

ESTOMATITE PROTÉTICA INDUZIDA PELO MAU USO DE PRÓTESE TOTAL: CASO CLÍNICO

DENTURE STOMATITIS INDUCED BY THE BAD USE OF COMPLETE DENTURE: A CASE REPORT

Alvimar Lima de CASTRO¹
Takeo Adhemar FURUSE¹
Elerson GAETTI-JARDIM JÚNIOR¹
Eni Vaz Franco Lima de CASTRO²
Paulo de Tarso Coelho JARDIM²
Mariane Lima de Castro PARO³

RESUMO

Os autores apresentam um caso de estomatite protética em uma paciente que utilizou sua prótese total superior durante o período ininterrupto de um ano. A remoção da prótese só foi possível após anestesia local em toda a área mucosa adjacente à mesma. O aspecto clínico da mucosa do palato sugeria reação inflamatória intensa, com múltiplos pontos de ulceração; o aspecto da prótese não era menos pior, com placas escurecidas em sua porção chapeável sugerindo contaminação microbiana. Colônias de *C. Albicans* foram identificadas em ágar Sabouraud dextrose após sete dias de incubação a 25°C. Na abordagem do tema, o artigo tem como principal objetivo proporcionar uma via de retroalimentação informativa ao cirurgião-dentista, demonstrando a importância da correta e explícita orientação que deve ser dada ao paciente com relação ao uso e limpeza de sua prótese.

UNITERMOS: Estomatite sob prótese; Prótese total; Candidíase.

INTRODUÇÃO

Trabalhos indicam que a estomatite sob prótese total é relativamente freqüente, sem predileção por sexo ou raça e discretamente predominante na faixa etária em torno dos 30 anos^{5,8,11}. As lesões fibrosas inflamatórias são freqüentes na mucosa bucal, principalmente em pacientes que fazem uso de próteses mal adaptadas ou inadequadas¹³. Vários estudos epidemiológicos demonstram ser a hiperplasia fibrosa inflamatória a lesão mais comumente encontrada, estando fortemente associada ao uso de prótese. Leonel¹⁵ analisando 1210 resultados histopatológicos observou que a alteração mais encontrada foi a hiperplasia fibrosa com 20%, Israel¹⁰ em um estudo retrospectivo de 26 anos com o objetivo de verificar a prevalência das entidades patológicas bucais mais comuns, verificou que a hiperplasia fibrosa apareceu com 16% sendo a mais comum; Diaz et al.⁵ realizaram um estudo epidemiológico em 6.302 pacientes usuários de próteses removíveis constatando que desses, 2.952 apresentavam estomatite por *Candida albicans*, o que representa uma freqüência de 46,84%, com

predominância no sexo feminino. A distribuição das lesões por faixa etária demonstrou que 48% ocorreram entre os 20 e 30 anos de idade e que, a partir daí, havia uma tendência à diminuição com o avanço da idade. Leite¹⁴ estudou os problemas bucais de 210 idosos acima de 60 anos, onde somente 32,5% dos pacientes usuários de próteses estavam contentes com suas próteses, isto devido à falta de estabilidade, dor, desgaste e fraturas das próteses, e as patologias mais comuns foram candidíase com 28% e hiperplasias com 21%. Castro⁴ refere-se ao diagnóstico da candidíase, que deve ser dado pelo aspecto clínico da mucosa palatina avermelhada ou com papilomatose, associado ao uso de prótese total e hiperplasia inflamatória ao exame histopatológico. Com relação à ocorrência, observou maior freqüência em pessoas do sexo feminino, cor branca, e faixa etária de 41 a 60 anos de idade.

Quanto ao tratamento, é consenso na literatura^{4,5,7,15,16} 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 prótese.

1 - Depto Patologia e Propedêutica Clínica - Faculdade de Odontologia Câmpus de Araçatuba - Unesp

2 - Doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Odontologia/Estomatologia - Foa, Unesp

3 - Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia/Estomatologia - Foa, Unesp

CASO CLÍNICO

Paciente leucoderma com 35 anos de idade, sexo feminino, apresentou-se com queixa de “crescimento de carne”, impedindo a remoção da prótese total superior, confeccionada há cinco anos e sempre causando desconforto. A paciente relatou que procurava periodicamente seu cirurgião-dentista recebendo orientação de que o quadro era normal, e que há um ano atrás a prótese “firmou”, não sendo mais possível a sua remoção. O dentista, mais uma vez, segundo a paciente, omitiu-se de realizar procedimento resolúvel ao caso, orientando-a a prosseguir com o uso. Desde então a paciente vinha fazendo uso ininterrupto da prótese, não a retirando sequer para higienização. Ao exame físico intrabucal foram constatadas péssimas condições de higiene, com presença de cálculos circundando toda a borda da dentadura (Figura 1) e preenchendo o espaço entre esta e a mucosa, impossibilitando sua remoção que, para ser efetuada, procedeu-se a anestesia do fórnix vestibular. Numa vista frontal interna da prótese total superior, imediatamente após a sua remoção, observavam-se placas escurecidas elevadas de acúmulo de substrato em processo de calcificação e áreas esbranquiçadas floculares correspondentes às da mucosa inflamada (Figura 2). Após a remoção da prótese se pôde observar o aspecto da mucosa do palato e rebordo, com placas avermelhadas, pontos de ulceração, e irregularidades de superfície compatíveis com estomatite hiperplásica associada a infecção fúngica (Figura 3). O material colhido da área chapeável da prótese foi cultivado em ágar Sabouraud dextrose e, após sete dias de incubação a 25°C, mostrou-se abundantemente colonizado por fungos, em especial *Candida albicans* e *Candida sp* (Figura 4). A suspensão do uso da prótese associada a adequada higiene bucal permitiram rápida cicatrização da área afetada (Figura 5) e a paciente foi orientada quanto à necessidade de confecção de nova prótese.



FIGURA 1 - Aspecto inicial mostrando o estado de má conservação da prótese em oclusão, e placa de dentadura circundando sua borda.



FIGURA 2 - Vista interna da prótese total superior imediatamente após a sua remoção.



FIGURA 3 - Aspecto avermelhado e edemaciado da mucosa imediatamente após a remoção da prótese.



FIGURA 4 - Colônias de *C. Albicans* em ágar Sabouraud dextrose após sete dias de incubação a 25°C.



FIGURA 5 - Aspecto clínico da mucosa após 15 dias da remoção da prótese.

DISCUSSÃO

A presença de microorganismos no caso apresentado, em especial a *Candida albicans*, certamente foi potencializada pelo tempo prolongado de uso da prótese. Este fato está em concordância com outros trabalhos da literatura, onde se tem demonstrado que o uso contínuo das próteses provoca degeneração das glândulas salivares palatinas e diminuição da secreção salivar, favorecendo o acúmulo de placa microbiana que, por sua vez, provoca queda do pH salivar favorecendo a proliferação fúngica, coadjuvando fatores desencadeantes mecânicos, químicos, ou biológicos, que se conjugam durante os longos períodos de utilização ininterrupta da prótese, desencadeando as lesões^{6,12,16}. Outros estudos^{2,3,12} têm evidenciado que a estomatite protética está freqüentemente relacionada com próteses inadequadas (mal adaptadas ou sobrestendidas), considerando-se que discretos desajustes clinicamente imperceptíveis atuam exacerbando a ação patogênica dos microorganismos⁶.

Fatores sistêmicos como diabetes melito, hipertensão arterial, artrose, osteoporose, anemia, leucemia, e uso de medicamentos como antibióticos, antiinflamatórios hormonais, tranqüilizantes, hipotensores e outros, podem aumentar a susceptibilidade para a instalação de candidíase bucal^{2,3,9,14,16,18}, considerando-se que a presença de algum fator predisponente diminua a resistência do hospedeiro¹¹. Além dos fatores sistêmicos, deve-se considerar tanto quanto importantes os fatores locais, como as condições da prótese e de higiene bucal do paciente^{6,12}. Nesse sentido, trabalhos têm sido propostos com a finalidade de reduzir a estomatite protética, como utilização rotineira de antifúngicos e desinfetantes como clorexidina e hipoclorito de sódio^{1,11,12}.

É fundamental a participação do cirurgião-dentista no desenvolvimento de hábitos de higiene pelo paciente com relação à sua prótese, conforme pudemos constatar pelas observações no presente relato. De acordo com Paranhos et al.¹⁷, a orientação ao paciente no que se refere à higienização de sua prótese deve ser parte integrante do atendimento.

Feltrim⁷, examinando 100 pacientes idosos usuários de próteses totais mucossuportadas, observou que 93 idosos apresentavam uma ou mais lesões, e a fibromucosa que suportava estas próteses estava comprometida ora com meras inflamações, ora associadas a hiperplasias, onde as próteses apresentavam vários tipos de irregularidades, incluindo a presença de tártaro e placa bacteriana, o que permite alertarmos os profissionais no que se refere a iatrogenias que este possa induzir ao paciente e também dar ênfase a uma orientação ao paciente para os cuidados especiais frente ao uso de próteses totais mucossuportadas, prevenindo danos à saúde bucal.

CONCLUSÃO

A ocorrência de estomatite protética é multifatorial, dependendo de fatores locais (condições de higiene bucal e protéticas) e fatores sistêmicos.

A participação do cirurgião-dentista é fundamental no controle dos fatores locais, devendo o mesmo ser explicitamente claro nas orientações quanto ao uso e limpeza da prótese pelo paciente, bem como na orientação para se buscar suporte médico para o controle de fatores sistêmicos quando houver necessidade.

ABSTRACT

The authors present a case of denture-induced stomatitis in which the patient kept the superior prosthetic denture imposition for a whole year, without removing it even for hygienic produces. Being considered the present conditions its removal was held under local anesthesia. The palate was showing an intense inflammatory reaction with multiple ulcerous points. The aspect of the prosthesis was not less bad, with dark plates in your internal portion suggesting microbial contamination. In the approach of the theme, the article has as main objective to provide a form of informative feedback to the surgeon-dentist, demonstrating the importance of the correct and explicit orientation that must given to the patient with relationship to the use and cleaning of your prosthesis.

UNITERMS: *Denture stomatitis; Denture, complete; Candidiasis.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Barbachan JJD, Rados PV, Sant'ana Filho M, Domingues MG. Estudo clínico de estomatite protética: avaliação preliminar. Rev Fac Odontol Porto Alegre. 1995; 30(1): 27-31.
- 2 - Budtz-Jorgensen E. Etiology, pathology, therapy, and prophylaxis of oral yeast infections. Acta Odontol Scand. 1990; 48(1): 61-9.
- 3 - Budtz-Jorgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. J Oral Pathol. 1981; 10(2): 65-80.
- 4 - Castro AL. Estomatologia. 3 ed. São Paulo: Ed. Santos; 2000.
- 5 - Diaz EM, Balaez AB, Velez JU, Lesa JM. Estomatitis subprotesis: estudo epidemiológico en 6.302 pacientes portadores de protesis dentales removibles. Rev Cubana Estomatol. 1989; 26(1-2): 71-80.
- 6 - Eliasson L, Dahlén G, Heyden G, Möller A. The predominant microflora of the palatal mucosa in an elderly island population. Acta Odontol Scand. 1992;50(2):63-9.

- 7 - Feltrin PP, Tortamano N, Jaeger RG, Araújo VC. Estomatite protética: estudo da superfície interna da prótese total em microscopia eletrônica de varredura e da mucosa de suporte através de exame citológico, histopatológico e imunohistoquímico. *Rev Assoc Bras Odontol.* 1993; 1(1): 31-8.
- 8 - Feltrin PP. Estudo clínico das lesões na mucosa bucal em pacientes portadores de próteses totais mucoso suportada. São Paulo; 1986. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Odontologia da USP]
- 9 - Gorlin R, Goldman H. *Oral pathology.* Barcelona: Salvat, 1973
- 10 - Israel MS, Carvalho FCR, Pyro SC, Dias EP. Casuística de 26 anos do serviço de anatomia patológica do Hospital Universitário Antônio Pedro (Universidade Federal Fluminense). *Rev Bras Odontol.* 2003; 60(2):106-7.
- 11 - Jacopino DMD, Wathen DMD. Oral infection and denture stomatitis: a comprehensive review. *J Am Dent Assoc.* 1992; 123(1) 46-51.
- 12 - Jeganathan S, Lin CC. Denture stomatitis: a review of the aetiology, diagnosis and management. *Aust Dent. J.* 1992; 37(2): 107-14.
- 13 - Kignel S, Donato AC, Moreira CA, Milner E, Mistro FZ, Bigatto J. Hiperplasia fibrosa inflamatória. *Rev Paul Odontol.* 1999; 21(2):40-4.
- 14 - Leite RA. Avaliação das condições sistêmicas e bucais de um grupo de idosos não institucionalizados de Franca: realidade e necessidade de reabilitação oral. Ribeirão Preto; 2001. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Odontologia da USP].
- 15 - Leonel ECF, Vieira EH, Gabrielli MAC. Análise retrospectiva da incidência, diagnóstico e tratamento das lesões bucais encontradas no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP. *Rev Paul Odontol.* 2002; 24(3):18-22.
- 16 - Moraes NP. Estudo clínico e avaliação terapêutica com controle da dieta alimentar, higiene mecânica e desinfecção da prótese total superior na estomatite protética de humanos. Araçatuba; 1994. [Tese de Livre docente - Faculdade de Odontologia da Unesp].
- 17 - Paranhos HFO, Pardini LC, Panzeri H. Hábitos de higienização de portadores de prótese total. *Rev Paul Odontol.* 1991; 13(1):11-21.
- 18 - Waal IVD, Kwast WAMVD. *Oral pathology.* Chicago: Quintessence books; 1988.

Endereço para correspondência

Alvimar Lima de Castro

Faculdade de Odontologia Câmpus de Araçatuba
(Depto Patologia) - Rua José Bonifácio, 1193
Bairro Vila Mendonça - CEP 16015-050
Araçatuba, SP - Fone (18)3636-3309.
E-mail: alvimar@foa.unesp.br

Recebido para publicação em 05/12/2005
Enviado para análise em 05/12/2005
Aprovado para publicação em 07/08/2006