FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS

RENATA MARIA MARTINS OLIVEIRA

ESTOMATITE PROTÉTICA:

REVISÃO DE LITERATURA

RECIFE

2016

RENATA MARIA MARTINS OLIVEIRA

ESTOMATITE PROTÉTICA:

REVISÃO DE LITERATURA

Artigo apresentado ao curso de especialização da Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas (FACSETE) como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Prótese Dentária

Orientador:João Esmeraldo Frota Mendonça

RECIFE

2015

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS

Artigo intitulado *"Estomatite Protética: Revisão de Literatura"* de autoria da aluna Renata Maria Martins Oliveira, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



Recife, 11 de fevereiro de 2016

ESTOMATITE PROTÉTICA:

REVISÃO DE LITERATURA

Prof. Dr.João Esmeraldo Frota Mendonça

Renata Maria Marins Oliveira[2]

1- Mestre em Neurobiologia - UFPE

2- Aluna do curso de Especialização em Prótese Dentária pela Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas

Resumo

A estomatite protética se caracteriza por uma infecção que geralmente é causada pelo fungo *Candida Albicans*, atigindo geralmente pacientes usuário de próteses totais e próteses parciais removíveis. Com o aumento da longividade e a procura de um qualidade de vida, mais pacientes procuram o uso de dentaturas mucosuportada devido ao seu custo e benefícios. Porem próteses dentarias totais e próteses parciais removíveis apresentam suas limitações. A freqüência de estomatite está associada ao uso de dentaduras, aumentando conforme o tempo de uso e a não higienização e retirada desta, incluindo entre os três tipos de classificação flacidez de rebordo alveolar, as úlceras traumáticas e as lesões do palato duro. O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura, abordando sobre a etiologia, prevalência, faixa etária e os tipos de próteses que é mais predisponente ao surgimento das estomatites

Palavras chaves: estomatite, candidíase , prótese

Abstract

Denture stomatitis is characterized by an infection which usually is caused by the fungus Candida Albicans , patients usually atigindo user and removable partial dentures . With the increased longevity and demand of quality of life, most patients seek the use of dentaturas mucosuportada due to its cost and benefits. However total and partial dental prostheses have limitations. The frequency of stomatitis is associated with the use of dentures, increasing as the use of time and not cleaning and withdrawn, including between the three types of alveolar ridge sagging classification, traumatic ulcers and lesions of the hard palate . The objective of this study is to conduct a literature review , covering the etiology , prevalence , age and the types of prosthetics that is more predisposing to the emergence of stomatitis

Key words : stomatitis , candidiasis, prosthesis

Introdução

O gênero *Candida* é caracterizado por leveduras, células arredondadas ou ovais com 2 a 4 µm de diâmetro. Estes fungos habitam normalmente as mucosas e só causam doenças quando existem condições que favoreçam seu crescimento. A evidência clínica ou não de infecção depende provavelmente de três fatores gerais: o estado imunológico do hospedeiro; o meio ambiente da mucosa bucal e a resistência da levedura *Candida.* [1]

Sendo, o fungo *Candida Albicans* e o trauma causado por uso de prótese mucosuportada uma das principais etiologia da estomatite protética , que também esta relacionada a problemas multifatoriais, esta doença afeta comumente a mucosa bucal, também conhecida por: candidíase eritematosa, estomatite por dentadura, estomatite por cândida e candidíase atrófica crônica.

Seu diagnostico pode ser feito na maioria das vezes por apresentar as seguinte característica clínicas, como: alteração da cor da mucosa, da textura da mucosa e aumento de volume.

Esta doença foi classificada por Newton (1962), que passou a ser a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir de 2003: TIPO I: lesões hiperêmicas localizadas (inflamação localizada simples); TIPO II: lesões difuso confinado ao contato com a prótese (inflamação simples generalizada); TIPO III: presença de mucosa hiperêmica associada a superfície granula (hiperplasia inflamatória do palato).

De acordo com estudos e pesquisa foi relatado que a prevalência maior acomete mais em mulheres, a faixa etária entre 41 e 60 anos (em ambos os sexos) e em pacientes portadores de prótese mucosuportada.

Revisão de Literatura

Etiologia

A estomatite protética (EP) é uma patologia caracterizada por um processo inflamatório com a presença de alterações clínicas de eritema difuso e/ou áreas focais envolvendo principalmente na mucosa do palato duro, além de apresentar variadas alterações na textura e na superfície da mucosa palatina. Em manifestações mais graves estão presentes pequenas pápulas e erosões na mucosa, frequentemente associada à presença de candidose.[2,3,4,5,6,7,8]

Paciente portadores de próteses totais apresentam com freqüência esta condição, com a qual se associa a *Cândida Albicans* determinando a chamada candidíase eritematosa que a literatura também pode ser encontrada com outras nomenclatura: estomatite por dentadura, estomatite por cândida, candidíase atrófica crônica. Alguns pesquisadores preferem o termo candidose em razão de o sufixo –ose se geralmente utilizado na demoninação de outras infecções fungícas, como a blastomicose e a paracoccidioidomicose. Já o termo "candidiase" poderia dar idéia de infecção causada por protozoários, como a giardíase. No entanto, o uso do sufixo- íase encontra-se amplamente sedimentado na comunidade médico-odontológica, sendo candidíase o termo mais comumente empregado.[9,10.]

Cândida faz parte da flora normal em 40-60% da população. Fatores predisponente locais como higiene oral precária e prótese dentária, e sistêmicos como diabetes, gravidez, neoplasia disseminada, corticoterapia, RT, QT, imunodepressão (incluindo HIV), antibioticoterapia podem leva a quebra da barreira epitelial. Normalmente atinge os extremos da faixa etária (criança e idosos. [6]

Dorey et al., (1985), relataram que as mudanças que ocorrem na cavidade oral dos indivíduos edentados diferem daquelas que ocorrem em indivíduos dentados devido à natureza do comportamento da mucosa que recebe a prótese mucosuportada. Para estes autores, esta prótese pode produzir mudanças na microbiota e no pH de uma mucosa que não foi preparada para o estresse.

Dentro do quadro das causas de estomatite por dentadura, três causas parecem favorecer fortemente o aparecimento da condição. São eles: a

desadaptação da prótese alterando a mucosa subjacente, a higiene precária da prótese associado ao uso contínuo da mesma e a presença da *Cândida albicans* tanto nos tecidos como na resina da prótese.[12]

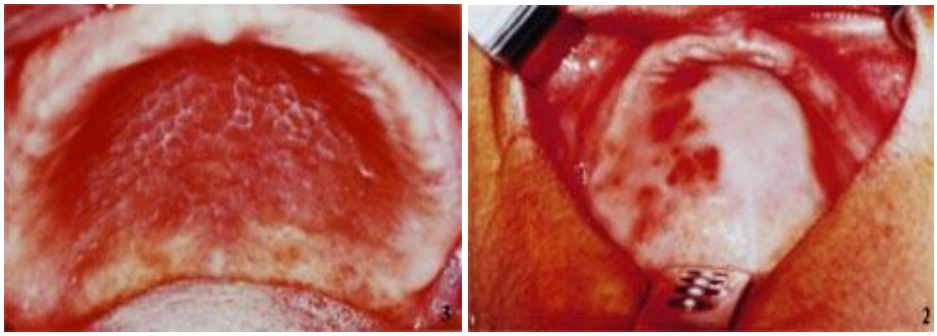
De acordo com Oliveira et al 2007, as próteses totais removíveis são consideradas facilitadoras em potencial da estomatite protética (EP), lesão comumente observada sob a base destas próteses, caracterizada por aspectos eritematosos difusos ou pontilhados na mucosa de suporte. Sua etiologia é controversa, mas acredita-se que seja multifatorial, podendo estar relacionada principalmente a fatores locais.

Classificação

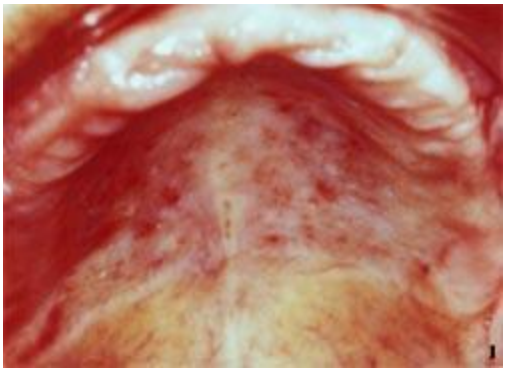
A estomatite por dentadura, geralmente é classificada de acordo com a aparência clínica da mucosa inflamada, sendo utilizada a classificação de NEWTON (2003), a qual compreende três tipos clínicos.

1- Hiperemia Puntiforme (classe I)

É definida pela hiperemia dos ductos de glândulas salivares palatinas menores; o que confere aspecto eritematoso puntiforme, podendo ocupar áreas dispersas ou pequenas áreas localizadas no palato.[9]



Fotos ilustrativas (fig 1. 2.) retiradas da Revista Brasileira de Patologia Oral, NEWTON A. V. 2003



Fotos ilustrativas (fig 3) retiradas da Revista Brasileira de Patologia Oral, NEWTON A. V. 2003

2- Hiperemia Difusa (classe II)

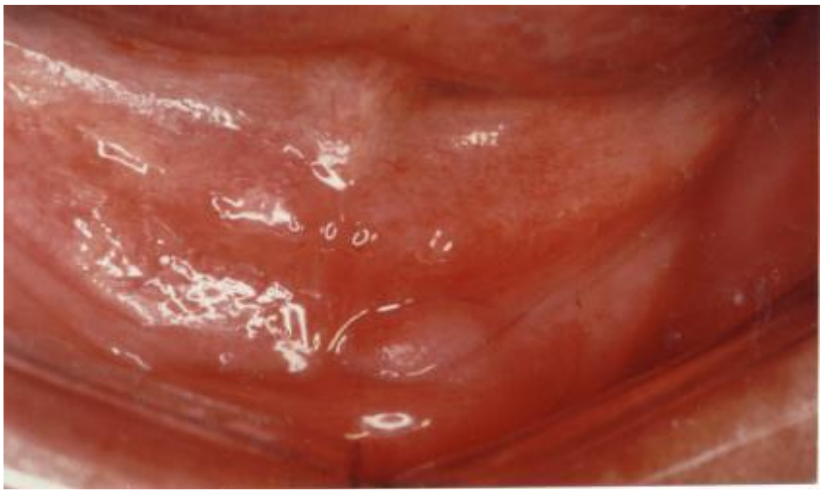
É apontado por muitos estudos como o tipo mais comumente encontrado. Apresenta mucosa lisa e atrófica, com aspecto eritematoso em toda região sob a prótese.[9]



Fotos ilustrativas retiradas da Revista Brasileira de Patologia Oral, NEWTON A. V. 2003

3-Hiperemia Granular (classe III)

É freqüentemente associada à câmara de sucção, acometendo a região central do palato com aparência clínica nodular e rugosa da mucosa.[9]



Fotos ilustrativas retiradas da Revista Brasileira de Patologia Oral, NEWTON A. V. 2003

Prevalência

A prevalência da candidíase esta associada a alterações locais ou sistêmicas, associa-se de forma aguda a: recém-nascido, diabetes, antibioticoterapia, xerostomia, imunossupressão, AIDS. E de forma crônica a : diabetes, prótese dentária, perda de dimensão vertical e imunossupressão. É preciso ocorrer a penetração nos tecidos, embora superficial e em função de fatores predisponentes. É considerada a doença mais universal das infecções oportunistas.[14]

A carência nutricional, discrasia sanguínea, hipossalivação, tabagismo, má higiene bucal e da prótese, diabete mellitus, antibioticoterapia prolongada, estado de imunossupressão, radiação cabeça-pescoço idade avançada atuam como fatores predisponentes envolvidos na etiologia multifatorial da estomatite protética.[15,16,17]

Quando menos a limpeza, maior a chance de desenvolver a estomatite protética, aumentando em 50 % a gravidade desta doença em relação aos pacientes que tenham boa higiene oral e de prótese.[18]

Arnaud e Santos et all realizaram um trabalho para determinar a prevalência de estomatite protética em usuários de próteses dentárias e analisar fatores associados. A partir de prontuários coletados do Serviço de estomatologia da Universidade Federal da Paraíba. A prevalência foi mais frenquente entre as mulheres com 77% e 23 % nos homens. A faixa etária mais

acometida foi de 51 a 60 anos, quanto ao tipo de prótese 59% usavam prótese parcial removível e 42% prótese total.

Discussão

O termo estomatite protética engloba uma aspecto na mucosa em decorrência do uso de próteses muco suportadas.[3,20,21,22.]; enquanto outros associam a alteração que ocorre na mucosa com o provável agente etiológico (cândida Albicans) conferindo o nome de cadidiase atrofica ou eritamatosa.[3]

Acerca do agente etiológico alguns autores afirmaram em tentar provar a existências de um único agente etiológico e acabaram por concluir que a estomatite protética tem uma existência multifatorial.[3]

Sendo a etiologia multifatorial a forma de tratamento devera englobar todos os fatores envolvidos no processo. A falta de higiene oral do paciente pode ser trabalhando no momento em que o paciente que recebe sua prótese recebendo orientações de higiene oral adequada para o uso da mesma.[23]

Nenhum dos métodos isolado consegue eliminar todo biofilme da superfície das próteses. Sendo assim soluções para a limpeza química da prótese aliada a limpeza mecânica ainda é elemento de duvida não so do profissional como do paciente, verificou-se nos resultados controversos na literatura.[23,24.]

Percebesse que a clorexidina, substâncias antifúngicas e hipoclorito são as mais utilizadas. Mas devesse ressaltar que a escovação da prótese é um passo importante para limpeza eficaz e que a substância de imersão é um coadjuvante nesse processo.[25.]

Conclusão

Concluímos que a etiologia da estomatite protética e multifatorial , envolvendo diversos fatores como : trauma falta de higiene oral, acumulo de biofilme só a base acrílica das próteses totais, reação alérgicas e doenças sistêmicas.

Seu aspecto clinico e de fácil diagnostico o que leva ao cirurgião-dentista a ser capaz de conhecer diagnosticar e tratar, uma vez que eliminado os fatores

causadores, permitirá ao seu paciente um maior conforto e uma melhor qualidade de vida .

Referencia

NEVILLE, B.W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J.E**. Patologia Oral e Maxilo-facial**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

NEWTON A.V. Denture sore mouth: a possible etiology. **Br Dent J**, 1(1):357-360, 1962.

BATISTA J.M; BIRMAN EG; CURY A.E. Suscetibilidade a antifúngicos e cepas de Candida albicans isoladas de pacientes com estomatite protética**. Rev Odontol Univ São Paulo.** 13(4): 343-348,1999.

MELO N.M.C; SAMPAIO M.C.C, SOARES M.S.M; OLIVEIRA N.M.C; CAVALCANTI M.S.L. Estomatites protéticas: correlação clínico-micológica**. Rev Fac Odontol UFBA**, 18(1):11-15,1999.

OLIVEIRA T.E.R; FRIGEIRO M.L.M.A;YAMADA M.C.M; BIRMAN EG. Avaliação da estomatite protética em portadores de próteses totais. **Pesq Odontol Brás,** 14(3):219-224,2000.

REGEZI J.A, SCIUBBA J.J. **Patologia Bucal**- Correlações clinicopatológicas. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 475p.

BARBEAU. J; SÉGUIN. J; GOULET J.P; DE KONINCK L, AVON S.L; LALONDE B et al. Reassessing the presence of Candida albicans in denture-related stomatitis. **Rev Oral Sur Oral Med Oral Pathol**, 95(1):51-59, 2003.

LEMOS MMC, MIRANDA JL, SOUZA MSGS. Estudo clínico, microbiologia e histopatológico da estomatite por dentatura. **Rev Bras Patol Oral**., 2(1):3-10,2003.

NEWTON A. V. Estudo clínico, microbiológico e histopatológico da estomatite por dentadura. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v.2, n.1, p.3 jan./mar. 2003.

CASTRO, A. L. **Estomatologia.** 3.ed. São Paulo: Santos, 2000.

DOREY J.L; BRUCE BDMD, MICHAEL I.M.L; CONKLIN R,M,D. Oral mucosa disorders in denture weares. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v.53, n.2, p. 210-3, fev. 1985.

JEAN J.B et al. Reassussing the presence of Candida albicans in denture-related stomatitis. **Rev. Oral. Surgery Oral. Medicine Oral Pathology,** v.95, n.1, p.51-9, Jan. 2003.

OLIVEIRA R.C; BRUM S.C; OLIVEIRA R.S; GOYATÁ. Aspectos clínicos relacionados à estomatite protética. **International Journal of dentistry**, Recife, 6(2) : 51-54 abr/ jun 2007.

JORGE, A. O. C. et al. Presença de levedura do gênero cêndidas na saliva de paciente de diferentes fatores predisponentes e de indivíduos com controle. **Revista Odontológica da USP**, São Paulo, v. 11, n.4, out/dez, 2007.

CANNON R.D; HOLMES A.R; MASON A.B; MONK B.C. Oral Candida: clearance, colonization, or candidiasis? **J Dent Res**.74(5):1152-1161, 1995.

JORGE A.O.C; KOGA-ITO C.Y; GONÇALVES C.R; FANTINATO V, UNTERKIRCHER C.S. Presença de leveduras do gênero Cândida na saliva de pacientes com diferentes fatores predisponentes e de indivíduos controle. **R Odontol Univ São Paulo**, 11(4):279-285, 1997.

WILSON, J. The aetiology, diagnosis and management of denture stomatitis. **Br Dent J.**, 185(8):380-384,1998.

REDDING, S. et al. Inhibition of Candida albicans biofilm formation on denture material. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, p. 669-672, 2009.

ARNOULD R.R. et al. Estomatite Prótetica: Prevalência e Correlação com Idade e Gênero. **Revista Brasileira de Ciências de Saúde.** v.16, n.1, p.59-62, 2012.

KULAK Y.O; KAZAZOGLU. E; ARIKAN A. Oral hygiene habits, denture cleanliness; presence of yeasts and stomatitis in elderly people. **Journal of Oral. Rehabilitation,** v.29, p.300-04, 2002.

MEDEIROS B.S.V; PACHECO F.A. Relato de um caso clínico de uma lesão por dentadura (Estomatite por prótese) X uso de um antifúngico. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v.1, n.1, p.1-4,2000.

OLIVEIRA T.R.C; FRIGERIO M.L.M.A; YAMADA M.C.M; BIRMAN E.G. Avaliação da estomatite protética em portadores de próteses totais. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v.14, n.3, p.219-24, jul/set. 2000.

CRUZ P.C et al. Método químico versus método químico-mecânico: comparação clínica na eficácia da remoção de biofilme da prótese total. **Braz. Oral. Res**., v.19, p.99 (Supplement Proceedings of the 22 Annual SBPQO Muting), 2005.

CATÃO C.D et al. Eficiência de substancias químicas na remoção do biofilme nas próteses totais. **Braz. Oral. Res**, v.19, p.190, (Supplement 9Proceedings of the 22 Annual SBPQO Muting) 2005.

KIM .E et al. The effect of a denture adhesive on the colonization of candida species in vitro**. Journal of Prosthodontics**., v.12, n.3, p.187-91, Sept. 2003.