

LESÕES BUCAIS PROVOCADAS PELO USO DE PRÓTESES REMOVÍVEIS

ORAL INJURIES CAUSED BY THE USAGE OF REMOVABLE PROSTHESIS

MARIANA TEIXEIRA BARBOSA¹, ORLANDO IZOLANI NETO², CARLOS ROBERTO TEIXEIRA RODRIGUES³, LARISSA BOM ROCCA LAPORT⁴, WILLIAN SIMÕES DE OLIVEIRA⁵, THAIS BASTOS DE SOUZA E OLIVEIRA⁶

1.Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra;2. Implantodontista. Mestrando em Radiologista CPO - Mandic. Professor do curso de Graduação em odontologia da Universidade Severino Sombra;3. Professor, Mestre pela SL Mandic, docente do curso de graduação em Odontologia da Universidade Severino Sombra;4. Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra. 5.Mestrando em Clínica Odontológica pela Universidade Federal Fluminense, Niterói RJ;6. Especialista em Radiologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora, MG.

*Rua Capitão Júlio Vieira, 44, Centro, Mendes, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 26700-000. maritbarbosa@hotmail.com

Recebido em 08/05/2017. Aceito para publicação em 24/05/2017

RESUMO

A prótese dentária visa substituir um ou mais dentes e/ou tecido de proteção e sustentação ausentes, reabilitando o equilíbrio neuromuscular do sistema estomatognático, possibilitando o desempenho e manutenção de suas funções, promovendo o bem-estar físico, mental e social. A mucosa oral está exposta ao desenvolvimento de diversas patologias, e muitas dessas podem estar relacionadas ao uso de próteses removíveis. Quando mal confeccionadas, adaptadas e/ou não higienizadas, além de elementos reabilitadores e de manutenção da saúde bucal, podem agir como agentes irritantes à cavidade bucal ocasionando lesões. Esta revisão de literatura teve como propósito verificar os principais tipos de lesões que acometem a cavidade oral, decorrente do uso de próteses removíveis mal adaptadas ou má higienizadas.

PALAVRAS-CHAVE: Próteses removíveis, manifestações bucais, lesões; iatrogenia.

ABSTRACT

The dental prosthesis (dentis) aims to replace one or more missing teeth and / or the protection and support tissue, rehabilitating the neuromuscular balance of the stomatognathic system, allowing the performance and maintenance of its functions, promoting physical, mental and social well-being.

The oral mucosa is exposed to the development of several pathologies, and many of these may be related to the usage of removable prosthesis. When poorly made, adapted and / or unhygienic, as well as rehabilitating and maintaining oral health, they can act as irritating agents to the oral cavity, causing lesions. This literature review aimed to verify the main types of lesions that affect the oral cavity, due to the use of poorly adapted or not well sanitized removable prosthesis.

KEYWORDS: Removable prosthesis, oral manifeston, lesions, iatrogenesis.

1. INTRODUÇÃO

A perda de dentes relaciona-se com a precariedade da saúde bucal, traumatismos, doenças como a cárie e a doença periodontal dentre outros fatores¹.

Prótese Dentária é a especialidade da Odontologia que tem como interesse a reabilitação oral de zonas desdentadas por meio de aparelhos artificiais. As próteses dentárias podem ser fixas na cavidade bucal ou removíveis. Estas podem ser parciais (próteses parciais removíveis – PPR) ou totais (próteses totais removíveis – PT)².

A falta de informação sobre a confecção, uso e manutenção das próteses ainda é um fator de preocupação entre os usuários destes tipos de aparelhos. As lesões causadas pela presença de microrganismos acumulados sobre as superfícies protéticas ocorrem graças à deficiência na higienização destas ou causadas por traumatismos gerados pela adaptação deficiente das mesmas³.

Ao planejar e confeccionar uma prótese, o dentista deve se preocupar com diversos fatores dentre os quais a função da articulação temporomandibular, a tonicidade da musculatura, saúde da mucosa oral, 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, presença de áreas pontiagudas⁴.

A mucosa oral, exposta a constantes agressões, está sujeita a uma série de lesões. Várias lesões da mucosa bucal são recorrentes de traumas acarretados pelo uso de próteses removíveis tais como⁵:

Estomatite protética:

A estomatite protética (EP) é a alteração que acomete a mucosa de suporte das próteses totais removíveis e que se caracteriza por hiperemia, edema, congestão,

acompanhado algumas vezes petéquias hemorrágicas, podendo a inflamação ser moderada ou intensa e raramente o processo é sintomático. A etiologia mostra-se extremamente variável sendo considerada de causa multifatorial. Pacientes portadores de próteses totais apresentam com frequência estas condições com a qual se associa determinando a chamada candidíase eritematosa que na literatura também podem ser encontradas com outras nomenclaturas: estomatite por dentadura, estomatite por cândida e candidíase atrófica crônica⁶.

A *Cândida albicans* tem a capacidade de se aderir à superfície da prótese, ou seja, ou acrílico. Isto porque o seu material de base tem sido considerado um agente desencadeador de reações tóxicas - químicas na mucosa bucal pela liberação de monômero residual⁶. A adesão é modulada por fatores do hospedeiro, como: saliva, pH e presença de bactérias no meio bucal.

Para o diagnóstico da estomatite protética associada à candidíase deve-se considerar os sinais clínicos, como: alteração de cor, textura da mucosa e sintomatologia; aliados aos exames laboratoriais para a sua confirmação⁷.

As localizações preferenciais das lesões são: a mucosa jugal, a orofaringe, o fundo-de-saco vestibular e as partes laterais do dorso lingual, ainda apontaram o palato como um dos locais mais frequentes relacionaram a mucosa bucal, o palato e a língua como os locais de predileção, e a gengiva e o assoalho bucal também deveriam ser considerados⁸ (Figura 1).

Quanto ao tratamento, é consenso na literatura que a suspensão do uso da prótese favorece a diminuição do componente inflamatório, precedendo a etapa final do tratamento pela correção cirúrgica de irregularidades anatômicas se necessário, e confecção de nova prótese⁹.



Figure 1. Estomatite Protética (Foto cedida por Carlos Roberto Teixeira Rodrigues).

O tratamento tradicional da estomatite protética consiste em orientação do paciente para correta higienização da prótese dentária e utilização de antifúngicos tópicos, como a Nistatina e o Miconazol, e antifúngicos sistêmicos, como a Anfotericina B e o Fluconazol. Porém, a administração frequente de doses relativamente elevadas, requeridas na terapia, pode ocasionar reações sistêmicas adversas e a recidiva é frequente⁸. Neste contexto surgem os agentes

fitoterápicos, que são uma alternativa terapêutica eficaz, de baixo custo e com efeitos colaterais diminuídos, sendo mais acessíveis à população¹⁰.

Queilite angular

A Queilite Angular é uma dermatose comum, caracterizada por inflamação, fissuração e maceração dos ângulos da boca. Ela possui alguns sinônimos como: perlèche, comissurite labial e boqueira. É uma doença de origem multifatorial, em cujo desenvolvimento vários fatores predisponentes podem desempenhar papel importante, podendo surgir pelo acúmulo de material salivar ou de ação irritante de medicamentos e dentífricos de prótese dentária, surgindo por perda de dimensão vertical¹¹ (Figuras 2 e 3).

A saliva tende a se acumular nestas áreas, retendo umidade e favorecendo uma infecção por leveduras. Estudos afirmam que 60% dos casos são devido à infecção por *Cândida albicans* associada ao *Staphylococcus áureos*. No tratamento da Queilite Angular é fundamental a correção dos fatores desencadeantes como, por exemplo, adequação de próteses dentárias (estabelecer uma correta dimensão vertical de oclusão), correção de deficiência nutricional, terapia da doença de base, assim como aplicação de antimicóticos e antibióticos tópicos por tempo prolongado. É de extrema importância também a profilaxia da Queilite Angular mantendo a higiene e desinfecção adequadas de próteses dentárias, fontes potenciais de contaminação, com isso evitando-se as recidivas¹².



Figure 2. Queilite Angular (Foto cedida por Carlos Roberto Teixeira Rodrigues)

O tratamento da Queilite Angular utilizando a terapia fotodinâmica evidenciou ausência de lesões clínicas e citológicas, reforçando fácil aplicabilidade, sem a presença de efeitos colaterais adversos, tornando-se um método alternativo de tratamento efetivo e recomendado. O processo é denominado terapia fotodinâmica antimicrobiana ou APDT (Antimicrobial Photodynamic Therapy). A APDT consiste na associação de um agente fotossensibilizador, como o azul de metileno, geralmente exógeno, administrado por via tópica, a uma fonte de luz visível, com o objetivo de provocar inativação microbiana. A APDT não deve ser considerada substituta de outros fármacos ou

terapêuticas convencionais, mas como uma nova modalidade de tratamento desinfecções localizadas e como tratamento complementar eficaz de infecções bucais, principalmente em casos de microrganismos resistentes¹³.



Figure 3. Queilite Angular (Foto cedida por Carlos Roberto Teixeira Rodrigues).

Hiperplasia fibrosa

Hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI) pode ser definida, como um aumento no número de células de um tecido em resposta a uma irritação crônica de baixa intensidade. Alguns sinônimos são epúlida fissurada, hiperplasia traumática e pólo fibro-epitelial. As lesões podem se localizar a margens das próteses, relacionadas com a irritação crônica causada por bordas das próteses mal adaptadas ou com sobre extensão, e por forças oblíquas resultantes de desajustes oclusais. Um tipo específico de HFI é a hiperplasia por câmara de sucção¹⁴ (Figura 4).



Figure 4. Câmara de sucção (Foto cedida por Carlos Roberto Teixeira Rodrigues).

A câmara de sucção consiste numa depressão confeccionada na área interna da dentadura superior, na porção central, em contato com a região mais alta da abóbada palatina, provocando uma pressão interna negativa e conferindo maior retenção e estabilidade à prótese. O uso das câmaras a vácuo foi banido porque, além de proporcionar uma retenção passageira, era prejudicial ao paciente, que passava a apresentar um crescimento anormal de fibromucosa palatina¹⁵.

Clinicamente na grande maioria dos casos está

localizada no centro de palato duro é de consistência firme e não apresenta sintomatologia dolorosa, podendo aparecer em qualquer idade, predominante em indivíduos que fazem uso de prótese total¹⁶.

Diferentes tratamentos são descritos: suspensão do uso da prótese, para diminuir a irritação no local, preenchimento gradual da câmara de sucção com cimento cirúrgico, pasta zinco eugenólica ou ainda guta percha¹⁷, o desgaste da lesão com utilização de motor de baixa rotação e pedra em forma de pera; crioterapia; a laser terapia¹⁸; bisturi elétrico e a remoção da lesão com bisturi convencional¹⁹ até mesmo confecção de uma nova prótese.

Úlcera traumática

A úlcera traumática é caracterizada pela formação de uma saliência que interfere na relação correta da prótese com a mucosa oral, tanto em aspectos funcionais, quanto na dicção; podendo aparecer também nos sulcos vestibulares. As lesões são geralmente se relacionam ao mal acabamento das próteses, aos pontos de contato inadequados (arestas, áreas sob estendidas, e também o mal polimento). A úlcera traumática, na grande maioria das vezes, é de fácil percepção, principalmente pela história positiva de trauma na mucosa bucal aferida durante a anamnese. Caso seja necessária uma intervenção cirúrgica para remoção do tecido saliente²⁰ (Figuras 5).



Figure 5. Úlcera traumática (foto cedida por Carlos Roberto Teixeira Rodrigues).

Para o tratamento sintomático da lesão, medicamentos analgésicos, deve-se corrigir ou substituir o aparelho protético que causou a lesão, seja na sua base, flancos ou na região dos dentes artificiais. Depois de corrigir a prótese, realizando um alívio nas zonas que estão provocando trauma, a úlcera deverá cicatrizar em duas semanas. Se tal fato não ocorrer, a lesão deve ser melhor investigada e uma biópsia incisional pode ser necessária, além do alívio das bordas cortantes, o tratamento das úlceras incluem a suspensão provisória do uso da prótese, podendo também ser associado a antibióticos tópicos. O uso da prótese deve ser interrompido até que a possível causa (arestas, áreas sobre-entendidas, inadequado polimento) seja removida²¹.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura. Os procedimentos foram realizados por meio de busca eletrônica de artigos indexados em bases de dados (SCIELO, LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), além do portal Google Acadêmico também utilizado como meio de busca de artigos específicos.

Para a busca foram inicialmente utilizadas as seguintes palavras-chaves: lesões causadas por próteses mal adaptadas, tratamento da hiperplasia fibrosa, estomatite protética causada pelo mal-uso de prótese total, entre outros. A amostra compreende as publicações de artigos indexados em periódicos, selecionados a partir de uma leitura prévia dos resumos anexados, com os seguintes critérios de inclusão: veículo de publicação-periódicos indexados, uma vez que são órgãos de maior divulgação e de fácil acesso para os pesquisadores; idioma de publicação-artigos.

3. DISCUSSÃO

A perda de dentes relaciona-se com a precariedade da saúde bucal entre outros fatores¹, devido a estas perdas dentárias necessita-se de uma reabilitação oral, podendo-se fazer o uso das próteses removíveis².

O cirurgião dentista deve se preocupar com diversos fatores para uma correta confecção^{3,4}, tendo em conjunto orientações ao paciente sobre uso e manutenção, para que evite-se constantes agressões em mucosa causando lesões orais⁵. Faz-se necessário consultas de acompanhamento para verificar a saúde bucal após a instalação de próteses. Muitos pacientes acreditam que seus problemas acabaram após as exodontias e que as lesões bucais são comuns que devem se acostumar.

A estomatite protética, é a alteração que acomete a mucosa de suporte das próteses totais removíveis, com inflamações moderadas ou intensas assintomáticas, sendo considerada uma causa multifatorial associada ao fungo *Candida*⁶, tendo afirmativa entre a literatura que a *Candida albicans* tem a capacidade de se aderir à superfície da prótese, ou seja, ao acrílico. Sendo uma adesão modulada por fatores do hospedeiro, como: saliva, pH e presença de bactérias no meio bucal. Tendo como sinais clínicos: alteração de cor, textura da mucosa e sintomatologia; aliados aos exames laboratoriais para a sua confirmação⁷. Aponta-se o palato como um dos locais mais frequente relacionaram a mucosa bucal, podendo-se também se manifestar em outras áreas de mucosa⁸. Vale ressaltar que a candidíase pode estar associada a baixa imunidade caindo a suspeita sobre outras doenças.

Sobre o tratamento, autores diz ser consenso na literatura que haja a suspensão do uso da prótese para diminuir a inflamação e concluindo-se o tratamento a correção cirúrgica de irregularidades anatômicas se necessário, e confecção de nova prótese⁹. Havendo controvérsias de que o tratamento tradicional seria a orientação ao paciente para correta higienização da

prótese dentária e utilização de antifúngicos tópicos e sistêmicos, sendo mais acessível ao paciente pelo baixo custo. Seu aparecimento pode-se então ser tanto em mucosa quanto em superfícies em acrílico. Tendo-se em vista na literatura que os métodos de tratamento apresentados são eficazes para a eliminação da estomatite protética¹⁰. Outra opção a ser considerada é o reembasamento da prótese, levando a um menor trauma a fibromucosa.

A queilite angular é caracterizada por inflamação, fissuração e maceração dos ângulos da boca e de origem multifuncional, podendo surgir pelo acúmulo de material salivar ou de ação irritante de medicamentos e dentífricos de prótese dentária, surgindo por perda de dimensão vertical¹¹. Tendo em vista também de queo acúmulo de saliva nestas áreas, retendo umidade e favorecendo uma infecção por *Candida albicans* associada ao *Staphylococcus aureus*.

No tratamento da queilite angular é fundamental a correção e adequação de próteses dentária (estabelecer uma correta dimensão vertical de oclusão), correção de deficiência nutricional, assim como aplicação de antimicóticos e antibióticos tópicos por tempo prolongado. É de extrema importância também a profilaxia da mantendo a higiene e desinfecção adequadas de próteses dentárias¹². Tendo diferentes opiniões entre autores de que pode-se ser feita terapia fotodinâmica que tratamento efetivo e recomendado. O processo consiste na associação de um agente fotossensibilizador, como o azul de metileno, geralmente exógeno, administrado por via tópica, a uma fonte de luz visível, como objetivo de provocar inativação microbiana.

O método fotossensibilizador é uma nova modalidade muito eficaz, sendo uma opção de tratamento, ainda não podendo ser um substituto dos fármacos convencionais¹³. Mesmo tendo vários tratamentos para a queilite angular não devemos esquecer de restabelecer a DVO (Dimensão Vertical de Oclusão).

Há uma concordância na literatura entre vários autores em que hiperplasia fibrosa é resposta a uma irritação crônica de baixa intensidade e clinicamente na grande maioria dos casos está localizada no centro de palato, pois a câmara de sucção eram confeccionadas rotineiramente no passado com a finalidade de proporcionar uma câmara de vácuo para maior retenção e estabilidade ao aparelho protético. A HPF acomete-se a outras regiões de palato^{14,15}.

Diferentes tratamentos são descritos na literatura, cada autor segue uma linha de tratamento como, suspensão do uso da prótese, preenchimento com cimento cirúrgico, pasta zinco eugenólica ou ainda guta percha^{16,17}, desgaste da lesão, crioterapia; a laser terapia¹⁸; bisturi elétrico e a remoção da lesão com bisturi convencional¹⁹ e até mesmo confecção de uma nova prótese. Chegando a um consenso de que mesmo tendo diferentes tipos de tratamento soluciona-se a lesão. Pode-se utilizar também o reembasamento e também o ajuste da borda da prótese, em certos casos

pode haver regressão da lesão.

Sendo a ulcera traumática de fácil percepção pois na maioria dos casos são acometidas pelo mal acabamento das próteses ponto de contato inadequados, formando assim um tecido saliente²⁰.

Em seu tratamento há uma unanimidade entre os autores visto na literatura de que seja prescrito o uso de analgésico para tratamento sintomático e correção ou substituição da prótese tendo o uso descontínuo até solução do problema, caso não seja solucionado fazer uso de antibiótico tóxico e fazer uma biopsia incisinal para melhor investigativa²¹.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que 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, orientando o seu paciente quanto ao uso e higienização das próteses, tornando-o um cooperador consciente. Consultas de controle do paciente com o Cirurgião Dentista são importantes, a fim de verificar possíveis alterações na prótese, e se há modificações na mucosa oral.

O uso de próteses mal confeccionadas, mal adaptadas ou em mal estado de conservação favorecem o surgimento de lesões bucais, o protocolo de confecção e entrega da prótese dentária ao paciente, havendo assim uma qualidade de trabalho que irá possibilitar a prevenção de tais complicações abordadas.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Paranhos VB, Rocha FS, Siqueira AL, Carvalho QA. 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.
- [2] Carli JP, Giaretta BM, Vieira RR, Linden MSS, Ghizoni JS, Pereira JR. Lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis. *Saluvista*. 2013; 32(1):103-115.
- [3] Brito AM, Veloso KMM. Lesões causadas por próteses totais mal adaptadas em pacientes idosos: relato de caso clínico. Disponível em: www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=189&idesp=37&ler=s. Acesso em 27 maio 2007.
- [4] Goito MC, Castelleoni L, Santos DM, Filho HG, Assunção WG. Lesões Orais Provocadas Pelo Uso de Próteses Removíveis. *Pesquisa Brasileira Odontopediatria Clínica Integrada João Pessoa*. 2005; 5(1):85-90.
- [5] Pinho LCF, Muniz SKC, Melo ITS. Principais lesões orais ocasionadas pela má adaptação da prótese parcial removível e pela má higienização. *Caderno de Ciências Biológicas e da Saúde*. 2013;(1)1-13.
- [6] Oliveira RC, Brum SC, Oliveira RS, Goyatá FR. Aspectos clínicos relacionados a estomatite protética. *International Journal of Dentistry*. 2007; 6 (2):51-54.
- [7] Scarlecio M, Valente T, Israel MS, Ramos ME. Estomatite protética versus candidíase: diagnóstico e tratamento. *Revista Gaúcha de Odontologia*. 2007; 55(4): 395-398.
- [8] Neto MM, Danesi CC, Unfe DT. Candidíase Bucal - Revisão de literatura. *Saúde*. 2005; 31 (1 - 2): 16-26.
- [9] Castro AL, Furese TA, Junior EGJ, Castro EFVL, Jardim PTC, Paro MLC. Estomatite protética induzida pelo mau uso de prótese total: caso clínico. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2006; 279(2):87-90.
- [10] Soares DGS, Oliveira CB, Paulo MQ, Carvalho, Padilha WWN. Avaliação Clínica e Microbiológica do Tratamento da Estomatite Protética com Tintura de *Schinuster ebinthifolius Raddi* (Aroeira). *Pesquisa Brasileira Odontopediatria Clínica Integrada, João Pessoa*. 2010; 10(3):365-370.
- [11] Almeida VGV, Melo GMS, Lima GA. Queilite angular: sinais, Sintomas e tratamento. *International Journal of Dentistry*. 2007; 6(2): 55-57.
- [12] Barbosa TPM, Santana TS, Junior RML, Batista JR, Silveira LF, Freitas AP. Lesões bucais associadas ao uso de prótese total. *Revista Saúde*. 2011; 7(2): 133-142.
- [13] Cadastro GA, Alegretti CE, Scabar LF, Barros FC, Armonia PL, Giovani EM. Terapia foto dinâmica no tratamento da queilite angular – Relato de caso. *Revista Institucional Ciência Saúde*. 2008;26(4):482-6.
- [14] Fariaso ABL, Cardoso AJO, Cardoso SO, Oliveira Filho MG, Cardoso MSO. Lesões da mucosa oral em pacientes portadores de próteses dentárias: ilustrações clínicas e abordagem preventiva. *Revista Odonto*. 2008; 16(31):19-26.
- [15] Ferreira KE, Rodrigues CRT. Prótese total mediata em paciente com lesão hiperplásica causada por câmara de sucção – Relato de caso. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR*. 2013-2014; 5(1):39-46.
- [16] Azenha MR, Handem RH. Tratamento Clínico de hiperplasia Palatina Causada por Câmara de Sucção. *Revista Portuguesa de Estomatologia Medicina Dentária Maxilofacial*. 2008;49(3):145-147.
- [17] Santos MESM, Costa WRM, Silva Neto JC. Terapêutica cirúrgica da hiperplasia fibrosa inflamatória - Relato de caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*. 2004; 4(4): 241 – 245.
- [18] Pedron GI, Carvana TG, Utumil LAM, Jorge WA. Hiperplasia fibrosa causada por prótese: remoção cirúrgica com laser. *Revista Clínica Pesquisa Odontologia*. 2007;3(1):51-56.
- [19] Carli JP, Bernabé DG, Kawata L, Moraes NP, Silva SO. Hiperplasia palatina por câmara de sucção tratada por meio da eletrocirurgia: Relato de dois casos clínicos. *RFO UPF*. 2006; 11(2):81-85.
- [20] Barbosa DB, Barão VAR, Assunção WG, Filho HG, Gaito MC. Instalação de prótese total: uma revisão de literatura. *Revista de Odontologia UNESP*. 2006;35(1):53-6.
- [21] Peixoto APT, Peixoto GC, Alessandrettic R. Relação entre o uso de prótese removível e úlcera traumática - Revisão de literatura. *Jornal Oral Invest*. 2015; 4(1):26-32.