

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

VICTOR REZENDE MIRANDA

**LESÕES ORAIS MAIS FREQUENTES ASSOCIADAS AO USO DE PRÓTESES
REMOVÍVEIS: revisão de literatura**

Sete Lagoas/MG
2023

VICTOR REZENDE MIRANDA

**LESÕES ORAIS MAIS FREQUENTES ASSOCIADAS AO USO DE PRÓTESES
REMOVÍVEIS: revisão de literatura**

Monografia apresentada como parte dos requisitos para conclusão do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE.


Orientador: Prof. Me. Sérgio Tadeu Silveira Côrte.

Victor Rezende Miranda


**LESÕES ORAIS MAIS FREQUENTES ASSOCIADAS AO USO DE PRÓTESES
REMOVÍVEIS: Revisão de literatura**

A banca examinadora abaixo-assinada aprova o presente trabalho de conclusão de curso como parte dos requisitos para conclusão do curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE.

Aprovada em 28 de Junho de 2023.



Prof. Me. Sérgio Tadeu Silveira Côrte.
Faculdade Sete Lagoas – FACSETE
Orientador



Prof. Me. Bruno Sérgio Bahia Lopes
Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Prof. Bruno S Bahia Lopes
CROMG 38764
Sete Lagoas - FACSETE

Sete Lagoas, 28 de Junho de 2023.

Rua Itália Pontelo, 40, 50 e 86 - Chácara do Paiva
Sete Lagoas - MG - CEP 35700-170 - Tel. (31) 3773-3268
facsete.edu.br

© @facsete
© @facseteposgraduacao
in Facsete

Dedico este trabalho em especial para minha mãe Betânia Barbosa Rezende, que é e sempre será o meu porto seguro. Este trabalho é fruto de todo o esforço, apoio, motivação e confiança que recebi de você durante todos esses anos de graduação, juntos realizamos mais esse sonho.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por sempre escutar as minhas orações em todos os momentos.

A universidade FACSETE Sete Lagoas e todo o corpo docente e administrativo que tão bem me acolheram e me ensinaram durante todos esses anos.

Em especial ao Prof. Dr. Sérgio Côrte por ter aceitado prontamente ao convite de ser meu orientador, que com muito apoio, dedicação e empenho me auxiliou na elaboração deste trabalho.

A todos os meus familiares que sempre estiveram ao meu lado me apoiando e incentivando para que hoje esse sonho se tornar-se realidade, muito obrigado a todos vocês.

A minha namorada e futura esposa Iasmim Moreira de Almeida minha melhor amiga e mais sábia conselheira e que juntos vivemos momentos únicos de companheirismo, uma conexão que nunca tive.

RESUMO

Independentemente dos avanços na odontologia, ainda há uma grande ocorrência de perdas dentárias, principalmente nos idosos, tornando assim um problema de saúde pública. Um dos meios mais importantes para a reabilitação oral é a prótese que tem por objetivo reabilitar áreas desdentadas devolvendo a função, estética e o bem-estar ao paciente. As consequências da má higienização e do uso inadequado das próteses removíveis podem abranger a cavidade oral devido ao acúmulo de microorganismos ou decorrentes de uma má adaptação. O objetivo deste estudo é destacar as principais lesões que acometem a cavidade oral derivados da má adaptação e pela falha na higienização das próteses.

Palavras-chave: Lesões orais próteses. Hiperplasia fibrosa inflamatória. Candidíase oral associada a prótese.

ABSTRACT

Regardless of advances in odontology field, there is still a high occurrence of tooth loss, especially in the elderly, thus making it a public health problem. One of the most important means for oral rehabilitation is the prosthesis, which aims to rehabilitate toothless areas, restoring function, aesthetics and well-being to the patient. The consequences of poor hygiene and improper use of removable prostheses can affect the oral cavity due to the accumulation of microorganisms or resulting from poor adaptation. The objective of this study is to highlight the main lesions that affect the oral cavity due to poor adaptation and failure to clean the prostheses.

Keywords: Oral lesions prosthesis. Inflammatory fibrous hyperplasia. Oral candidiasis associated with prosthesis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Hiperplasia Fibrosa Inflamatória	07
Figura 2	- Hiperplasia Fibrosa Inflamatória	09
Figura 3	- Estomatite Protética	10
Figura 4	- Estomatite Protética	13
Figura 5	- Úlcera Traumática	18
Figura 6	- Queilite Angular Bilateral.....	18
Figura 7	- Queilite Angular Unilateral.....	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- SIGLA 1** - Significado da sigla 1 por extenso
- SIGLA 2** - Significado da sigla 2 por extenso
- SIGLA 3** - Significado da sigla 3 por extenso

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	10
2.	OBJETIVOS.....	11
2.1.	OBJETIVO GERAL.....	11
2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3.	METODOLOGIA.	12
4.	REVISÃO DE LITERATURA.	13
4.1.	CLASSIFICAÇÃO DAS PRINCIPAIS LESÕES	13
4.1.1.	Hiperplasia Fibrosa Inflamatória	13
4.1.2.	Estomatite Protética.....	15
4.1.3.	Úlcera Traumática	17
4.1.4.	Queilite Angular.....	17
5.	DISCUSSÃO	21
6.	CONCLUSÃO	24
	REFERÊNCIAS.....	26

1. INTRODUÇÃO

Juntamente com o aumento global do **envelhecimento** da população idosa, acredita-se que é uma consequência da queda da taxa de fecundidade e o crescimento da expectativa de vida. Estudos epidemiológicos revelam que **11% da** população mundial **possui** mais de 60 anos e é provável que **este** número cresça para **22%** até 2050 (KANASI e outros, 2016). No Brasil, **espera-se** que o aumento do número de idosos exceda o de crianças e adolescentes **0 a 14 anos** em 2031 (CARVALHO et al., 2020).

Este grupo que faz o uso de próteses dentárias são principalmente pessoas de baixo nível socioeconômico. Estudo epidemiológico realizado pelo SB Brasil descobriu um alto índice de edêntulismo e um frágil estado de saúde bucal, onde a necessidade de reabilitação é alta (QUEIROZ et al., 2012; BOMFIM et al., 2008; BRANTES et al., 2019).

Segundo Marcucci et al., (2014) ainda que os implantes orais tenham se tornado mais comuns, as próteses tradicionais ainda são a principal opção de tratamento para pacientes com edêntulismo total ou parcial.

De acordo com Jankittivong et al., (2002) as próteses dentárias removíveis têm um resultado positivo na saúde bucal do paciente. Entretanto é necessário um monitoramento regular para que se tenha uma correta manutenção a respeito de que as lesões da mucosa oral são relativamente comuns. Estudos revelam que quase metade dos pacientes usuários de próteses total ou parcial tem pelo menos uma lesão associada ao uso das próteses.

Barbosa et al., (2018) fala que as lesões mais importantes que afetam a cavidade oral estão associadas as próteses removíveis mal ajustadas ou mal higienizadas pelo paciente. Isso se deve principalmente à falta de informação sobre as próteses, higiene e necessidade de troca.

A falta de cuidado no uso do aparelho protético é um motivo alarmante, o cirurgião-dentista deve ensinar e motivar o paciente sobre como usá-las e limpá-las perfeitamente as próteses e a cavidade oral, devendo o paciente seguir as orientações no seu dia a dia com a intenção de diminuir o risco de aparecimento de lesões. (CARVALHO et al., 2020).

Portanto, o objetivo deste trabalho é apresentar os danos causados pela má adaptação das próteses totais e/ou parciais e falha na higienização oral do paciente

por meio de uma revisão de literatura, para alertar os profissionais da odontologia e usuários de próteses contra tais problemas.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

O objetivo deste TCC é destacar através da revisão de literatura as principais lesões que acometem a cavidade oral pelo uso das próteses totais.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as causas das lesões;
- Caracterizar e diferenciar os tipos das lesões tais como a Hiperplasia Fibrosa Inflamatória, Estomatite Protética, Úlcera Traumática e a Queilite Angular;
- Descrever os tratamentos para tais lesões.

3. METODOLOGIA.

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo revisão da literatura narrativa, que busca evidenciar as manifestações orais decorrentes do uso de prótese. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine (PubMed MEDLINE) e também foram utilizadas informações retiradas do livro de Patologia Oral e Maxilofacial 3º Edição, os quais foram de suma importância para entendimento em âmbito global das manifestações orais. Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Lesões orais próteses, Hiperplasia fibrosa inflamatória e Candidíase oral associada a prótese.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado explicando a etiologia das lesões e contendo formas de tratamento para essas lesões, não houve restrição quanto à análise temporal, em inglês ou português. O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em inglês ou português e que não tinham correlação com o tema e artigos. Assim, totalizaram-se 54 artigos científicos para a revisão de literatura narrativa, com os descritores apresentados acima.

4. REVISÃO DE LITERATURA.

4.1. CLASSIFICAÇÃO DAS PRINCIPAIS LESÕES

4.1.1. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória

Há uma frequente relação entre o aparecimento da hiperplasia fibrosa inflamatória e a utilização de próteses mal adaptadas (ALVES et al., 2005). Coelho et al., (2004), relatam que o aumento do período de uso das próteses está associado com o aumento da hiperplasia fibrosa inflamatória, sugerindo que prótese totais e parciais removíveis, mal adaptadas e (ou) antigas, geralmente ocasionam traumas constantes e inflamação dos tecidos orais. Segundo Alves et al., (2005), o aparecimento da lesão em próteses novas pode ocorrer em resposta à pressão exercida pelas bordas cortantes da prótese no vestíbulo anterior.

De acordo com Bassi et al., (1998) além da influência de próteses mal adaptadas no aparecimento dessa lesão, enquadram-se, como fatores etiológicos, diastemas, bordas cortantes de dentes, procedimentos iatrogênicos e higiene bucal inadequada.

A hiperplasia fibrosa inflamatória é mais prevalente no sexo feminino, de acordo com a maioria dos estudos, compreendendo dois terços a três quartos dos casos biopsiados. Essa lesão acomete principalmente a região anterior da maxila e mandíbula em relação à região posterior (NEVILLE et al., 2004); segundo o estudo realizado por Alves et al., (2005), a região predominante é o sulco vestibular.

Segundo Santos et al., (2004) a HFI pode se apresentar como um processo exofítico, ou como uma placa bem definida. Considerando a consistência, a lesão pode variar de firme a flácida quando submetida à palpação. A base pode ser séssil ou pediculada, com coloração semelhante a mucosa ou eritematosa, de crescimento lento, sendo geralmente assintomática.

De acordo com Coutinho et al., (1998) a lesão apresenta as seguintes características histopatológicas: epitélio pavimentoso estratificado, que envolve tecido conjuntivo fibroso hiperplásico, com número elevado de fibras colágenas, apresentando também alto grau de células inflamatórias crônicas e quantidade variável de vasos sanguíneos, sendo que o epitélio pode ser ceratinizado ou não.

Segundo Neville et al., (2004), áreas ulceradas não são incomuns nas fissuras entre as pregas.

Conforme Neville et al., (2004) o procedimento terapêutico indicado para o tratamento da HFI é a remoção cirúrgica da lesão. A realização da biópsia é importante para confirmar o diagnóstico de hiperplasia fibrosa inflamatória, visto que essa lesão faz diagnóstico diferencial com lipofibroma, neurofibroma, rabdomioma, leiomioma e tumores de glândulas salivares menores (COUTINHO et al., 1998) e também com o granuloma piogênico e o fibroma ossificante periférico (COLEMAN et al., 1996).

Para o sucesso do tratamento depende também da correção da prótese mal adaptada, ou confecção de uma nova prótese, quando esse é o fator etiológico (NEVILLE et al., 2004). Acrescenta-se que, de acordo com Bassi et al., (1998), é possível haver regressão de lesões iniciais pouco elevadas com a remoção da prótese. Além da intervenção protética, orientações a respeito da higiene oral e da prótese são indispensáveis (COELHO et al., 2004).

Figura1–Hiperplasia Fibrosa Inflamatória.



Fonte: FALCÃO et al., 2009.

Figura2–Hiperplasia Fibrosa Inflamatória.



Fonte: FALCÃO et al., 2009.

4.1.2. Estomatite Protética

De acordo com Pinho et al., (2013) entre as principais lesões resultantes do uso da PT a mais predominante é a estomatite protética. Encontra-se na mucosa oral dos usuários de prótese total ou parcial removíveis. Sua etiologia é multifatorial e estão relacionadas a problemas de saúde geral do indivíduo, como deficiências nutricionais, diabetes, xerostomia, imunossupressão, fatores locais como placa bacteriana e presença de fungos e fatores mecânicos. Esses fatores associados à má adaptação e má higienização da PT contribui para que aconteçam alguns processos infecciosos por microrganismos.

Estas alterações caracterizam-se por edema, hiperemia, seguido algumas vezes por petéquias hemorrágicas. O processo inflamatório varia de moderada ou intensa, e raramente o processo é sintomático (OLIVEIRA et al.,2007).

Estudos relatam que apesar do tecido apresentar-se inflamado e hiperêmico, esta lesão geralmente é assintomática, e por isso, passam despercebidas pelos pacientes, sendo notado durante exame bucal de rotina. A mucosa pode, porém,

apresentar-se hemorrágica e o paciente pode sentir prurido, queimação, sintomatologia dolorosa, sabor desagradável, além de apresentar halitose e xerostomia (ARNOUD et al.,2012).

Segundo Gonzáles et al., (2009) essa lesão acomete mais mulheres, no entanto, não há nenhuma diferença entre os sexos.

Normalmente encontra-se esta lesão na região da mucosa jugal, a orofaringe, o fundo-de-saco vestibular e as partes laterais do dorso lingual, destacaram ainda o palato como uma das regiões mais constantes associados à mucosa bucal, o palato e a língua como os locais de favoritismo, e a gengiva e o assoalho bucal também foram citados (BARBOSA et al., 2018).

Segundo Silva et al., (2011) o seu correto diagnóstico é realizado por meio do exame clínico, notando presença de alterações de cor, textura, sintomatologia, tipo, estado e função da prótese, e o nível de higiene, podendo associar a exames complementares citológicos e histopatológicos.

As características histopatológicas consistem em: epitélio pavimentoso estratificado, que envolve tecido conjuntivo fibroso hiperplásico, com número elevado de fibras colágenas, exibindo também alto grau de células inflamatórias crônicas e quantidade variável de vasos sanguíneos, podendo o epitélio ser ceratinizado ou não (FALCÃO et al.,2009).

De acordo com Arnoud et al.,(2012) o tratamento desta lesão consiste em condutas de higiene bucal e da prótese, com remoção da prótese durante a noite, identificação e correção de fatores predisponentes, reembasamento ou confecção de nova prótese e terapia antifúngica quando associada à candidose bucal. Além desses procedimentos, podem associar-se a desinfecção da prótese durante a noite com soluções químicas, como a clorexidina e hipoclorito de sódio.

Figura 3- Estomatite Protética



Fonte: HANNAH et al., 2017.

Figura 4- Estomatite Protética



Fonte: HANNAH et al., 2017.

4.1.3. Úlcera Traumática

Segundo Maciel et al., (2008), a úlcera traumática da mucosa bucal é uma lesão causada por alguma forma de traumatismo, pode estar representada por mordida da mucosa, irritação por prótese removível, lesão por escova dental,

exposição da mucosa a uma borda aguda de cárie dentária ou ação de qualquer outro irritante externo, podendo evoluir para malignidade.

Esta lesão é frequentemente encontrada na mucosa bucal, a qual apresenta uma etiologia multifatorial, no entanto, sua principal causa seja consequente de iatrogênias do profissional nos usuários da prótese total mucossuportada. A língua, a mucosa jugal e o lábio inferior são as regiões mais suscetíveis, no entanto, outros sítios podem também serem afetados, dependendo da etiologia. Caracteriza-se por uma área central de ulceração recoberta ou não por membrana fibrinopurulenta circundada por halo eritematoso. Geralmente o paciente relata sintomatologia dolorosa, principalmente durante a ingestão de alimentos (JAMES et al., 2008).

De acordo com Peixoto et al., (2015) estas lesões geralmente podem ser de natureza aguda ou crônica, dependendo do tempo de duração e da sintomatologia apresentada. E aparece em maior volume entre o primeiro e o segundo ano de uso da prótese. Porém, é bastante comum seu aparecimento logo após a instalação ou no período de adaptação. Este acontecimento está vinculado também às moldagens incorretas realizadas com moldeiras que apresentam sobre extensão de borda e que acabam por comprimir áreas do fornix do vestíbulo bucal gerando feridas com sintomas dolorosos intensos.

De acordo com James et al., (2008) o tratamento consiste na remoção do fator causal e prescrição medicamentosa (corticoides e anti-inflamatórios tópicos) que também podem ser adotadas para alívio da sintomatologia dolorosa. Vale ainda destacar que quando o fator etiológico desta lesão for uma prótese mal adaptada, o tratamento deve ser associado com medicamentos analgésicos e correção ou substituição do aparelho protético, seja na sua base ou na região dos dentes artificiais. Depois de corrigir a prótese, realizando um alívio nas zonas que estão provocando trauma, a úlcera deve cicatrizar em duas semanas. Se tal fato não ocorrer, pode ser necessária a realização de uma biópsia incisiva. Para prevenir a ocorrência da úlcera deve-se atentar, no ajuste da oclusão, de forma a distribuir a carga mastigatória de modo uniforme.

Figura 5: Úlcera Traumática.



Fonte : BARBOSA et al ., 2017.

4.1.4. Queilite Angular

Segundo Barbosa et al. (2018), a queilite angular é uma lesão frequentemente encontrada em pacientes idosos com dimensão vertical reduzida, o que facilita o acúmulo de saliva nas comissuras labiais, retendo umidade e permitindo a infecção por *Cândida albicans*, sendo caracterizada por eritema, fissuração e descamação. De acordo com Falcão et al. (2009) alguns autores acreditam que os usuários de próteses orais (próteses e aparelhos) são mais predisponentes a ter *Cândida* espécies colonizadas na sua flora oral.

Conforme Araújo et al. (2012) as características histopatológicas da QA podem por atrofia do epitélio escamoso estratificado, com frequente produção de queratina. A hiperqueratose, paraqueratose e acantose são aspectos comuns das queilites angular. São notáveis áreas de hiperplasia, atrofia e graus variados de atípica que vão desde uma alteração discreta a carcinoma in situ e até invasivo.

Vilela (2011) fala que os aspectos clínicos da QA são sutis, no entanto, podem causar desconforto e inconveniência, fazendo com que o diagnóstico precoce dessa lesão, seja fundamental para diminuir os riscos de desenvolvimento do câncer.

Segundo Araújo et al. (1990) para o correto tratamento da queilite angular é fundamental importancia a correção dos fatores desencadeantes como, por exemplo, adequação de próteses dentária e correção de deficiência nutritiva, terapia da doença de base, assim como aplicação de antimicóticos e antibióticos tópicos por tempo prolongado. É de extrema importância também a profilaxia da queilite angular mantendo a higiene e desinfecção adequadas de próteses dentárias, fontes potenciais de contaminação, com isso evitando-se as recidivas. Há casos nos quais é necessária a realização de cirurgia plástica para levantar os ângulos da boca, evitando-se assim o acúmulo de saliva nas comissuras.

Figura 6: Queilite Angular Bilateral.



Fonte: RIZENTAL et al., 2018.

Figura 7: Queilite Angular Unilateral.



Fonte: RIZENTAL et al., 2018.

5. DISCUSSÃO

As dentaduras são aparatos aplicados para restaurar a forma, a função e a beleza da cavidade oral (GOIATO, 2005; GENDREAU, 2011). O aumento de usuários de próteses acompanha o aumento da expectativa de vida, com predominância de idosos de baixo nível socioeconômico. Apesar do crescente uso de implantes orais, para a maioria da população a terapia tradicional é uma alternativa para reabilitação (CARLSSON, OMAR, 2006; BRANTES et al., 2019).

Seja parcial, total, removível ou fixa, para as próteses alcançarem os principais objetivos envolvidos na melhoria da qualidade de vida dos pacientes é preciso saber da prevenção e do tratamento de condições que podem ser causadas pelo seu uso (SILVA et al., 2010).

Quando instaladas na boca, essas próteses podem facilitar o aparecimento de lesões bucais (GOIATO et al., 2005; GENDREAU, 2011), os profissionais devem se concentrar na execução dos métodos de fabricação corretamente, e ensinar aos pacientes como usá-las corretamente, além de orientá-los para que façam visitas periódicas para sua manutenção (PINHO et al., 2013).

O uso prolongado da mesma prótese aumenta a frequência dos danos causados na boca, devido que com o passar dos anos o acrílico desgasta com o tempo, ocasionando o aparecimento de bordas irregulares, superfícies ásperas e rachaduras nas próteses. Dentre as principais lesões citadas neste estudo estão: Hiperplasia Fibrosa Inflamatória, Estomatite Protética, Úlcera Traumática e Queilite Angular.

A hiperplasia fibrosa inflamatória é comum nos consultórios odontológicos (PEDRON et al., 2007) devido ao número crescente de Células inflamatórias geradas por trauma persistente causado por agentes físicos, tem maior probabilidade de ocorrer em adultos porque está associada ao uso de próteses (Santos et al., 2021). Os Sintomas da doença tem a característica de ser uma lesão assintomática, de crescimento lento, que pode ser exofílica ou com volume bem definido, única ou com múltiplas dobras, diferenciando-se entre duro ou solto à palpação. Tem uma superfície lisa com uma base variável sésil ou pedunculada, com variação de cor normal a eritematosa (SANTOS et al., 2021).

Segundo CARVALHO et al. (2017) e TRINDADE et al. (2018) hiperplasia A fibrosa inflamatória afeta as regiões maxilar e mandibular por igual, já SANTOS et al (2021) fala que essas regiões são afetadas em diferentes proporções, ambos concordam que a região anterior é a mais acometida. Ele ressalta que o tratamento consiste na eliminação de agentes patógenos ou na realização de procedimentos Cirúrgicos, onde a lesão está relacionada a fatores causais, por exemplo Dentadura recomenda-se suspender este agente por 7 a 15 dias para que seja realizado uma nova reavaliação das lesões. Outras indicações para o sucesso do tratamento e a introdução de alternativas cirúrgicas como laser de diodo e eletro calcificação (ANGIERO et al. 2012; AMARAL et al. 2015; JESUS et al. 2020). Entre essas duas técnicas utilizadas por DUQUM et al. (2011) e JESUS et al. (2020) ambos relatam apresentar a mesma eficácia na remoção da lesão, onde não é detectado sangramento irregular, inchaço ou dor.

A estomatite protética é uma das patologias mais comuns causadas pelo uso das próteses (PINHO, MUNIZ, MELO, 2013; TRINDADE et al., 2018), é a alteração mais comum que atinge o palato e que geralmente acomete mais os idosos (ERCALIKYALCINKAYA, OZCAN, 2015; HILGERT et al., 2016). De acordo com OLIVEIRA et al., (2007) tem etiologia multifatorial e que muitas vezes se apresenta assintomática e o principal fator etiológico é representado pela colonização por C.

albicans.

Os sinais clínicos incluem uma lesão eritematosa que pode ser acompanhada por petéquias, que geralmente aparecem na área coberta pela prótese, principalmente se estiverem mal adaptados ou mal limpos (PINHO, MUNIZ, TEXUGO, 2013; TRINDADE et al., 2018). É importante enfatizar que a saliva desempenha um papel muito importante para a manutenção da cavidade oral, tendo como exemplo a proteção contra infecções fúngicas e bactérias, tamponamento, deglutição e lubrificação e quando ocorre a diminuição do fluxo salivar é chamado de xerostomia ou hipossalivação. Pode se tornar comum em usuários de próteses e piora com o uso regular de medicamentos (OLIVEIRA et al., 2019).

Segundo HILGERT et al., (2016), um tratamento padrão é realizado com antifúngicos tópicos, porém OLIVEIRA et al., (2019) afirma que esse tratamento promove alívio temporário, mas que pode levar à recidivas. Entre outras sugestões para tratamento podemos enfatizar a suspensão da prótese e se necessário a correções cirúrgica e confecção de uma nova prótese, e preciso orientar o paciente como se deve fazer para a higienização oral e da prótese, tendo em conta também a necessidade de reembasamento da mesma, na tentativa de diminuir o trauma (SOARES et al., 2010; BARBOSA et al., 2018).

As úlceras traumáticas estão dentre as doenças mais comuns da mucosa oral associado a usuários de próteses com causas multifatoriais (OLIVEIRA et al., 2019). Mais comum durante os primeiros dias de instalação também está associado a superestenção excessiva dos novos dispositivos protéticos ou oclusão desbalanceada (BRANTES et al., 2019).

Há um consenso na literatura sobre as prescrições para o seu tratamento onde os Analgésicos utilizados para tratar a sua sintomatologia, bem como adequação ou substituição da prótese e seu uso ficará suspenso até que o problema seja resolvido (PEIXOTO, PEIXOTO, Alexandretti, 2015. BARBOSA et al., 2018).

Segundo OZA et al., (2017), a queilite angular é caracterizada por inflamação com fissuras nos cantos da boca, que podem se manifestar como edema, eritema, descamação e erosões, comuns em pacientes com rugas nos lábios profundas facilitando o acúmulo de saliva neste local (PINHO et al., 2013. TRINDADE et al., 2018), tendo uma propensão maior pelas mulheres. Segundo Orman et al., (1986) e OZA et al., (2017), os eventos são quase idênticos entre os gêneros, mas a proporção de homens nunca excede a proporção de mulheres isso pode ter como causa as

alterações hormonais como menstruação, gravidez, menopausa e anemia. O dano se manifesta de várias maneiras, de pequenas erupções nos cantos da boca a grandes erupções que se espalham pela pele adjacente, pode ter aparência eritematosa com bordas vermelhas em um ou ambos os cantos da boca (Oza et al., 2017).

A sua etiologia é baseada em vários fatores, por isso uma das mais importantes é a proliferação por *C. albicans*, desnutrição, fatores mecânicos que geram a diminuição da dimensão vertical de oclusão sobrepondo o lábio superior sobre o inferior, o prognatismo, a falta de dentes e o uso inadequado de próteses mal adaptadas (MACIEL et al., 2008; TRINDADE et al., 2018).

Várias recomendações de tratamento foram relatadas por FEDERICO et al., (2021) que vão depender da sua causa, dentre elas destacam-se a adaptação da prótese mal ajustada, suplementação nutricional, se houver uma infecção por fungos o uso de antifúngicos tópicos como creme de cetoconazol 2% e antifúngicos sistêmicos como fluconazol ou antibióticos tópicos ou sistêmicos. Há correta limpeza, higienização e desinfecção da prótese são essenciais. Com opiniões diferentes entre autores nas opções de tratamento, a terapia fotodinâmica, consiste essencialmente em um agente fotossensibilizante local exposto à luz visível (GIOVANI et al., 2008; BARBOSA et al., 2018).

6. CONCLUSÃO

Conclui-se que as próteses são muito importantes na reabilitação oral dos pacientes e é obrigação do Cirurgião-Dentista fazer um correto planejamento dessa prótese, sem exageros que dificultem a limpeza dos aparelhos práticos, orientando o paciente para o método de limpeza mais adequado para o seu caso. Também é de extrema importância que o laboratório siga corretamente a confecção dessa prótese e que esteja perfeitamente polida. A tarefa do dentista é analisar corretamente os materiais da prótese, quando for entregue para o paciente.

A forma como o paciente pode limpar a prótese deve ser orientada pelo cirurgião-dentista, pois a saúde do meio bucal está diretamente relacionada à habilidade do paciente remover adequadamente as bactérias da superfície da prótese. O dentista deve dizer ao paciente que apenas a escova e pasta de dente tradicional, que é o

método mais utilizado pela maioria dos pacientes não consegue remover efetivamente o biofilme.

O Cirurgião-Dentista deve ter cuidado em todas as etapas da confecção da prótese e a manutenção posterior a sua entrega não pode ser dispensada, porque a prótese parcial removível (PPR) e a prótese total (PT) não é feita apenas durante a transferência para o paciente. Orientação e motivação são necessárias quanto à higiene e manutenção da prótese e tecidos bucais, pois faz parte do tratamento, visto que a utilização de prótese leva a alterações quantitativas e qualitativas da placa bacteriana, que aumenta os processos inflamatórios no meio bucal, sabendo disso o Cirurgião-Dentista deve recomendar ao seu paciente visitas periódicas inicialmente a cada 6 meses e posteriormente a cada ano.

De acordo com a literatura, a maioria das lesões bucais associadas às próteses totais são provenientes da má adaptação e da falta de higienização. Entre todas as lesões as mais frequentes são: estomatite protética, queilite angular, hiperplasia fibrosa inflamatória e Úlcera traumática. É por isso que é de extrema importância que o cirurgião dentista efetue de forma correta a confecção da PT, além de orientar seus pacientes como se deve fazer sua correta higienização oral.

REFERÊNCIAS

Bibliografia

- Alves, N. C., & Gonçalves, H. H. S. (2005). Estudo descritivo da ocorrência de hiperplasias fibrosas inflamatórias observadas no Serviço do Laboratório de Histopatologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Marília. *Odontologia de Marília. R. Paul. Odontol*, 4, 4–8.
- Amaral, M. B., Ávila, J. M., Abreu, M. H., Mesquita, R. A., Diode, A. M. B., De Avila, J. M., Abreu, M. H., & Mesquita, R. A. (2015). Diode laser surgery versus scalpel surgery in the treatment of fibrous hyperplasia: a randomized clinical trial. *International journal of oral and maxilofacial surgery*, 44, 1383–1389.
- Angieiro, F., Parma, L., Crippa, R., & Benedicenti, S. (2012). Diode laser (808 nm) applied to oral soft tissue lesions: a retrospective study to assess histopathological diagnosis and evaluate physical damage. *Lasers in Medical Science*. v, 27, 383–388.
- Araújo, C. P., Vidal, M., Gurgel, C., Ramos, E., Barbosa, A. A., & Ramalho, L. (2012). Queilite actínica: um estudo de 35 casos com destaque para os aspectos morfológicos. *Rev. Pós Grad*, 19(1), 21–27.
- Araujo, N. S., & Araujo, V. C. (1990). *Patologia bucal. 2ed. São Paulo: Artes Médicas.*
- Arnoud, R. R., Soares, M., Santos, M., & Santos, R. C. (2012). Estomatite protética: prevalência e correlação com idade e gênero. *Bras Ci Saúde*, 16(1), 59–62.
- Association between oral mucosal lesions and hygiene habits in a population of removable prosthesis wearers. (2015). *Journal of Prosthodontic*. v, 24, 271–278.
- Barbosa, J., & Olate, S. (2008). Inflammatory fibrous hyperplasia treated with a modified vestibuloplasty: a case report. *The J of Contemp Dental Pract*, 9(3), 1–7.

- Barbosa, M. T., Neto, O. I., Rodrigues, C., Laport, L., Oliveira, W. S., & Oliveira, T. (2018a). Lesões bucais provocadas pelo uso de próteses removíveis. *Braz. J. of Sug. And Clinical Reserach*, 22(2), 62–66.
- Barbosa, M. T., Neto, O. I., Rodrigues, C. R. T., Laport, L. B. R., Oliveira, W. S., & Oliveira, T. B. (2018b). Lesões bucais provocadas pelo uso de próteses removíveis; Oral injuries Caused by the usage of removable prothesis. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. v, 22(2), 62–66.
- Bassi, A. P. F., Vieira, E. H., Gabrielli, M. A. C., & Rgo, P. (1998). Hiperplasia fibrosa inflamatória. *RGO, Porto Alegre*, 46, 209–211.
- Batista, J. M., Birman, E. G., & Cury, A. E. (1999). Suscetibilidade a antifúngicos de cepas de *Candida albicans* isoladas de pacientes com estomatite protética. *Revista de odontologia da Universidade de Sao Paulo*, 13(4), 343–348. <https://doi.org/10.1590/s0103-06631999000400005>.
- Bomfim, R., Soares I, P., Tavares, D. G. R., Santos, G. C., Araújo, R. P., Padilha, T. N., & Wilney, W. (2008). Prevalência de lesões de mucosa bucal em pacientes portadores de prótese dentária. *Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e clínica integrada*, 117–121.
- Brantes, M. F., Azevedo, R. S., Rozza-De-Menezes, R. E., Pòvoa, H. C., Tucci, R., & Gouveia, A. F. (2019). A Analysis of risk factors for maxillary denture-related oral mucosal lesions: A cross-sectional study. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirurgia Bucal*, 305–313.
- Brantes, M.-F., Azevedo, R.-S., Rozza-de-Menezes, R.-E., Póvoa, H.-C., Tucci, R., Gouvêa, A.-F., & Takahama-Jr, A. (2019). Analysis of risk factors for maxillary denture-related oral mucosal lesions: A cross-sectional study. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 24(3), e305–e313. <https://doi.org/10.4317/medoral.22826>.
- Carlsson, G. E., & Omar, R. (2006). Trends in prostodontics. *Medical Principles and practice*, 167–179.

- Carvalho, F. R., Voss, F., Nascimento, J. A., Trazzi, B. F. M., Esteves, S. R. R., & Rodrigues, A. C. (2017). Hiperplasia Fibrosa Inflamatória - Revista da literatura - relato de caso clínico cirúrgico. *Revista Odonto. v, 17(4)*, 290–298.
- Carvalho, G. A. O., Ribeiro, A., Câmara, O. P., & Pierote, J. V. F. ([s.d.]). Dental approach and oral changes in the elderly: a literature review. *Research, Society and Development*.
- Coelho, C. M. P., Sousa, Y. T. C. S., & Daré, A. M. Z. (2004). Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry: ORAL MUCOSAL LESIONS. *Journal of Oral Rehabilitation, 31(2)*, 135–139. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2004.01115.x>.
- Coleman, G. C., & Nelson, J. F. (1996). *Princípios de diagnóstico bucal*. Guanabara Koogan.
- Coutinho, T. C. L., Santos, M. E. O., & Rgo, P. (1998). Hiperplasia fibrosa inflamatória. *RGO, Porto Alegre, 46*, 27–34.
- De Oliveira, C. E., Gasparoto, T. H., Dionisio, T. J., Porto, V. C., Vieira, N. A., Santos, C. F., & Lara, V. S. (2010). Candida albicans and denture stomatitis: evaluation of its presence in the lesion, prosthesis, and blood. *International journal prosthodonticis. v, 23*, 158–159.
- Diode laser surgery versus electrocautery in the treatment of inflammatory fibrous hyperplasia: a randomized double-blind clinical trial*. (2020). Springer-Verlag GmbH Germany.
- Duqum, C. L. I., Minsley, G., Guckes, A., Haug, M. S. P., Solie, A. C. D., & Deal, C. (2011). American College of Prosthodontists. Evidence-based guidelines for the care and maintenance of complete dentures: a publication of the American College of Prosthodontists. *Journal of Prosthodontic. v, 20*, S1–S12.
- Falcão, A. F. P., Lamberti, P. L. R., Lorens, F. D. G. L., Lacerda, J. A. de, & Nascimento, B. C. (2009). Hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso e

revisão de literatura. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 8(2), 230.
<https://doi.org/10.9771/cmbio.v8i2.4076>.

Federico, J. R., & Basehore, B. M. (2021). StatPearls. *P. M. Angular Chelitis. StatPearls. Treasure Island*.

Gendreau, I., & Loewy, Z. G. (2011). Epidemiology and etiology of denture stomatitis. *Journal of Prosthodontic*, v, 20(4), 251–260.

Gendreau L, L. (2011). Epidemiology and etiology of denture stomatitis. *Journal of prosthodontics: official journal of the American College of Prosthodontists*. v, 20, 251–260.

Giovani, A. P. L. E. (2008). Terapia fotodinâmica no tratamento de queilite angular-relato de caso. *Revista institucional Ciência saúde*. v, 26, 482–486.

Goiato, M. C., Castelleoni, L., Santos, D. M., Filho, H., & Assunção, W. G. (2005). Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e clínica integrada*, 85–90.

Gonzáles, I., Gomez, S., Capote, E. P., & Rivero, Y. C. (2009). Prevalence of subprosthesis stomatitis. *Rev Arch Médico de Camagüey*, 13(1).

Hilgert, J. B., Giordani, J. M. A., Souza, R. F., Wendland, E. M. R., Avilla, O. P., & Hugo, N. F. (2016). *Interventions for the Management of Denture Stomatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. The American Geriatrics Society*.

Jainkittivong, A., Aneksuk, V., & Langlais, R. P. (2002). Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Diseases*, 8(4), 218–223.
<https://doi.org/10.1034/j.1601-0825.2002.01789.x>.

Kanasi, E., Ayilavarapu, S., & Jones, J. (2000). Laser surgery versus scalpel surgery in the treatment of fibrous hyperplasia: a randomized clinical trial. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. v, 44(1), 1383–1389.

Maciel, S. S. S. V., Souza, R. S. V., Donato, L. M. A., Albuquerque, I. G. M., & Donato, L. F. A. (2008). Prevalencia das lesões de tecidos moles causadas por próteses

removíveis nos pacientes na faculdade de odontologia de Caruaru, PE, Brasil. *Pesquisa Brasileira Odontopediatria clínica integrada*, 93–97.

Maciel, S., Souza, R., Donato, L., Albuquerque, I., & Donato, L. (2008). Prevalência das lesões de tecidos moles causadas por próteses removíveis nos pacientes da Faculdade de Odontologia de Caruaru, PE, Brasil. *Pesquisa Bras em Odontop e Clín Integrada*, 8(1), 93–97.

Marcucci G Martori, E., Ayuso-Montero, R., Martinez-Gomis, J., Viñas, M., & Peraire, M. (2014). Risk factors for denture-related oral mucosal lesions in a geriatric population. *Journal of Prosthet Dentistry*, 4, 273–279.

Neville, B. W. (2004). *Patologia oral e maxilofacial. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.*

Ohman, S. C., Dahlén, G., Möller, A., & Ohman, A. (1986). Angular cheilitis: a clinical and microbial study. *Journal of Oral Pathology*, 15(4), 213–217. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.1986.tb00610.x>.

Oliveira, I. C., Correia, J. N. M., Pereira, D. P. D. C., & Cunha, M. A. P. da. (2019). Patologias associadas ao uso de Próteses Totais Removíveis: Revisão de literatura / Pathologies Associated with the use of Total Removable Prosthesis: Literature Review. *ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA*, 13(47), 875–888. <https://doi.org/10.14295/idonline.v13i47.2091>.

Oliveira, R. C., Brum, S. C., Oliveira, R. S., & Goyatá, F. R. (2007). Aspectos clínicos relacionados à estomatite protética. *International J.of Dent*, 6(2), 51–54.

Oza, N., & Doshi, J. (2017). Angular cheilitis: A clinical and microbial study. *Indian Journal of Dental Research: Official Publication of Indian Society for Dental Research*, 28(6), 661. https://doi.org/10.4103/ijdr.ijdr_668_16.

Pedron, I. G., Carnava, T. G., Utumi, E. R., & Moreira, J. L. A. W. (2007). Hiperplasia fibrosa causa por prótese: remoção cirúrgica com laser Nd:YAP. *Revista de clínica e pesquisa odontológica*, 51–56.

- Peixoto, A. P. T., Peixoto, G. C., & Alessandretti, R. (2015). Relação Entre o Uso de Prótese Removível e Úlcera Traumática - Revisão de Literatura. *Journal of Oral Investigations*, 4(1),26–32.<https://doi.org/10.18256/2238-510x/j.oralinvestigations.v4n1p26-32>.
- Pinho, L. C. F., Muniz, S. K. C., & Melo, I. T. S. (2013). Principais lesões orais ocasionadas pela má adaptação da prótese parcial removível e pela má higienização. *Caderno de ciências biológicas e da saúde*, 1–13.
- Pinho, L., Muniz, S., & Melo, I. (2013). Principais lesões orais ocasionadas pela má higienização da prótese parcial removível e pela má higienização. *Caderno de Cien. Biol. e da Saúde*, 1.
- Queiroz, R. C. de S., Portela, M. C., Silva, P. L. do N., & Vasconcellos, M. T. L. de. (2012). Pesquisa sobre Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SBBrasil 2003): determinação dos pesos amostrais e das informações estruturais da amostra. *Cadernos de saude publica*, 28(2), 239–255. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2012000200004>.
- Santos, D. P. M., Hiramatsu, J. M., Favretto, C. O., & Silva, J. P. (2021). Inflammatory fibrous hyperplasia in oral mucosa: clinical case. *Revista Archives of health investigation*, 10, 292–295.
- Silva, M. E. de S. E., Villaça, E. L., Magalhães, C. S. de, & Ferreira, E. F. E. (2010). Impact of tooth loss in quality of life. *Ciencia & saude coletiva*, 15(3), 841–850. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000300027>.
- Silva, U. H., Araújo, D. L., & Santana, E. B. (2011). Ocorrência de estomatite protética e queilite actínica diagnosticadas no centro de especialidades odontológicas da faculdade ASCES, Caruaru - PE. *Odontol. Clín-Cient*, 10(1), 79–83.
- Soares, D. G. S., Oliveira, C. B., Paulo, M. Q., & Padilha, W. W. (2010). Avaliação clínica e microbiológica do tratamento da estomatite protética com tintura Schinuster ebinthifolius Raddi (Aroeira). *Pesquisa Brasileira Odontopediatria clínica integrada*, 365–370.

Trindade, M. G. F., Oliveira, M. C., Prado, J. P., & Santana, L. L. (2018). Lesões associadas a má adaptação e má higienização da prótese total. *Id online Revista multidisciplinar e de psicologia*, 42, 956–968.

Trindade, Maria Gabriela Farias, Oliveira, M. C. de, Prado, J. P. do, & Santana, L. L. P. (2018). Lesões Associadas à má Adaptação e má Higienização da Prótese Total. *ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA*, 12(42), 956–968. <https://doi.org/10.14295/idonline.v12i42.1377>.

Vilela, G. R. (2011). *Queilite actínica- revisão de literatura*.