



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO  
ODONTOLOGIA**

**LARISSA ELLEN CHAGAS REBOUÇAS**

**LESÕES ORAIS OCASIONADAS POR PRÓTESES REMOVÍVEIS – REVISÃO DA  
LITERATURA**

**FORTALEZA**

**2020**

LARISSA ELLEN CHAGAS REBOUÇAS

LESÕES ORAIS OCASIONADAS POR PRÓTESES REMOVÍVEIS – REVISÃO DA  
LITERATURA

Artigo TCC apresentado ao curso de Bacharel em Odontologia do Centro Universitário Fametro como requisito para obtenção do grau de bacharel, sob orientação da Prof.<sup>a</sup>. Mestre Aline Dantas Diógenes Saldanha.

**FORTALEZA**  
**2020**

LARISSA ELLEN CHAGAS REBOUÇAS

LESÕES ORAIS OCACIONADAS POR PRÓTESES REMOVÍVEIS – REVISÃO DA  
LITERATURA

Artigo TCC apresentado no dia 09 de dezembro de 2020 como requisito para a obtenção do grau de bacharel em Odontologia do Centro Universitário Fametro tendo sido aprovado pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Aline Dantas Diógenes Saldanha  
Orientadora – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

---

Prof<sup>ª</sup>. Paula Ventura da Silveira  
Membro - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

---

Prof<sup>º</sup>. Jandenilson Alves Brígido  
Membro - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

À professora Aline Dantas Diógenes Saldanha,  
que com sua dedicação e cuidado de Mestre,  
orientou-me na produção deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente à Deus que me amparou e abençoou nos momentos difíceis e colocou pessoas no meu caminho durante estes 5 anos para que eu pudesse me inspirar. Aos meus pais Silvia Mirandir Chagas Rebouças e Venicius Leoncio Rebouças que com todo esforço e dedicação não desistiram de mim e me fizeram chegar até aqui. Aos meus irmãos Lucas Brian Chagas Rebouças, Murilo Enzo Chagas Rebouças e Melissa Emily Chagas Rebouças que me fizeram acreditar que eu seria capaz. Às minhas avós Lúcia Maria da Natividade Pereira e Mary Lady Moura da Silveira e ao meu avô Francisco Hamilton Silveira Rebouças que sempre me apoiaram. Aos meus professores que durante 5 anos repassaram todo seu conhecimento para que eu pudesse estar capacitada em exercer a odontologia, e finalmente, às minhas amigas e amigos de graduação e de infância, que compartilharam lágrimas e sorrisos, momentos difíceis e alegres essenciais para a minha força em nunca desistir.

O conhecimento é uma ferramenta, e como todas as ferramentas, o seu impacto está nas mãos de quem o usa.

(Dan Brown)

## ABSTRACT

*Population-ageing is one of the biggest challenges for public health, especially when we relate oral health. We can observe in the elders a decrease in the quality of the periodontium, a reduction in salivary flow, a diet rich in sugars and a difficulty in performing the correct hygiene of the oral cavity due to loss of motor coordination, which can cause problems in the health of the mouth of these owners. The socioeconomic factor may also be linked to the lack of information from these patients, which has a direct bearing on their oral condition. One of the biggest problems that we can observe in the face of this, are as tooth loss and with this, as removable dental prostheses are the first search for oral rehabilitation. The prosthetic devices aim to give function, aesthetics and phonetics of totally or partially edentulous patients, however, good hygiene is necessary based, instructions given by the dentist to the patient, visits to the dentist in up to 6 months, replacement of the device in up to 5 years of use and a good treatment plan when making the dental prosthesis. When some of these steps are neglected, oral lesions caused by removable prostheses can occur. This paper aims to analyze how oral lesions can occur caused by removable oral prostheses and how to avoid them through a literature review. 15 articles were selected from the Scielo, Lilacs, Unifametro and EBSCO databases published between 2015 and 2020 in Portuguese, English and Spanish with criteria for inclusion of articles that contain information on how they can appear as oral changes, data on population aging and correct handling of dental prostheses for their success. The exclusion criteria were articles with more than 6 years of publication and without exclusion on the topic. The authors argue that in addition to good cleaning of the prosthesis performed by the patient, the dentist has the important role of instructing them to perform it correctly, in addition to visits to the dentist for evaluation of the prosthesis and its replacement in up to 5 years of use. It is concluded that the majority of injuries are caused by the lack of prosthetic hygiene performed by the patient, which may be linked to a lack of knowledge when related to the socioeconomic factor and / or the lack of instructions by the dentist himself.*

*Keywords: Dental prosthesis; Oral cavity; Population-ageing; Analysis of Prosthesis Failure; Oral hygiene.*

## RESUMO

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios para a saúde pública, principalmente quando relacionamos a saúde oral. Podemos observar nos idosos a diminuição da qualidade do periodonto, a redução do fluxo salivar, alimentação rica em açúcares e a dificuldade em realizar higienização correta da cavidade oral pela perda da coordenação motora, o que pode ocasionar problemas na saúde da boca destes indivíduos. O fator socioeconômico também pode estar ligado a falta de informações destes pacientes, o que tem direta relação com sua condição oral. Um dos maiores problemas que podemos observar diante disso, são as perdas dentárias e com isto, as próteses dentárias removíveis são a primeira busca de reabilitação oral. Os aparelhos protéticos visam proporcionar função, estética e fonética de pacientes desdentados totais ou parcialmente, contudo, é necessário boa higienização com substâncias adequadas, instruções repassadas pelo cirurgião-dentista ao paciente, visitas ao cirurgião-dentista em até 6 meses, troca do aparelho em até 5 anos de uso e um bom plano de tratamento no momento da confecção da prótese dentária. Quando algum destes passos são negligenciados, podem ocorrer o surgimento de lesões orais ocasionadas pelas próteses removíveis. Este presente trabalho tem como objetivo analisar como podem ocorrer o surgimento de lesões orais ocasionadas pelas próteses orais removíveis e como evitá-las através de uma revisão da literatura. Foram selecionados 15 artigos das bases de dados Scielo, Lilacs, Revista Unifametro e EBSCO publicados entre os anos de 2015 a 2020 nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola com critérios de inclusão artigos que contenham informações de como podem surgir as lesões orais, dados sobre envelhecimento populacional e manejo correto das próteses dentárias para o seu sucesso. Os critérios de exclusão foram artigos com mais de 6 anos de publicação e sem relevância no tema. Os autores defendem que além de boa higienização da prótese realizada pelo paciente, o cirurgião-dentista tem o importante papel de instruí-los a realizá-los de forma correta, além das visitas ao dentista para avaliação da prótese e a troca desta em até 5 anos de uso. Conclui-se que a maioria das lesões são ocasionadas pela falta de higienização protética realizada pelo paciente, o que pode estar ligada a falta de conhecimento quando relacionada ao fator socioeconômico e/ou a falta de instruções pelo próprio cirurgião-dentista.

Palavras-chave: Prótese Dentária; Cavidade Oral; Envelhecimento Populacional; Análise da Falha da Prótese; Higiene Bucal.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>FIGURA 1 – Palato com presença de placa esbranquiçada ocasionada pela lesão de Candidose Oral.....</b>	<b>15</b>
<b>FIGURA 2 – Comissura labial fissurada ocasionada pela lesão de Queilite Angular.....</b>	<b>16</b>
<b>FIGURA 3 – Prótese removível mal adaptada ocasionando Úlcera na mucosa oral.....</b>	<b>17</b>
<b>FIGURA 4 – Palato avermelhado e com petéquias hemorrágicas ocasionadas pela lesão de Estomatite Protética.....</b>	<b>18</b>
<b>FIGURA 5 – Palato com crescimento excessivo de tecido nomeado de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória ocasionado pela utilização da prótese com câmara de sucção.....</b>	<b>19</b>
<b>FIGURA 6 – Cartilha educativa de higienização protética.....</b>	<b>31</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1 – Candidose Oral.....</b>	<b>25</b>
<b>TABELA 2 – Queilite Angular.....</b>	<b>26</b>
<b>TABELA 3 – Úlcera Traumática.....</b>	<b>27</b>
<b>TABELA 4 – Estomatite Protética.....</b>	<b>28</b>
<b>TABELA 5 – Hiperplasia Fibrosa Inflamatória.....</b>	<b>29</b>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>13</b>
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
3.1. Candidose Oral.....	14
3.2. Queilite Angular.....	15
3.3. Úlceras Traumáticas.....	16
3.4. Estomatite Protética.....	18
3.5. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória.....	19
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
4.1. Tipo de estudo.....	21
4.2. Descritores.....	21
4.3. Coleta e análise de dados.....	21
4.4. Critérios de inclusão dos artigos.....	21
4.5. Critérios de exclusão dos artigos.....	22
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>23</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>30</b>
6.1. Cartilha de higienização e manejo da prótese dentária.....	31
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui em um dos maiores desafios para a saúde pública e quando nos referimos à saúde oral, podemos observar nos idosos a diminuição da qualidade do periodonto, a redução do fluxo salivar, alimentação rica em açúcares e a dificuldade em realizar higienização correta da cavidade oral pela perda da coordenação motora (MEDEIROS et. al. 2018).

Doenças crônicas e neurodegenerativas também podem comprometer as práticas de higiene bucal dos idosos, sendo estes um dos principais motivos para que surjam os problemas bucais destes pacientes. Muitos só conseguem fazer a higienização oral quando realizadas por algum outro indivíduo (FROTA et. al. 2016).

Com isso, os idosos têm agravos bucais bastante comuns como cárie dental, doença periodontal e perda dentária. A perda dentária é o mais comumente encontrado nos idosos, o que os faz recorrer ao uso de próteses orais em busca de uma melhor qualidade de vida (LEAL et. al. 2018).

Porém, as variáveis socioeconômicas como educação, renda e gênero destes indivíduos podem interferir diretamente a sua saúde bucal, pois quando em baixos números, pode haver a falta de conhecimento sobre os cuidados com a saúde oral deixando-a em situação precária e com a dificuldade em acessar redes públicas de saúde, ocorrem os agravos (MEDEIROS et. al. 2018).

Assim, podemos observar que indivíduos com uma precária condição bucal também podem estar relacionados ao seu difícil acesso à saúde, à informação, à educação e à sua baixa renda. Esse fato ressalta a importância de um estudo verificando a influência desses fatores na qualidade de vida desse grupo social (OLIVEIRA et. al. 2018).

Dados fornecidos pelo SB BRASIL informaram que mais de 3 milhões de idosos necessitam de prótese total e outros 4 milhões necessitam de prótese parcial, e que no Nordeste as condições de uso destas são ainda mais precárias (MEDEIROS et. al. 2015).

As próteses orais removíveis têm como objetivo reestabelecer função, estética e fonética de pacientes desdentados totais ou parciais, sendo classificadas como próteses parciais removíveis, que são aparelhos protéticos nos quais substituem dentes naturais perdidos por

dentes artificiais, quando ainda há existência de dentes na arcada e o paciente pode retirá-la quando desejar. Estas próteses têm grampos no qual tem como função a estabilidade dela na boca (SUGIO et. al. 2018).

Existem também as próteses totais removíveis que são aparelhos protéticos na qual substituem dentes naturais de um paciente totalmente desdentado, sustentada apenas pelo rebordo do paciente e que também pode ser retirada quando o paciente desejar (SUGIO et. al. 2018).

Todo paciente que faz o uso de uma prótese oral, deve fazer visitas constantes ao dentista tendo como objetivo a adaptação e manutenção dela, podendo ser a falta destas consultas algum dos motivos para o aparecimento das lesões orais, independentemente de ser uma prótese total ou parcial removível (BARBOSA et. al. 2018).

Pesquisas revelam que a maioria da população usuária de próteses dentárias tem falhado na manutenção da limpeza delas, o que também está relacionado ao aparecimento destas lesões, sendo este fator o principal causador destas ocasionadas por microrganismos (FREIRE et. al. 2018).

O tecido de suporte das próteses, a mucosa oral, também tem a função de proteção dos demais tecidos assim como a pele, porém é descrito na literatura a sua alta susceptibilidade à inflamação e trauma (MEDEIROS et. al. 2015).

No planejamento da confecção da prótese oral, o cirurgião-dentista precisa se preocupar e estar atento a diversos fatores como: articulação temporomandibular, tonicidade da musculatura, saúde da cavidade oral, costumes de higiene do paciente em relação a boca e a prótese, tamanho, anatomia do rebordo alveolar, distribuição das forças mastigatórias, espaço intermaxilar, condições oclusais, adaptação, extensão, margens cervicais, se há áreas pontiagudas na prótese e, por fim, saúde geral do indivíduo (BARBOSA et. al. 2018).

As principais lesões na mucosa oral decorrentes do mau uso da prótese, são: Candidose oral, queilite angular, úlceras traumáticas, estomatite protética e hiperplasia fibrosa inflamatória, tendo estas maiores prevalências em pacientes idosos por serem a maioria dos usuários de aparelho protético (BARBOSA et. al. 2018).

A Candidose oral, é uma doença ocasionada pelo fungo da *Candida Albicans*, que fica geralmente localizada na região do palato, formando uma placa esbranquiçada em pacientes que fazem o uso de prótese total. Esta lesão pode se proliferar pela mucosa oral do paciente quando a prótese é usada por tempo prolongado (FREIRE et. al. 2018).

Essa lesão quando comparada com a prevalência dentre todas, se torna a mais comumente encontrada entre os usuários de próteses orais removíveis, afirmando assim a higiene precária destes pacientes (MEDEIROS et. al. 2015).

A Queilite Angular é uma infecção, também causada pelo fungo da *Candida Albicans*, que se manifesta através do acúmulo de saliva nas comissuras labiais, ocasionando feridas dolorosas em um ou ambos os cantos da boca e uma sensação de queimação (BARBOSA et. al. 2017).

Próteses mal adaptadas e a dificuldade de deglutição da secreção salivar com o avanço da idade está diretamente relacionado ao aparecimento destas feridas, e está mais prevalente em pacientes do sexo masculino (BARBOSA et. al. 2017).

As Úlceras Traumáticas são lesões ocasionadas por traumas, como mordida na mucosa, por hábito do paciente ou acidentalmente, e irritação por próteses removíveis mal adaptadas. As úlceras são bastante sensíveis, causando dor ao paciente. Elas possuem coloração esbranquiçada e podem evoluir para malignidade (ROMA et. al. 2019).

A Estomatite Protética é prevalente em pacientes desdentados totais superiores que fazem o uso de prótese total removível e tem como característica edema, inflamação e hiperemia da região afetada, causando vermelhidão (BARBOSA et. al. 2017).

Por fim, a Hiperplasia Fibrosa inflamatória está associada à má adaptação da prótese, caracterizado pelo crescimento do tecido mucoso fibrosado localizado nas bordas do aparelho protético ou em próteses antigas, na câmara de sucção. Essa proliferação benigna ocorre em resposta a injúrias crônicas de baixa intensidade (BARBOSA et. al. 2017).

Com isso, este presente trabalho tem como objetivo analisar como podem ocorrer o surgimento de lesões orais ocasionadas pelas próteses orais removíveis e como evitá-las através de uma revisão da literatura.

### **3. REVISÃO DA LITERATURA**

As próteses dentárias removíveis têm como função devolver reabilitação e estética ao paciente desdentado total ou parcialmente, mas com uma má forma de usá-las, como a falta de higienização, a demora na troca da prótese ou até mesmo falta de ajuste quando necessário, elas podem acarretar lesões na mucosa oral. Estudos revelam que a maioria das lesões existentes, são ocasionadas por próteses com mais de 5 anos de uso (SUGIO et. al. 2018).

Próteses sem correta adaptação, de má qualidade, com preservação deficiente ou que perderam sua qualidade inevitavelmente pelo uso contínuo ou além do tempo indicado para estas, são contribuintes para o aparecimento destas lesões em cavidade oral de pacientes que fazem a utilização desta reabilitação (GONZÁLES et. al. 2016).

#### **3.1 CANDIDOSE ORAL**

A Candidose é um processo infeccioso causado pelo fungo do gênero *Candida*, e está relacionado ao desequilíbrio da microbiota oral, tornando-se patogênico e afetando a boca dos idosos (SILVA et. al. 2019).

A *Candida Albicans* é a levedura que mais acomete a cavidade oral e existem diversos fatores que podem fazer com que esta seja a causa de infecções da boca e com o aparecimento de Candidose. Entre estes fatores, temos a falta de higienização ou higiene precária e uso contínuo da prótese, tendo em vista sua indicação de ser retirada para dormir (SILVA et. al. 2019).

A higienização da prótese não só deve ser feita corretamente como deve ser feita com produtos ideais, que tenham principalmente ações antimicrobianas, para que a *Candida Albicans* não favoreça ao aparecimento de lesões orais (FREIRE et. al. 2018).

As condições de saúde do hospedeiro também podem ser fatores predisponentes ao surgimento da Candidose, quando esta está associada à má higienização da prótese. Pois, assim podem desencadear um desequilíbrio entre as espécies de fungo que já podem estar existentes na cavidade oral (MEDEIROS et. al. 2015).

Esta é a lesão mais comum encontrada na cavidade oral de usuários de próteses totais, é descrita como uma lesão de placa branca geralmente localizada no palato e que pode se

estender à mucosa por meio de carimbo: ao retirar a prótese, a placa branca pode ser transmitida para a língua, por exemplo, ao ter contato com o palato infectado (MEDEIROS et. al. 2015).

**Figura 1** – Candidose oral em palato



**Fonte:** Patologia Oral: Correlações Clínicopatológicas. REGEZZI et. al. (2017)

A Candidose é facilmente diagnosticada, pode ser identificada ao ser feita a raspagem da placa branca que é removida com facilidade ao realizar-se com uma gaze. O tratamento padrão ouro de antifúngicos tópicos são Nistatina ou Miconazol, porém se os medicamentos não apresentarem regressão significativa da lesão em até 14 dias, inicia-se um tratamento sistêmico com auxílio de Fluconazol (SILVA et. al. 2020).

Após a contaminação da prótese, a troca se faz benéfica. Com a nova, inclui-se ao tratamento instruções de higiene à cavidade oral e à prótese do paciente com dentifrícios sem componentes abrasivos, escova adaptada para limpeza da prótese e sabão neutro, além de instruí-lo a retirar a prótese para dormir (MEDEIROS et. al. 2015).

### **3.2 QUEILITE ANGULAR**

Com o avanço da idade o paciente pode adquirir dificuldade para engolir a secreção salivar, o que ocasiona o acúmulo da mesma na comissura labial podendo surgir a Queilite Angular, lesão avermelhada no canto da boca (CORREA et. al. 2019).

Esta também é uma lesão facilmente diagnosticada, e pode estar relacionada à próteses mal adaptadas (erro na dimensão vertical de oclusão), influenciando também no acúmulo de saliva, ocasionando inflamação, maceração e fissuração neste local (BARBOSA et. al. 2017).

A queilite angular é uma das lesões mais comumente encontradas em pacientes que fazem o uso de próteses e está mais associada a má adaptação. Porém também pode estar relacionada com a má higienização (BARCELLOS et. al. 2017).

**Figura 2** – Queilite Angular, fissuração em comissura labial



**Fonte:** <https://www.multioral.com.br/blog/queilite-angular-o-que-e-e-quais-as-causas/>

A saliva acumulada na região de comissura labial retém umidade e favorece a infecção por leveduras, onde um estudo revela que 60% dos casos é ocasionado pelo fungo já presente na microbiota oral, o chamado *Cândida Albicans* (BARBOSA et. al. 2017).

O tratamento de Queilite Angular utilizando terapia fotodinâmica foi eficaz, evidenciou a ausência de lesões clínicas e citológicas, podendo reforçar que além de fácil aplicabilidade e sem surgimento de efeitos colaterais, este se torna um método efetivo e recomendado para a remoção da lesão (BARBOSA et. al. 2017).

A troca da prótese também faz parte do tratamento desta lesão. Por estar associada a uma falha na sua confecção, este problema é resolvido ao ser instalado um novo aparelho protético ao paciente, sendo feita com um correto plano de tratamento, evitando a desestabilização dela (BARBOSA et. al. 2017).

### 3.3 ÚLCERAS TRAUMÁTICAS

São lesões bem circunscritas na superfície da mucosa geralmente com depressão e de cor esbranquiçada e bordas endurecidas que ocasionam bastante dor ao paciente pela exposição de tecido conjuntivo (ROMA et. al. 2019).

**Figura 3** – Úlcera traumática ocasionada por prótese parcial removível inferior



**Fonte:** (BARBOSA et. al. 2018)

As próteses dentárias mal ajustadas, sem retenção, com falta de estabilidade, regiões estendidas ou bordas finas são um motivo de frequente relação com o surgimento de úlceras traumáticas na mucosa (ROMA et. al. 2020).

As úlceras traumáticas podem ocorrer devido a traumas repetitivos e permanecem na boca por longos períodos ou podem cicatrizar em poucos dias. Quando permanecem por longos períodos podem ser classificadas como úlceras recorrentes, e quando o fator causador é retirado rapidamente, ela permanece por poucos dias quando benigna (NEVILLE et. al. 2009).

Esta lesão tem um rápido diagnóstico, pois pode ser de fácil percepção a ocorrência de algum trauma no local presente ou de alguma região da prótese que esteja com um acabamento deficiente, ocasionando assim ferimento e dor ao paciente (BARBOSA et. al. 2017).

Para o tratamento, deve ser feito a remoção do agente causador: no caso da deficiência em acabamento da prótese, uma nova intervenção de alívios ou troca protética deve ser realizada. Em caso de locais que ocasionem dor, anestésicos tópicos podem aplicados ao local (BARBOSA et. al. 2017).

Com isso, as úlceras devem regredir em até duas semanas e a remoção desta deve ser feita durante o processo. Caso isso não ocorra, deve-se investigar melhor a lesão, com a realização de biópsia, por exemplo (BARBOSA et. al. 2017).

### 3.4 ESTOMATITE PROTÉTICA

A Estomatite Protética é uma lesão que ocasiona vermelhidão e petéquias hemorrágicas geralmente no palato, causada pela hiperemia nesta região. Ela é caracterizada pela inflamação da mucosa oral coberta pela prótese. Pode ser uma inflamação moderada ou intensa, em que raramente causará dor ao paciente (BARBOSA et. al. 2017).

**Figura 4** – Estomatite protética no palato



**Fonte:** <https://localodonto.com.br/candidiase-oral-diagnostico-tratamento/>

A Estomatite Protética pode ser ocasionada pela falta de remoção da prótese para dormir com uso contínuo e pela higiene inadequada. Esta lesão possui etiologia multifatorial, sendo a *Candida Albicans* a espécie de fungo mais associada por sua fácil adesão e proliferação sob as bases da prótese (FREIRE et. al. 2019).

Quanto ao tratamento, a literatura revela que a remoção temporária do uso da prótese pode ser o suficiente para a regressão da lesão, podendo haver intervenção cirúrgica somente quando houver alguma irregularidade na mucosa e a confecção de uma nova prótese em raros casos (BARBOSA et. al. 2017).

Também deve-se dar importância às instruções de higiene oral e da prótese passadas ao paciente. Por se tratar de uma lesão ocasionada por fungos, prescreve-se antifúngicos tópicos como Nistatina e Miconazol (BARBOSA et. al. 2017).

Constata-se que a intervenção com tratamento farmacológico pode ser resolutive, observando em sua pesquisa a redução da vermelhidão e das petéquias hemorrágicas localizadas no palato do paciente afetado (LUCENA et. al. 2018).

### 3.5 HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA

Hiperplasia Papilar Inflamatória é uma lesão que acomete mais prevalentemente o palato, mas que também pode surgir nas bordas do aparelho protético. É indolor e ocasionada por uma irritação crônica, causando um crescimento exacerbado do tecido mole (CORREA et. al. 2019).

O surgimento dessa lesão no palato se dá pelas câmaras de sucção existentes onde a prótese recobre esta região. Essas câmaras servem para fazer uma pressão e, conseqüentemente, deixar a prótese estável na boca. Esse tipo de produção não é confeccionado em próteses atuais por estarem diretamente ligadas ao crescimento anormal do tecido (BARBOSA et. al. 2017).

**Figura 5** – Hiperplasia fibrosa inflamatória em palato ocasionada por câmara de sucção de prótese total



**Fonte:** <http://oqueeissodoutor.blogspot.com/2017/05/hiperplasia-fibrosa-inflamatoria.html>

Esta também pode estar relacionada a falta de higiene das próteses removíveis e o uso contínuo dela. Estas hiperplasias foram mais encontradas em pacientes com mais de 60 anos de idade (CORREA et. al. 2019).

É um crescimento de tecido reacional que usualmente, embora nem sempre, se desenvolve abaixo da dentadura. Aproximadamente 20% dos pacientes que usam próteses removíveis 24 horas por dia têm hiperplasia inflamatória (NEVILLE et. al. 2009).

Essa lesão pode ocasionar ao paciente dificuldade de fonação e mastigação, mesmo indolor, além de desconforto, interferindo diretamente na qualidade de vida do paciente (SILVA et. al. 2020).

Para o tratamento, a remoção da dentadura pode permitir a remissão do eritema e do edema, e os tecidos podem retornar à sua aparência próxima ao normal. Além da remoção protética, também pode-se mostrar melhora após o uso de medicação antifúngica tópica ou sistêmica (NEVILLE et. al. 2009).

Em casos de grande exacerbação dos tecidos, pode ser feita a remoção cirúrgica através de excisão. Após a cirurgia, a dentadura do paciente pode ser reembasada quando ocasionada nas bordas para que o paciente volte a utilizá-la. Já quando se trata de câmara de sucção, uma nova deve ser confeccionada pois este modelo não se é utilizado atualmente e um reembasamento para fechar esta câmara se torna inviável (BARBOSA et. al. 2017).

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

O presente trabalho constitui-se de uma revisão da literatura narrativa abrangendo artigos atuais e originais nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola.

Também foram utilizadas informações retiradas do livro de Patologia Oral e Maxilofacial 3º Edição.

### **4.2 DESCRITORES**

Os descritores utilizados foram: Prótese Dentária; Cavidade Oral; Envelhecimento Populacional; Análise da Falha da Prótese; Higiene Bucal.

### **4.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS**

A pesquisa foi realizada nos seguintes portais eletrônicos e bases de dados: LILACS, Scielo e EBSCO. A busca foi realizada em agosto de 2020 onde foram selecionados 15 artigos publicados de 2015 a 2020.

Foi utilizado artigo publicado na Revista Unifametro para a construção da cartilha explicativa de higienização protética.

Foram selecionados artigos de revisões da literatura e estudos de casos.

### **4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS ARTIGOS**

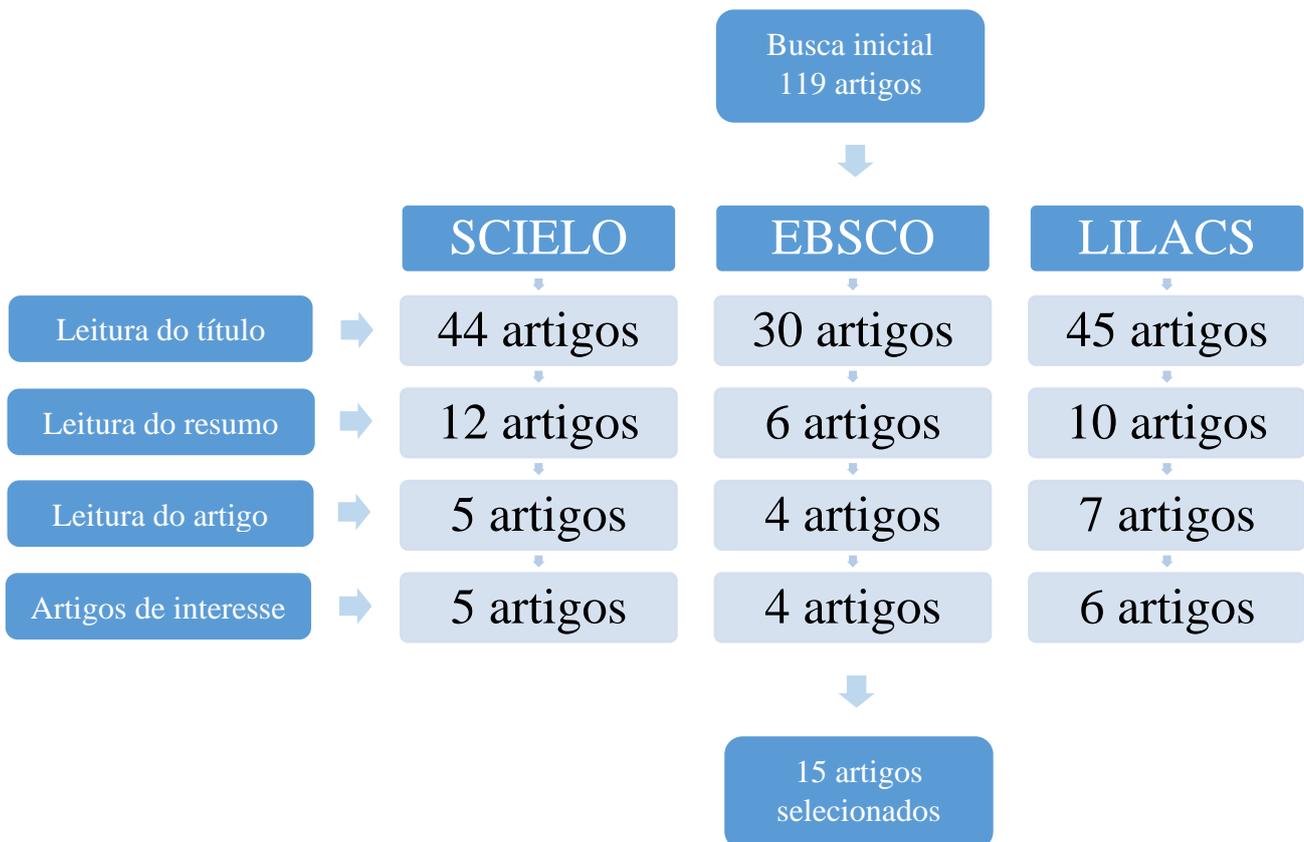
1. Explicar a etiologia das lesões e descrevê-las.
2. Relatar sobre envelhecimento populacional e suas dificuldades.
3. Conter formas de tratamento para as lesões.

4. Apontar a importância do cirurgião-dentista e do paciente em seus devidos papéis para o sucesso da reabilitação oral.

#### 4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DOS ARTIGOS

1. Que não tenham relevância no tema.
2. Artigos antigos com mais de 6 anos de publicação.

Para o levantamento do estudo, foi realizada leitura dos títulos e resumos onde após essa fase foram lidos os artigos na íntegra e assim selecionados os de interesse, como descrito no fluxograma abaixo:



## 5. RESULTADOS

A perda de dentes é algo comum em pacientes idosos, muitas vezes pela falta de informação ou até mesmo pela perda de capacidade de higienizar corretamente a cavidade oral, com isso, a reabilitação com próteses dentárias se torna a primeira opção (MEDEIROS et. al. 2018).

Ao confeccionar uma prótese, o cirurgião-dentista precisa estar atento aos passos e realizá-los corretamente. Juntamente com isso, orientar o paciente para que o mesmo realize uma correta higienização da prótese com produtos corretos, que faça visitas constantes ao dentista e realize a troca da prótese com até 5 anos de uso. Essas ações são essenciais ao plano de tratamento para o sucesso da reabilitação oral (BARBOSA et. al. 2017).

Muitos pacientes negligenciam principalmente as visitas ao dentista após o uso da prótese, pois acreditam que após a exodontia dos dentes não é preciso ter um suporte do profissional da saúde bucal, ocasionando assim, lesões na cavidade bucal (BARBOSA et. al. 2017).

A candidose oral, apesar de ser ocasionada por um fungo que já pode ser existente na levedura da boca do paciente, pode ser evitada com a correta higienização, a retirada da prótese para dormir e a troca da prótese em até 5 anos de uso. Tendo em vista que está mais relacionada ao uso de próteses totais pois estas próteses, por serem feitas totalmente de acrílico, o fungo consegue aderir melhor a elas. Portanto, estes usuários devem ter cuidados redobrados (MEDEIROS et. al. 2015).

Em casos de queilite angular, quando ocasionada pela falta de estabilidade da prótese, o paciente deve procurar seu cirurgião-dentista para que seja feita a correção, sendo nesta feitos reparos ou feita uma nova. Mas, para que esta desestabilização não ocorra é de suma importância que o protético realize as etapas necessárias e faça a correta medição de DVO (Dimensão Vertical de Oclusão). Em caso de surgimento da lesão com uma prótese bem adaptada, deve-se atentar a higienização dela (BARBOSA et. al. 2017).

As úlceras traumáticas são bastante dolorosas ao paciente e estão relacionadas à próteses mal acabadas. Com isso, o paciente deve procurar seu cirurgião-dentista para que sejam feitos desgastes necessários no aparelho protético, deixando sua superfície lisa e sem ocasionar danos à mucosa do paciente (BARBOSA et. al. 2017).

A estomatite protética também está relacionada à falta higienização e à falta de retirada da prótese para dormir. O paciente deve retirá-la, colocá-la em água limpa, em um recipiente fechado e finalizar esse processo com a higienização da cavidade oral. Com isso, evita-se que o fungo da *Candida Albicans* ocasione esta lesão em palato (GONZÁLES et. al. 2016).

Contudo, devemos salientar, quanto ao material correto de higienização protética ao paciente para que seja realizada de forma correta e com produtos antimicrobianos que não ocasionem desgastes ou danos à dentadura. Assim, não serão ocasionados outros problemas ao aparelho protético (FREIRE et. al. 2018).

Devem ser seguidas as recomendações de que no momento da higienização seja feita de modo que evite que a prótese caia, ou pode-se colocar uma toalha dentro da pia para que caso haja queda do aparelho, não chegue a quebrar. Recomenda-se também, a utilização de escovas com cerdas macias e com dois comprimentos, para que as mais curtas possam higienizar a parte externa e os dentes, e as mais longas higienizem a parte interna (CUNHA et. al. 2016).

Em relação ao material utilizado, existem no mercado produtos efervescentes, mas estes não substituem escova e pasta. A pasta utilizada não poderá ter componentes abrasivos como cristais de limpeza, pois podem desgastar a prótese. Existem também recomendações de higiene com água sanitária, porém esta pode descolorir a prótese, retirando seu aspecto natural (CUNHA et. al. 2016).

Por fim, a hiperplasia fibrosa inflamatória está mais prevalente em pacientes que possuem próteses antigas e com câmara de sucção, quando a lesão ocorre no palato. Para esta prótese, é necessário que seja feita uma nova prótese. Quando a lesão surge nas bordas do aparelho protético no fundo de sulco, desgastes nesta região podem solucionar estes problemas (BARBOSA et. al. 2017).

<b>TABELA 1 - CANDIDOSE ORAL</b>	<b>Autor/Ano</b>	<b>Fatores predisponentes da lesão</b>	<b>Tratamento para a lesão</b>
	<i>Medeiros et. al. 2015</i>	Utilização da prótese por mais de 05 anos, falsa percepção de que as próteses são definitivas, falta de orientações pelo cirurgião-dentista ao paciente.	Utilização de materiais de limpeza com ação antimicrobiana, hipoclorito de sódio, limpeza diária e remoção da prótese para dormir.
	<i>Freitas et. al. 2018</i>	Falta de higienização facilitando a colonização de <i>Candida</i> spp. Na cavidade oral.	Necessária troca de prótese com até 05 anos de uso e conscientização repassada pelo cirurgião-dentista para o paciente.
	<i>Silva et. al. 2019</i>	Ocasionada pelo fungo da <i>Candida Albicans</i> e pelo acúmulo de biofilme resultante da má higienização da prótese. O sistema imunológico enfraquecido do hospedeiro também está associado ao surgimento desta lesão.	Higienização da prótese e remoção de biofilme da cavidade oral, além de tratar com estratégias que atinjam diretamente o fungo causador da lesão.

<b>TABELA 2 - QUEILITE ANGULAR</b>	<b>Autor/Ano</b>	<b>Fatores predisponentes da lesão</b>	<b>Tratamento para a lesão</b>
	<i>González et. al. 2016</i>	Próteses mal ajustadas e com mais de 10 ano de uso.	Confecção de uma nova prótese adequada junto com cuidados a ela realizados pelo paciente.
	<i>Correa et. al. 2017</i>	Próteses com má adaptação na cavidade oral e com falha na dimensão vertical favorecendo ao acúmulo de saliva nas comissuras labiais, infecção por <i>Candida Albicans</i> e carência de ferro no indivíduo.	Conhecimento do seu histórico clínico da lesão para intervir diretamente no problema e resolvê-lo.
	<i>Barbosa et. al. 2017</i>	Acúmulo de material salivar nas comissuras labiais ou de ação irritante de medicamentos e dentifrícios de prótese dentária, e também por perda de dimensão vertical da prótese.	Aplicação de antimicóticos e antibióticos tópicos por tempo prolongado, profilaxia da Queilite Angular mantendo a higiene e desinfecção adequadas de próteses dentárias e correção do DVO com confecção de uma nova prótese.

<b>TABELA 3 - ÚLCERA TRAUMÁTICA</b>	<b>Autor/Ano</b>	<b>Fatores predisponentes da lesão</b>	<b>Tratamento para a lesão</b>
	<i>González et. al. 2016</i>	Causadas por próteses recém-instaladas com áreas compressivas, exostoses não aliviadas, bordas agudas, inserções frênicas não liberadas, nódulos de pontos de contato oclusais acrílicos e exagerados.	Reembasamento das áreas causadoras da lesão. Em casos de próteses antigas, a troca deve ser feita.
	<i>Frota et. al. 2016</i>	Ocasionadas comumente por próteses mal ajustadas e dentes fraturados.	Quando diagnosticadas, faz-se restauração do dente fraturado, e no caso da prótese, ajuste do local que está ocasionado a lesão.
	<i>Roma et. al. 2019</i>	Resultado de uma ação mecânica repetitiva exercida por um agente intraoral injuriante que podem atuar de forma individual ou conjunta.	Identificar o causador e retirá-lo para que a úlcera regrida em poucos dias quando benigna.

<b>TABELA 4 - ESTOMATITTE PROTÉTICA</b>	<b>Autor/Ano</b>	<b>Fatores predisponentes da lesão</b>	<b>Tratamento para a lesão</b>
	<i>Barbosa et. al. 2017</i>	Causada pelo fungo da <i>Candida Albicans</i> pela sua facilidade de se aderir a superfície acrílica da prótese.	Suspensão do uso da prótese, correta instrução de higienização para o paciente e utilização de antifúngicos tópicos Nistatina e Miconazol e antifúngicos sistêmicos como Anfotericina B e o Fluconazol.
	<i>Lucena et. al. 2018</i>	Causada pelo fungo da <i>Candida sp.</i> quando a má higienização da prótese favorece colonização da prótese e da mucosa por este fungo.	Tratamento farmacológico com antifúngicos tópicos são resolutivos diminuindo as pápulas e a vermelhidão do palato.
	<i>Leal et. al. 2019</i>	Deficiência na limpeza da prótese.	Limpeza da prótese com método mecânico e químico pois é de fácil execução e atua contra microrganismos.

<b>TABELA 5 - HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA</b>	<b>Autor/Ano</b>	<b>Fatores predisponentes da lesão</b>	<b>Tratamento para a lesão</b>
	<i>Medeiros et. al. 2015</i>	Comumente relacionadas a próteses mal adaptadas, com mais de 05 anos de uso, iatrogenias profissionais e má higienização.	Troca da prótese com até 05 anos de uso, higienização correta e planejamento na confecção da prótese pelo profissional.
	<i>Barbosa et. al. 2017</i>	Causada por uma irritação crônica de baixa intensidade por câmara de sucção.	Suspensão do uso da prótese até o tecido exacerbado regredir, remoção do tecido se necessário, troca da prótese ou reembasamento dependendo do local causador da hiperplasia.
	<i>Correa et. al. 2019</i>	Prótese mal adaptada, quando acontece a diminuição do osso de suporte, a prótese se aprofunda e ocasiona a exacerbação do tecido.	Remoção da prótese e reembasamento dela.

## **6. CONCLUSÃO**

Conclui-se que o sucesso do tratamento reabilitador depende de um plano de tratamento correto, sendo este a correta confecção e instalação da prótese juntamente com as orientações do modo de utilização e higienização dadas ao paciente seguido da realização destas instruções corretamente.

Os materiais de higienização da prótese devem ser recomendados pelo dentista, pois a instrução de higiene é de sua responsabilidade e, com isso, o paciente deve comprometer-se a realizá-los com eficácia para maior aproveitamento da sua dentadura.

Concluimos também que com as instruções seguidas adequadamente pelo paciente, o risco de aparecimento de lesões orais reduz pois observamos que a maioria destas são ocasionadas pela falta de limpeza protética.

A troca da prótese em até 5 anos ainda se torna algo bastante incomum para os usuários destas. Com isso, percebe-se que esse também é um dos maiores causadores das lesões orais. Caso o paciente e o cirurgião-dentista sigam corretamente todos os devidos protocolos, o sucesso da prótese será adquirido.

## 6.1 CARTILHA DE HIGIENIZAÇÃO E MANEJO DA PRÓTESE DENTÁRIA

Figura 6 – Cartilha educativa de higienização protética

# RECOMENDAÇÕES DE HIGIENE DA PRÓTESE DENTÁRIA

SEGUINDO ESTES PASSOS, EVITA-SE LESÕES ORAIS OCASIONADAS PELA MÁ HIGIENE PROTÉTICA



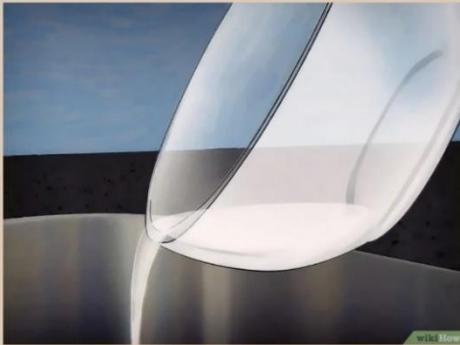
Após as refeições, retire e enxágue sua prótese com cuidado para não deixá-la cair, evitando que ela possa fraturar. Para evitar esse acontecimento, pode ser colocada uma toalha na pia, assim, em caso de queda ela não irá sofrer danos maiores.



A limpeza da prótese pode ser feita com escova específica e creme dental sem abrasivos ou sabão neutro. Utilize as cerdas maiores para a limpeza exterior e as cerdas menores para a limpeza interior da prótese e enxágue novamente, assim ela estará pronta para o uso até a próxima refeição.



Durante a noite após a higienização anterior, retire a prótese para dormir e coloque-a em um recipiente com água limpa.



É necessário trocar a água do recipiente todas as noites.

Seguindo a risca todos esses passos além de visitas ao dentista a cada 6 meses e a troca da prótese com até 5 anos de uso, evita-se o aparecimento de lesões orais, assim o sucesso protético e a qualidade de vida do usuário serão prolongados!

IMAGENS: <https://pt.wikihow.com/Limpar-Dentaduras-Com-Vinagre>

(CUNHA et. al. 2016)

## 7. REFERÊNCIAS

CORREA, M. R. J. et. al. Prevalencia de estomatitis subprotésica, queilitis angular e hiperplasia fibrosa asociadas al uso de prótesis dental en una clínica universitaria de Medellín, 2017. **Revista Nacional de Odontología**, [s. l.], v. 15, n. 29, p. 1–14, 2019. DOI 10.16925/2357-4607.2019.02.07.

CUNHA, Anna Stefanie Silva da. et. al. ELABORAÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA HIGIENIZAÇÃO DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS REMOVÍVEIS EM IDOSOS. **Revista Diálogos Acadêmicos**, Fortaleza, v. 5, n. 2, jul./dez. 2016.

FREIRE, Julliana Cariry Palhano et al . Presença de Candida spp. em usuários de próteses dentárias removíveis. **Rev Cubana Estomatol**, Ciudad de La Habana , v. 55, n. 4, p. 1-11, dic. 2018 .

FROTA, Bruna Marjorie Dias. et. al. Evaluation of oral conditions in patients with neurodegenerative diseases treated in geriatric centers. **RGO (Porto Alegre)** ; 64(1): 17-23, Jan.-Mar. 2016. Tab.

GONZALEZ, Isidro de Jesús Napoles et al . Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras. **AMC**, Camagüey , v. 20, n. 2, p. 158-166, abr. 2016 .

LEAL, Luana Raimann. et. al. Avaliação dos hábitos de higiene e satisfação de idosos institucionalizados usuários de próteses removíveis. **Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.)** ; 40(3): 14-18, set.-dez. 2019. Tab.

LUCENA, M. E. A. et al. Estomatite Protética: Relato De Caso. RSBO: **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 222, 2018.

MEDEIROS, da Conceição Dantas de F, et. al. Uso de prótese dentária e sua relação com lesões bucais [Use of dental prostheses and their relationship with oral lesions]. 2015 Jul;17(4):603-613. Portuguese. doi: 10.15446/rsap.v17n4.34322. **PMID**: 28453079.

MEDEIROS, Rodrigo Antonio de. et. al. Qualidade de vida em pacientes reabilitados com próteses parciais removíveis: revisão de literatura. **Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.)** ; 39(3): 9-12, set.-dez. 2018. Tab.

NEVILLE, Brad W. et. al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3ª Edição. Elsevier Editora. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

OLIVEIRA, Marisa Borges et al . Associação entre fatores socioeconômicos, comportamentais, saúde geral e condição da mucosa bucal em idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 11, p. 3663-3674, Nov. 2018 .

ROMA, Laura Beatriz González. Ulceración por trauma crónico: una lesión simuladora. Informe de un caso clínico / Oral traumatic ulceration: a mimic lesion. Report of a case. **Rev. Asoc. Odontol. Argent** ; 108(2): 57-62, mayo-ago. 2020. *Ilus.*

SILVA, Amanda de Macedo. et. al. Estomatite protética associada a candidíase pseudomembranosa em paciente geriátrico: relato de caso. **Rev. Odontol.** Araçatuba (Impr.) ; *41(1): 30-33, jan.-abr. 2020. Ilus.*

SILVA, Daniela Marinho da et al. Virulence factors of *Candida* species from the oral mucosa and prostheses of elderly people from a riverside community in the Amazon state, Brazil. **Rev. odontol.** UNESP, Araraquara, v. 48, e20190094,2019. Epub Dec 02, 2019. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.09419>.

SILVA, R. S. et al. Prevalência De Espécies De *Candida* Spp. Isoladas Da Cavidade Oral E Próteses Dentárias Removíveis De Pacientes Atendidos Em Clínica Odontológica. **Colloquium Vitae**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 52–57, 2018. DOI 10.5747/cv.2018.v10.n1.v221.

SUGIO, Carolina Yoshi Campos. et. al. Considerações sobre os tipos de próteses parciais removíveis e seu impacto na qualidade de vida. **Rev. Odontol.** Araçatuba (Impr.) ; *40(2): 15-21, maio/ago. 2019.*

TEIXEIRA BARBOSA, M. et al. Lesões Bucais Provocadas Pelo Uso De Próteses Removíveis. **Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 62–66, 2018.