



**BRENDA NUNES CABRAL COELHO**

**LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO USO DE PRÓTESE TOTAL MAL ADAPTADA  
EM IDOSOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**Muriaé  
2026**

**BRENDA NUNES CABRAL COELHO**

**LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO USO DE PRÓTESE TOTAL MAL ADAPTADA EM  
IDOSOS : UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
como requisito parcial à obtenção do título de  
bacharel em Odontologia, do Centro  
Universitário Faminas de Muriaé-MG.

Orientador (a): Dra.: Fernanda Prado Furlani

**Muriaé**

**2026**

NUNES CABRAL COELHO, Brenda

Lesões orais associadas ao uso de prótese total mal adaptada em idosos: Uma revisão de literatura / Brenda Nunes Cabral Coelho; Fernanda Prado Furlani (orient.). - Muriaé, MG, 2026. 27p.

Orientador: Prof. Me. Fernanda Prado Furlani.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro Universitário FAMINAS, 2026.

1. Próteses totais; 2. Lesões orais; 3. Prótese mal adaptada. I. PRADO FURLANI, Fernanda, Prof. Me., orient. II. Título.

#### Catálogo da Publicação

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica do Centro Universitário FAMINAS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a). Bibliotecária Cristina de Souza Maia CRB6- 2294

**BRENDA NUNES CABRAL COELHO**

**LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO USO DE PRÓTESE TOTAL MAL ADAPTADA  
EM IDOSOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
como requisito parcial à obtenção do título de  
bacharel em Odontologia, do Centro  
Universitário Faminas de Muriaé-MG.

Orientador (a): Dra.: Fernanda Prado Furlani

**COMISSÃO EXAMINADORA**

Documento assinado digitalmente  
 **FERNANDA PRADO FURLANI**  
Data: 06/07/2026 16:54:48-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Orientador (a): Me. Fernanda Prado Furlani

Documento assinado digitalmente  
 **ADRIANA APARECIDA SILVA DA COSTA**  
Data: 07/07/2026 15:57:51-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Profa: Dra. Adriana Aparecida Silva da Costa

Documento assinado digitalmente  
 **BRENO MINERVINI SABBO**  
Data: 07/07/2026 09:04:58-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof. Me. Breno Minervini Sabbo

Muriaé, 30 de maio de 2026.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, irmãos e principalmente meu avós que tanto me apoiaram, fazendo com que as dificuldades fossem vencidas, que sob muito sol me fizeram chegar aqui na sombra.

A minha orientadora e professora Fernanda, que além de ter me acompanhando na vida acadêmica dedicando todos os seus ensinamentos com muito carinho e competência, concordou também em me orientar na confecção do meu trabalho de conclusão de curso.

A Jacqueline, uma preceptora muita especial que ensina a prática da odontologia com muito afeto e atenção a cada paciente, fui muito feliz na minha breve passagem na faculdade pois fui agraciada por gozar de seus ensinamentos e experiências clínicas.

A professora Adriana que direta e indiretamente me fez olhar o valor da vida com outros olhos na sua matéria de Estágio Hospitalar, refletindo o quão nossas ações podem ajudar pessoas e pacientes levando alegria e cuidado mesmo que com pequenas atitudes.

A minha dupla Maria Clara, que apesar das diferenças nos unimos diariamente para enfrentarmos nossos medos e dar nosso melhor em cada obstáculo que surgiu e continuará surgindo.

A minha vó, novamente, cujo o agradecimento preciso dar ênfase, uma mulher da qual a força e perseverança são extremas, onde me teve em seus braços desde os 2 anos de idade e me criou com muita luta e afeto, fazendo de tudo para que eu me tornasse o ser humano que sou hoje, meu porto seguro na terra, um vínculo inquebrável onde consigo me sentir segura pois ela é minha casa, o meu verdadeiro lar. Foi por você que muitas vezes continuei a trajetória.

Aos meus amigos de coração, que me sustentaram e nunca me deixaram desistir, a cada abraço, choro, realizações em meio ao caos, ligações, experiências novas com receio em errar, vocês estiveram em cada etapa e não soltaram minha mão e merecem ser lembrados.

A Deus, que cuidou e cuida de cada passo que dou, que me resguardou, deu força e direcionamento em todos os meus dias.

Agradeço também a todos os colaboradores e professores que fizeram parte da minha trajetória, sem vocês o curso de Odontologia da Faminas jamais funcionaria, nos tornamos uma verdadeira família, pois em diversas ocasiões e devido a extensa carga horária do curso ficávamos mais na instituição do que em casa e isso fez com que os laços mais singelos fossem criados. Por fim, agradeço a todos, vocês foram primordiais, não só na minha formação acadêmica mas também como pessoa.

## RESUMO

A reabilitação por próteses totais, embora necessária para devolver a função mastigatória e a autoestima ao idoso, pode converter-se em um agente agressor quando a manutenção e a adaptação do dispositivo são falhas. Essa revisão de literatura demonstra que a instabilidade mecânica e o acúmulo de biofilmes são os eixos centrais para o surgimento de patologias e também são potencializadas pelo uso noturno ininterrupto da prótese e por vulnerabilidades sistêmicas do paciente. Trata-se de uma revisão de literatura baseada em publicações científicas que estão disponíveis nas bases Scielo, Pubmed e BVS com a seleção de 27 estudos relevantes. Os resultados indicam que o aparelho protético é um elemento dinâmico e mutável que exige vigilância clínica constante, pois o desgaste natural dos materiais e as mudanças fisiológicas do rebordo alveolar transformam peças já ajustadas em focos de irritação crônica. Conclui-se que a efetividade do tratamento não se acaba na instalação da peça, mas depende de revisões periódicas e de uma orientação rigorosa de higiene, garantindo que a prótese cumpra seu papel promotor de saúde sem comprometer o equilíbrio biológico da cavidade oral e possa devolver qualidade de vida sem prejuízos.

**Palavras-chave:** prótese total, lesões orais e prótese mal adaptada.

## ABSTRACT

Rehabilitation through complete dentures, while essential for restoring masticatory function and self-esteem in the elderly, can transform into an aggressive agent when device maintenance and adaptation are deficient. This literature review demonstrates that mechanical instability and biofilm accumulation are the core factors in the development of pathologies, which are further exacerbated by continuous nocturnal wear and the patient's systemic vulnerabilities. This study consists of a literature review based on scientific publications available in the Scielo, Pubmed, and BVS databases, selecting 27 relevant studies. The results indicate that the prosthetic device is a dynamic and mutable element requiring constant clinical surveillance, as natural material wear and physiological changes in the alveolar ridge transform previously fitted pieces into foci of chronic irritation. It is concluded that treatment effectiveness does not end with the installation of the prosthesis but depends on periodic follow-ups and rigorous hygiene guidance. This ensures the device fulfills its role in promoting health without compromising the biological balance of the oral cavity, effectively restoring quality of life without adverse effects.

**Keywords:** Complete denture. Oral lesions. Ill-fitting denture.

## SUMÁRIO

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>                                                     | 8  |
| <b>2 JUSTIFICATIVA</b>                                                  | 9  |
| <b>3 OBJETIVOS</b>                                                      | 10 |
| 3.1 Objetivo geral                                                      | 10 |
| 3.2 Objetivos específicos                                               | 10 |
| <b>4 METODOLOGIA</b>                                                    | 11 |
| <b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b>                                          | 12 |
| 5.1 Edentulismo e reabilitação com próteses totais                      | 12 |
| 5.2 Principais lesões orais associadas às próteses totais mal adaptadas | 13 |
| 5.3 Candidíase oral                                                     | 13 |
| 5.3.1 Estomatite protética                                              | 14 |
| 5.4 Hiperplasia fibrosa inflamatória                                    | 15 |
| 5.5 Úlcera traumática                                                   | 16 |
| 5.6 Queilite angular                                                    | 18 |
| 5.7 Prevenção e manejo clínico                                          | 18 |
| <b>6 DISCUSSÃO</b>                                                      | 21 |
| <b>7 CONCLUSÃO</b>                                                      | 24 |
| <b>REFERÊNCIAS</b>                                                      | 25 |

## 1 INTRODUÇÃO

O edentulismo, perda total ou parcial dos dentes permanentes, compromete a saúde geral dos idosos e impacta diretamente sua qualidade de vida, considerando que a saúde bucal é imprescindível para o bem-estar geral. A ausência de dentes dificulta a mastigação, prejudica a fala e pode levar a alterações nutricionais, além de causar danos estéticos e emocionais. Essas consequências afetam a autoestima do indivíduo e podem dificultar sua interação e inclusão social (MAIA *et al.*, 2020).

A prótese muco-suportada tem tido um uso recorrente há diversos anos, sendo indispensável que sua confecção siga rigorosamente todas as etapas clínicas e laboratoriais. Essa cautela é essencial para que a prótese se adapte de maneira adequada aos movimentos da mandíbula, proporcionando o restabelecimento da estética facial e contribuindo para a preservação das estruturas ósseas remanescentes do paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2000).

A entrega e instalação da prótese dentária não representam o fim do processo de reabilitação. O período pós-instalação costuma ser marcado por certo desconforto, no qual aspectos como estabilidade, retenção e suporte da prótese podem apresentar comprometimento. Essa situação pode dar origem ao aparecimento de eritemas e lesões ulcerativas nos tecidos de suporte da base protética. Dessa forma, as consultas de acompanhamento pós-operatório são essenciais para analisar tanto a adaptação do paciente à prótese quanto a resposta dos tecidos ao dispositivo protético (CORDOVA *et al.*, 2016).

Fatores como a má adaptação da prótese ao rebordo alveolar e a higienização inadequada estão associados ao desenvolvimento de lesões na cavidade oral, sendo agravados pelo uso contínuo, inclusive no período noturno. Entre as alterações mais frequentes, sobressaem-se a estomatite protética, queilite angular, hiperplasia inflamatória, candidíase e úlceras traumáticas. O uso de aparelhos protéticos totais pode ainda promover desequilíbrio da microbiota oral, decorrente da presença de materiais porosos, da redução das superfícies dentárias e das alterações relacionadas ao envelhecimento. Além disso, a maioria dos usuários é formada por idosos, muitas vezes com limitações motoras e condições sistêmicas que comprometem a higiene bucal e aumentam a suscetibilidade a infecções. . (TRINDADE, *et al.*, 2018).

Diante disso, este trabalho tem como objetivo apresentar, por meio de uma revisão de literatura, as lesões associadas à má adaptação de próteses totais, visando conscientizar os profissionais de odontologia e os pacientes sobre possíveis complicações futuras.

## **2 JUSTIFICATIVA**

A alta ocorrência de edentulismo e o uso frequente de próteses totais, especialmente em idosos, torna essencial a atenção aos possíveis impactos dessas reabilitações na saúde bucal. Quando mal adaptadas ou associadas a hábitos inadequados de uso e higienização, as próteses podem favorecer o surgimento de lesões na mucosa oral, comprometendo ainda mais a qualidade de vida dos pacientes. Dessa forma, este estudo se justifica pela necessidade de compreender melhor essas alterações, contribuindo para a prevenção, diagnóstico e manejo adequado das lesões, além de fornecer embasamento para a prática clínica e promoção da saúde bucal.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Revisar a literatura acerca das lesões orais associadas ao uso de próteses totais mal adaptadas em idosos, destacando seus principais fatores causais, manifestações clínicas e impactos na saúde bucal dos pacientes.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar os principais tipos de lesões orais relacionadas ao uso de próteses totais mal adaptadas em idosos.
- Descrever os fatores que contribuem para o surgimento das lesões associadas às próteses totais.
- Analisar os sinais e sintomas clínicos, formas de prevenção e tratamento das lesões orais associadas às próteses.
- Destacar a importância do acompanhamento odontológico periódico em usuários de próteses totais.

#### 4 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, baseada na pesquisa e análise de informações obtidas em trabalhos científicos já publicados. O objetivo dessa metodologia foi reunir e avaliar, de forma crítica, os conhecimentos disponíveis na literatura sobre as lesões orais relacionadas ao uso de próteses totais mal adaptadas em idosos.

O levantamento bibliográfico foi feito nas bases de dados PubMed, LILACS e Scielo, reconhecidas por serem fontes confiáveis e bastante utilizadas na área odontológica. Foram considerados estudos já publicados, buscando reunir trabalhos científicos relevantes que abordassem o tema em questão, sem restrição de datas.

Foram utilizados descritores padronizados nos idiomas português e inglês, de acordo com os vocabulários controlados DeCS/MeSH. Entre eles estão: “próteses totais / complete denture”, “lesões orais / oral lesions” e “prótese mal adaptada / ill-fitting prosthesis”. Esses termos foram combinados entre si de maneira estruturada para elaborar a estratégia de busca e possibilitar a identificação dos estudos relevantes.

Foram considerados estudos com diferentes delineamentos metodológicos, incluindo estudos transversais, , ensaios clínicos, revisões sistemáticas e relatos de caso, que investigassem a relação entre lesões orais e o uso de próteses totais mal adaptadas em idosos.

Foram eliminadas da análise as publicações que não demonstravam ligação direta com o tema, que não estavam disponíveis na íntegra ou que haviam sido publicadas em idiomas distintos dos estabelecidos previamente. Da mesma forma, também não foram incluídos estudos que não tratavam claramente das lesões orais relacionadas às próteses mal adaptada.

Após a análise dos textos completos e dos resumos, foram selecionados 27 artigos que apresentaram maior relevância para o tema. Assim, esta revisão de literatura foi baseada nesses estudos e em referências complementares citadas pelos autores, contribuindo para uma análise mais consistente

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Edentulismo e reabilitação com próteses totais

O edentulismo é interpretado na literatura contemporânea como o estágio terminal do acúmulo de doenças bucais negligenciadas ao longo da vida (EMAMI *et al.*, 2013). Embora a perda total de dentes tenha apresentado um declínio em países desenvolvidos, ela permanece como um desafio de saúde pública global, impactando severamente a mastigação, a fonação e a interação social do indivíduo (EMAMI *et al.*, 2013). No Brasil, a prevalência histórica de extrações dentárias como método resolutivo gerou uma vasta população de idosos dependentes de próteses, evidenciando uma vulnerabilidade social e biológica (PEREIRA *et al.*, 2025). Essa condição irreversível exige uma reabilitação que não se limite à estética, mas que busque o restabelecimento funcional do sistema estomatognático (EMAMI *et al.*, 2013).

Para amenizar o impacto psicológico da perda dentária, a Prótese Total Imediata (PTI) surge como uma estratégia clínica fundamental, permitindo que o paciente não enfrente o constrangimento social de um período de desdentamento (GOIATO *et al.*, 2014). Esse dispositivo é confeccionado antes das exodontias finais e instalado no mesmo ato cirúrgico, atuando como um curativo biológico que protege o coágulo e auxilia na cicatrização (GOMES *et al.*, 2014). Além do suporte emocional, a PTI é essencial para a manutenção da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), impedindo o colapso prematuro da musculatura facial e preservando a harmonia estética (GOMES *et al.*, 2014). Contudo, o sucesso dessa modalidade depende de um planejamento rigoroso, envolvendo moldagens anatômicas e funcionais precisas para garantir a adaptação inicial (GOIATO *et al.*, 2014). A reabilitação por meio de próteses totais convencionais representa o desfecho clínico de um longo histórico de negligência ou impossibilidade de manutenção da dentição natural, funcionando como uma alternativa essencial para a devolução da dignidade funcional e estética do paciente edêntulo (EMAMI *et al.*, 2013). Diferente da modalidade imediata, a versão convencional é confeccionada sobre tecidos já cicatrizados, o que permite uma moldagem funcional mais estável e um selamento periférico que favorece a retenção física através da tensão superficial da película salivar (GOIATO *et al.*, 2014). No entanto, é fundamental destacar sob uma perspectiva crítica que a eficiência mastigatória dessas peças atinge apenas cerca de um quarto da força exercida por dentes naturais, exigindo que o idoso desenvolva novas habilidades neuromusculares para processar adequadamente o alimento (EMAMI *et al.*, 2013). A prótese total, embora necessária para o suporte, atua como uma barreira física que isola a mucosa palatina, promovendo a desoxigenação tecidual e restringindo a ação

autolimpante da saliva, o que altera o equilíbrio da microbiota local (MOUSA; LYNCH; KIELBASSA, 2020). Além disso, o sucesso dessa reabilitação a longo prazo depende da manutenção rigorosa da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), visto que o desgaste dos dentes artificiais e a reabsorção óssea contínua podem levar ao colapso da musculatura perioral e ao surgimento de patologias secundárias (GOMES *et al.*, 2014). Portanto, a prótese total convencional não deve ser interpretada como um produto estático, mas como um dispositivo dinâmico que demanda monitoramento profissional periódico para garantir que o benefício restaurador não seja suplantado por traumas mecânicos ou infecções oportunistas (BRANTES *et al.*, 2019).

A transição para o uso de próteses, entretanto, altera drasticamente o ecossistema bucal ao cobrir a mucosa com uma base acrílica (MOUSA; LYNCH; KIELBASSA, 2020). Essa cobertura física reduz significativamente o fluxo de oxigênio e a ação autolimpante da saliva sobre os tecidos de suporte, criando um ambiente anaeróbico e ácido (MOUSA; LYNCH; KIELBASSA, 2020). A resina acrílica, apesar de sua versatilidade, possui porosidades microscópicas que facilitam a adesão de biofilmes microbianos complexos (MOUSA; LYNCH; KIELBASSA, 2020). Se a peça não for monitorada, essa alteração ambiental torna o tecido subjacente extremamente vulnerável a processos inflamatórios persistentes (MOUSA; LYNCH; KIELBASSA, 2020).

Um erro crítico no manejo do paciente especificamente reabilitado com próteses totais imediatas é a negligência quanto ao acompanhamento pós-operatório (GOMES *et al.*, 2014). A inevitável reabsorção óssea alveolar que ocorre nos primeiros meses após as extrações altera o ajuste da base protética, gerando espaços e instabilidade (GOMES *et al.*, 2014). Sem o reembasamento com resina termopolimerizável, geralmente indicado após 60 dias, a prótese total imediata deixa de ser um instrumento de saúde para se tornar um agente agressor (GOIATO *et al.*, 2014). A falta de contato íntimo entre a base e a mucosa predispõe o paciente ao trauma mecânico crônico e à colonização por patógenos oportunistas (GOMES *et al.*, 2014).

## **5.2 Principais lesões orais associadas às próteses totais mal adaptadas**

### **5.3 Candidíase oral**

A candidíase oral no paciente idoso não deve ser vista apenas como uma infecção isolada, mas como o resultado de um desequilíbrio sistêmico que permite a transição da

*Candida* de um microrganismo comensal para um patógeno oportunista (BHAT *et al.*, 2013). Essa metamorfose biológica é frequentemente impulsionada pela fragilidade imunológica e pelo uso crônico de medicamentos que comprometem a defesa natural da mucosa (KAMIKAWA *et al.*, 2013). Ao se alojar na cavidade bucal, o fungo encontra nas superfícies acrílicas das próteses um ambiente protegido da ação mecânica da língua e da lavagem salivar, o que favorece sua persistência (PEREIRA *et al.*, 2025). Assim, a infecção torna-se um ciclo vicioso em que a prótese atua como um reservatório constante, reinfectando os tecidos moles mesmo após tratamentos tópicos superficiais (BHAT *et al.*, 2013).

No cenário clínico, a candidíase oral manifesta-se frequentemente de forma silenciosa, o que leva muitos idosos a conviverem com o desconforto sem buscar auxílio profissional imediato (LEITE; PIVA; MARTINS-FILHO, 2015). Sintomas como ardor bucal, alteração no paladar e sensação de secura são comumente ignorados ou atribuídos ao processo natural de envelhecimento (PEREIRA *et al.*, 2013). Dessa forma, o dentista deve atuar de forma proativa, identificando eritemas e placas esbranquiçadas antes que a patologia comprometa a saúde sistêmica do paciente (JOVANOVIĆ *et al.*, 2024). A inter-relação entre doenças metabólicas, como o diabetes mellitus, e a proliferação fúngica é um dos pontos mais sensíveis no manejo do idoso reabilitado (KHIYANI *et al.*, 2019). O controle glicêmico precário altera a composição salivar, elevando os níveis de glicose no ambiente bucal e servindo de substrato energético para o crescimento exponencial da *Candida* (PEREIRA *et al.*, 2013). Além disso, a hipossalivação decorrente da polifarmácia reduz a capacidade tampão da saliva, criando um ambiente ácido que enfraquece a barreira epitelial (EMAMI *et al.*, 2013). Sem o fluxo salivar adequado para realizar a limpeza natural, a mucosa sob a prótese torna-se um campo aberto para invasões microbianas severas e persistentes (BRANTES *et al.*, 2019).

### **5.3.1 Estomatite protética**

A estomatite protética é pautada por uma classificação clínica clássica que permite ao cirurgião-dentista identificar a gravidade da inflamação através da escala de Newton (LEITE; PIVA; MARTINS-FILHO, 2015). No tipo I observa-se uma hiperemia localizada nos ductos glandulares, enquanto o tipo II apresenta um eritema difuso e o tipo III revela um aspecto nodular ou granular no palato (LEITE; PIVA; MARTINS-FILHO, 2015). A base dessa patologia reside na formação de biofilmes complexos onde a *Candida albicans* atua como protagonista, embora outras espécies não-albicans também demonstrem alta capacidade de

adesão às microporosidades da resina acrílica (GASPARETTO *et al.*, 2005). Essa colonização microbiológica transforma a superfície interna da prótese em um reservatório biológico persistente que expõe a mucosa de suporte a toxinas inflamatórias de forma contínua (PEREIRA *et al.*, 2013). A dinâmica do uso do dispositivo protético, especificamente o hábito de não removê-lo durante o sono, é apontada como um fator de risco determinante que triplica a chance de agravamento da estomatite (BRANTES *et al.*, 2019). A falta de períodos de descanso para os tecidos mucossuportados gera um ambiente de hipóxia e acidez, o que favorece a transição fúngica de um estado hospedeiro para um fenótipo invasivo (MOUSA; LYNCH; KIELBASSA, 2020). Além disso, a redução na capacidade tampão da saliva em pacientes idosos limita a neutralização de ácidos produzidos pelo biofilme, exacerbando a agressão química à mucosa palatina (BRANTES *et al.*, 2019). É crítico notar que a hipossalivação, muitas vezes induzida por fármacos sistêmicos, remove a barreira física e imunológica natural da boca, deixando o usuário de prótese vulnerável a infecções oportunistas recorrentes (EMAMI *et al.*, 2013).

Embora a *Candida* seja o foco terapêutico usual, evidências sugerem que a estomatite protética também está intimamente ligada a bactérias oportunistas como o *Staphylococcus aureus* (PEREIRA *et al.*, 2013). O acúmulo de placa na dentadura não causa apenas inflamação local, mas funciona como um reservatório para patógenos respiratórios, conectando a má higiene bucal a riscos de pneumonia aspirativa na terceira idade (SANTOS *et al.*, 2010). Hábitos como o tabagismo exacerbam essa condição ao alterar a resposta imunológica local e aumentar a queratinização do epitélio, o que pode mascarar visualmente a gravidade da inflamação subjacente (MARTORI *et al.*, 2014). Portanto, o tratamento da estomatite exige uma abordagem que vá além dos antifúngicos, focando na desinfecção rigorosa do dispositivo e na alteração de hábitos deletérios do paciente (PEREIRA *et al.*, 2025).

#### **5.4 Hiperplasia fibrosa inflamatória**

A hiperplasia fibrosa inflamatória desenvolve-se como uma resposta defensiva e proliferativa do organismo diante de agressões mecânicas de baixa intensidade e longa duração (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Clinicamente, o surgimento de pregas teciduais flácidas no sulco vestibular é resultado direto de bordas protéticas sobre-estendidas ou da perda de estabilidade oclusal causada pelo desgaste natural dos dentes artificiais (COELHO; SOUSA; DARÉ, 2004). Ao contrário das úlceras traumáticas que surgem de forma aguda logo após a

instalação, a hiperplasia fibrosa é uma patologia enganosa que pode permanecer assintomática por anos (JOVANOVIĆ *et al.*, 2024). Essa cronicidade leva o paciente a negligenciar a lesão, permitindo que ela atinja dimensões consideráveis e oculte focos de infecção fúngica sob suas dobras (COELHO; SOUSA; DARÉ, 2004).

A redução da dimensão vertical de oclusão e a compressão excessiva em áreas específicas do rebordo alveolar são gatilhos críticos para o crescimento tecidual exacerbado (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Outra variante desta patologia é a hiperplasia associada a câmaras de sucção presentes em próteses antigas, dispositivos que hoje são considerados obsoletos mas que ainda persistem na rotina de muitos idosos (FERREIRA; MAGALHÃES; MOREIRA, 2010). Nesses casos, a pressão negativa gerada pelo vácuo provoca uma proliferação papilar no centro do palato que pode ser confundida visualmente com a estomatite protética do tipo III (COELHO; SOUSA; DARÉ, 2004). É imperativo que o cirurgião-dentista realize um exame clínico minucioso para diferenciar essas reações teciduais, pois cada uma demanda um manejo clínico distinto (OLIVEIRA *et al.*, 2020). O manejo clínico da hiperplasia fibrosa requer obrigatoriamente a remoção do fator causal, seja através do ajuste mecânico das bordas ou da confecção de uma nova prótese (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Lesões incipientes e muito inflamadas podem apresentar regressão parcial apenas com a suspensão temporária do uso da prótese, permitindo o repouso tecidual (OLIVEIRA *et al.*, 2020). No entanto, massas teciduais fibrosas e volumosas exigem a intervenção cirúrgica com exame histopatológico subsequente para descartar processos neoplásicos (COELHO; SOUSA; DARÉ, 2004). O sucesso do tratamento depende da conscientização do paciente idoso de que a prótese possui uma vida útil limitada e que revisões profissionais periódicas são fundamentais para evitar que o dispositivo se torne um agente agressor crônico (PEREIRA *et al.*, 2025).

## 5.5 Úlcera traumática

As úlceras traumáticas, também denominadas lesões por pressão, representam uma das complicações imediatas mais agudas e dolorosas após a instalação de novas próteses totais (JOVANOVIĆ *et al.*, 2024). Enquanto alguns estudos apontam uma prevalência moderada de 15% na população geriátrica, outros levantamentos em grupos específicos mostram que essa frequência pode saltar drasticamente para níveis alarmantes quando a adaptação inicial é negligenciada (MARTORI *et al.*, 2014). A causa primária reside no desequilíbrio entre o microrrelevo da base acrílica e a anatomia delicada da mucosa, gerando pontos de pressão

excessiva que rompem a barreira epitelial (JOVANOVIĆ *et al.*, 2024). É fundamental destacar que a reabsorção severa do rebordo alveolar remanescente atua como um fator de risco independente, uma vez que a menor área de suporte aumenta a instabilidade do dispositivo e a probabilidade de traumas agudos (MARTORI *et al.*, 2014). Divergências nas taxas de prevalência encontradas na literatura, que variam de 3% a mais de 90%, podem ser explicadas pela variabilidade do tempo de acompanhamento pós-instalação e pelo tipo de população estudada, visto que essas lesões costumam regredir em até 15 dias se o fator causal for removido precocemente (FERREIRA; MAGALHÃES; MOREIRA, 2010; MARTORI *et al.*, 2014).

A complexidade da cicatrização dessas úlceras no idoso é influenciada de forma crítica pela homeostase salivar e pelo perfil farmacológico do paciente (BRANTES *et al.*, 2019). O fluxo salivar reduzido, comum em usuários de medicações hipertensivas e portadores de doenças sistêmicas, diminui a lubrificação necessária para amenizar o atrito mecânico, tornando a mucosa significativamente mais vulnerável a ulcerações mesmo sob forças mastigatórias leves (BRANTES *et al.*, 2019). Um achado inovador e divergente na literatura recente demonstra que o uso de fármacos anticoagulantes ou antiagregantes pode, paradoxalmente, apoiar a reparação tecidual ao favorecer o aporte celular no local da ferida, enquanto o uso de diuréticos tende a retardar significativamente o fechamento das feridas (JOVANOVIĆ *et al.*, 2024). Além disso, defeitos físicos no aparelho protético, como fraturas na base ou reparos mal acabados, funcionam como gatilhos mecânicos diretos que perpetuam a inflamação e impedem a reepitelização espontânea (BRANTES *et al.*, 2019). Portanto, a análise clínica da úlcera traumática deve transcender a cavidade bucal, integrando o monitoramento metabólico para compreender por que certas lesões tornam-se refratárias ao ajuste convencional (JOVANOVIĆ *et al.*, 2024).

No campo do manejo clínico, a abordagem terapêutica baseada estritamente no ajuste mecânico das bordas sobre-estendidas tem sido desafiada pela introdução de terapias farmacológicas adjuvantes de alta eficácia (JOVANOVIĆ *et al.*, 2024). O uso tópico de géis de ácido hialurônico demonstrou acelerar a reepitelização ao estimular a proliferação de queratinócitos e a angiogênese, reduzindo a área da lesão e a percepção de dor logo nas primeiras 48 horas de aplicação (JOVANOVIĆ *et al.*, 2024). Negligenciar o diagnóstico e o tratamento imediato dessas úlceras é um erro estratégico, pois o trauma mecânico persistente e a cicatrização dificultada são precursores diretos para o desenvolvimento de hiperplasias fibrosas inflamatórias (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Dessa forma, a reabilitação oral do paciente edêntulo só atinge sua plenitude quando o dentista estabelece protocolos de preservação que

incluam o repouso tecidual noturno e a substituição periódica de aparelhos degradados para evitar o ciclo de agressão mucosa (PEREIRA *et al.*, 2025).

## 5.6 Queilite angular

A queilite angular no paciente idoso edêntulo é, em grande parte, uma patologia de origem mecânica que se converte em um problema infeccioso (BRANTES *et al.*, 2019). A perda da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), causada pelo desgaste das próteses ou pela falta de dentes, provoca o colapso do terço inferior da face, criando dobras profundas nas comissuras labiais (BRANTES *et al.*, 2019). Nessas pregas cutâneas, a saliva se acumula de forma contínua, causando a maceração do tecido e o surgimento de fissuras dolorosas que raramente cicatrizam sem intervenção protética (MARTORI *et al.*, 2014). Portanto, o restabelecimento da altura facial correta não é apenas uma questão de estética, mas uma medida terapêutica essencial para eliminar o ambiente úmido que favorece a infecção (BRANTES *et al.*, 2019).

Embora o fator mecânico seja o gatilho, a queilite angular é frequentemente mantida por uma infecção mista onde leveduras de *Candida* e bactérias do gênero *Staphylococcus* coexistem (PEREIRA *et al.*, 2013). A saliva acumulada nas fissuras labiais atua como um meio de cultura ideal para esses microrganismos, que se aproveitam da barreira cutânea rompida para se proliferar (COELHO; SOUSA; DARÉ, 2004). Estudos indicam que pacientes com estomatite protética ativa apresentam um risco significativamente maior de desenvolver essas lesões nas bordas da boca, sugerindo que a contaminação viaja da parte interna da prótese para o exterior (MARTORI *et al.*, 2014). Assim, o tratamento eficaz deve combater o reservatório microbiano intraoral simultaneamente ao cuidado das feridas externas (MARTORI *et al.*, 2014).

## 5.7 Prevenção e manejo clínico

O impacto dessas patologias na qualidade de vida do idoso é profundo, afetando funções básicas como a fala, a alimentação e o sorriso, o que pode levar ao isolamento social (PEREIRA *et al.*, 2025). Para idosos institucionalizados, a situação é ainda mais crítica, pois a dependência funcional muitas vezes impede que o próprio indivíduo perceba o avanço das lesões (OLIVEIRA *et al.*, 2026). A falta de assepsia adequada das peças protéticas e o uso ininterrupto, inclusive durante o sono, triplicam as chances de desenvolvimento de infecções oportunistas (BRANTES *et al.*, 2019). A reabilitação oral, portanto, só atinge seu objetivo

pleno quando acompanhada de uma educação contínua para pacientes e cuidadores, garantindo que o dispositivo protético promova saúde e não se torne um fardo biológico (PEREIRA *et al.*, 2025).

O manejo clínico das lesões traumáticas evoluiu com a incorporação de terapias adjuvantes, como o uso de géis de ácido hialurônico (JOVANOVIĆ *et al.*, 2024). Estudos indicam que a aplicação tópica dessa substância acelera significativamente a reepitelização de úlceras causadas por próteses, reduzindo a dor e o tempo de cicatrização (JOVANOVIĆ *et al.*, 2024). No entanto, quando houver diagnóstico de estomatite protética associada à candidíase oral, o tratamento farmacológico pode incluir antifúngicos tópicos ou sistêmicos, como miconazol e fluconazol, conforme a extensão da infecção e as condições clínicas do paciente. Independentemente da terapia medicamentosa instituída, o tratamento deve ser sempre acompanhado pelo ajuste mecânico rigoroso da base protética ou pelo alívio das bordas sobreestendidas (BUDTZ-JØRGENSEN; HOLMSTRUP; KROGH, 1988; LEITE; PIVA; MARTINS-FILHO, 2015; JOVANOVIĆ *et al.*, 2024). A suspensão temporária do uso da prótese durante o tratamento é recomendada para permitir o repouso dos tecidos e a oxigenação da mucosa (OLIVEIRA *et al.*, 2020). A higienização correta permanece como o pilar preventivo mais eficaz contra a estomatite protética e outras infecções oportunistas (PEREIRA *et al.*, 2025). O uso exclusivo da escovação mecânica é insuficiente devido às microporosidades da resina, tornando necessária a imersão diária em soluções desinfetantes (OLIVEIRA *et al.*, 2020). O hipoclorito de sódio a 1% é amplamente aceito como um agente eficaz, embora sua aplicação deva ser controlada para evitar a degradação do material (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Métodos complementares, como o uso de reveladores de biofilme, podem auxiliar o paciente idoso a identificar áreas críticas de acúmulo de placa, otimizando o controle doméstico (SILVA; PARANHOS; ITO, 2002). Para idosos institucionalizados ou com dependência funcional, a responsabilidade pela saúde bucal recai sobre os cuidadores, que muitas vezes carecem de treinamento adequado (OLIVEIRA *et al.*, 2026). É imperativo implementar protocolos de higiene que incluam a remoção noturna da prótese, prática que chega a reduzir drasticamente o risco de lesões orais e até de pneumonia aspirativa (BRANTES *et al.*, 2019). A educação contínua desses profissionais é vital para a detecção precoce de alterações na mucosa e para garantir que as próteses antigas sejam substituídas periodicamente (PEREIRA *et al.*, 2025). A substituição periódica da prótese total constitui uma medida preventiva fundamental. Embora muitos pacientes utilizem a mesma prótese por períodos prolongados, recomenda-se que ela seja reavaliada regularmente, pois sua vida útil

média é de aproximadamente cinco anos. Após esse período, alterações decorrentes do desgaste do material e da reabsorção do rebordo alveolar podem comprometer sua adaptação, favorecendo o surgimento de lesões na mucosa oral (PEREIRA et al., 2025). Por fim, o manejo clínico deve considerar os fatores sistêmicos que influenciam a resistência da mucosa, como o diabetes mellitus e a hipossalivação decorrente da polifarmácia (KHIYANI *et al.*, 2019). A saliva atua como um tampão biológico essencial; quando seu fluxo é reduzido, a proteção mecânica e imunológica da boca desaparece, exacerbando o impacto de uma prótese mal adaptada (EMAMI *et al.*, 2013). O acompanhamento clínico regular, com revisões a cada seis meses ou no máximo dois anos, permite que o cirurgião-dentista realize ajustes proativos e identifique precocemente alterações da mucosa oral que necessitem de investigação clínica. (BRANTES *et al.*, 2019). A reabilitação oral deve ser vista como um processo contínuo de suporte à saúde sistêmica, e não apenas como a entrega de um produto estático (PEREIRA *et al.*, 2025).

## 6 DISCUSSÃO

A alta incidência de patologias na mucosa oral entre usuários de próteses totais, observada na literatura revisada, valida a premissa de que a reabilitação protética não representa o estágio final do tratamento, mas sim o início de uma fase complexa de acompanhamento biológico. Enquanto Brantes *et al.* (2019) encontraram ao menos uma lesão em 78% dos idosos avaliados, outros levantamentos, como o de Ferreira *et al.* (2010), destacam que essa frequência é ainda mais alarmante em contextos de institucionalização, onde a fragilidade sistêmica e a dependência funcional dificultam a manutenção da saúde bucal. Essa variação nos dados estatísticos pode ser atribuída a divergências metodológicas, visto que alguns estudos priorizam exames clínicos em escolas de odontologia, enquanto outros utilizam análises multivariadas rigorosas para isolar fatores de risco como a falta de estabilidade do dispositivo e o tempo prolongado desde o último ajuste profissional. É evidente, portanto, que o edentulismo é um fenômeno dinâmico que altera o ecossistema bucal e exige um olhar clínico atento para além da mera reposição estética de dentes ausentes.

A divergência sobre os gatilhos primários da estomatite protética revela um cenário de contrastes na literatura odontológica, onde a supremacia do fator infeccioso é frequentemente confrontada pela relevância do trauma mecânico. Se, por um lado, a presença exacerbada de *Candida albicans* é amplamente documentada como o agente patogênico central, conforme sustentado por Leite *et al.* (2015), por outro, investigações como a de Carvalho de Oliveira *et al.* (2000) demonstram que a instabilidade da prótese e o uso noturno ininterrupto podem ser preditores inflamatórios tão determinantes quanto a carga fúngica. Essa divergência sugere que a colonização microbiológica não ocorre de forma isolada, mas se aproveita do ambiente de baixa oxigenação tecidual gerado por bases acrílicas mal ajustadas para se consolidar como uma infecção oportunista. Além disso, a crescente identificação de espécies não-albicans, como *C. tropicalis* e *C. glabrata*, com elevada capacidade de formação de biofilme, desafia os protocolos terapêuticos convencionais e evidencia que a má adaptação protética cria nichos ecológicos que protegem esses microrganismos da higiene mecânica. Assim, embora a Classificação de Newton forneça uma padronização diagnóstica essencial, o manejo clínico deve interpretar a prótese mal adaptada como um reservatório biológico ativo que exige mais do que apenas medicação tópica.

A longevidade do uso de uma mesma prótese, muitas vezes interpretada erroneamente pelo paciente como um atestado de durabilidade do tratamento, emerge nesta análise como

um dos principais catalisadores de processos proliferativos crônicos (OLIVEIRA *et al.*, 2020). A literatura demonstra uma correlação estreita entre o tempo de uso superior a vinte anos e a consolidação de hiperplasias fibrosas inflamatórias, conforme evidenciado nos relatos de Oliveira *et al.* (2020), onde a degradação física do acrílico e a perda de selamento periférico converteram o dispositivo em um agente traumático contínuo (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Essa realidade contrasta com o cenário de úlceras traumáticas agudas discutido por Jovanović *et al.* (2024), que ocorrem predominantemente nos dias subsequentes à instalação devido a desajustes de microrrelevo entre a base e a mucosa (JOVANOVIĆ *et al.*, 2024). A divergência clínica entre o trauma agudo (úlceras) e o crônico (hiperplasias) reflete não apenas o tempo de exposição, mas também a negligência quanto à manutenção periódica, muitas vezes fomentada pela ideia de que a prótese é um substituto permanente dos dentes naturais (BRANTES *et al.*, 2019). Enquanto investigações baseadas em modelos estatísticos validam o tempo de uso como fator de risco, levantamentos como o de Pereira *et al.* (2025) sugerem que a dependência funcional e o conformismo do paciente idoso retardam a busca por novos dispositivos, permitindo que lesões assintomáticas atinjam dimensões consideráveis antes do diagnóstico (PEREIRA *et al.*, 2025). Portanto, a má adaptação protética deixa de ser apenas uma falha técnica de confecção e passa a ser o reflexo de um comportamento passivo frente à saúde oral (FERREIRA *et al.*, 2010).

A saliva desempenha um papel que transcende o mero conforto físico, atuando como um escudo biológico indispensável para a integridade da mucosa sob a base protética. Nesta revisão, observa-se que o desequilíbrio na homeostase salivar, frequentemente exacerbado por condições sistêmicas, atua como um multiplicador de danos em indivíduos com aparelhos mal ajustados. Martori *et al.* (2014) identificam que o pH salivar reduzido e o consumo regular de carboidratos fermentáveis são preditores independentes para o agravamento da estomatite protética, o que sugere que a acidez local potencializa a virulência microbiana sob o acrílico. No mesmo espectro, a investigação de Brantes *et al.* (2019) correlaciona a deficiência na capacidade tampão da saliva ao desenvolvimento da queilite angular, confirmando que a ausência de neutralização química deixa os tecidos periorais suscetíveis à maceração enzimática pela própria saliva acumulada. Essa vulnerabilidade biológica é intensificada em quadros de diabetes mellitus e pelo uso contínuo de fármacos xerostômicos como anti-hipertensivos, fatores que limitam a autolimpeza mecânica e favorecem a transição da *Candida* para um estado agressivo. Sob uma perspectiva crítica, fica evidente que o manejo do paciente geriátrico exige a integração da saúde bucal ao monitoramento metabólico, uma vez que a falência das defesas sistêmicas desarma a mucosa contra o trauma mecânico

persistente de uma prótese desadaptada.

A heterogeneidade metodológica observada entre os estudos selecionados constitui um dos principais desafios para a consolidação de protocolos universais no manejo de lesões associadas a próteses mal adaptadas. Martori *et al.* (2014) pontuam que a ausência de um consenso definitivo sobre os fatores de risco é alimentada pela escassez de análises multivariadas que considerem, simultaneamente, o peso de variáveis sistêmicas e locais. Essa fragmentação é reforçada por Ferreira *et al.* (2010), que atribuem a discrepância nos dados de prevalência à falta de padronização nos critérios diagnósticos evidenciando que, enquanto alguns autores fundamentam-se estritamente em exames clínicos visuais, outros exigem confirmação microbiológica para definir patologias como a estomatite. Além disso, a predominância de estudos transversais limita a determinação de uma relação de causa e efeito direta entre o tempo exato da perda de adaptação e o início do processo inflamatório. Por outro lado, um dos pontos fortes desta revisão é o resgate de evidências que integram o trauma mecânico a avanços tecnológicos, como o uso de fluorescência para quantificação precisa de biofilmes e a introdução de terapias farmacológicas adjuvantes que otimizam a recuperação da mucosa. Essa visão crítica permite concluir que a importância científica do tema reside na superação da ideia da prótese como um objeto estático, reafirmando-a como um dispositivo que interage com um organismo em constante transformação biológica.

## 7 CONCLUSÃO

O estudo estabelecido ao longo desta revisão é que o uso de próteses totais, embora essencial para a dignidade e função mastigatória, atua como um divisor de águas no ecossistema bucal, podendo converter-se em um agente agressor quando a adaptação e a manutenção são negligenciadas. Ficou evidente que a prevalência de lesões não é uma consequência inevitável do envelhecimento, mas sim o reflexo direto da interação entre a instabilidade do dispositivo, a colonização por biofilmes oportunistas e a fragilidade sistêmica do paciente. Sob um parecer crítico, observa-se que a má adaptação protética funciona como um gatilho para processos inflamatórios persistentes que comprometem significativamente os tecidos de suporte. O trauma mecânico crônico e a alteração da microbiota sob a base acrílica criam um ambiente hostil que exacerba patologias preexistentes e predispõe ao surgimento de feridas dolorosas. É indispensável compreender que a prótese deve ser vista como uma ferramenta dinâmica que exige monitoramento contínuo, uma vez que a degradação do material e as mudanças fisiológicas do rebordo alveolar tornam qualquer peça, antiga e bem adaptada, em um reservatório microbiano e um foco de irritação ao longo dos anos. Nesse contexto, a importância do diagnóstico precoce e de uma abordagem preventiva torna-se o pilar central do manejo clínico. A educação em saúde bucal, tanto para o idoso quanto para seus cuidadores, deve enfatizar que a higienização rigorosa e o repouso tecidual noturno são medidas tão fundamentais quanto a própria confecção do aparelho.

Para o futuro, sugere-se a necessidade de estudos clínicos com maior tempo de acompanhamento e, principalmente, uma padronização internacional nos critérios diagnósticos e metodológicos para a detecção de lesões mucosas. A investigação de novas terapias adjuvantes e materiais de base com maior resistência à colonização microbiana também se apresenta como um caminho promissor para reduzir a incidência dessas patologias. Conclui-se, de forma reflexiva, que o sucesso da reabilitação oral no idoso não termina no dia da entrega da prótese; ele se renova a cada revisão clínica, reafirmando o compromisso da Odontologia com a preservação da saúde sistêmica e da qualidade de vida humana.

## REFERÊNCIAS

- BHAT, V. *et al.* Prevalence of Candida Associated Denture Stomatitis (CADS) and Speciation of Candida among Complete Denture Wearers of South West Coastal Region of Karnataka. **Nitte University Journal of Health Science**, v. 3, n. 3, p. 59-63, 2013. DOI: 10.1055/s-0040-1703679
- BRANTES, M. F. *et al.* Analysis of risk factors for maxillary denture-related oral mucosal lesions: A cross-sectional study. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 24, n. 3, p. e305-e313, 2019. DOI:10.4317/medoral.22826.
- BUDTZ-JØRGENSEN, Elvind. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 10, n. 2, p. 65-80, 1981. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.1981.tb01251.x>
- BUDTZ-JØRGENSEN, E.; HOLMSTRUP, P.; KROGH, P. Fluconazole in the Treatment of Candida-Associated Denture Stomatitis. **Antimicrobial Agents and Chemotherapy**, v. 32, n. 12, p. 1859-1863, 1988.
- CHOUFANI, A. *et al.* Prevalence of Oral Mucosal Lesions Among the Institutionalized Elderly Population in Lebanon. **Gerontology & Geriatric Medicine**, v. 6, p. 1-9, 2020. DOI: 10.1177/2333721420925189
- COELHO, C. M. P.; SOUSA, Y. T. C. S.; DARÉ, A. M. Z. Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry. **Journal of oral rehabilitation**, v. 31, n. 2, p. 135-139, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2004.01115.x>
- CORDOVA, C. *et al.* Distribution of traumatic injuries after the installation of complete dentures in adult patients. **Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral**, v. 9, n. 1, p. 48-54, 2016. DOI:10.1016/j.piro.2015.12.003
- EMAMI, E. *et al.* The Impact of Edentulism on Oral and General Health. **International Journal of Dentistry**, v. 2013, ID 498305, 7 p., 2013. DOI: 10.1155/2013/498305
- FERREIRA, R. C.; MAGALHÃES, C. S.; MOREIRA, A. N. Oral mucosal alterations among the institutionalized elderly in Brazil. **Brazilian Oral Research**, v. 24, n. 3, p. 296-302, 2010. DOI: 10.1590/s1806-83242010000300007
- GASPARETTO, André *et al.* Produção de biofilme por leveduras isoladas de cavidade bucal de usuários de prótese dentária. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 27, n. 1, p. 37-40, 2005.
- GOIATO, Marcelo Coelho *et al.* Técnicas de confecção de prótese total imediata mucossuportada. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 35, n. 1, p. 67-72, 2014.
- GOMES, Andréia Coelho *et al.* Reabilitação bucal com prótese total imediata. **Full Dent Sci**, v. 5, n. 20, p. 590-4, 2014.
- JOVANOVIĆ, Milica *et al.* Factors affecting the healing of decubital lesions in patients

wearing newly made dentures. **Journal of Dental Sciences**, v. 19, n. 1, p. 321-328, 2024. DOI: 10.1016/j.jds.2023.03.019

KAMIKAWA, Yoshiaki *et al.* Clinical study on anti-fungal drug activity against clinically isolated strains of oral Candida species. **Oral Science International**, v. 10, n. 2, p. 87-94, 2013. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1348-8643\(13\)00006-2](https://doi.org/10.1016/S1348-8643(13)00006-2)

KHIYANI, M. F. *et al.* Salivary biomarkers in denture stomatitis: a systematic review. **JDR Clinical & Translational Research**, v. 4, n. 4, p. 312-322, 2019. DOI: 10.1177/2380084419830941

LEITE, D. P.; PIVA, M. R.; MARTINS-FILHO, P. R. S. Identificação das espécies de Candida em portadores de estomatite protética e avaliação da susceptibilidade ao miconazol e à terapia fotodinâmica. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 44, n. 1, p. 12-17, 2015. DOI: 10.1590/1807-2577.1027

MAIA, L. C. *et al.* Edentulismo total em idosos: envelhecimento ou desigualdade social? **Revista Bioética**, v. 27, n. 1, p. 173-184, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281380>

MARTORI, Elisenda *et al.* Risk factors for denture-related oral mucosal lesions in a geriatric population. **The Journal of prosthetic dentistry**, v. 111, n. 4, p. 273-279, 2014. DOI: 10.1016/j.prosdent.2013.07.015

MOUSA, Mohammed A.; LYNCH, Edward; KIELBASSA, Andrej M. Denture-related stomatitis in new complete denture wearers and its association with Candida species colonization: a prospective case-series. **Quintessence International**, v. 51, n. 7, 2020. DOI: 10.3290/j.qi.a44630

DE OLIVEIRA, Luana Eduarda *et al.* Oral Mucosal Lesions Associated with the use of Dentures: Case Series. **Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 18, 2020.

CARVALHO DE OLIVEIRA, Terezinha Rezende *et al.* Avaliação da estomatite protética em portadores de próteses totais. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 14, n. 3, p. 219-224, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-74912000000300006>

PEREIRA, C. A. *et al.* Opportunistic microorganisms in individuals with lesions of denture stomatitis. **Diagnostic Microbiology and Infectious Disease**, v. 76, n. 4, p. 419-424, 2013. DOI: 10.1016/j.diagmicrobio.2013.05.001

PEREIRA, Isadora Lima *et al.* Health Promotion and Diagnosis of Oral Diseases in Institutionalized Elderly People: An Experience Report. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 22, n. 7, p. 1097, 2025. DOI: 10.3390/ijerph22071097

DOS SANTOS, Camila Mello *et al.* Denture stomatitis and its risk indicators in south Brazilian older adults. **Gerodontology**, v. 27, n. 2, p. 134-140, 2010. DOI: 10.1111/j.1741-2358.2009.00295.x

SILVA, C. H. L.; PARANHOS, H. F. O.; ITO, I. Y. Evidenciadores de biofilme em prótese

total: avaliação clínica e antimicrobiana. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 16, n. 3, p. 270-275, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-74912002000300015>

TRINDADE, Maria Gabriela Farias *et al.* Lesões associadas à má adaptação e má higienização da prótese total. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 12, n. 42, p. 956-968, 2018. Disponível em : <https://doi.org/10.14295/online.v12i42.1377>