

Estomatite Protética: Revisão de Literatura

Stomatitis Prosthetic: Literature Review

Gabriel Gomes de Alencar ¹

Patrícia Lins Azevedo do Nascimento ²

Roberto Sérgio de Vasconcelos Sousa³

¹ Aluno de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), Caruaru / PE.

² Professora Doutora do Curso de Odontologia do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), Caruaru / PE.

³ Mestre em Prótese Dentária, Professor do Curso de Odontologia do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), Caruaru / PE.

Endereço para correspondência:

Professor Roberto Sérgio de Vasconcelos Sousa

Curso de Odontologia do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA)

Avenida Portugal, 584 Bairro Universitário- Caruaru – PE CEP:55016-901

E-mail: rs0909@gmail.com

RESUMO

O objetivo da prótese total é de reabilitar o sistema estomatognático, devolver características anátomo-funcionais, manter a saúde de estruturas de suporte adjacentes, revigorando o bem estar do indivíduo e sua autoestima. Apesar da busca pela perfeição na confecção dessas próteses, vários tipos de lesões podem surgir na mucosa, associadas ao seu uso. A mais comumente encontrada é a estomatite protética, uma lesão eritematosa, localizada no palato duro sob a prótese total, que possui causas multifatoriais, sendo a candidíase o fator mais importante no seu surgimento. As principais causas são problemas de saúde geral do indivíduo, microbianos, como o acúmulo de placa bacteriana, colonização de fungos e também mecânicos como a porosidade da resina que forma a sela da prótese. Esses fatores, associados aos traumas causados pelo mau uso da peça e carência de higienização da mesma, expõe a mucosa de suporte à infecção por micro-organismos como a *Candida albicans*.

Descritores: Estomatite, Prótese Total, Mucosa Bucal

INTRODUÇÃO

As próteses totais têm como função devolver a capacidade mastigatória e restaurar o sistema estomatognático, assim devolvendo ao paciente as capacidades estético-funcionais, mantendo o mais saudável possível os tecidos de suporte da mesma. Cerca de dois terços dos usuários, a maioria mulheres e idosos usam as próteses totais. A presença da prótese é o fator local iniciante para a doença, pois a superfície interna de resina apresenta irregularidades e micro-porosidades que facilitam a colonização de bactérias e fungos. Estes microrganismos formam na superfície da prótese um biofilme semelhante ao biofilme dental, tanto na sua composição, quanto no seu processo de colonização. Associado a uma oclusão não balanceada, podem causar traumas na mucosa palatina, que reduzem a resistência do tecido à infecção e aumentam a permeabilidade do epitélio à toxinas produzidas pelos microorganismos¹. São consideradas as desencadeadoras em grande massa da estomatite protética, que é uma lesão que normalmente é manifestada e observada sob a base destas próteses, caracterizada por aspectos eritematosos difusos ou pontilhados na zona chapeável (mucosa de suporte), geralmente acometendo a mucosa da região do palato duro. Existe uma correlação entre a precariedade da saúde bucal de portadores de prótese total, má higiene e lesões da mucosa bucal com a maior incidência de estomatite protética. Atualmente observa-se um aumento da expectativa de vida, a necessidade de próteses mucossuportadas persistirá ainda por muitos anos em virtude das limitações impostas pelas condições de saúde e até mesmo econômicas dos pacientes. Frequentemente é assintomática, podendo apresentar sintomatologia rara, que abrange dor,

halitose, prurido e queimação. A etiologia da estomatite protética é multifatorial podendo estar associada à alergia ao monômero residual, placa microbiana, trauma, uso contínuo da prótese, hipossalivação e infecção pela *Candida albicans*. O tratamento de eleição para a estomatite protética envolve a remoção dos fatores sistêmicos e locais, especialmente eliminação dos traumas e dos microorganismos da prótese. Quando associada à candidíase consiste na combinação de antifúngico tópico, orientação do paciente quanto à higienização da prótese e verificação da necessidade da troca da mesma. O medicamento é acondicionado diretamente à prótese, previamente higienizada, que funciona como uma “moldeira”, o que confere ao medicamento um maior tempo de contato com a lesão, que se reflete em uma melhor resposta e regressão mais rápida do quadro. Esse procedimento de aplicação se dá duas a três vezes ao dia com duração de uma a duas semanas¹. Considera-se essencial o diagnóstico e tratamento dos problemas relacionados às próteses totais, uma vez que constituem um desafio clínico na odontologia. O objetivo desta revisão é de abranger os aspectos envolvidos no diagnóstico, etiologia, desenvolvimento da estomatite protética, abordando os agentes etiológicos da estomatite protética, dando ênfase ao seu aspecto clínico, e com isso saber quais condutas o cirurgião dentista deve tomar perante o caso, levando em consideração a importância do diagnóstico.

REVISÃO DE LITERATURA

A estomatite protética é uma alteração que acomete a mucosa que suporta a prótese total, cujas características clínicas são hiperemia, alteração da textura da mucosa palatina, presença de edemas, congestão, algumas apresentam petéquias eritematosas, podendo apresentar inflamações intensas e raramente é sintomático².

A etiologia da estomatite protética é multifatorial, podendo ter como principais fatores os medicamentos, com os antibióticos e imunossuppressores, traumas, distúrbios sistêmicos, como diabetes, má nutrição, neutropenia, problemas imunológicos e problemas locais microbianos³ e a *Candida albicans* tem demonstrado ser o fator etiológico primário da doença^{4,5,6}. Pode estar correlacionada entre a precariedade da saúde bucal dos usuários de próteses totais, má higiene bucal e lesões da mucosa bucal com a maior incidência de estomatite protética. Por conta do aumento da expectativa de vida, a necessidade das próteses mucossuportadas ainda persistirá, em virtude de limitações, principalmente econômicas, e de saúde dos pacientes. O que pode contribuir para o surgimento dessa lesão é o fato da prótese estar mal adaptada, interferindo ainda assim na oclusão do paciente, uso noturno da prótese total, e o mesmo com registro de dimensão vertical incorreta. Pode também estar relacionada à infecção pela *Candida albicans*, sendo esta também considerada agente causal mais significativa da estomatite protética.

Definida a etiologia como sendo multifatorial, a forma de tratamento deverá englobar todos os fatores envolvidos no processo. O fator falta de higiene deve

ser trabalhado no momento em que o paciente recebe suas próteses, também recebendo as orientações por escrito, com o uso descontínuo (a noite), do trabalho mecânico, e de materiais próprios para imersão das próteses⁷.

A cavidade bucal é constituída de uma microbiota vasta, o qual, seu ecossistema mantém-se em harmonia e onde as formas de vida, que nela habitam, se encontram em equilíbrio saprofílico^{10,11,12}. Condições, entretanto, podem se estabelecer, as quais tornam necessárias instalações de artifícios no meio bucal. As próteses dentárias podem, através de sua interação, interferir ou, colaborar para evidênciação clínica ou subclínica de processos patológicos resultantes da associação próteses/microrganismos.

As próteses atualmente são a base de resina acrílica, por conta das suas micro porosidades encontradas em sua superfície, principalmente quando mau acabada e trabalhada, são formas de retenção e colonização de microrganismos.

São fatores que levam muitos estudiosos a conclusões que realmente há relações das patologias bucais, em tecidos moles, para com as próteses. Associado á oclusão não balanceada, podem causar traumas na mucosa palatina, que diminui a resistência e aumenta a permeabilidade do epitélio ás toxinas produzidas pelos microrganismos¹³. O acúmulo de placa bacteriana sobre a resina que forma a sela da prótese pode levar, como consequência, á lesões como a hiperplasia papilar inflamatória, e a de nosso foco que é a estomatite protética, e outras como a candidíase crônica^{4, 14}.

É orientado e recomendado ao paciente que ao dormir, deve-se remover a prótese, e colocá-la em um recipiente com água pura, para assim manter a

umidade ao ser inserida no meio bucal na manhã seguinte, e durante o sono, o fluxo salivar diminui gradativa e absurdamente, tornando-se assim a cavidade oral suscetível a proliferação e invasão microbiana, atingindo e provocando inflamações principalmente em áreas que sofrem alguma forma de pressão, e vemos bastante esse quadro acometendo principalmente no palato, muitas vezes a área ali apresenta-se com isquemia, sem circulação, por conta do uso contínuo dela sem intervalos, para que a mucosa possa voltar a ter circularizada, para isso é viável ao paciente massagear levemente essa área, pois a circulação sanguínea é estimulada.

Estudos afirmam que, o eficiente sistema de adesão bacteriano á prótese torna a remoção do biofilme uma tarefa difícil, por conta de, além de fungos, como a *Candida Albicans*, que estão presentes na superfície da prótese, estafilococos e estreptococos podem penetrar até 1,2 mm na resina e ainda sobreviver usando o carbono da resina da prótese em seu metabolismo como, certas colônias de *Pseudomonas* e *Candida Lipolítica*^{15,16}. A adesão desses microorganismos a superfície resinosa se dá também pela ingestão de açúcares, mostrando a sua semelhança com o biofilme dental¹⁷. O eficiente sistema de adesão bacteriano á prótese torna a remoção do biofilme uma tarefa difícil. Estudos mostraram que além de fungos como a *Candida Albicans*, que estão presentes nas superfícies das próteses, estafilococos e estreptococos podem penetrar até 1,2 mm na resina e ainda sobreviver usando o carbono da resina da prótese em seu metabolismo como, certas colônias de *pseudomonas* e *candida lipolítica*^{15,16}.

De acordo com Jorge Júnior (1991)²³ e Hoad-Reddick (1989)²⁴, uma correta higiene oral e do aparelho protético, junto a um planejamento cuidadoso da prótese, assim como consultas periódicas, promovem uma maior longevidade do tratamento protético realizado.

DESENVOLVIMENTO

Na prática odontológica, é comum observarmos lesões bucais decorrentes do uso de próteses iatrogênicas ou até mesmo de uma inadequada orientação do paciente pelo cirurgião dentista, quanto ao uso e higienização das próteses. Assim como a pele, a mucosa bucal cumpre a sua fundamental função como órgão protetor dos tecidos adjacentes e subjacentes, porém a experiência clínica tem mostrado que a mucosa é muito mais susceptível ao trauma e à inflamação do que a pele. Assim, pode-se dizer que a frequência de lesões nos tecidos moles aumenta de acordo com o tempo em que o paciente vem usando a prótese dentária²⁶. A instalação de uma prótese dentária removível provoca uma alteração quantitativa e qualitativa da placa bacteriana, aumentando deste modo os processos inflamatórios da cavidade bucal^{8,9}. Condições, entretanto podem se estabelecer, as quais tornam necessárias as instalações de elementos artificiais na cavidade bucal. As próteses dentárias podem, por mecanismos interativos, interferir ou colaborar para a evidência clínica de processos patológicos. Traumatismos provocados por próteses mal adaptadas, má higiene, dimensões verticais inadequadas representam fatores promotores dessas patologias. Souza et al. (1996)²⁷ 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, a tonicidade da musculatura, condições de higienização da prótese, tamanho e forma do rebordo alveolar, distribuição das forças mastigatórias, espaço intermaxilar, condições oclusais, adaptação e extensão da prótese, condições sistêmicas do paciente, defeitos

das margens cervicais, presença de áreas pontiagudas. O uso ininterrupto das próteses provoca degeneração das glândulas salivares palatinas e diminuição da secreção salivar, favorecendo o acúmulo e retenção de placa microbiana e, com isso, levando a queda do pH salivar favorecendo a proliferação fúngica, coadjuvando fatores desencadeantes mecânicos, químicos, ou biológicos, que se conjugam durante os longos períodos de utilização contínua da prótese, desencadeando lesões como a estomatite. Já outros estudos também alegam que as próteses mal adaptadas desencadeiam com mais precisão a esta lesão. Há também Fatores sistêmicos como diabetes melito, hipertensão arterial, artrose, osteoporose, anemia, leucemia, e uso de medicamentos como antibióticos, antiinflamatórios hormonais, tranquilizantes, hipotensores e outros, que levam a diminuição da imunidade, podem aumentar a susceptibilidade para a instalação de não somente a estomatite como lesões fúngicas de exemplo a candidíase bucal. Mas que os fatores primordiais, que são mais que evidentes e certos, são as condições de higiene bucal e da prótese do paciente, que influenciam no fator desencadeante da lesão em questão. Quanto ao tratamento, é consenso na literatura^{28,29,30} que a suspensão do uso da prótese favorece a diminuição do componente inflamatório, precedendo a etapa final do tratamento pela correção cirúrgica de irregularidades anatômicas se necessário, e confecção de nova prótese. É recomendado ao paciente que ao dormir, deve-se remover a prótese, e colocá-la em um recipiente com água pura, para assim manter a umidade ao ser inserida no meio bucal na manhã seguinte, e durante o sono, o fluxo salivar diminui gradativa e absurdamente, tornando-se assim a cavidade oral suscetível a proliferação e invasão microbiana, atingindo e

provocando inflamações principalmente em áreas que sofrem alguma forma de pressão, e vemos que esse quadro acomete principalmente o palato, muitas vezes a área ali apresenta-se com isquemia, sem circulação, por conta do uso contínuo dela sem intervalos, para que a mucosa possa voltar a ter circulação, para isso é viável ao paciente massagear levemente essa área, pois a circulação sanguínea é estimulada^{18,19}. O tratamento em si é realizado com uso de antifúngicos tópicos aplicados no local da lesão. A dentadura mal adaptada deve ser reembasada ou trocada e orientações de higiene devem ser passadas para o paciente para se corrigir a situação. Consta desde instruções de higiene bucal, e da prótese, sua remoção durante a noite, avaliação e identificação de irregularidades presentes, que comprometam a relação cêntrica e oclusão, desde reembasamentos à confecções de novas próteses, e em alguns casos, indicação de antifúngicos, quando há casos de candidíase associados, desinfecção das mesmas em soluções químicas, como o gluconato de clorexidina e solução aquosa de hipoclorito de sódio^{7,20,21}. Segundo Holder Et.Al.(2010)²⁵, preconiza-se uma boa higienização, prescrição medicamentosa, suspensão da prótese ao dormir, preservação, e segundo o mesmo, quando a lesão está já manifestada existem antifúngicos, para tratamento, a aplicação se faz na zona chapeável afetada pela estomatite.

Há métodos de limpeza da prótese, são classificados em mecânicos e químicos. O método mecânico é o mais usado por recorrer ao uso de escovas, pastas abrasivas e sabonetes. Atualmente as escovas de cerdas duras não são mais indicadas, porque criam ranhuras e porosidades na superfície do acrílico, aumentando a exposição a formação de placa bacteriana, já as escovas de

cerdas macias são mais eficazes por não danificarem a prótese. Segundo Uoston Holder (2010)²⁵, recomenda-se usar o sabão em barra amarelo, e friccionar por toda a prótese com o auxílio da escova, enxaguar com água corrente e posteriormente aplicar dentífrico sobre o acrílico, para não só complementar a limpeza, como remover a sensação desagradável de sabão na boca. Já os métodos químicos são outros métodos pelos quais higienizam a peça protética, com o auxílio de soluções. Atualmente, as soluções mais utilizadas para limpeza da prótese são à base de hipoclorito de sódio, que não possuem ou tenham, em baixo teor de soda cáustica, por causar corrosão ao acrílico, deixar a prótese em uma solução de água com hipoclorito, o correspondente a uma colher de chá, de 5 em 5 dias por 10 minutos, e há também o digluconato de clorexidina, que por ter a vantagem de reduzir a placa bacteriana e melhorar a mucosa do paciente, é uma das melhores soluções a serem recomendadas para mesmo fim, apesar de sua desvantagem que é a descoloração da resina. Para isso, segundo Sesma et. al. (1999) ³, embeber em algodão, e deixar sobre a base da prótese, durante 15 minutos, reduz a probabilidade do descoloramento.

METODOLOGIA

O levantamento bibliográfico foi feito a partir da base de dados das bibliotecas virtuais(Scielo, BVS), e livros. As publicações foram restritas a línguas portuguesa e alguns artigos em inglês, entre os anos de 1974 a 2010. Foram encontradas pesquisas relacionadas a este tema, e entre estes foram selecionados 30 Artigos entre as pesquisas mais recentes. Alguns artigos foram excluídos por não corresponderem a temática. Os livros de Telles e Uoston também foram consultados, tendo sido selecionados aqueles considerados de interesse para a pesquisa. Com este estudo, busca-se conhecer e analisar as condições favoráveis para se desenvolver a estomatite protética. O levantamento bibliográfico é meio de formação por excelência e constitui a pesquisa propriamente dita na área das ciências humanas. Para isto, usamos a palavra chave: Estomatite Protética;

CONCLUSÕES

As próteses dentárias removíveis são de grande importância na reabilitação oral dos pacientes. No entanto, elas devem ser confeccionadas o mais adequado possível e devem ser bem higienizadas pelos usuários de modo que não comprometam a mucosa bucal. A estomatite protética é uma lesão bucal de fácil diagnóstico, onde o cirurgião dentista pode identificá-la clinicamente. É muito importante o conhecimento não só protético como também anatômico e patológico, para identificar suas características clínicas, apesar de ser de fácil

identificação, é multifatorial e complexa sua etiologia. Torna-se imprescindível que após a instalação de próteses removíveis, os cirurgiões-dentistas se conscientizem da importância de acompanhamento dos seus pacientes com a finalidade de diagnosticar lesões precocemente. E o principal tratamento para esta lesão consta-se da prevenção e higienização da prótese, e também de não usá-la em momentos onde as defesas do meio bucal como a saliva, estiver em níveis instáveis, como durante o sono. É uma condição simples, que quando eliminado os fatores causadores, permite um maior conforto e melhores condições de vida para o paciente, e reduz a probabilidade do mesmo a futuramente desenvolver um processo carcinogênico, pois a tendência em casos como esse, em que as defesas estão comprometidas é grande.

ABSTRACT

Dental prostheses are designed to rehabilitate the stomatognathic system, giving back its physical and physiological characteristics, keeping the adjacent support structures healthy, and promoting well-being to the patient. Despite the quest for perfection on manufacturing these prostheses, several types of lesions can occur on the mucose associated with their use, and the most commonly found is the prosthetic stomatitis, that is an erythematous lesion in the hard palate under a denture, which has multifactorial causes, and its most important factor is the occurrence of candidiasis. The main causes of prosthetic stomatitis are general health problems of the individual, local microbial problems, such as the buildup of plaque and colonization of fungi, and also mechanical problems such as the porosity of the resin that forms the saddle of the prosthesis. These factors, associated with the trauma caused by the use of hearing aids and not adequate

hygienization of the prosthesis can help the mucose underlying these prosthesis to become susceptible to infection by microorganisms such as *Candida albicans*.

Keywords: Stomatitis, Dentures, Oral Mucosa

REFERÊNCIAS

1. Arendorf TM, Walker DM. Denture stomatitis: a review. *J Oral Rehabil.*1997;14(3): 217-27.
2. Batista, J. M. Susceptibilidade de cepas de Cândidas albicans isoladas da boca de pacientes com estomatites protéticas, portadora de prótese total a drogas antifúngicas. 1996. 49p. Dissertação (Mestrado em odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
3. Sesma N; Takada KS; Laganá DC; Jalger RG; Azambuja Júnior N. Eficiência de métodos caseiros de higienização e limpeza de próteses parciais removíveis. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1999 nov-dez; 53(6):463-8.
4. Cardash HS; Rosenberg M. An Innovative method of monitoring denture hygiene. *J Prosthet Dent*, 1990 Jun; 63(6):661-4.
5. Nakamoto K; Tamamoto M; Hamada T. Evaluation of denture cleansers with and without enzymes against *Candidas Albicans*. *J Prosthet Dent* 1991 Dec; 66(6): 792-5.
6. Nikawa H; Hamada T; YamashiroH; Kamagai H. A review of in vitro and in vivo methodsto evaluate the Efficacy of denture cleansers. *Int J prosthodont* 1999 Mar- Apr.; 12(2):153-9.

7. Cruz PC, Freitas Km, Peracini A, Silva-Lovato Ch, Paranhos Hfo. Método químico versus método químico-mecânico: comparação clínica na eficácia da remoção de biofilme da prótese total. *Braz Oral Res.* 2005, 19(1):99.
8. Goiato, MC.; Castelleoni, L.; Santos, DM.; Gennari Filho, H.; Assunção, W.G. Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 2005, 5(1): 85-90.
9. Fonseca, P. Higiene de próteses removíveis. *Rev Port Estomatol, Med Dent e Cirurg Maxilofac*, Lisboa,2007, 48(3):141-6.
10. Jorge, AOC. et al. Presença de levedura do gênero *Cândidas* na saliva de paciente de diferentes fatores predisponentes e de indivíduos controle. *Revista Odontológica da USP*, São Paulo,1997,11(4): 279- 285, out-dez.
11. Penha, SS. Freqüência e atividade enzimática da *Cândidas Albicans* em pacientes desdentados totais com estomatite protética. 1996. 62p. Dissertação(Mestrado em odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
12. Shafer, WG. et al. Tratado de patologia bucal: doenças de origem microbiana. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987. P. 363 – 367.
13. Davenport JC, Basker RM, Heath JR, Ralph JP. *Color atlas of removable partial dentures*. London: Mosby-Wolfe, 1994. 199p.
14. SILVA MM. Efetivação da irradiação por micro-ondas na desinfecção de próteses totais. [Mestrado]. Araraquara, SP: Universidade Estadual Paulista. Faculdade de odontologia de Araraquara; 2005.

15. CATALÁN S.A. Estomatitis subprótesis: colonización microbiana de materiales bases em próteses completas. *Ver Asoc Odontol Argent* 1981; 69(3): 155-9.
16. Engelhardt JP. The microbial decomposition of dental reins and its importance to the microbial malance of the oral cavity. *Int Dent J* 1974; 24(3):376-86.
17. Branting C, Sund ML, Linder LE. The influence of morphological variation on *Candida Albicans* to acrylic surfaces in vitro. *Arch Oral Biol* 1989; 34(5):347-53.
18. Batista JM, Birman EG, Cury AE. Suscetibilidade a antifúngicos de cepas de *cândida albicans* isoladas de pacientes com estomatite protética. *Ver Odontol Univ São Paulo*, 1999, 13(4):343-348.
19. Silva MM. Efetivação da irradiação por micro-ondas na desinfecção de próteses totais. [Mestrado]. Araraquara, SP: Universidade Estadual Paulista. Faculdade de odontologia de Araraquara; 2005.
20. Telles D, Hollweg H, Castellucci L. *Prótese Total Convencional e sobre implantes*. 2.ed. São Paulo: Santos, 2004.56p.
21. Melo NMC, Sampaio MCC, Soares MSM, Oliveira NMC, Cavalcanti MSL. Estomatites protéticas: correlação clínico-micológica. *Ver Fac Odontol UFBA*, 1999, 18(1): 11-15.
22. Silva EMM, Silva Filho, CES, Nepomuceno VC. Uma grande descoberta: o prazer que uma higienização bucal correta e bem orientada pode proporcionar. *Odontol Araçatuba*. 2003, 24(2):39-42.

23. Jorge Júnior J; de Almeida OP; Bozzo L; Scully C; Graner E. Oral mucosal Health and disease in institutionalized elderly in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1991 jun;19(3):173-5.
24. Hoad-Reddick G. Oral pathology and prostheses – Are they related? Investigations in an elderly population. *J Oral Rehabil* 1989 Jan;16(1):75-87.
25. Holder U, Lago D. *Propedêutica Odontológica. 1ª Ed.*, João Pessoa, 2010. P.83.
26. Maciel SSSV, Souza RSV, Donato LMA, Albuquerque IGM, Donato LFA. Prevalência das Lesões de Tecidos Moles Causadas por Próteses Removíveis nos Pacientes da Faculdade de Odontologia de Caruaru, PE, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 8(1):93-97, jan./abr. 2008.*
27. Souza CP, Tamaki R., 1996, “Implicações do uso da prótese total na geriatria”. *Rev Odont do Br Central*; 6:29-31.
28. Castro AL. *Estomatologia*. 3 ed. São Paulo: Ed. Santos; 2000.
29. Leonel ECF, Vieira EH, Gabrielli MAC. Análise retrospectiva da incidência, diagnóstico e tratamento das lesões bucais encontradas no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP. *Rev Paul Odontol*. 2002; 24(3):18-22.
30. Feltrin PP, Tortamano N, Jaeger RG, Araújo VC. Estomatite protética: estudo da superfície interna da prótese total em microscopia eletrônica de varredura e da mucosa de suporte através de exame citológico, histopatológico e imunohistoquímico. *Rev Assoc Bras Odontol*. 1993; 1(1): 31-8

