

RELAÇÃO ENTRE O USO DE PRÓTESE REMOVÍVEL E ÚLCERA TRAUMÁTICA - REVISÃO DE LITERATURA

Ana Paula Tolfo Peixoto^a, Gildo de Campos Peixoto^b, Rodrigo Alessandretti^c

^aGraduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

^bAcadêmico do curso Técnico em Prótese Dentária do Centro de Ensino em Saúde - IODONTUS, Passo Fundo, RS, Brasil.

^cMestrando em Clínica Odontológica, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.

RESUMO

Apesar de todo o avanço da Odontologia, a alta incidência de perdas dentárias ainda é uma realidade que a população brasileira enfrenta nos dias atuais. Mesmo com o uso técnicas clínicas e laboratoriais rígidas de confecção das próteses, a mucosa bucal pode ser acometida por várias lesões. 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 dessas próteses. As principais lesões decorrentes de próteses iatrogênicas ou inadequadas são: candidíase eritematosa, hiperplasia fibrosa inflamatória, queilite angular, hiperplasia papilar do palato, úlcera traumática, estomatite protética, doença periodontal e, eventualmente, processo alérgico. A úlcera traumática é uma das lesões mais frequentes da mucosa bucal, apresenta uma etiologia variada, mas a resultante de procedimentos iatrogênicos é a causa mais comum em pacientes portadores de próteses removíveis. Esta lesão normalmente está associada a um fator irritante local, como traumas oclusais, próteses mal adaptadas, aparelhos ortodônticos, queimaduras elétricas, térmicas ou químicas. A língua, a mucosa jugal e o lábio inferior são os locais mais afetados. O profissional de odontologia deve, ao confeccionar uma prótese, evitar a sobre e a subextensão das bordas, e também as adequando para que sejam arredondadas e polidas, além de realizar um correto ajuste da oclusão, distribuindo a carga mastigatória de modo uniforme. Neste contexto, este artigo buscou revisar a literatura atual sobre a ocorrência de úlcera traumática e a sua relação com o uso de próteses removíveis mal adaptadas

Descritores: prótese dentária, úlceras orais, ajuste de prótese.

INTRODUÇÃO

Apesar de todo o avanço da Odontologia, a alta incidência de perdas dentárias ainda é uma realidade que a população brasileira enfrenta nos dias atuais (1). Estudos apontam que a população idosa no Brasil apresenta em média 68% dos indivíduos edêntulos (2). Neste contexto, as próteses dentárias são instrumentos importantes na reabilitação bucal de pacientes que sofreram perda dentária (3). Segundo Turano e Turano (4) prótese é a ciência e a arte de prover substitutos para um ou mais dentes perdidos, de maneira a res-

taurar as funções perdidas, a aparência estética, o conforto e saúde do paciente.

Mesmo com o uso técnicas clínicas e laboratoriais rígidas de confecção das próteses, a mucosa bucal pode ser acometida por várias lesões que podem surgir em associação ao uso destes elementos (5). Essas patologias podem ser lesões de origem traumáticas ulceradas, inflamatórias, hiperplásicas, infecciosas e neoplásicas (3).

Leles et al. (6) também afirmam que o tratamento protético não elimina a possibilidade de que novos problemas bucais possam ocorrer sobre os elementos biológicos e protéticos envolvidos, pois, segundo Wendt, (7), é perceptível que grande parte

do interesse do paciente termina quando é concluído o tratamento, o que compromete o prognóstico do trabalho executado e influi negativamente na manutenção da saúde bucal do paciente.

Além disso, de acordo com Goiato et al. (8) os 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. Também, sabe-se que com o avanço da idade ocorre uma diminuição da secreção salivar do paciente (xerostomia), que pode causar dor ou sensação de queimação na boca dificultando a deglutição, a fala e a mastigação, ocasionando também diminuição do paladar, aderência da língua na base da prótese, falta de retenção, e ainda colaborar com formação de lesões na cavidade oral (9).

A presença de lesões na mucosa oral de usuários de próteses dentárias é uma problemática evidente, em virtude da negligência quanto à higiene, bem como o uso de próteses mal adaptadas (10). Ainda de acordo Turano e Turano (4) é comum na prática odontológica observar-se lesões orais decorrentes do incorreto planejamento de próteses, como lesões causadas por erros no estabelecimento da dimensão vertical ou ainda, por ajustes oclusais insuficientes. Além disso, o uso constante da prótese durante o dia e a noite também são fatores predisponentes importantes para o surgimento de lesões na mucosa alveolar do paciente (10). A isso soma-se uma inadequada orientação do paciente pelo cirurgião-dentista quanto ao uso e higienização dessas próteses (8).

Espinoza et al. (11) afirmaram que a probabilidade de ocorrência de lesões da mucosa bucal aumenta em três vezes quando associada ao uso de próteses iatrogênicas. Shulman, Beach e Rivera (12) concluíram que o uso de prótese removível foi o segundo principal fator de risco para o surgimento de lesões orais, perdendo apenas para o uso de tabaco sem fumaça. Gonçalves et al. (13) mostraram em seu estudo que as lesões mais encontradas foram as candidoses, úlceras traumáticas e hiperplasias inflamatórias.

Diante disso, este estudo visa fazer uma revisão bibliográfica acerca da relação entre as próteses removíveis e as úlceras traumáticas a fim de alertar o cirurgião-dentista e protético quanto aos cuidados necessários para evitar este tipo de complicação e colaborar com a qualidade de vida do edêntulo.

REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Goiato et al. (8), 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 dessas próteses. Assim como a pele, a mucosa bucal cumpre importante 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 dentária. Nota-se que grande parte dos usuários de próteses dentárias removíveis são idosos. Nesse sentido, Teles (14) afirma que, com o avanço da idade, ocorre uma diminuição do fluxo salivar que pode ocasionalmente, em usuários de prótese, provocar dor, aderência da língua na base da prótese, falta de retenção e colaborar para a formação de lesões na cavidade bucal.

Braga et al. (15) observaram uma insatisfação de 50% dos usuários em relação a seus aparelhos protéticos, devido principalmente à falta de estabilidade, ineficiência na mastigação e ocorrência de traumas.

Para Fonseca et al. (16) 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. Quando esta situação se associa ao trauma provocado por uma prótese removível mal ajustada, pode desencadear lesões na cavidade bucal (8).

Shulman, Beach e Rivera (12) encontraram uma ocorrência de 27,9% de lesões orais na população adulta dos Estados Unidos. Já na população turca, Mumcu et al. (17) encontraram uma prevalência de 41,7%.

Esteves et al. (10) em seu estudo avaliou 82 pacientes, destes 52 (63,41%) apresentaram algum tipo de lesão bucal associado ao uso de prótese removível. Feltrin et al. (18) encontraram 93% de sua amostra com uma ou mais lesões e Gonçalves et al. (13), Zanetti et al. (19), Penha (20) e França et al. (21) encontraram, respectivamente, 32%, 48,3%, 46,6% e 42% dos pacientes com lesão.

Coelho et al. (22) ao avaliar um grupo de brasileiros usuários de próteses removíveis, observaram que 62,5% da população estudada apre-

sentava algum tipo de lesão oral. Sendo diagnosticados casos de candidíase crônica hiperplásica, hiperplasia fibrosa inflamatória induzida por prótese, úlcera traumática, queilite angular e rebordo flácido.

Caldeira (23) constatou que as principais lesões decorrentes de próteses iatrogênicas ou inadequadas são: candidíase eritematosa, hiperplasia fibrosa inflamatória, queilite angular, hiperplasia papilar do palato, úlcera traumática, estomatite protética, doença periodontal e, eventualmente, processo alérgico desencadeado pelo material usado na confecção da prótese.

Para De Carli et al. (24) a úlcera traumática é uma das lesões mais frequentes da mucosa bucal, que apresenta uma etiologia variada, mas a resultante de procedimentos profissionais de natureza iatrogênica é a causa mais comum em pacientes portadores de prótese total mucossuportada. Geralmente está associada a um fator irritante local, como traumas oclusais, próteses mal adaptadas, aparelhos ortodônticos, queimaduras elétricas, térmicas ou químicas. A língua, a mucosa jugal e o lábio inferior são os locais mais afetados, dependendo da etiologia.

Gonçalves et al. (13) caracterizam a úlcera como uma lesão traumática, bem delimitada, extremamente dolorosa, que pode aparecer associada à hiperplasia fibrosa inflamatória. Caracteriza-se por uma área central de ulceração recoberta ou não por membrana fibrinopurulenta circundada por halo eritematoso. Geralmente o paciente relata sintomatologia dolorosa, principalmente durante a ingestão de alimentos.

Segundo Marccuci e Eshter (25) as úlceras traumáticas podem ser de natureza aguda ou crônica, dependendo do tempo de duração e da sintomatologia apresentada. Do ponto de vista morfológico, podem apresentar superfície sangrante, crostosa, eritomatosa, esbranquiçada, com presença ou não de halo eritematoso periférico. A forma e a profundidade são variáveis, na dependência da causa, localização e do tempo de evolução. São, na maioria das vezes, solitárias, não havendo dificuldades maiores para se chegar ao correto diagnóstico. No caso de úlceras crônicas de maior duração podem apresentar-se circulares ou ovaladas, com bordas mais elevadas e exsudato fibrinoso em seu centro, em virtude da manutenção do trauma por períodos mais longos, prejudicando a tentativa do organismo em repará-las. O diagnóstico diferencial mais importante dessas úlceras crônicas se faz com carcinoma epi-

dermóide, e se apresenta, na maioria absoluta dos casos, como úlcera solitária. A história de evolução e exame detalhado da lesão é, entretanto, suficiente para elucidação diagnóstica.

PREVALÊNCIA

Esteves et al. (10) observou no seu estudo que a úlcera traumática foi encontrada em 13,41% dos pacientes avaliados. Esta lesão foi encontrada por Feltrin et al. (18), Moskona et al. (26), Gonçalves et al. (13), Zanetti et al. (19), em um percentual de 15,3%, 10,1%, 14% e 6,67%, respectivamente. Segundo Budtz-Jorgensen (27), a úlcera traumática se desenvolve frequentemente após 1 a 2 dias da instalação da prótese. No estudo de Esteves et al. (10), os pacientes que apresentaram esta lesão tinham a prótese atual, pelo menos, havia 5 anos. Baseado nisso, o autor pressupõe que um número maior desta lesão poderia ser encontrado se houvesse um número maior de pacientes com próteses recém-instaladas.

Quando relacionamos a úlcera traumática com a presença de prótese removível, os autores afirmam que a lesão se dá devido à presença de próteses com bordas sobreestendidas e oclusão não balanceada (13), próteses mal polidas ou com distorções oclusais também favorecem o aparecimento dessas lesões (27).

Gonçalves et al. (13) relata que as úlceras traumáticas ocorrem principalmente por conta de próteses que não tenham sido adaptadas às condições de rebordo, por isso estão presentes geralmente nos sulcos vestibulares.

Neville et al. (28) afirmam que pacientes que possuem tórus com um tamanho exagerado seja ele palatino ou sublingual estes interferem na estabilidade de uma prótese total ou parcial, e por este motivo costumam sofrer ulcerações frequentes pela mastigação e dificultam a fonação, neste caso recomenda-se a remoção cirúrgica do tórus.

O tempo de uso da prótese também é citado pelos autores como um dos fatores predisponentes importantes para o surgimento de lesões na mucosa alveolar do paciente (22, 29, 30), uma vez que os tecidos bucais sofrem constantes mudanças fisiológicas decorrentes da idade, fazendo com que uma prótese antiga se torne desadaptada, conseqüentemente, tornando-se uma fonte de irritação crônica (10).

Gennari Filho (31) afirma que as úlceras aparecem em maior volume entre o primeiro e o segundo ano de uso da prótese. Porém, é bastante

comum seu aparecimento logo após a instalação ou no período de adaptação. Este acontecimento está vinculado também às moldagens incorretas realizadas com moldeiras que apresentam sobre-extensão de borda e que acabam por comprimir áreas do fornix do vestibulo bucal gerando feridas com sintomas dolorosos intensos. Elas aparecem também em outras áreas e estão sempre vinculadas ao excesso de compressão durante a moldagem e que são transferidas depois para a prótese concluída.

Para os autores Marccuci e Eshter (25) e Gonçalves et al. (13), atribuíram a falta de observação da prótese após o recebimento da mesma oriunda do laboratório protético como um fator causal para o aparecimento de lesões, tendo em vista que a prótese sempre que recebida deve ser analisada, com intuito de encontrar áreas mal confeccionadas e que sejam possíveis causadoras de úlceras.

TRATAMENTO

Quando o fator etiológico da úlcera traumática for uma prótese mal adaptada, além do tratamento sintomático da lesão com medicamentos analgésicos, deve-se corrigir ou substituir o aparelho protético que causou a lesão, seja na sua base, flancos ou na região dos dentes artificiais. Depois de corrigir a prótese, realizando um alívio nas zonas que estão provocando trauma, a úlcera deverá cicatrizar em duas semanas. Se tal fato não ocorrer, a lesão deve ser melhor investigada e uma biópsia incisional pode ser necessária (28).

Para Gonçalves et al. (13) além do alívio das bordas cortantes, o tratamento das úlceras incluem a suspensão provisória do uso da prótese, podendo também ser associado a antibióticos tópicos Neville et al. (28) corrobora com esta ideia e afirma que o uso da prótese deve ser descontínuo até que a possível causa (arestas, áreas sobre-estendidas, inadequado polimento) seja removida.

PREVENÇÃO

Para Gennari Filho (31) a prevenção desta lesão inclui o aprimoramento da técnica de moldagem permitindo realizá-la de tal forma a obter uma cópia que seja a verdadeira representação da boca, sem deformação alguma. No entanto quando ela aparece, pode-se detectá-la e realizar um desgaste ou ajuste da superfície interna da prótese.

Paranhos et al. (32) afirma que as lesões que ocorrem tanto na fibromucosa, quanto nos tecidos periodontais, decorrentes da instalação da prótese, são notados comumente na clínica, quando o paciente faz o seu primeiro retorno após a entrega da prótese. Por isso que é importante recomendar o retorno desse paciente 24 horas 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.

Segundo estudo de Ordulu et al. (33) o profissional de odontologia deve ao confeccionar uma prótese, evitar sobre e subextensão das bordas, e também adequando-as para que sejam arredondadas e polidas.

De acordo com Budtz-Jorgensen (27), para prevenir a ocorrência da úlcera deve-se atentar, no ajuste da oclusão, de forma a distribuir a carga mastigatória de modo uniforme.

Paranhos et al. (32) alerta que o profissional da odontologia deve realizar uma avaliação periódica da base da prótese e sua modificação para remover fontes de traumas, tentando assim minimizar qualquer potencial dano.

Este mesmo autor mostra também que o tempo de uso das próteses é um item que deve ser reforçado, pois para a maioria dos pacientes aquela nova denteição artificial será permanente. Os pacientes devem ser conscientizados que os tecidos da boca, como quaisquer outros, sofrem constantes mudanças que devem ser acompanhadas pelo cirurgião dentista, através de visitas periódicas. A higiene bucal é um dos fatores principais na manutenção da saúde das estruturas estomatognáticas. Cabe ao cirurgião dentista a tarefa de orientar e incentivar o seu paciente à realização da higienização.

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. O paciente também deverá ser orientado quanto à troca das próteses em períodos relativamente curtos, para diminuir a presença de lesões, pois quanto mais antiga a prótese, mais desadaptada ela se torna e, quanto maior a desadaptação, mais frequentes as lesões (32).

Souza e Tamaki (34) 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 e presença de áreas pontiagudas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo fica claro a importância das consultas de controle do paciente com o cirurgião-dentista, a fim de verificar possíveis alterações na prótese e se há modificações na mucosa oral, tais como lesões. As próteses devem ser ajustadas ou substituídas sempre que necessário e os meios de prevenção, devem sempre ser aplicados, buscando através da educação e motivação do paciente em contribuir com o tratamento e a prevenção de lesões futuras.

Também foi possível concluir que as próteses iatrogênicas são as principais causas de úlceras traumáticas, logo, tanto o cirurgião-dentista quanto o técnico em prótese dentária são responsáveis pela confecção e adequação de uma prótese removível funcional e estética, e que não venha a acarretar danos futuros ao paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olchik MR, Ayres A, Presotto M, Baltezan RL, Gonçalves AK. O impacto do uso de prótese dentária na qualidade de vida de adultos e idosos. *Revista Kairós Gerontologia*. 2013; 16 (5): 107-121.
2. Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18 (5): 1313-1320.
3. Rovani G, Piccinin F, Flores ME, Conto F. Avaliação clínica dos tecidos de suporte protético de pacientes usuários de próteses removíveis da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo. *Stomat*. 2011; 17 (32): 33-42.
4. Turano J, Turano LM. *Fundamentos de Prótese Total*. 7. ed. São Paulo: Santos. 2004.
5. Onofre MA, Sposto MR, Motta MESFM, Scaf G, Gonçalves LPV. Diagnóstico e tratamento das candidoses causadas por próteses e/ou aparelhos ortodônticos removíveis. *Odonto* 2000. 1996; 1(0): 1-24.
6. Leles CR, Melo M, Oliveira MMM. Avaliação clínica do efeito da prótese parcial removível sobre a condição dental e periodontal de desdentados parciais. *Robrac*. 1999; 8 (25): 14-18.
7. Wendt D. How to promote and maintain good oral health in spite of wearing dentures. *J Prosthet Dent, St Louis*. 1985; 53 (6): 805-807.
8. Goiato MC, Castelleoni L, Santos DM, Gennari Filho H, Assunção WG. Lesões Orais Provocadas Pelo Uso de Próteses Removíveis. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2005; 5 (1): 85-90.
9. Mac Entte M. Oral health in old age practical problems and practical solutions. *The Probe*. 1992; 26 (30): 116-120.
10. Esteves RA, Igarashi AB, Cconceição CAF, Celestino JAF, Athaide AI. Prevalência das lesões bucais em usuários de próteses removíveis. *PCL*. 2005; 7 (36):147-153.
11. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med*. 2003; 32(10): 571-575.
12. Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988- 1994. *J Am Dent Assoc*. 2004; 135 (9): 1279-1286.
13. Gonçalves LPV, Onofre MA, Sposto MR et al. Estudo clínico das lesões de mucosa provocadas pelo uso de próteses removíveis. *Revista Brasileira de Odontologia*. 1995; 52 (2): 9-12.
14. Teles JACF. Lesões na cavidade oral associadas ao uso de prótese parcial removível. Portugal, 2010.
15. Braga SRS, Telarolli Júnior R, Braga AS et al. Avaliação das condições e satisfação com as próteses em idosos da região central do estado de São Paulo (Brasil). *Rev. Odontol. Unesp*. 2002; 31 (1): 39-48.
16. Fonseca P. Higiene de próteses removíveis. *Rev Port Estomatol, Med Dent e Cirurg Maxilofac*. 2007; 48 (3): 141-146.
17. Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. *Oral Dis*. 2005;11:81-87.
18. Feltrin PP, Zanetti AL, Marcucci G, Araújo VC. Prótese total mucosuportada: lesões da mucosa bucal. *Rev Ass Paul Cirurg Dent*. 1987; 41 (3): 150-159.
19. Zanetti RV, Zanetti AL, Laganá DC, Feltrin PP. Estudo de 60 pacientes portadores de prótese parcial removível: Avaliação clínica das lesões nas áreas de suporte da mucosa bucal. *Rev Posgrad*. 1996; 3 (3):175-184.

20. Penha SS. Lesões da mucosa bucal no atendimento odontológico de urgência na FOU SP. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
21. França BHS, Souza AM. Prevalência de manifestações estomatológicas originárias do uso de próteses totais. *J Bras Clin Odontol Integrada*. 2003; 7 (40): 296-300.
22. Coelho CM, Zucoloto S, Lopes RA. Denture-induced fibrous inflammatory hyperplasia: a retrospective study in a school of dentistry. *Int J Prosthodont*. 2000; 13 (2): 148-151.
23. Caldeira JCM. Principais lesões de mucosa na cavidade bucal de idosos, em decorrência do uso de prótese. Governador Valadares, 2010.
24. De Carli JP, Giaretta BM, Vieira RR, Linden MSS, Ghizoni JS, Pereira JR. Lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis. *SALUSVITA*. 2013; 32 (1): 103-115.
25. Marccuci G, Eshter GB. Fundamentos de Odontologia e Estomatologia. 1. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2005
26. Moskona D, Kaplan I. Oral lesions in elderly denture wearers. *Clin Prev Dent*. 1992; 14 (5): 11-14.
27. Budtz-Jorgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathol*. 1981; 10 (2): 65-80.
28. Neville BW, Damm D, Allen CM, Bouquot J. *Patologia Oral e Maxilofacial*. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004.
29. Peters R, Bercini F, Azambuja TWF. Hiperplasia papilar inflamatória: revisão de literatura e apresentação de caso clínico cirúrgico. *Rev Fac Odontol*. 1996; 37 (2): 7-8.
30. Melo NMC, Sampaio MCC, Soares MSM, Oliveira NMC, Cavalcanti MSL. Estomatites protéticas: correlação clínico-micológica. *Rev Fac Odontol Univ Fed*. 1999; 18 (1): 11-15.
31. Gennari Filho H. O exame clínico em prótese total. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2004; 25 (2): 62-71.
32. Paranhos VB, Rocha FS, Siqueira AL, Carvalho QA. Manifestações orais associadas ao uso de próteses totais. In.: Anais da 4ª Semana do Servidor e 5ª Semana Acadêmica da Universidade Federal de Uberlândia-UFU, 2008.
33. Ordulu M, Emes Y, Ates M, Akatas I, Yalçin S. Oronasal communication caused by a denture with suction cup: a case report. *Quintessence Int*. 2006; 37 (8): 659-662.
34. Souza CP, Tamaki R. Implicações do uso da prótese total na geriatria. *Robrac*. 1996; 6 (19): 29-31.

Relation between the use of removable partial denture and traumatic ulcer - literature review

ABSTRACT

Despite all the advancement of dentistry, the high incidence of tooth loss is still a reality that the Brazilian population faces today. Even with the use clinical and laboratory techniques strict of manufacture of dentures, the oral mucosa can be affected by various injuries. In dental practice oral lesions are observed from the use of iatrogenic prostheses or even an inadequate orientation of the patient at the dentist about the use and cleaning of these prostheses. The main lesions caused by iatrogenic or inadequate prostheses are erythematous candidiasis, inflammatory fibrous hyperplasia, angular cheilitis, inflammatory papillary hyperplasia of the palate, traumatic ulcers, denture stomatitis, periodontal disease and possibility of allergic process. A traumatic ulcer is one of the most frequent lesions in the oral mucosa, has a varied etiology, but the result of iatrogenic procedures is the most common cause in patients with removable dentures. This injury is usually associated with a local irritant, such as occlusal trauma, badly fitting dentures, orthodontic appliances, and electrical, thermal or chemical burns. The tongue, the buccal mucosa and the lower lip are the most affected places. The dentist needs to fabricate a prosthesis, avoid overextension in the edges, and also fitting for them to be rounded and polished, and perform a correct fit of the occlusion. In this context, this paper aims to review the current literature on the occurrence of traumatic ulcer and its relation to the use of ill-fitting dentures.

Keywords: dental prosthesis, oral ulcer, prosthesis fitting.

Autor correspondente:

Rodrigo Alessandretti

Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade de Passo Fundo,

Campus I, BR285, km 292.7, Passo Fundo, RS, 99052- 900, Brasil.

Tel.:+55 54 3316 8395.

E-mail: <rodrigo.alle@yahoo.com.br>.