

Prevalência das Lesões Bucais em Usuários de Próteses Removíveis¹

Prevalence of Buccal Lesions in Removable Denture Wearers

Renata Antunes Esteves*
Alexandre de Barros Igarashi**
Caroliny Augusta Faria da Conceição**
Aluísio Ferreira Celestino Júnior***
Antônio Inácio de Athayde****

Esteves RA, Igarashi A de B, Conceição CAF da, Celestino Júnior AF, Athayde AI de. Prevalência das lesões bucais em usuários de próteses removíveis. PCL 2005; 7(36):147-53.

O objetivo deste estudo foi avaliar a presença de lesões na mucosa oral de pacientes portadores de próteses removíveis de três instituições, bem como estudar o tempo e a forma de uso das próteses. Foram avaliados 103 pacientes, dos quais 82 eram usuários de próteses removíveis. Do total de 82 pacientes examinados, 63,41% apresentaram algum tipo de lesão de mucosa. No gênero feminino, 66,2% demonstraram algum tipo de lesão, enquanto que no gênero masculino, 45,45% apresentavam algum tipo de lesão, não sendo significativa estatisticamente. Os tipos de lesões encontradas foram, em ordem decrescente, a estomatite protética, em 36,58%; a hiperplasia papilomatosa inflamatória, em 19,51%; a úlcera traumática, em 13,41%; a queilite angular, em 9,75%; a hiperplasia fibrosa inflamatória e o rebordo flácido, em 7,32%. Observou-se importante relação entre a forma de uso contínuo do aparelho e a presença de tais patologias, com exceção da queilite angular.

PALAVRAS-CHAVE: Patologia bucal; Prevalência; Prótese dentária.

INTRODUÇÃO

A presença de lesões na mucosa oral de usuários de próteses dentárias é uma problemática evidente, em virtude da negligência quanto à higiene, bem como o uso de próteses mal adaptadas. A estomatite protética, a queilite angular, a úlcera traumática, a hiperplasia fibrosa inflamatória, a hiperplasia papilomatosa inflamatória e o rebordo flácido são as lesões ocasionadas por próteses mais frequentemente encontradas em portadores de próteses (Budtz-Jorgensen *et al.*, 1981; Feltrin *et al.*, 1987; Moskona, Kaplan, 1992; Gonçalves *et al.*, 1995; Zanetti *et al.*, 1996).

A estomatite protética (EP) é particularmente observada em usuários de próteses total superior (Iacopino *et al.*, 1992; Matear, 1999), sendo caracterizada por hiperemia, edema, inflamação moderada ou intensa (Barbachan *et al.*, 1995), e acredita-se ter etiologia multifatorial (Jeganathan *et al.*, 1992; Melo *et al.*, 1999; Walber *et al.*, 2000).

A queilite angular (QA) é uma lesão típica de pessoas idosas com dimensão vertical reduzida, o que favorece o acúmulo de saliva nas comissuras labiais, retendo umidade e permitindo a infecção por *Candida albicans* (Neville *et al.*, 1998).

¹ Resumo do trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário do Pará – CESUPA, para obtenção do grau de Cirurgião-dentista.

* Mestre em clínica integrada; Professora da disciplina de Prótese Total, oclusão e clínica integrada do CESUPA; Professora do curso de especialização em Prótese Dentária do CESUPA; Av. José Bonifácio, 788, ap.902. São Braz – CEP 66063-010, Belém, PA; e-mail: resteves@nautilus.com.br

** Cirurgião-dentista

*** Mestre em Odontologia Social; Professor de Microbiologia e Odontologia Preventiva do CESUPA

**** Especialista em Estomatologia; Professor da disciplina de Diagnóstico Bucal do CESUPA

A hiperplasia papilomatosa inflamatória (HPI) é uma lesão que acomete o palato duro, estando associada com o uso de próteses com câmara à vácuo (Navarro *et al.*, 1995; Peters *et al.*, 1996; Zanetti *et al.*, 1996) e uso constante do aparelho (Bauman *et al.*, 1977).

A hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI) caracteriza-se por roletes alongados de tecido junto às bordas do aparelho protético provocada por próteses mal adaptadas (Tamaki *et al.*, 1993; Bassi *et al.*, 1998; Kignel *et al.*, 1999; Coelho *et al.*, 2000).

A úlcera traumática (UT) é tida clinicamente como pequenas lesões dolorosas, cobertas por uma membrana necrótica, causada por próteses sobreestendidas e/ou com oclusão não balanceadas (Budtz-Jorgensen, 1981).

O rebordo flácido (RF) é visto mais comumente na porção anterior da maxila, sendo caracterizado por uma área alveolar móvel e resiliente, devido à substituição do osso por tecido fibroso (Budtz-Jorgensen, 1981; Feltrin *et al.*, 1987).

Ettinger (1975), em um estudo com 700 pacientes desdentados, encontrou uma incidência de 13,9% de hiperplasia papilomatosa inflamatória.

Analisando a mucosa bucal de 100 pacientes portadores de prótese total, Feltrin *et al.* (1987) encontraram a hiperplasia fibrosa inflamatória em 31,4% dos casos, estomatite protética em 18,6%, úlcera traumática em 15,3%, rebordo flácido em 13,6%, hiperplasia papilomatosa inflamatória em 10,2% e queilite angular em 0,85% dos casos.

Wilkieson *et al.* (1991) examinaram 137 pacientes idosos, dos quais 38% possuíam candidose atrófica crônica (CAC), e 26% dos pacientes apresentavam queilite angular (QA). Dos 38% dos portadores de próteses com CAC, 53% tinham QA associada.

Moskona *et al.* (1992) estudaram 298 pacientes, encontrando rebordo flácido em 23,8% dos casos, estomatite protética em 22,5%, queilite angular em 11,1%, hiperplasia por prótese em 10,4%, úlcera traumática em 10,1% e hiperplasia inflamatória em 5%.

Ao avaliar a prevalência das lesões de mucosa bucal causadas pelo uso de próteses removíveis, Gonçalves *et al.* (1995) encontraram, num total de 172 pacientes, 78% dos casos com candidose, 32% com hiperplasia, 14% com úlceras, e 9% com

queilite angular.

Cerri *et al.* (1996), avaliando 36 pacientes usuários de prótese total mucossuportadas, notaram uma prevalência de 27,8% de hiperplasia fibrosa inflamatória.

Ao avaliar 60 pacientes portadores de prótese parcial removível, Zanetti *et al.* (1996) encontraram uma incidência de 35% de estomatite protética, 15% de hiperplasia fibrosa inflamatória e 6,67% de úlcera traumática.

Penha (2001), avaliando 131 pacientes portadores de próteses removíveis, identificaram 46,6% destes com algum tipo de lesão associada ao aparelho. A lesão encontrada foi a estomatite protética (26,7%), a queilite angular (3,8%), a hiperplasia fibrosa inflamatória (3%) e a úlcera traumática (2,3%).

França *et al.* (2003) avaliaram 100 idosos, obtendo uma prevalência de 29% de estomatite protética, 13% de hiperplasia fibrosa inflamatória e 12% de hiperplasia papilomatosa inflamatória.

Diante da possibilidade de as próteses apresentarem potencialidade para reações tissulares na mucosa, faz-se importante avaliar a prevalência de lesões patológicas em pacientes portadores de próteses dentárias, bem como estudar o tempo e a forma de uso das próteses.

METODOLOGIA

Foram analisados 103 pacientes da Clínica Odontológica do CESUPA, idosos da casa de repouso Pão de Santo Antônio e idosos freqüentadores da Casa do Pão da Paróquia de São Francisco de Assis, portadores de próteses removíveis. O projeto desta pesquisa foi autorizado e aprovado pelo Comitê de Bioética em pesquisa do Centro Universitário do Pará em 7 de julho de 2004.

Os dados demográficos, anamnese e exame clínico foram coletados por três examinadores devidamente calibrados e anotados em um formulário elaborado para tal fim. Na anamnese foi questionado o tipo de prótese, tempo de uso (divididas em: menos de 5 anos, entre 6 e 10 anos, entre 11 e 20 anos e mais de 20 anos de uso) e a forma de uso desta (ou seja, se o aparelho era usado de forma contínua ou se o portador a removia para dormir). O exame clínico foi realizado sob luz artificial nas instituições citadas acima, com

atenção especial no rebordo superior e inferior, a fim de se diagnosticarem as referidas lesões.

Os dados foram tabulados e submetidos à análise descritiva. Os gêneros masculino e feminino foram submetidos ao teste qui-quadrado (χ^2), com nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Foram avaliados 103 pacientes portadores de próteses, dos quais 21 não faziam uso das próteses durante o exame ou já não a usavam mais, e não apresentavam nenhum tipo de lesão, por isso foram excluídos da tabulação dos dados. Dos 82 pacientes que se apresentavam com a prótese, 71 eram do gênero feminino e 11 do gênero masculino. A prótese total

superior foi observada em 78 pacientes e a prótese parcial superior, em quatro pacientes. Todas as lesões encontradas estavam presentes na arcada superior.

A idade dos pacientes examinados iniciou aos 30 anos, sendo que o maior número de pacientes variou nas idades entre 50 e 69 anos (47,5%). Pacientes com mais de 20 anos de tempo de uso da prótese foi o mais freqüentemente encontrado (29,3%).

Do total de idosos examinados, 52 (63,41%) apresentaram algum tipo de lesão de mucosa. Para o gênero feminino 66,2% demonstraram algum tipo de lesão, enquanto que no gênero masculino, 45,45% apresentavam algum tipo de lesão (Tabela 1), percentual este sem significância estatística ($\chi^2=1,766315$, $p=0,183839$).

TABELA 1: Número e percentual de portadores de próteses com e sem lesão, segundo o gênero.

	Pacientes				Número total	Percentual total
	F	%	M	%		
Com lesão	47	66,2	5	45,45	52	63,41
Sem lesão	24	33,8	6	54,55	30	36,59
Total	71	100	11	100	82	100

Fonte: CESUPA – Belém-PA, 2004.

As lesões encontradas foram a estomatite protética em 30 casos (36,58%), a hiperplasia papilomatosa inflamatória em 16 pacientes (19,51%), a úlcera traumática em 11 examinados (13,41%), a queilite angular em oito pacientes (9,75%), a hiperplasia fibrosa inflamatória e o rebordo flácido em seis casos (7,32%) (Gráfico 1).

A EP foi encontrada, em todos os casos (30), no arco superior, sendo todos os pacientes portadores de prótese total superior. A lesão foi encontrada, com mais freqüência, em pacientes com tempo de uso da prótese menor que 11 anos (56,6%) (Gráfico 2), e 86,7% dos pacientes faziam uso contínuo da prótese (Gráfico 3).

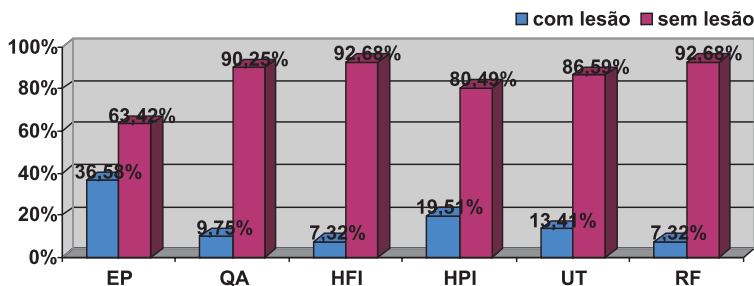


GRÁFICO 1: Percentual de portadores de próteses com e sem estomatite protética (EP), queilite angular (QA), hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI), hiperplasia papilomatosa inflamatória (HPI), úlcera traumática (UT) e rebordo flácido (RF). CESUPA – Belém-PA, 2004.

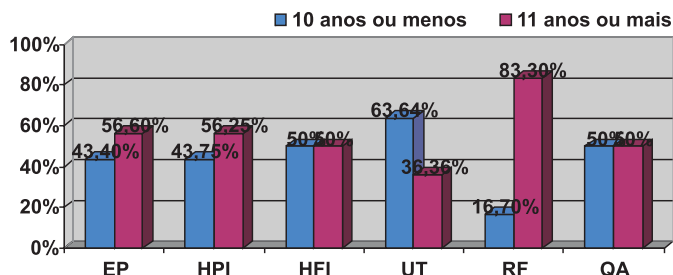


GRÁFICO 2: Percentual de casos de estomatite protética, hiperplasia papilomatosa inflamatória, hiperplasia fibrosa inflamatória, úlcera traumática e rebordo flácido, segundo o tempo de uso da prótese. CESUPA – Belém-PA, 2004.

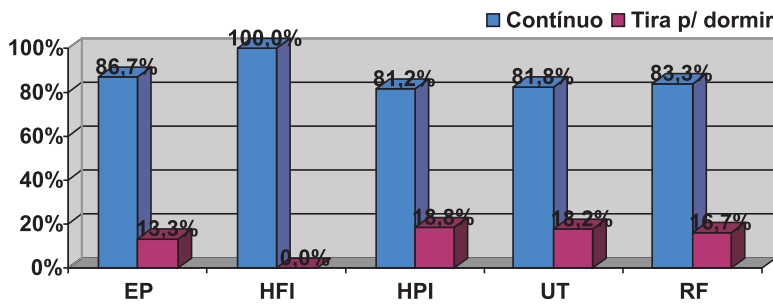


GRÁFICO 3: Percentual de casos de estomatite protética, hiperplasia fibrosa inflamatória, hiperplasia papilomatosa inflamatória, úlcera traumática e rebordo flácido, segundo a forma de uso da prótese. CESUPA – Belém-PA, 2004.

Nos 9,75% de QA, metade (50%) tinha a prótese, no mínimo, havia 11 anos (Gráfico 2). Notou-se que 37,5% de queilite angular estava associada à estomatite protética.

A HFI foi registrada em 7,32%. Todos os pacientes com esta lesão faziam uso contínuo da prótese e 50% das próteses tinham, pelo menos, 11 anos de uso (Gráfico 2).

Os 19,51% de HPI observados estavam associados com a câmara à vácuo das próteses totais. A maior parte dos pacientes com esta lesão (56,25%) tinha a prótese havia 11 anos de uso ou mais (Gráfico 2) e 81,2% não removiam a prótese para dormir (Gráfico 3).

Nos 13,41% de UT, 36,36% já usavam sua prótese atual havia pelo menos 11 anos (Gráfico 2). Apenas 18,9% dos pacientes com esta lesão removiam a prótese para dormir (Gráfico 3).

Todos os pacientes (7,32%) com RF tinham, pelo menos, 50 anos de idade. Em todos os casos, a lesão estava presente no rebordo anterior da maxila. A maioria dos pacientes com esta lesão (83,3%) tinha as próteses com tempo de uso de, pelo menos, 11 anos (Gráfico 2). Apenas 16,7% dos pacientes examinados, portadores desta lesão, removiam a prótese para dormir (Gráfico 3).

DISCUSSÃO

Infelizmente, boa parte dos idosos não têm noção da importância de se remover a prótese, pelos menos, durante a noite, e que isto pode ser um importante fator irritante e para acúmulo de microrganismos, potencializando o desenvolvimento de lesões. Entretanto, este fato também pode ter como causa o constrangimento do indivíduo de se apresentar sem seus dentes perante outras pessoas, mesmo que próximas.

Os pacientes que não faziam uso de suas próteses não foram excluídos do trabalho, pois eles, em algum momento de suas vidas, fizeram uso delas e, conseqüentemente, isso poderia ter ocasionado algum tipo de lesão, fato este não observado nos pacientes em questão.

Todas as lesões observadas estavam presentes na arcada superior, por isso as próteses inferiores, apesar de terem sido examinadas durante o estudo, foram desconsideradas.

Dos 82 pacientes avaliados, 52 (63,41%) apresentaram algum tipo de lesão. Feltrin *et al.* (1987) encontraram 93% de sua amostra com uma ou mais lesões e Gonçalves *et al.* (1995), Zanetti *et al.* (1996), Penha (2001), França *et al.* (2003) encontraram, respectivamente, 32%, 48,3%, 46,6% e 42% dos pacientes com lesão. As lesões foram encontradas, nesta pesquisa, de forma equilibrada no gênero feminino e masculino, não sendo este fator significativo estatisticamente ($\chi^2 = 1,766315$, $p = 0,183839$).

A EP foi a lesão mais freqüente (36,58%), estando de acordo com Gonçalves *et al.* (1995), Zanetti *et al.* (1996), Penha (2001), que encontraram uma prevalência, respectivamente, de 78%, 35% e 26,7%.

A EP, como se observou, é uma das lesões relacionadas ao uso de prótese mais comumente encontradas, possuindo etiologia multifatorial, por isso, além dos fatores locais como o trauma, infecção por *Candida albicans* e má higiene, os fatores sistêmicos como desordens sistêmicas, câncer, desnutrição, abuso de antibioticoterapia e uso de imunossupressores também podem ser considerados (Iacopino *et al.*, 1992; Barbachan *et al.*, 1995; Gonçalves *et al.*, 1995; Melo *et al.*, 1999; Walber *et al.*, 2000).

Neste estudo, observou-se que 86,6% dos

pacientes com EP faziam uso contínuo da prótese. Segundo França *et al.* (2003), este hábito é um fator importante para o surgimento desta lesão, pois proporciona abrigo a fungos, representando uma fonte de reinfecção da EP. Entretanto, Melo *et al.* (1999) afirmam que a remoção noturna da prótese não é um fator determinante para a proliferação de *Candida albicans* e conseqüente surgimento de EP.

A QA foi observada em 9,75% dos pacientes. Moskona *et al.* (1992) encontraram um prevalência de 11,1% desta lesão, enquanto Gonçalves *et al.* (1995) encontraram uma prevalência de 9%. De acordo com Budtz-Jorgensen (1981), a perda da dimensão vertical de oclusão, bem como a flacidez da pele na região de comissuras, produziria sulcos nestas, permitindo o acúmulo de saliva e, conseqüentemente, maceração e infecção secundária por leveduras.

Em 37,5% dos casos, a QA estava associada à EP. França *et al.* (2003) afirmam que a QA está freqüentemente relacionada com esta lesão, coincidindo com os achados de Wilkieson *et al.* (1991) que encontraram uma prevalência significativa de pacientes com QA associada a EP (54%).

A HPI foi encontrada em 19,51% dos pacientes avaliados. Ettinger (1975), Feltrin *et al.* (1987), França *et al.* (2003) encontraram, respectivamente, 13,9%, 10,2% e 13% de pacientes com esta lesão, entretanto Zanetti *et al.* (1996) não observaram nenhum caso desta lesão em seu estudo.

Todos os casos encontrados de HPI, nesta pesquisa, estavam relacionados a próteses com câmara à vácuo, condizente com as afirmações de Peters *et al.* (1996) de que a pressão negativa que a câmara à vácuo das próteses totais superiores exerce sobre os tecidos resulta em penetração da mucosa, caracterizando a lesão. Ettinger (1975), Tamaki *et al.* (1993) e Navarro *et al.* (1995) também corroboram com esta teoria.

A prevalência de HFI neste estudo foi de 7,32%. Zanetti *et al.* (1996) e França *et al.* (2003) encontraram em seus estudos 15% e 13%, respectivamente. Já no estudo de Feltrin *et al.* (1987), esta lesão foi encontrada com maior freqüência (31,4%), e Cerri *et al.* (1995) encontram um percentual de 27,8% da lesão em seu estudo.

Para Tamaki *et al.* (1993), Bassi *et al.* (1998),

Kignel *et al.* (1999), Coelho *et al.* (2000), a HFI teria como etiologia uma irritação crônica de baixa intensidade por próteses mal adaptadas.

A UT foi observada em 13,41% dos pacientes avaliados. Esta lesão foi encontrada por Feltrin *et al.* (1987), Moskona *et al.* (1992), Gonçalves *et al.* (1995), Zanetti *et al.* (1996), em um percentual de 15,3%, 10,1%, 14% e 6,67%, respectivamente.

Segundo Budtz-Jorgensen (1981), a UT se desenvolve freqüentemente após 1 a 2 dias da instalação da prótese. Nesta pesquisa, os pacientes que apresentaram esta lesão tinham a prótese atual, pelo menos, havia 5 anos. Baseado nisso, supõe-se que um número maior desta lesão poderia ser encontrada se houvesse um número maior de pacientes com próteses recém-instaladas.

O RF foi encontrando em apenas 7,32% dos pacientes examinados, contrapondo-se aos achados de Moskona *et al.* (1992), que encontraram esta lesão como a mais freqüente (23,8%). Feltrin *et al.* (1987), Gonçalves *et al.* (1995), Zanetti *et al.* (1996), França *et al.* (2003), em seus trabalhos, não encontraram nenhum caso de RF.

Segundo Budtz-Jorgensen (1981), o RF é encontrado freqüentemente na região anterior da maxila e, segundo Moskona *et al.* (1992), esta lesão é mais freqüente em pacientes com idade avançada, estando de acordo com os achados deste trabalho, nos quais os pacientes com a lesão tinham pelo menos 50 anos de idade e todos apresentavam a lesão no rebordo anterior da maxila.

O tempo de uso da prótese é um dos fatores predisponentes importantes para o surgimento de lesões na mucosa alveolar do paciente (Peters *et al.*, 1996; Melo *et al.*, 1999; Coelho *et al.*, 2000), uma vez que os tecidos bucais sofrem constantes mudanças fisiológicas decorrentes da idade, fazendo com que uma prótese antiga se torne desadaptada, conseqüentemente, tornando-se uma fonte de irritação crônica.

Próteses antigas (10 anos de uso ou mais), além de se tornarem desadaptadas, acabam se desgastando, por uma escovação inadequada ou pela própria utilização (mastigação). O desgaste da superfície oclusal acarretará uma perda de dimensão vertical, o que é considerado um fator etiológico

importante da QA.

O uso constante da prótese durante o dia e noite também é outro fator importante para o desenvolvimento de lesões (Bauman, 1977; Ettinger, 1975; França *et al.*, 2003), pois o aparelho torna-se um agente irritante constante e uma fonte de acúmulo de microrganismos.

Dos pacientes com EP avaliados, 56,6% já usavam sua prótese atual havia pelo menos 11 anos, para a QA, HPI, HFI, UT e RF, o percentual encontrado foi, respectivamente, 50%, 56,25%, 50%, 36,36% e 83,3%. Por meio desses resultados, pode-se observar que a UT tende a ser mais freqüente em pacientes com próteses ainda adequadas para o uso (menos de 10 anos), e as demais lesões observadas, principalmente o RF, tendem a ser mais prevalentes em idosos com próteses que já deveriam ter sido substituídas (mais de 11 anos de uso) (Gráfico 2).

Nesta pesquisa, um grande percentual de pacientes portadores de lesões, faziam uso contínuo das próteses. A QA não foi incluída nesta análise, pois não se acredita na relação da forma de uso com a lesão (Gráfico 3).

A medicina, nas últimas décadas, evoluiu de forma surpreendente, prolongando a vida da população, contudo, o aumento da sobrevida deve ser acompanhado de qualidade de vida, caso contrário, o avanço da medicina não terá sentido. Este fator sugere que, cada vez mais, maior atenção seja focalizada para a saúde oral da população no fu-

turo, fazendo-se imprescindível a implantação de programas preventivos e educativos para o idoso usuário de próteses.

Estes programas se farão essenciais, uma vez que boa parcela dos idosos, como observado no trabalho, não têm noção de como cuidar e utilizar de forma adequada suas próteses. Ressalta-se também a necessidade de acompanhamento por um Cirurgião-dentista, que estará apto a diagnosticar tais lesões, uma vez que elas se apresentam, geralmente, de forma assintomática.

CONCLUSÃO

1. A prevalência de lesões causadas por prótese, neste estudo, foi de 63,41%.
2. A prevalência de lesões no gênero feminino e no gênero masculino não foi estatisticamente significativa ($\chi^2 = 1,766315$, $p = 0,183839$).
3. Os tipos de lesões foram, em ordem decrescente, a EP (36,58%), a HPI (19,51%), a UT (13,41%), a QA (9,75%) e, por último, a HFI (7,32%) e o RF (7,32%).
4. Nos pacientes com EP, 56,6% já usavam sua prótese atual havia pelo menos 11 anos, para a QA, HPI, HFI, UT e RF, os percentuais encontrados foram, respectivamente, 50%, 56,25%, 50%, 36,36% e 83,3%.
5. Observou-se importante relação entre a forma de uso contínuo do aparelho e a presença de tais patologias, com exceção da queilite angular.

Esteves RA, Igarashi A de B, Conceição CAF da, Celestino Júnior AF, Athayde AI de. Prevalence of buccal lesions in removable denture wearers. PCL 2005; 7(36):147-53

The aim of this study was to evaluate the presence of lesions in the oral mucous membrane of patient with removable dentures of three institutions, as well as to study the time and the form of use of the prostheses. It were appraised 103 patients, among which 82 were removable dentures wearers. From the total amount of 82 examined patients, 63,41% presented some type of mucous membrane lesion. In the feminine gender, 66,2% demonstrated some kind of lesion, while in the masculine gender, 45,45% presented some type of lesion, which was not considered significant in the statistic analysis. The types of lesions found were, in decreasing order, the denture stomatitis, in 36,58%; the inflammatory papillary hyperplasia, in 19,51%; the traumatic ulcer, in 13,41%; the angular cheilitis, in 9,75%; the fibrous inflammatory hyperplasia and the flabby ridge, in 7,32%. Important relationship was observed between the form of continuous use of the apparel and the presence of such pathologies, except for the angular cheilitis.

KEYWORDS: Buccal pathology; Prevalence; Prosthesis.

REFERÊNCIAS

- Barbachan JJD, Rados PV, Filho MS, Domingues MG. Estudo clínico de estomatite protética: avaliação preliminar. *Rev Fac Odontol Porto Alegre* 1995; 36(1):27-31.
- Bassi APF, Vieira EH, Gabrielli MAC. Hiperplasia fibrosa inflamatória. *Rev Gaucha Odontol* 1998; 46(4):209-11.
- Bauman R. Inflammatory papillary hyperplasia and home-care instructions to denture patients. *J Prosthet Dent* 1977; 37(6):608-9.
- Budtz-Jorgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathol* 1981; 10(2):65-80.
- Cerri A, Silva ACBR, Caracciolo EB, Baruhm M. Localização anatômica da ulceração aftosa recorrente (UAR) e estudo da prevalência da hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI) em pacientes que fazem uso de prótese total mucossuportada. *Odontol Mod* 1996; 23(1):23-5.
- Coelho CM, Zucoloto S, Lopes RA. Denture-induced fibrous inflammatory hyperplasia: a retrospective study in a school of dentistry. *Int J Prosthodont* 2000; 13(2):148-51.
- Ettinger RL. The etiology of inflammatory papillary hyperplasia. *J Prosthet Dent* 1975; 34(3):254-61.
- Feltrin PP, Zanetti AL, Marcucci G, Araújo VC. Prótese total mucossuportada: lesões da mucosa bucal. *Rev Ass Paul Cirurg Dent* 1987; 41(3):150-9.
- França BHS, Souza AM. Prevalência de manifestações estomatológicas originárias do uso de próteses totais. *J Bras Clin Odontol Integrada* 2003; 7(40):296-300.
- Gonçalves LPV, Onofre MA, Spoto MR, Scaf G. Estudo clínico das lesões de mucosa provocadas pelo uso de próteses removíveis. *Rev Bras Odontol* 1995; 52(2):906-12.
- Iacopino AM, Wathen WF. Oral candidal infection and denture stomatitis: a comprehensive review. *J Am Dent Assoc* 1992; 123:46-51.
- Jeganathan S, Lin CC. Denture stomatitis – a review of the aetiology, diagnosis and management. *Aust Dent J* 1992; 37(2):107-14.
- Kignel S, Donato AC, Moreira CA, Milner E, Mistro FZ, Bigatto J. Hiperplasia fibrosa inflamatória. *Rev Paul Odontol* 1999; 21(2):40-4.
- Melo NMC, Sampaio MCC, Soares MSM, Oliveira NMC, Cavalcanti MSL. Estomatites protéticas: correlação clínico-micológica. *Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia* 1999; 18:11-5.
- Moskona D, Kaplan I. Oral lesions in elderly denture wearers. *Clin Prev Dent* 1992; 14(5):11-4.
- Navarro H, Araújo NS. Lesões decorrentes de prótese com câmara de sucção: aspectos clínicos e terapêuticos com comprovação histológica. *Rev Pos-grad* 1995; 2(3):161-7.
- Neville BW, Damm DD, Allen CN, Bouquot JE. *Patologia oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
- Penha SS. Lesões da mucosa bucal no atendimento odontológico de urgência na FOUESP [Tese – Doutorado em clínica integrada] São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001. 88 f.
- Peters R, Bercini F, Azambuja TWF. Hiperplasia papilar inflamatória: revisão de literatura e apresentação de caso clínico cirúrgico. *Rev Fac Odontol Porto Alegre* 1996; 37(2):7-8.
- Tamaki R, Costa LJ, Silveira FRX, Birman EG. Hiperplasia fibrosa inflamatória. *Rev Inst Cienc Saúde* 1993; 11(2):73-6.
- Walber LF, Rados PV. Estudo comparativo de tratamento da estomatite protética pelo reembasamento ou substituição das próteses totais. *Rev Fac Odontol Porto Alegre* 2000; 41(1):22-8.
- Wilkieson C, Samaranyake LP, MacFarlane TW, Lamey P-J, MacKenzie D. Oral candidosis in the elderly in long term hospital care. *J Oral Pathol Med* 1991; 20(1):18-6.
- Zanetti RV, Zanetti AL, Laganá DC, Feltrin PP. Estudo de 60 pacientes portadores de prótese parcial removível: Avaliação clínica das lesões nas áreas de suporte da mucosa bucal. *Rev Pos-grad* 1996; 3(3):175-84.

Recebido para publicação em: 10/08/04

Enviado para análise em: 16/11/04

Aceito para publicação em: 21/02/05