

**UNIVERSIDADE DE UBERABA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

LARA DE OLIVEIRA RIBEIRO

**ESTOMATITE PROTÉTICA
REVISÃO DE LITERATURA**

**UBERABA – MG
2021**

LARA DE OLIVEIRA RIBEIRO

**ESTOMATITE PROTÉTICA
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho apresentado ao curso de Graduação em Odontologia da Universidade de Uberaba, como requisito final da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique

UBERABA – MG

2021

LARA DE OLIVEIRA RIBEIRO

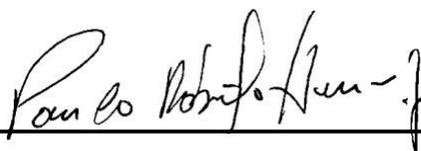
**ESTOMATITE PROTÉTICA
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho apresentado à Universidade de Uberaba
como parte dos requisitos para obtenção de
título em Odontologia.

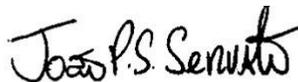
Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique

Aprovado em: **03/07/2021**.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique– Orientador
Universidade de Uberaba



Prof. Dr. João Paulo Silva Servato
Universidade de Uberaba

RESUMO

A Estomatite protética é uma lesão crônica, assintomática, que geralmente surge na área da mucosa palatina localizada embaixo de uma prótese total superior de má qualidade, ou com prazo de validade vencido, de um paciente com maus hábitos de higiene bucal. Clinicamente, é caracterizada por eritema difuso, homogêneo, ou representado por pontos ou áreas focais avermelhadas. O tratamento inclui melhoria das medidas de higiene, descanso da mucosa, troca da prótese velha por uma nova e utilização de antifúngicos. O objetivo desse estudo é fazer uma revisão de literatura sobre o assunto, procurando destacar os fatores de risco e as formas de controle dessa condição. O presente estudo verificou que o diagnóstico, etiologia e as formas de tratamento da lesão são conhecidas. Todavia, o controle nem sempre é satisfatório, dado o grande número de próteses antigas em mal estado de conservação e a falta de higiene observada em muitos pacientes, especialmente em países pobres.

PALAVRAS CHAVES: Lesão da mucosa palatina. Estomatite. Prótese total removível

ABSTRACT

Denture Stomatitis is a chronic, asymptomatic lesion, which usually appears in the area of the palatal mucosa located under a poor upper denture, or with an expired expiration date, of a patient with poor oral hygiene habits. Clinically, it is characterized by diffuse, homogeneous erythema, or represented by reddish focal points or areas. Treatment includes improving hygiene measures, resting the mucosa, replacing the old prosthesis with a new one and using antifungals. The aim of this study is to review the literature on the subject, seeking to highlight the risk factors and ways of controlling this condition. The present study verified that the diagnosis, etiology and forms of treatment of the lesion are known. However, control is not always satisfactory, given the large number of old prostheses in poor condition and the lack of hygiene observed in many patients, especially in poor countries.

KEY WORDS: Lesion of the palatal mucosa. Stomatitis. Removable total prosthesis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 JUSTIFICATIVA.....	6
2 OBJETIVO.....	7
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	8
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	9
5 DISCUSSÃO.....	15
6 CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

O Brasil ainda é um país com elevado índice de edentados, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, realizado em 2010, entre os idosos 23,9% necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% necessitam de prótese total dupla. Esses dados demonstram que a demanda pelo tratamento de reestabelecimento da dentição ainda é grande e, necessita cada vez mais de profissionais capacitados para realizar tal acompanhamento, visto que o país passa por um processo natural de envelhecimento (MELO; GUERRA, 2014).

Para Viana (2010), o restabelecimento funcional e estético desses indivíduos é possibilitado pela colocação de próteses totais removíveis. Em contrapartida, os benefícios proporcionados pela reabilitação protética, em algumas situações pode propiciar o surgimento de lesões na mucosa bucal que fica em contato direto com a prótese. Assim, paralelamente à sua função reabilitadora, as próteses removíveis podem agir como um agente irritante aos tecidos moles da cavidade oral. Podendo assim, interferir ou colaborar para a evidenciação clínica ou subclínica de processos patológicos resultantes da associação próteses- microrganismos (FALCÃO et al.,2004).

A morbidade mais frequente associada a prótese total é uma condição conhecida como Estomatite por dentadura ou estomatite protética. Uma lesão crônica, eritematosa, assintomática que surge justamente na área palatina localizada embaixo da prótese total. Cujos aparecimento deve-se o uso da dentadura em associação com a má higiene. Esses fatores oferecem uma barreira para a remoção normal dos microrganismos superficiais por fricção, resultando em infecção (NETO; DANESHI, 2005).

Notadamente, para Bergamo et al. (2018), entre os microrganismos associados à estomatite protética destaca-se a presença de *Cândida*, especialmente da espécie *albicans*. Nesse contexto, a virulência das espécies de *Cândida* e a capacidade de adesão a polímeros acrílicos desse fungo são condições prévias para a colonização e o desenvolvimento de biofilmes em superfícies de dentaduras. Entretanto, além da espécie *albicans*, são encontradas outras espécies de *Cândida*, como a *tropicalis*, *kruzei*, *Guilhermondi* e *Glabrata* (PASQUALOTO et al., 2006).

Essa lesão se localiza sob a base da prótese total, principalmente no maxilar superior, sendo caracterizada por eritema difuso, homogêneo, ou representado por pontos ou áreas focais avermelhadas, além de apresentar variadas alterações na textura e superfície da mucosa palatina. As alterações podem ou não estar associadas às hiperplasias causadas por uma variedade de fatores relacionados à prótese, tais como o trauma por inadequações e porosidade da base, uso da mesma por tempo prolongado, má higienização, além da ação de bactérias e fungos. Sua frequência tende a aumentar com a idade e tempo de uso da prótese.

(HENRIQUE et al., 2009).

Por outro lado, observa-se que baixo fluxo salivar, alterações endócrinas, nutricionais, alterações metabólicas e resistência imunológica diminuída. Como também, fatores locais predisponentes têm sido listados, como a deficiência na higienização, falta de retenção da prótese; sendo que traumas causados por dentadura, placa de dentadura tem se mostrado como fatores fundamentais no desenvolvimento dessa condição. Conforme Neville et al. (2016), o fungo raramente é encontrado no tecido palatino em contato com a prótese total, sendo a presença dele fundamental para caracterizar essa lesão, como sendo de natureza fúngica. No entanto, a base da prótese invariavelmente encontra-se coberta por *Cândida* e outros microrganismos.

O tratamento da lesão passa pela eliminação da *Cândida* da base da prótese, que é obtida mergulhando-a no hipoclorito a 0,1% ou clorexidina diluída, durante a noite. Ou, utilizar Miconazol-gel na base da prótese- 1 camada fina (03) três vezes ao dia, geralmente após a higienização da prótese. O tratamento deve durar até o desaparecimento da condição, isso leva em média (02) duas semanas (CAWSON; ODELL, 2013).

2 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho se justifica tendo em vista o grande número de indivíduos portadores de prótese total removível que apresenta essa condição patológica. Havendo diversos fatores que influenciam seu surgimento o que dificulta muitas vezes, uma forma de tratamento única. Assim, um estudo revisional da literatura sobre o assunto torna-se oportuno.

3 OBJETIVO

Realizar uma revisão de literatura sobre Estomatite Induzida por Dentadura, uma morbidade que acomete frequentemente pacientes usuários de prótese total. Procurando destacar a etiologia e as formas de controle dessa condição.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Revisão bibliográfica em artigos nas bases de dados *PubMed/Medline*, *ScienceDirect*, *Research Gate* e *Google Acadêmico* de acordo com os critérios acadêmicos de inclusão e exclusão e em livros de patologia bucal disponíveis, sendo considerados critérios de inclusão artigos publicados nos últimos 30 anos, em português e inglês.

Descritores: Lesão da mucosa palatina. Estomatite Protética.

4 REVISÃO DA LITERATURA

A estomatite protética é uma lesão recorrente comum dos usuários de próteses. A etiologia da doença inclui infecção, trauma e provavelmente um defeito no mecanismo de defesa do hospedeiro. A extensão da interação desses fatores ainda é controversa. Contudo, a *Candida albicans* foi apontada como o organismo causador. No entanto, à luz de pesquisas recentes, é discutível se é o único organismo causador. Casos resistentes à terapia antifúngica foram relatados. Nesses casos, outros microrganismos foram isolados. No momento, o tratamento inclui a higiene meticulosa da dentadura, juntamente com a terapia antifúngica ou antibacteriana e a correção de defeitos da dentadura (JEGANATHAN; LIN,1992).

Em adultos, a microflora oral residente permanece relativamente estável e até certo ponto em equilíbrio harmonioso com o hospedeiro. Esta estabilidade ou homeostase microbiana não é uma resposta passiva ao meio ambiente, mas é o resultado de um equilíbrio dinâmico sendo alcançado a partir de numerosas interações entre diferentes espécies microbianas e interações microbianas do hospedeiro. A composição da microflora oral varia em diferentes superfícies dentro da boca por causa das respectivas propriedades físicas e biológicas de cada local. Essas propriedades incluem a presença de receptores para adesão microbiana que tem potencial de produção de energia elétrica a partir da ocorrência de oxidação e redução (potencial redox), e fornecimento de nutrientes essenciais. O agente etiológico mais importante no surgimento da estomatite por dentadura é atribuído a *cândida albicans*, contudo Irritação mecânica pode possivelmente desempenham um papel predisponente, aumentando a rotatividade das células epiteliais, portanto, a função de barreira do epitélio é reduzida e sua penetração por antígenos microbianos é possivelmente aumentado. A prótese muco- suportada vem sendo utilizada há muitos anos, requerendo na sua confecção, obediência criteriosa aos passos clínicos e laboratoriais para que possa se integrar, de forma harmoniosa, aos movimentos mandibulares, restabelecendo a fisiologia e preservando as estruturas ósseas remanescentes do paciente. Elas são consideradas facilitadoras em potencial da estomatite protética (EP), lesão comumente observada sob a base das próteses. A etiologia dessa doença é

controversa, podendo estar relacionada principalmente a fatores locais. Diversos aspectos funcionais associam-se a estes fatores representados pela oclusão, dimensão vertical, retenção, estabilidade dinâmica e estática além de aspectos qualitativos relacionados às condições encontradas no desdentado (CARVALHO DE OLIVEIRA et al.,2000).

A higiene bucal é um dos fatores principais na manutenção da saúde das estruturas estomatognáticas. Cabe ao cirurgião dentista a tarefa de orientar e incentivar o seu paciente à realização da higienização infelizmente, na prática odontológica, é comum observarmos lesões orais decorrentes do uso de próteses inadequadas, mal higienizadas. Desse modo, é de suma importância que o profissional oriente seu paciente quanto ao uso e higienização das próteses instaladas e que, marque sempre que necessários retornos para controle (GOIATO et al., 2005).

A estomatite protética é uma condição patológica inflamatória crônica que acomete a mucosa de suporte das próteses totais removíveis e que se caracteriza por hiperemia, edema, congestão, acompanhados algumas vezes por petéquias hemorrágicas. Existe uma correlação entre a precariedade da saúde bucal de portadores de prótese total, má higiene e lesões da mucosa bucal com a maior incidência de estomatite protética. Atualmente observa-se um aumento da expectativa de vida, a necessidade de próteses muco suportadas persistirá ainda por muitos anos em virtude das limitações impostas pelas condições de saúde e até mesmo econômicas dos pacientes (OLIVEIRA et al.,2007).

Os fungos do gênero *Cândida* vivem como comensais inócuos em vários habitats humanos, notadamente na pele e mucosa. Na boca de indivíduos saudáveis, as espécies de *Cândida* variam de 20% para 50% vivendo como comensais juntamente com outros microrganismos. No entanto, em indivíduos edentados portadores de próteses removíveis, a *Cândida* possui habilidade para aderir na resina acrílica das referidas próteses, indo desenvolver um processo infeccioso na mucosa adjacente que pode resultar em Estomatite por dentadura de diversos graus. A aderência do fungo na base da prótese impede que o fungo seja removido facilmente pela ação mecânica da saliva e comida (PEREIRA-CENCI et al.,2008)

Além da presença do fungo e bactérias, a textura superficial da base da prótese, condições alérgicas, problemas sistêmicos, a presença de trauma é determinante para o estabelecimento da Estomatite por dentadura. A eliminação dos fatores associados a condição, mais a administração tópica de antifúngico e nos casos de hiperplasia papilar inflamatória, a remoção cirúrgica da lesão é uma opção (PATTANAİK et al.,2010)

Têm sido observados nas próteses totais removíveis a presença do fungo da espécie *Cândida albicans*. Um patógeno oportunista, cuja capacidade de produzir doença depende nesses casos do meio ambiente propício. como limpeza da prótese, traumatismos, bactérias orais, disfunção salivar e determinadas doenças autoimunes também podem estar envolvidos no surgimento da estomatite protética. Observa-se que o hábito de dormir com as próteses removíveis não interfere tanto na formação de lesões bucais da mucosa, mas sim o tempo de uso prolongado (próteses antigas) e a higiene precária foram os fatores que mais influenciam na presença de alterações na mucosa de suporte (ROVANI et al., 2011).

O diagnóstico da estomatite protética é baseado principalmente no exame clínico; entretanto, a confirmação laboratorial é muito importante. Restos de alimentos, localizados entre a prótese e o palato permite a multiplicação de bactérias e espécies de *Cândida*. A interação entre a microbiota bacteriana é importante na formação do biofilme na prótese. Os fatores de virulência da *Cândida albicans*, tais como, a capacidade de aderência, interferência com as defesas do hospedeiro, sinergismo com bactérias e produção de hidrolases ou metabolitos. Como também, o tipo de levedura e toxinas presentes no biofilme da prótese. Todos esses fatores contribuem sobremaneira, para o desenvolvimento da lesão (VASCONCELOS et al.,2013)

A frequência da estomatite protética está associada ao uso do aparelho protético, aumentando conforme o tempo de uso e a não higienização e retirada desta. Esta doença foi classificada por Newton (1962), que passou a ser a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir de 2005. a) Tipo I: lesões hiperêmicas localizadas (inflamação localizada simples); b) Tipo II: eritema difuso confinado ao contato com a prótese (inflamação simples generalizada); c) Tipo III: presença de mucosa hiperêmica associada à superfície granular (hiperplasia inflamatória do palato) (PONTES et al.,2013).

Nenhum tratamento disponível previne ou elimina a formação de colonização de Cândia. Contudo, os autores desenvolveram uma resina que adere a superfície ~da base da prótese dentária. Trata-se de um monômero que facilita a adesão dos antifúngicos tópicos por tempo prolongado tornando mais efetiva a ação desses medicamentos sobre o fungo. Trata-se do N-vinyl-2-pyrrolidinone) (PNVP). as propriedades físicas e mecânicas e a biocompatibilidade dessa nova resina não afeta negativamente a base da prótese. A capacidade dessa resina de absorver o miconazol é maior do que a resina de acrílico convencional (LI et al., 2014).

A estomatite por prótese, ou protética é caracterizada por inflamação e eritema das superfícies que suportam a prótese. A etiologia é multifatorial, embora Candida albicans seja o organismo patogênico comumente associado. Os fatores predisponentes incluem higiene oral e dentária inadequada, dentaduras mal ajustadas, uso noturno de dentadura, reações alérgicas ao material de base da dentadura e condições sistêmicas subjacentes. Normalmente, os pacientes são assintomáticos, embora alguns pacientes possam se queixar de sensação de queimação, sangramento das superfícies mucosas, mau cheiro e sensação de paladar prejudicada. A estomatite por prótese pode ser tratada com a eliminação de fatores predisponentes, colocação de próteses em soluções anti-sépticas e uso de agentes antifúngicos. As intervenções cirúrgicas podem ser necessárias em estados inflamatórios graves (HASAN ; SINGH, 2015).

O problema da estomatite da estomatite protética pode ser agravado por deficiências físicas que reduzem a capacidade de um indivíduo de manter uma boa higiene oral, e também por doenças como diabetes mellitus, imunossupressão e medicamentos (por exemplo, antibióticos e corticosteroides), todos os quais podem perturbar o equilíbrio da flora oral, levando a um aumento da Candida como uma infecção oportunista (candidíase). Outros fatores de risco foram associados à candidíase oral e estomatite dentária, como deficiência de vitamina A e folato e uso de tabaco. Os sintomas da estomatite dentária variam em gravidade, desde assintomática a dor e irritação Ocasionalmente, o crescimento excessivo de Candida pode ser muito grave e causar desconforto, alteração do paladar, disfagia e sensação de queimação na boca. Alguns autores acreditam que a inflamação crônica pode aumentar o risco do

paciente de disseminação de infecção sistêmica e aumentar o risco de doenças cardiovasculares, diabetes e doenças pulmonares. No entanto, não há consenso quanto ao papel da inflamação sistêmica na estomatite dentária (WALSH et al.,2015).

A prevalência de usuários de próteses totais varia entre 27% e 65%. os fatores de risco listados no surgimento de estomatite por prótese incluem idade avançada, uso de medicamentos tais como, ansiolíticos, antidepressivos, antihipertensivos. Todas essas drogas afetam o fluxo salivar. Antibióticos de largo espectro, diabetes melito, deficiências nutricionais, disfunções endócrinas. A prescrição de medicação tópica constitui uma prática rotineira na abordagem dessa lesão, enquanto que o emprego de medicação sistêmica é extremamente rara, geralmente usada em caso de recorrência da lesão. A procura de um protocolo ideal para o tratamento dessa condição, ainda não foi estabelecido, devendo ser realizado mais estudos sobre o assunto. A prescrição de agentes tópicos (Nistatina e miconazol) conta com a predileção dos estudos espanhóis. contudo os especialistas em medicina oral preferem a utilização de antifúngicos de ação sistêmica (FLORES, 2017).

A estomatite protética tem sido recentemente associadas com implicações sistêmica, tais como variações na pressão arterial e disfunção endotelial, que precede ao desenvolvimento de desordens cardiovasculares sérias. Entretanto o mecanismo da correlação entre inflamação oral e efeitos cardiovasculares, ainda não foram descritos. A hipótese mais aceita seria a pré-ativação do sistema imune. Os autores desenvolveram um estudo duplo cego no Brasil com 100 pacientes edentados totais em ambos os arcos, usando pelo menos a dentadura superior, todos eles diagnosticados com estomatite por dentadura (RIBEIRO et al.,2019).

A Cândida associada a estomatite protética afeta de 60-65% dos usuários de prótese. A etiologia é complexa e multifatorial e frequentemente associada com imunodeficiência. Evidências indicam que a vitamina D tem potencial imunomodulador e efeito inflamatório, contudo ela não contribui para diminuição do surgimento da estomatite por dentadura (MUHVÍĆ-UREK et al., 2020).

Pelo menos 40% dos idosos usuários de próteses totais não desinfetam adequadamente ou não remove suas próteses a noite, resultando na duplicação do risco em desenvolver pneumonia nesses pacientes. O tipo de material tem uma

importante influência no desenvolvimento da estomatite por dentadura, sendo que as próteses de acrílico apresentam um risco de cinco vezes, quando comparada com uma prótese de metal (VILA et al.,2020).

Vários estudos demonstraram uma prevalência maior de candidíase oral e estomatite por prótese dentária em pacientes diabéticos. No entanto, esses estudos apresentaram fatores de confusão, incluindo tabagismo, consumo diário de álcool e ingestão de medicamentos, que também são fatores de risco de candidíase oral e estomatite protética. Assim, para gerar um resumo de evidências confiáveis, esta revisão sistemática e meta-análise incluíram estudos sem fatores de confusão. Assim, quando comparados a indivíduos não diabéticos, os diabéticos apresentam chances semelhantes de desenvolver candidíase oral e maior chance de desenvolver estomatite protética (MARTORANO-FERNANDE, 2020).

5 DISCUSSÃO

A morbidade mais frequente associada a prótese total é uma condição conhecida como Estomatite por dentadura, ou estomatite por prótese, ou também estomatite protética. Uma lesão crônica, eritematosa, assintomática que surge justamente na área palatina localizada embaixo da prótese total (NETO; DANESHI, 2005). A prevalência de usuários de próteses totais varia entre 27% e 65% (FLORES et al., 2017). Normalmente, os pacientes são assintomáticos, embora alguns pacientes possam se queixar de sensação de queimação, sangramento das superfícies mucosas, mau cheiro e sensação de paladar prejudicada (WALSH et al.,2015; HASAN e SINGH, 2015).

Constitui consenso na literatura científica que o agente principal dessa lesão é a presença de *Cândida* (PEREIRA e CENCI, 2008; ROVANI et al., 2011; VASCONCELOS et al.,2013). Todavia, trata-se de uma doença multifatorial (HANSAN e SINGH, 2015; MUHVIC e UREK, 2020; CARVALHO DE OLIVEIRA et al.,2000). O crescimento de *Cândida albicans* está diretamente associado a falta de higiene por parte do paciente (GOIATO et al.,2005; OLIVEIRA et al.,2007; vila et al.,2020). A *Cândida* possui habilidade para aderir na resina acrílica das referidas próteses, indo desenvolver um processo infeccioso na mucosa adjacente que pode resultar em Estomatite por dentadura de diversos graus. A aderência do fungo na base da prótese impede que o fungo seja removido facilmente pela ação mecânica da saliva e comida (PEREIRA-CENCI et al.,2008).

Contudo, trata-se de uma condição complexa e multifatorial (HANSAN; SINGH, 2015; MUHVIC; UREC,2020). O papel de doenças sistêmicas pode ser um fator importante da Estomatite por dentadura. (MARTORANO; DANESHI, 2005; RIBEIRO et al.,2019; WALSH et al.,2015). Entretanto, Pontes et al. (2013) afirmaram que A frequência da estomatite por dentadura está associada ao uso do aparelho protético, aumentando conforme o tempo de uso e a não higienização e retirada desta. No entanto, é consenso entre os estudiosos que a falta de higiene é um fator importante no desenvolvimento dessa lesão. Alguns autores acreditam que a inflamação crônica pode aumentar o risco do paciente de disseminação de infecção sistêmica e aumentar o risco de doenças cardiovasculares, diabetes e doenças pulmonares. No entanto, não há

consenso quanto ao papel das doenças sistêmicas na estomatite dentária (WALSH et al.,2015).

Diversas formas de tratamento são listadas na literatura. Todavia, a maioria dos autores inclui a melhoria da higiene por parte dos pacientes e a prescrição de antifúngicos e a troca da prótese antiga (FLORES et al.,2017; HASAN; SINGH.,2017; SUN et al.,2014; PATTAWAIK.,2010). Como a prótese é de base acrílica, o tempo de uso aumenta sua porosidade e com isso facilita a entrada do fungo, sendo que a maior quantidade do microrganismo se concentra na base da prótese, indo provocar pela contiguidade irritação no tecido mole adjacente, coberto pelo dispositivo protético (VILA et al., 2020; PEREIRA-CENCI et al.,2008) .Logo, necessariamente o tratamento deve incluir a desinfecção da prótese num primeiro momento e a confecção de uma nova prótese, tomando-se o cuidado de evitar traumatismos de qualquer natureza. Além das outras medidas preconizadas pelos autores citados na presente revisão.

6 CONCLUSÃO

A Estomatite por prótese total removível é uma lesão da mucosa bucal que surge na região coberta pela prótese total removível, tendo como fatores de risco, traumatismo, falta de higiene, fatores sistêmicos e a presença de microrganismos, especialmente do fungo *Cândida albicans*. O tratamento deve incluir medidas de higiene mais eficientes, prescrição medicamentosa. Como também, a colocação de antifúngicos tópicos na base da prótese, com intuito de eliminar os fungos e outros microrganismos presentes. Posteriormente, providenciar a troca da prótese antiga por uma nova, afim de propiciar um dispositivo menos poroso e que não cause traumatismo nos tecidos. Notou-se com esse estudo, que apesar dos meios disponíveis para o controle dessa condição, muitos pacientes continuam padecendo dessa lesão, especialmente por envolver hábitos e costumes dos pacientes e problemas de ordem social e econômica das populações atingidas.

REFERÊNCIAS

BERGAMO, V. Z; LANA, D. F. D; PIPPI, B et al. Novas tendências de combate ao biofilme de Candida em próteses dentárias. **Clin Biomed Res.** 2018.

CARVALHO DE OLIVEIRA, T. R. Avaliação da estomatite protética em portadores de prótese totais. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 14, nº 3, p. 219-224, 2000.

CAWSON, R. A; ODELL, E. D. Fundamentos Básicos de Patologia e Medicina Oral. 8. ed. SP: Editora Santos, 2013.

FALCÃO, A.; SANTOS, L. E; SAMPAIO, N. Candidíase associada a próteses dentárias. **Sitientibus.** 30 (jan./jun.), 2004.

FLORES, M. E.;ROVANI, G.; PICCININ, F; CONTO, F. Avaliação clínica dos tecidos de suporte protético de pacientes usuários de próteses removíveis da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo. **Stomatos.** 2017.

GOIATO, Marcelo Coelho; CASTELEONI, Luciana; SANTOS, Daniela Micheline dos. Oral injuries caused by the usage of removable prosthesis. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.** 2005.

Hasan S, Kuldeep, Shamimul H. Denture Stomatitis: A Literature Review. *J. Orofac. Health Sci.* 6 (2015) 65.

HENRIQUE, P.R; BAZAGA JÚNIOR, M; ARAÚJO, V.C; JUNQUEIRA, J. L. C; FURUSE, C. Prevalência de alterações da mucosa bucal em indivíduos adultos da população de Uberaba, Minas Gerais. **Rev. Gaúcha Odontol.** 2009.

JEGANATHAN, S.; LIN, C. C. Denture stomatitis – a review of the aetiology, diagnosis and management. *Aust Dent J*, v. 37, n. 2, p. 107-114, Apr. 1992

KYOUNG-A, K.; KWANG-JOON, K. **Recurrent simple bone cyst of the mandibular condyle: a case report.** Imaging Science in Dentistry, 2013. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3604371/>>. Acesso em: 5 ago.2020

Li Z, Sun J, Lan J, Qi, Q. Effect of a denture base acrylic resin containing silver nanoparticles on *Candida albicans* adhesion and biofilm formation. Gerodontology. 2016 Jun; 33(2):209-16.

MARTINS-FILHO, P. R. S., et al. **Traumatic bone cyst of the mandible: a review of 26 cases.** Brazilian Journal Otorhinolaryngology, 2012. Disponível em:< <https://www.scielo.br/pdf/bjorl/v78n2/v78n2a04.pdf>>. Acesso em: 09 ago.2020

Martorano-Fernandes, L., Cavalcanti, Y. W., & Almeida L. F.D. (2020). Inhibitory effect of Brazilian red propolis on *Candida* biofilms developed on titanium surfaces. BMC Complement Med Ther, 20(104). <https://doi.org/10.1186/s12906-020-02893-9>.

MATSUZAKI, H., et al. **MR imaging in the assessment of a solitary bone cyst.** European Journal of Radiology Extra, 2003. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S157146750300021X>>. Acesso em: 16 ago.2020

MELO, I.; GUERRA, R. Candidíase oral: um enfoque sobre a estomatite por prótese. **Salusvita**, 2014.

MUHVIĆ-UREK, M.; TOMAC-STOJMENOVIC, M.; MIJANDRUŠIĆ-SINČIĆ, B. Inflammatory Bowel Disease: Global view Oral pathology in inflammatory bowel disease, 2020. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8541/1/PPG_30966.pdf>. Acesso em: 28 set. 2020.

NETO, M. M.; DANESI, C.C. Candidíase bucal, DT Unfer - Saúde (Santa Maria), **periodicos.ufsm.br**. 2005.

NEVILLE, B.W. Patologia Oral & Maxilofacial. 4. ed. Elsevier, 2016.

NEVILLE, B. W., et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Philadelphia: WB Saunders Company, 1998. Disponível em : <

<https://www.revistacirurgiabmf.com/2006/v6n2/v6n23.pdf>> .Acesso em : 11 out.2020

OLIVEIRA, J. F. C. D., et al. **Mandibular simple bone cysts: a rare case of bilateral occurrence**. Scielo, 2012. Disponível em:<

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942012000200022>.

Acesso em: 28 set.2020

PAES, B. L. L., et al. **Cisto ósseo simples: avaliação radiográfica, anatomopatológica e clínica de seis casos**. Unip, 2010. Disponível em:<

https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p71-76.pdf>. Acesso em: 21 out.2020

PAIVA, L. C. A., et al. **Cisto Ósseo Simples – Relato de Caso**. Revodonto, 2016.

Disponível em:< [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-52102011000200003&script=sci_arttext&lng=pt)

[52102011000200003&script=sci_arttext&lng=pt](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-52102011000200003&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 28 set.2020

PERDIGÃO, P. F., et al. **Idiopathic bone cavity: a clinical, radiographic, and**

histological study. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2003. Disponível

em:< [https://www.bjoms.com/article/S0266-4356\(03\)00145-1/abstract](https://www.bjoms.com/article/S0266-4356(03)00145-1/abstract)>. Acesso em: 08 set.2020

PASQUALOTTO, A. C.; ANTUNES, A. G. V.; SEVERO, L. C. *Candida guilliermondii*: As the Aetiology of Candidosis. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo** 48(3):123-127, May-June, 2006.

Pattanaik S, Vikas BVJ, Pattanaik B, Sahu S, et al. Denture Stomatitis: A Literature Review. *J Ind Acad Oral Med Radiol* 22(3); 2010:136-140.

PEREIRA-CENCI, T; DA SILVA, W. J.; CENCI, M. S; CURY, A. A. Opportunistic microorganismos in individuals with lesions of denture stomatitis. **Diagnostic Microbiology and Infections Disease**. 2013.

PONTES, Mariane Ribeiro; CAPELLA, Diogo Lenzi; BORTOLUZZI, Marcelo Carlos. **Tratamento da Estomatite Protética e o impacto sobre a qualidade de vida, halitose, fluxo e Ph salivar: Estudo Piloto**. Disponível em: <<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/2643>>. Acesso em: 20 ag. 2020.

RIBEIRO, D. G; PAVARINA, A. C; DOVIGO, L. N; PALOMARI SPOLIDORIO, D. M; GIAMPAOLO, E. T.; VERGANI, C. E. Denture disinfection by microwave irradiation: a randomized clinical study. **J. Dent**. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2009.04.009>>. PMID:19481327>. Acesso em: 20 ag. 2020.

ROVANI, Gisele; PICCININ, Flávia; FLORES, Mateus Ericson; CONTO, Ferdinando de. Avaliação clínica dos tecidos de suporte protético de pacientes usuários de próteses removíveis da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo. **Stomatos**, 2011.

RUSHTTON, M.A. **Solitary bone cysts in the mandible**. PubMed, 1946. Disponível em:< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20992458/>>. Acesso em: 29 set.2020

VIANA, R. S. **Candidíase em idosos portadores de prótese oral e procedimentos de tratamento: revisão de literatura**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/Candid%C3%literatura/1030>>. Acesso em: 20 ag. 2020.

VILA, Taissa; AHMED, S.; SULTAN. Daniel Montelongo-Jauregui; JABRA-RIZK Mary Ann Oral canWalsh T, Riley P, Veitz-Keenan A. Interventions for managing denture

stomatitis. Cochrane Datab. System. Rev. 2015. didiasis: A disease of opportunity.
Journal of Fungi, v. 6, n. 1, p. 1–28, 2020

Walsh T, Riley P, Veitz-Keenan A. Interventions for managing denture stomatitis.
Cochrane Datab. System. Rev. 2015.