

CONTROLE E TERAPIA DA ESTOMATITE PROTÉTICA: Revisão de Literatura

Heli Geraldo Silveira Júnior ¹

Tânia de Freitas Borges ²

RESUMO

Comparada as demais lesões da cavidade bucal, a prevalência de lesões causadas por próteses dentárias removíveis é alta, sendo a estomatite protética a de maior prevalência. A estomatite protética consiste em uma lesão de etiologia multifatorial de aspecto clínico pontilhado vermelho localizado em uma área determinada da mucosa, apresentando os aspectos eritematosos uniformes e difusos. O objetivo deste trabalho é informar o cirurgião-dentista quanto aos cuidados necessários ao paciente após a instalação da prótese. Por meio de revisão de literatura, este estudo apresenta a orientação da higienização tanto química quanto mecânica e do uso da prótese com intuito de ajudar na prevenção e/ou tratamento da estomatite protética. Após a confecção de uma prótese muco suportada o paciente deve ser orientado quanto ao uso e higienização, fazendo higienização mecânica com escova de cerdas não muito dura associada com dentífrico de baixa abrasividade ou sabão neutro, imersão noturna da prótese com solução de hipoclorito de sódio 0,5% pelo menos duas vezes por semana e fazer a sua remoção noturna todos os dias para melhor irrigação dos tecidos e sempre acompanhando paciente com retornos periódicos com intervalos de um ano.

Palavras-chaves: Etiologia. Prevalência. Tratamento.

1 INTRODUÇÃO

¹ Graduando em Odontologia pela Faculdade Patos de Minas. Rua Conego Getulio, 1135. Patos de Minas. Pokjunior@hotmail.com

² Doutora em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora da área de prótese da Faculdade Patos de Minas.

A inversão da pirâmide populacional é uma realidade em todo mundo. De acordo com o *U.S. Census Bureau* a população mundial com mais de 60 anos cresceu 22,0% nos últimos 10 anos. A necessidade de prótese total aumenta de 10%, no grupo de 20-24 anos, para 20%, na faixa de 30-34, e atinge 80% entre 60-64 anos. No grupo de pessoas com mais de 75 anos, o índice quase atinge a totalidade (98%) (SENSO BUCAL - MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL, 2003). A crescente demanda de usuários de próteses totais faz-se pensar nos cuidados diários e manutenção destas próteses (FELTON *et al.*, 2011).

De acordo com a literatura, comparada as demais lesões da cavidade bucal, a prevalência de lesões causadas por próteses dentárias removíveis é alta, sendo a estomatite protética a de maior prevalência, acometendo mais pacientes do sexo feminino e a faixa etária de 30 a 49 anos de idade (MACIEL *et al.*, 2008). As bases das próteses são confeccionadas em resina acrílica, a qual apresenta rugosidades em sua superfície proporcionando assim uma maior aderência de fungos e bactérias tornando um grande facilitador da estomatite protética (BOMFIM *et al.*, 2008).

A ocorrência de estomatite protética é multifatorial, dependendo de fatores locais como condições de higiene bucal e protéticas, permeabilidade da resina acrílica, trauma, pH da cavidade bucal, uso ininterrupto, idade da prótese, tempo de edentulismo prolongado e xerostomia, além de fatores sistêmicos como o diabetes, alteração renal, deficiência nutricional, idade e outros (OLIVEIRA *et al.*, 2000; CASTRO *et al.*, 2006; SALERNO *et al.*, 2011).

A estomatite protética é caracterizada pelo aspecto clínico eritematoso difuso ou pontilhado e localizado na região da mucosa oral do palato coberta pela prótese (OLIVEIRA *et al.*, 2000; CASTRO *et al.*, 2006; FELTON *et al.*, 2011). Quanto aos achados histológicos, observa-se denso infiltrado intra-epitelial de células inflamatórias e quantidade considerável de agregados de células inflamatórias no tecido conjuntivo abaixo do epitélio, além do aumento da proliferação de capilares na área de estomatite protética (VIRTANEM, MARKINEM, OKALA 1977). Apesar desta lesão tecidual não ocasionar danos sérios ao paciente, a mucosa inflamada torna-se um suporte deficiente para prótese, podendo dificultar sua utilização (SCALERCIO *et al.* 2007). Mediante o exposto, o conhecimento do controle e terapia da estomatite protética é de extrema importância na prática clínica. Este artigo objetivou, por meio de revisão de literatura, informar o cirurgião-dentista quanto à orientação do uso da prótese, higienização mecânica e química das próteses e terapia antifúngica,

podendo auxiliar no controle e tomada de decisão no tratamento da estomatite protética.

2 ORIENTAÇÃO QUANTO AO USO DAS PRÓTESES

O índice de lesões inflamatórias é alto em pacientes que não fazem a devida higienização (Figura 1a) ou mesmo em usuários de próteses mal confeccionadas ou mal adaptadas (CASTRO *et al.*, 2006). As próteses mal adaptadas podem ocasionar trauma na mucosa, que associada à higienização precária e presença de *Candida* (Figura 1b) predispõe ao aparecimento de lesões inflamatórias (SILVA *et al* 2011).

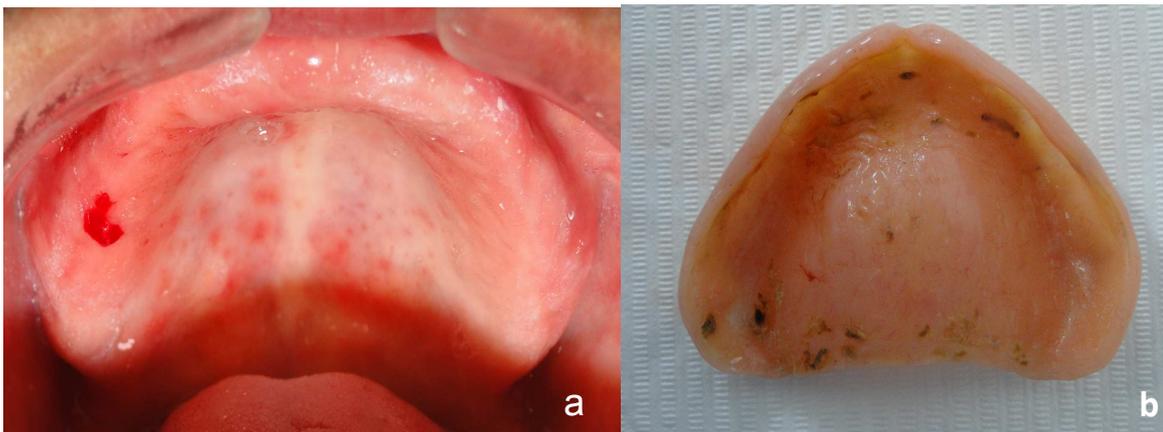


Figura 1 - (a) Lesão de estomatite protética; (b) Prótese mal higienizada

O íntimo contato da base da prótese com a mucosa bucal impede a sua auto limpeza e massagem, gerando um local propício para proliferação de fungos (FIGUEIRAL *et al* 2006). O uso prolongado da prótese mucoso suportada causa degeneração das glândulas salivares, com conseqüente redução do fluxo salivar. A xerostomia facilita o acúmulo de placa microbiana, o que favorece a proliferação fúngica devido à queda do pH na cavidade bucal (CASTRO *et al.*, 2006). A orientação de remoção noturna da prótese não somente é importante para auxílio da

higienização por imersão em solução química, como também permite melhor irrigação dos tecidos (SESMA *et al.*, 2005).

A higienização da prótese é de total responsabilidade do paciente. No entanto, após a confecção da prótese, cabe ao cirurgião dentista o dever de orientar e motivar o paciente quanto ao uso e limpeza da prótese, além de ter adequado acompanhamento do paciente (SESMA *et al.*, 2005; CASTRO *et al.*, 2006; FERNANDES *et al.*, 2011).

3 HIGIENIZAÇÃO MECÂNICA DAS PRÓTESES

A limpeza mecânica por meio da escovação é o método mais prevalente de higienização das próteses (MARCHINI *et al.*, 2004; PERACINI *et al.*, 2010). Porém, a grande maioria dos usuários de próteses mucosa suportada faz apenas a higienização mecânica por meio de escova de dente associada ou não ao creme dental (MARCHINI *et al.*, 2004; SESMA *et al.*, 2005; PERACINI *et al.*, 2010).

O método mecânico, por meio de escovação, deve ser recomendado para a remoção de *Candida ssp.* em superfícies de resina acrílica (PARANHOS *et al.*, 2009), sendo considerado de fácil execução e baixo custo (SESMA *et al.*, 2005; PERACINI *et al.*, 2010). No entanto, para a remoção de bactérias e fungos da superfície da prótese esse método isoladamente não tem eficácia (SESMA *et al.*, 2005), além da desvantagem em ser ineficiente para pacientes que possuem coordenação motora desfavorável, dificultando desta forma a realização correta da técnica de higienização (FERNANDES *et al.*, 2011). Para pacientes com deficiência de coordenação motora, que dificulte a pega no cabo de uma escova de dente, existem alternativas que aumentam o volume do cabo (Figura 2a) de forma a facilitar e permitir que esses indivíduos façam a higienização de suas próteses (Figura 2b) de forma independente e eficiente (PINELLI *et al.*, 1998).

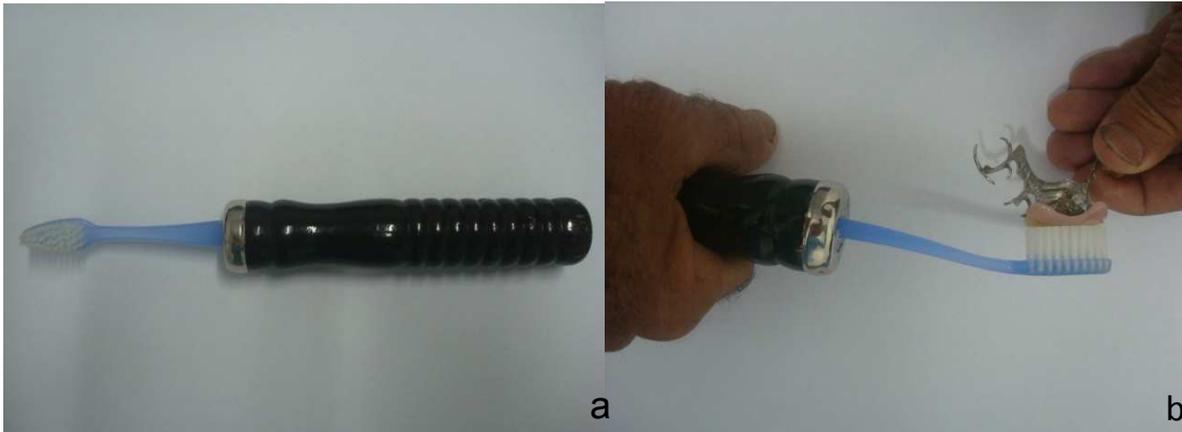


Figura 2 – (a) Modificação do cabo da escova; (b) Paciente com deficiência da coordenação motora higienizando a prótese

No momento da orientação ao paciente quanto à higienização mecânica, além da observação da condição motora do paciente alguns cuidados devem ser observados, pois a escovação da prótese com a técnica inadequada pode causar desgaste da resina acrílica devido à abrasividade do creme dental e/ou utilização de escovas de cerdas duras (PERACINI *et al.*, 2010). Em pesquisa realizada por HEATH, DAVENPORT, JONES (1983), a escovação apenas com água ou sabão não produziu desgaste detectável. O creme dental Crest apresentou maior abrasividade, enquanto o creme dental Dentu-Creme apresentou mínima abrasividade. O creme dental Dentu-Creme comercializado para uso em próteses apresentou resultados semelhantes nos estudos realizados por Freitas, Paranhos (2006) e Freitas-Pontes, Silva-Lovato, Paranhos (2009), os quais observaram maior abrasividade com o uso do creme dental Colgate, concluindo que os cremes dentais específicos para próteses tendem a causar menos danos às resinas acrílicas. Por este motivo, para a higienização mecânica, alguns autores (CATÃO *et al.*, 2007; SHIGLI, 2009) indicam o uso de escova macia e sabão neutro ou cremes dentais de baixa abrasividade em detrimento dos cremes dentais abrasivos.

4 HIGIENIZAÇÃO QUÍMICA DAS PRÓTESES

O método químico por imersão das próteses em soluções higienizadoras devem ser combinado com a escovação para controlar o crescimento da *Candida ssp.* de forma mais eficaz (PARANHOS *et al.*, 2009). Os produtos químicos para limpeza de prótese também facilitam a higienização e a remoção de microorganismos da base da prótese de pacientes com falta de coordenação motora ou acamados (SESMA *et al.* 2005), porém esse método isoladamente não tem grande eficácia sendo necessário a associação com o método mecânico por meio de escovação (VIEIRA *et al.*, 2010).

Há vários tipos de higienizadores químicos no mercado nacional e internacional, sendo que diversos trabalhos compararam a eficácia dos mesmos (Tabela 1). O hipoclorito de sódio demonstrou ter sua eficácia maior contra o biofilme presente nas bases das próteses (CATÃO *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2008; FERREIRA *et al.*, 2009; VIEIRA *et al.*, 2010; ANTO JOSÉ *et al.*, 2010; FERNANDES *et al.*, 2011). A imersão noturna em hipoclorito de sódio é uma técnica de fácil execução e pode ser um método muito eficaz, mas a grande maioria dos pacientes não possui uma devida orientação de higienização e não fazem sua imersão (PERACINI *et al.* 2010). O hipoclorito de sódio em baixa concentração (0,5%) demonstrou ser eficaz e com resultados melhores que outros higienizadores químicos (FERREIRA *et al.*, 2009; VIEIRA *et al.*, 2010; FERNANDES *et al.*, 2011). No entanto, não existe consenso entre os autores quanto ao protocolo para o uso do hipoclorito de sódio.

Alguns pacientes podem ser usuários de próteses totais e próteses parciais removíveis. No momento da indicação de soluções químicas para imersão e desinfecção das próteses, devem-se orientar os usuários de próteses parciais removíveis sobre a diferença do método de imersão em solução em decorrência da presença da liga metálica em cromo cobalto (Co-Cr). Em estudo realizado por FELIPUCCI *et al.* (2011), as soluções Periogard (digluconato de clorexidina 0,12%), Cepacol (cloreto de cetilpiridínio 0,5 mg), Corega Tabs (perborato de sódio e enzima), Polident (perborato de sódio e enzima), Medical Interporous (ácido cítrico) e hipoclorito de sódio 0,05% foram testadas em duas ligas de Co-Cr (DeguDent e VeraPDI), simulando a imersão de acordo com a indicação dos fabricantes por um período de 180 dias, sendo observado pontos de corrosão na liga em decorrência da oxidação das superfícies ocasionadas apenas pelas soluções de hipoclorito de sódio e Medical Interporous.

Tabela 1 – Comparação em diferentes trabalhos da eficácia dos higienizadores químicos na remoção do biofilme sobre a base das próteses.

Autores	Higienizadores Químicos	Conclusão
Catão <i>et al.</i> (2007) – (in vivo)	Hipoclorito de sódio a 2,25% - 15mL de hipoclorito com 200mL de água (imersão por 10 minutos)	O hipoclorito de sódio a 2,25% obteve maior eficácia na remoção do biofilme; sendo que nenhum dos métodos químicos isolados conseguiu eliminar todo o biofilme das superfícies das próteses. Recomendações: Diariamente - realizar corretamente a higienização mecânica das próteses. A cada 4 dias – fazer imersão da prótese total em solução de 15 mL de hipoclorito de sódio em 200 mL de água durante 10 minutos
	Perborato de sódio (Corega Tabs) – 1 comprimido com 100mL de água morna (imersão por 5 minutos)	
	Digluconato de clorexidina a 2% - 100mL de solução (imersão por 15 minutos)	
Silva <i>et al.</i> (2008) – (in vitro)	Hipoclorito de sódio a 1% - imersão por 10 minutos	O hipoclorito de sódio a 1%, glutaraldeído a 2%, Clorexidina 2%, vinagre 100% e perborato de sódio 3,8% são alternativas válidas para a desinfecção de acrílico resina. O hipoclorito de sódio a 1% apresentou maior atividade antimicrobiana.
	Digluconato de clorexidina a 2% - imersão por 10 minutos	
	Glutaraldeído a 2% - imersão por 10 minutos	
	Vinagre 100% - imersão por 10 minutos	
	Perborato de sódio (Corega Tabs) – imersão por 10 minutos	
	Perborato de sódio a 3,8% (manipulado) – imersão por 10 minutos	
Ferreira <i>et al.</i> (2009) – (in vitro)	Peróxido Alcalino (Polident) – imersão por 3 minutos (de acordo com o fabricante)	O hipoclorito de sódio a 0,5% foi o único agente químico capaz de reduzir a adesão de <i>Candida</i> spp. em todos os materiais testados.
	Peróxido Alcalino (Efferdent) – imersão por 15 minutos (de acordo com o fabricante)	
	Hipoclorito de sódio a 0,5% - imersão por 10 minutos	
	Água destilada (controle) – imersão por 15 minutos	
Vieira <i>et al.</i> (2010) – (in vitro)	Peróxido Alcalino (Polident) – imersão por 3 minutos (de acordo com o fabricante)	Os peróxidos alcalinos não foram eficazes na remoção do biofilme de <i>Candida</i> spp. das superfícies das bases das prótese e a recolonização do biofilme não foi impedido. O hipoclorito de sódio a 0,5%, considerado agente fungicida, foi o único tratamento eficaz contra <i>Candida</i> spp. Recomendação: - A imersão em hipoclorito de sódio não deve ser realizada diariamente, principalmente em próteses parciais removíveis, devido ao seu potencial corrosivo da armação metálica.
	Peróxido Alcalino (Efferdent) – imersão por 15 minutos (de acordo com o fabricante)	
	Hipoclorito de sódio a 0,5% - imersão por 10 minutos	
	Água destilada (controle) – imersão por 15 minutos	

Tabela 1 – Comparação em diferentes trabalhos da eficácia dos higienizadores químicos na remoção do biofilme sobre a base das próteses (continuação...).

Autores	Higienizadores Químicos	Conclusão
Anto José <i>et al.</i> (2010) – (in vitro)	Perborato de sódio, EDTA (Boots Smile denture cleanser) – imersão por 15 minutos	Dentural foi o higienizador de prótese mais eficaz, com redução da biomassa superior a 90% após 20 minutos. Todos os higienizadores foram considerados eficazes contra a <i>Candida albicans</i> . Recomendação: - Associar a técnica mecânica de escovação, pois apesar da eficácia dos higienizadores a retenção de biofilme residual foi observada nas próteses.
	Biocarboneto de sódio, EDTA (Medical Interporous) – imersão por 15 minutos	
	Tetraacetileno diamina, peróxido de carbonato de sódio (Steradent) – imersão por 10 minutos	
	Hipoclorito de sódio a 1,5%, Hidróxido de sódio 1,7% (Dentural) – imersão por 20 minutos	
Fernandes <i>et al.</i> (2011) – (in vitro)	Peróxido Alcalino (Polident) – imersão por 3 minutos (de acordo com o fabricante)	Os higienizadores de prótese avaliados foram capazes de reduzir os níveis de biofilme de <i>Candida</i> em ambas as resinas estudadas, porém o hipoclorito de sódio a 0,5% foi o único agente eficaz.
	Perborato de sódio (Corega Tabs) – imersão por 5 minutos (de acordo com o fabricante)	
	Hipoclorito de sódio a 0,5% - imersão por 10 minutos	
	Água destilada (controle) – imersão por 10 minutos	

5 TERAPIA ANTIFÚNGICA

A área de suporte das bases das próteses totais quando em situações favoráveis possuem um número reduzido de leveduras. Contrariamente em indivíduos com estomatite protética, as superfícies internas das suas próteses possuem um grande número de *Cândida albicans* (KOOPMANS, KIPPUW, GRAAFF, 1988). Pacientes que possuem alterações imunológicas, doenças sub-clínicas, fazem uso de fármacos sistêmicos, deficiências nutricionais e idosos, principalmente do sexo feminino, são mais suscetíveis à estomatite protética associada à candidíase (SCALERCIO *et al.*, 2007).

No mercado nacional possui vários tipos de antifúngicos para combate da estomatite protética associada a candidíase, a anfotericina B possui grande atividade fungistática (JORGENSEN, HOLMSTRUP, KROGH, 1988), Porém, com novas descobertas dos azóis um grande avanço foi dado a terapia antimicótica, eles são considerados menos tóxicos que a anfotericina B tendo um largo espectro de atividades fungistática podendo ainda alguns deles serem administrados via oral

para exercer ação sistêmica (BATISTA, BIRMAN, CURY, 1999). A solução ciclodextrina nova de itraconazol tem sido usada com sucesso em pacientes com AIDS que não respondem a itraconazol cápsula. Porém o itraconazol cápsula tem demonstrado ser muito eficaz no combate da cândida oral em pacientes imunocomprometidos (CROSS, *et al.* 2000). O cetoconazol comprimido uso oral tem demonstrado sua ação fungistática para 100% das cepas, tendo também o miconazol gel 2% com a mesma ação para as mesmas cepas, porém o cetoconazol apresenta a função fungicida (BATISTA, BIRMAN, CURY, 1999).

Como pode ser observado há vários tipos de medicamentos no mercado para o combate destas lesões inflamatórias, mas nos dias de hoje o miconazol 2% está sendo um dos mais indicados pelo fato de se apresentar na forma de gel, assim a própria prótese do paciente serve como uma espécie de moldeira possibilitando um tempo maior em contato com a mucosa (SCALERCIO *et al.*, 2007). No entanto, a estomatite protética associada à candidíase é de difícil tratamento podendo haver recidivas após o tratamento, nesse caso é necessário a indicação de fármacos sistêmicos como fluconazol, cetoconazol e a nistatina, já o itraconazol tem uma certa indicação para pacientes imunocomprometidos (SCALERCIO *et al.*, 2007; HADJIEVA; DIMOVA; TODOROV, 2006; CROSS *et al.* 2000) (Tabela 2).

Tabela 2 – Apresentação dos anti-fúngicos indicados para a candidíase oral, bem como sua prescrição.

Autor	Medicamento	Indicação	Prescrição
SCALERCIO <i>et al.</i> (2007)	Miconazol Gel 2%	Candidíase Oral	Uso tópico, aplicações diárias de 2 a 3 vezes por dia durante uma a duas semanas
	Cetoconazol Comprimido 200mg	Candidíase Oral	Dose única diária durante as refeições por um período de 14 dias
	Fluconazol Cápsula 100mg	Candidíase Orofaringeana	Dose de ataque 400mg primeiro dia e doses diárias de 100mg durante uma a duas semanas
FAVANO <i>et al.</i> (2010)	Nistatina Suspensão Oral	Candidíase Oral	Bochecho mantendo na boca por algum tempo antes de ser engolido 4 vezes por dia durante 7 dias.
CROSS <i>et al.</i> (2000)	Itraconazol cápsula 100mg	Candidíase Orofaringeana	Dose única diária durante 15 dias

6 CONCLUSÃO

Dentro dos limites deste estudo, conclui-se que o índice de lesões fibrosas inflamatórias principalmente a estomatite protética é alto em pacientes que não fazem a devida higienização de suas próteses. Já os métodos de limpeza tanto mecânico quanto químico são de grande importância para evitar aparecimento de lesões inflamatórias. Após a confecção de uma prótese muco suportada o paciente deve ser orientado quanto ao uso e higienização, fazendo higienização mecânica com escova de cerdas não muito dura associada com dentífrico de baixa abrasividade ou sabão neutro, imersão noturna da prótese com solução de hipoclorito de sódio 0,5% pelo menos duas vezes por semana e fazer a sua remoção noturna todos os dias para melhor irrigação dos tecidos e sempre acompanhando paciente com retornos periódicos com intervalos de um ano.

ABSTRACT

Compared to other lesions of the oral cavity, the prevalence of injuries is high removable dentures, denture stomatitis is the most prevalent. Denture stomatitis is a lesion of multifactorial etiology of clinical dotted red located in a particular area of the mucosa, presenting aspects uniform and diffuse erythematous. The objective of this work is to inform the dentist and the patient care required after installation of the prosthesis. Through literature review, this study shows the orientation of both chemical and mechanical cleaning and the use of the prosthesis in order to help prevent and / or treatment of prosthetic stomatitis. After making a prosthesis supported mucus the patient should be instructed as to the use and cleaning, doing mechanical cleaning brush bristles very hard not associated with low abrasive toothpaste or soap, soaking night of the prosthesis with a solution of sodium hypochlorite 0 5% at least twice a week and make its removal night every day for better irrigation of the tissues and returns always following patient with periodic intervals of one year.

Keywords: Etiology. Prevalence. Treatment.

REFERÊNCIAS

- ANTO JOSE *et al.* Reducing the Incidence of Denture Stomatitis: Are Denture Cleansers Sufficient ?. **Journal Of Prosthodontics** **19**, Sauchiehal, p. 252-257. 2010.
- BATISTA, Jessica Moreira; BIRMAN, Esther Goldenberg; CURY, Arlete Emily. Suscetibilidade a antifúngicos de cepas de *Candida albicans* isoladas de pacientes com estomatite protética. **Revista Odontológica Universidade São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. , p.343-348, 1999.
- BOMFIM, Isabelita Pessoa Rafael *et al.* Prevalência de lesões da mucosa bucal em pacientes portadores de prótese dentaria. **Pesq Brás Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, n. , p.117-121, 2008.
- CASTRO, Alvimar Lima de *et al.* Estomatite protética induzida pelo mau uso de prótese total: caso clinico. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 27, n., p.87-90, 2006.
- CATÃO, Carmem Dolores de Sá *et al.* Eficiência de substâncias químicas na remoção do biofilme em próteses totais. **Revista de Odontologia da Unesp**, São Paulo, v. 36, n. 1, p.53-60, 2007.
- CROSS, L.j. *et al.* Serum itraconazole concentrations and clinical responses in *Candida*-associated denture stomatitis patients treated with itraconazole solution and itraconazole capsules. **Journal Of Antimicrobial Chemotherapy**, [s.l.], v. 45, n, p.95-99, 2000.
- FAVANO, Andréa *et al.* **Guia de Remédios 2010/2011**. 10. ed. São Paulo: Editora Escala, 2010. 1056 p
- FELIPUCCI, Daniela Nair Borges *et al.* Effect of Different Cleansers on the Surface of Removable Partial Denture. **Braz Dent J**, Ribeirão Preto, n. , p.392-397, 2011.
- FELTON, David *et al.* Evidence - Based Guidelines for the Care and Maintenance of Complete Dentures: A Publication of the American College of Prosthodontists. **Journal Of Prosthodontics** **20**, Brauer Hall, p. 01-12, 2011.

FERNANDES, Frederico Silva de Freitas *et al.* Efficacy of denture cleansers on candida *ssp*.biofilm formed on polyamide and polymethyl methacrylate resins. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, Rio Grande do Sul, v. 105, n, p.52-58, jan. 2011.

FERREIRA, Maria Áurea Feitosa *et al.* Efficacy of denture cleansers on denture liners contaminated with Candida species. **Clin Oral Invest**, Campinas Sp, n. , p.237-242, 2009.

FIGUEIRAL, Maria Helena et al. Influência da Saliva na Estomatite Protética. **Revista Portuguesa de Estomatologia: Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial**, [s.l.], v. 47, n. 4, p.197-202, 2006.

FREITAS-PONTES, Karina M.; SILVA-LOVATO, Claudia H.; PARANHOS, Helena F. O.. Mass Loss of Four Commercially Available Heat-Polymerized Acrylic Resins After Toothbrushing With Three Different Dentifrices. **Journal Of Applied Oral Science**, Ribeirão Preto, p. 116-121, 2009.

FREITAS, Karina Matthes de; PARANHOS, Helena de Freitas Oliveira;. Weight Loss of Five Commercially Available Denture Teeth After Toothbrushing With Three Different Dentifrices. **Journal Of Applied Oral Science**, Ribeirão Preto, p. 242-246. 8 ago. 2006.

HADJIEVA, Hrizdana; DIMOVA, Mariana; TODOROV, S.. STOMATITIS PROSTHETICA-A POLYETIOLOGIC DISORDER. **Journal Of Imab -: anual** , Sofia Bulagaria, p. 37-40. 12 fev. 2006.

HEATH JUNIOR,; JC, Davenport; PA, Jones. The Abrasion of Acrylic Resin by Cleaning Pastes. **Journal Of Oral Rehabil**, p. 159-175. 10 mar. 1983.

JORGENSEN, Ejvind Budtz; HOLMSTRUP, Palle; KROGH, Palle. Fluconazole in the Treatment of Candida-Associated Denture Stomatitis. **Antimicrobial Agents And Chemotherapy**, Dinamarca, p.1859-1863, dez. 1988.

KOOPMANS, A.s.f.; KIPPUW, N.; GRAAFF, J. de. Serum itraconazole concentrations and clinical responses in Candida-associated denture stomatitis patients treated with itraconazole solution and itraconazole capsules. **Journal Of Dental Research**, Amsterdam, v. 67, n. 9, p.1246-1250, 1988.

MACIEL, Shirley Suely Soares Veras et al. Prevalência das lesões de tecidos moles causadas por próteses removíveis nos pacientes da faculdade de odontologia de caruaru, PE, Brasil. **Pesq Brás Odontoped Clin Integr**, Caruaru, p.93-97, 2008.

MARCHINI, L. *et al.* Self-reported denture hygiene of a sample of edentulous attendees at a University dental clinic and the relationship to the condition of the oral tissues. *Gerodontology*, Vale do Paraiba, n. , p.226-228, 13 abr. 2004.

OLIVEIRA, Terezinha Rezende Carvalho de *et al.* Avaliação da estomatite protética em portadores de próteses totais. **Pesqui Odontol Bras**, [s.i.], v. 14, n. 3, p.219-224, 2000.

PARANHOS, Helena F. Oliveira *et al.* Effect of Three Methods for Cleaning Dentures on Biofilms Formed In Vitro on Acrylic Resin. **Journal Of Prosthodontics 18**, Ribeirão Preto, p. 427-431, 2009.

PERACINI, Amanda *et al.* Behaviors and Hygiene Habits of Complete Denture Wearere. **Braz Dent J**, Ribeirão Preto, SP, v. 21, n. 3, p.247-252, 2010.

SALERNO, Carmen *et al.* Candida-associated denture stomatitis. **Journal Section: Oral Medicine and Pathology**, [s.i.], v. 16, n. 2, p.139*-143, mar. 2011.

SCALERCIO, Michelle *et al.* Estomatite protética versus candidiase: diagnostico e tratamento. **Rgo**, Porto Alegre, v. 55, n. 4, p.395-398, 2007.

SESMA, Newton *et al.* Capacidade de remoção do biofilme por meio de um produto enzimático para higienização de bases protéticas. **Rpg Rev Pos Grad**, Tatuapé, n. , p.417-422, 2005.

SHIGLI, Kamal *et al.* Aftercare of the Complete Denture Patient. **Journal Of Prosthodontics 18**, Madhya Pradesh, p. 688-693, 2009.

SILVA, Francine Cristina da *et al.* Five Microbial Species and Effects on the Topographic Characteristics of Acrylic Resin. **Journal Of Prosthodontics 17**, São José Dos Campos, p. 627-633. 8 set. 2008.

SILVA, Heitor-fontes da *et al.* Denture-related oral mucosal lesions among farmers in a semi-arid.Northeastern Region of Brazil **Journal Section: Oral Medicine And Pathology**, [s.i.], v. 16, n. 6, p.740-744, mar. 2011.

VIEIRA, Ana Paula Coelho *et al.* Long-term efficacy of denture cleansers in preventing *Candida* spp.: biofilm recolonization on liner surface. **Braz Oral Res**, Piracicaba-sp, v. 3, n. 24, p.342-348, jul. 2010.

VIRTANEM, Kauko K.; MAKINEM, Kauko K.; OKSALA, Erkki. Activity of Arginine Aminopeptidases and Phosphatases in Inflamed Palatal Mucosa in Denture Stomatitis: A Histochemical and Biochemical Study. **Journal Of Dental Research**, Finland, p. 674-684. 1 jun. 1977.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelas bênçãos e proteção sempre.

Aos meus pais que, com muita dedicação, trabalho, carinho e apoio não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

A minha irmã Polianna pelo incentivo, mesmo estando distante.

A minha noiva Nadiane, pela amizade, incentivo, compreensão e paciência.

Os meus amigos e colegas de graduação, pelo convívio, apoio, compreensão e amizade.

A minha professora e orientadora Tânia de Freitas Borges pelo seu apoio e auxílio no amadurecimento dos meus conhecimentos e conceitos que me levaram a execução e conclusão deste artigo

Enfim, a todos que me incentivaram e apoiaram, meu muito obrigado!

Data de entrega do artigo: 03/11/2011