

Estomatite Protética: uma revisão

Denture stomatitis: a review

Luciana de Souza Falcão, Maria Augusta Bessa Rebelo,
Janete Maria Rebelo Vieira, Juliana Vianna Pereira

RESUMO: As próteses muco-suportadas, utilizadas frequentemente na reabilitação bucal de pacientes desdentados, são consideradas facilitadoras em potencial da estomatite protética (EP), lesão comumente observada sob a mucosa subjacente ao aparelho protético, caracterizada por um processo inflamatório crônico que pode apresentar-se variando desde petéquias até inflamação generalizada com hiperplasia papilar. Sua etiologia é controversa, podendo estar relacionada a fatores de ordem local e sistêmica. Infecção por *Candida*, deficiências na higiene, uso contínuo e prolongado do aparelho protético, distúrbios endócrinos e deficiências nutricionais representam alguns dos fatores etiológicos no desenvolvimento da Estomatite Protética. Seu diagnóstico é dado pela somatória de sinais e sintomas clínicos e exames micológicos como a citologia esfoliativa. Em geral, o controle do biofilme através de melhorias na higiene bucal e tratamento químico da prótese associado com a interrupção do uso contínuo e prolongado, bem como ajuste da prótese são suficientes para o tratamento. Em alguns casos, essas medidas devem ser combinadas com terapia antifúngica com agentes tópicos ou sistêmicos. Sendo assim, o objetivo desta revisão de literatura foi fornecer informações sobre a Estomatite Protética, orientando o clínico na prevenção, diagnóstico e tratamento desta condição.

Descritores: Estomatite sob prótese; prevenção; controle.

ABSTRACT: The mucus-supported prostheses, frequently used in the buccal rehabilitation of toothless patients, are considered facilitative in potential of the prosthetic stomatitis (EP). This lesion is observed commonly under the mucosa underlying to the prosthetic apparel and it is characterized by a chronic inflammatory process that can come varying from pinpoint hyperemia to inflammation generalized with papillary hyperplasia. Its etiology is controversial, can be related to factors of local and systemic order. Infection for *Candida*, deficiencies in the hygiene, continuous and lingering use of prosthetic apparel, endocrine disturbances and nutritional deficiencies represent some of the etiological factors in Stomatitis Prosthetic's development. Its diagnosis is given by the sum of signs and clinical symptoms and mycological exams as the scratching cytology. In general, the control of the biofilm through improvements in the buccal hygiene and chemical treatment of the prosthesis associated with the interruption of the continuous and lingering use, as well as the adjust of the prosthesis are enough for the treatment. In some cases, those measures should be combined with anti-fungal therapy with topical agents or systemics. Being like this, the objective of this literature revision was to supply information on Prosthetic Stomatitis, guiding the clinical in the prevention, diagnosis and treatment of this condition.

Descriptors: Stomatitis, denture; prevention; control.

INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços da odontologia preventiva, a perda dentária, quer seja total ou parcial, se faz presente na população em larga escala gerando uma grande demanda por reabilitações bucais¹.

As próteses removíveis representam o meio mais comum de tratamento dos pacientes com perdas dentárias¹. Vários estudos demonstraram

que esses pacientes além de utilizarem a mesma prótese por vários anos, não fazem a higienização corretamente, predispondo ao aparecimento de lesões como a Estomatite Protética (EP)^{2,3}.

A EP corresponde a uma forma de candidíase oral, caracterizada por alterações inflamatórias na mucosa subjacente à próteses, ocorrendo com maior frequência na maxila^{4,5}.

Baseado no exposto, o objetivo desta revisão de literatura sobre EP foi o de fornecer informações,

1. Acadêmica do curso de Odontologia - FCS/UFAM
2. Professor Adjunto do Departamento de Estomatologia - FCS/UFAM
3. Professor Assistente do Departamento de Odontologia Social - FCS/UFAM
4. Professor Assistente do Departamento de Estomatologia - FCS/UFAM

bem como orientar o clínico na prevenção, diagnóstico e tratamento desta condição.

ETIOLOGIA

Diversos fatores etiológicos de ordem local e sistêmica têm sido implicados no seu desenvolvimento, sendo sua etiologia considerada multifatorial¹⁰.

A associação entre *Candida*, especialmente *C. albicans*, com a EP vem sendo relatada há bastante tempo na literatura e confirmada em pesquisas atuais¹¹. No entanto, ainda é discutível se a EP representa uma infecção por *C. albicans* ou seria uma resposta do tecido do hospedeiro aos microorganismos que colonizam a prótese. Espécimes de biópsias de EP, raramente mostram hifas de *Candida* penetrando na camada epitelial. Portanto, a invasão do tecido do hospedeiro, um dos principais critérios para estabelecer o diagnóstico de infecção, não pode ser observado na EP. Observa-se que a maior colonização de levedura é obtida a partir dos esfregos da superfície interna de próteses, e não dos raspados da mucosa¹².

Acredita-se que a falta de higiene promova acúmulo de biofilme, e conseqüentemente, de bactérias e fungos à superfície da prótese, resultando em agressão aos tecidos. Em geral, pacientes com EP apresentam deficiências na higiene^{13,14,15}.

Pacientes que usam suas próteses continuamente (dia e noite) apresentam EP com maior freqüência do que aqueles que fazem uso somente durante o dia¹⁶. Isso pode ser explicado pela irritação mecânica ou ainda pelo maior contato da mucosa com a placa dental. Além disso, o uso contínuo e prolongado impede a ação da saliva e de seus componentes sobre a mucosa subjacente ao aparelho protético¹⁷.

Certas condições sistêmicas podem aumentar a susceptibilidade do indivíduo ao desenvolvimento de EP. Alterações endócrinas como diabetes⁷ e deficiência em vitamina A podem estar associadas a uma maior prevalência de EP. Enquanto alguns estudos encontraram associação entre a ocorrência de EP e diabetes, outros afirmam que a prevalência de EP não foi diferente daquela observada em indivíduos sem história de diabetes¹⁸.

Outros fatores sistêmicos incluem doenças malignas como leucemia, uso de antibióticos,

esteróides⁷ e alterações no fluxo salivar, que comprometem a secreção de proteínas antimicrobianas e de enzimas salivares aumentando o risco de colonização e infecção secundária. A hipofunção de glândulas salivares pode ser causada por desordens imunológicas, terapias para câncer e alguns medicamentos de ação sistêmica como antidepressivos, anti-histamínicos e diuréticos⁶.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A EP apresenta vários graus de severidade variando desde petéquias até inflamação generalizada com hiperplasia papilar. Em geral, é classificada em três tipos clínicos, conforme a aparência clínica da mucosa inflamada⁸, conforme a classificação de Newton (1962)¹⁹, onde o tipo I representa inflamação localizada; tipo II a inflamação é generalizada, abrangendo toda a região recoberta pela prótese e no tipo III há presença de hiperplasia papilar.

Clinicamente a mucosa apresenta-se com aspecto hiperêmico e inflamado, sendo geralmente assintomática, entretanto, a mucosa pode mostrar-se hemorrágica e o paciente pode sentir prurido, queimação, sintomatologia dolorosa, sabor desagradável, bem como apresentar halitose e xerostomia⁸.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de EP é dado pela somatória de sinais e sintomas clínicos e exames micológicos, seja cultura, citológico, exame histopatológico ou sorologia⁸. A identificação dos microorganismos pode ser feita por meio de cultura, obtendo-se o espécime através da raspagem da lesão com *swab* de algodão estéril⁸. Em infecções fúngicas, o exame histopatológico é a forma mais segura para o estabelecimento do diagnóstico definitivo, no entanto este processo além de ser um exame relativamente invasivo, geralmente pode não ser prático na maioria dos serviços⁸. Na prática clínica o diagnóstico geralmente é estabelecido pelos sinais clínicos e exame de citologia esfoliativa⁸.

TRATAMENTO

O primeiro passo consiste na identificação do fator etiológico e seu afastamento e/ou controle. Uma boa higiene, correção do aparelho protético

e aumento do período de descanso dos tecidos subjacentes à prótese, são essenciais¹³.

Estudos revelam que a substituição ou o reembasamento das próteses associados à remoção durante a noite para a desinfecção com solução de hipoclorito de sódio resultaram em cura da EP sendo consideradas eficazes no seu controle^{16,17,18}. A substituição da prótese mostrou resultado positivo mais rápido¹⁹.

A associação entre controle da dieta, higiene mecânica da prótese e sua desinfecção é uma conduta eficaz, conservadora, de fácil execução e baixo custo²⁰.

Em alguns casos, essas medidas devem ser combinadas com terapia antifúngica, com agentes tópicos ou sistêmicos. O uso de agentes tópicos na forma de colutórios, reduz significativamente a contagem de *Candida*. Além disso é uma medida conservadora e com menor risco de complicações causadas pelo uso de agentes sistêmicos. No entanto, em geral, não devem ser usados por mais de duas semanas devendo ter seu uso interrompido assim que os sintomas clínicos tiverem desaparecidos¹⁶, ou 48 horas após desaparecimento dos mesmos²⁰. Dentre os antifúngicos tópicos, o miconazol gel oral 2% tem sido usado para as candidoses subprotéticas, recobrando-se a prótese quatro vezes ao dia, após a higienização desta com escovação com hipoclorito de sódio e de enxugá-la bem²⁰. Além desse, a suspensão de nistatina com 100.000 Unidades/mL também é indicada, sendo recomendado bochechar quatro a seis mL, quatro vezes ao dia²¹. Com relação aos antifúngicos sistêmicos, vários medicamentos são indicados como o fluconazol 100mg, sendo indicado uma cápsula por dia por dez a quatorze dias; a nistatina com uma drágea de 500.000 Unidades, três a cinco vezes por dia e o cetoconazol, indicando-se um comprimido de 200 mg por dia, durante sete dias¹⁸.

O uso isolado de antifúngicos não é recomendado, pois, é comum a recorrência de infecções associadas à *Candida albicans* se não houver melhoras na higiene oral e da prótese²⁰.

REFERÊNCIAS

1. LELES, C.R.; NAKAOKA, M.M.; SOUZA, R.F.; COMPAGNONI, M.A. Estudo Retrospectivo dos Fatores Associados À Longevidade de Próteses Totais. Parte I -

Avaliação Subjetiva e Queixas dos Pacientes. *Rev. Fac. Odontol. São José Campos*, v.2, n.1, p.61-66, 1999.

2. 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, n.3, p.300-304, 2002.

3. PEREIRA, J.V.; MITSUGI, E.T.; ZUCCOLOTTO, M.C.C.; CORONATTO, E.A.S. Perfil dos pacientes atendidos na clínica de prótese total da UNAERP em 2001. *Rev. Odont. Univ. Ribeirão Preto.*, v.5, n.1, p.69, 2002.

4. FELTRIN, Pedro Paulo; ZANETTI, Artemio Luiz; MARCUCCI, Gilberto; ARAUJO, Vera Cavalcanti de. Prótese total muco-suportada. I - Lesões da mucosa bucal. *Rev. Ass. Paul. Cirurg. Dent.*, v.41, n.3, 1987.

5. ARENDORF, T.M.; WALKER, D.M. Denture stomatitis: a review. *J Oral Rehabil.*, v.14, p.217-27, 1987.

6. NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. *Patologia oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004, 798p.

7. BUDTZ-JORGENSEN, E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *Journal of Oral Pathology*, v.10, n.2, p.65-80, 1981.

8. BARBEAU, Jean; LONINCK, Louis de; LALONDE, Benoit. Reassessing the presence of *Candida albicans* in denture-related stomatitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*, v.95, p.51-9, 2003.

9. LEMOS, M.M.C.; MIRANDA, J.L.; SOUZA, M.S.G.S. Estudo clínico, microbiológico e histológico da estomatite protética. *Revista Brasileira de Patologia Oral*, v.2, n.1, p.3-10, 2003.

10. RAMAGE, G.; TOMSETT, K.; WICKES, B.L.; LÓPEZ-RIBOT, J.L.; REDDING, S.W. Denture stomatitis: a role for *Candida* biofilms. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol, Oral Radiol. Endod.*, v.98, n.1, p.53-59, 2004.

11. VASCONCELOS, Laurylene César de Souza; SAMPAIO, Maria Carmeli Correia; COSTA, Lino João da. Tempo de Uso e Higiene das Próteses em Portadores de Estomatite Protética. *Rev. bras. ciênc. Saúde*, v.7, n.1, 2003.

12. PIRES, F.R.; SANTOS, E.B.D.; BONAN, P.R.F.; ALMEIDA, P. DE; LOPES, M.A.; Denture stomatitis and salivary *Candida* in

- Brazilian edentulous patients. *Journal of Oral Rehabilitation*, v.29, p.1115-1119, 2002.
13. NEVALAINEN, M. J.; NARHI, T.O.; AINAMO, A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in the home-living elderly. *J. Oral Rehabil.*, v.24, p.332-337, 1997.
14. SHULMAN, J.D.; RIVERA-HIDALGO, F.; BEACH, M.M. Risk factors associated with denture stomatitis in the United States. *J. Oral Pathol Med.*, v.34, p.340-346, 2005.
15. JEGANATHAN, S.; PAYNE, J.A.; THEAN, H.P.Y. Denture stomatitis in an elderly edentulous Asian population. *J. Oral Rehabil.*, v.24, n.6, p.468-472, 1997.
16. WALBER, Luiz Fernando; RADOS, Pantelis Varvaki. Estudo comparativo de tratamento da estomatite protética pelo reembasamento ou substituição das próteses totais. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*, v. 41, n.1, 2000.
17. BARBACHAN, João Jorge Diniz; RADOS, Pantelis Varvaki; SANT'ANA Filho, Manoel; DOMINGUES, Manoela Gallichio. Estudo clínico da estomatite protética: avaliação preliminar. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*, v. 36, n.1, 1995.
18. MORAES, Norberto Perri. Estudo clínico e avaliação terapêutica com controle da dieta alimentar, higiene mecânica e desinfecção da prótese total superior na estomatite protética de humanos. *Araçatuba*, s.n., 1994.
19. KORAY, M.; AK, G.; KURKLU, E.; ISSEVER, H.; TANYERI, H.; KULEKEI, G.; GUE, U. Fluconazole and/or hexetidine for management of oral candidiasis associated with denture-induced stomatitis. *Oral Disease*, v.11, p.309-313, 2005.
20. MARCUCCI, G. *Fundamentos de Odontologia: Estomatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, 273p.
21. ANDRADE, E.D. *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia*. São Paulo: Artes Médicas, 2002, 188p.
22. CARLSSON, Gunnar E., Clinical morbidity and sequelae of treatment with complete dentures. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, v.79, p.17-23, 1998.

Correspondência para:

Luciana de Souza Falcão
 Rua cinco, nº 136 Conjunto Duque de Caxias,
 Bairro Flores
 Telefone: 3654-4768/8809-1169
 E-mail: lusfalcao@hotmail.com