



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

LUANA EDUARDA DE OLIVEIRA

**LESÕES DA MUCOSA ORAL ASSOCIADAS AO USO DE  
PRÓTESES: UMA SÉRIE DE CASOS**

LUANA EDUARDA DE OLIVEIRA

**LESÕES DA MUCOSA ORAL ASSOCIADAS AO USO DE  
PRÓTESES: UMA SÉRIE DE CASOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Fabio Ito

Londrina

2021

LUANA EDUARDA DE OLIVEIRA

**LESÕES DA MUCOSA ORAL ASSOCIADAS AO USO DE  
PRÓTESES: UMA SÉRIE DE CASOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Orientador Fabio Ito  
Universidade Estadual de Londrina

---

Prof.  
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus, por sua infinita bondade com a minha vida, por ter colocado esse sonho em meu coração, dado-me sabedoria e forças ao longo dessa caminhada.

À minha família, em especial meus pais, José e Dirce, por sempre terem apoiado as minhas escolhas, incentivado, confiado em mim e serem meu exemplo de vida.

Ao meu namorado, Guilherme, que esteve comigo desde o início da graduação. Obrigado pelo carinho, paciência e por todas as vezes que não me deixou desistir e foi meu porto seguro.

À minha irmã Bruna, meu cunhado Henrique e os meus sobrinhos, por estarem sempre presentes em todos os momentos da minha vida.

Ao orientador Prof. Dr. Fabio Ito, pelos seus ensinamentos e confiança depositada durante toda execução do trabalho e ao Prof. Dr. Heliton Gustavo de Lima, que compartilhou tantos conhecimentos ao longo dessa jornada, pela disponibilidade, paciência e por ter me feito crescer tanto em relação à área acadêmica.

Agradeço a todos os professores do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, que contribuíram de forma enriquecedora ao longo desses cinco anos, e me fizeram crescer como profissional.

Por fim, agradeço à minha amiga Bianca, que passou por diversos momentos comigo, nunca vou esquecer cada experiência vivida ao seu lado, elas sempre estarão guardadas em minha memória e em meu coração.

A todos mencionados serei eternamente grata.

“A Odontologia é uma profissão que exige dos que a ela se dedicam, o senso estético de um artista, a destreza manual de um cirurgião, os conhecimentos científicos de um médico e a paciência de um monge. É nobre a missão do cirurgião-dentista!”

(Papa Pio XII, 1946)

OLIVEIRA, Luana Eduarda. **Lesões da mucosa oral associadas ao uso de próteses:** uma série de casos. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

## **RESUMO**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a perda dentária como um problema social e de saúde pública. O edentulismo pode ser definido como a perda total ou parcial da dentição permanente e ocorre como consequência de vários efeitos deletérios que se sucedem durante a vida do indivíduo. Desta forma, a utilização de próteses dentárias, para o restabelecimento da função mastigatória, torna-se necessária. A falta de higienização e adaptação dessas próteses dentárias bem como outros fatores locais e sistêmicos podem contribuir para o aparecimento de lesões bucais como a estomatite protética, úlcera traumática, queilite angular e hiperplasias fibrosas.. Portanto, esse artigo tem como objetivo relatar uma série de 3 casos clínicos de lesões bucais associadas ao uso de prótese dentária, em pacientes idosos atendidos no ambulatório de Estomatologia da Clínica Odontológica da UEL. Os relatos apresentados são de pacientes do sexo feminino com a idade entre 54 e 66 anos que receberam diagnóstico e adequado tratamento para estomatite protética, queilite angular e hiperplasia fibrosa inflamatória. Portanto, esse trabalho realça a importância do cirurgião-dentista, na prevenção, diagnóstico e tratamento dessas prevalentes doenças bucais na odontologia.

**Palavras-chave:** Odontogeriatrics, Prótese dentária, Idoso, Doenças da boca.

OLIVEIRA, Luana Eduarda. **Oral Mucosa Lesion with of the use dentures:** a case series. 2021. Completion of Course Work (Undergraduate in Dentistry) – State University of Londrina, Londrina. 2021.

### **ABSTRACT**

The World Health Organization (WHO) recognizes tooth loss as a social and public health problem. The edentulism can be defined as total or partial loss of permanent dentition. It occurs as a consequence of several deleterious effects that take place throughout an individual's lifetime. Thus, the use of denture, for the restoration of masticatory function, is necessary. The poor hygiene and fit of these denture as well as other local and systemic factors may contribute for the appearance of buccal lesions, such as denture stomatitis, traumatic ulcers, angular cheilitis and fibrous hyperplasia. Therefore, this article aims to report a series of three clinical cases of oral mucosa lesions associated with the use of dental prosthesis, in elderly patients. The reported cases are of female patients aged between 54 and 66 years who were diagnosed and adequately treated for denture stomatitis, angular cheilitis and inflammatory fibrous hyperplasia. Therefore, this study highlights the importance of the dentist in the prevention, diagnosis and treatment of these oral diseases prevalent in dentistry.

**Key words:** Geriatric Dentistry, Dental Prosthesis, Aged, Mouth Diseases.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> .....	14
<b>Figura 2</b> .....	14
<b>Figura 3</b> .....	14
<b>Figura 4</b> .....	15
<b>Figura 5</b> .....	15

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>RELATO DE CASO.....</b>	<b>11</b>
	2.1 Relato de Caso 1 .....	12
	2.2 Relato de Caso 2 .....	12
	2.3 Relato de Caso 3 .....	12
<b>3</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>16</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>21</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A população mundial vem envelhecendo rapidamente em várias regiões do planeta, devido a diminuição da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida (KOWAL; GOODKING; HE, 2015). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu que pessoas com 60 anos ou mais são consideradas idosas nos países em desenvolvimento (WHO, 1984). Nos últimos 200 anos, pessoas em todos os países do mundo alcançaram um progresso impressionante relacionado à saúde, o que leva há um aumento na expectativa de vida. Globalmente a expectativa de vida aumentou para uma média de 73 anos em 2019 (ROSER; ORTIZ-OSPINA; RITCHIE, 2019).

A faixa etária dos idosos é a que mais utilizam próteses dentárias, com valores que chegam a 92,4% que possuem dos dentes perdidos (BRASIL, 2011). Durante o envelhecimento, ocorre uma diminuição da função protetora da mucosa oral, como a redução da proliferação do epitélio e da síntese de colágeno no tecido conjuntivo. Portanto, espera-se uma diminuição da regeneração tecidual, bem como menor resistências às lesões. As alterações na mucosa oral desses pacientes, podem ser explicadas pela interação de diversos fatores, como condição sistêmica, envelhecimento, alterações metabólicas, fatores nutricionais, uso de medicamentos, hábitos psicobiológicos, uso de próteses, consumo de álcool e tabaco (MELLO DOS SANTOS et al., 2010; JAINKITTIVONG; ANEKSUK; LANGLAIS, 2010; COELHO et al., 2010; BOF; DE FRANCA; MAKUMBUNDU, 2009). As principais lesões da mucosa oral associadas ao uso próteses são estomatite protética, queilite angular, hiperplasia fibrosa inflamatória e úlceras traumáticas. A presença de infecção por *candida*, má higiene oral, trauma mecânico, baixo pH salivar e redução da dimensão vertical de oclusão (DVO) tem sido associados com o desenvolvimento dessas lesões (JAINKITTIVONG; ANEKSUK; LANGLAIS, 2010; BRANTES et al., 2019).

A reabilitação oral não elimina a possibilidade do surgimento de novos problemas quanto aos elementos biológicos e protéticos envolvidos (GRAY et al., 2012). A manutenção da higiene adequada das próteses tem um papel fundamental na prevenção de lesões relacionadas ao seu uso (COLLIS; STAFFORD, 1994). É claramente um dever importante do dentista, à medida que o número de idosos estão aumentando, garantir que eles saibam cuidar adequadamente da higiene de suas próteses dentárias (KULAK-OZKAN; KAZAZOGLU; ARIKAN, 2002).

A exposição constante a vários agentes nocivos predispõe a mucosa oral á várias doenças bucais (SHULMAN; BEACH; RIVERA-HIDALGO, 2004). O uso inadequado das próteses deve ser considerado um fator importante que influencia a presença de lesões bucais (ESPINOZA et al., 2003). Assim, esse artigo relata uma série de 3 casos clínicos de lesões da mucosa oral associadas ao uso de próteses em pacientes idosos, bem como discute a etiopatogenia, prognóstico e tratamento atual dessas doenças.

## 2 RELATO DE CASO

### 2.1 Relato de Caso 1

Paciente do sexo feminino, 54 anos, encaminhada ao serviço de Estomatologia da Universidade Estadual de Londrina, com queixa de “dor na gengiva”. Seu histórico médico incluía esquizofrenia que atualmente estava sendo tratado com Clorpromaxina e Olanzapina. No exame físico extraoral, foi possível observar a presença de fissuras avermelhadas localizadas em comissura labial bilateralmente (Figura 1). No exame físico intraoral revelou um nódulo séssil localizado em fundo de vestíbulo superior do lado direito, de superfície lisa, com coloração semelhante à mucosa oral normal, ocasionalmente sintomático, medindo cerca de 3,5 cm de diâmetro (Figura 2). Observou-se também uma área eritematosa difusa, de superfície lisa e assintomáticas em palato duro e rebordo alveolar superior. Além disso, constatou-se um ressecamento da mucosa oral. De acordo com as características clínicas, o diagnóstico de queilite angular foi estabelecido para as lesões na comissura labial; estomatite protética para as lesões no palato duro e rebordo alveolar superior. A hipótese diagnóstica para o nódulo associado à borda da prótese superior foi de hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI). O tratamento proposto para a estomatite protética consistiu na utilização de antifúngico por sete dias, para o qual foi prescrito solução de suspensão oral de Nistatina de 100.000 UI/ml, recomendando-se ao paciente fazer bochechos com o medicamento três vezes ao dia e, em seguida, engoli-lo. Em relação ao nódulo séssil, o tratamento proposto foi a suspensão do uso da prótese total, sendo observada regressão total da lesão após 21 dias. Além disso, a paciente recebeu instruções sobre higiene oral e protética e foi incentivada a trocar as próteses.

### 2.2 Relato de Caso 2

Uma senhora de 59 anos procurou nosso serviço, queixando-se que “apareceu uma carne na boca”. Durante a anamnese, relatou estar em tratamento para depressão e fazia uso dos seguintes medicamentos: Clonazepam, Venlafaxina e Carbamazepina. A paciente era ex-fumante, havia parado de fumar há cerca de 10 anos e fazia uso de bebida alcoólica duas vezes por semana. No exame físico extraoral não foi possível observar nenhuma característica notável ou linfadenopatia. Ao exame físico intraoral, verificou-se um nódulo pediculado de coloração normocrômica, superfície irregular e borda com formas distintas, localizado na

região de fundo de vestibulo anterior da maxila. (Figura 3). A lesão era de consistência flácida e media cerca de 3 cm. Com base nessas características clínicas, a hipótese diagnóstica foi de HFI e foi realizada biópsia excisional sob anestesia local. O exame histopatológico revelou fragmento de mucosa revestido por epitélio escamoso estratificado paraqueratinizado, apresentando áreas de hiperplasia. Na submucosa havia tecido conjuntivo fibroso denso hiperplásico com infiltrado inflamatório crônico, confirmando o diagnóstico de HFI (Figura 4). Uma semana após a biópsia, foi observada uma ótima reparação do tecido. Ajustes foram realizados na prótese superior e instruções sobre a necessidade de substituição por novas próteses foram fornecidas.

### 2.3 Relato de Caso 3

Paciente do sexo feminino, 60 anos de idade, procurou o nosso serviço com a queixa principal de “sangramento na gengiva”. Durante a anamneses, paciente relatou ter deixado de usar a prótese devido ao desconforto e as dores que às causavam. Seu histórico médico incluía hipertensão e hipotireoidismo que atualmente estava sendo tratado com Espironolactona, Levotiroxina e Omeprazol. O exame físico extraoral não foi possível observar nenhuma anormalidade. O exame físico intraoral, revelou áreas com manchas eritematosas difusas, de superfície lisa e assintomáticas em palato duro e rebordo alveolar superior (Figura 5). Além disso, verificou-se uma higiene oral precária, com a presença de saburra lingual e halitose intensa.

Com base nos aspectos clínicos observados, o diagnóstico foi de estomatite protética. Assim, a paciente recebeu orientações sobre higiene oral e protética e foi orientada a retirar as próteses, principalmente durante o sono. A terapia instituída foi a suspensão oral de Nistatina de 100.000 UI/ml, com recomendações semelhantes ao caso 1. Após uma semana, houve regressão das lesões em palato duro e a higiene oral e protética melhorou significativamente. A paciente foi avisada da necessidade de substituição das próteses.



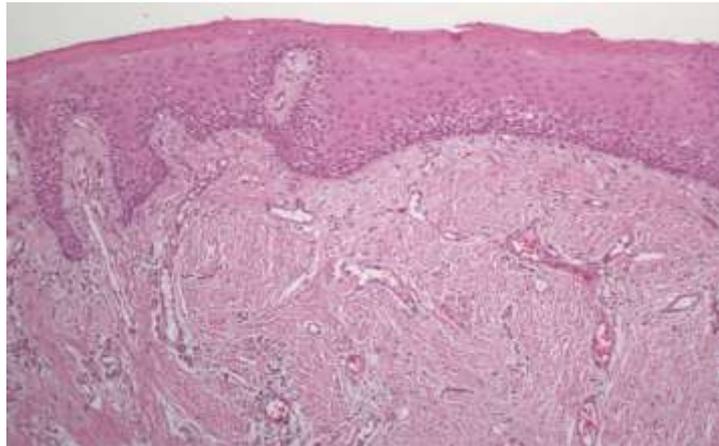
**Figura 1** – Aspecto clínico da queilite angular caracterizado por maceração, eritema e formação de crostas na comissura labial.



**Figura 2** – Discreto nódulo séssil na mucosa alveolar superior do lado direito de superfície lisa.



**Figura 3** – Múltiplos nódulos eritematosos, com superfície e formato irregulares localizado na região de fundo de vestibulo anterior da maxila.



**Figura 4** – Fotomicrografia de espécime de biópsia mostrando um fragmento de mucosa revestido por epitélio escamoso estratificado paraqueratinizado, com áreas de hiperplasia. E na submucosa, tecido conjuntivo fibroso denso hiperplásico apresentando um discreto infiltrado inflamatório crônico. (HE, 100x)



**Figura 5** – Áreas com manchas eritematosas difusas, de superfície lisa no palato duro e rebordo alveolar superior.

### 3 DISCUSSÃO

A má higiene das próteses dentárias associadas ao trauma atua como um fator predisponente ao aparecimento de lesões da mucosa oral e o seu desenvolvimento dependendo das condições de saúde do paciente (MANDALI et al., 2011). Nesta série de casos, todos os pacientes apresentavam lesões de mucosa oral associadas ao uso de prótese e eram do sexo feminino com idade de 54 a 60 anos. Sabe-se que as mulheres procuram mais o tratamento odontológico do que os homens, permitindo o diagnóstico de lesões, além de alterações hormonais na pós-menopausa que tornam a mucosa mais suscetível a reações hiperplásicas (COELHO; SOUSA; DARE, 2004).

A estomatite protética (EP) é uma doença inflamatória amplamente prevalente entre os usuários de próteses. Afeta principalmente a mucosa palatina e está fortemente associada à má higiene das próteses (GENDREAU; LOEWY, 2011). Vários fatores etiológicos contribuem para o desenvolvimento da estomatite protética, como os microrganismos *Candida sp.* e bactérias anaeróbias Gram-negativas; fluxo salivar inadequado e função das glândulas salivares; trauma de próteses mal ajustadas; higiene oral e protética deficientes; e resposta imune prejudicada secundária a condições sistêmicas. Certas cepas de *Candida*, especificamente *Candida Albicans* formadora de hifas, são mais comumente encontradas em infecções por *Candida* em pacientes com EP. Essas cepas virulentas são capazes de realizar a ligação epitelial, interrupção da integridade e invasão epitelial (SALERNO; PASCALE; CONTALDO, 2011; ALTARAWNEH et al., 2013).

A progressão da EP sem um tratamento adequado pode levar a uma infecção sistêmica, especialmente em pacientes imunocomprometidos (HADJIEVA; DIMOVA; TODOROV, 2006). A maioria das lesões orais vermelhas é de natureza inflamatória, mas algumas são potencialmente malignas, especialmente eritroplasia oral (MCNAMARA; KALMAR, 2019). Essa lesão tem alta probabilidade de apresentar sinais de displasia ou malignidade no momento do diagnóstico. Assim, a biópsia torna-se obrigatória em caso de dúvida. Outras lesões raras, que devem ser excluídas durante o diagnóstico, são: sarcoma de Kaposi, líquen plano erosivo e lúpus eritematoso discóide e sistêmico (SCULLY; PORTER, 2000; MAYMONE et al., 2019).

Estudos demonstram que muitos usuários de próteses tentam manter a higiene da mesma apenas escovando-as, como se estivesse escovando a dentição natural; no entanto, isso é inadequado para manter a higiene adequadas das próteses, e outros métodos, como o uso de soluções desinfetantes comerciais ou a imersão em hipoclorito de sódio diluído são

necessários como parte da manutenção diária e de rotina das próteses dentárias. Bem como, removê-la durante a noite (DIKBAS; KOKSAI; CALIKKOCAOGLU, 2006; GENDREAU; LOEWY, 2011) para dar repouso aos tecidos de sustentação (APRATIM et al., 2013). O hipoclorito de sódio 1%, foi aceito American Dental Association como agente de limpeza e desinfecção das próteses dentárias, suas vantagens incluem um amplo espectro antimicrobiano (FELTON et al., 2011). O óleo das sementes de *Ricinus communis* (mamona) possui propriedades detergentes, capaz de lesar a parede celular do fungo, levando ao extravasamento do citoplasma e conseqüentemente morte celular (BADARÓ et al., 2017).

A escovação mecânica com sabão neutro associada a desinfecção com hipoclorito de sódio ainda é uma das formas mais eficientes de realizar a higiene, devido á sua simplicidade, baixo custo e eficiência na remoção do biofilme; entretanto em idosos dependentes de terceiros, é aconselhável que a limpeza seja feita por um familiar ou um cuidador (BADARÓ et al., 2017). Com o objetivo de melhorar a higiene por meio da limpeza adequada das próteses, algumas recomendações são incluídas, como o uso regular e frequente de escovas macias, terapia antifúngica, enxaguatório bucal com atividade anticandida, incluindo triclosan, clorexidina e gluconato, além da higiene dos tecidos moles que estão em íntimo contato com as próteses (ROSSATO et al., 2011).

Nos casos aqui apresentados, todas as próteses se encontravam em condições de higiene insatisfatórias. Assim, instruções adequadas de higiene oral e protética foram fornecidas pelo dentista. Além disso, foi prescrito o uso de antifúngico por sete dias (solução de suspensão oral de Nistatina 100.000 UI/ml). Após uma semana foi possível observar regressão das lesões em palato e melhora significativa da higiene oral e protética. Os pacientes também foram orientados sobre a necessidade de remover as próteses durante o sono e a substituí-las por novas. Brantes et al. (2019) demonstraram que o hábito do uso noturno das próteses é considerado um fator de risco independente para o desenvolvimento de lesões na mucosa oral. Assim como, descobriram que o uso prolongado da mesma prótese e o biofilme tem relação estatisticamente significativa com as lesões orais.

Outra doença relatada em nossos casos é a queilite angular. Clinicamente, é uma condição frequentemente caracterizada por eritema, fissuras e descamação, na comissura labial e pele adjacente, seja em uma comissura ou em ambas (CABRAS et al., 2019). A queilite angular geralmente está relacionada a um ou mais fatores, incluindo: agentes infecciosos (*Staphylococcus aureus*, *Streptococci* e *Candida*), doenças dermatológicas, deficiência nutricional, imunodeficiência, hipersalivação e fatores mecânicos, como à perda do DVO (OZA; DOSHI, 2017). Alguns distúrbios sistêmicos como a síndrome de Down,

doenças inflamatórias intestinais (como doença de Crohn ou colite ulcerosa) podem estar associados à queilite angular (SCULLY et al., 2002; CAETANO; ENOKIHARA; PORRO, 2015; HOWELL et al., 2012). Em nosso caso, a presença da queilite angular foi relacionada à perda de DVO por edentulismo e o uso da mesma prótese por um longo tempo. Ocasionalmente esse tipo de queilite pode ser confundido com outras lesões menos frequentes, que podem ter um quadro clínico semelhante, como a herpes simples, impetigo, pênfigo vulgar, sífilis oral e tuberculose.

O tratamento geralmente requer uma abordagem multidisciplinar. O principal fator para o sucesso do tratamento é identificar os fatores etiológicos corretos de cada caso. O tratamento mais comum é à base de antifúngicos. No entanto, antibióticos e corticosteroides locais, complexos vitamínicos, higiene das próteses e prevenção de alérgenos também têm sido utilizados (PARK; BRODELL; HELMS, 2011). No nosso caso, devido à paciente utilizar a prótese há vários anos, o tratamento instituído foi a troca da prótese para restabelecer o DVO e diminuir a formação de pregas proeminentes na comissura labial, que proporcionam acúmulo de saliva e a pele pode ficar rachada infectando secundariamente. Além disso, foram prescritos antifúngicos tópicos e orientações quanto à adequada higiene oral e protética.

A irritação aguda e crônica de próteses defeituosas ou mal ajustadas pode causar lesões na mucosa oral, resultando na formação de úlceras traumáticas ou dobras de tecidos hiperplásicos. O HFI é a lesão mais frequente entre as lesões inflamatórias / reativas e seu desenvolvimento está diretamente relacionado ao uso de próteses (COELHO; ZUCOLOTO; LOPES, 2000). A taxa de prevalência de IFH varia de 5% a 20% de todas as biópsias orais e é observada em 65% das lesões em usuários de próteses dentárias (CORRÊA et al., 2006). O HFI é uma lesão proliferativa não neoplásica resultante de uma reação hiperplásica do tecido conjuntivo fibroso e se desenvolve em associação com as bordas de próteses totais ou parciais mal ajustadas (KIUCHI et al., 2014). Em nossos casos de HFI, os pacientes usavam próteses mal adaptadas há mais de 19 anos. Além disso, as próteses dentárias também apresentavam deterioração, bordas irregulares, superfícies ásperas e rachadas. Clinicamente, O HFI é assintomático com múltiplas dobras que podem ser detectadas na mucosa alveolar. Ulcerações são ocasionalmente observadas no fundo das fissuras da lesão. Essa lesão geralmente ocorre em adultos de meia-idade e idosos que usam as por um longo período, com maior prevalência em mulheres (MOHAMMADI; NAVABI; ZAREI, 2017). Histologicamente, é um tecido conjuntivo fibroso denso com infiltrado inflamatório crônico variável (KIUCHI; YAMAMURA; OKUDERA, 2014). Essa lesão apresenta deposição excessiva de colágeno,

sendo responsável pelo aumento de volume (LUKES; KUHNERT; MANGELS, 2005). O tratamento consiste na remoção cirúrgica do tecido hiperplásico e ajuste ou troca da prótese para prevenir recidivas. As lesões vermelhas e pequenas, que são principalmente lesões inflamadas, desaparecem completamente quando a prótese é removida ou são ajustadas. Em um dos nossos casos o tratamento proposto foi a suspensão do uso da prótese por um determinado período e no outro caso, foi realizado a biópsia excisional. Sabe-se agora que outras lesões de aspecto nodular podem mimetizar a HFI, como as neoplasias mesenquimais benignas, bem como processos proliferativos não neoplásicos, sendo importante a correlação dos aspectos clínicos e microscópicos.

A prevalência de lesões na mucosa oral relacionadas ao uso de próteses pode ser reduzida por meio de orientações adequada aos pacientes; a preservação da higiene oral; e cuidados do dentista nas várias etapas da confecção das próteses, resultando em uma oclusão estável, boa fixação de sua base à mucosa e selamento periférico adequado, dentro dos limites da área basal (FARIAS et al., 2008). Além disso, o paciente também deve compreender os requisitos de manutenção e alterar os comportamentos pessoais que podem comprometer a saúde bucal (ALLEN, 2019).

#### 4 CONCLUSÃO

Com base nesta série de casos, as lesões orais encontradas foram associadas à má higiene oral e protética, além de vários anos de uso da mesma prótese e sua deficiência de adaptação. Considerando as consequências sistêmicas e orais desses fatores e o grande número de pacientes que usam próteses, uma atenção especial deve ser dada por médicos e agentes de saúde pública a esses problemas relacionados às próteses.

## REFERÊNCIAS

- ALLEN, F. **Pragmatic care for an aging compromised dentition.** Australian Dental Journal, v.64, n.1, p.63-70, 2019. doi: 10.1111/adj.12670.
- ALTARAWNEH, S.; BENCHARIT, S.; MENDOZA, L.; CURRAN, A.; BARROW, D.; BARROS, S., et al. **Clinical and Histological Findings of Denture Stomatitis as Related to Intraoral Colonization Patterns of Candida albicans, Salivary Flow, and Dry Mouth.** J Prosthodont, v.22, p.13-22, 2013.
- APRATIM, A.; SHAH, S.S.; SINHA, M.; AGRAWAL, M.; CHHAPARIA, N.; ABUBAKKAR, A. **Denture hygiene habits among elderly patients wearing complete dentures.** J Contemp Dent Pract, v.14, n.6, 2013.
- BADARÓ, M.M.; SALLES, M.M.; DE ARRUDA, C.N.F.; OLIVEIRA, V.C.; DE SOUZA, R.F.; PARANHOS, H.F.O. **In vitro analysis of surface roughness of acrylic resin exposed to the combined hygiene method of brushing and immersion in Ricinus communis and sodium hypochlorite.** J Prosthodont, v.26, p.516-21, 2017.
- BADARÓ, M.M.; SALLES, M.M.; LEITE, V.M.F.; DE ARRUDA, C.N.F.; OLIVEIRA, V.C.; NASCIMENTO, C., et al. **Clinical trial for evaluation of Ricinus communis and sodium hypochlorite as denture cleanser.** J Appl Oral Sci, v.25, p.324-334, 2017. doi: 10.1590 / 1678-7757-2016-0222.
- BOF, F.; DE FRANCA, A.; MAKUMBUNDU, P. **Relationship between oral health, nutrient intake and nutritional status in a sample of Brazilian elderly people.** Gerodontology, v.26, p.40-45, 2009.
- BRANTES, M.F.; AZEVEDO, R.S.; ROZZA-DE-MENEZES, R.E.; PÓVOA, H.C.; TUCCI, R.; GOUVÊA, A.F., et al. **Analysis of risk factors for maxillary denture-related oral mucosal lesions: A cross-sectional study.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal, v.1; n.24; p.3, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2010- Política Nacional de Saúde bucal.** Brasília, 2011.
- CABRAS, M.; GAMBINO, A.; BROCCOLETTI, R.; LODI, G.; ARDUINO, P.G. **Treatment of angular cheilitis: A narrative review and authors' clinical experience.** Oral dis, v.00, p.1-9, 2019. doi: 10.1111/odi.13183.
- CAETANO, L.V.; ENOKIHARA, M.M.; PORRO, A.M. **Recurrent angular cheilitis in a patient with mucocutaneous pemphigus vulgaris.** Clin Exp Dermatol, v.40, p.819-821, 2015. doi: 10.1111 / ced.12629.
- COELHO, C.M.; ZUCOLOTO, S.; LOPES, R.A. **Denture-induced fibrous inflammatory hyperplasia: a retrospective study in a school of dentistry.** Int J Prosthodont, v.13, p.148-151, 2000.
- COELHO, C.M.P.; SOUSA, T.C.S.; DARE, A.M.Z. **Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry.** J Oral Rehabil, v.31, p.135-139, 2004.

COELHO, S.; BITTAR, J.; PORTUGAL, A. et al. **Medication in elderly people: its influence on salivary pattern signs and symptoms of dry mouth.** *Gerodontology*, v.27; p.129–133,2010.

COLLIS, J.J.; STAFFORD, G.D. **A survey of denture hygiene in patients attending Cardiff dental hospital.** *Eur J of Prosthodont Restor Dent*, v.3, n.2, p.67-71, 1994.

CORRÊA, L.; FRIGERIO, M.L.; SOUSA, S.C.; NOVELLI, M.D. **Oral lesions in elderly population: a biopsy survey using 2250 histopathological records.** *Gerodontology*, v.23, p.48-54, 2006.

DIKBAS, I.; KOKSAI, T.; CALIKKOCAOGLU, S. **Investigation of the cleanliness of dentures in a university hospital.** *Int J Prosthodont*, v.19, p.294-298, 2006.

ESPINOZA, I.; ROJAS, R.; ARANDA, W.; GAMONAL, J. **Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago.** *J Oral Pathol Med*, v.32, p.571-575, 2003.

FARIAS, A.B.L.; ORESTES-CARDOSO, A.J.; ORESTES-CARDOSO, S.; OLIVEIRA FILHO, M.G.; ORESTES-CARDOSO, M.S. **Lesões da mucosa oral em pacientes portadores de próteses dentárias: ilustrações clínicas e abordagem preventiva.** *Revist Odonto*, v.16, n.31, 2008. doi: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1000/odonto.v16n31p19-26>.

FELTON, D.; COOPER, L.; DUQUM, I.; MINSLEY, G.; GUCKES, A.; HAUG, S., et al. **Evidencebased guidelines for the care and maintenance of complete dentures: a publication of the American College of Prosthodontists.** *J Prosthodont*, v.142, n.1, p.1-12, 2011.

GENDREAU, L.; LOEWY, Z.G. **Epidemiology and Etiology of Denture Stomatitis.** *J Prosthodont*, v.4, p.251-260, 2011.

GENDREAU, L.; LOEWY, Z.G. **Epidemiology and etiology of denture stomatitis.** *J Prosthodont*, v.20, p.251-260, 2011.

GRAY, J.C.; NAVARRO-COY, N.; PAVITT, S.H.; HULME, C.; GODFREY, M.; CRADDOCK, H.L., et al. **Improvdent: Improving dentures for patient benefit.** A crossover randomised clinical trial comparing impression materials for complete dentures. *BMC Oral Health*, v.12, n.37, 2012. doi: 10.1186/1472-6831-12-37.

HADJIEVA, H.; DIMOVA, M.; TODOROV, S. **Stomatitis Prosthetica-A polyetiologic.** *J of IMAB*, v.2, 2006.

HOWELL, J.L.; BUSSELL, R.M.; HEGARTY, A.M.; ZAITOUN, H. **Service evaluation of patients with orofacial granulomatosis and patients with oral Crohn's disease attending a paediatric oral medicine clinic.** *Eur Arch Paediatric Dent*, v.13, p.191-196, 2012. doi:10.1007 / bf03262869.

JAINKITTIVONG, A.; ANEKSUK, V.; LANGLAIS, R. **Oral Mucosal lesions in denture wearers.** *Gerodontology*, v.27, p.26–32, 2010.

KIUCHI, M.; YAMAMURA, T.; OKUDERA, M.; SSOUKSAVANH, V.; ISHIGAMI, T.; IWASE, T., et al. **An assessment of mast cells and myofibroblasts In denture-induced fibrous hyperplasia.** J Oral Pathol Med, v.43, p.53-60, 2014.

KOWAL, P.; GOODKIN, D.; HE, W. **An Aging World: 2015.** Washington, DC, 2016.

KULAK-OZKAN, Y.; KAZAZOGLU, E.; ARIKAN, A. **Oral hygiene habits, denture cleanliness, presence of yeasts and stomatitis in elderly people.** J Oral Rehabil, v.29, p.300-304, 2002.

LUKES, S.M.; KUHNERT, J.; MANGELS, M.A. **Identification of a giant cell fibroma.** J Dent Hyg, v.79, n.9, 2005.

MANDALI, G.; SENER, I.D.; TURKER, S.B; ULGEN, H. **Factors affecting the distribution and prevalence of oral mucosal lesions in complete denture wearers.** Gerodontology, v.28, p.97-103, 2011.

MAYMONE, M.B.C.; GREER, R.O.; KESECKER, J.; SAHITYA, P.C.; BURDINE, L.K.; CHENG, A.D., et al. **Premalignant and Malignant Oral Mucosal Lesions: Clinical and Pathological Findings.** J Am Acad Dermatol, v.1, p.59-71, 2019. doi: 10.1016/j.jaad.2018.09.060.

MCNAMARA, K.K.; KALMAR, J.R. **Erythematous and Vascular Oral Mucosal Lesions: A Clinicopathologic Review of Red Entities.** Head Neck Pathol, v.13, n.1, p.4-15, 2019. doi: 10.1007/s12105-019-01002-8.

MELLO DOS SANTOS, C.; BALBINOT, J.; PEREIRA, D., NEVES, F. **Denture stomatitis and its risk indicators in south Brazilian older adults.** Gerodontology, v.27, p.134– 140, 2010.

MOHAMMADI, M.; NAVABI, N.; ZAREI, M.R. **Clinical and denture-related characteristics in patients with epulis fissuratum: a retrospective 58 case series.** Caspian J Dent Res, v.6, p.15-21, 2017.

OZA, N.; DOSHI, J.J. **Angular Cheilitis: A clinical and Microbial Study.** Indian J Dent Res, v.28, n.6, p.661-665, 2017.

PARK, K.K.; BRODELL, R.T.; HELMS, S.E. **Angular cheilitis, part 1: local etiologies.** Cutis, v.87, p.289-295, 2011.

PARK, K.K.; BRODELL, R.T.; HELMS, S.E. **Angular cheilitis, part 2: nutritional, systemic, and drug-related causes and treatment.** Cutis, v.88, p.27-32, 2011.

ROSER, M.; ORTIZ-OSPINA, E.; RITCHIE, H. **Life Expectancy.** J Our World in data 2019.

ROSSATO, M.B.; UNFER, B.; MAY, L.G.; BRAUN, K.O. **Analysis of the Effectiveness of Different Hygiene Procedures Used in Dental Prostheses.** Oral Health Prev Dent, v.9, n.3, p.221-227, 2011.

SALERNO, C.; PASCALE, M.; CONTALDO, M. **Candida-associated denture stomatitis**. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, v.16, p.139-143, 2011.

SCULLY, C.; PORTER, S. **Swellings and red, white, and pigmented lesions**. *BMJ*, v.321, p.225-228, 2000. doi: 10.1136 / bmj.321.7255.225.

SCULLY, C.; VAN BRUGGEN, W.; DIZ DIOS, P.; CASAL, B.; PORTER, S.; DAVISON, M.F. **Down syndrome: Lip lesions (angular stomatitis and fissures) and Candida albicans**. *Br J Dermatol*, v.147, n.1, p.37-40, 2002. doi: 10.1046 / j.1365-2133.2002.04741.x.

SHULMAN, J.D.; BEACH, M.M.; RIVERA-HIDALGO, F. **The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey**. *J Am Dent Assoc*, v.135, p.1279-1286, 2004.

WHO. **The uses of Epidemiology in the Study of the Elderly**. Technical Report Series 706. Geneva: WHO; 1984.