

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE ODONTOLOGIA

AMANDA MELO AMARAL BRAZ

JULIANA TREVIZAN DA SILVA

LUKAS RAMOS SAFO DAS NEVES

Professor(a) Orientador(a): RENATA GRANATO PEREIRA

**CANDIDÍASE BUCAL EM PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESE
REMOVÍVEL: REVISÃO DE LITERATURA**

Rio de Janeiro

2022.2

**CANDIDÍASE BUCAL EM PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESE
REMOVÍVEL**

**ORAL CANDIDIASIS IN PATIENTS WITH REMOVABLE
PROSTHESIS: LITERATURE REVIEW**

Amanda Melo Amaral Braz

Graduanda do Curso odontologia do Centro Universitário São José

Juliana Trevizan da Silva

Graduanda do Curso odontologia do Centro Universitário São José

Lukas Ramos Safo Das Neves

Graduando do Curso odontologia do Centro Universitário São José

Renata Granato Pereira

Mestre em Prótese Dentária pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Especialista em Prótese Dentária pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense.

Professora do Departamento de Prótese do Centro Universitário São José.

RESUMO

Esse trabalho tem como objetivo uma revisão de literatura sobre a candidíase onde tem sido considerada a lesão bucal mais frequentemente observada em usuários de próteses removíveis, ela é causada principalmente por micro-organismos da espécie *Cândida Grablata*, *Cândida Tropicalis* e *Cândida albicans* ao qual apresenta maior relevância, porém seu desenvolvimento acontece quando o hospedeiro encontrasse com imunidade muito baixa, a resistência dos fungos *Cândida albicans* e o meio em que a mucosa se encontra. Em pacientes portadores de prótese removível acomete essas lesões como candidíase eritematosa, queilite angular, estomatite protética, candidose pseudomembranosa e candidíase hiperplásica crônica pelo fato da má higienização ou até mesmo da má adaptação ou em outros casos ocorre devido a saúde que o hospedeiro se encontra.

Palavras-chave: Candidíase, prótese removível e saúde bucal.

ABSTRACT

This work aims to review the literature on candidiasis, which has been considered the most frequently observed oral lesion in users of removable dentures, it is mainly caused by microorganisms of the species *Candida Grablata*, *Candida Tropicalis* and *Candida albicans*, which presents greater relevance, but its development happens when the host has very low immunity, the resistance of *Candida albicans* fungi and the environment in which the mucosa is found. In patients with removable prostheses, these lesions are affected, such as erythematous candidiasis, angular cheilitis, prosthetic stomatitis, pseudomembranous candidiasis and chronic hyperplastic candidiasis are affected due to poor hygiene or even poor adaptation or, in other cases, it occurs due to the health of the host.

Keywords: Candidiasis, removable prosthesis and oral health.

INTRODUÇÃO:

O fungo *Cândida albicans* está presente em todos os indivíduos que possuem um bom estado de saúde, porém ele só se manifesta se o fungo penetrar nos tecidos, e isso ocorre quando a flora microbiana estiver muito abaixo do normal, havendo assim o crescimento do fungo, podendo ser ocasionado pelos fatores sistêmicos ou fatores locais, onde estão relacionados a candidíase que se dão através da má higienização, prótese mal adaptada, a sua não remoção durante o período noturno para dormir, ao qual se torna uma situação desfavorável para a mucosa bucal, podendo agredir o tecido de sustentação da prótese, acometendo com mais ênfase os pacientes idosos que fazem o uso constante da prótese.

A alta prevalência de candidíase bucal em pacientes usuários de próteses pode ser decorrente da má adaptação (causada por trauma) ou higienização insuficiente e/ou incorreta acarretando, principalmente, a candidíase eritematosa. Algumas candidíases como a candidíase hiperplásica também conhecida como leucoplasia por *cândida*, possuem o aspecto clínico de forma crônica, podendo ser localizada com maior frequência na região retro comissural, e em casos mais graves pode atingir a língua e o palato. Sua superfície varia de lisa até lesões fissuradas, a cor pode se destacar como vermelha ou branca, atingindo principalmente pacientes que fazem o uso da prótese a mais de 5 anos. (NETO et al., 2005).

Os principais tipos de lesões que acometem a cavidade bucal estão relacionados às próteses removíveis mal adaptadas ou mal higienizadas pelo paciente (CARLI et al., 2013). Isso acontece principalmente devido à falta de informação sobre o uso, higienização e necessidade da substituição da prótese (BARBOSA et al., 2018).

Atualmente, na prática odontológica, é comum observarmos lesões orais decorrentes do uso de próteses orais ou até mesmo de uma inadequada orientação do cirurgião dentista para os pacientes, quanto ao uso e higienização dessas próteses. Souza e Tamaki (1996) afirmaram que ao planejar e confeccionar uma prótese, o dentista deve se preocupar com diversos fatores dentre os quais a função

da articulação têmporo-mandibular (ATM), onde é responsável pelo movimento de abrir e fechar a boca é o encaixe da mandíbula com o resto dos ossos do crânio. A tonicidade da musculatura onde é estado natural da tensão dos músculos, a saúde da mucosa oral, higiene oral e da prótese, tamanho e forma do rebordo alveolar, distribuição das forças mastigatórias, ou seja, os músculos temporal, masseter e pterigóideos. No espaço intermaxilar onde a mandíbula retorna em repouso existe entre as superfícies oclusais e condições oclusais. Na adaptação e extensão da prótese, condições sistêmicas do paciente, defeitos das margens cervicais, presença de áreas pontiagudas.

Pacientes que fazem o uso diário de prótese total ou removível, pode desencadear outros tipos de lesões, desfavorecendo assim o sistema estomatognático. Dentre os tipos de lesões, são elas: Queilite angular e Estomatite protética. Pacientes que fazem o uso constante da prótese, devem ter o máximo de cuidados possíveis para evitar que causem danos aos tecidos da cavidade oral, ao qual a higienização tanto da prótese quanto do tecido se faz necessária diariamente. A higienização pode ser realizada através de remoção química ou mecânica eliminando assim qualquer tipo de bactéria ou fungos presentes nas próteses (FALCÃO et al., 2004).

Esta pesquisa tem como objetivo geral apresentar, por meio de uma revisão de literatura, utilizando artigos atuais selecionados e embasados, a presença de candidíase bucal em determinados pacientes portadores de próteses totais ou parciais removíveis. Como objetivos específicos, o estudo se propõe a definir a candidíase em prótese, apresentar as causas dessa doença, relatar os sintomas mais recorrentes, informar sobre o impacto da higienização na rotina do paciente portador de próteses apresentadas e citados em artigos científicos na literatura atual.

A escolha do tema justifica-se devido à alta incidência de Candidíase Bucal em pacientes portadores de prótese totais ou parciais removíveis. É de extrema importância que os cirurgiões dentistas saibam identificar e tratar corretamente tais lesões, junto a orientações passadas aos pacientes de como deve-se utilizar e higienizar tais próteses. O presente estudo terá como metodologia a revisão de literatura e a pesquisa descritiva, baseada em artigos científicos de publicações realizadas nos últimos dez anos e documentos oficiais do Ministério da Saúde. A

busca de artigos científicos será realizada na base de dados das plataformas Scielo, Medline, PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde utilizando os descritores: candidíase em prótese; instrução de higiene na prótese.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Candidíase na cavidade bucal

Estudos têm demonstrado em estimativas que a *C. albicans* está presente na microbiota oral em cerca de 30 a 50% das pessoas, sem que haja evidências de manifestações clínicas (GAZOLA, 2011).

A candidíase oral é uma infecção fúngica comum, causada por um crescimento excessivo de espécies *Candida spp.*, sendo a maior responsável a *Candida albicans*. Embora a doença seja bem reconhecida, suas manifestações clínicas são diversas e cabe aos cirurgiões-dentistas estarem cientes desse fato a fim de efetuarem um diagnóstico preciso. (Plas, R, 2016)

A má higienização e má adaptação das próteses colaboram para o aparecimento de processos infecciosos devido a presença de micro-organismos, sendo a colonização por *Candida albicans*, o principal fator de risco (De OLIVEIRA et al., 2010; SOUZA et al., 2017).

Os termos Candidíase, Candidose oral, Monilíase ou Infecção por leveduras referem-se ao processo infeccioso causado pelos fungos do gênero *Candida*. As manifestações da doença variam de acordo com o sítio anatômico acometido, classificadas em três grandes grupos: mucocutânea (atinge mucosa oral e vaginal), cutânea e sistêmica, onde há comprometimento de vários órgãos e/ou sistemas (AVRELLA; GOULART, 2008).

É conveniente destacar que somente a presença do fungo não garante o desenvolvimento da infecção. Em pacientes saudáveis e com dentição completa, a

presença da *Candida* raramente provoca doenças. Nos usuários de prótese, as manifestações clínicas dependem da interação entre microrganismo e hospedeiro (OLIVEIRA et al., 2006).

Este micro-organismo vive normalmente no corpo humano sem causar danos, porém quando associado ao biofilme, baixo pH salivar, consumo regular de açúcar e alterações no sistema imunológico local se torna um patógeno oportunista que leva ao aparecimento de lesões. (GASPAROTO et al., 2011 RIBEIRO et al., 2019).

Lesões relacionadas a candidíase em próteses

1.1 Candidíase Eritematosa

A candidíase eritematosa ou atrófica está relacionada com pacientes que fazem o uso da prótese total ou removível, onde também pode ser conhecida como estomatite protética, ao qual seu aspecto clínico apresenta pontos avermelhados e de maior frequência no palato, isso ocorre devido à má-higienização da prótese, sua utilização constante e não remoção ao dormir e próteses mal adaptadas, evitando assim que os tecidos de suporte permaneçam saudáveis. (PLAS DER VAN, 2016).

De acordo com Paraguassú et al. (2011) os pacientes mais suscetíveis a candidíase eritematosa são os idosos, devido à baixa imunidade, má-nutrição, uso frequente de agentes farmacológicos, doenças oportunistas e sistêmicas. A presença da candidíase eritematosa nos pacientes da terceira idade está mais comumente relacionada a fatores locais, como o uso constante da prótese total.

A candidíase eritematosa se manifesta como placas ou áreas com eritema e vermelhidão. Segundo Lyon et al (2008), acontece mais frequentemente no palato superior e pode ser nomeada como estomatite protética ou estomatite por dentadura, de forma cumulativa ao uso de próteses removíveis. Ainda, segundo Araújo et al (2006), pode aparecer no dorso da língua como pequenas manchas vermelhas na mucosa jugal.

Entretanto, a candidose eritematosa crônica, referida comumente como Cândida Estomatite, é apresentada como vermelhidão da mucosa abaixo da

superfície de adaptação de uma dentadura, podendo desenvolver sob dentadura acrílica e até mesmo em aparelhos intra-orais, sendo mais frequente na mucosa da palatina, e não na mucosa mandibular (Martins et al., 2011; Melo & Guerra, 2014). Os principais fatores dessa condição é higiene oral inadequada, uso contínuo da prótese ou a presença de prótese mal adaptada, esta forma da doença consiste em 75% dos casos de paciente com o uso de próteses que apresentam sinais clínicos, embora muitas das vezes o mesmo não tenha conhecimento da infecção (MARTINS et al., 2011; MELO & GUERRA, 2014).

1.2 Queilite Angular

Os aparelhos protéticos podem ser contribuintes para o surgimento da queilite angular, com extenso tempo de uso, má adaptação assim como a má higiene bucal juntamente com a presença de *C. albicans* (RIZENTAL et al., 2018).

Segundo Van Der Plas (2016), a Queilite angular é adquirida através dos fungos e bactérias podendo se manifestar principalmente em pacientes com a imunidade comprometida que apresente HIV, sendo caracterizada pela presença de dor, fissuras nas comissuras labiais, edema, ao qual comumente pode estar associada à estomatite protética.

Segundo Turano e Turano (2002), existem lesões decorrentes de um incorreto planejamento de próteses como, a queilite angular e traumas da articulação têmporo-mandibular e da musculatura do sistema estomatognático, causados por erros no estabelecimento da dimensão vertical ou ainda, por ajustes oclusais insuficientes.

1.3 Estomatite Protética

A estomatite protética, tem sido considerada a lesão bucal mais comumente observada em usuários de próteses removíveis, com uma índice de 60 a 72%. A estomatite protética é multifatorial e pode estar associada à alergia ao monômero residual, à placa microbiana, ao trauma, ao uso contínuo da prótese e à hipossalivação. A infecção por *Candida spp.* é dita como o principal fator etiológico,

visto que pode não só iniciar, como manter e potencializar tal alteração (LEITE, D.P.;PIVAS,M. R.,;MARTINS FILHO, P. R. S, 2015)

Segundo Jin, Leung e Samaranayake (2009), na estomatite protética a característica clínica é eritema e edema crônico da mucosa em contato com a superfície da prótese dentária. A etiologia principal é um crescimento excessivo da *Candida spp.* entre a superfície da prótese dentária e o palato, onde o fluxo salivar natural é restrito. A mucosa de debaixo das próteses dentárias mandibulares e próximo a mucosa lingual raramente está envolvida. Além da Candidíase oral existem manifestações clínicas onde é percebida por um profissional da saúde e também o tratamento da *Candida spp.*, os cofatores para a estomatite protética são: infecção bacteriana, inflamação localizada e reação alérgica ao material de base da prótese dentária.

O diagnóstico da estomatite protética é baseado principalmente no exame clínico; entretanto, a confirmação laboratorial é muito importante. Restos de alimentos, localizados entre a prótese e o palato, permitem a multiplicação de bactérias e espécies de *Cândida*. A interação entre a microbiota bacteriana é importante na formação do biofilme na prótese. Como também, o tipo de levedura e toxinas presentes no biofilme da prótese. Todos esses fatores contribuem sobremaneira, para o desenvolvimento da lesão (VASCONCELOS et al.,2013)

A candidíase associada à estomatite protética, está relacionada a aderência dos microrganismos a base de acrílico da prótese total, onde eles proliferam e desenvolvem a lesão devido à pouca salivagem no local entre o palato e a prótese. As infecções causadas pela estomatite protética geram um certo edema e eritema na área afetada, causando dor, irritação e sensação de queimação, porém na maioria dos relatos de pacientes encontra se assintomática, a presença desta infecção está relacionada a diversos fatores dentre eles a má higienização tanto da prótese como do rebordo alveolar, alergia ao acrílico da prótese total, proliferação bacteriana, sua não remoção ao dormir deixando imerso em um copo com hipoclorito, mal adaptação da prótese entre outros. A estomatite protética dependendo o grau da lesão se subdivide no tipo I que tem aspecto clínico eritematoso e inflamação mais simples, o tipo II ao qual seu aspecto clínico pode ser eritema localizado ou difuso em toda extensão em que a mucosa da prótese recobre, e ao tipo III que pode ter hiperplasia

das papilas no rebordo alveolar ou no palato (PLAS DER VAN, 2016; PARAGUASSÚ et al., 2011).

1.4 Candidíase Pseudomembranosa

Se não for tratada, pode desenvolver para o estado crônico, onde a mucosa apresenta-se seca e brilhante, com intenso eritema difuso, podendo ser observado, no dorso da língua, pequenas placas e úlceras superficiais muito dolorosas que resultantes da perda de papilas filiformes (SILVA, 2013; SIQUEIRA et al., 2015).

A forma aguda é o único tipo de Candidose dolorosa, podendo ocorrer em qualquer local da cavidade oral e particularmente em pacientes mais idosos. A forma crônica, normalmente assintomática, sendo associada à má higiene oral e ao uso crônico de prótese. (SIMÕES, FONSECA & FIGUEIRAL, 2021)

A Candidose pseudomembranosa é a forma mais popular da doença, ocorre em qualquer idade, afetando, em particular, indivíduos imunodeficientes, lactentes, pacientes com xerostomia e hipofunção das glândulas salivares. É caracterizada pelo aparecimento de placas moles, multifocais ou difusas, ligeiramente elevadas, localizadas na mucosa jugal, língua, palato e região retro-molar (AZEVEDO, 2014; SILVA, 2013;)

1.5 Candidíase Hiperplásica Crônica

A candidíase hiperplásica, também conhecida como leucoplasia por cândida, possuem o aspecto clínico de forma crônica, podendo ser localizada com maior frequência na região retro-comissural, e em casos mais graves pode atingir a língua

e o palato. Sua superfície varia de lisa até lesões fissuradas, a cor pode se destacar como vermelha ou branca, atingindo principalmente pacientes que fazem o uso da prótese a mais de 5 anos. (NETO et al., 2005).

Esta é uma variante distinta de infecção por Cândida, por normalmente apresentar displasia epitelial, clinicamente, a candidíase hiperplásica varia de lesões nodulares pequenas a placas brancas homogêneas não removíveis à raspagem, o tratamento é realizado com agentes antifúngicos, seguido de reavaliação clínica periódica do paciente, já que este tipo de candidíase tem sido relacionado à transformação maligna (JAVAD, SAMARANAYAKE & ROMANOS, 2014; MIMA ET AL., 2010; PEREIRA, 2017; SIMÕES, FONSECA & FIGUEIRAL, 2021).

Candidose do palato é normalmente causada por fatores locais, como, próteses maxilares, higiene bucal deficiente ou inalação de esteroides, mas condições sistêmicas podem favorecer seu desenvolvimento, uma vez que estes fatores etiológicos mais comuns são excluídos, a presença de glossite rombóide mediana associada à Candida deve ser investigada como possível causa da candidíase em palato, caracterizando a denominada lesão “especular” (FALCÃO, SAMTPS & SAMPAIO, 2004).

Tratamento e preservação da candidíase oral e cuidados com a prótese removível

A literatura descreve como métodos de limpeza da prótese dentária os métodos químico, mecânico e químico-mecânico, sendo o primeiro aquele em que a higienização da peça geralmente é feita com escova de dentes com cerdas duras, água e sabão ou dentifrícios (precisa haver atenção para não usar material muito abrasivo, para evitar que ocorra desgaste na resina acrílica). Já o químico, consiste na utilização de agentes químicos para a higienização da peça, o que é benéfico para pacientes com dificuldades motoras e com outras necessidades especiais. O método químico-mecânico representa a união entre os dois métodos e, por possuir dois mecanismos de ação, pode potencializar o ato de higiene da prótese, um exemplo de

técnica desta categoria seria aliar a escovação a agentes químicos (DA SILVA NEVES, C. W, 2020)

A escolha do tratamento antifúngico depende da natureza da lesão e do estado imunológico do paciente. Existem três alvos principais de drogas antifúngicas em *Cândida*: a membrana celular, a parede celular e os ácidos nucleicos(CANNON et al.,2007).

Goiato et al. (2002) afirmaram que pacientes idosos, por apresentarem uma série de características bucais e sistêmicas peculiares como rebordo alveolar reduzido, mucosa menos resiliente, tecido muscular em degeneração, exigem maior precisão na adaptação de suas próteses aos tecidos.

A conduta terapêutica a ser aplicada ao tratamento da candidíase vai depender do estado em que se encontra a mucosa oral, variando de casos mais simples para os casos mais graves, conforme for diagnosticado no exame clínico (PEIXOTO et al., 2014). Após o diagnóstico clínico, o tratamento da candidíase pode ser realizado de forma tópica ou sistêmica, sendo que a forma tópica é representada pelos antifúngicos poliênicos nistatina e anfotericina B. A nistatina (100,000 ml) é o antifúngico tópico mais indicado devido sua eficácia, menor custo e menos efeito colateral, durante o tratamento da candidíase, seu uso deve ser constante durante duas semanas, 4 vezes ao dia, aplicando-se a nistatina na base da prótese e no tecido, deixando o antifúngico agindo no local afetado, após este período durante a noite deve se remover a prótese higienizá-la e colocar a prótese em um recipiente com clorexidina a 2%, fazendo a desinfecção da mesma e conseqüentemente descansando o tecido mucoso, podendo em algumas circunstâncias o bochecho com clorexidina a 0,2% se faz necessário para a higienização da cavidade oral devido o alto índice de sacarose que contém na nistatina, caso haja dentes em boca, sendo suscetível ao aumento de cárie na cavidade bucal. Já o uso do antifúngico Anfotericina B pode ser usado tanto para candidíase primária como para candidíase secundária, apresentando-se na forma de pomadas, pastilhas, cremes e comprimidos, mais devido aos seus efeitos colaterais de náuseas, dor de cabeça, distúrbios gastrointestinais, entre outros, não é muito recomendável (BARBOSA et al., 2014).

Em alguns casos em que a conduta terapêutica tópica não consiga tratar a candidíase, deve ser aplicada em casos mais severos os antifúngicos sistêmicos denominados como anzóis, dentre eles os imidazóis e os triazóis. Os imidazóis se apresentam como cetoconazol, clotrimazol e miconazol, já os triazóis são eles: voriconazol, fluconazol, posaconazol, itraconazol. Dentre os medicamentos citados anteriormente, o mais utilizado nos dias de hoje é o fluconazol, ao qual se trata a candidíase em casos em que os antifúngicos poliênicos não conseguem agir no local afetado. O fluconazol é injetado intravenoso ou por via oral, sendo que a segunda opção é o mais apropriado em casos em que o fungo cândido se manifesta na cavidade bucal, e o uso do antifúngico poliênico não é eficaz. O uso do fluconazol deve ser associado a bochechos diários com clorexidina a 0,2% aliviando o local em que se encontra eritematoso ou edemaciado proporcionando bem-estar para o paciente, porém em alguns casos em que o fluconazol não faça efeito esperado, indicasse o itraconazol para lesões mais graves e difíceis de serem tratadas devido ao grau da inflamação em que se encontram na mucosa oral (FREIRE PALHANO et al., 2016; PLAS DER VAN, 2014).

O paciente deverá ser orientado quanto a não dormir com as próteses a fim de promover relaxamento e descanso aos tecidos, ao mesmo tempo em que a língua, a saliva, as bochechas e os lábios exercem ação de limpeza (GONÇALVES et al., 1995).

É importante recomendar o retorno do paciente 24 horas e 7 dias após a instalação das novas próteses para a realização de ajustes na base da resina, aliviando áreas de compressão que podem estar traumatizando a mucosa e, ajustes oclusais para estabelecer uma mastigação eficiente (GOIATTO et al., 2005).

A remoção mecânica dos fungos pode ser feita através da escovação com escovas especiais para higienização de próteses ou com escovas convencionais com sabão neutro. A remoção química geralmente é feita deixando-se a peça protética, durante toda a noite, mergulhada em solução apropriada, como a nistatina (BORAKS, 1999; TELLES et al., 2004).

Panzzini et al. (2002) afirmaram que a instalação das próteses totais não significa apenas o ato de inserí-las na boca do paciente, mas também de orientá-lo e

motivá-lo quanto ao uso e à higienização das mesmas e dos tecidos da cavidade bucal. O estabelecimento de uma boa comunicação entre o profissional e o paciente desde o início do tratamento auxiliará na fase de instalação das próteses. Para se obter uma comunicação favorável, o profissional deve saber escutar e transmitir opiniões, possibilitando assim uma aproximação positiva entre o profissional e o paciente. Uma comunicação deficiente pode refletir em falta de cooperação do paciente e, deste modo, o tratamento poderá ser conduzido ao insucesso. Sendo assim, além de instruções verbais, é importante que o profissional as reforce de maneira escrita.

Além do tratamento com medicamentos antifúngicos, a terapia fotodinâmica, ou seja, o laser tem sido vista como uma alternativa. Segundo a pesquisa de Leite, Pivas, Martins-Filho, 2014, que foi realizada através da coleta, do isolamento, da identificação das espécies de *Candida* e da avaliação da suscetibilidade dos fungos ao miconazol (antifúngico) e à Terapia fotodinâmica. O medicamento foi mais eficiente nos casos avaliados, mas o laser pode servir como tratamento complementar ou atuar em casos onde o antifúngico não sensibiliza os microorganismos patógenos.

Existem várias fontes de luz que podem ser usadas da terapia fotodinâmica, mas o laser de baixa potência é o mais indicado, também conhecido como laser terapêutico, não ablativo e de baixa intensidade, que promove reparação tecidual, diminuição da inflamação e analgesia. Quando usado isoladamente, não possui efeito antimicrobiano, mas quando associado a agentes fotossensibilizadores, proporciona uma grande capacidade de redução de microorganismos (TEODORO, P. S.; FERNANDES, H. V. S, 2020)

Os reembasadores protéticos são materiais que podem ser utilizados para proteger a membrana mucosa da rigidez do acrílico, aperfeiçoando a adaptabilidade da prótese e reduzindo a irritação por fricção no palato. Várias combinações de revestimento e agentes antifúngicos têm sido utilizados para tratar a estomatite protética com resultados palpáveis. As combinações desses formatos de dispositivos de administração oral, podem vir a substituir o tratamento da estomatite protética, melhorando a biodisponibilidade, prolongando a liberação e mantendo o efeito local na área alvo. Isso pode potencialmente aumentar a longevidade clínica do reembasador. E ainda ultrapassa a dificuldade de manter uma dose de antifúngico na

cavidade bucal. (LIMA, MACIEL, ARRIAS, PORTO, URBAN, NEPPELENBROEK et al 2016)

A clorexidina (CHX), é um anti-séptico e desinfetante, que tem sido utilizado para tratar estomatite protética mostra um alto efeito inibitório sobre a *Candida albicans*. Sua função essencial é eliminar os fungos mais resistentes, sendo uma opção para o tratamento com fluconazol. A incorporação de fármacos no material reembasador combina tratamento tópico com antifúngico e tem efeito renovador sobre a antiga base protética coberta de fungos. Haja vista que a colaboração do paciente não é necessária. (RADNAI, WHILEY, FT; . et al 2010)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todavia, pacientes em portadores de prótese dentária mostram que há uma grande quantidade de indivíduos com lesões orais de fácil diagnóstico e intervenção. A relação entre uso de prótese dentária e desenvolvimento de candidíase dentária é bem relatada na literatura. Dessa forma, profissionais da Odontologia, devem orientar ao pacientes que usam o dispositivo quanto à higienização e aos cuidados corretos, buscando diminuir a possibilidade do desenvolvimento da doença. Assim, os autores ressaltam a importância da supervisão profissional dos pacientes e a conscientização sobre os hábitos para atingir e preservar boa saúde e qualidade de vida.

Com base no estudo relacionado ao reembasadores onde foi testado, pode-se concluir que a incorporação de diacetato de CHX 1% aos reembasadores utilizados não apresentou diferença no tratamento da estomatite protética, em comparação com reembasadores puros, embora ambos os tratamentos tenham promovido alguma melhora clinicamente na estomatite protética.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, V. G. M. et al. **Queilite angular: sinais, sintomas e tratamento.** International Journal of Dentistry, Recife, v.6, n.2, p.55-57, 2007.
- APKAN, A.; MORGAN, R. **Oral candidiasis.** Postgraduate Medical Journal , v. 78, n. 922, p. 455-459, 2002.
- ARAÚJO, N. S. de; ARAÚJO, V. C. de. **Patologia Bucal.** São Paulo: Artes médicas, 1.ed., p. 51-53, 1994.
- ARAÚJO, R. R. et al. **Perfil da candidíase bucal em clínica estomatológica.** Arquivo Brasileiro de Odontologia, p.26-31, 2006.
- ASSUNÇÃO, W. G. et al. **Higienização em dentaduras artificiais.** Jornal de Assessoria ao Odontologista, v. 24, p. 32-35, 2001.
- AZEVEDO, G. S. G. (2014). **A importância do diagnóstico laboratorial na candidíase oral.** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.
- BARBEAU, J. et al. **Reassessing the presence of Candida albicans in denture-related stomatitis.** Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Oral Endodontology, v. 95, n. 1, p. 51-9, 2003.
- BARBOSA D. B. et al. **Complete denture insertion: a review.** Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, v.35, n.1, p. 53-60, 2006.
- BIFANO, C. R. **Proposta de reorganização da atenção em saúde bucal prestada ao idoso,** nas equipes de saúde bucal do município de Conselheiro Lafaiete, mg.

2009. 70 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

BORAKS, S. **Diagnóstico Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2.ed. p.106; 134; 149, 1999. Brasileiro de Odontologia, p.26-31, 2006.

CARVALHO DE OLIVEIRA, T. R. et al. **Avaliação da estomatite protética em portadores de prótese totais**. Pesquisa Odontológica Brasileira, v.14, n.3, p. 219-24, 2000.

COELHO, C. M.; SOUSA, Y. T.; DARE, A. M. **Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry**. Journal of Oral Rehabilitation, v. 31, n. 2, p. 135-9, 2004.

DA SILVA NEVES, C. W, et al. **Principais métodos de higienização de próteses dentárias removíveis: Uma revisão da literatura**. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 5, p. 14736-14747, 2020.

FALCÃO, A. F. P, Samtps, L. B., & Sampaio, N. M. **Candidíase associada a próteses dentárias**. Sientibus. 30 (1), 135-46. 2004

LEITE, D. P.;PIVAS, 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 Odontol UNESP, 2015. P. 12-17.

LIMA JE, Maciel JC, Arrais CA, Porto VC, Urban VM, Neppelenbroek KH. Effect of incorporating antifungals on the water sorption and solubility of interim resilient liners for denture base relining. **J ProsthetDent**. 2016;

LYON, J. P., RESENDE, M. A. **Evaluation of adhesion to buccal epithelial cells in Candida species obtained from denture wearers after exposure to fluconazole**. Mycoses. N.50, p.21-24, 2006.

NETO, M. M.; DANESI, C. C.; UNFER, T. D. **Candidíase Bucal**. Saúde, Santa Maria, v. 31, n. 1-2, p. 16-26, 2005.

NEWTON, A. V. **Denture sore mouth: a possible aetiology**. Brazilian Dental Journal, v. 112, n. 9, p. 357-60, 1962.

PARAGUASSU, M. G. et al. **Rev. Cubana de Estomatol.**, v. 48, n. 3, p. 268-276, 2011.

PEIXOTO, V. J. et al. **Candidíase-uma revisão de literatura**. Minas Gerais-Ipatinga, v. 8, n. 2, p. 75-82, jun./ago. 2014.

PLAS, D. VAN. **Candidíase oral: manifestações clínicas e tratamento**. Porto: Faculdade da Ciência de Saúde, 2016.

RADNAI M, Whiley R, Friel T, Wright PS. **Effect of antifungal gels incorporated into a tissue conditioning material on the growth of Candida albicans**. Gerodontology. 2010;

SCARLECIO, M. et al. **Estomatite protética versus candidíase: diagnóstico e tratamento**. RGO, Porto Alegre, v. 55, n. 4, p. 395-398, out./dez.2007.

SILVA, M. G. **Candidíase Oral: Sintomas, diagnóstico, tratamentos**. Ariquemes, jun. 2013.

SILVA, G. M. (2013). **Candidíase oral: sintomas, diagnósticos e tratamentos**. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Ariquemes, RO, Brasil.

SIQUEIRA, J. S. S., Batista, S. A., Silva Junior, A., Ferreira, M. F., Agostini, M., & Torres, S. R. (2015). **Candidíase oral em pacientes internados em UTI**. Rev bras odontol. 71 (2), 176-179.

SIMÕES, R. J., Fonseca, P., & Figueiral, M. H. (2021). **Infecções por cândida spp na cavidade oral**. Odontol clín-cient. 12 (1), 19-22.

SIMÕES, Ricardo Jorge; FONSECA, Patrícia; FIGUEIRAL, Maria Helena. **Infecções por Candida spp. na Cavidade Oral**. Odontologia Clínico-Científica (Online), v. 12, n. 1, p. 19-22, 2013.

PLAS, R. **Candidíase oral: Manifestações clínicas e tratamento**. Repositório UPF. 2016.

TEODORO, P. S.; fernandes, H. V. S. **O uso da terapia fotodinâmica como método alternativo de tratamento da candidíase oral**. Revista Arquivos Científicos (IMMES), v. 3, n. 1, p. 14-23, 2020.