirismo para a ciência de precisão. A palavra “prótese” tem origem grega: “pro”, que significa “à frente” ou “em substituição”, e “thesis”, que significa “colocar”, sendo, portanto, “aquilo que se coloca em lugar de algo”.

A prótese parcial removível (PPR) de extremo livre apresenta maiores dificuldades quanto ao funcionamento biomecânico, pois esse tipo de prótese produz cargas laterais nos dentes vizinhos ao espaço da prótese. Devido a esse fator, essa prótese, mesmo quando bem confeccionada, pode causar danos no ligamento periodontal do dente pilar adjacente ao extremo livre (AMARAL et al., 2009).

Segundo o comitê da Associação Americana das Escolas Odontológicas, “prótese é a ciência e a arte de prover substitutos convenientes para a porção coronária dos dentes, ou para um ou mais dentes perdidos e para as suas partes associadas, de maneira a restaurar as funções perdidas, a aparência estética, o conforto e a saúde do paciente” (TURANO; TURANO, 2004, p. xx).

“Próteses são aparelhos dento-suportados ou muco-dento-suportados, destinados a substituir um ou mais dentes em um ou em ambos os maxilares, podendo ser removidos da boca com relativa facilidade, tanto pelo profissional quanto pelo paciente” (TODOSCAN, 1996, p. xx).

As PPRs têm finalidade funcional e estética, além de substituir a ausência dos dentes naturais em pacientes que sofreram perda parcial da dentição. Podem ser removidas a qualquer momento, sempre que necessário, sem causar dano biológico ou estrutural, desde que manuseadas adequadamente.

Dentre as principais causas da perda dentária estão as cáries, doenças periodontais, trauma e iatrogenia, provocando sobrecarga nos dentes

remanescentes, perda do rebordo alveolar e alterações no plano oclusal, o que pode levar à perda de outros dentes, configurando um ciclo vicioso. Assim, a solução consiste em estabelecer a melhor reabilitação possível, adequada a cada caso.

As próteses parciais removíveis não foram concebidas para substituir as próteses parciais fixas, mas para reabilitar espaços tanto dentários quanto gengivais, quando a construção de uma prótese parcial fixa se torna impraticável (TURANO, 2004).

Alguns estudos indicam que cerca de 50% das PPRs fabricadas não são usadas diariamente pelos pacientes, pois estes não se “acostumam” a elas. Esse fato resulta de planejamento biomecânico incorreto, falta de boas preparações para receber a prótese e da qualidade técnica insatisfatória das PPRs em geral (MODAFFORE et al., 2010).

De acordo com a via de transmissão de forças, as próteses podem ser classificadas em dento-muco-suportadas, quando há participação no suporte tanto dos dentes quanto das mucosas; dento-suportadas, quando apenas os dentes atuam no suporte; muco-suportadas, quando a peça apoia totalmente sobre a fibromucosa que reveste o rebordo residual; e implanto-suportadas, quando as próteses apoiam sobre implantes ósseos integrados (CARREIRO et al., 2008). As próteses devem cumprir alguns objetivos, tais como restabelecer a mastigação, a estética e a fonética, estabilizar dentes debilitados, preservar os dentes remanescentes, recuperar a harmonia muscular e contribuir para a saúde oral, entre outros.

Existem algumas condições para o bom funcionamento das próteses parciais removíveis (PPR). Para exercer um bom desempenho, a PPR deve respeitar três princípios biomecânicos: retenção — resistência às forças que atuam sobre a prótese no sentido cervico-oclusal; suporte — resistência às forças no sentido ocluso-cervical; e estabilidade — resistência às forças que atuam no plano horizontal (KAISER, 2005).

As próteses acrílicas são os tipos mais comuns produzidos, tanto para desdentados parciais quanto totais (BATISTA, 2011). A caracterização das bases das próteses removíveis com resinas acrílicas de tonalidades semelhantes ao tecido gengival do paciente possibilita melhor resultado estético, favorecendo, conseqüentemente, a aceitação desse tipo de prótese pelos usuários.

Quanto ao uso das próteses acrílicas totais ou parciais, apresentam

algumas vantagens e desvantagens. As vantagens incluem boa estética, facilidade de processamento, baixo custo e baixa densidade. Já as desvantagens envolvem resistência inadequada, baixa condutividade elétrica, susceptibilidade à distorção, rigidez e limitada resistência mecânica, entre outras características.

É consenso utilizar ligas com bases de cobalto para a construção dessas próteses, pois são compatíveis com os tecidos e resistentes à corrosão. A dureza e elasticidade dessas ligas permitem uma configuração estética e fina da prótese. As ligas de cromo-cobalto foram introduzidas no mercado da prótese dentária em 1930, substituindo as ligas de ouro, principalmente devido ao seu custo relativamente baixo em relação a este metal (NOORT, 2007).

As próteses flexíveis caracterizam-se pela elevada flexibilidade estrutural, contrariando os conceitos das PPRs convencionais. Elas utilizam um material termoplástico injetado termicamente (poliamida), que torna a prótese flexível. Essas próteses são constituídas por dentes utilizados em PPR associados a essa resina termoplástica, que, quando aquecida a cerca de 300°C, entra em estado plástico e é injetada no interior da mufla do sistema. Isso permite ao paciente sentir que a prótese se adapta tanto à mucosa quanto aos dentes, proporcionando maior conforto. O uso desse material tem sido cada vez mais recomendado por empregar materiais inovadores, dispensar o uso do metal e oferecer características flexíveis.

Segundo Nishimori et al. (2013), o suporte da prótese flexível é feito por meio do contato da prótese com a superfície dentária e a mucosa subjacente, utilizando exclusivamente a relação prótese-dente-mucosa para evitar movimentações, o que oferece segurança para o paciente falar e mastigar confortavelmente. Dessa forma, não são utilizados ganchos metálicos nem apoios confeccionados nos dentes pilares, tornando desnecessários preparos dentários. Isso implica que a função dos apoios não é exercida; ou seja, a transmissão de forças para os dentes pilares ao longo de seu eixo não ocorre, podendo, assim, causar lesões no periodonto de sustentação.

Esse material favorece o crescimento ósseo do paciente devido à sua flexibilidade, pois o uso de próteses convencionais mais rígidas pode causar alterações na adaptação, compressão dos tecidos, inflamação gengival e desconforto. A utilização da prótese flexível não interfere no crescimento ósseo, desde que o paciente seja periodicamente acompanhado por um cirurgião-dentista.

2.1. Fatores relacionados ao desenvolvimento de lesões bucais associados ao uso de próteses dentárias

Principais fatores que levam ao aparecimento de lesões na cavidade oral associadas ao uso de PPR:

2.1.1. Incorreto plano de tratamento da prótese

O momento de confecção de uma prótese parcial removível (PPR) é fundamental para a adaptação adequada na cavidade oral e para a prevenção de lesões orais. O cirurgião-dentista deve atentar-se a todos os fatores envolvidos na confecção da PPR, tais como: a articulação temporomandibular, a tonicidade dos músculos, o rebordo alveolar, o espaço intermaxilar, a extensão e adaptação da prótese, defeitos nas margens cervicais, presença de áreas pontiagudas, doenças sistêmicas associadas e, essencialmente, as orientações quanto à higiene oral e da prótese a serem fornecidas ao paciente (GOIATO et al., 2005).

2.1.2. Higiene oral e da PPR

As lesões na cavidade oral associadas ao uso de próteses parciais removíveis (PPR) ocorrem, sobretudo, devido à pouca informação que os pacientes possuem acerca das normas de higiene oral e da prótese, bem como sobre o uso e a frequência de utilização desses dispositivos (GOIATO et al., 2005).

É imprescindível instruir os pacientes portadores de PPR sobre a necessidade de realizarem uma correta higiene oral, inclusive antes da confecção da prótese (DESPLATS; KEOGH, 1998).

Os microrganismos podem aderir a todas as superfícies de uma prótese removível; entretanto, as superfícies internas das bases acrílicas apresentam os maiores níveis de placa microbiana, pois não são polidas e possuem mais irregularidades, o que favorece a aderência desses microrganismos.

A aderência dos microrganismos aos materiais constituintes da prótese pode favorecer o desenvolvimento de determinadas patologias na mucosa oral.

Não se deve confeccionar nenhuma prótese sem antes garantir que o paciente mantenha níveis mínimos de placa bacteriana, pois não adianta, de modo

algum, realizar uma prótese bem confeccionada se, em poucos meses, ela ficar comprometida pela ocorrência de cáries nos dentes remanescentes e lesões associadas (DESPLATS; KEOGH, 1998). A higiene oral e da prótese são fundamentais para a saúde dos tecidos.

Entre os vários métodos de higiene descritos, a escovagem é a mais utilizada. Alguns autores consideram que o uso de substâncias químicas para imersão constitui um bom adjuvante, como o peróxido neutro com enzimas Corega® (FONSECA et al., 2007).

Segundo vários autores, o método de higienização da prótese apenas por escovagem (mecânico) não é suficiente para a remoção da placa bacteriana; é necessária também a higiene química, uma vez que esta reduz a patogenicidade dos microrganismos presentes (FONSECA et al., 2007).

Para uma correta higiene da prótese, o paciente deve ser orientado a utilizar uma escova de cerdas rígidas e de pequena dimensão, que permita o acesso a todas as áreas da prótese. Os agentes auxiliares de higiene devem ser pouco abrasivos, para não danificar o acrílico. Para uma limpeza mais cuidadosa, a base acrílica deve ser imersa em água com uma gota de hipoclorito, pois esse é o agente químico mais eficaz na remoção da placa bacteriana. Entretanto, o cobalto e o cromo presentes nas próteses não devem permanecer expostos ao hipoclorito por períodos prolongados, devido à possibilidade de corrosão do metal (DAVENPORT et al., 2001).

Muitos portadores de prótese removível não realizam uma higiene adequada devido à falta de motivação e consciência das consequências que isso pode acarretar (FONSECA et al., 2007).

2.1.3. Desadaptação da prótese

As próteses removíveis que não apresentam boa adaptação devem ser corrigidas ou substituídas (GOIATO et al., 2005). A troca da prótese é essencial quando esta se encontra desadaptada, pois aumenta o risco de lesões orais.

2.1.4. Xerostomia

Com o avanço da idade, ocorre uma diminuição salivar que pode,

ocasionalmente, em pacientes portadores de prótese, provocar dor, aderência da língua na base da prótese, falta de retenção e contribuir para a formação de lesões na cavidade oral (GOIATO, 2005).

Verificou-se que a xerostomia ou alguma atividade parafuncional das glândulas salivares podem levar a uma maior sensibilidade da mucosa oral, o que pode propiciar um aumento de lesões orais. A xerostomia e a hipossalivação têm grande impacto nos portadores de prótese removível, pois a retenção das próteses fica diminuída pela falta de saliva, dificultando seu uso (JAINKITTIVONG, 2009). As lesões na mucosa que suportam a prótese e a inflamação da mesma (estomatite protética) também acontecem com maior frequência (FIGUEIRAL et al., 2012).

Apesar de a xerostomia dificultar o uso de prótese removível, essa patologia tem sido alvo de pouca atenção, e ainda existem poucos tratamentos eficazes documentados (TURNER et al., 2013).

Assim como a pele, a mucosa bucal cumpre importante função como órgão protetor dos tecidos adjacentes e subjacentes; porém, a experiência clínica tem demonstrado que a mucosa é muito mais suscetível ao trauma e à inflamação do que a pele. Dessa forma, pode-se afirmar que a frequência de lesões nos tecidos moles aumenta conforme o tempo de uso da prótese dentária pelo paciente (GOIATO, 2005).

A literatura revela uma variedade de lesões da mucosa bucal que podem surgir em associação ao uso de próteses dentárias removíveis mal adaptadas e/ou mal higienizadas pelo paciente, as quais serão abordadas a seguir.

2.2. Principais lesões associadas ao uso de próteses

2.2.1. Estomatite protética

2.2.1.1. Definição e Nomenclatura

A estomatite protética é uma lesão inflamatória, fúngica, multifatorial da mucosa oral relacionada com o uso de próteses removíveis. Esta condição afeta grande parte dos portadores de próteses removíveis e pode ser encontrada na literatura como candidíase eritematosa, estomatite por dentadura, candidíase atrófica crônica.

2.2.1.2. Classificação

A classificação mais frequentemente utilizada na literatura é a de Newton, na qual a estomatite protética é dividida em três subtipos, de acordo com a aparência clínica, a distribuição e a extensão da lesão, sendo que:

2.2.1.2.1. Hiperemia puntiforme

Presença de petéquias e inflamação em pequenas áreas delimitadas, com poucas regiões de hiperemia, limitada aos ductos das glândulas salivares palatinas menores, sendo mais frequente na zona posterior do palato, no limite do palato mole.



Figura 1: Estomatite Protética Tipo I de Newton. Fonte: (<https://www.jornaldosite.com.br/arquivo/Odontogeriatría/19artigo50.pdf>)

2.2.1.2.2. Hiperemia difusa

Superfície com áreas eritematosas difusas, que podem apresentar-se totalmente ou parcialmente cobertas por exsudato branco; a mucosa apresenta-se atrófica, com textura lisa.



Figura 2: Estomatite Protética Tipo II de Newton. Fonte: (https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180408_094516.pdf).

2.2.1.2.3. Hiperemia granular

Mucosa com hiperplasia granular hiperemia que pode estar sob toda a região coberta pela prótese.



Figura 3: Estomatite Protética Tipo III de Newton. Fonte: (<https://www.jornaldentistry.pt/pdf/Estomatite35.pdf>)

2.2.1.3. Localização

Localiza-se no palato duro, confinada à área coberta por uma prótese total, podendo também surgir sob a base de uma prótese parcial removível superior, não se estendendo para além dos seus limites. Muito raramente aparece sob uma prótese inferior (AZUL; TRANCOSO, 2006; SENNA, 2012).

2.2.1.4. Etiologia

A etiologia da estomatite protética (EP) é de origem multifatorial, podendo os fatores causais ser divididos em protéticos e infecciosos. Ao realizar uma análise dos fatores funcionais e qualitativos, a ocorrência isolada desses não garante o aparecimento da estomatite protética. Segundo Figueiral et al. (2007), os fatores relacionados à prótese incluem o trauma provocado por próteses desadaptadas, higiene oral e da prótese deficientes, uso contínuo das próteses, entre outros. De todos os fatores etiológicos, devem ser considerados os fatores protéticos e os fatores infecciosos (AZUL; TRANCOSO, 2006; SENNA, 2012).

No caso da infecção por *Candida albicans*, pode-se afirmar que esta exerce o papel mais importante no desenvolvimento da estomatite protética, visto que pode iniciar, manter e exacerbar tal alteração. Contudo, há a necessidade de um fator iatrogênico, que pode ser a má adaptação e a higienização precária da prótese (KIGNEL et al., 2012).

2.2.1.5. Patogênese

Algumas condições ambientais são necessárias para o desenvolvimento dos microrganismos do gênero *Candida*, pois este é um microrganismo oportunista e uma entidade clínica bem conhecida no meio médico-dentário, tendo sido isolado pela primeira vez em 1839 pelo investigador Langenbeck (SIMÕES; FONSECA; FIGUEIRAL, 2013).

Trata-se de um fungo dimórfico que pode apresentar-se sob duas formas morfológicas: a forma de hifa (micélio), que é patogênica, ou em forma de levedura (blastósporo), que é inócua e faz parte da microbiota normal do organismo humano, estando presente na cavidade oral de 25% a 75% das pessoas aparentemente saudáveis. A *Candida*, ao invadir os tecidos, comporta-se como patógeno oportunista, considerando que as espécies de *Candida albicans* habitam o organismo de indivíduos saudáveis como comensais.

2.2.1.6. Tratamento

Antes de iniciar o tratamento, deve ser realizada uma correta anamnese para avaliar os fatores que possam predispor o paciente à estomatite protética

(SIMÕES; FONSECA; FIGUEIRAL, 2013).

O tratamento dessa condição é realizado com o uso de antifúngicos tópicos aplicados no local da lesão. A dentadura mal adaptada deve ser reembasada ou substituída, e orientações de higiene devem ser fornecidas ao paciente para corrigir a situação. Além desses procedimentos, recomenda-se a desinfecção da prótese durante a noite, por meio da sua imersão em soluções químicas, como o gluconato de clorexidina e a solução aquosa de hipoclorito de sódio (ARNAUD et al., 2012).

2.2.2. Queilite angular

2.2.2.1. Definição e Nomenclatura

A queilite angular é uma dermatose comum, caracterizada por inflamação, fissuração e maceração nos ângulos da boca. Apresenta alguns sinônimos, tais como perlèche, comissurite labial e boqueira (ARNAUD et al., 2012).

Trata-se de uma doença de origem multifatorial, cujo desenvolvimento envolve vários fatores predisponentes que podem desempenhar papel importante. Pode surgir devido ao acúmulo de material salivar ou à ação irritante de medicamentos, dentifrícios ou próteses dentárias, especialmente associada à perda da dimensão vertical.

2.2.2.2. Localização

Localizada no ângulo da boca, de forma uni ou bilateral, a queilite angular caracteriza-se por sintomas como secura e sensação de ardência. Clinicamente, o epitélio da comissura bucal apresenta-se pregueado e, por vezes, macerado.

A saliva tende a se acumular nessas áreas, retendo umidade e favorecendo infecções por leveduras. Estudos indicam que 60% dos casos são decorrentes de infecção por *Candida albicans* associada ao *Staphylococcus aureus* (ALMEIDA et al., 2012; NEVILLE et al., 2016).

2.2.2.3. Etiopatogênese

A queilite angular está geralmente associada a um ou mais fatores, entre os quais podem ser citados: agentes infecciosos (estreptococos, estafilococos e *Candida albicans*); doenças dermatológicas (dermatite atópica, envolvendo a face, e dermatite seborréica); deficiência nutricional (riboflavina, folato e ferro); imunodeficiência (HIV, diabetes mellitus, câncer, transplante); hipersalivação; e fatores mecânicos que provocam a perda da dimensão vertical de oclusão, resultando na queda do lábio superior sobre o inferior, na altura do ângulo da boca. Essa condição pode ocorrer no processo normal de envelhecimento, no prognatismo, na ausência de dentes ou com o uso de próteses mal adaptadas (ALMEIDA et al., 2012; NEVILLE et al., 2016).

A queilite angular desenvolve-se como fissuras nos cantos da boca, decorrentes da perda da dimensão vertical de oclusão, condição na qual a saliva tende a se acumular e a pele fica macerada, fissurada e infectada secundariamente por microrganismos (ALMEIDA et al., 2002).



Figura 4: Queilite Angular. Fonte: (<https://www.wilsoncorreia.com.br/boqueira/>)

2.2.2.4. Tratamento

No tratamento da queilite angular, é fundamental a correção dos fatores desencadeantes, como, por exemplo, a adequação de próteses dentárias e a correção de deficiências nutricionais, além da terapia da doença de base, bem como a aplicação de antimicóticos e antibióticos tópicos por tempo prolongado.

A profilaxia da queilite angular também é de extrema importância, mantendo-se a higiene e a desinfecção adequadas das próteses dentárias, que são fontes potenciais de contaminação, evitando assim as recidivas. Em alguns casos, é necessária a realização de cirurgia plástica para levantamento dos ângulos da boca, prevenindo o acúmulo de saliva nas comissuras (ARAUJO; ARAUJO, 1990).

Na queilite angular, a candidíase está sempre presente, mas não é a causa primária. Deve ser naturalmente erradicada, o que favorece a recuperação do tecido (LAUDANNA, 2001).

O tratamento da queilite angular utilizando a terapia fotodinâmica evidenciou ausência de lesões clínicas e citológicas, ressaltando sua fácil aplicabilidade e a ausência de efeitos colaterais adversos, tornando-se um método alternativo de tratamento efetivo e recomendado (LAUDANNA, 2001).

O processo é denominado terapia fotodinâmica antimicrobiana, ou APDT (Antimicrobial Photodynamic Therapy). A APDT consiste na associação de um agente fotossensibilizador, como o azul de metileno, geralmente exógeno e administrado por via tópica, a uma fonte de luz visível, com o objetivo de provocar a inativação microbiana. A APDT não deve ser considerada substituta de outros fármacos ou terapias convencionais, mas como uma nova modalidade de tratamento para desinfecção localizada e como tratamento complementar eficaz de infecções bucais, principalmente em casos de microrganismos resistentes (SILVA NETO, 2004).

2.2.3. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória

2.2.3.1. Definição e Nomenclatura

A hiperplasia fibrosa inflamatória, também denominada epúlide fissurada, é uma patologia decorrente de uma reação hiperplásica do tecido conjuntivo fibroso, desenvolvendo-se em associação com as bordas de próteses totais ou parciais mal adaptadas.



Figura 5: Hiperplasia Fibrosa Inflamatória. Fonte:

(http://picdeer.com/media/1406614571137644819_2210279925)

Contudo, a denominação epúlide fissurada está em desuso, por caracterizar de forma generalizada qualquer tumor localizado em gengiva ou mucosa/rebordo alveolar (NEVILLE et al., 2004; SANTOS; COSTA; SILVA NETO, 2004).

A hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI) varia bastante em cor e consistência, principalmente em relação à sua localização e tempo de evolução. Sua coloração pode ser semelhante à mucosa ou eritematosa, e a consistência é tipicamente fibrosa a flácida. O crescimento é lento e cessa com a remoção do agente traumático.

Os pacientes geralmente não relatam sintomas, porém podem queixar-se de dor se houver ulceração ou infecção secundária. Nas lesões do fórnice do vestíbulo, é comum que a borda da prótese encaixe-se perfeitamente entre as pregas da lesão. Apesar do crescimento lento, a lesão pode atingir grandes dimensões devido à falta de sintomatologia na maioria dos casos, podendo persistir por meses ou anos até ser percebida (NEVILLE et al., 2016).

2.2.3.2. Localização

Ocorre geralmente na zona anterior do palato duro, mas pode ocorrer eventualmente mais posterior ao palato duro.

2.2.3.3. Etiologia

Próteses totais ou parciais removíveis são frequentemente identificadas como agentes causadores dessas lesões, que podem localizar-se ao redor de suas margens ou sob a base, na área chapeável. Sua etiologia está relacionada à irritação crônica causada por bordas das próteses mal adaptadas ou com sobreextensão, bem como por forças oblíquas resultantes de desajustes oclusais (NEVILLE et al., 2016).

A presença de rebordo flácido e o espaço criado entre a borda da prótese e a mucosa, causado pela reabsorção óssea, podem contribuir para o aparecimento da lesão, especialmente quando associadas à presença de próteses antigas ou à inserção de novas próteses.

Estudos relatam que o aumento do período de uso das próteses está

associado ao aumento da hiperplasia fibrosa inflamatória, sugerindo que próteses totais e parciais removíveis mal adaptadas e antigas geralmente ocasionam traumas constantes e inflamação dos tecidos orais (COELHO, SOUSA e DARÉ, 2004).

2.2.3.4. Patogêneses

A hiperplasia fibrosa inflamatória é resultado de um trauma de baixa intensidade e longa duração, caracterizando-se por um processo proliferativo não neoplásico do tecido conjuntivo fibroso. A hiperplasia fibrosa inflamatória pode estar associada a infecções fúngicas, decorrentes da má higienização do paciente, da falta de informação sobre cuidados com a prótese e de próteses iatrogênicas (TURANO; TURANO, 2004).

A epúlide fissurada, também conhecida como hiperplasia fibrosa inflamatória, é uma hiperplasia do tecido conjuntivo fibroso, assemelhando-se a um tumor, que se desenvolve em decorrência da agressão das bordas de próteses mal adaptadas à mucosa. Essa condição provoca inflamação dos tecidos bucais, manifestando-se na forma de pregas nos rebordos alveolares.

2.2.3.5. Tratamentos

Como procedimento terapêutico indicado pela literatura para o tratamento da hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI), pode-se adotar abordagem conservadora, que consiste na remoção do agente irritante, quando a lesão está em sua fase inicial de crescimento, sendo normalmente de base séssil, ou abordagem cirúrgica, por meio de biópsia excisional, complementada pela confecção de uma nova prótese após a remoção da lesão (NEVILLE et al., 2004; SANTOS; COSTA; SILVA NETO, 2004).

Outras terapêuticas que podem ser adotadas em determinados casos incluem microabrasão, uso de laser e crioterapia (SANTOS; COSTA; SILVA NETO, 2004).

O sucesso do tratamento depende, ainda, da correção da prótese mal adaptada ou da confecção de uma nova prótese, quando essa for a causa etiológica da lesão (NEVILLE et al., 2004; SANTOS; COSTA; SILVA NETO, 2004).

2.2.4. Hiperplasia Fibrosa por câmara de sucção

2.2.4.1. Definições

A hiperplasia fibrosa inflamatória é um tipo de alteração tecidual que pode ser causada pela câmara de sucção presente em algumas próteses, especialmente as superiores, nas quais é confeccionada uma depressão central para auxiliar na retenção da prótese (BORAKS, 1996), ressaltando-se que, atualmente, sua confecção é condenada (FRANÇA; SOUZA, 2003). O surgimento da lesão decorre do mecanismo de sucção da mucosa do palato, como uma forma de melhor adaptação do aparelho protético pelo organismo (FRANÇA; SOUZA, 2003).

2.2.4.2. Localização

A hiperplasia por câmara de vácuo apresenta-se como um crescimento tecidual de base séssil, localizado na porção central do palato duro, região correspondente à parte mais alta da abóbada palatina.

Por vezes, apresenta superfície lisa, assemelhando-se a um molde negativo da câmara de sucção. Também pode apresentar superfície vegetante, com características semelhantes às da hiperplasia papilar inflamatória do palato, com a qual, por vezes, se associa.

2.2.4.3. Etiologia

Este tipo de hiperplasia tem sua origem nas chamadas câmaras de sucção ou câmaras a vácuo, largamente empregadas décadas atrás em virtude da alta força de retenção conseguida imediatamente pela ação da pressão negativa criada.

Entretanto, essa pressão é responsável pelos efeitos deletérios sobre os tecidos bucais em médio e longo prazos. Frente a essa situação, a mucosa tende a tornar-se hiperplásica, ocupando gradativamente o espaço da câmara (BRAGA et al., 2002).

2.2.4.4. Tratamentos

As câmaras de sucção foram, aos poucos, deixando de ser utilizadas. Atualmente, considera-se inadmissível a sua confecção devido aos possíveis transtornos que causam ao paciente, bem como ao avanço tecnológico dos materiais odontológicos e dos conhecimentos científicos dos profissionais.

Os tratamentos para a hiperplasia por câmara de sucção dependem das características clínicas de cada caso, podendo incluir a suspensão do uso da prótese, com a finalidade de diminuir a irritação local, e a reavaliação da lesão após sete e/ou quinze dias. Pode-se, ainda, preencher gradualmente a câmara de sucção com materiais como pasta zinco-eugenólica, cimento cirúrgico, guta-percha, resina acrílica ativada quimicamente ou materiais condicionadores de tecido (BORAKS, 1996).

O paciente será instruído a usar a prótese assim reembasada, a fim de que se possa, aos poucos, eliminar a hiperplasia fibrosa. O procedimento é realizado durante três semanas, com intervalos de uma semana entre as trocas do material. Em casos de hiperplasias extensas, pode-se optar pela remoção cirúrgica da lesão com o uso do bisturi convencional, seguida do reembasamento da prótese com material condicionador tecidual. Nesse método, o paciente poderá remover a prótese 48 horas após a intervenção cirúrgica, e o reparo tecidual ocorre por segunda intenção. Novos métodos, como a crioterapia, a cirurgia com bisturi elétrico e a ablação pelo laser vêm sendo utilizados com sucesso no tratamento das hiperplasias por câmara de sucção, por serem considerados menos traumáticos e por proporcionarem reparo tecidual rápido (FRANÇA; SOUZA, 2003).

2.2.5. Úlcera traumática

2.2.5.1. Definição e Nomenclatura

A úlcera traumática é caracterizada pela formação de uma saliência que interfere na relação correta da prótese com a mucosa oral, tanto em aspectos funcionais quanto na dicção, podendo aparecer também nos sulcos vestibulares. As lesões geralmente se relacionam ao mau acabamento das próteses, aos pontos de contato inadequados (arestas, áreas subestendidas) e ao mal polimento (NEVILLE et al., 2004).

Na grande maioria das vezes, a úlcera traumática é de fácil percepção,

principalmente pela história positiva de trauma na mucosa bucal aferida durante a anamnese, podendo ser necessária intervenção cirúrgica para remoção do tecido saliente (NEVILLE et al., 2004).



Figura 6: Úlceras traumáticas em mucosa bucal. Fonte: Neville et al., 2004.

2.2.5.2. Localização

É uma das lesões mais frequentes na cavidade oral, sendo a língua, a mucosa jugal e o lábio inferior bastante suscetíveis, embora outros sítios também possam ser afetados, dependendo da etiologia.

2.2.5.3. Etiologia

Como o próprio nome sugere, trata-se de um trauma agudo ou crônico, que pode ocorrer devido a alimentos cortantes, mordidas acidentais durante a mastigação, escovação excessiva, conversação ou mesmo durante o sono. Essas lesões podem permanecer por longos períodos, embora a maioria geralmente regenere em poucos dias (NEVILLE et al., 2004).

2.2.5.4. Tratamento

Para o tratamento sintomático da lesão, com uso de medicamentos analgésicos, deve-se corrigir ou substituir o aparelho protético que causou o trauma, seja na sua base, nos flancos ou na região dos dentes artificiais. Após a correção da prótese, com o alívio das áreas que provocam o trauma, a úlcera deverá cicatrizar em até duas semanas. Caso isso não ocorra, a lesão deve ser melhor investigada, podendo ser necessária uma biópsia excisional. Além do alívio das bordas cortantes,

o tratamento das úlceras inclui a suspensão provisória do uso da prótese, que pode ser associada ao uso de antibióticos tópicos. O uso da prótese deve ser interrompido até que a possível causa — arestas, áreas sobreextendidas ou polimento inadequado — seja removida (NEVILLE et al., 2004).

2.2.6. Hiperplasias Papilares Inflamatórias

2.2.6.1. Definição e Nomenclatura

Trata-se de uma proliferação benigna da mucosa oral (NEVILLE et al., 1999). Ocorre, geralmente, no palato duro, e sua patogênese é incerta; no entanto, parece estar relacionada ao uso de próteses mal adaptadas, higiene oral inadequada e tempo prolongado de utilização da prótese (GOIATO et al., 2005).

Também conhecida como “papilomatose da prótese”, essa lesão apresenta aspecto semelhante ao de uma framboesa, com pequenos nódulos eritematosos. Essa área pode ser infectada pelo fungo *Candida albicans*, podendo, assim, manifestar sintomatologia como ardência no palato (SAPP et al., 1997). Normalmente, ocorre na região anterior do palato duro, mas pode se estender posteriormente, resultando de uma resposta inflamatória da mucosa. A condição pode ser generalizada pela mucosa ou restrita a áreas específicas. Com o tempo, as pápulas podem aumentar de tamanho e formar nódulos avermelhados no palato, sendo mais comum em indivíduos que utilizam prótese removível por longos períodos (LANGLAIS et al., 1998).

A hiperplasia é mais frequente no sexo masculino, possivelmente pelo fato de esses indivíduos comparecerem com menor frequência às consultas de rotina, conforme apontado por Jainkittivong et al. (2009).

Do ponto de vista histopatológico, a lesão pode apresentar hiperplasia pseudocarcinomatosa, a qual, nesses casos, é comumente confundida com o carcinoma de células escamosas (NEVILLE et al., 1998).

2.2.6.2. Tratamento

Deve-se considerar essencial evitar o uso da prótese por períodos prolongados, especialmente durante a noite. Em alguns casos, pode ser necessário

o uso de antifúngicos tanto na mucosa oral quanto na base da prótese. A aplicação de condicionador de tecido na base da prótese também deve ser avaliada pelo cirurgião-dentista. É fundamental eliminar o trauma provocado pela prótese para permitir a cicatrização adequada (SAPP et al., 1999).

Tais medidas contribuem para a diminuição da inflamação e da sintomatologia (SAPP et al., 1999). No entanto, em casos de hiperplasia, os nódulos são formados por tecido fibroso, o que dificulta o retorno à normalidade apenas com medidas conservadoras. Dessa forma, a intervenção cirúrgica pode ser necessária, sendo indicada, em alguns casos, a utilização de técnicas como a eletrocauterização ou a cirurgia a laser (NEVILLE et al., 1998).

2.2.7. Hiperplasias Fibro-Epitelial Inflamatória

2.2.7.1. Definição e Nomenclatura

Trata-se de uma das lesões inflamatórias mais frequentes da cavidade oral, estando diretamente relacionada ao uso de prótese removível (JAINKITTIVONG et al., 2009). Corresponde a uma hiperplasia reacional do tecido conjuntivo fibroso e do epitélio, que ocorre, geralmente, no vestíbulo alveolar, em decorrência da irritação crônica provocada por uma prótese mal adaptada (GOIATO et al., 2005; NEVILLE et al., 1999).

Essa condição caracteriza-se pelo crescimento de múltiplas dobras de tecido redundante, que se adaptam profundamente à borda da prótese. É mais comum na região anterior da cavidade oral, ocorrendo com maior frequência na face vestibular do rebordo alveolar do que na face lingual (NEVILLE et al., 1998). Estudos apontam que mulheres são mais afetadas do que homens (NEVILLE et al., 1998). Ressalta-se que a incidência de displasia neste tipo de hiperplasia pode representar um risco aumentado de transformação maligna, especialmente diante da exposição a agentes carcinogênicos presentes na cavidade oral (GOIATO et al., 2005).

2.2.7.2. Tratamento

É recomendável que o paciente deixe de utilizar a prótese durante períodos prolongados, especialmente durante a noite, além de realizar os ajustes

necessários na mesma. Com essas medidas, a lesão pode regredir em tamanho ou, em alguns casos, retornar completamente à condição normal. No entanto, é comum a presença de um nódulo residual ou de uma massa de tecido fibroso, o que pode demandar remoção cirúrgica (SAPP et al., 1999).

O procedimento cirúrgico consiste na excisão do excesso de tecido e na confecção de uma nova prótese. Quando a prótese encontra-se adequadamente adaptada, observa-se que a lesão não apresenta recidiva (NEVILLE et al., 1998).

2.3. Métodos de prevenção das lesões bucais associadas a próteses dentárias

Um dos aspectos mais importantes para o sucesso de qualquer tipo de tratamento odontológico é o acompanhamento adequado do paciente após sua conclusão.

A própria presença de uma prótese parcial removível pode contribuir para a aceleração de problemas periodontais, em decorrência do aumento na formação de placa bacteriana e da retenção de resíduos alimentares, tanto na região dente-grampo quanto na área do conector maior em contato com os tecidos gengivais (COSTA et al., 1997).

Entretanto, o acúmulo de placa bacteriana associado ao uso da prótese parece ser significativo apenas quando o paciente não é devidamente orientado pelo cirurgião-dentista ou quando os cuidados de higiene são inadequados (LELES; MELO; OLIVEIRA, 1999).

Associada ao trauma, a má higienização da prótese atua como fator predisponente ao surgimento de lesões, como a candidíase, cujo desenvolvimento depende também das condições gerais de saúde do hospedeiro.

De forma geral, a proliferação de tecidos que aparece no palato deve-se tanto à irritação mecânica quanto ao acúmulo de detritos alimentares contaminados por microrganismos (FELTRIM et al., 1987).

É importante destacar que os efeitos adversos das próteses removíveis sobre a saúde bucal podem ser minimizados quando se estabelece um programa de controle e manutenção periódica, aliado à motivação contínua do paciente (LELES; MELO; OLIVEIRA, 1999).

As próteses removíveis que não se adaptam adequadamente ao rebordo

alveolar devem ser corrigidas ou substituídas. A avaliação periódica da base da prótese e suas devidas modificações, com o objetivo de remover fontes de trauma, são fundamentais para reduzir os danos potenciais (PARANHOS et al., 1991).

As lesões na fibromucosa e nos tecidos periodontais decorrentes da instalação de próteses são comumente identificadas durante o primeiro retorno do paciente à clínica (PARANHOS et al., 1991).

Por esse motivo, recomenda-se o retorno do paciente após 24 horas da instalação da nova prótese, com o objetivo de realizar ajustes na base acrílica para aliviar áreas de compressão que estejam causando trauma à mucosa, bem como realizar ajustes oclusais que favoreçam uma mastigação eficiente (PARANHOS et al., 1991).

Outro ponto relevante é o tempo de uso da prótese, pois muitos pacientes encaram a nova dentição artificial como permanente. No entanto, é imprescindível que o paciente esteja consciente de que os tecidos bucais, assim como qualquer outra estrutura do corpo, passam por mudanças fisiológicas que precisam ser acompanhadas por um profissional, por meio de visitas periódicas ao consultório (GONÇALVES et al., 1995).

A higiene bucal é um dos principais fatores para a manutenção da saúde do sistema estomatognático. Cabe ao cirurgião-dentista a responsabilidade de orientar e incentivar o paciente quanto à higienização adequada da cavidade oral e da prótese. Essa orientação deve incluir a escovação da língua, que frequentemente é esquecida (GONÇALVES et al., 1995).

Recomenda-se o uso de escovas específicas para próteses removíveis, associadas a pastilhas efervescentes contendo peróxidos, promovendo uma limpeza eficiente. Essa higiene deve ser complementada com escovação intraoral e o uso de antissépticos bucais, evitando o acúmulo de saburra na língua.

O paciente também deve ser instruído a não dormir com a prótese, permitindo que os tecidos orais descansem e que estruturas como língua, saliva, bochechas e lábios exerçam sua função natural de limpeza (GONÇALVES et al., 1995).

Além disso, é fundamental orientar o paciente quanto à necessidade de substituição periódica das próteses, a fim de minimizar a ocorrência de lesões. Quanto mais antiga for a prótese, maior será sua desadaptação, e, conseqüentemente, mais frequentes serão as lesões. Observa-se ainda que, mesmo

após o tratamento protético e o recebimento de orientações, o comportamento positivo do paciente tende a diminuir com o tempo. Dessa forma, recomenda-se que cada paciente seja submetido a reavaliações periódicas para revisão e reforço das condutas inicialmente estabelecidas (RASTANEN et al., 1980).

2.3.1. Consultas Periódicas

Os pacientes portadores de próteses removíveis devem ter atenção especial quanto ao tempo de utilização dessas estruturas, uma vez que muitos acreditam que a dentição artificial terá caráter permanente. Cabe ao cirurgião-dentista esclarecer que os tecidos da cavidade oral, assim como quaisquer outros tecidos do organismo, sofrem alterações fisiológicas ao longo do tempo. Por esse motivo, as consultas periódicas de controle são fundamentais (GOIATO et al., 2005).

As consultas de acompanhamento da prótese devem ser realizadas, no mínimo, uma vez ao ano. A avaliação periódica é essencial para identificar e eliminar traumas decorrentes do uso da prótese, minimizando, assim, possíveis danos aos tecidos bucais. Além disso, recomenda-se que, após a entrega da prótese, o paciente seja reavaliado em até 24 horas, a fim de verificar possíveis áreas de compressão ou desconforto.

Durante essas consultas, caso seja constatada higiene oral deficiente por parte do paciente, o cirurgião-dentista deve atuar de forma educativa, reforçando as instruções de higiene oral e dos cuidados com a prótese (GOIATO et al., 2005).

Diversos fatores podem interferir na adaptação do paciente à prótese removível, como a ausência de ajustes periódicos, a necessidade de reembasamentos, ou mesmo a não substituição da prótese dentro do tempo recomendável. Estima-se que o tempo médio de duração de uma prótese parcial removível seja de aproximadamente três anos. No entanto, é comum observar pacientes que fazem uso da mesma prótese por 20, 30 anos ou mais, o que compromete significativamente sua função e pode agravar condições patológicas (MENDES et al., 2008).

Dessa forma, o paciente portador de PPR deve manter cuidados rigorosos com a higienização tanto da prótese quanto da cavidade bucal. Para isso, é indispensável que o cirurgião-dentista forneça orientações claras desde a primeira consulta, além de atuar constantemente na motivação do paciente para a

manutenção da saúde bucal (MENDES et al., 2008).

2.3.2. Métodos de higienização em próteses removíveis

Idealmente, os métodos de limpeza das próteses devem ser simples, de baixo custo, possuir sabor agradável, ser atóxicos, compatíveis com os materiais utilizados na confecção da prótese, eficazes na remoção de manchas, bem como apresentar ação bactericida e fungicida (SILVA, 2005).

Atualmente, existem diversos recursos disponíveis no mercado para a remoção da placa bacteriana, manchas e cálculos das próteses, os quais podem variar entre métodos físicos, químicos ou mesmo a associação de ambos (SILVA, 2005).

Os métodos de higienização podem ser classificados da seguinte forma:

- Métodos mecânicos: consistem na remoção física dos resíduos, utilizando escova protética de cerdas macias, associada a sabão neutro ou dentífrico de baixa abrasividade. Outra possibilidade é o uso de aparelhos de ultrassom, que convertem energia elétrica em energia mecânica com frequência de aproximadamente 20.000 ciclos por segundo;
- Métodos químicos: utilizam substâncias específicas para auxiliar na limpeza das próteses, como hipoclorito de sódio, peróxidos alcalinos, agentes ácidos, enzimas e o gluconato de clorexidina;
- Métodos combinados: consistem na associação entre os métodos mecânicos e químicos, visando potencializar a remoção de biofilme e agentes patogênicos (BASTOS et al., 2015).

2.3.2.1. Método de Higienização Químico

Para auxiliar na limpeza da Prótese Parcial Removível (PPR), alguns métodos químicos são contraindicados. É o caso dos ácidos, dos peróxidos alcalinos e dos hipocloritos alcalinos, pois esses agentes podem danificar ou alterar os materiais componentes da prótese, provocando corrosão ou enfraquecimento dos metais, manchamento da resina acrílica, além de não removerem manchas e cálculos. Também apresentam efeitos deletérios sobre a resina resiliente utilizada em reembasamentos (KAZUO et al., 2008).

Apesar dessas limitações, os métodos químicos ainda constituem uma alternativa viável para a higienização das próteses. Entre eles, destacam-se os seguintes produtos:

- Hipocloritos alcalinos: apresentam-se na forma de solução e seu uso é contraindicado em PPRs devido ao potencial corrosivo sobre os componentes metálicos (NEILL, 1968). Ainda assim, a recomendação clínica do uso de alvejantes domésticos para a higienização e desinfecção de próteses é comum, uma vez que esses produtos dissolvem a matriz orgânica, evitando a formação de tártaro. Apresentam boa efetividade na remoção de manchas e também ação bactericida e fungicida (SESMA et al., 1999). Comercialmente, apresentam-se em diferentes concentrações. Para a desinfecção de próteses, recomenda-se o uso do hipoclorito de sódio a 0,525%, com imersão de 10 minutos, seguida de enxágue abundante e imersão em água potável por toda a noite, a fim de minimizar os danos aos metais. Este método é considerado simples e de fácil execução, especialmente para pessoas com dificuldades motoras que não se adaptam à escovação. Entretanto, o gosto desagradável pode persistir na prótese, caso não seja adequadamente lavada após a imersão (KAZUO et al., 2008). As desvantagens do uso do hipoclorito de sódio incluem a possibilidade de clareamento dos materiais da prótese, corrosão de componentes metálicos — como as estruturas em cobalto-cromo utilizadas nas próteses parciais removíveis — e o odor desagradável (SESMA et al., 1999).
- Peróxidos alcalinos: são combinações químicas complexas de ingredientes ativos, desenvolvidas para atuar sobre os constituintes orgânicos depositados nas superfícies das próteses. Apresentam-se sob a forma de pó ou tabletes, e, quando misturados com água, transformam-se em soluções alcalinas de peróxido de hidrogênio. Pelo fenômeno da efervescência, liberam bolhas de oxigênio que promovem, além de uma limpeza química, uma ação mecânica, removendo detritos e manchas superficiais. Também apresentam alguma atividade bactericida. Podem ser utilizados em próteses removíveis, com ou sem estrutura metálica. No entanto, o enxágue inadequado pode deixar resíduos do produto na prótese, os quais podem provocar lesões nos tecidos da cavidade bucal. Para próteses reembasadas com material resiliente temporário, recomenda-se a imersão em hipoclorito alcalino por cerca de 20 minutos (KAZUO et al., 2008).

- Gluconato de clorexidina: é um desinfetante amplamente utilizado como agente antimicrobiano, com atividade contra uma variedade de microrganismos, incluindo bactérias gram-positivas e gram-negativas, fungos, leveduras, anaeróbios facultativos e aeróbios. Seu efeito clínico baseia-se na inibição da formação do biofilme e na melhoria da condição da mucosa, auxiliando no combate à estomatite protética. Em baixas concentrações atua como bacteriostático, e em concentrações mais altas, como bactericida. Entretanto, o uso diário para imersão de próteses não é recomendado, pois pode causar manchas amareladas ou acastanhadas, além de deixar gosto amargo residual. O tempo ideal de imersão depende da diluição da clorexidina, variando entre 5 a 10 minutos semanais (SESMA et al., 1999). A imersão da prótese em clorexidina a 2% reduz significativamente a formação de placa bacteriana e melhora a saúde da mucosa bucal. O produto apresenta baixa toxicidade e não há relatos de efeitos teratogênicos, produtos cancerígenos ou de retenção sistêmica prolongada (SESMA et al., 1999).
- Vinagre (ácido acético): Basson et al. (1992) demonstraram que o vinagre branco (solução de ácido acético) apresentou eficácia na remoção da aderência de microrganismos, embora tenha se mostrado menos efetivo que os alvejantes caseiros. Contudo, apresentou alto efeito antifúngico contra *Candida albicans*. Devido à sua ampla disponibilidade, baixo custo e facilidade de preparo, os resultados são promissores para o uso do vinagre no combate à estomatite protética. No entanto, o contato direto com as superfícies protéticas pode danificar os materiais e causar trauma à mucosa de suporte. A recomendação de uso consiste em dissolver duas colheres de sopa de vinagre branco em um copo de água, deixando a prótese em imersão por 10 a 15 minutos. Após esse tempo, deve-se enxaguar bem a prótese antes de usá-la novamente. É importante orientar o paciente a não utilizar vinagre de vinho tinto, pois este pode manchar as próteses (KAZUO et al., 2008).
- Ácidos: são agentes químicos eficazes na remoção de manchas e tártaro, além de apresentarem ação fungicida contra *Candida albicans* (ALDANA et al., 1994). Os ácidos utilizados incluem ácido clorídrico a 5%, ácido benzoico e ácido fosfórico a 15%. No entanto, devido ao seu alto grau de acidez, exigem cuidados rigorosos de manipulação, pois são nocivos à pele e aos olhos. Esses agentes não são recomendados para a limpeza de próteses parciais

removíveis (PPR) convencionais, pois promovem o enfraquecimento dos componentes metálicos. Sua aplicação pode ser considerada em próteses provisórias, desde que com orientação profissional adequada. A aplicação é feita diretamente sobre a prótese, com o auxílio de uma escova ou esponja, por um curto período de tempo (PARANHOS et al., 1991).

- Enzimas: os agentes enzimáticos atuam por meio da degradação da parede celular da *Candida albicans*, especialmente pelas enzimas proteolíticas. Esses produtos causam menor dano ao metal e à resina da prótese quando comparados a outros agentes químicos (NAKAMOTO et al., 1991; TAMAMOTO et al., 1985). As enzimas estão disponíveis comercialmente sob a forma de tabletes solúveis em água, podendo ser utilizadas isoladamente ou em combinação (BUDTZ, 1979). As mais utilizadas incluem dextrase, mutanase, lipase, amilase e tripsina. A combinação mais comum e eficaz é a de mutanase com proteinase, sendo recomendada a imersão das próteses por aproximadamente 15 minutos, uma ou duas vezes ao dia, em solução contendo ambas as enzimas (KAZUO et al., 2008). Essa prática tem se mostrado eficiente na remoção de *Candida albicans* da superfície da resina acrílica, preservando a integridade da prótese.

2.3.2.2. Método de Higienização Mecânico

O método mecânico é o meio mais utilizado pelos pacientes para a higienização de suas próteses. Consiste no uso de escova dental convencional ou elétrica, combinada com outros agentes como água, sabão neutro e dentífrico; inclui-se também o uso de micro-ondas para higienização (SILVA; SEIXAS, 2008).

Trata-se de uma técnica simples e de baixo custo, porém que requer certa destreza manual. Muitas vezes, as cerdas da escova não conseguem alcançar áreas de difícil acesso, como regiões dos grampos e partes profundas do acrílico, não eliminando completamente o biofilme nessas regiões, pois as escovas convencionais não possuem formato anatômico que permita atingir toda a superfície da prótese (SILVA; SEIXAS, 2008).

A escovação é o método mecânico mais utilizado pelos pacientes e recomendado pelo cirurgião-dentista, sendo considerado simples, barato e efetivo. No entanto, o uso de escovas com cerdas duras e pastas dentárias, que não

apresentam componentes que eliminem a placa bacteriana já instalada, pode ser prejudicial. Essas pastas são excessivamente abrasivas e, a longo prazo, causam rugosidades e irregularidades na superfície da prótese, danificando a resina acrílica e tornando-a mais porosa e suscetível ao acúmulo de biofilme (PURNAVEJA et al., 1982; KAZUO et al., 2008).

As escovas usadas para a limpeza dos dentes naturais não devem ser as mesmas indicadas para a higienização protética, pois sua forma inadequada dificulta a limpeza efetiva, impedindo o alcance de todas as áreas externas e internas da prótese. Além disso, o uso incorreto pode provocar acidentes e danos à superfície polida do aparelho.

As escovas específicas para próteses possuem cerdas mais macias em comparação às convencionais, com o objetivo de não danificar o material polido da prótese. As cerdas são distribuídas em tufos nos dois lados da cabeça da escova: um tufo mais grosso para a escovação da parte externa e outro mais comprido para alcançar as regiões mais profundas da base protética (PURNAVEJA et al., 1982; KAZUO et al., 2008).

Porém, esse método apresenta algumas desvantagens e limitações. A principal desvantagem é a abrasão gerada sobre a base da dentadura (resina acrílica) e sobre os dentes artificiais durante a escovação. Essa abrasão pode resultar na perda de material, aumento da rugosidade, perda do brilho e, conseqüentemente, problemas na adaptação da própria prótese. Além disso, esse método é de difícil execução para pacientes com problemas de coordenação motora (SILVA; SEIXAS, 2008).

Entre as limitações, destaca-se a incapacidade de remover a *Candida albicans* instalada sobre a resina acrílica, que é a principal etiologia da estomatite protética. Portanto, é necessário utilizar outros procedimentos para realizar essa limpeza. A proliferação do fungo inicia-se na base da prótese e não na mucosa do paciente. Em casos de estomatite protética, além da limpeza e desinfecção da prótese, está indicada a remoção de aproximadamente 1 mm da superfície interna do acrílico, pois o fungo é capaz de penetrar nas lacunas da resina. Também é recomendado o reembasamento com material condicionador de tecido (PURNAVEJA et al., 1982; KAZUO et al., 2008).

O ultrassom também é considerado um método mecânico alternativo para a desinfecção de próteses. Seu princípio de funcionamento baseia-se na conversão

de energia elétrica em energia mecânica, com frequência de 20.000 ciclos por segundo. Esse método, geralmente utilizado por profissionais, é bastante eficiente na remoção de cálculo, placa bacteriana e manchas causadas por café e cigarro. É comumente empregado em hospitais, clínicas de repouso e consultórios odontológicos, sendo indicado para pacientes com deficiência motora (SHAY, 2000). A limpeza ocorre por meio de vibradores sônicos e ultrassônicos, e a desinfecção da prótese é complementada pela ação do agente de imersão, sendo o hipoclorito de sódio o mais indicado, seguido pelos efervescentes comerciais (SHAY, 2000).

Outra alternativa é a desinfecção por micro-ondas, que consiste em imergir a prótese em água e submeter o conjunto a irradiação por seis minutos em forno micro-ondas. Esse método é atóxico, fácil, barato e acessível, porém pode alterar propriedades da resina acrílica. Além disso, não é indicado para próteses parciais removíveis que possuam estrutura metálica (SILVA; SEIXAS, 2008).

2.3.2.3. Método de Higienização Combinado

O método combinado consiste na associação do uso de escova e dentífrico sem abrasivo ou sabão neutro, seguido da imersão em uma solução química. Esse método é efetivo na limpeza das próteses, pois os agentes químicos apresentam atividade microbiana superior à limpeza manual com escova. Recomenda-se a utilização conjunta dos métodos mecânico e químico de higienização, a fim de obter um controle adequado do biofilme nos aparelhos protéticos. Ressalta-se também a importância de que os portadores de aparelhos protéticos saibam realizar corretamente e diariamente a higienização mecânica das próteses.

Acrescenta-se a esse protocolo o uso do hipoclorito de sódio a 2,25% (água sanitária de uso doméstico), por meio da imersão da prótese em solução preparada com 15 ml de hipoclorito de sódio em 200 ml de água, pelo período de 10 minutos a cada 4 dias, visto que após esse intervalo inicia-se a recolonização do biofilme por *Streptococcus mutans* e *Candida albicans*. Esse protocolo demonstrou alta eficiência, removendo aproximadamente 100% do biofilme em 37% da amostra, sem apresentar resultados ineficazes (PURNAVEJA et al., 1982; KAZUO et al., 2008).

Assim, a limpeza manual remove debris alimentares, enquanto as soluções químicas atuam contra os microrganismos que não são removidos pela escovação, especialmente aqueles situados em regiões mais profundas (MARCHINI et al., 2001).

Para as próteses parciais removíveis com estrutura metálica, o material mais indicado para higienização são as pastilhas efervescentes dissolvidas em água morna, utilizadas diariamente por cinco minutos. A solução obtida pode ser empregada também para a escovação da prótese. Por fim, recomenda-se a remoção das próteses durante o sono, deixando-as imersas em um copo com água, o que permite o descanso da mucosa e melhora a circulação sanguínea (PURNAVEJA et al., 1982; KAZUO et al., 2008).

3. DISCUSSÃO

Os objetivos da prótese que motivam seu emprego na reabilitação do paciente — visando estética, função, fonética e conforto — podem, devido à instalação de próteses mal adaptadas e à falta de orientação adequada ao paciente, afetar de forma adversa o prognóstico final do tratamento, ocasionando o aparecimento de lesões orais (SILVA; SEIXAS, 2008).

A própria presença de uma prótese parcial removível pode contribuir para acelerar problemas periodontais, devido ao aumento da formação de placa e retenção alimentar, tanto na área do grampo dentário quanto na interface entre o conector maior e o tecido gengival. Contudo, o acúmulo significativo de placa bacteriana associada à prótese ocorre principalmente quando o paciente não recebe orientações adequadas do cirurgião-dentista sobre cuidados de higiene (PURNAVEJA et al., 1982; KAZUO et al., 2008).

O cirurgião-dentista deve atentar para diversos fatores na correta confecção da prótese, além de fornecer orientações detalhadas ao paciente sobre o uso e a manutenção do dispositivo, a fim de evitar agressões constantes à mucosa que possam provocar lesões orais. São necessárias consultas de acompanhamento para monitorar a saúde bucal após a instalação da prótese (MARCHINI et al., 2001).

O tempo de uso das próteses também deve ser reforçado, pois para a maioria dos pacientes a dentição artificial será permanente. Estudos indicam que, após o tratamento protético, as instruções recebidas e o comportamento positivo dos

portadores tendem a diminuir em um curto período. Dessa forma, devem ser instituídas reavaliações periódicas para revisão e reforço das orientações iniciais (MARCHINI et al., 2001).

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que, para obter êxito no tratamento protético, é necessário estabelecer um protocolo eficiente, que abranja desde a confecção até a instalação da prótese, aliado à correta orientação do cirurgião-dentista ao paciente quanto ao uso e aos métodos de higienização das próteses.

O uso de próteses mal confeccionadas, mal adaptadas ou em mau estado de conservação favorece o surgimento de lesões bucais. Portanto, o protocolo de confecção e entrega da prótese deve garantir a qualidade do trabalho, possibilitando a prevenção das complicações abordadas. Caso haja algum problema na adaptação à condição do rebordo ou na confecção da prótese, esta deverá ser corrigida ou substituída.

Observa-se na literatura uma variedade de lesões que acometem a cavidade bucal, principalmente decorrentes da presença de próteses mal adaptadas e da ineficiência na orientação do paciente pelo profissional.

Além da higienização da prótese, cabe ao cirurgião-dentista a fundamental responsabilidade de orientar o paciente e monitorar possíveis alterações tanto na prótese quanto na mucosa oral.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, A.C.M.G; CAMPOS M.L; SILVEIRA J.L.G.V. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. **Rev Odontol UNESP**, v. 44, n. 2, p. 74-79, Mar/Abr, 2015.
- ALDANA, L. et al. Effects of candida treatment regimens on the physical properties of denture resins. *Journal of Prosthodontics*, v. 7, n. 5, p. 473-478, 1994.
- Almeida, M.A.B.de, Gutierrez, G.L. & Marques, R. (2012). Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo (SP): Escola de Artes, Ciências e Humanidades-EACH/USP. Recuperado em 06 julho, 2012, de: http://www.each.usp.br/edicoeseach/qualidade_vida.pdf.
- Almeida VGV, Melo GMS, Lima GA. Queilite angular: sinais, Sintomas e tratamento. *International Journal of Dentistry*. 2007; 6(2): 55-57.
- ARAÚJO, N. S. de; ARAÚJO, V. C. de. **Patologia Bucal**. São Paulo: Artes médicas, 1.ed., p. 51-53, 1994.
- 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. *R. Paul. Odontol.*, São Paulo, n.4, p.4-8, out./dez. 2005.
- Amaral, B. *et alii*. (2009). Estudo Clínico Longitudinal Comparativo da Condição Periodontal de Pilares Directos de Próteses Parciais Removíveis Dento-Suportada e Dento-Muco-Suportada. *Pesquisa Brasileira Odontopediatria Clínica Integrada*, 9(3/Set./Dez.), pp.381-388.
- Arnaud, R. *et al*. (2012). Denture Stomatitis: Prevalence and Correlation with Age and Gender. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 16(1), pp. 59-62;
- AZUL, A. *et alli*. (2006). Patologia maia frequente da mucosa oral. *Rev Por Clin Gera*, 22, pp.369-377.
- BATISTA, A. (2011). Avaliação do Planejamento de Prótese Parcial Removível em Modelos Recebidos por Laboratórios de João Pessoa, PB. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, pp.1-7.
- BRAGA, S. R. S.; TELAROLLI JÚNIOR, R.; BRAGA, A. S. et al. Avaliação das condições e satisfação com as próteses em idosos da região central do estado de São Paulo (Brasil). *Rev. Odontol. Unesp, Araçatuba*, v. 31, n.1, p. 39-48, jan./jun. 2002.
- BARBOSA, S. A. **Necessidade de Prótese em Idosos: Breve revisão de Literatura Odontológica Brasileira**. 2010. 20 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais. Montes Claros - Minas Gerais.

BORAKS, S. Diagnóstico bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. – Brasília, 2010

Budtz-Jorgensen E. Material and methods for cleaning dentures. *J. prosthet. dent.* 1979;42(6):619-23.

CARREIRO, A. F. P. et al. Aspectos biomecânicos das próteses parciais removíveis e o periodonto de dentes suportes. **Revista Periodontia**, v. 18, n. 1, p. 105-113, 2008.

Carvalho de Oliveira TR, Frigerio MLMA, Yamada MCM, Birman EG. Avaliação da estomatite protética em portadores de próteses totais. *Pesqui Odontol Bras* 2000;14(3):219-24.

COELHO CMP, Sousa YTCS, Daré AMZ. Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry. *J Oral Rehabil.* 2004 Feb; 31(2):135-9.

COSTA, M. M.; OLIVEIRA, J. E. C.; PRADO, C. J.; et al. As próteses removíveis e as iatrogenias evitáveis. *Robrac, Goiânia*, v. 6, n. 21, p.11-13, mar. 1997.

DAVENPORT, J. *et alii.* (2001). Initial prosthetic treatment. *British Dental Journal*, 190(5/Março), pp. 235-244.

DE CARLI, J.P.; BERNABÉ, D.G.; KAWATA, L.; MORAES, N.P.; SILVA, S.O. Hiperplasia palatina por câmara de sucção tratada por meio da eletrocirurgia – relato de dois casos clínicos. *Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo, Passo Fundo*, v. 11, n. 2, p. 81-5, 2006.

DESPLATS, E.; KEOGH, T. *Protesis parcial removible*. 1ª ed. Madrid:Harcourt; 1998.

DE MARCHI , R. J. et al. Association between oral health status and nutritional status in south Brazilian independent - living older people. **Nutrition**, v. 24, n. 6, p. 546- 53, Jun. 2008.

Fajardo, R.S., Sundefeld, M.L.M.M., Cação, F.M., Nepomuceno, G.C., Amaral, T.C., Goiato, M.C. & Marfinati, S.M.A.P. (2002, abr./jun.). Análise das condições funcionais e psicológicas em pacientes edêntulos portadores de próteses totais. Belo Horizonte (MG): *Arquivos em Odontologia*, 38(2), 87-94.

FRANÇA, B. H. S.; SOUZA, A. M. Prevalência de manifestações estomatológicas originárias do uso de próteses totais. *J Bras Clin Odontol Integr.* [s.l.], v. 7, n. 40, p.296-300. 2003. FREITAS, J.B.

FELTRIN, P. P.; ZANETTI, A. L.; MARCUCCI, G. et al. Prótese total mucosuportada. I -Lesões da mucosa bucal. *Rev. Assoc Paul Cir Dent* , São Paulo, v. 41, n. 3, p.150-159, set./out. 1987.

FERREIRA, A. A. A. et al. A dor e a perda dentária: representações sociais do

cuidado à saúde bucal. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 211-218, 2006.

Figueiral MH, Azul A, Pinto E, Fonseca PA, Branco FM, Scully C. Denturerelated stomatitis: identification of aetiological and predisposing factors - a large cohort. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2012;34(6):448-55. PubMed PMID: 2012730235. Language: English. Entry Date: 20080307. Revision Date: 20121218. Publication Type: journal article

FIGUEIRAL, M. et al. (2007). Denture-related stomatitis: identification of aetiological and predisposing factos – a large cohort. *Journal of oral rehabilitation*. 34, pp.448-455;

FONSECA, P.; AREIAS, C.; FIGUEIRAL, M. H. Higiene de próteses removíveis. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, v. 48, n. 3, p. 141-146, 2007.

FRANÇA, B. H. S.; SOUZA, A. M. Prevalência de manifestações estomatológicas originárias do uso de próteses totais. *J Bras Clin Odontol Integr*. [s.l.], v. 7, n. 40, p.296-300. 2003. FREITAS, J.B.

FREIRE, S.A. (2003). Educação permanente e qualidade de vida na velhice – meta e desafio na atualidade. *In: 3º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Anais*. Santos, SBGG - São Paulo (SP).

GOIATO MC, Castelleoni L, Santos DM dos, GenaroFilho H, Assunção WG. Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis; *Pesq. Bras Odontoped. Clin.integr*. 2005;5(1):85-90.

Fonseca P, Areias C, Figueiral MH. Higiene de próteses removíveis. *Rev. Port. Estomatol.cir.maxilofac*. 2007;48(3):141-146.

Gater L. Understanding xerostomia. *Dental Assistant* (Chicago, Ill: 1994). 2012;77(4):22. PubMed PMID: 18807325.

GONÇALVES LFF, Silva Neto DR, Bonan RF, Carlo HL, Batista AUD. Higienização de próteses totais e parciais removíveis. *Ver. Bras. Ciênc. Saúde*. 2011;15(1):87-94.

ITO, M. et al (2013). The combination of a nylon and traditional partial removable dental prosthesis for improved esthetics: A clinical report. *J Prosthet Dent*. 109, pp.5-8.

JAINKITTIVONG, A. *et alii*. (2009). Oral mucosal lesions in dentures wearers. *Journal compilation Gerodontology*, 27(Janeiro), pp. 26-32.

JITOMIRSKI, F. (2000). Atenção a idosos. *In: Pinto, V.G. Saúde Bucal Coletiva*. (4a ed.). Santos (SP).

KAISER, F. (2005). Prótese Parcial Removível. Disponível em < www.dentalstrategy.com>, consultado em [13/8/14].

- KIGNEL, S. et al. Hiperplasia fibrosa inflamatória. *Rev Paul Odontol* v. 21, n. 2, p.
- KAZUO SD, Ferreira UCS, Justo KD, Rye OE, Shigueyuki EU. Higienização em prótese parcial removível. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*. 2008;20(2):168-4.
- LANGLAIS, R. *et alii*. (2003). *Color Atlas of Common Oral Disease*. 3ªEd. Philadelphia. Lippincot.
- LELES, C. R.; MELO, M.; OLIVEIRA, M. M. M. Avaliação clínica do efeito da prótese parcial removível sobre a condição dental e periodontal de desdentados parciais. *Robrac, Goiânia*, v. 8, n. 25, p. 14-18, ago. 1999.
- MARCHINI, L. et al. Prótese dentária na terceira idade. **Revista APCD**, v. 55, n. 2, p. 83-87, 2001.
- MENDES, J. *et alii*. (2008). Estudo Comportamental do Poli(metilmetacrilato) nos Rebasamentos Indirectos. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 49(1), pp. 5-12.
- MINAYO, M.C.S., Hartz, Z.M.A. & Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Rio de Janeiro (RJ): *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 25-33.
- MODAFFORE, P. et al (2010). O que devemos enviar ao laboratório para confecção de uma boa prótese parcial removível. *Jornal brasileiro de clinica e estetica em odontologia*. 4 (24), pp.77-81.
- NAKAMOTO, K.; TAMAMOTO, M.; HAMADA, T. Evaluation of denture cleansers with and without enzymes against *Candida albicans*. *Journal Prosthetic Dentistry*, v. 66, n. 6, p. 792-795, 1991.
- NEVILLE B. N. *Patologia oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.N.; BOUQUOT, J.E. *Patologia oral e maxilofacial*. 2ª. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- NEVILLE, B.W. et al. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier;2016. 972p.
- NISHIMORI, L. et al (2013). Estética das Prótese Flexíveis: Relato De Caso Clinico, *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Resourch- BJSCR*, 5 (3), pp.37-40.
- NOORT, R. (2007). *Introdução aos Materiais Dentário*.3ª edição, Rio de Janeiro, capítulo 3.2. pp.127-130.
- OMS. THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): POSITION PAPER FROM THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. *SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE*. V.41, N.10, P.403-409,1995.

PARANHOS, H. D. F. O.; MALACHIA, A.; PARDINI, L. C. Materiais para limpeza de dentaduras: revisão de literatura. *Revista da Faculdade Odontologia de Lins*, v. 4, n. 2, p. 19-24, 1991.

Política de Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – 2015.

RANTANEN, T. et al. Effect of instruction and motivation on dental knowledge and behavior among wearers of partial dentures. *Acta Odontol Scand*, Oslo, v. 38, n. 1, p. 9-15, 1980.

SAPP, J.P; EVERSOLE, L.R; WYSOCKI, G.W. Contemporary oral and maxillofacial pathology. St. Louis: Mosby, 1997.

SANTOS, M.E.S.M.; COSTA, W.R.M; SILVA NETO, J.C. Terapêutica cirúrgica da hiperplasia fibrosa inflamatória – Relato de caso. *Rev Cirurg Traumatol Buco-Maxilo-Facial*, Recife, v. 4, n. 4, p.241-245, 2004.

SCARLECIO M, Valente T, Israel MS, Ramos ME. Estomatite protética versus candidíase: diagnóstico e tratamento. *Revista Gaúcha de Odontologia*. 2007;

SENNA, A. (2012). Terapia fotodinâmica antimicrobiana no tratamento da estomatite protética. Tese apresentada à Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Ciências na área de Tecnologia Nuclear – Materiais.

SESMA, N. et al. Eficiência de métodos caseiros de higienização e limpeza de próteses parciais removíveis. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, v. 53, n. 6, p. 463-468, 1999.

SILVA, RJ, SEIXAS, ZA. Materiais e métodos de Higienização para Próteses Removíveis. *Int J Dent*. 7(2):125-132, abr./jun., 2008.

SILVA, M. M. Efetividade da irradiação por micro-ondas na desinfecção de próteses totais. 2005. 140f. Dissertação (Mestrado em Reabilitação Oral) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araraquara, Araraquara, SP, 2005.

SILVA, L.G. & Goldenberg, M. (2001). A mastigação no processo de envelhecimento. *Revista CEFAC*, 3, 27-35. São Paulo (SP): CEFAC.

SIMÕES, R. Fonseca, P. e Figueiral, M. (2013). Infecções por *Candida spp* na Cavidade Oral. *Revista do Conselho Regional de Odontologia*. 12(1), pp. 19-22;

SHAY, K. Denture hygiene: A review and update. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, Winter Issue, v. 1, n. 2, p. 1-7, 2000.

Souza, M., (2008). Manual de Protese Parcial Removível. Disponível em <portuguese.free-ebooks.net>, consultado em [14/8/14].

TAMAMOTO, M. et al. Ability of enzymes to remove *Candida*. *Journal Prosthetic*

Dentistry, v. 53, n. 2, p. 214-216, 1985.

TELES, J.A.C.F. Lesões na cavidade oral associadas ao uso de prótese parcial removível. 2010. 34 f. Monografia (licenciatura em Medicina Dentária) - Universidade Fernando Pessoa, Cidade do Porto, Portugal, 2010.

TODOSCAM , R; Silva, E.; Silva OJ. (1996). *Atlas de Protese Removivel*. São Paulo, Editora Santos.

Turner M, Jahangiri L, Ship JA. Hyposalivation, xerostomia and the complete denture: A systematic review. *Journal of the American Dental Association (JADA)*. 2013;139(2):146-50. PubMed PMID: 30057154.

VARGAS, A. M. D.; PAIXÃO, H. H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 1015-1024, 2005.