



RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Instituto Universitário De Ciências da Saúde

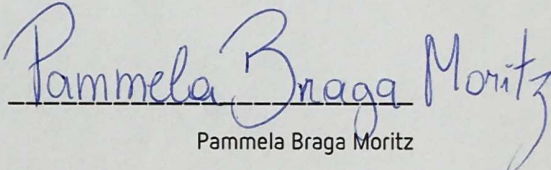
Manifestações orais associadas
ao uso de próteses removíveis
mal adaptadas

Pammela Braga Moritz

Orientadora: Mestre Lara Sofia Barros Coelho

2017/2018

Eu, Pammela Braga Moritz estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: **Manifestações orais associadas ao uso de próteses removíveis mal adaptadas**. Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.


Pammela Braga Moritz

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientadora: Mestre Lara Sofia Barros Coelho

DECLARAÇÃO

Eu, Mestre Lara Sofia Barros Coelho com a categoria profissional de Assistente Convidada no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, assumi o papel de Orientadora do Relatório Final de Estágio intitulado "Manifestações orais associadas ao uso de próteses removíveis mal adaptadas", da aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Pammela Braga Moritz, e declaro que sou favorável para que o Relatório Final de Estágio seja presente ao júri para admissão a provas conducentes à obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária.

Gandra, 20 setembro de 2018

Lara Sofia Barros Coelho

Orientadora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente aos meus pais Claudete Moritz e Marcelo Moritz, pois sem eles não conseguiria chegar até aqui e esse sonho não seria possível. Obrigada por todo o amor, esforço e educação que sempre me deram.

Agradeço aos meus irmãos Rafaella Moritz e Bernardo Moritz pela compreensão e força que me deram quando a vontade era de desistir.

Agradeço ao meu marido, Gustavo Elia que sempre acreditou em mim e sempre esteve ao meu lado. Obrigado por ser meu porto seguro, obrigado por ter aceitado morar comigo em Portugal e viver essa loucura que eu chamo de sonho.

Aos amigos que fiz no Porto, agradeço e desejo muito sucesso.

Agradeço ainda a minha orientadora Professora Lara Coelho pelos conselhos acadêmicos, pela paciência, dedicação e importância que atribuiu ao meu trabalho.

RESUMO

Introdução: Em paralelo com o envelhecimento da população, doenças próprias desse grupo ganham maior expressão, como por exemplo a deterioração da saúde oral. Entre as principais alterações orais encontradas nos idosos estão a perda dentária e devido a isso há um aumento do número de pacientes com próteses. Este trabalho expõe as principais lesões que acometem a cavidade oral decorrente do uso de prótese removível mal adaptada. **Objetivos:** Pretende-se identificar a prevalência, etiologia, diagnóstico e plano de tratamento das lesões mais frequentes em pacientes que usam próteses dentárias alertando os profissionais e estudantes da área de medicina dentária relativamente aos cuidados no planeamento, confecção e colocação de uma prótese assim como orientar sobre as possíveis consequências na cavidade oral quando estas estão mal adaptadas. **Materiais e Métodos:** Foi realizado uma revisão de literatura, tendo por base estudos científicos que reportam casos e frequência dessas lesões. **Estado actual do tema:** As próteses dentárias têm uma grande influência na qualidade de vida dos pacientes, pois a ausência de elementos dentários pode ser capaz de causar danos funcionais, psicológicos e sociais. Quando há falhas na confecção das próteses a mucosa oral fica constantemente vulnerável a ferimentos e inflamações, podendo trazer algumas situações de desconforto e dor para o paciente. **Conclui-se** que as lesões mais recorrentes em pacientes que fazem uso de próteses mal ajustadas são estomatite protética, queilite angular, úlceras traumáticas, hiperplasia fibrosa inflamatória, candidíase e leucoplasia e tais lesões podem ser evitadas se após a instalação da prótese o profissional realizar os ajustes adequados, orientar o paciente quanto às técnicas de higienização e o acompanhar, realizando controlos periódicos.

Palavras chave: Prótese dentária, patologia oral, manifestações orais, prótese removível.

ABSTRACT

Introduction: In parallel with the aging of the population its possible to notice the growth of some group's specific diseases, such as deterioration of oral health. Among the main oral alterations found in the elderly there is the tooth loss, and due to this, there is an increase in the number of patients using dentures. This paper presents the main lesions that affects the oral cavity due to the use of a inappropriate adapted removable prosthesis. **Objectives:** The aim of this paper is to identify the prevalence, etiology, diagnosis and treatment of the most frequent lesions in patients that use prosthetic devices, warning dental professionals and students about the planning, preparation and placement of a dental prosthesis as well as guide to the possible consequences in the oral cavity when these are not good adapted. **Materials and Methods:** A literature review was made based on scientific studies that report cases and frequency of these lesions. **State of the art:** A great influence on the quality of life can be detected of dental prostheses patients, because without some dental elements, functional, psychological and social damages are possible to occur. When defects happen in the preparation of prostheses, the oral mucosa gets vulnerable to injuries and inflammations, which may bring some situations of discomfort and pain to the patient. **Conclusions:** It was found that the most frequent lesions in patients with badly adjusted devices are prosthetic stomatitis, angular cheilitis, traumatic ulcers, inflammatory fibrous hyperplasia, candidiasis and leukoplakia, and these type of lesions are easily prevented if the appropriate adjustments are made by the professional after the prosthesis' installation, directing the patient about the techniques of hygiene and tracking the patient in periodic controls.

Keywords: Dental prosthesis, oral pathology, oral manifestations, removable prosthesis.

ÍNDICE GERAL

Capítulo I	1
1. Introdução	1
2. Objetivos	3
3. Materiais e Métodos	4
4. Estado actual do tema	5
4.1 Estomatite Protética.....	7
4.2 Queilite Angular.....	8
4.3 Úlcera Traumática	8
4.4 Hiperplasia Fibrosa Inflamatória	9
4.5 Candidíase.....	11
4.6 Leucoplasia.....	12
5. Conclusão	13
6. Bibliografia	14
Capítulo II - Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio supervisionado	17
1. Relatório de Atividades por Unidade Curricular.....	17
1.1 Estágio em Clínica Geral Dentária	17
1.2 Estágio em Clínica Hospitalar	18
1.3 Estágio de Saúde Oral Comunitária.....	18
2. Considerações Finais das Atividades de Estágio.....	20

ÍNDICE DE ABREVIACÕES

PPR	Prótese Parcial Removível
PT	Prótese Total
QV	Qualidade de Vida
EP	Estomatite Protética
QA	Queilite Angular
DVO	Dimensão Vertical de Oclusão
HFI	Hiperplasia Fibrosa Inflamatória

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Atos Clínicos Realizados na Clínica Geral Dentária	17
Tabela 2: Atos Clínicos Realizados no Estágio Hospitalar.....	18
Tabela 3: Atividades Realizadas no Estágio de Saúde Oral Comunitária.....	20

Capítulo I

1. Introdução

Actualmente, em paralelo com o envelhecimento da população, doenças próprias desse grupo ganham maior expressão, como por exemplo a deterioração da saúde oral. Entre as principais alterações orais encontradas nos idosos estão as perdas dentárias.^(1,2) Para a recuperação da capacidade mastigatória, a melhoria do aspecto estético e funcional dos indivíduos acometidos pela perda dentária está indicada a prótese dentária, que de acordo com “The Glossary Of Prosthodontic Terms” é definida como instrumento artificial de reposição de um ou mais dentes e/ou estruturas associadas.

As próteses dentárias podem ser classificadas em: removíveis, que permitem ao paciente coloca-las ou retirá-las da boca; e as fixas, que objetivam substituir parcialmente ou totalmente a coroa de um ou mais dentes, podendo estas serem aplicadas sobre dentes naturais ou sobre implantes, não podem ser removidas sem o auxílio de um médico dentista. É uma boa escolha como plano de tratamento quando existe parte da estrutura do dente, pois permite-nos ter uma abordagem mais conservadora.

As próteses removíveis são eventualmente as mais usadas devido ao custo mais acessível. Estas podem ser classificadas como: parciais e totais. Quando a prótese parcial removível (PPR) é suportada apenas por dentes pilares, nomeamos como próteses dento-suportada, já nas ocasiões que a prótese é suportada por dentes e fibromucosas, denominamos prótese dento-mucosuportada e nos casos das próteses totais (PT) chamamos de próteses mucosuportadas pois são suportadas apenas pelas fibromucosas.

As próteses funcionam como um dos meios de manutenção da saúde dos dentes remanescentes e dos tecidos orais fazendo com que a força aplicada nos dentes pilares e nas fibromucosas e seus efeitos, sejam importantes factores a serem considerados na hora de realizar um prótese removível.⁽³⁾

A ausência de peças dentárias e as consequências do uso inadequado das próteses removíveis tem impacto negativo na qualidade de vida (QV) quer a nível social como psicológico do paciente.⁽⁴⁾ A reabilitação protética é utilizada para restabelecer a saúde oral e estética facial, a perda dentária leva a alterações na QV interferindo na autoestima e nos relacionamentos interpessoais do indivíduo.^(1,2,5,6,7)

É frequente na prática clínica observarmos pacientes com relato de incómodo e dificuldade em usar a prótese dentária, o que pode estar associado a lesões orais decorrentes do uso de prótese mal adaptada e/ou higienização inadequada da mesma.

Um estudo com o objetivo de relacionar o uso de próteses com o aparecimento de lesões orais em 30 pacientes com PT verificou que as lesões mais frequentes eram: candidíase, hiperplasias e úlceras traumáticas e que 84% dos pacientes faziam uso de prótese com adaptação insatisfatória.⁽⁸⁾ Diversos estudos associam varias lesões na mucosa tais como: bolhas, aftas, queilite angular, úlceras, inflamações, estomatite protética e hiperplasias, ao uso de próteses dentárias.

Presume-se que para o sucesso do tratamento protético, as etapas de confecção e os ajustes adequados da prótese sejam feitos corretamente pelo profissional, sendo de extrema importância que o médico dentista oriente seu paciente de forma clara sobre os cuidados e higienização da mesma.

2. Objetivos

As próteses dentárias removíveis tem como principal objetivo devolver a estética e a função, embora em determinadas situações possam causar danos aos tecidos orais adjacentes. O presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre as manifestações orais associadas ao uso de próteses removíveis mal adaptadas, com o objetivo de identificar a prevalência, etiologia, diagnóstico e plano de tratamento das lesões na cavidade oral em pacientes que usam prótese dentária. De igual modo pretendemos alertar os profissionais e estudantes da área de medicina dentária relativamente aos cuidados no planeamento, confecção e colocação de uma prótese, assim como orientar sobre as possíveis consequências na cavidade oral quando estas estão mal adaptadas.

3. Materiais e Métodos

Este estudo iniciou-se com uma extensa recolha bibliográfica, tendo sido efectuado uma pesquisa em livros, monografias, teses de mestrado e em revistas científicas na área da medicina dentária.

Procedeu-se a uma busca nas bases de dados bibliográficas em bibliotecas on-line e nos motores de pesquisa on-line da PubMed, ScienceDirect, ResearchGate, SciELO.

Como resultado desta pesquisa reuniram-se 44 artigos publicados entre os anos 2002 e 2018. Após a sua leitura e análise foram considerados 39 publicações que apresentavam informações com relevância para a execução deste trabalho e que apresentavam metodologia científica adequada para as conclusões neles enunciadas.

Nas diversas pesquisas efectuadas utilizaram-se as seguintes palavras-chave: Prótese removível, lesões orais, próteses mal adaptadas, candidíase, lesões crônicas, hiperplasias. As mesmas palavras também foram utilizadas nas respectivas traduções em Inglês e Espanhol.



4. Estado actual do tema

A perda dentária tem um forte impacto pois além de causar danos funcionais, é capaz de desequilibrar a organização psíquica e social do paciente.

Em 2018 realizou-se um estudo com objetivo de avaliar a influência do uso de próteses removíveis sobre a QV de voluntários que usam e não usam próteses removíveis. Nesse estudo os voluntários foram divididos em grupos de acordo com a sua condição de reabilitação, grupo 1 – pacientes que não usam prótese, mas que precisam de tratamento; grupo 2 – pacientes que usam PPRs e grupo 3 – pacientes que usam PT. Depois dos pacientes serem avaliados foi possível notar que no grupo 1, apresentou mais indivíduos com impacto elevado sobre a QV (33%), em comparação aos grupos 2 e 3, com percentuais observados de 24% e 28% respectivamente. Considerando que todos os voluntários tiveram impacto na QV, foi possível concluir que o edentulismo em si causa um impacto no bem-estar do paciente.⁽⁵⁾

Em 2002 foi realizado um estudo com o objetivo de caracterizar a situação de idosos que usam PT, relativamente às condições das próteses e satisfação do paciente. 103 participantes com mais de 60 anos responderam a um formulário abordando questões referentes à saúde oral e foram submetidos a um exame clínico, verificou-se que mais de 50% dos idosos relataram estar insatisfeitos com as suas próteses dentárias pelos seguintes motivos: as próteses estavam soltas (31%), não conseguiam cortar os alimentos (24%), estavam gastas (24%), traumatizavam (18%), possuíam fraturas (8%) e razões estéticas (4%).⁽⁹⁾

A mucosa oral é de extrema importância para a proteção dos tecidos adjacentes, estando constantemente vulnerável a ferimentos e inflamações. Quando há falhas na confecção das próteses, estas podem originar lesões orais que aumentam gradativamente com o tempo de utilização da prótese, podendo trazer algumas situações de desconforto e dor para o paciente.^(10,11)

Vários estudos afirmam que quando exposta a agressões, a mucosa oral fica sujeita a um série de manifestações e que em alguns casos, o paciente pode apresentar várias lesões ao mesmo tempo.^(12,13,14) Um destes estudos afirma que tais lesões podem desenvolver-se devido à

ação de diferentes agentes etiológicos, resultando numa alta frequência de lesões na população. ⁽¹¹⁾

O processo de planeamento das próteses removíveis e a análise da factores como: a articulação temporomandibular, defeitos das margens cervicais, rebordo alveolar, extensão e adaptação da prótese, presença de áreas pontiagudas e doenças sistêmicas precisam ser analisados com cuidado e acompanhados pelo profissional para que a reabilitação protética tenha êxito. ⁽¹²⁾

O paciente deve ser informado que as lesões orais associadas às próteses removíveis normalmente aparecem nas primeiras semanas de uso sendo importante fazer as consultas de controlo ao fim de 8-15 dias após colocação das mesmas. Nessas sessões os ajustes devem ser avaliados novamente e, se necessário refinados. ⁽²⁾

As lesões ocasionadas pelas próteses podem ser classificadas como: agudas e crónicas. São classificadas como agudas aquelas surgem de forma repentina (exemplo: úlceras traumáticas e rânulas) e as lesões crónicas clinicamente aparecem com alteração gradativa do tecido oral em que a prótese se suporta (exemplo: queilite angular, candidíase, estomatite protética). ⁽¹²⁾



Um estudo analisou a prevalência de lesões dos tecidos moles causadas por próteses removíveis e observou-se que 39,5% dos pacientes apresentavam algum tipo de lesão causada por prótese removível. As lesões encontradas foram estomatite protética 78,0%, hiperplasia fibrosa 14,8%, queilite angular 4,9% e hiperplasia papilar inflamatória 2,3%. ⁽¹⁰⁾

4.1 Estomatite Protética

A estomatite protética (EP) em conjunto com as hiperplasias papilares inflamatórias e as úlceras traumáticas, são relatadas como as mais frequentes. Segundo uma pesquisa realizada em 2017 a EP tem sido considerada a lesão bucal mais observada em pacientes que usam próteses removíveis, apresentando uma prevalência de 60 a 72%.^(14,15)

A EP é definida como uma inflamação da mucosa subjacente à prótese removível, mais frequentemente associada à região do palato.^(16,17) Tal patologia pode ser causada por diversos factores, com causas de origem sistémica e locais tais como o uso contínuo da prótese, porosidade da resina, traumas da mucosa e déficit na higienização.^(16,17,18,19)

Clinicamente é caracterizada por um processo inflamatório que apresenta eritemas difusos que envolve principalmente a mucosa do palato duro, quando as manifestações são mais graves podem estar presentes pequenas pápulas e erosões.^(16,17,20)

Nos pacientes que usam próteses totais a EP normalmente está associada à presença da candidíase eritematosa. Esta patologia é caracterizada por uma variedade de graus de eritema, algumas vezes acompanhadas por petéquias hemorrágicas, localizada na área de contato com uma prótese removível. Ainda que o aspecto clínico chame atenção por vezes é assintomática.⁽²¹⁾

Alguns pacientes que apresentam essa patologia admitem o uso inadequado da prótese dentária, removendo-a poucas vezes para limpeza, contudo não se pode afirmar que a EP represente uma infecção por *C. Albicans* mas sim uma resposta tecidual do hospedeiro aos vários micro-organismos presentes na superfície interna da prótese.⁽²¹⁾

Para o respectivo tratamento é necessário remover os factores sistémicos e locais que podem estar ocasionando a patologia. O tratamento da EP tem relação com a higiene oral do paciente e da prótese identificando se há outros factores predisponentes e caso afirmativo corrigindo-os, rebasando ou confeccionando uma nova prótese.^(16,18)

De igual modo, um tratamento curativo deve ser instituído, incluindo avaliação e tratamento de doenças sistémicas que debilitam o sistema imunológico e o uso de antifúngicos para

eliminação da infecção dos tecidos.⁽¹⁸⁾

4.2 Queilite Angular

A queilite angular (QA) é um processo inflamatório caracterizado por eritema, fissuras, erosão, edemas e descamação que envolvem as comissuras labiais de forma uni ou bilateral. É mais comum em pacientes com dimensão vertical de oclusão (DVO) diminuídas provocando pregas profundas nos ângulos laterais da boca. Acredita-se que essa manifestação se dá por causa da saliva que tende a acumular-se nesta região, mantendo-as húmidas e assim favorecendo a infecção por fungos.⁽²²⁾

O restabelecimento da DVO é de extrema importância pois se estiver aumentada o paciente pode ficar com dificuldades na mastigação e comunicação e quando diminuída dá ao paciente um aspecto envelhecido.

É fundamental para o tratamento a correção dos factores que desencadeiam a QA, a adequação de prótese dentária e a aplicação de antifúngicos e antibióticos tópicos por tempo prolongado.⁽²²⁾ Também é de extrema importância a profilaxia, a manutenção da higiene e a desinfecção adequada das próteses dentárias, sendo estas fontes potenciais de contaminação.^(21,22,23)

4.3 Úlcera Traumática

A úlcera traumática caracteriza-se por uma área central de ulceração recoberta ou não por membrana fibrinopurulenta circundada por halo eritematoso.⁽²⁴⁾ Esta patologia apresenta os seguintes aspectos clínicos: limites bem definidos, com bordas firmes e elevadas, superfície hemorrágica, eritematosa e esbranquiçada.^(11,22,23) São extremamente dolorosas (principalmente durante a ingestão de alimentos) e podem ou não estar associadas à hiperplasia fibrosa inflamatória.

As úlceras traumáticas habitualmente estão relacionadas com um factor irritante como por exemplo trauma oclusal, mordida da mucosa, objetos pontiagudos, traumas causados pela escova de dentes, próteses mal adaptadas, aparelhos ortodônticos, queimaduras elétricas, térmicas ou químicas. A língua, a mucosa e o lábio inferior são mais susceptíveis a esses

traumas, ainda que outros lugares possam também ser afetados, dependendo da etiologia.^(23,24)

Numa pesquisa desenvolvida em 2008 estudou-se as lesões mais frequentes em pacientes que usam PT, além da candidíase e da hiperplasia, verificou-se que 4,76% dos indivíduos apresentavam úlceras traumáticas.⁽¹⁵⁾ Já noutro estudo realizado em 2004 as úlceras traumáticas tiveram presente em 6,3% dos pacientes que usam prótese dentária.⁽⁸⁾

Com o objetivo de evitar possíveis situações clínicas, o médico dentista deve colocar a prótese em boca e ter especial atenção nos limites da mesma, pois frequentemente estão em sobrextensão. É igualmente importante o ajuste oclusal de modo a distribuir as cargas de forma eficaz e uniforme respeitando a área chapeável.

O tratamento consiste na remoção do agente causador e medidas paliativas como corticoides e antiinflamatórios tópicos. Quando o agente etiológico é a prótese mal adaptada, além do tratamento sintomático da lesão com medicamentos analgésicos, deve-se corrigir ou substituir a prótese.^(11,22,24,25)

4.4 Hiperplasia Fibrosa Inflamatória

A hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI), também conhecida como epúlide fissurada, pólipos fibro-epitelial e hiperplasia traumática é uma lesão que clinicamente caracteriza-se por pregas de tecido hiperplásico no vestíbulo alveolar, habitualmente coincidente com o rebordo da prótese. Esta lesão pode atingir dimensões variadas, podendo ainda estender-se por todo o rebordo.^(20,22,23,24,26)

A HFI além de ser assintomática é uma lesão exofítica ou ocasionalmente pediculada e de coloração semelhante à da mucosa".⁽²⁷⁾ Em 2011 foi realizado um estudo com 28 pacientes que usam prótese dentária e uma das lesões mais frequentes foi a hiperplasia fibrosa inflamatória, presente em cerca de 29,42% dos casos estudados, quanto ao local das lesões, destacou-se que a hiperplasia fibrosa inflamatória foi mais frequente na mucosa alveolar, apresentada por 50% dos pacientes estudados.⁽²⁶⁾

A HFI pode ser derivada de uma câmara de sucção como uma das manifestações orais mais

frequentes em pacientes que usam próteses dentárias.⁽²⁷⁾Antigamente usavam-se as câmaras de sucção (também chamadas de câmaras a vácuo), que entretanto caíram em desuso em consequência da força excessiva de retenção obtida devido a pressão negativa criada pela prótese.

Numa pesquisa realizada em 2011 foram citados diversos modos de tratar os danos causados pela câmara de sucção, como a suspensão temporária da prótese até diminuir a lesão e ajustes na prótese (exemplo: preencher gradativamente a câmara com cimento cirúrgico, pasta zinco-eugenólica ou com guta-percha).⁽²⁸⁾Logo, devido aos avanços científicos e tecnológicos, foi possível notar os transtornos que as câmaras de sucção causavam para o paciente e para o médico dentista, assim foram deixando de ser utilizadas.

A principal etiologia da HFI deve-se a uma da prótese mal adaptada, bordas cortantes, acabamentos inadequados e que fazem pressão excessiva sobre a mucosa. Para alguns autores, são lesões iatrogênicas de responsabilidade do médico dentista.⁽¹⁵⁾ Em contrapartida, para outros a HFI frequentemente localizada no palato duro apresenta causas incertas, ainda que também possa estar associadas com a prótese mal adaptada, pode estar relacionada com a má higienização.^(22,23,29)

Em 2008 foi realizado um estudo no qual foram examinados 94 pacientes de ambos os sexos, todos com próteses dentárias removíveis. A análise dos dados foi feita de acordo com a prevalência das lesões. A hiperplasia fibrosa inflamatória esteve presente em 42,5% dos pacientes estudados e foi a segunda lesão mais encontrada. Desse resultado 39,3% apresentavam falhas na estabilidade da prótese e em 45,7%, as lesões estavam localizadas no rebordo alveolar superior.⁽¹⁵⁾

Como prevenção o médico dentista deve ter a certeza de que não existem defeitos na área de assentamento da prótese, observar se a superfície está corretamente polida, se as áreas de freios não possuem ângulos com pontas cortantes e se não estão muito espessas e se as bordas estão corretamente arredondadas e lisas sem sobre-extensão.⁽³⁰⁾

Alguns estudos apontam que o tratamento ideal para a hiperplasia fibrosa inflamatória consiste na suspensão do agente causador, com sua correção ou substituição.^(11,22,26,31) Outros acreditam que o tratamento de escolha é a remoção cirúrgica da lesão, com uma pequena

margem de segurança e em alguns casos, pode-se utilizar o laser e a micro abrasão.⁽²⁸⁾

4.5 Candidíase

A candidíase é uma doença fúngica originada pelo *Cândida albicans*. Tal agente causador é encontrado com facilidade na cavidade oral, principalmente na mucosa palatina.^(21,22,14)

Clinicamente a lesão inicia-se como pontos hemorrágicos e evolui para um eritema adjunto de um edema. A candidíase pode ter aparência membranosa branca amarelada ou acinzentada, a superfície não se apresenta de forma regular e tem aspecto brilhante.⁽²²⁾ Quando é feita a limpeza da região lesionada, em alguns casos, é comum encontrar úlceras com hemorragia. Estes tipos de lesões chamamos de *cândida atrófica*.

Antigamente, a candidíase era uma patologia considerada oportunista, ou seja, que afetava apenas pacientes já acometidos por outras doenças. Apesar de ainda hoje a grande maioria dos pacientes que apresentam candidíase são de fato portadores de outra doença, os clínicos atualmente reconhecem que a candidíase oral pode se desenvolver em pacientes saudáveis.⁽²¹⁾

Alguns estudos mostram que a presença de *cândida albicans* é maior nos pacientes que usam prótese dentária.^(6,14,22) Numa pesquisa realizada em dois grupos de idosos (acima de 60 anos) – sendo o GRUPO A, composto por 48 pacientes com próteses removíveis; e o GRUPO B, composto por 43 pacientes que não usavam prótese dentária –, o fungo *Cândida albicans* foi encontrado em 83,3% dos pacientes que utilizam próteses e em 53,5% dos pacientes que não faziam uso da mesma. Porém, em 24 pacientes de ambos os grupos a presença de sinais clínicos e sintomas da candidíase oral foi verificada (26,4%). Ou seja, há uma associação significativa entre a presença do fungo na cavidade oral em relação a candidíase e ao uso da prótese.⁽⁶⁾

A má higienização associada com o trauma da prótese, pode ser um factor predisponente para ocasionar uma candidose.⁽³²⁾ Outros fatores causadores dessa injúria são deficiências nutricionais, doenças metabólicas, drogas antibacterianas, deficiência orgânica das glândulas salivares e imunossupressão".⁽¹⁴⁾

Para o tratamento da candidíase é necessário o tratamento da mucosa associado ao tratamento da prótese.^(6,22) De acordo com o grau e o tipo de infecção, o tratamento com

antifúngicos tópicos da mucosa pode ser satisfatório. A limpeza e o polimento da prótese deve ser feita de maneira eficaz para o sucesso do tratamento protético, além da troca da mesma quando necessário.

4.6 Leucoplasia

Entre as lesões pré-malignas e malignas a leucoplasia é a mais conhecida, tal lesão é de especial interesse na população idosa, uma vez que a sua taxa de incidência é superior à verificada em indivíduos jovens.⁽³³⁾ As leucoplasias são definidas clinicamente como manchas de coloração branca acinzentada, de textura irregular e superfície lisa, não é possível remover com uma raspagem, normalmente são assintomáticas o que faz com que sejam diagnosticadas casualmente durante uma consulta de rotina.^(34,35)

Neoplasias orais são derivadas de diversos factores como estilo de vida, tabagismo, alcoolismo, hábitos dietéticos e exposições excessivas a radiações solares, combinados com uma predisposição genética estão fortemente associados.^(32,36) Esses tipos de lesões também podem ser provocadas por traumatismos, como as superfícies basais de próteses dentárias mal adaptadas, com muito tempo de uso, quebradas, mal higienizadas, DVO inadequada e confeccionadas por profissionais inabilitados.^(32,37)

Num estudo realizado em 2005 foram examinados clinicamente 5100 pacientes e o objetivo desse estudo era determinar se existia lesões na cavidade oral, as características das lesões, factores etiológicos, estado dentário, álcool, tabaco, trauma, uso de prótese e se estas foram ou não bem adaptadas. É comum observar várias patologias orais em idosos, devido ao processo de envelhecimento, envolvimento sistémico da complexidade, factores nutricionais além do uso de prótese dentária. De acordo com essa pesquisa 64% dos indivíduos apresentaram mais de uma lesão simultaneamente, sendo o tabaco e seus derivados o factor de risco mais forte, seguido pelo uso de próteses defeituosas. Entre as lesões encontradas foi citada a leucoplasia, a qual esteve presente em 22% dos pacientes.⁽³⁸⁾

A prevalência mundial da leucoplasia oral é de cerca de 2%, sendo a mais comum das lesões com potencial de malignização. A taxa anual varia de 4% a 6%, mas pode alcançar 17,5%.⁽³⁵⁾

O tratamento da leucoplasia consiste primeiramente em eliminar os factores que

desencadearam a patologia. Elementos que podem ter ocasionados traumas mecânicos como superfícies dentárias rugosas e próteses mal ajustadas devem ser removidas. Se o paciente é fumador ou consumidor frequente de álcool o médico dentista deve recomendar a suspensão desses hábitos.^(34,39) Em seguida se houver suspeita de infecção por *Cândida albicans*, é preciso estabelecer um tratamento antifúngico tópico. A incisão cirúrgica e o tratamento com laser de CO₂, que está a ser muito utilizada como tratamento da leucoplasia oral e tumores malignos.^(35,38)

5. Conclusão

Após uma extensa pesquisa literária, foi possível verificar que há uma variedade de lesões que afectam a cavidade oral devido á falta de orientação, de higienização e principalmente devido á presença de próteses mal adaptadas.

As lesões mais recorrentes em pacientes com próteses mal ajustadas foram: estomatite protética, queilite angular, úlceras traumáticas, hiperplasia fibrosa inflamatória, candidíase, leucoplasia.

A prevalência dessas lesões encontradas em tecidos moles relacionados ao uso de próteses removíveis podem ser evitadas através de medidas preventivas como por exemplo estabelecer um plano de tratamento eficiente; seguir corretamente os passos de confecção e colocação das próteses; realizar os ajustes adequados; respeitar os limites da área chapeável; analisar se há uma boa adaptação da prótese dentária na fibromucosa; orientar adequadamente quanto aos cuidados que deve ter com a prótese e agendar sempre que necessário consultas para controlo.

6. Bibliografia

- 1) Agostinho ACMG, Campos ML, Da Silveira JLGC. Edentulism, denture wearing and self-perceived of oral health among elderly. *Rev Odontol UNESP*. 2015;44(2):74–9.
- 2) Azevedo JS, Azevedo MS, Oliveira LJC de, Correa MB, Demarco FF. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010): prevalências e fatores associados. *Cad Saude Publica [Internet]*. 2017;33(8):1–12.
- 3) Amaral BA Do. Estudo Clínico Longitudinal Comparativo da Condição Periodontal de Pilares Diretos de Próteses Parciais Removíveis Dento-Suportada e Dento-Muco-Suportada. *Pesqui Bras Odontoped Clin Integr [Internet]*. 2009;9(3):381–8.
- 4) Silva E, Nunes ED, Nico LS, Andrade SSC de A, Malta DC, Pucca Júnior GA, et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Cien Saude Colet*. 2010;11(3):841–50.
- 5) Nepomuceno NVDA, Machado CTDA, Lima LDO, Ribeiro CMB, Vanderlei AD. REABILITAÇÃO PROTÉTICA: sua influência na qualidade de vida. *RvAcBO*, 2018;28(1):9–15.
- 6) Bianchi CMP de C, Bianchi HA, Tadano T, Depaula CR, Hoffmann-Santos HD, Leite DP, et al. Factors related to oral candidiasis in elderly users and non-users of removable dental prostheses. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2016;58(3):6–10.
- 7) Gondivkar MS, Bhowate RR, Gadbail AR, Sarode SC, Patil S. Quality of life and oral potentially malignant disorders: Critical appraisal and prospects. *World J Clin Oncol*, 2018; 9(4): 56-59.
- 8) Grecca KAM, Júnior SW, Tomitta NE, et al. Uso de próteses totais e lesões em tecidos moles na terceira idade. *PCL*, 2002;4(22):496-501.
- 9) Braga SRS, Telarolli JR, Braga AS. et al. Avaliação das condições e satisfação com as próteses em idosos da região central do estado de São Paulo (Brasil). *Rev. Odontol. Unesp*, 2002;31(1):39-48.
- 10) Maciel SSV Prevalência das Lesões de Tecidos Moles Causadas por Próteses Removíveis nos Pacientes da Faculdade de Odontologia de Caruaru, PE, Brasil. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr [Internet]*. 2008;8(1):93–7.
- 11) Farias ABL de, Cardoso AJO, Cardoso SO, Filho MG de O, Cardoso M do SO. Lesões da mucosa oral em pacientes portadores de próteses dentárias: ilustrações clínicas e abordagem preventiva. *Rev Odonto [Internet]*. 2008;16(31):19–26.

- 12) Teles JACF. Lesões na Cavidade Oral associadas ao uso de Prótese Parcial Removível. Dissertação. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2010;1–46.
- 13) Goiato MC, Castelleoni L. Lesões Orais Provocadas Pelo Uso de Próteses Removíveis. *Redaluc.org*, 2005;5(1):85–90.
- 14) Freire JCP, Nóbrega MTC, Stéphanie Cariry Palhano Freire SCP, Ribeiro ED. Oral candidiasis in users of removable dental prostheses: associated factors. *Arch Health Invest*. 2017;6(4):159-161.
- 15) Bomfim IPR, Soares DG, Tavares GR, Santos RC, Araújo TP, Padilha WWN. Prevalência de Lesões de Mucosa Bucal em Pacientes Portadores de Prótese Dentária. *Redaluc.org*, 2008;8(1):117-121.
- 16) Arnaud RR, Soares MSM, Santos MGC, Santos RC. Estomatite Protética: Prevalência e Correlação Com Idade e Gênero. *R bras ci Saúde*, 2012;16(1):59-62.
- 17) Delgado A. Estomatite Protética: Uma visão atual. *Jornaldentistry*, 2016; 18-19.
- 18) Sesma N, Marimoto S. Estomatite protética: etiologia; tratamento e aspectos clínicos. *Journal Of Biodentistry And Biomaterials*, 2011,(2); 24-29.
- 19) Nobre IBB; Athais RB. Lesões bucais causadas pelo uso de próteses dentárias removíveis. TCC. Rondônia: Centro Universitário São Lucas; 2017.
- 20) Teixeira PC. Prevalência de Estomatite Protética numa população portadora de Prótese Total. Dissertação. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2017.
- 21) Neville BW, Damm D, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
- 22) 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.
- 23) Neville BW, Damm D, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004..
- 24) Carli JP, Giarretta BM, Vieira RR, Linden MSS, Ghizoni JS, Pereira JR. Lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis. *SALUSVITA*, 2013(32);103- 115.
- 25) Peixoto APT, Peixoto GC, Alessandretti R. Relation Between the Use of Removable Prosthesis and Traumatic Ulcer - Literature Review. *Journal Of Oral Investigations*, 2015(4); 26-32.

- 26) Paraguassú GM, Pimentel PA, Santos AR , Gurgel CAS. 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
- 27) Melo M, Faria AVL, Arantes BM, Borges RN, Freitas GC. Tratamento de hiperplasia Fibrosa Inflamatória pelo método de compressão gradual - Caso Clínico. *Sci Invest Dent* 2016; 21(1):19-23.
- 28) Barbosa TPM, Santana TS, Júnior RML, Batista JR, Silveira LF, Freita AP. Lesões bucais associadas ao uso de prótese total. *Rev.Saúde.Com*, 2011;7(2):133-142.
- 29) Falcão AFP, Lamberti PLR, Lorens FGL, Lacerda JA, Nascimento BC. Hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso e revisão de literatura. *R. Ci. Méd. Biol*, 2009(8); 230-236.
- 30) Teixeira SPC. Prevalência de Estomatite Protética numa população portadora de Prótese Total. Dissertação. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2017.
- 31) Peixoto APT, Peixoto GC, Alessandretti R. Relação entre o uso de prótese removível e úlcera traumática - revisão de literatura. *J Oral Invest*, 2015;4: 26-32.
- 32) Medeiros FCD, Silva TFA, Ferreira KA, Moura JMBO, Lima IPC e Seabra EJJ. Uso de prótese dentária e sua relação com lesões bucais. *Rev. salud pública*, 2015;(4): 603-611.
- 33) Real ISC, Figueiral MH, Campos JCR. As doenças orais no idoso – Considerações gerais. *rev port estomatol med dent cir maxilofac*, 2011; 52: 175-180.
- 34) Márquez MS, Castillo G, Fuentes C, Caballero Aguilar C, Fernández B. La leucoplasia oral. Su implicación como lesión precancerosa. *Avances en odontoestomatología*, 2008; 24:1-12.
- 35) Mogedas-Vegara M, Hueto-Madrid JA, Chimenos-Küstner E, Bescos-Atín C. Leucoplasia oral: qual a melhor conduta clínica?. Dissertação. Piracicaba: Universidade de odontologia de Lins/Unimep;2015.
- 36) Byakodi R, Byakodi S, Hiremath S, Byakodi J, Adaki S, Marathe K, et al. Oral cancer in India: an epidemiologic and clinical review. *Journal of community health*. 2012; 37(2):31-69.
- 37) Albrecht D, Regina MS, Zix J. Only a denture sore? Causes of a possible denture sore from a maxillary complete denture. *Schweizer Monatsschrift fur Zahnmedizin*. 2010;120(8):67-89.
- 38) Patil S, Doni B, Maheshwari S. Prevalence and Distribution of Oral Mucosal Lesions in a Geriatric Indian Population. *Canadian Geriatrics Journal*, 2015;18:11-14.
- 39) Escribano-Bermejo M, Bascones-Martínez A. Leucoplasia oral: Conceptos actuales. *Avances en Odontoestomatología*, 2009; 25: 83-97.

Capítulo II - Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio supervisionado

1. Relatório de Atividades por Unidade Curricular

1.1 Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária foi realizado na Clínica Universitária Filinto Baptista - Gandra, Paredes no período entre 11 de setembro de 2017 a 11 de julho de 2018. Este estágio foi supervisionado pela Prof. Doutora Maria do Pranto todas as segundas-feiras das 19:00 horas às 24:00horas. Neste estágio foi possível consolidar todos os conhecimentos adquiridos no âmbito da medicina dentária, permitindo uma abordagem completa ao paciente com o objetivo de diagnosticar, elaborar um plano de tratamento e tratar.

Os atos clínicos efetuados durante este período estão indicados na tabela 1.

Atos clínicos	Operador	Assistente	Total
Destartarização	5	3	8
Restauração	8	6	14
Exodontia	6	6	12
Endodontia	1	1	2
Outros	6	7	13
Totais	26	23	49

Tabela 1: Atos Clínicos Realizados na Clínica Geral Dentária

1.2 Estágio em Clínica Hospitalar

O Estágio em Clínica Hospitalar foi realizado no Hospital Padre Américo – Centro Hospitalar do Tâmega e Souza em Penafiel as terças-feiras entre as 14:00horas e as 17:00h, no período de 12 de setembro de 2017 a 12 de julho de 2018. Este estágio decorreu sob a regência do Dr. Fernando Figueira e supervisionado pelo Mestre Tiago. Neste estágio foi possível o atendimento em pacientes com necessidades mais complexas, tais como: pacientes com limitações motoras, com patologias graves, transmissíveis, pacientes polimedicados e que necessitam de acompanhamento recorrente.

Os atos clínicos realizados neste estágio encontram-se discriminados na Tabela 2.

Atos Clínicos	Operador	Assistente	Total
Destartarização	6	9	15
Restauração	23	18	41
Exodontia	7	28	35
Endodontia	0	1	1
Outros	5	11	16
Total	41	67	108

Tabela 2: Atos Clínicos Realizados no Estágio Hospitalar.

1.3 Estágio de Saúde Oral Comunitária

O Estágio em Saúde Oral comunitária decorreu desde Setembro de 2017 até Junho de 2018, tendo sido realizado as segundas-feiras das 09:00horas e as 13:00horas sob a supervisão do Professor Paulo Rompante. As atividades aconteceram em duas etapas: a primeira decorreu no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, onde foram elaborados planos de atividades

para grávidas, adultos seniores, HIV + e indivíduos com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), crianças 0-5 anos, crianças 6-7 anos, crianças 8-9 anos e adolescentes, tendo por base o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) da Direcção Geral da Saúde (DGS), Ministério da Saúde de Portugal Continental. Na segunda etapa foi realizada a promoção da saúde oral e o levantamento de dados na Escola Básica das Saibreiras seguindo um cronograma aprovado pelo Professor Paulo Rompante.

Atividades realizadas neste estágio encontram-se Tabela 3.

Datas	Atividades realizadas na escola básica das Saibreiras
05/02	Educação em saúde oral + Desenhos para colorir sobre higienização oral turma T5
19/02	Educação em saúde oral + Desenhos para colorir sobre higienização oral turma T6
26/02	Levantamento de dados + Implementação de escovagem turma T5 (1/3 dos alunos)
05/03	Levantamento de dados + Implementação de escovagem turma T6 (1/3 dos alunos)
12/03	Levantamento de dados + vídeos e músicas alusivas á saúde oral turma T5
19/03	Levantamento de dados + vídeos e músicas alusivas á saúde oral turma T6
09/04	Levantamento de dados + Implementação de escovagem turma T5 (2/3 dos alunos)
16/04	Levantamento de dados + Implementação de escovagem turma T6 (2/3 dos alunos)
23/04	Levantamento de dados + Jogos educativos sobre higiene oral turma T5
30/04	Levantamento de dados + Jogos educativos sobre higiene oral turma T6
14/05	Levantamento de dados + Implementação de escovagem turma T5 (3/3 dos

	alunos)
21/05	Levantamento de dados + Implementação de escovagem turma T6 (3/3 dos alunos)
28/05	Avaliação

Tabela 3: Atividades Realizadas no Estágio de Saúde Oral Comunitária.

2. Considerações Finais das Atividades de Estágio

A experiência que obtive durante os estágios foi indispensável para consolidar conhecimentos adquiridos nos anos de estudo. Com os três estágios em âmbitos distintos foi possível se deparar e tratar pacientes de diversas idades, patologias leves, graves, transmissíveis e não transmissíveis além de poder contar com uma diversidade de profissionais interessados em compartilhar conhecimentos e orientações fundamentais para nosso crescimento profissional.

Nos estágios foi dada a possibilidade de nos depararmos com uma variedade de situações e casos que podem ocorrer eventualmente do dia-a-dia de um médico dentista. Devido a isso, posso dizer que estes estágios me proporcionaram um grande crescimento pessoal e profissional.