

**CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**RODOLFO GOUVEIA CHAVES CAVALCANTI**

**PRINCIPAIS LESÕES INTRAORAIS DECORRENTES DO USO DE PRÓTESE  
REMOVÍVEL MAL ADAPTADA**

**RECIFE, 2016**

**RODOLFO GOUVEIA CHAVES CAVALCANTI**

**PRINCIPAIS LESÕES INTRAORAIS DECORRENTES DO USO DE PRÓTESE  
REMOVÍVEL MAL ADAPTADA**

Monografia apresentada ao curso de  
Especialização *Lato Sensu* do Centro de Pós-Graduação em Odontologia,  
como requisito parcial para conclusão do  
Curso de Especialização em Prótese Dentária.

Área de concentração: Odontologia

Orientador: João Esmeraldo Frota Mendonça

Coorientador: Cássio de Barros Pontes

**RECIFE, 2016**

Cavalcanti, Rodolfo.

Principais lesões intraorais decorrentes do uso de prótese removível mal adaptada / Rodolfo Cavalcanti. – 2016.

21 f : il.

Orientador: João Esmeraldo Frota Mendonça.

Coorientador: Cássio de Barros Pontes.

Monografia (Especialização) – Centro de Pós-Graduação em Odontologia, 2016.

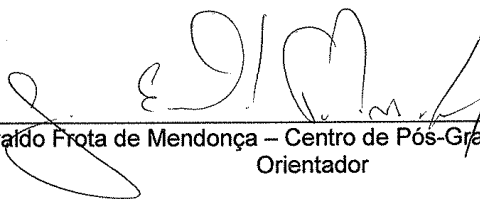
1. Lesões bucais por prótese mal adaptada. 2. Diagnóstico. 3. Tratamento

I. Título.

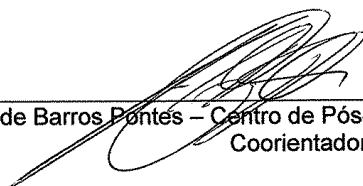
II. João Esmeraldo.

**CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Monografia intitulada "**Principais lesões intraorais decorrentes de prótese removível mal adaptada**" de autoria do aluno Rodolfo Gouveia Chaves Cavalcanti, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



João Esmeraldo Frota de Mendonça – Centro de Pós-Graduação em Odontologia -  
Orientador



Cássio de Barros Pontes – Centro de Pós-Graduação em Odontologia -  
Coorientador

\_\_\_\_\_  
Nome do examinador

**RECIFE, 05/03/2016**

**Resumo:**

Este estudo tem como propósito verificar os principais tipos de lesões que acometem a cavidade bucal, que são decorrentes da utilização de próteses removíveis mal adaptadas ou mal higienizadas. Através de uma revisão de literatura foram selecionadas as lesões mais comumente citadas e as de maior importância clínica. Destacando-se a necessidade do conhecimento da etiologia, características clínicas, prevenção, correto diagnóstico e tratamento adequado.

**Palavras-chave:** Prótese removível; lesões intra-orais; má adaptação e higienização.

**Abstract:**

This study aims to verify the main types of lesions that affect the oral cavity, which are arising from the use of ill-fitting dentures or poorly sanitized. Through a literature review we selected the most commonly cited injuries and of greater clinical importance. Highlighting the need for knowledge of the etiology, clinical features, prevention, accurate diagnosis and proper treatment.

**Keywords:** Removable prosthesis; intra-oral lesions; bad adaptation and hygiene.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1 - Úlcera Traumática.....Pág. 10**

**Figura 2 - Granuloma Piogênico.....Pág. 11**

**Figura 3 - Papilomatose por Dentadura.....Pág. 12**

**Figura 4 - Epúlide Fissurada.....Pág. 13**

**Figura 5 - Candidíase Atrófica Crônica.....Pág. 15**

**Figura 6 - Fibroma Traumático.....Pág. 16**

**Figura 7 - Lesão Cancerizável.....Pág. 17**

## SUMÁRIO

|   |                |
|---|----------------|
| <b>1. Introdução.....</b>                 | <b>Pág. 8</b>  |
| <b>2. Revisão de Literatura.....</b>      | <b>Pág. 8</b>  |
| 2.1 Úlcera Traumática.....                | Pág. 9         |
| 2.2 Granuloma Piogênico.....              | Pág. 10        |
| 2.3 Hiperplasia Papilar Inflamatória..... | Pág. 11        |
| 2.4 Epúlide Fissurada.....                | Pág. 12        |
| 2.5 Estomatite Causada por Dentadura..... | Pág. 13        |
| 2.6 Fibroma Traumático.....               | Pág. 15        |
| 2.7 Câncer.....                           | Pág. 16        |
| <b>3. Discussão.....</b>                  | <b>Pág.17</b>  |
| <b>4. Conclusão.....</b>                  | <b>Pág. 18</b> |
| <b>5. Referências Bibliográficas.....</b> | <b>Pág. 19</b> |

## 1. Introdução

Na clínica odontológica, é comum nos depararmos com a presença de lesões orais resultantes da utilização de próteses mal adaptadas, com higienização deficiente e uso prolongado.

Após a instalação das próteses removíveis é fundamental que o cirurgião-dentista oriente o paciente quanto ao uso e higiene da mesma, além de um acompanhamento periódico, para garantir as condições funcionais, sem trazer problemas aos tecidos de suporte.

Goiato et al., 2002 afirmaram que pacientes idosos são mais propícios ao desenvolvimento de lesões orais causadas por próteses em decorrência de algumas características como rebordo alveolar reduzido, mucosa menos resiliente, tecido muscular em degeneração, as quais exigem uma maior precisão na adaptação de suas próteses aos tecidos.

A prótese parcial ou total removível tem como função restabelecer as funções estomatognáticas, devolver estética além de aumentar a autoestima do paciente, no entanto, a utilização de uma prótese mal adaptada ou mal higienizada pode levar ao aparecimento de inúmeros tipos de alterações na mucosa da cavidade bucal, sendo, na maioria dos casos, reversíveis com um simples ajuste ou orientação quanto à higienização.

## 2. Revisão de Literatura

Atualmente, observa-se que com o aumento da expectativa de vida da população há uma maior necessidade do tratamento reabilitador, na área odontológica, através da utilização de próteses removíveis. No entanto, as limitações funcionais e qualitativas das mesmas representam uma tendência para o surgimento de lesões intraorais.

Segundo Turano e Turano (2002) é comum observar lesões orais resultantes de próteses mal planejadas e onde houve falha na orientação com relação ao uso e a higienização das mesmas. Além disso, a frequência de lesões nos tecidos moles é maior nos pacientes que utilizam as próteses por um maior período de tempo e em



pacientes de mais idade, onde as condições anatômicas e fisiológicas colaboram para uma retenção deficiente propiciando o surgimento de lesões intraorais.

Entre as lesões orais provocadas pela utilização de próteses removíveis, segundo estudos realizados, as mais comumente encontradas são úlcera traumática, granuloma piogênico, hiperplasia papilar inflamatória, epúlide fissurada, estomatite causada por dentadura e fibroma traumático.

Conhecendo a importância da realização do diagnóstico precoce das lesões na cavidade bucal este estudo tem por objetivo descrever e identificar através de uma revisão de literatura a prevalência dessas lesões, etiologia, além dos seus respectivos tratamentos.

## **2.1 Úlcera Traumática**

A Úlcera Traumática na mucosa bucal é uma das lesões mais prevalentes em pacientes portadores de próteses removíveis e pode estar associada à Hiperplasia Fibrosa Inflamatória (TAVARES, 2012; DE CARLI et al., 2013; NEVILLE et al., 2004). Seu diagnóstico na maioria dos casos é facilmente determinado através das características clínicas (BARBOSA et al., 2011).

Caracteriza-se por uma lesão dolorosa, coberta por uma membrana necrótica ligeiramente acinzentada, circundada por um halo inflamatório e bordas firmes, elevadas e muitas vezes sangrantes. O fundo de sulco vestibular é a localização mais comum (ANDRADE, 2003; FARIAS et al., 2008; SILVA et al., 2011).

Um planejamento cuidadoso da prótese, a eliminação das bordas sobre estendidas e finas, ajuste oclusal para uma distribuição de carga mastigatória adequada sobre a mucosa da área chapeável e um bom polimento são de extrema importância para a prevenção da Úlcera Traumática (FARIAS et al., 2008; SILVA et al., 2011).

O tratamento deve ser baseado na remoção do agente causador da injúria local (NEVILLE et al., 2004; DE CARLI et al., 2013; TELES, 2010). Na ausência do trauma geralmente a lesão cicatriza em duas semanas e não é esperada recorrência (NEVILLE et al., 2004; ANDRADE, 2003). O uso de corticosteróides no tratamento de ulcerações traumáticas é controverso, pois podem retardar a cura. Pacientes que

possuem toros com tamanho exagerado que interfiram na adaptação da prótese é indicada a remoção cirúrgica da exostose (BARBOSA et al., 2011).

Caso não haja regressão da lesão após a remoção do possível agente causador é necessário a realização de biópsia para uma investigação mais específica (NEVILLE et al., 2004; TELES, 2010).



**Fig. 1 – Úlcera Traumática.**

## **2.2 Granuloma Piogênico**

O Granuloma Piogênico consiste em uma resposta tecidual exuberante a uma irritação local ou trauma. O histórico de trauma protético não é incomum, principalmente nas lesões extra-gengivais tais como língua, lábios e mucosa jugal (NEVILLE et al., 2004; DE CARLI et al., 2013).

Caracteristicamente apresenta-se como uma massa plana ou lobulada, geralmente pedunculada, mas também pode ser séssil, de superfície ulcerada, mole à palpação, coloração rosa, avermelhada na dependência do grau de ceratinização e sangra facilmente em decorrência de sua extrema vascularização. Na maioria dos casos é indolor e pode apresentar crescimento rápido o que pode assustar o paciente (MORAIS et al., 2013; REYES et al., 2008; BARONI et al., 2014; PALUDO, 2014).

De acordo com pesquisa realizada por Baroni et al., grande parte das lesões surgem entre o primeiro mês e o primeiro ano do uso da prótese mal adaptada (BARONI et al., 2014).

A exérese cirúrgica conservadora combinada com a remoção do fator traumático é o tratamento mais indicado. Deve-se realizar a biópsia para

confirmação do diagnóstico, pois o Granuloma Piogênico possui características clínicas semelhantes a outras lesões tais como Sarcoma de Kaposi, Fibroma Ossificante Periférico, Tumor Metastático, Hiperplasia Gengival Inflamatória, Lesão Periférica de Células Gigantes entre outras (MORAIS et al., 2013; REYES et al., 2008; BARONI et al., 2014; PALUDO, 2014; NEVILLE et al., 2004; DE CARLI et al., 2013).



**Fig. 2 - Granuloma Piogênico.**

### **2.3 Hiperplasia Papilar Inflamatória (Papilomatose por Dentadura)**

Crescimento tecidual reacional, geralmente localizado no palato duro devido ao uso de uma prótese total mal adaptada, mal higienizada e uso inadequado durante 24 horas ao dia (NEVILLE et al. 2004; BARBOSA et al., 2011; SILVA et al., 2011). Pode também ser provocada por respiração bucal crônica além de estar associada à cândida (NEVILLE et al. 2004; BARBOSA et al., 2011).

Clinicamente, a lesão apresenta, na maioria dos casos, lobulações e projeções eritematosas com aspecto de framboesa. Geralmente são assintomáticos, porém ardência, prurido, sensação de gosto ruim e halitose podem ocorrer (NEVILLE et al. 2004; BARBOSA et al., 2011; TELES, 2010).

Geralmente o prognóstico dessa lesão é favorável quando o paciente suspende o uso contínuo da prótese e realiza uma higienização satisfatória. No entanto, pode ser necessária uma adaptação ou confecção de uma nova prótese (NEVILLE et al., 2004).

Nos casos em que a Cândia está relacionada, o uso de antifúngicos tópicos ou sistêmicos pode ser necessário. (NEVILLE et al., 2004; TELES, 2010).



**Fig. 3 – Papilomatose por Dentadura**

#### **2.4 Epúlide Fissurada (Hiperplasia Fibrosa Inflamatória)**

A Epúlide Fissurada também denominada Epúlide Causada por Dentadura é uma lesão freqüentemente encontrada na clínica odontológica (PEDRON et al., 2007). Porém Hiperplasia Fibrosa Inflamatória é um termo mais adequado, já que o aumento do número de células pode ocorrer em qualquer região da mucosa oral (PASSETTI et al., 2015).

A Hiperplasia Inflamatória é uma lesão proliferativa benigna, resultado de uma reação hiperplásica do tecido conjuntivo fibroso em resposta às injúrias crônicas de baixa intensidade (FALCÃO et al., 2009; DE CARLI et al., 2013).

Próteses totais ou parciais removíveis mal adaptadas ou com sobre extensão são os principais fatores etiológicos. A Hiperplasia Fibrosa Inflamatória é em muitos casos lesões de origem iatrogênica de responsabilidade do cirurgião-dentista (FARIAS et al., 2008; BATISTA et al., 2013). Esta lesão acomete preferencialmente o sexo feminino e os idosos (FALCÃO et al., 2008; ANDRADE, 2003).

Classicamente apresenta-se como uma ou múltiplas pregas de tecido hiperplásico no vestíbulo alveolar e ocorre mais comumente na região anterior dos maxilares (NEVILLE et al., 2004).

O tratamento consiste na remoção cirúrgica conservadora e confecção de uma nova prótese com uma boa adaptação à fibromucosa e selamento periférico adequado (FARIAS et al., 2008; BATISTA et al., 2013) . A biópsia para confirmação do diagnóstico é imperativo.



**Fig. 4 – Epúlíde Fissurada.**

## **2.5 Estomatite Causada por Dentadura (Candidíase Atrófica Crônica)**

A Estomatite Causada por Dentadura é uma doença infecciosa multifatorial que envolve fatores relacionados ao microorganismo e ao hospedeiro (MELO et al., 2014). Geralmente a presença da Candidíase Atrófica Crônica está relacionada à falta de uma boa higienização da prótese removível e ao uso prolongado da mesma, inclusive durante o sono (NEVILLE et al., 2004).

Fatores como confecção inadequada da prótese, alergia à base da prótese, polimerização inadequada do acrílico da dentadura, má adaptação e relações oclusais insatisfatórias contribuem significativamente para a manifestação da lesão (MELO et al., 2014).

A Estomatite Protética é uma das lesões bucais mais freqüentes em pacientes que fazem uso de prótese removível (SCALERCIO et al., 2007). Esta lesão acomete especialmente o rebordo edêntulo superior (FALCÃO et al., 2004).

Para permitir uma melhor análise a cerca da Estomatite Protética Newton, criou uma classificação baseada nos aspectos das lesões, dividindo-as em três grupos: Hiperemia Puntiforme (Classe I); Hiperemia Difusa (Classe II) e Hiperemia

Granular (Classe III) (TAVARES, 2012). A primeira é definida pela hiperemia dos ductos de glândulas salivares palatinas menores, o que confere um aspecto eritematoso puntiforme. A Classe II é a mais comum e apresenta uma mucosa lisa e atrófica, com aspecto eritematoso em toda a região da prótese. Já a Hiperemia Granular é freqüentemente associada à câmara de sucção, envolvendo a região central do palato com aparência clínica nodular e rugosa na mucosa (SCALERCIO et al., 2007; FARIAS et al., 2008).

A sintomatologia é rara, mas pode ocorrer halitose, sensação de leve queimação, prurido, dor, disfagia (SCALERCIO et al., 2007; FARIAS et al., 2008; TAVARES, 2012).

Para o diagnóstico devem ser considerados os aspectos clínicos, aliados aos exames laboratoriais como a citopatologia. Na citopatologia além de coletar o material da lesão bucal é importante realizar uma coleta da prótese em questão, pois evidências de positividade de *Cândida Albicans* são superiores na prótese (SCALERCIO et al., 2007).

O teste terapêutico também pode ser um recurso interessante, no diagnóstico. Na ocorrência de características clínicas compatíveis com a Candidíase Atrófica Crônica, deve ser prescrito antifúngico tópico. Caso ocorra a regressão da lesão após sete a catorze dias do uso do antifúngico tópico, pode-se afirmar que a lesão estava associada à Candidíase (SCALERCIO et al., 2007).

O antifúngico tópico deve ser preferencialmente em gel e acondicionado diretamente à prótese bem higienizada que funciona como uma “moldeira”, aumentando o tempo de contato da medicação com a lesão. Esta medicação deve ser aplicada duas ou três vezes ao dia durante uma ou duas semanas. Em casos mais severos podem ser administrados antifúngicos sistêmico como o Cetoconazol 200mg em dose única por 14 dias (SCALERCIO et al., 2007; FALCÃO et al., 2004).



**Fig. 5- Candidíase Atrófica Crônica.**

## **2.6 Fibroma Traumático (Hiperplasia Fibrosa Focal; Fibroma de Irritação)**

O Fibroma Traumático corresponde a uma hiperplasia reacional do tecido conjuntivo fibroso em resposta à irritação local ou trauma (NEVILLE et al., 2004). É o tumor mais comum da cavidade bucal e uma das lesões mais prevalentes nos pacientes usuários de próteses removíveis (NEVILLE et al., 2004; XAVIER et al., 2009).

Clinicamente apresenta-se como uma lesão exofítica, geralmente séssil, mas também pode ser pedunculada, firme à palpação, coloração semelhante à da mucosa circunjacente, mas pode apresentar variáveis graus de ceratinização, superfície lisa com ou sem ulceração. A lesão pode ser de poucos milímetros, mas pode atingir alguns centímetros de diâmetro (NEVILLE et al., 2004; DE CARLI et al., 2013). Os fibromas de irritação são mais frequentes nas mulheres e nos indivíduos entre a quarta e sexta década da vida (NEVILLE et al., 2004).

A mucosa jugal, ao longo da linha de oclusão é o local mais comum dessa lesão, no entanto, nos fibromas relacionados à prótese mal adaptada as lesões surgem mais comumente na gengiva, em seguida na mucosa jugal, língua, lábios e palato (NEVILLE et al., 2004; DE CARLI et al., 2013).

O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica conservadora após a remoção do agente irritante. O material excisado deve ser encaminhado para exame histopatológico para a confirmação do diagnóstico. A recidiva é extremamente rara quando o agente traumático é removido. Cuidados com a confecção de novas próteses devem ser adotados e orientações sobre a higiene bucal e protética devem ser ministradas (NEVILLE et al., 2004; DE CARLI et al., 2013).



**Fig. 6 – Fibroma Traumático.**

## **2.7 Câncer**

A hipótese de que há relações entre o uso de prótese removível mal adaptada e o surgimento de lesões malignas sempre foi avaliado pelos pesquisadores. A presença do fator irritativo crônico, o tempo de uso da prótese e a qualidade da higienização são abordados pelos pesquisadores como fatores de risco para o desenvolvimento do câncer bucal (MENDONÇA, 2010; ABDO et al., 2013).

Embora não haja um consenso entre os estudiosos de que a irritação crônica causada pelo uso de uma prótese mal adaptada atue como um fator de risco ao câncer, pesquisas demonstram que úlceras traumáticas, por exemplo, possam participar do processo, facilitando a penetração dos agentes carcinogênicos contidos no tabaco, já que a maior permeabilidade do epitélio permite uma maior absorção dessas substâncias nocivas existentes no fumo (MENDONÇA, 2010; ABDO et al., 2013).

A etiologia do câncer é multifatorial, a irritação crônica isoladamente não é capaz de induzir o surgimento do tumor maligno. Entretanto, o trauma local produzida pela prótese associada a fatores de risco como o fumo e o consumo de álcool pode ter um papel sinergista no desencadeamento do câncer bucal (ABDO et al., 2013).



Grande parte dos cânceres de boca apresenta-se como lesões eritematosas, esbranquiçadas e ulceradas. Geralmente possui bordas irregulares e ou elevadas, indolor, áreas de necrose (PINHEIRO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2013).

Lesões orais que não regridem espontaneamente após a remoção do possível agente causador no período de 15 dias devem ser biopsiadas para a determinação do diagnóstico preciso e encaminhamento para tratamento com profissional especializado (Neville et al., 2004).



**Fig. 7- Lesão Cancerizável.**

### **3. Discussão**

Fetrin et al., 1997 analisaram as condições da mucosa bucal de 100 pacientes os quais utilizavam próteses totais mucossuportadas e revelaram a presença de vários tipos de lesões distribuídas em vários locais da cavidade bucal.

Conti et al., 1991 afirmaram que o sucesso de uma prótese removível está diretamente relacionado com etapas clínicas e laboratoriais de confecção da prótese juntamente com a coparticipação do paciente realizando uma boa higienização, manutenção e uso adequado.

Gonçalves et al., 1995 observaram que a ocorrência de lesões orais associadas ao uso de prótese estava relacionada à desinformação dos pacientes quanto à higiene e a utilização correta das próteses no que se refere à frequência e ao tempo de uso.

Costa et al., 1997 afirmaram que as próteses podem contribuir para o início de determinadas patologias bucais, dependendo de procedimentos inerentes ao dentista, laboratório e paciente.

Grecca et al., 2002 relacionaram a utilização de próteses com o aparecimento de lesões orais em 30 pacientes que faziam uso de prótese total e constataram a presença de candidíase, hiperplasias mucogengivais e úlceras traumáticas em 84% dos indivíduos que possuíam próteses com adaptação insatisfatória.

Silva et al., 2003 relataram que é de grande importância que o cirurgião-dentista atue na educação e motivação do paciente enfatizando a necessidade de realizar e manter uma higiene adequada da cavidade bucal, incluindo a prótese e as regiões edêntulas adjacentes.

Brunetti e Montenegro 2002 citaram que alguns autores procuraram relacionar traumatismos crônicos de origem protética como os possíveis agentes causadores do câncer.

#### **4. Conclusão**

As próteses removíveis parciais ou totais são de grande importância para a reabilitação oral dos pacientes, devolvendo as funções de mastigação, fonação, deglutição, melhorando a estética e autoestima.

No entanto, a prótese quando mal adaptada além de não reestabelecer as funções estomatognáticas podem levar o aparecimento de lesões orais que quando não diagnosticadas e tratadas adequadamente podem evoluir conferindo prejuízos maiores ao paciente.

É fundamental que a prótese seja realizada de forma correta conferindo boa adaptação à anatomia do paciente e orientações quanto à higienização e uso, além de visitas periódicas ao consultório odontológico.

O cirurgião-dentista deve estar atento à qualidade das próteses e ter um bom conhecimento das características clínicas das lesões resultantes de próteses mal adaptadas para o diagnóstico preciso, tratamento adequado e um prognóstico satisfatório.

## 5. Referências Bibliográficas

- CALDEIRA, J. C. M. **Principais Lesões de Mucosa na Cavidade Bucal de Idosos, em Decorrência do Uso de Próteses.** 2010.
- GOIATO, M. C., CASTELLEONI. L., SANTOS, D. M., FILHO, H. G., ASSUNCAO, W. G. **Lesões Oraís Provocadas pelo Uso de Próteses Removíveis.** Pesq. Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v.5, n.1, p.85-90, jan/abr. 2005.
- CARLI, M. L., SANTOS, S. L., PEREIRA, A. C., HANEMAN, J. A. C. **Características Clínicas, Epidemiológicas e Microscópicas do Câncer Bucal Diagnosticado na Universidade Federal de Alfenas.**
- NEVILLE, B. W. DAMM, D.D., ALLEN, C. M., BOUQUOT, J. E. **Patologia Oral e Maxilofacial.** Guanabara Koogan. 2ª edição 2004.
- PINHEIRO, S. M., CARDOSO, J. P., PRADO, F. O. **Conhecimentos e Diagnóstico em Câncer Bucal entre Profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia.** Revista de Cancerologia, p.56(2): 195-205 2010.
- FALCAO, A. F. P., SANTOS, L. B., SAMPAIO, N. M. **Candidíase Associada a Próteses Dentárias.** Sientibus, Feira de Santana, n. 30, p. 135-146, jan\jun. 2004.
- MELO, I. A., GUERRA, R. C., **Candidíase Oral: Um Enfoque Sobre a Estomatite Por Prótese.** Salusvita. Bauru, v. 33, n. 3. p. 389-414. 2014
- PARAGUASSU, G. M., PIMENTEL, P. A., SANTOS, A. R., GURGEL, C. A. S., SARMENTO, V. A. **Prevalência de lesões bucais associadas ao uso de próteses dentárias removíveis em um serviço de estomatologia.** Revista Cubana de Estomatol, v.48, n.3, p. 268-276. 2011.
- SCALERCIO, M., VALENTE, T., ISRAEL, M. S., RAMOS, M. E. **Estomatite protética versus candidíase: diagnóstico e tratamento.** RGO, Porto Alegre, v. 55, p. 395-398, out\dez 2007.
- XAVIER, J. C., ANDRADE, S. C., ARCOVERDE, C. A., CARVALHO, A. A. T. **Levantamento das lesões bucais apresentadas por pacientes atendidos no Serviço de**

**Estomatologia da Universidade Federal de Pernambuco durante o período de janeiro de 2006 a julho de 2008.** Int. J Dent, v.8, n.3, p. 135-139, jul/set., 2009.

- **BARONI, JOLINE et al. Alterações bucais causadas pelo uso de próteses removíveis- levantamento epidemiológico dos casos encontrados em um Serviço de Diagnóstico Histopatológico do Sul do Brasil.** SALUS-VITA, Bauru, v. 33, n. 2, p. 243-256, 2014.
- **REYES, A., PEDRON, I., G., ABURAD, E. R. U., SOARES, M. S. Granuloma Piogênico: enfoque na doença periodontal como fator etiológico.** Rev. Clin. Pesq. Odontol., Curitiba, v. 4, n. 1, p. 29-33, jan./abr. 2008.
- **MORAES, S. H. et al. Granuloma Piogênico: Relato de Caso Clínico.** Revista Gestão e Saúde. Curitiba, v. 9, n. 2, p. 12-19. 2013.
- **PALUDO, F. M. Higienização de Próteses Dentárias Removíveis: Uma Revisão de Literatura.** 2014.
- **PEDRON, I. G. et al. Hiperplasia Fibrosa Causada Por Prótese: remoção cirúrgica com laser Nd: YAP.** Revista Clin Pesq Odontol. 2007 jan/abr. v. 3, n. 1, p. 51-56.
- **FALCAO, A. F. P. et al. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória: Relato de caso e revisão de literatura.** R. Ci. Med. Biol., Salvador, v. 8, n. 2, p. 230-236. 2009.
- **PASETTI, L. A. et al. Hiperplasia Gengival na região anterior da mandíbula: Revista Bibliográfica e Relato de Casos.** Revista Odontologia (ATO), Bauru, v.15, n.3, p. 182-187. 2015.
- **BATISTA, V. E. S. et al. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória Ocasionada por Prótese Total Desadaptada. Relato de caso.** Revista Odontológica de Araçatuba, v. 34, n.2, p. 70-72. 2013.
- **TELES, J. A. C. F. Lesões na Cavidade Oral Associadas ao uso de Prótese Parcial Removível.** Faculdade Fernando Pessoa, 2010.

- DE CARLI, J. P. et al. **Lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis.** SALUSVITA, Bauru, v. 32, n.1, p. 103-115. 2013.
- ANDRADE, D. B. **Lesões causadas por próteses removíveis em pacientes idosos.** Curitiba, 2013.
- BARBOSA, T. P. M. et al. **Lesões bucais associados ao uso de prótese total.** Revista Saúde 2011, v. 7, n.2, p. 133-142.
- TAVARES, C. M. **Alterações da mucosa bucal em usuários de prótese dentária.** Aracaju-SE. 2012.
- FARIAS, A. B. L. et al. **Lesões da mucosa oral em pacientes portadores de próteses dentárias: ilustrações clínicas e abordagem preventiva.** Revista Odonto, n. 31. São Bernardo do Campo-SP, 2008.
- BONFIM, I. P. et al. **Prevalência de lesões de mucosa bucal em pacientes portadores de prótese dentária.** Pesq Bras Odontoped Integr João Pessoa. v. 8, n.1, p. 117-121. 2008.
- SILVA, E. M. M. et al. **Principais Alterações e doenças bucais que acometem o paciente geriátrico – Revisão da Literatura.** Revista Odonto. V. 18, n. 37, p. 39-47. 2011.
- MENDONCA, E. A. **Doenças Ocupacionais Relacionadas ao uso de próteses.** São José do Rio Preto. 2010.
- ABDO, E. N. **Câncer de boca e prótese Oral.** Onco&. 2013.
- ALVES, D. L. N. **Candida spp. e prótese dentária removível: Interações de Relevância clínica. Revisão Bibliográfica.** Universidade Fernando Pessoa. 2009.