

**UNIVERSIDADE DE UBERABA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**GABRIELA LUISA DE OLIVEIRA
STEPHANIE BORGES DE SOUZA MELO**

**LESÕES DA MUCOSA ORAL ASSOCIADAS AO USO DE PRÓTESES
REMOVÍVEIS
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

UBERABA – MINAS GERAIS

2021

**GABRIELA LUISA DE OLIVEIRA
STEPHANIE BORGES DE SOUZA MELO**

**LESÕES DA MUCOSA ORAL ASSOCIADAS AO USO DE PRÓTESES
REMOVÍVEIS
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao curso de Graduação em
Odontologia da Universidade de Uberaba,
como requisito parcial para obtenção do
título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Tornavoi
de Castro

UBERABA – MINAS GERAIS

2021

GABRIELA LUISA DE OLIVEIRA

STEPHANIE BORGES DE SOUZA MELO

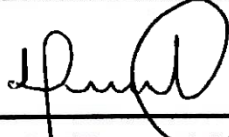
**LESÕES DA MUCOSA ORAL ASSOCIADAS AO USO DE
PROTÉSES REMOVÍVEIS**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como parte dos requisitos
para obtenção do título de Cirurgião-
dentista do Curso de Odontologia da
Universidade de Uberaba.

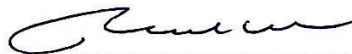
Orientadora: Profa. Dra. Denise Tornavoi
de Castro

Aprovado em: 02 / 07 / 2021.

BANCA EXAMINADORA:



Prof.ª. Dra. Denise Tornavoi de Castro – Orientadora
Universidade de Uberaba



Prof. Dr. Fernando Carlos Hueb de Menezes
Universidade de Uberaba

RESUMO

As próteses removíveis representam, em muitos casos, a opção de escolha para a reabilitação da função oral e da estética dos pacientes. Entretanto, são comuns as lesões da mucosa oral associadas ao seu uso. Diante disso este trabalho se propôs a avaliar, por meio de uma revisão de literatura, a frequência das principais lesões orais relacionadas ao uso de próteses dentárias, os aspectos clínicos, e os possíveis fatores de risco associados. Para esse fim, foram realizadas pesquisas de artigos nas seguintes bases de dados: PubMed, Google Scholar e SciELO, utilizando como meio de busca as palavras chaves “*Oral lesions associated prosthesis*”, “*Oral candidiasis*”, “*Traumatic ulcers*”; “*Inflammatory fibrous hyperplasia*”. As principais lesões relatadas na literatura, em associação ao uso da prótese dentária são: hiperplasia fibrosa inflamatória, queilite angular, hiperplasia papilar inflamatória, úlcera traumática e estomatite protética. As lesões apresentam diferentes aspectos clínicos e os fatores etiológicos variam, sendo muitas vezes associados a higienização deficiente, instabilidade da prótese e problemas sistêmicos dos pacientes. Diferentes tipos de tratamentos são relatados para cada uma das lesões. Conclui-se que diversas são as lesões da mucosa oral associadas ao uso de próteses dentárias, influenciando significativamente na qualidade de vida dos usuários. Essas lesões podem, muitas vezes, serem prevenidas por meio de um ajuste adequado após instalação do aparelho protético, acompanhamento e orientações quanto a forma correta de higienização.

Palavras-Chave: Prótese dentária. Lesões orais. Próteses iatrogênicas. Higiene bucal.

ABSTRACT

Removable prostheses represent, in many cases, the option of choice for the rehabilitation of patients' oral function and esthetics. However, lesions of the oral mucosa associated with its use are common. Therefore, this study aimed to evaluate, through a literature review, the frequency of the main oral injuries related to the use of dental prostheses, the clinical aspects, and the possible associated risk factors. For this purpose, articles were searched in the following databases: PubMed, Google Scholar and SciELO, using the keywords "Oral lesions associated prosthesis", "Oral candidiasis", "Traumatic ulcers"; "Inflammatory fibrous hyperplasia". The main injuries reported in the literature in association with the use of dental prosthesis are: inflammatory fibrous hyperplasia, angular cheilitis, inflammatory papillary hyperplasia, traumatic ulcer and prosthetic stomatitis. Lesions have different clinical aspects and etiological factors vary, being often associated with poor hygiene, prosthesis instability and systemic problems in patients. Different types of treatments are reported for each of the injuries. It is concluded that there are several lesions of the oral mucosa associated with the use of dental prostheses, significantly influencing the quality of life of users. These injuries can often be prevented through an adequate adjustment after installation of the prosthetic device, follow-up and guidance as to the correct form of hygiene.

Keywords: Dental prosthesis. Oral injuries. Iatrogenic prostheses. Oral hygiene.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	9
3 OBJETIVO.....	10
4 MATERIAL E MÉTODOS	11
5 REVISÃO DE LITERATURA	12
6 DISCUSSÃO	22
7 CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS ¹	28

1 INTRODUÇÃO

A tendência mundial de crescimento da população idosa é resultado do declínio da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida. Estudos epidemiológicos mostram que 11% da população mundial possui mais de 60 anos e espera-se que estes números aumentem para 22% da população até 2050 (KANASI *et al.*, 2016). No Brasil, projeta-se que o número de idosos ultrapasse o de crianças e adolescentes de 0 a 14 em 2031 (ALVES, 2005; IBGE, 2017; CARVALHO *et al.*, 2020).

A dominância do uso de aparelhos protéticos está relacionada a esse grupo principalmente em baixos níveis socioeconômicos. O estudo epidemiológico realizado pelo SB Brasil detectou altos índices de edentulismo e condições precárias de saúde bucal, com grande necessidade de tratamentos reabilitadores (BRASIL, 2004; BOMFIM *et al.*, 2008; BRANTES *et al.*, 2019).

Embora os implantes orais tenham se tornado mais populares, as próteses convencionais continuam sendo a principal opção de tratamento para pacientes com edentulismo completo ou parcial (MARTORI *et al.*, 2014).

A prótese dentária pode ser fixa ou removível, total ou parcial (PARANHOS *et al.*, 2008; BARBOSA *et al.*, 2018), e objetiva a substituição de dentes e/ou tecidos bucais circundantes ausentes, reabilitando o equilíbrio neuromuscular do sistema estomatognático, proporcionando a manutenção de suas funções e consequente bem-estar físico, mental e social do paciente (CARR *et al.*, 2005; CARLI *et al.*, 2013).

O tratamento com próteses removíveis tem um efeito positivo na saúde bucal. No entanto, é necessário o acompanhamento e a manutenção periódica uma vez que lesões da mucosa oral são relativamente frequentes. Estudos demonstram que quase metade dos usuários de próteses totais apresentam pelo menos uma lesão relacionada (JAINKITTIVONG, 2012; PELTOLA, 2004).

É relatada uma relação entre lesões da mucosa oral e envelhecimento. No entanto, a idade não é o único fator, achados como trauma, uso de medicamentos e higiene bucal e dentária ineficaz, podem favorecer o desenvolvimento de lesões. Geralmente essas lesões ocorrem devido a doenças sistêmicas, distúrbios nutricionais, efeitos colaterais de medicamentos ou uso de dentaduras inadequadas em idosos (BOZDEMIR, 2019).

Com o aumento da idade, devido a problemas sistêmicos e à polifarmácia, observa-se com frequência uma baixa taxa de fluxo salivar. A saliva é um importante agente para a retenção da prótese e para a proteção dos tecidos da cavidade bucal. Conseqüentemente, a hipossalivação está atribuída a redução do sistema de defesa oral (MÁRTON *et al.*, 2004; IKEBE *et al.*, 2007; JAWED *et al.*, 2012; BRANTES *et al.*, 2019).

Os principais tipos de lesões que acometem a cavidade bucal estão relacionados as próteses removíveis mal adaptadas ou mal higienizadas pelo paciente (CARLI *et al.*, 2013). Isso acontece principalmente devido à falta de informação sobre o uso, higienização e necessidade da substituição da prótese (BARBOSA *et al.*, 2018).

A negligência com o uso da prótese é um fator preocupante, o cirurgião-dentista precisa instruir e motivar seu paciente em como utilizar e higienizar corretamente a prótese e a cavidade oral, e o paciente precisa aplicar as instruções no seu dia a dia para que os fatores de risco sejam amenizados (CARVALHO, CORMACK, 2003; GONÇALVES *et al.*, 2011).

As principais lesões relacionadas a próteses dentárias são: hiperplasia fibrosa inflamatória, queilite angular, hiperplasia papilar inflamatória, úlcera traumática, estomatite protética, e porventura processo alérgico desencadeado pelo material usado na confecção da prótese, gerando um grande impacto na qualidade de vida (CALDEIRA, 2010; BASTOS *et al.*, 2015; VILLANUEVA-VILCHIS *et al.*, 2016).

Diante disso o objetivo do estudo foi analisar os principais aspectos associados as lesões orais presentes na cavidade bucal dos usuários de prótese dentária.

2 JUSTIFICATIVA

Esse trabalho foi realizado com o intuito de elucidar ao clínico, os aspectos clínicos e os possíveis fatores associados as lesões orais relacionadas ao uso de próteses dentárias, uma vez que a detecção e prevenção precoce destas lesões podem melhorar a qualidade de vida dessa população e auxiliar na obtenção de um envelhecimento com qualidade.

3 OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi avaliar, por meio de uma revisão de literatura, a frequência das principais lesões orais relacionadas ao uso de próteses dentárias, os aspectos clínicos, e os possíveis fatores de risco associados.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Para essa revisão de literatura, foram realizadas pesquisas nas bases de dados PubMed, Google Scholar e SciELO, utilizando como meio de busca as palavras chaves “*Oral lesions associated prosthesis*”, “*Oral candidiasis*”, “*Traumatic ulcers*”; “*Inflammatory fibrous hyperplasia*”. Dentre os artigos disponíveis para consulta de forma integral, foram selecionados aqueles que abordam temas relacionados a lesões orais relacionadas ao uso de próteses dentárias.

4.1 Tipo de Estudo

O presente estudo trata-se de uma revisão da literatura.

4.2 Critérios de Inclusão dos Artigos

Foram incluídos estudos do tipo relato de caso, ensaio clínico, revisões da literatura e pesquisas científicas. Não houve restrição quanto à análise temporal.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Estomatite Protética

É uma lesão dominante nos usuários de prótese total, mas pode ser encontrada na mucosa oral dos usuários de prótese parcial removível. Todavia crianças e adultos usuários de próteses parciais acrílicas, aparelhos ortodônticos e próteses obturadoras podem apresentar a lesão (GUSMÃO *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2017), sendo os indivíduos de baixo nível socioeconômico mais afetados devido à falta de acompanhamento de profissionais da saúde (SLADE, AKINKUGBE, SANDERS, 2014; SOUZA *et al.*, 2017).

Apresenta etiologia multifatorial, fortemente relacionada à presença do biofilme e associada a problemas de saúde do indivíduo como: deficiência nutricional, diabetes, xerostomia, imunossupressão.

A má higienização e má adaptação das próteses colaboram para o aparecimento de processos infecciosos devido a presença de micro-organismos, sendo a colonização por *Candida albicans*, o principal fator de risco (De OLIVEIRA *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2017).

Este micro-organismo vive normalmente no corpo humano sem causar danos, porém quando associado ao biofilme, baixo pH salivar, consumo regular de açúcar e alterações no sistema imunológico local se torna um patógeno oportunista que leva ao aparecimento de estomatite (GASPAROTO *et al.*, 2011 RIBEIRO *et al.*, 2019).

Essa patogenicidade se relaciona com sua capacidade dimórfica que favorece a formação de biofilme. A sua forma hifal vem sendo isolada de pacientes com estomatite e pode ser considerada uma forma mais agressiva, que adere e coloniza a superfície da prótese mais facilmente. Tem sido sugerido também que a colonização por *Cândida* seja secundária a traumas de tecidos moles e inflamação resultante (KABAWAT M *et al.*, 2014; HANNAH *et al.*, 2017). Além da *C. albicans*, a *Candida glabrata* representa uma espécie secundária prevalente, também isolada da superfície de próteses acrílicas. (SHAHZAD *et al.*, 2014; HANNAH *et al.*, 2017).

É importante ressaltar que na entrega de uma prótese ao paciente, ela apresente uma aparência lisa, resultante de um bom polimento visto que a presença de irregularidades pode favorecer a proliferação dos micro-organismos. Entretanto, sabe-se que a resina acrílica sofre influência de diversos fatores dentro da cavidade

bucal, que levam a sua degradação, sendo fundamental o retorno periódico ao cirurgião-dentista, bem como a substituição das próteses dentro de 5 anos (HANNAH et al., 2017).

A estomatite protética geralmente se apresenta como lesões assintomáticas, mas podem apresentar mucosa hemorrágica, prurido, queimação, dor, sabor desagradável, halitose e xerostomia e se caracterizam por edema, eritema da mucosa do palato, hiperemia ou petéquias hemorrágicas (PINHO, MUNIZ, MELO, 2013; TRIDADE *et al.*, 2018).

Newton dividiu as lesões em 3 grupos de acordo com os aspectos clínicos: Hiperemia puntiforme (Classe I); Hiperemia difusa (Classe II); Hiperemia granular (Classe III). Sendo a Classe I hiperemia dos ductos das glândulas salivares palatinas menores, com aspecto eritematoso puntiforme em áreas dispersas ou pequenas no palato; Classe II, mucosa lisa e atrófica com aspecto eritematoso; Classe III, acomete a região central do palato e pode estar associada a câmara de sucção, apresentando características clínico nodular e rugosa da mucosa (GONZÁLES *et al.*, 2009; TRIDADE *et al.*, 2018).

Figura 1 - Estomatite Protética tipo I de Newton



Figura 2 - Estomatite Protética tipo II de Newton



Fonte: NEVES, I, Abordagem do paciente com estomatite protética, Medicina Dentária, Universidade Fernando Pessoa (Faculdade de ciências da Saúde), Porto, (p. 1-76), 2015.

Figura 3 - Estomatite Protética tipo III de Newton



Fonte: HANNAH *et al.*, 2017 (p. 46-51.)

Dentre as propostas de tratamento estão a higiene bucal e da prótese, suspensão do uso da prótese no período noturno, uma vez que o uso interrompido do aparelho protético impede a limpeza salivar natural e o repouso dos tecidos moles, onde pode aumentar a exposição a traumas locais, contribuindo também para formação de um ambiente anaeróbio que favorece a proliferação de espécies mais patogênicas (GENDREAU, LOEWY, 2011; ARNOUD *et al.*, 2012; HANNAH *et al.*, 2017; TRINDADE *et al.*, 2018). Realizar a identificação e correção de fatores que provocam o aparecimento da lesão, adequação ou planejamento de uma nova prótese e o uso de antifúngicos quando associados a candidose oral. A importância da desinfecção da prótese durante a noite através do uso de soluções químicas tais como a clorexidina ou hipoclorito de sódio também é relatada (ARNOUD *et al.*, 2012; TRINDADE *et al.*, 2018).

Dentre os antifúngicos sistêmicos podemos citar os triazóis, fluconazol e itraconazol como os mais apropriados para os pacientes que não atendem ou são intolerantes a terapêutica tópica ou aqueles que possuem uma maior probabilidade para infecções sistêmicas. Dentre os tópicos a nistatina, anfotericina B, miconazol e clotrimazol são indicados como tratamento mais eficaz, quando a estomatite protética está relacionada a *C. albicans* (LYU *et al.*, 2016).

Figura 4 - Estomatite Protética



Fonte: HANNAH *et al.*, 2017 (p. 46-51.)

Figura 5 - Estomatite Protética



Fonte: HANNAH *et al.*, 2017 (p. 46-51.)

Queilite angular

Trata-se de um processo inflamatório cutâneo, com etiologia multifatorial, que acomete a comissura labial (o ângulo da boca). Apresenta alguns sinônimos, como Perlèche, comissurite labial e boqueira (BARBOSA *et al.*, 2018). As lesões ou condições que tornam as comissuras labiais suscetíveis derivam de fatores locais e sistêmicos predisponentes para o seu surgimento. No geral esses fatores são: acúmulo de saliva induzindo a maceração nas comissuras angulares; ação irritante de medicamentos principalmente os que causam a xerostomia e xeroderma; Síndrome de Sjogren por se caracterizar por xerostomia e hiposialia; Síndrome de Down devido a macroglossia e a salivação; exposições ambientais e térmicas; perda da dimensão vertical em edentados ou decorrente do desgaste dentário e em próteses mal ajustadas; por infecção sendo o organismo mais prevalente a *C. albicans*, sendo o primeiro patógeno que domina os ângulos da boca macerados, deixando susceptível para outras infecções bacterianas (FEDERICO, BASEHORE, ZITO, 2021).

Pode se apresentar uni ou bilateralmente, com características clínicas que envolvem um espessamento branco acinzentado com eritema adjacente, podendo apresentar evolução do eritema, com aparecimento de descamação, fissura, úlcera e formação de crosta. Sintomatologia dolorosa, queimação ou prurido podem ser observados. (SAMIMI, 2016; RIZENTAL *et al.*, 2018).

Os aparelhos protéticos podem ser contribuintes para o surgimento da queilite angular, com extenso tempo de uso, má adaptação assim como a má higiene bucal juntamente com a presença de *C. albicans* (RIZENTAL *et al.*, 2018). A cândida está presente na flora de 40% a 60% dos indivíduos saudáveis, na queilite é encontrada em 93% dos casos, mais como patógeno único é encontrada em 20% a 50%, e associada ao *Staphylococcus aureus*, em 60% a 75%, representando a situação mais comum da queilite angular (FEDERICO, BASEHORE, ZITO, 2021).

As lesões de queilite foram separadas em quatro categorias: tipo I são pequenas rágades, limitadas ao canto da boca e ligeiros envoltimentos de pele adjacente; tipo II são lesões mais profundas e extensas com bordas desiguais; tipo III várias rágades que se estendem do canto da boca para a pele adjacente; tipo IV disseminação do eritema até a borda do vermelhão, sem rágades (OZA, DOSHI, 2017).

No tratamento proposto é necessário realizar a correção dos fatores predisponentes, adequação do aparelho protético reestabelecendo a dimensão vertical de oclusão, ajuste da deficiência nutricional, utilização de antibióticos e antimicóticos tópicos. Realização de uma correta higiene bucal, higiene e desinfecção da prótese, remoção das próteses no período noturno são de extrema importância como medidas de prevenção (BARBOSA *et al.*, 2018). Quando causada por fungos, a terapia medicamentosa indicada é cetoconazol e fluconazol ao invés de anfotericina B devido aos seus efeitos colaterais. O miconazol creme mesmo sendo um antifúngico é ineficiente para esse tratamento, pois a queilite é uma infecção mista, e ele não atua nos cocos gram-positivos (VALLE *et al.*, 2017). Existe também um tratamento complementar que utiliza a terapia fotodinâmica antimicrobiana (APDT), que constitui na combinação de um agente fotossensibilizador, geralmente exógeno, via uso tópico, com uma fonte de luz visível, tendo como finalidade a inativação microbiana. É importante ressaltar que a APDT não é substituta de outros fármacos ou terapias convencionais e sim uma nova categoria de tratamento (BARBOSA *et al.*, 2018).

Figura 6 - Queilite Angular Bilateral



Fonte: RIZENTAL *et al.*, 2018 (p. 93-100)

Figura 7 - Queilite Angular Unilateral



Fonte: RIZENTAL *et al.*, 2018 (p. 93-100)

Hiperplasia fibrosa inflamatória

Está entre as lesões mais comum de tecido mole resultantes de traumas crônicos (SANTOS *et al.*, 2021), se apresenta como uma lesão proliferativa e não neoplásica (AMARAL *et al.*, 2015; JESUS *et al.*, 2020), refere-se a um crescimento tecidual, aumento no número de células do tecido conjuntivo fibroso através de um agente de irritação contínuo e com baixa intensidade, caso não haja remoção do fator traumático esse pode se tornar recorrente. Também é encontrada como epúlides fissuradas, hiperplasia fibrosa traumática. (MARCUCCI, 2016; SANTOS *et al.*, 2021)

A hiperplasia fibrosa inflamatória se dá em locais como gengiva, bochecha, língua, lábios e palato, em geral atinge a região anterior mandibular e maxilar (SANTOS *et al.*, 2021). É uma lesão de consistência flácida, de tamanho variado e limitado, pode ser associada a úlceras, sua aparência é de coloração eritematosa ou clara, em geral associada ao rebordo alveolar. Sua sintomatologia pode ser dolorosa quando associada a fungos como a *Candida sp.* e quando se apresenta ulcerada (SILVA *et al.*, 2017; GAMBINO *et al.*, 2017; JESUS *et al.*, 2020). Essa lesão se apresenta exofítica ou com elevação bem definida, superfície lisa com base sésil ou pediculada (SANTOS *et al.*, 2021). Se manifesta como únicas ou múltiplas pregas do tecido conjuntivo hiperplásico, situada entre o rebordo alveolar e a mucosa labial ou jugal, com uma maior prevalência no gênero feminino (SILVA *et al.*, 2011). Sua origem se dá por vários fatores, incluindo próteses mal adaptadas, higiene oral inadequada, uso de tabaco e doença periodontal (AMARAL *et al.*, 2015; ÇAYAN *et al.*, 2018).

A remoção dos agentes causadores pode levar a diminuição do tamanho da lesão, mas o tratamento mais adequado para este tipo de lesão é a remoção cirúrgica (AYAN *et al.*, 2018). No entanto, outras técnicas terapêuticas podem ser utilizadas como o laser, microabrasão e a crioterapia (BOTELHO, VIEIRA, PEDRO, 2010; SANTOS *et al.*, 2021). Na técnica cirúrgica com bisturi os indivíduos não atingem a hemostasia ao tratar de tecidos altamente vasculares, por esse motivo introduziram o laser e o eletrocaltério como opção cirúrgica. O laser apresenta um papel significativo, em razão da sua alta absorção de água e hemoglobina obtida, elevando sua competência de corte e coagulação (AMARAL *et al.*, 2015; JESUS *et al.*, 2020).

Dentre as vantagens do laser de diodo estão a facilidade de uso, ótima performance na incisão, coagulação adequada, diminuição da dor do edema pós-

operatório e da cicatriz, proporcionando também um efeito bactericida por meio do aquecimento local e formação de uma camada de escara que pode diminuir o perigo de infecção pós-operatória por segunda intenção (IZE-IYAMU, SAHEEB, EDETANLEN, 2013; ORTEGA-CONCEPCION *et al.*, 2017; ÇAYAN *et al.*, 2018). Já o eletrocaltério apresenta mecanismos diferentes do laser, embora cause danos térmicos proporciona melhor hemostasia, promovendo selamento dos vasos sanguíneos (TAHERI *et al.*, 2014; JESUS *et al.*, 2020).

Figura 8 - Hiperplasia Fibrosa inflamatória



Fonte: FALCÃO *et al.*, 2009 (p. 230-236)

Figura 9 - Hiperplasia Fibrosa inflamatória



Fonte: FALCÃO *et al.*, 2009 (p. 230-236)

Úlcera traumática

A úlcera traumática normalmente se dá por um trauma de origem aguda ou crônica (PEIXOTO, PEIXOTO, ALESSANDRETTI, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2019), é uma lesão constante da mucosa oral de pacientes que fazem o uso de aparelhos protéticos mucossuportados, constituída de diferentes causas, sendo a mais comum as derivadas de iatrogenias do profissional. Estando essas associadas a fatores irritantes e traumas locais como: traumas oclusais, próteses mal adaptadas, aparelhos ortodônticos, mordida, escovação excessiva, exposição da mucosa a cárie dentária, queimaduras elétricas, térmicas ou químicas. A língua, a mucosa jugal e o lábio inferior são os mais susceptíveis de acordo com a sua etiologia (CARLI *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

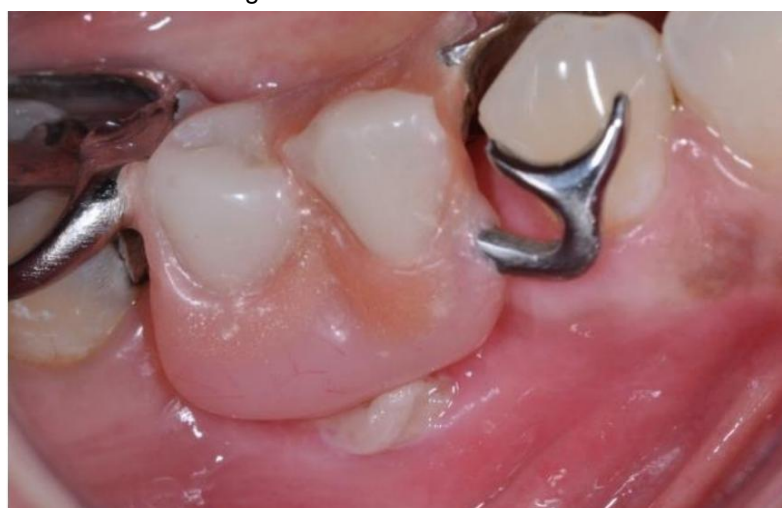
Os fatores como oclusão não balanceada, bordas sobre estendidas, próteses irregulares e porosas, contatos oclusais prematuros, estão relacionados ao surgimento da lesão. A presença de tórus palatino ou sublingual, pode influenciar na estabilidade da prótese favorecendo o desenvolvimento de ulcerações (NEVILLE *et al.*, 2004; PEIXOTO, PEIXOTO, ALESSANDRETTI, 2015). Devido as mudanças fisiológicas que ocorrem no tecido bucal com o avanço da idade uma prótese antiga pode se tornar desajustada, podendo se tornar a origem da irritação. A úlcera pode aparecer em outras regiões, estando relacionada com a compressão excessiva na moldagem, e assim sendo transferida para a prótese finalizada (PEIXOTO, PEIXOTO, ALESSANDRETTI, 2015).

Em geral essas lesões são bem delimitadas, extremamente dolorosas ao ingerir alimentos, caracterizam-se por uma área eritematosa recoberta por uma membrana removível, central, amarela e fibrinopurulenta, a lesão pode desenvolver um alo esbranquiçado e hiperkeratótico, próximo a ulceração, sua forma e profundidade pode se modificar conforme a sua causa, localização e tempo de formação. A membrana fibrinopurulenta se intrega microscopicamente em fibrina misturada com neutrófilo (NEVILLE *et al.*, 2009; PEIXOTO, PEIXOTO, ALESSANDRETTI, 2015; SOUZA JUNIOR *et al.*, 2019).

As úlceras são classificadas em primárias e secundárias, sendo as primárias não antecedidas por outra lesão, e a secundárias resultantes da ruptura de uma vesícula ou bolha (PAIVA, 2013; TRINDADE *et al.*, 2018).

O tratamento dessas lesões consiste na remoção do agente causador, prescrição de corticóides e anti-inflamatórios tópicos visando aliviar a dor. Quando o fator etiológico for próteses mal adaptadas, deve-se realizar a correção ou substituição das mesmas (TEIXIERA, 2017; SOUZA JUNIOR et al., 2019), associando ao tratamento da lesão com medicamentos analgésicos. Após a correção do aparelho protético e realização dos devidos alívios, a lesão precisa cicatrizar em duas semanas, caso não ocorra a cicatrização deve-se investigar e realizar uma biópsia incisional. Para prevenção da úlcera o cirurgião dentista deve estar alerta ao ajuste da oclusão para que distribua a carga mastigatória de forma uniforme (TRINDADE, 2018).

Figura 10 - Úlcera Traumática



Fonte: BARBOSA *et al.*, 2017 (p.62-66)

Hiperplasia papilar inflamatória

Hiperplasia papilar inflamatória é uma lesão benigna, em geral identificada em pacientes portadores de próteses. Trata-se de uma doença rara com patogenia incerta. A lesão acomete o palato duro, mas em casos raros pode acometer a mandíbula, e normalmente são indolores. Dentre os fatores etiológicos que potencializam o aparecimento da lesão estão: dentadura mal adaptadas, tabagismo, idade avançada, uso da prótese sem intervalo, higiene oral precária, sensibilidade aos revestimentos das próteses, podendo estar associada a colonização de cândida devido à má higiene oral (ORIENTSTEIN, TAYLOR, 2014; GUAL-VAQUÉS *et al.*, 2016).

Pode ser observado no exame clínico, um palato duro com mucosa hiperêmica, com aumento volumétrico de forma variada, nodular ou papilar. As lesões normalmente se iniciam pela abóbada palatina, mas essas podem acometer toda a região do palato duro, sendo variante o seu grau de inflamação (NEVILLE *et al.*, 2016; MAINVILLE, 2019). Quando associada a próteses removíveis pode ser classificada como o terceiro tipo de estomatite protética segundo a classificação de Newton (EMAMI *et al.*, 2012; GUAL-VAQUÉS *et al.*, 2016). Devido a falta de sintomatologia a maioria dos pacientes não percebem sua manifestação, sendo seu diagnóstico baseado na aparência clínica, ocasionalmente a biópsia é indicada (MAINVILLE, 2019). A hiperplasia papilar inflamatória pode ser induzida por pressão negativa entre a mucosa e o aparelho protético mal ajustado ou por câmara de sucção confeccionadas em próteses superiores, que tinham a finalidade de proporcionar uma pressão negativa na área para aumentar sua retenção, mas com o avanço do tempo a pressão negativa induz a formação da hiperplasia papilar inflamatória (RAO *et al.*, 2014; IEGAMI, TAMAKI, TORTAMANO NETO, 2017).

O tratamento abrange a motivação do paciente, estimulando sua higiene oral e da prótese, e cabe ao profissional realizar o ajuste adequado ou confecção de um novo aparelho protético, tratando as possíveis infecções fúngicas. Após a remoção do agente causador, o eritema e o edema tendem a desaparecer, mas a forma papilar da mucosa pode não reduzir totalmente. Quando o tecido permanece de forma fibrosa, uma intervenção cirúrgica pode ser necessária para remoção do excesso de tecido (GUAL-VAQUÉS *et al.*, 2017; MAINVILLE, 2019).

Em casos que o quadro clínico da lesão se apresenta de forma agressiva e com grandes lesões papilares é recomendado o uso do laser, eletrocirurgia ou crioterapia, com relação as pequenas lesões em geral são tratadas com enxaguantes bucais, como a clorexidina a 0,12% (ORIENTSTEIN, TAYLOR, 2014; GUAL-VAQUÉS *et al.*, 2017).

Figura 11 - Hiperplasia Papilar Inflamatória



Fonte: GUAL-VAQUES *et al.*, 2017 (p.80-82)

Figura 12 - Hiperplasia Papilar Inflamatória por Câmara a vácuo



Fonte: IEGAMI, TAMAKI, TORTAMANO NETO, 2017 (p.151-154)

6 DISCUSSÃO

A prótese dentária é um aparelho utilizado para reabilitação da forma, função e estética da cavidade oral (GOIATO, 2005; GENDREAU, 2011; Oliveira *et al.*, 2018). O aumento de indivíduos usuários de próteses é equivalente ao aumento da expectativa de vida, sendo o predomínio principalmente entre os idosos de baixos níveis socioeconômicos. Apesar do crescente uso dos implantes orais, para a maioria da população os tratamentos convencionais representam a opção de escolha para a reabilitação (CARLSSON, OMAR, 2006; BRANTES *et al.*, 2019).

Sejam parciais, totais, removíveis ou fixas, para que as próteses alcancem o objetivo principal que envolve a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, é indispensável a prevenção e o tratamento das possíveis patologias decorrentes do seu uso (SILVA *et al.*, 2008; CUNHA, RIBEIRO, 2019).

Uma vez instaladas na cavidade bucal, essas próteses podem favorecer o aparecimento de lesões orais (GOIATO, 2005; GENDREAU, 2011; Oliveira *et al.*, 2018), devendo o profissional estar atento a execução da técnica de confecção correta, bem como às orientações ao paciente para que faça seu uso corretamente, e faça visitas periódicas para sua manutenção (OLIVEIRA *et al.*, 2007; PINHO, MUNIZ, MELO, 2013; BARBOSA *et al.*, 2018).

O uso da mesma prótese por um período prolongado aumenta a frequência das lesões uma vez que com o passar do tempo ocorre o desgaste do acrílico, o desenvolvimento de bordas irregulares, superfície ásperas e fissuras. Dentre as principais lesões citadas nesse estudo estão: hiperplasia fibrosa inflamatória, queilite

angular, hiperplasia papilar inflamatória, úlcera traumática e estomatite protética (CALDEIRA, 2010; BASTOS *et al.*, 2015).

A estomatite é uma das patologias mais frequentes em razão do uso da prótese (PINHO, MUNIZ, MELO, 2013; TRINDADE *et al.*, 2018), sendo a alteração mais comum do palato que atinge geralmente pessoas mais velhas (ERCALIK-YALCINKAYA, OZCAN, 2015; HILGERT *et al.*, 2016). Segundo GOODMAN (2004) e OLIVEIRA *et al.*, (2018) apresenta etiologia multifatorial, sendo muitas vezes assintomático e o principal fator etiológico representa a colonização pela *C. albicans*.

Os sinais clínicos envolvem lesão eritematosa, podendo ser acompanhada por petéquias que geralmente se manifestam na área chapeável da prótese, especialmente quando estão mal adaptadas ou mal higienizadas (PINHO, MUNIZ, MELO, 2013; TRINDADE *et al.*, 2018). É importante destacar que a saliva tem papel essencial na manutenção da cavidade oral, como proteção contra infecções fúngicas e bacterianas, efeito tampão, deglutição e lubrificação, e quando ocorre a diminuição da mesma é designado como xerostomia ou hipossalivação. Pode se tornar comum em usuários de próteses e se agrava com o uso frequente de medicamentos, atingindo em suas funções (OLIVEIRA, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

De acordo com HILGERT *et al.*, (2016) o tratamento padrão é feito com antifúngicos tópicos, mas OLIVEIRA *et al.*, 2018 afirma que essa terapia promove alívio temporário provocando recidivas. Dentre as outras propostas de tratamento podemos salientar a suspensão do aparelho protético, e se necessário correção cirúrgicas anatômicas, planejamento de uma nova prótese, orientação do paciente para higienização oral e da prótese adequada, levando em consideração também a necessidade da realização do reembasamento do aparelho protético, na tentativa de diminuir o trauma (SOARES *et al.*, 2010; BARBOSA *et al.*, 2018).

De acordo com OZA e DOSHI (2017) a queilite angular é caracterizada por inflamação com fissurações no ângulo da boca, podendo apresentar-se como edema, eritema, descamação e erosão, sendo frequente nos pacientes que possuem pregas labiais profundas que favorecem o acúmulo de material salivar (PINHO, MUNIZ, MELO, 2013; TRINDADE *et al.*, 2018), tendo predileção por mulheres. Segundo OHMAN *et al.*, (1986) e OZA e DOSHI (2017) essa ocorrência quase se iguala entre os gêneros, mas a incidência do sexo masculino não ultrapassa do sexo feminino,

isso pode ocorrer devido as alterações hormonais como, menstruação, gravidez, menopausa e anemia. A lesão pode se manifestar de formas variadas como, de pequenos rágades no canto da boca a grandes rágades irradiando para pele adjacente, pode ter o aparecimento de eritema com a borda vermelha uni ou bilaterais (OZA, DOSHI, 2017).

Com etiologia proveniente de diversos fatores, dentre os principais pode-se citar: a proliferação *C. albicans*, deficiências nutricionais, fatores mecânicos que geram a diminuição da dimensão vertical de oclusão, com a sobreposição do lábio superior sobre o inferior, prognatismo, ausência de dentes e, uso de próteses mal adaptadas (MACIEL *et al.*, 2008; TRINDADE *et al.*, 2018).

São várias as propostas de tratamento relatadas por FEDERICO, BASEHORE e ZITO (2020) que vão depender da sua causa. Dentre elas destaca-se adequação de próteses mal ajustadas, suplementação nutricional, no caso de infecções por fungos o uso de fungicidas tópicos, como creme de cetoconazol 2% e antifúngicos sistêmicos como fluconazol ou antibióticos tópicos ou sistêmicos. Também é fundamental a limpeza, higienização e desinfecção da dentadura. Com opiniões divergentes entre autores nas opções de tratamento, existe a terapia fotodinâmica, consistindo basicamente em um fotossensibilizador tópico exposto a uma luz visível (ARMONIA, GIOVANI, 2008; BARBOSA *et al.*, 2011; BARBOSA *et al.*, 2018).

A hiperplasia fibrosa inflamatória frequentemente é vista na clínica odontológica (PEDRON *et al.*, 2007; TRINDADE *et al.*, 2018) resultante do crescimento do número de células inflamatórias proveniente de traumatismos contínuo por agentes físicos, sendo mais recorrentes em adultos por estar associados ao uso de próteses (MARCUCCI, 2016; SANTOS *et al.*, 2021). As características clínicas se apresentam como uma lesão de crescimento lento e assintomático, podendo ser exofítica ou com volume bem definido, sendo única ou com múltiplas pregas, diferenciando-se entre firme ou flácida a palpação. Sua superfície lisa de base séssil ou pediculada, variando de sua coloração normal a eritematosa (SANTOS *et al.*, 2021).

De acordo com CARVALHO *et al* (2017) e TRINDADE *et al* (2018) a hiperplasia fibrosa inflamatória atinge de forma igual a região maxilar e mandibular, mas SANTOS *et al* (2021) afirma que essas regiões são atingidas em proporções diferentes, e ambos concordam que a região anterior é a mais afetada. Salientando que o tratamento pode

se basear na eliminação do agente causador ou realização de um procedimento cirúrgico, em casos que a lesão está relacionada com um fator causante, como a dentadura é indicado que faça a suspensão desse agente por um período de 7 a 15 dias para uma nova reavaliação da lesão. Outras indicações para tratar a patologia é a introdução de alternativas cirúrgicas como o laser de diodo e o eletrocaltério (ANGIERO *et al.*, 2012; AMARAL *et al.*, 2015; JESUS *et al.*, 2020). Entres essas duas técnicas utilizadas FELTON *et al* (2011) e JESUS *et al* (2020) relatam que ambas se apresentaram com a mesma eficácia na remoção da lesão, não sendo constatado desigualdade no sangramento, inchaço ou dor.

A úlcera traumática está entre as patologias mais comuns da mucosa oral relacionada a usuários de próteses, tendo causa multifatorial (CARLI *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2019). Sua maior incidência se dá nos primeiros dias da instalação de novos aparelhos protéticos estando também relacionadas com superextensão da prótese ou oclusão desequilibrada (BRANTES *et al.*, 2019).

Para seu tratamento existe uma concordância na literatura na prescrição de analgésicos para tratar a sintomatologia, bem como adequação ou substituição da dentadura suspendendo seu uso até eliminação do problema (PEIXOTO, PEIXOTO, ALESANDRETTI, 2015; BARBOSA *et al.*, 2018).

Quanto a hiperplasia papilar inflamatória essa caracteriza por um supercrescimento de tecido que usualmente evolui no palato duro dos usuários de próteses, com etiologia multifatorial, envolvendo candidíase, higiene bucal precária, próteses mal ajustadas ou antigas, tabagismo, idosos, uso constate e noturno (GUALVAQUES *et al.*, 2017; MAINVILLE, 2019). Na prática clínica a lesão tem aparência hiperêmica, recoberta por um aumento nodular ou papilar assintomáticos, essas modificações se iniciam na abóbada palatina, mas podem acometer toda extensão do palato duro, com níveis de inflamação variantes (NEVILLE *et al.*, 2016; MAINVILLE, 2019).

Em casos de hiperplasia papilar inflamatória induzida por câmara de sucção é indicada a excisão cirúrgica ou redução mecânica através do preenchimento gradativo da câmara de sucção (NEVILLE, 2004; SILVA *et al.*, 2011). Levando em consideração todas as adversidades que podem estar relacionadas ao uso de próteses dentárias, é

fundamental que o cirurgião-dentista execute a técnica adequada e oriente os pacientes quanto aos cuidados pós-instalação (BRANTES et al., 2019).

7 CONCLUSÃO

Esta revisão da literatura permitiu concluir que diversas são as lesões da mucosa oral associadas ao uso de próteses dentárias, influenciando significativamente na qualidade de vida dos usuários. Essas lesões podem, muitas vezes, serem prevenidas por meio de um ajuste adequado após instalação do aparelho protético, acompanhamento e orientações quanto a forma correta de higienização.

REFERÊNCIAS¹

ALVES, J. A. L. Os direitos humanos na pós-modernidade (**Perspectiva, Ed.**). São Paulo. 2005.

AMARAL. M. B., ÁVILA. J. M., ABREU. M. H., MESQUITA. R. A. Diode AMARAL. M. B., DE AVILA. J. M., ABREU. M. H., MESQUITA. R. A. Diode laser surgery versus scalpel surgery in the treatment of fibrous hyperplasia: a randomized clinical trial. **International journal of oral and maxillofacial surgery**. v.44, p.1383-1389, 2015.

ANGIEIRO. F., PARMA. L., CRIPPA. R., BENEDICENTI. S. 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, p.383–388, 2012.

ARMONIA. P. L., GIOVANI. E.M. Terapia fotodinâmica no tratamento de queilite angular-relato de caso. **Revista institucional Ciência saúde**. v.26, n.4, p.482-6, 2008.

ARNOUD. R. R., SOARES. M. S. M., SANTOS. M. G. C., SANTOS. R. C. Estomatite Protética: prevalência e correlação com idade e gênero. **Revista Brasileira de Ciência da saúde**. v.16, n.1, p.59-62, 2012.

BARBOSA, M. T., Neto O. I., Rodrigues C. R. T., Laport L. B. R., Oliveira W. S., Oliveira T. B. S. 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, n.2, p.62-66; 2018.

BARBOSA. T. P. M., SANTANA. T. S., JUNIOR. R. M. L., BATISTA. J. R., SILVEIRA. L. F., FREITAS. A. P. Lesões bucais associadas ao uso de prótese total. **Revista saúde**. v.7, n.2, p.133-142, 2011.

BASTOS. P. L., MESQUITA. T. C., OTTOBONI. G. S., FIGUEIREDO. V. M. G. Métodos de higienização em próteses dentais removíveis. **Revista Bahiana de Odontologia**. v.6, n.2, p.129-137, 2015.

BOMFIM, R., SOARES I. P., TAVARES, D. G. R., SANTOS, G. C., ARAÚJO, R. P., PADILHA, T. N., WILNEY, W. Prevalência de lesões de mucosa bucal em pacientes portadores de prótese dentária. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e clínica integrada**, v.8, n.1, p.117-121, 2008.

BOTELHO. G. A., VIEIRA. E. M., PEDRO. F. L. M. Prevalência dos casos de hiperplasia fibrosa inflamatória em mucosa bucal. **Uniciência**. v.14, n.1, p.9-22, 2010.

¹De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023: Informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BOZDEMIR, E., YILMAZ, H. H., ORHAN, H. Oral mucosal lesions and risk factors in elderly dental patients. **Journal of Dental Research Dental Clinics Dental Prospects**. v.13, n.1, p. 24–30, 2019.

BRANTES, M. F., AZEVEDO, R. S., ROZZA-DE-MENEZES, R. E., PÒVOA, H. C., TUCCI, R., GOUVEIA, A. F., TAKAHAMA Jr, A Analysis of risk factors for maxillary denture-related oral mucosal lesions: A cross-sectional study. **Medicina Oral Patologia Oral y Cirurgia Bucal**, v.24, n.3, p. 305-313. 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Condições de saúde bucal da população Brasileira 2002-2003, Resultados principais. **SB BRASIL**. Brasília, 2004.

CALDEIRA. J. C. M. Principais lesões de mucosa na cavidade bucal de idosos, em decorrência do uso de próteses [monografia]. **Governador Valadares: Universidade Federal de Minas Gerais**, 2010.

CARLI, J. P., GIARETTA, B. M., VIEIRA, R. R., LINDEN, M. S. S., GHIZONI, J. S., PEREIRA, J. R. Lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis. **Salusvita**. v. 32, n.1, p. 103- 115, 2013.

CARLSSON, G. E., OMAR, R. Trends in prostodontics. **Medical Principles and practice**, v. 15, p. 167-79, 2006.

CARR, A. B; McGiveny, G. P.; Brown, D. T. Removable partial prosthodontics. 11. ed., **Missouri: Elsevier Mosby**, 2005.

CARVALHO, G. A. O., RIBEIRO, A. de O. P., CÂMARA, J. V. F., PIEROTE, J. J. A. Dental approach and oral changes in the elderly: a literature review. **Research, Society and Development**. v.9, n.7, e938975142, 2020.

CARVALHO. F. R., VOSS. F., NASCIMENTO. J. A., TRAZZI. B. F. M., ESTEVES. S. R. R., RODRIGUES. A. C., et al. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória – Revista da literatura – relato de caso clínico cirúrgico. **Revista Odonto**. v.17, n.4, p.290-8, 2017.

ÇAYAN. T., ERBASAR. G. N. H., AKCA. G., KAHRAMAN. S. Comparative Evaluation of Diode Laser and Scalpel Surgery in the Treatment of Inflammatory Fibrous Hyperplasia: A Split-Mouth Study. **Photobiomodulation, photomedicine and laser surgery**. v.37, n.2, p.91-98, 2019.

CUNHA, Tamara Oliveira da. Patologias recorrentes devido ao uso de prótese total. Orientador: Tamara Oliveira da Cunha. 2019. 5f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) - **Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos**, 2019.

DE OLIVEIRA. C. E., GASPAROTO. T. H., DIONISIO. T. J., PORTO. V. C., VIEIRA. N. A., SANTOS. C. F., LARA. V. S. *Candida albicans* and denture stomatitis: evaluation of its presence in the lesion, prosthesis, and blood. **International journal prosthodontics**. v.23, p.158-9, 2010.

EMAMI. E., TARAF. H., DE GRANDMONT. P., GAUTHIER. G., DE KONINCK. L., LAMARCHE. C. Associação The association of denture stomatitis and partial removable dental prostheses: a systematic review. **The Internotional Journal of Prosthodontics**. v.25, p.113–9, 2012.

ERCALIK-YALCINKAYA S., OZCAN M. Association between oral mucosal lesions and hygiene habits in a population of removable prosthesis wearers. **Journal of Prosthodontic**. v.24, p.271–278, 2015.

FALCÃO. A. F. P., LAMBERTI. P. L. R., LORENS. F. G. L., LAECERDA. J. A., NASCIMENTO. B. C. Hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso e revisão de literatura. **Revista de ciências médicas e biológicas**. v.8, n.2, p.230-236, 2009.

FELTON. D., COOPER. L., DUQUM. I., MINSLEY. G., GUCKES. A., HAUG. S., MEREDITH. P., SOLIE. C., AVERY. D., DEAL. CHANDLER. N. 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 p. S1–S12, 2011.

FEDERICO. J. R., BASEHORE. B. M., ZITO. P. M. Angular Chelitis. **StatPearls. Teasure Island (FL): StatPearls Publishing**, 2021.

GAMBINO. A., CARBONE. M., BROCCOLETTI. R., CARCIERI. P., CONROTTO. D., CARROZZO. M., ARDUINO. P. G. A report on the clinical-pathological correlations of 788 gingival lesions. **Medicina oral, Patologia oral y Cirurgia bucal**. v.22, p.686-693, 2017.

GASPAROTO T. H., SIPERT C. R., DE OLIVEIRA C. E., PORTO V. C., SANTOS C. F., CAMPANELLI A. P., LARA V. S. Salivary immunity in elderly individuals presented with Candida-related denture stomatitis. **Gerodontology**. v.29, n.2, p.331–339, 2011.

GENDREAU L, LOEWY ZG. Epidemiology and etiology of denture stomatitis. **Journal of prosthodontics: official journal of the American College of Prosthodontists**. v.20, n.4, p.251-60, 2011.

GENDREAU, I., LOEWY, Z. G., Epidemiology and etiology of denture stomatitis. **Journal of Prosthodontic**, v.20, n.4, p.251-60, 2011.

GOIATO, M. C., CASTELLEONI, L., SANTOS, D. M., GENNARI FILHO, H., ASSUNÇÃO, W. G. Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e clínica integrada**, v.5, n.1, p.85-90, 2005.

GONZÁLES. I. J. N., GOMEZ. S. M. D., CAPOTE. E. P., RIVERO. Y. C. Prevalence of subprosthesis stomatitis. **Revista Archivo Médico de Camagüey**. V.13, n.1, 2009.

GOODMAN., GILMAN. **Visão acadêmica**, v.5, n.2, p.159-172, 2004.

GUAL-VACQUES. P., JANE-SALAS. E., EGIDO-MORENO. S., AYUSU-MONTERO. R., MARI-ROIG. A., LOPEZ-LOPEZ. J. Inflammatory papillary hyperplasia: a systematic review. **Medicina oral, Patologia oral y Cirurgia bucal**. v.22, n.1, p.36-42, 2016.

GUAL-VACQUES. P., JANE-SALAS. E., MARI-ROIG. A., LOPEZ-LOPEZ. J. Inflammatory papillary hyperplasia in a non-denture-wearing patient: a case history report. **The International Journal of Prosthodontics**. v.30, n.1, p.80-82, 2017.

GUSMÃO. J. M., SANTOS. S. S. F. D., NEISSER. M. P., JORGE. A. O., FARIA. M. I. Correlação entre fatores associados ao uso de próteses parciais removíveis e cândida spp na saliva. **Gerodontologia**, v.28, p.283-8, 2011.

HANNAH. E. V., O'DONNELL. L., ROBERTSON. D., RAMAGE. R. Denture stomatitis: causes, cures and prevention. *Primary Dental Journal*. v.6, n.4, p.46-51, 2017.

HILGERT. J. B., GIORDANI. J. M. A., SOUZA. R. F., WENDLAND. E. M. R., D'AVILLA. O. P., HUGO. N. F. Interventions for the Management of Denture Stomatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. **The American Geriatrics Society**. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017).

IEGAMI. C. M., TAMAKI. R., TORTAMANO NETO. P. A 5-week Non-Surgical Approach towards denture induced hyperplasia. **The open dentistry journal**. v.11, p.151-154, 2017.

IZE-IYAMU. I. N., SAHEEB. B. D., EDETANLEN. B. E. Comparing the 810 nm diode laser with conventional surgery in orthodontic soft tissue procedures. **Ghana medical journal**. v.47, p.107-111, 2013.

JAINKITTIVONG, A., ANEKSUK, V., LANGLAIS, R.P. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. **Oral Diseases**. v.8, n.4, p.218-23; 2002.

JESUS. A. O., MATIAS. M. D. P., ARRUDA. J. A. A., AIRES. A. V., GOMES. I. P., SOUZA. L. N., ABREU. L. G., MESQUITA. R. A. Diode laser surgery versus electrocautery in the treatment of inflammatory fibrous hyperplasia: a randomized double-blind clinical trial. **Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature**, 2020.

KABAWAT. M., DE. SOUZA. R. F., BADARO. M. M., DE. KONINCK. L., BARBEAU. J., ROMPRE. P., et al. Phase 1 clinical trial on the effect of palatal brushing on denture stomatitis. **The International Journal of Prosthodontics**. v.27, n.4, p.311-9, 2014.

KANASI, E., AYILAVARAPU, S., JONES, J., The aging population: demographics and the biology of aging. **Periodontology 2000**. v.72, n.1, p.13-8, 2016.
laser surgery versus scalpel surgery in the treatment of fibrous hyperplasia: a randomized clinical trial. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. v.44, p.1383–1389, 2015.

LYU. X., ZHAO. C., YAN. Z., HUA. H. Efficacy of nystatin for the treatment of oral candidiasis: a systematic review and meta-analysis. **Dove Medical Press**. v.10, p.1161-1171, 2016.

MACIEL. S. S. S. V., SOUZA. R. S. V., DONATO. L. M. A., ALBUQUERQUE. I. G. M., DONATO. L. F. A. 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**. v.8, n.1, p.93-7, 2008.

MAINVILLE. G. N. Non-HPV Papillary Lesions of the Oral Mucosa: Clinical and Histopathologic Features of Reactive and Neoplastic Conditions. **Head and Neck Pathology**. v.13, n.1, p.71-79, 2019.

MARCUCCI. G. **Fundamentos de odontologia-estomatologia**. 2 ed. Santos; 2016.
MARTORI, E., AYUSO-MONTERO, R., MARTINEZ-GOMIS, J., VIÑAS, M., PERAIRE, M. Risk factors for denture-related oral mucosal lesions in a geriatric population. **Journal of Prosthet Dentistry**, v.111, n.4, p.273-9, 2014.

NEVES. I. M. S. M. Abordagem do paciente com estomatite protética. Monografia. Universidade Fernando Pessoa (Faculdade de ciências da saúde), Porto, p.1-76, 2015.

NEVILLE. B. W., DAMM. D. D., ALLEM. C. M., CHI. A. C. **Oral and maxillofacial pathology**. 4 St. Louis: Elsevier, 2016.

NEVILLE. B. W., DAMM. D. D., **Patologia Oral e Maxilofacial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

OHMAN. S. C., DAHLÉN. G., MÖLLER. A., OHMAN. A. Angular cheilitis: A clinical and microbial study. **Journal of oral pathology and medicine**. v.15, P.213-7, 1986.

OLIVEIRA, M. D., CORPAS, M. A. S., HAYASSY, A., TORRES, E. T. Erythematous candidiasis associated the dental prosthesis. **Ciência atual**, v.11, n.1, p.02-12, 2018.

OLIVEIRA. C. E. Candida albicans e estomatite por dentadura: avaliação da presença do fungo na lesão, na prótese total superior e no sangue. 2009. 79f. Dissertação (Mestrado Odontologia-área de Patologia Bucal) – **Faculdade de Odontologia de Bauru**, Bauru, 2019.

OLIVEIRA. I. C., CORREIA. J. N. M., PEREIRA. D. P. C., CUNHA. M. A. P. Patologias associadas ao uso de próteses totais removíveis: revisão de literatura. **Id online Revista multidisciplinar e de psicologia**. v.13, n.47, p.875-888, 2019.

OLIVEIRA. R. C., BRUM. S. C., OLIVEIRA. R. S., GOYATÁ. F. R. Clinical aspects to denture stomatitis. **International journal of dentistry**. v.6, n.2, p.51-54, 2007.

ORENSTEIN. N. P., TAYLOR. T. A non surgical approach to treating aggressive inflammatory papillary hyperplasia: clinical report. **Journal of Prosthetic Dentistry**. v.111, n.4, p.264-268, 2014.

ORTEGA-CONCEPCION. D., CANO-DURAN. J. A., PENA-CARDELLES. J. F., PAREDES-RODRIGUEZ. V. M., GONZALEZ-SERRANO. J., LOPEZ-QUIELES. J. The application of diode laser in the treatment of oral soft tissues lesions. A literatura review. **Journal of clinical and experimental dentistry**. v.9, p.925-928, 2017.

OZA. N., DOSHI. J. J. Angular cheilitis: A clinical and microbial study. **Indian Journal of Dental Research**. v.28, n.6, p.661-665, 2017.

PAIVA. T. M. M. Lesões ulcerativas da cavidade oral e a importância do diagnóstico diferencial-estudo observacional. Dissertação (Medicina dentária). **Universidade Católica Portuguesa**, 2013.

PARANHOS, V. B., ROCHA, F. S., SIQUEIRA, A. L., CARVALHO, Q. A. Manifestações orais associadas ao uso de próteses totais. In.: **Anais da 4ª Semana do Servidor e 5ª Semana Acadêmica da Universidade Federal de Uberlândia-UFU** 2008.

PEDRON. I. G., CARNAVA. T. G., UTUMI. E. R., MOREIRA. L. A., JORGE. W. A. Hiperplasia fibrosa causada por prótese: remoção cirúrgica com laser Nd:YAP. **Revista de clínica e pesquisa odontológica**. v.3, n.1, p.51-56, 2007.

PEIXOTO, A. P. T., PEIXOTO, G. C., ALESSANDRETTI, R. Relação entre o uso de prótese removível e Úlcera traumática. **Journal of Oral Investigations**, v.4, n.1, p. 26-32, 2015.

PELTOLA, P., VEHKALAHTI, M.M., WUOLIJOKI-SAARISTO, K. Oral health and treatment needs of the long-term hospitalised elderly. **Gerodontology**, v.21, n.2, p.93-9, 2004.

PINHO. L. C. F., MUNIZ. S. K. C., MELO. I. T. S. Principais lesões orais ocasionadas pela má adaptação da prótese parcial removível e pela má higienização. **Caderno de ciências biológicas e da saúde**. v.1, p. 1-13, 2013.

RAO. Y., DSOUZA. M., PORWAL. A., YADAV. P., KUMAR. S., AGGARWAL. A. Clinical and histopathological changes in palatal mucosa following two treatment modalities in patients wearing maxillary complete dentures with suction cup. **Contemporary Clinical Dentistry**. v.5, n.2, p.150–154, 2014.

RIBEIRO. A. B., ARAÚJO. C. B., SILVA. L. E.V., FAZAN-JUNIOR. R., SALGADO. H. C., RIBEIRO. A. B., FORTES. C. V., BUENO. F. L., OLIVEIRA. V. C., PARANHOS. H. F. O., WATANABE. E., SILVA-LOVATO. C. H. Hygiene protocols for the treatment of denture-related stomatitis: local and systemic parameters analysis - a randomized, double-blind trial protocol. **Trials**. v.20, 2019.

RIZENTAL.P. C. C., SEGATO. A. V. K., SCHUNKA. C. N. M. M., SOUZA. P. H. C., COUTO. S. A. B. Prevalence of angular cheilitis in hospitalized elderly patients. **South brazilian dentistry journal**. v.15, n.2, p.93-100, 2018.

SAMIMI. M. Chéilitis orientation diagnostique et traitement. **Pathologie buccale**.v.45, n.2, p.240-50, 2016.

SANTOS. D. P. M., HIRAMATSU. J. M., FAVRETTO. C. O., SILVA. J. P. P. Inflammatory fibrous hyperplasia in oral mucosa: clinical case. **Revista Archives of health investigation**. v.10, n.2, p.292-295, 2021.

SHAHZAD M, SHERRY L, RAJENDRAN R, EDWARDS CA, COMBET E, RAMAGE G. Utilising polyphenols for the clinical management of Candida albicans biofilms. **International journal of antimicrobial agentes**. v.44, n.3, p.269-73,2014.

SILVA. E. M. M., BARÃO. V. A. R., SANTOS. D. M., DELBEN. J. A., RIBEIRO. A. C. P., GALLO. A. K. G. Principais alterações e doenças bucais que acometem o paciente geriátrico-revisão de literatura. **Odonto**. v.19, n.37, p.39-47, 2011.

SILVA. L. P., LEITE. R. B., SOBRAL. A. P. V., ARRUDA. J. A., OLIVEIRA. L. V., NORONHA. M. S., KATO. C. O., MESQUITA. R. A., SCHUCH. L. F., GOMES. A. P. N., VASCONCELOS. A. C. U., SOUZA. L. B. Oral and maxiofacial lesions diagnosed in older people of a Brazilian population: a multicentric study. **Journal of the American Geriatrics Society**. v.65, p.1586-1590, 2017.

SILVA. M. E. S., VILLAÇA. E. L., MAGALHÃES. C. S., FERREIRA. E. F. Impact of tooth loss in quality of life. **Revista Ciência e saúde Coletiva**, 2008.

SLADE. G. D., AKINKUGBE. A. A., SANDERS. A. E. Projections of U.S. Edentulism prevalence following 5 decades of decline. **Journal off Dental Research**. v.93, p.959-65, 2014.

SOARES. D. G. S., OLIVEIRA. C. B., PAULO. M. Q., CARVALHO., PADILHA. W. W. N. Avaliação clínica e microbiológica do tratamento da estomatite protética com tintura Schinuster ebinthifolius Raddi (Aroeira). **Pesquisa Brasileira Odontopediatria clínica integrada**. v.10, n.3, p.365-370, 2010.

SOUZA JÚNIOR. A. M., SOARES. J. F., RODRIGUES NETO. S. C., SIMÕES. A. P. G., OLIVEIRA FILHO. A. A. **Perspective of the use of punica granatum and plantago major in treatment of traumatic ulcer**. **Archives of health investigation**. v.8, n.11, p.740-745,2019.

SOUZA. R. F., KHIYANI. M. F., CHAVES. C. A. L., FEINE. J., BARBEAU. J., FUENTES. R., BORIE. E., CRIZOSTOMO. L. C., SILVA-LOVATO. C. H., ROMPRE. P., EMAMI. E. Improving practice guidelines for the treatment of denture-related erythematous stomatitis: a study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 18, n.1, p.211, 2017.

TAHERI. A., MANSOORI. P., SANDOVAL. L. F., FEUDMAN. S. R., PIRCE. D., WILLIFORD. P. M. Electrosurgery: part I. basics and principles. **Journal of the American academy of dermatology**. v.70, n.4, p.:591, 2014.

TEIXEIRA. D. S. Efeito da aplicação tópica de clorexindina, iodopovidona e eritromicina no reparo de úlceras traumáticas em ventre lingual de ratos. Análise clínica histológica e microbiológica [dissertação]. **Porto Alegre: Faculdade de odontologia da pontifícia, universidade católica do Rio Grande do Sul**, 2017.

TRINDADE. M. G. F., OLIVEIRA. M. C., PRADO. J. P., SANTANA. L. L. P. Lesões associadas a má adaptação e má higienização da prótese total. **Id online Revista multidisciplinar e de psicologia**. v.12, n.42, p.956-968, 2018.

VALLE. L. A., KARAM. P. S. B. H., REZENDE. M. L. R., RAGGHIANI. M. S., DAMANTE. C. A. Low-level laser in traumatic ulcers and angular cheilitis treatments: case report. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**. v.71., n.1, p.30-4, 2017.