

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

LAURA LUIZA GONÇALVES

**PRINCIPAIS ALTERAÇÕES ORAIS OCASIONADAS
PELA MÁ HIGIENIZAÇÃO E MÁ ADAPTAÇÃO DE
PRÓTESE REMOVÍVEL**

**PATOS DE MINAS
2015**

LAURA LUIZA GONÇALVES

**PRINCIPAIS ALTERAÇÕES ORAIS OCACIONADAS
PELA MÁ HIGIENIZAÇÃO E MÁ ADAPTAÇÃO DE
PRÓTESE REMOVÍVEL**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Ms.Esp Lia Dietrich

**PATOS DE MINAS
2015**

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES ORAIS OCASIONADAS PELA MÁ HIGIENIZAÇÃO E MÁ ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE REMOVÍVEL

Laura Luiza Gonçalves*

Lia Dietrich**

RESUMO

A maioria das alterações orais poderia ser evitada com ajuste adequado da prótese e orientações ao paciente sobre a técnica correta de higienização da mesma. O objetivo desta revisão literária é relatar as principais alterações orais ocasionadas pela má adaptação e/ou higienização das próteses removíveis. A conscientização do paciente está muito associada a hábitos culturais que necessitam ser quebrados pelo Cirurgião dentista, com paciência e clareza do profissional ao explicar o porquê da necessidade de uma boa adaptação e higienização da prótese e os problemas que podem surgir se não realizados.

Palavras-chave: Prótese. Má-adaptação. Higienização. Lesões orais.

ABSTRACT

Most oral amendments could be avoided with proper fit of the prosthesis and the patient guidance on the proper technique of cleaning the same. The purpose of this literature review is to report major oral changes caused by poor adaptation and / or cleaning of removable dentures. The awareness of the patient is closely associated with cultural habits that need to be broken by the Surgeon dentist with patience and clarity of the professional to explain why the need for a good adaptation and cleaning of the prosthesis and the problems that can arise if unrealized.

Keywords: prosthesis . Bad adaptation. Cleaning. Oral lesions.

*Aluna do Curso de Odontologia. da Faculdade Patos de Minas (FPM). laura.goncalves@gmail.com.

**Professora de Prótese, Oclusão, Escultura e anatomia dental no curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas. Mestre em Reabilitação oral pela Universidade Federal de Uberlândia, Especialista em Prótese dentária pelo Conselho Federal de Odontologia. lia_dietrich@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

1.1 Tema e Delimitação do tema

Nos dias atuais, cada dia mais pessoas estão preocupadas em reestabelecer as funções mastigatórias e principalmente a estética, seja por meio de próteses fixas ou móveis.

A maior necessidade de próteses dentárias pode estar associada ao aumento da expectativa de vida. Em adição, as limitações funcionais e qualitativas das pessoas idosas, representam uma tendência para a ocorrência de lesões orais⁽¹⁾.

Porém nem sempre essas próteses ficam bem adaptadas ou são bem higienizadas pelos pacientes. Na maioria das vezes essa má higienização ocorre pela falta de instrução do Cirurgião dentista ou ainda pela falta de interesse do paciente em cuidar. A maioria dessas lesões poderia ser evitada se o profissional ajustasse adequadamente a prótese e orientasse o paciente sobre a técnica correta de higienização da mesma⁽²⁾.

Além dos princípios técnicos envolvidos, no planejamento, execução clínica e laboratorial, é de extrema importância a orientação relativa à higienização e de controle de placa direcionado ao paciente portador de prótese⁽³⁾.

As PPRs não são indicadas para pacientes com problemas motores, déficit mental e/ou pobre higiene oral⁽⁴⁾. Quando mal adaptadas e unidas à falta de orientação do paciente, podem afetar de forma adversa o prognóstico final do tratamento. De acordo com a literatura, são inúmeras as lesões que podem aparecer em associação com próteses removíveis⁽²⁾.

1.2 Formulação do Problema e Hipóteses

Quais as lesões mais acometem os pacientes portadores de próteses removíveis?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Relatar as principais alterações orais ocasionadas pela má adaptação e/ou higienização das próteses removíveis.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Enfatizar aos profissionais da importância de uma boa adaptação das próteses removíveis
- Enfatizar aos profissionais a importância de orientar os pacientes sobre a higienização das próteses
- Descrever um tratamento ou modo de evitar essas lesões

1.4 Justificativa

Próteses mal higienizadas ou mal adaptadas ocasionam lesões nos tecidos moles. A maioria das próteses removíveis tem em sua composição resina acrílica e esta possui muitas porosidades o que favorece a colonização de microrganismos. Dentre esses está a *Candida albicans* que é um dos principais microrganismos presentes na boca⁽⁵⁾.

É importante orientar o paciente quanto a higienização da prótese para não ocasionar lesões como a candidíase, já que a cavidade oral é um meio de colonização e as próteses retém muito esses microrganismos⁽⁶⁾.

As hiperplasias são muito comuns em pacientes que usam prótese mal adaptadas, pois é causada por trauma⁽⁷⁾.

1.5 Metodologia

A metodologia utilizada foi a revisão literária e pesquisas foram realizadas em livros disponíveis na biblioteca da Faculdade Patos de Minas e artigos científicos obtidos nas fontes de pesquisa Bibliomed, SCIELO, publicações do Ministério da

Saúde. Os artigos e periódicos consultados foram selecionados por buscas utilizando descritores de acordo com o tema proposto.

2 PRÓTESES DENTÁRIAS

A estética, a fonética e o conforto do paciente são as principais motivações para a reabilitação com próteses dentárias. Portanto, o profissional deve se empenhar em cada etapa da confecção do aparelho protético, permitindo assim a manutenção da saúde bucal, mastigação apropriada, auxílio na deglutição e digestão, fala, aparência e bem estar psicológico⁽⁸⁾.

A qualidade da prótese é definida com relação a inúmeros fatores como a retenção, estabilidade da prótese, tamanho, dimensão vertical, oclusão e estética⁽⁸⁾. Ao planejar e confeccionar uma prótese, o Cirurgião dentista deve se preocupar com diversos fatores, dentre os quais a função da articulação têmporo-mandibular, a tonicidade da musculatura, saúde da mucosa, higiene oral e da prótese, tamanho e forma do rebordo alveolar, distribuição das forças mastigatórias, espaço intermaxilar, condições oclusais, adaptação e extensão da prótese, condições sistêmicas do paciente, defeitos das margens cervicais e presença de áreas pontiagudas⁽⁹⁾.



Fig. 1 Prótese removível

Fonte (8)

A confecção de próteses em pacientes idosos exige um maior critério quanto a adaptação, especialmente pelas características bucais e sistêmicas peculiares nesse grupo de pacientes, tais como: rebordo alveolar reduzido, mucosa menos resiliente e tecido muscular em degeneração. Soma-se ainda a diminuição da

secreção salivar, que pode causar dor ou sensação de queimação bucal, dificultando a deglutição, a fala e a mastigação em pacientes senis. Outras características como diminuição do paladar, aderência da língua na base da prótese e falta de retenção da mesma podem colaborar com o desenvolvimento de lesões na cavidade oral⁽¹⁰⁾.

3 ALTERAÇÕES ORAIS

3.1 Lesões Oraís

As lesões orais associadas ao uso de próteses mal adaptada ou ainda de uma inadequada orientação do paciente pelo Cirurgião dentista são frequentemente observadas na prática odontológica. Além disso, a frequência e a intensidade dessas alterações nos tecidos moles aumenta com o tempo em que o paciente vem usando a prótese dentária^(11,12).

O êxito do tratamento com prótese parcial removível está condicionado em grande parte a cuidados que permitem adaptação do paciente ao seu uso. A mucosa oral, exposta a constantes agressões, está sujeita a uma série de lesões e, havendo falhas nos procedimentos de adaptação das próteses, podem criar situações de injúria, de dor ou de desconforto, que tornam difícil ou que chegam mesmo a impedir a adaptação do paciente ao seu uso, determinando o fracasso do tratamento proposto⁽¹³⁾.

Lesões provocadas por próteses podem ser divididas em agudas e crônicas. As lesões agudas são mais frequentes quando as próteses são novas, mal ajustadas e a forças oclusais mal distribuídas, resultando em isquemia, irritação nos tecidos bucais, e até mesmo ulceração e dor. As lesões crônicas resultam da alteração gradual do tecido de apoio, principalmente quando a prótese encontra-se desadaptada, promovendo alterações dos tecidos pela fricção exercida⁽¹⁴⁾.

Próteses removíveis podem afetar de forma adversa os usuários, seja em consequência da má adaptação e/ou falta de orientação do paciente quanto a utilização, manutenção e higienização desses aparelhos. De acordo com a literatura, são inúmeras as lesões que podem aparecer em associação com próteses removíveis, sendo as candidoses, hiperplasias e úlceras traumáticas, as mais frequentes⁽¹⁵⁾.

De acordo com um estudo, a prevalência de lesões na mucosa oral é mais alta em indivíduos que usam próteses quando estes são comparados a pacientes que não utilizam. Com relação ao tipo de prótese foi observada maior frequência em usuários de próteses totais removíveis que em usuários de próteses parciais. Tal fato pode estar relacionado à área recoberta pela prótese que é maior em próteses totais que em parciais. Além disso, este estudo verificou que havia uma prevalência significativa de lesões na maxila (94,7%) em relação à mandíbula (52%)⁽¹⁶⁾.

Em outro estudo foi observada uma maior prevalência dessas lesões em mulheres, entretanto, os autores destacaram que tal resultado se deve ao fato de que mulheres usam as próteses por longos períodos, por motivos estéticos⁽¹⁷⁾. Por outro lado, outros autores em estudo anterior sugeriram que a atrofia da mucosa oral pós menopausa pode favorecer o desenvolvimento de lesões bucais. Outros estudos semelhantes também relataram maior ocorrência de lesões em mulheres, representados por prevalências de 84,1%, 74% e 78,6%⁽¹⁸⁾.

As lesões orais associadas ao uso de próteses removíveis envolvem mais frequentemente a maxila em relação à mandíbula, especialmente pela maior cobertura dos tecidos promovida por aparelhos superiores do que inferiores, resultando em maior acúmulo de placa bacteriana e restos alimentares⁽¹⁵⁾.

De forma geral, a senilidade favorece o aparecimento de lesões bucais, especialmente quando da utilização de próteses removíveis. Alguns autores relataram uma faixa etária entre 65-74 anos, na Alemanha⁽¹⁹⁾ e, na amostra de outros autores, os pacientes tinham em média 65 anos⁽¹⁶⁾. Um dado interessante foi apresentado por outros autores, que relataram uma maior prevalência dessas lesões em adultos entre 30 a 49 anos de idade, independente do gênero, devido ao uso de próteses removíveis⁽²⁰⁾.

3.1.2 Candidíase

A candidíase, também denominada estomatite por dentadura, é uma condição caracterizada por vários graus de eritema localizados na mucosa estando esta em contato direto com as bordas de uma prótese removível⁽²¹⁾.

A prevalência de candidíase oral é alta em idosos usuários de prótese total e pode estar associada a doenças sistêmicas, deficiências nutricionais, medicamentos, mudanças na quantidade e na qualidade da saliva e má higiene

oral⁽²²⁾. Tais fatores, juntamente com o uso de prótese dentária, podem facilitar as mudanças na microbiota oral e propiciar o desenvolvimento de infecção por cândida⁽¹⁶⁾. De acordo com um estudo realizado por alguns autores, a candidíase associada ao uso de próteses dentárias é uma doença comum em 65% dos usuários⁽²³⁾. Todos esses fatores reforçam a necessidade de treinamento dos estudantes de odontologia, quanto a orientação de utilização e higienização das próteses removíveis, especialmente em pacientes idosos.

A *Cândida albicans* é um fungo que faz parte do ecossistema bucal, mas não de uma forma patogênica. Este tipo de cândida tem capacidade de se aderir às células normais, apresentando a capacidade de produzir enzimas proteolíticas e queratolíticas, assim tendo maior facilidade ao penetrar na mucosa⁽²⁴⁾. É uma doença infecciosa comum na cavidade bucal, presente na flora normal de 50% da população, sendo uma lesão frequente na mucosa palatina, sob próteses totais ou parciais, apresentando-se inicialmente como pontos hemorrágicos, evoluindo para um eritema associado com edema⁽²⁵⁾.



Fig. 2 Candidíase

Fonte (24)

A cândida é facilmente diagnosticada através de exame clínico pelas características patognômicas da lesão, mas pode ser verificada com a citologia

esfoliativa, que constitui um método rápido e confiável de diagnóstico; e quando na presença de uma infecção fúngica secundária ou outra alteração primária não diagnosticada clinicamente a biopsia pode ser benéfica⁽²⁶⁾.

3.1.2.1 Candidíase pseudomembranosa

A Candidíase pseudomembranosa é um tipo de lesão causada pela *Cândida* que apresenta um aspecto membranoso branco amarelado ou acinzentado. É também conhecida como sapinho, caracterizada pela presença de placas brancas aderentes na mucosa bucal, que lembram leite coalhado. As placas brancas são compostas por hifas emaranhadas, leveduras, células epiteliais descamadas e fragmentos de tecido necrótico. Estas placas podem ser removidas pela raspagem com um abaixador de língua ou pela fricção com uma compressa de gaze seca. A mucosa subjacente pode estar normal ou eritematosa⁽²⁴⁾.

A candidose pseudomembranosa pode ser iniciada, pela exposição do paciente a antibióticos de amplo espectro, ou por estar debilitado o sistema imunológico do paciente. Os sintomas, se estiverem todos presentes, usualmente são relativamente leves, e consistem em sensação de queimação da mucosa bucal ou gosto desagradável na boca, descrito variavelmente como amargo ou salgado⁽²⁵⁾.

Comumente são encontrados aumento da espessura de paracراتina na superfície da lesão e alongamento das papilas epiteliais. Caracteristicamente, pode ser observado um infiltrado inflamatório crônico de células inflamatórias no tecido conjuntivo logo abaixo do epitélio infectado. Frequentemente, pequenas coleções de neutrófilos são identificadas na camada de paracراتina e camada de célula espinhosa próximo aos microrganismos^(24,25).

3.1.2.2 Candidíase atrófica

Na candidíase atrófica, a superfície se apresenta irregular e brilhante, e em alguns casos ao se limpar a região acometida pela lesão podem-se encontrar úlceras apresentando sangramentos, porém não há placa bacteriana. A região afetada apresenta-se eritematosa⁽²⁴⁾.

A candidíase atrófica é considerada, atualmente, sinônima da condição mais conhecida como “estomatite causada por dentadura” – uma inflamação da área que

fica sob a dentadura, ocorrendo com frequência junto com a queilite angular. Aparentemente não há limite de idade, e alguns estudos revelam que as mulheres são mais predispostas que os homens^(9,13,24).

Em geral, o tratamento das candidoses, envolve o tratamento da mucosa, associado ao tratamento da prótese. O tratamento da mucosa depende do grau de infecção, caso não haja doença sistêmica subjacente, o tratamento tópico pode ser satisfatório. Já o tratamento da prótese consiste na limpeza da prótese com uma escova dura e sabão de coco, depois com dentífrico, e durante a noite a PPR é deixada em uma solução de bicarbonato de sódio⁽²⁵⁾.

3.1.3 Hiperplasia Fibrosa Inflamatória

A Hiperplasia Fibrosa Inflamatória (HFI) é uma lesão reativa da mucosa bucal cuja etiologia está associada, principalmente, ao uso de próteses total ou parcial mal adaptadas, próteses fraturadas ou usadas de maneira inadequada e outras formas de traumas⁽²¹⁾.



Fig. 3 Hiperplasia Fibrosa Inflamatória
Fonte (24)



Fig. 4 Hiperplasia Fibrosa Inflamatória
Fonte (24)

Os fatores etiológicos relacionados ao surgimento desta doença são vários e, dentre estes, o trauma constante e de baixa intensidade figura como o principal. Entretanto, a co-infecção por *Cândida*, má higienização, utilização prolongada da prótese, hipersensibilidade aos componentes da prótese, tabagismo, e condições sistêmicas relacionadas a idade, podem facilitar o desenvolvimento dessa lesão⁽²⁷⁾.

A etiopatogenia das hiperplasias fibro-epiteliais inflamatórias (HFI) pode estar associada à inserção de novas próteses mal adaptadas, com bordas cortantes, que

exercem pressão excessiva no sulco vestibular ou próximo a este⁽²⁸⁾. As hiperplasias inflamatórias também podem ser ocasionadas por próteses totais imediatas, em que a área de alívio na região cirúrgica aumenta rapidamente devido à cicatrização do alvéolo e a reabsorção óssea da crista alveolar, provocando a desadaptação da prótese⁽¹¹⁾.

A HFI é uma das lesões mais comuns da mucosa bucal representando uma resposta à irritação crônica de baixa intensidade, tendo como fator causal a prótese mal adaptada⁽²⁵⁾. Esta lesão que ocorre junto às bordas do aparelho muitas vezes são lesões iatrogênicas de responsabilidade do Cirurgião dentista (BONFIM et al., 2008).



Fig. 5 Massa tumoral
Fonte (24)



Fig. 6 Massa tumoral
Fonte (24)

A hiperplasia é constituída por massa tumoral de tecido conjuntivo fibroso, sendo causada por traumatismo da borda da prótese total ou prótese parcial removível com adaptação inadequada. Caracteriza-se clinicamente por pregas únicas ou múltiplas, de tecido hiperplásico no vestibulo alveolar, ocorrendo comumente adaptação com a borda da prótese⁽²⁸⁾. Esta lesão pode atingir dimensões variadas, podendo ainda estender-se por todo o rebordo, normalmente acomete a face vestibular da mucosa alveolar, mas pode ocorrer nas faces palatina ou lingual. Alguns autores acreditam que esta lesão possa ser um dos componentes da sensação de queimação, que o paciente portador de prótese total sente na boca⁽²⁹⁾.

O tratamento consiste na remoção cirúrgica. O fator irritativo deve ser revisado, e prótese mal adaptada deve ser corrigida ou confeccionada nova prótese para evitar a recorrência da lesão. O tratamento de escolha é a suspensão do

agente causal (prótese), com sua correção ou substituição e após a diminuição do componente inflamatório e do tamanho da lesão, esta deve ser removida cirurgicamente⁽²⁵⁾.

3.1.4 Aftas

Dentre as patologias decorrentes do uso de próteses dentárias uma das mais frequentes é a afta⁽³⁰⁾. Esta lesão encontrada na mucosa oral, sob próteses parciais removíveis ou próteses totais, é caracterizada basicamente por lesão ulcerativa⁽³¹⁾ e ocorre na área chapeável da prótese mal adaptada em pacientes, que constantemente traumatizam a mucosa, possui coloração avermelhada/aveludada, e o paciente, às vezes relata incômodo e pequeno ardor⁽³²⁾.



Fig. 7 Afta
Fonte (24)



Fig. 8 Afta
Fonte (24)

As principais causas da afta são problemas de saúde geral do indivíduo, (sistema imunológico debilitado), carência de vitamina B₁₂, reações alérgicas às bactérias bucais, doenças inflamatórias do sistema digestivo e até o estresse emocional e também problemas mecânicos como a porosidade da resina que forma a sela da prótese⁽³³⁾.

Esses fatores, associados aos traumas causados pelo uso das próteses e deficiência na higienização das mesmas, colaboram para que a mucosa subjacente a essas próteses fique susceptível à infecção por microorganismos como a *Cândida albicans*⁽³⁴⁾.

O tratamento da afta envolve a remoção dos fatores sistêmicos e locais, especialmente eliminação dos traumas e dos microorganismos da prótese. É

importante ressaltar que a confecção de próteses novas corretamente acrilizadas e ajustadas; controles periódicos, métodos eficientes de desinfecção e remoção noturna da prótese fazem parte de um conjunto de medidas visando um tratamento preventivo⁽³⁵⁾.

Quando a doença já está instalada, um tratamento curativo deve ser instituído, incluindo, avaliação e tratamento de doenças sistêmicas que debilitam o sistema imunológico além do ajuste da prótese. Estas lesões, geralmente quando removido a causa, desaparecem entre 1 a 2 semanas. Para alívio de dor e regressão da lesão em menor tempo a terapia com laser tem sido utilizada⁽³⁴⁾. Durante a fase de cicatrização tecidual, algumas medidas básicas podem contribuir para diminuir o sofrimento do paciente, como evitar alimentos ácidos ou muito condimentados e escovação suave evitando traumas secundários nas áreas⁽³⁶⁾.

3.1.5 Úlcera traumática

A úlcera traumática é facilmente diagnosticada pela história e características clínicas⁽³⁷⁾. Esta lesão acomete a mucosa bucal indistintamente quanto à área que se manifesta, de acordo com o trauma mecânico sofrido, podendo ser ocasionado por mordida da mucosa, próteses mal adaptadas, objetos pontiagudos, traumas ocasionados por escova dental, dentes com bordas aguçadas⁽²⁴⁾.

Alguns autores caracterizam a úlcera como uma lesão traumática, bem delimitada, extremamente dolorosa, que pode aparecer associada à hiperplasia fibrosa inflamatória. Seu aparecimento ocorre principalmente em próteses que não tenham sido adaptadas às condições do rebordo, por isso estão presentes geralmente nos sulcos vestibulares. Os traumatismos crônicos, a má adaptação da prótese e relações oclusais insatisfatórias, são alguns fatores predisponentes ao aparecimento de estomatites. Próteses com bordas sobre estendidas e oclusão não balanceada podem levar também ao surgimento de úlceras traumáticas⁽²⁵⁾. Elas podem ser de natureza aguda ou crônica, dependendo do tempo de duração e da sintomatologia apresentada⁽³²⁾.



Fig. 9 Úlcera traumática
Fonte (24)



Fig. 10 Úlcera traumática
Fonte (24)

Do ponto de vista morfológico, podem apresentar superfície sangrante, crostosa, eritematosa, esbranquiçada, com presença ou não de halo eritematoso periférico. A forma e a profundidade são variáveis, na dependência da causa, localização e do tempo de evolução. São, na maioria das vezes, solitárias, não havendo dificuldades maiores para se chegar ao correto diagnóstico⁽³⁸⁾.

No caso de úlceras crônicas de maior duração podem apresentar-se circulares ou ovaladas, com bordas mais elevadas e exsudato fibrinoso em seu centro, em virtude da manutenção do trauma por períodos mais longos, prejudicando a tentativa do organismo em repará-las⁽³⁹⁾.

O diagnóstico diferencial mais importante dessas úlceras crônicas se faz com carcinoma epidermóide, e se apresenta, na maioria absoluta dos casos, como úlcera solitária. A história de evolução e exame detalhado da lesão é, entretanto, suficiente para elucidação diagnóstica⁽³⁹⁾.

O tratamento é feito através do alívio das bordas cortantes e a suspensão provisória do uso da prótese, podendo também ser associado a antibióticos tópicos caso a etiologia seja relacionada à presença de bactérias⁽²⁵⁾.

3.1.6 Queratose friccional

A queratose friccional já recebeu inúmeras denominações. Em todas elas, o processo é análogo àquele que leva à formação de calosidades cutâneas. Os fatores locais mais comumente envolvidos incluem mastigação de tecidos da boca

(p.ex.: mucosa bucal ou lábios), próteses dentais mal encaixadas, restaurações mal adaptadas, e mastigação constante sobre bordos edêntulos. A irritação constante resulta em produção excessiva de queratina, com alteração subsequente na espessura e coloração oral⁽⁴⁰⁾.

A queratose friccional é uma lesão branca que aparece em áreas comumente traumatizadas, tal como a gengiva inserida em rebordos alveolares residuais, e relaciona-se de forma evidente com a ação irritativa repetida de agentes traumáticos como próteses dentárias; sua exclusão dentro de leucoplasia dá-se pelo desaparecimento da lesão ao remover o agente causal. Para evitar esse viés de observação, as queratoses friccionais devem ter seu diagnóstico clínico definitivo pela identificação e eliminação dos fatores etiológicos. No entanto, se a lesão persistir sem sinais de regressão por 2-4 semanas após a remoção do agente irritante, realizam-se a biópsia e o exame histopatológico, pois dessa forma se deve considerar que são leucoplasias⁽⁴¹⁾.

4 HIGIENIZAÇÃO DA PRÓTESE

Uma correta higienização oral e do aparelho protético, junto com o planejamento cuidadoso da prótese parcial removível (PPR), assim como consultas periódicas, promovem uma maior longevidade do tratamento protético realizado. O acúmulo de biofilme bacteriano sobre a resina que forma a sela da prótese pode levar, como consequência, à hiperplasia papilar inflamatória, estomatite protética e a candidíase crônica. No tratamento destas patologias, indica-se a limpeza e desinfecção da prótese, bem como orientação quanto a um método mais adequado de higienização da prótese. Considerando as dificuldades de higienização da prótese dentária, em razão de suas características anatômicas, bem como das microporosidades inerentes às resinas acrílicas, fica evidente que é imprescindível a limpeza diária e adequada das próteses para manutenção da saúde oral. Torna-se prioritário e essencial que o dentista oriente, ou melhor, conscientize seus pacientes da necessidade de higienizar a mucosa e a prótese adequadamente, para a

preservação da saúde oral e sistêmica dos mesmos, e para a manutenção de suas próteses⁽⁴²⁾.

4.1 Método mecânico

O método mecânico mais utilizado para higienização da prótese é a escovação com água e sabão ou dentífrico. Quando bem realizada, esta técnica tem demonstrado remoção de manchas artificiais. Na escovação deve-se utilizar escova apropriada e uma pasta pouco abrasiva, a fim de se evitar desgaste na resina acrílica⁽⁴³⁾. O uso de uma técnica de escovação inadequada associada a produtos altamente abrasivos leva ao desgaste das próteses, facilitando ainda mais o acúmulo de biofilme, além de promover desadaptação do aparelho protético.

4.2 Método químico

Dentre os métodos químicos, os peróxidos alcalinos são os agentes mais comercializados para higienização de próteses. São disponíveis em forma de pó ou tabletes que se transformam em soluções alcalinas de peróxido de hidrogênio quando dissolvidos em água. Os peróxidos não possuem o pH tão baixo quanto os ácidos e nem a alcalinidade dos hipocloritos. Eles são uma combinação química complexa de ingredientes ativos designados para atacar primariamente os constituintes orgânicos dos depósitos nas próteses. Geralmente estes produtos combinam detergentes alcalinos como o fosfato trissódico para reduzir a tensão superficial, e agentes liberadores de oxigênio, como o percarbonato ou o perborato de sódio. A efervescência criada pela liberação de oxigênio realiza uma limpeza mecânica na prótese, a presença de agentes oxidantes ajuda a remover manchas e possuem ação antimicrobiana. Podem ser utilizados tanto em próteses totais quanto em próteses parciais removíveis metálicas, pois não causam danos ao metal nem à resina acrílica do aparelho. Quando utilizados regularmente, desde o início de uso da prótese, parecem ser mais efetivos sobre o biofilme, manchas e cálculos dentais recém-formados quando a prótese é imersa por várias horas ou por toda a noite, pois estes produtos não são efetivos quando utilizados num período de 15 a 30 minutos^(43, 44,45).

4.3 Método combinado

O método combinado consiste na associação do uso de escova e dentífrico específicos para prótese e, concomitantemente, a imersão em soluções químicas. A vantagem deste método é proporcionar um meio efetivo de limpeza, uma vez que os agentes químicos têm atividade antimicrobiana superior se comparado ao método de limpeza manual. Apenas o uso de escova e pasta abrasiva não promove remoção dos microorganismos presentes na resina da prótese. Isto se deve às depressões e irregularidades presentes na resina, que favorecem a colonização por bactérias e leveduras, tornando mais difícil a remoção mecânica das mesmas^(41,44).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para alcançar o sucesso em um tratamento reabilitador protético é necessário estabelecer um plano de tratamento eficiente seguindo corretamente os passos de confecção e instalação das próteses.

O Cirurgião dentista deve ter conhecimento das funções orais que serão restabelecidas com a mesma, sendo assim, de extrema importância a realização de uma adequada avaliação clínica seguido de um apropriado planejamento para confecção e adaptação da prótese.

Realizar ajustes adequados, orientar e acompanhar o paciente são fatores essenciais no restabelecimento do conforto, da estética e da função do aparelho estomatognático. É de suma importância que o Cirurgião dentista oriente o seu paciente quanto ao uso e higienização das próteses instaladas e que marque sempre que necessário, retornos para controle.

A remoção das próteses na hora de dormir é outra orientação necessária ao paciente, ressaltando sempre a importância desse fato e nos retornos de acompanhamento deve-se cobrar a retirada da mesma.

A conscientização do paciente está muito associada a hábitos culturais que necessitam ser quebrados pelo Cirurgião dentista, como o fato de não haver necessidade de higienizar a boca quando não se tem mais dente ou a necessidade de escovar a prótese. Estes paradigmas só serão quebrados se houver paciência e clareza do profissional ao explicar o porquê dessa necessidade e os problemas que podem surgir se não realizados.

REFERÊNCIAS

- 1- Ribeiro MMP. Lesões Associadas ao Uso De Prótese Dentária: Prevenção e controle na Atenção Básica. (Contribuição ao estudo) [Dissertação de monografia]. Fortaleza, Escola De Saúde Pública Do Ceará, 2009.
- 2- Goiato M, Castelleoni L, Santos DM, Gennari-Filho H, Assunção WG. Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2005;5(1):85-90.
- 3- Leles CR, Melo M, Oliveira MMM. Avaliação clínica do efeito da prótese parcial removível sobre a condição dental e periodontal de desdentados parciais. *Robrac, Goiânia*. 1999; 8(2):14-18.
- 4- Todescan R, Silva EEB, Silva OJ. Atlas de prótese parcial removível. São Paulo: Santos, 2002.
- 5- Falcão A, Santos L, Sampaio N. Candidíase associada a próteses dentárias. *Sitientibus*.2004;(30):135-46.
- 6- Pinho LCF, Muniz SKC, Melo ITS. Principais Lesões Orais Ocasionalmente pela Má Adaptação da Prótese Parcial Removível e pela Má Higienização. *Caderno de Ciências Biológicas e da Saúde*. Boa Vista, 01, 2013.
- 7- Pedron, I., G., et al., Hiperplasia Fibrosa Causada Por Prótese: remoção cirúrgica com laser Nd: YAP, *Rev. Clín. Pesq. Odontol*. 2007 jan/abr;3(1):51-56
- 8- Baat C, Aken AAM, Mulder J, Kalk W. "Prosthetic condition" and patients' judgment of complete dentures. *J ProsthetDent* 1997;78:472-8.
- 9- Souza CP, Tamaki R. Implicações do uso da prótese total na geriatria. *Robrac*1996;6:29-31.
- 10- Goiato MC, Miessi AC, Fernandes AUR. Condições intra e extra orais dos pacientes geriátricos portadores de prótese total. *PCL* 2002;4:380-6.
- 11- Goiato MC, Castelioni L, Santos DM, Filho DM, Assunção HG. Lesões orais provocadas pelo uso de prótese removível. *Pesquisa Brasileira Clinica Integral, João Pessoa*, 2005;5(1):85-90.
- 12- Esteves RA, Igarashi AB, Conceição CAF, Celestino Júnior AF, Athayde AL. Prevalência das lesões bucais em usuários de próteses removíveis. *PCL* 2005; 7(36):147-53
- 13- Farias ABL, Cardoso AJO, Cardoso SO, Filho MGO. Lesões da mucosa oral em pacientes portadores de próteses dentárias: ilustrações clínica e abordagem preventiva. *Revista Odontol*– 2008, Ano16 (31):19-26.

- 14- Teles JACF. Lesões na cavidade oral associadas ao uso de prótese parcial removível. Porto; 2010. [Monografia] – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.
- 15- Bonana PRF, Borgesa SP, Haikala DS, Silveira MF, Martelli-Júniora H. Unsatisfactory oral and rehabilitation conditions dissociated from quality of life perception in institutionalized and community-dwelling elderly. *Rev. odonto ciênc.* 2008;23(2):115-119.
- 16- Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal lesions in denture wearers. *Gerodontology* 2010; 27: 26–32.
- 17- Turker SB, Sener ID, Koçak A, Yılmaz S, Ozkan YK. Factors triggering the oral mucosal lesions by complete dentures. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010; 51: 100–104.
- 18- Buchner A, Calderon S, Ramon, Y. Localized hyperplastic lesions of the gingiva: a clinicopathological study of 302 lesions. *J. Periodontol* 1977; 48: 101–4.
- 19- Mandali G, Sener ID, Turker SB, Ulgen H. Factors affecting the distribution and prevalence of oral mucosal lesions in complete denture wearers. *Gerodontology* 2009; 28: 97–103
- 20- Maciel SSSV, Souza RSV, Donato LMA, Albuquerque IGM, Donato LFA. Prevalência das lesões de tecidos moles causadas por próteses removíveis nos pacientes da Faculdade de Odontologia de caruaru, PE, Brasil. *PesqBrasOdontopedClin Integr.* 2008;8(1):93-7.
- 21- Caldeira JCM. Principais lesões de mucosa na cavidade bucal de idosos, em decorrência do uso de prótese. Minas Gerais; 2010. [Monografia] -. Faculdade de Odontologia da UFMG.
- 22- Araújo RR, Rezende AP, Araújo MB, Capistrano HM. Perfil da candidíase bucal em clínica estomatológica. *Arquivo Brasileiro de Odontologia* 2006; 26-31.
- 23- Webb BC, Thomas CJ, Willcox MDP, Harty DWS, Knox KW. Candida – associated denture stomatitis. Aetiology and management: A review. Factors influencing distribution of candida species in the oral cavity. *Australian Dental Journal* 1998;43:(1):45-50.
- 24- Boraks S. Diagnóstico bucal. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999; p 417.
- 25- Gonçalves, L. P. V.; Onofre, M. A ; Sposto, M. R. et al. Estudo clínico das lesões de mucosa provocadas pelo uso de próteses removíveis. *RBO, Rio de Janeiro,* 1995; 52(2):9-12.
- 26- Neville BW, Damm DD, Allen CM. Atlas colorido de Patologia Oral Clínica. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1999.

- 27- Paraguassú GM, Pimentel AP, Santos AR, Gurgel CAS, Sarmiento VA. Prevalência de lesões bucais associadas ao uso de próteses dentárias removíveis em um serviço de estomatologia. *Revista Cubana de Estomatol* 2011;48(3):268-276.
- 28- Gomes, DA. Estudo epidemiológico das hiperplasias fibrosas inflamatórias diagnosticadas microscopicamente no Laboratório de Anatomopatologia Bucal da UninCor durante os anos de 2000 a 2004. Minas Gerais. 2006. [Dissertação] Mestrado em Clínica Odontológica – Universidade Vale do Rio Verde, UNINCOR.
- 29- Neville, B. W. et al. *Patologia oral e maxilofacial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- 30- Arnaud RR. Prevalência de estomatite protética na clínica de Estomatologia da UFPB. João Pessoa; 2009. [Monografia] – Faculdade de Odontologia da UFPB
- 31- Zanetti, R. V.; Zanetti, A. L.; Laganá, D. C. et al. Estudo de 60 pacientes portadores de prótese parcial removível: avaliação clínica das lesões nas áreas de suporte da mucosa bucal. *RPG, São Paulo*, 1996;3(3):175-84.
- 32- Marccuci G.; Eshter GB. *Fundamentos de Odontologia e Estomatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2005.
- 33- Canger EM, Celenk P, Kayipmaz S. Denture-Related Hyperplasia: A Clinical Study of a Turkish Population Group. *Braz Dent J* 2009; 20(3): 243-248.
- 34- Sesma N, Morimoto S. Estomatite Protética: Etiologia, Tratamento e Aspectos Clínicos. *Journal of Biodentistry and Biomaterials– Universidade Ibirapuera.*; 2011;2:24-9.
- 35- França BHS, Souza AM. Prevalência de manifestações estomatológicas originárias do uso de próteses totais. *J Bras Clin Odontol Integ* 2003; 7(40):296-300.
- 36- Costa GBF, Castro JFL. Etiologia e tratamento da estomatite aftosa recorrente. Revisão de literatura. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2013; 4611
- 37- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral & maxillofacial*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- 38- Coelho CMP, Sousa YTCS, Daré AMZ. Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry. *Journal of Oral Rehabilitation* 2004; 31: 135–9.
- 39- Tuominen R. Oral health in relation to wearing removable dentures provided by dentists, denturists and laboratory technicians. *Journal of Oral Rehabilitation*.2003; 30: 743–8.
- 40- Márquez A, Castillo I, Fuentes J, Aguilar J, Fernández P. La leucoplasia oral. Su implicación como lesión precancerosa. *Av Odontoestomatol* 2008; 24(1):33-44.
- 41- Van der Waal I, Axéll T. Oral leukoplakia: a proposal for uniform reporting. *Oral Oncol* 2002; 38(6):521-6.

42- Catão CDS, Ramos INC, Silva Neto JM, Duarte SMO, Batista AUD, Dias AHM. Eficiência de substâncias químicas na remoção de biofilme em próteses totais. Rev Odontol UNESP 2007; 36(1):53-60.

43- Silva, RJ, Seixas, ZA. Materiais e métodos de higienização para próteses removíveis. Int J Dent2008; 7(2):125-132.

44- Sesma, N, Laganá DC, Gil C, Morimoto, S. Capacidade de remoção do biofilme por meio de um produto enzimático para higienização de bases protéticas. RPG rev. pos-grad 2005; 12(4): 417-422.

45- Kazuo SD, Ferreira UCS, Justo KD, Rye OE, Shigueyuki UE. Higienização em prótese parcial removível. Rev de Odont da Univ Cid de São Paulo. 20(2):168-174, 2008.

Data da entrega do artigo – 29/06/2015

Agradecimentos

Nenhuma batalha é vencida sozinha. No decorrer desta luta algumas pessoas estiveram ao meu lado e percorreram este caminho como verdadeiros soldados, estimulando que eu buscasse a minha vitória e conquistasse meu sonho.

Agradeço a Deus, pelo presente da vida e por ter me dado condições de lutar e alcançar os objetivos pretendidos.

Aos meus pais, Gaspar e Maria Aparecida, que não só neste momento, mas em toda minha vida estiveram comigo, me fornecendo apoio, carinho, compreensão e estímulo em todos os momentos. Por me darem a base para que eu chegasse até aqui e todo suporte para que nos momentos de cansaço e dúvida, eu retomasse a garra e a vontade de lutar. Esta conquista dedico a vocês, como troca pelas horas ausentes, pela compreensão, pelo beijo na despedida e o abraço no retorno, porque foram vocês o bálsamo de amor para todas as feridas desta caminhada.

Agradeço aos meus amigos e colegas pelos bons momentos. Juntos compartilhamos a mesma jornada, aprendemos a lutar, sobreviver, crescer, a crer na superação dos erros, e acreditar nos valores humanos... E agora, nos separamos para viver a busca de cada ideal sonhado, e, principalmente, a realização do que mais se esperou. O fim de uma história que mal começou.

A minha orientadora Lia Dietrich, por seus conhecimentos transmitidos, que me forneceram a base para a construção deste trabalho. A palavra que expressa admiração, respeito e carinho por você é AGRADECIMENTO. Quero agradecer pelos ensinamentos para a vida, pela dedicação, pelo desempenho, pelo profissionalismo, por ter sido realmente PROFESSORA.

Agradeço também aos demais professores que quando deveriam ser simplesmente professores foram mestres, que quando deveriam ser mestres, foram amigos e em sua amizade me compreenderam e me incentivaram a seguir meu caminho.

Agradecimento especial ao meu namorado Fábio, por todo apoio, suporte e companhia.

Obrigada a todos que contribuíram até aqui, prometo-lhes que este é só o começo.