

Ciência Atual

Revista Científica
Multidisciplinar das
Faculdades São José

2018

Volume 11 | Nº1



FACULDADES
SÃO JOSÉ

ISSN 2317-1499

Mauro D Oliveira

Especialista e Mestre em Prótese Dentária - Especialista em Dentística
Prof. da Clínica de Prótese - Odontologia (FSJ)

Marco Antônio Saber Corpas

Mestre em Prótese Dentária
Prof. da Clínica de Prótese - Odontologia (FSJ)

Armando Hayassy

Mestre em Clínica Odontológica - Doutor em Saúde Coletiva
Prof. de Prótese - Odontologia (FSJ)

Erika Teixeira Torres

Graduando em Odontologia - Faculdades São José

RESUMO

A candidíase eritematosa é uma lesão caracterizada como resultado de uma infecção fúngica, habitualmente se manifesta como manchas vermelhas no palato duro, mucosa jugal ou dorso da língua, causando sensação de queimação nessas áreas. Essa mesma forma pode ser classificada como Estomatite protética ou Estomatite por dentadura, quando associada ao uso de prótese total superior. No diagnóstico, devemos avaliar sinais e sintomas clínicos, além de exames laboratoriais, como citologia esfoliativa, histopatologia ou sorologia. A Terapêutica recomendada são os Antifúngicos, medicamentos mais usados nas infecções por Cândida, sendo divididos em tópicos, como nistatina e miconazol, e sistêmicos, como cetoconazol, fluconazol e itraconazol, apresentando se sob a forma de suspensão, comprimidos ou pomadas, utilizados de forma isolada ou conjugada, á depender do caso apresentado. Os métodos de desinfecção indicados para próteses totais (PT), próteses parciais removíveis (PPR) e overdenture, classificam se em métodos: mecânicos, químicos e combinados. Conclui-se que a estomatite protética se torna dependente de vários fatores determinantes, quando os métodos preventivos não são capazes de manter o controle sobre tais microrganismos, devemos fazer uso de terapias medicamentosas com antifúngicos do tipo sintéticos, para o tratamento dessas afecções, na qual o uso tem demonstrado alta eficácia na terapêutica, e quanto a utilização de fitoterápicos, ainda não se obteve maiores estudos sobre a sua eficiência no tratamento.

Palavras-Chave: Candidíase eritematosa; Estomatite protética; Próteses totais.

ABSTRACT

Erythematous candidiasis is a lesion characterized as a result of a fungal infection, usually manifested as red patches on the hard palate, jugal mucosa or the back of the tongue, causing a burning sensation in these areas. This same form can be classified as Prosthetic stomatitis or Dentoma stomatitis, when associated with the use of total superior prosthesis. In the diagnosis, we must evaluate clinical signs and symptoms, in addition to laboratory tests, such as exfoliative cytology, histopathology or serology. The recommended therapy is Antifungals, the most commonly used drugs for Candida infections, being divided into topics such as nystatin and miconazole, and systemic, such as ketoconazole, fluconazole and itraconazole, which are in the form of a suspension, tablet or ointment isolated or conjugated, depending on the case presented. The disinfection methods indicated for total dentures (PT), removable partial prosthesis (PPR) and overdenture, are classified in mechanical, chemical and combined methods. It is concluded that prosthetic stomatitis becomes dependent on several determining factors, when preventive methods are not able to maintain control over such microorganisms, we must make use of drug therapies with synthetic antifungals, for the treatment of these affections, in which the use has shown high efficacy in the therapy, and as far as the use of phytotherapics has not been obtained further studies on its efficiency in the treatment.

Key-words: Erythematous candidiasis; Prosthetic stomatitis ; Total dentures.

INTRODUÇÃO

Na prática diária da clínica odontológica, é bastante comum nos depararmos com lesões orais causadas pelo uso de próteses, algumas vezes de forma indevida, ou mesmo por iatrogenias resultantes da confecção dessas mesmas próteses (GOIATO, 2005).

A candidíase é uma lesão caracterizada como resultado de uma infecção fúngica, sendo essa a mais prevalente em humanos, apresentando-se de diversas formas, o que torna difícil seu diagnóstico (NEVILLE, 2004).

Os fungos são microrganismos encontrados nos vegetais, no solo, nos animais, na água, no ar e em detritos em geral, muitos deles apresentando potencial patogênico para os humanos. O surgimento de micoses em pele, unhas, subcutâneas e até mesmo sistêmicas (ou profundas) se torna possível quando nossas defesas não são capazes de controlar o crescimento desses microrganismos (TRABULSI, 2014).

As propriedades que colaboram para o crescimento das colônias de fungos na superfície das próteses, citadas por D'Avila (2006) e Pereira-Cenci et al. (2008) são energia livre de superfície, hidrofobicidade, rugosidade, pH ácido, higiene da mucosa oral e da prótese, tempo de uso e estado de conservação da peça protética. Essas propriedades, em conjunto, transformam a cavidade oral que contenham próteses em um meio ideal para a colonização dos microrganismos citados (MELO, 2014).

Entre os microrganismos presentes na cavidade oral, a *Candida albicans* é o que requer maior atenção, devido à sua relativa prevalência, constantemente associada a próteses dentárias, principalmente próteses totais (FALCÃO, 2004).

A estomatite protética, ou candidíase eritematosa, é uma forma de candidíase caracterizada por inflamação e presença eritema nos tecidos orais, sendo relacionada com o desequilíbrio biológico resultante da alteração da microbiota oral (PERACINI, 2010).

A higiene da cavidade oral e da prótese é de grande importância para manter a saúde dos tecidos, prevenindo o surgimento das patologias, e consequentemente favorecendo a longevidade da reabilitação oral (BASTOS, 2015).

Quando os métodos preventivos não são capazes de manter o controle sobre tais microrganismos, devemos fazer uso de algumas terapias medicamentosas, com antifúngicos, para o tratamento dessas infecções. Esses medicamentos podem se apresentar sob a forma de suspensão, comprimidos ou pomadas, sendo usados de forma isolada ou conjugada, dependendo do caso apresentado pelo paciente (SCULLY, 1992), (CASTRO, 2000), (REGEZI, 2000).

Para a maioria dos cirurgiões dentistas, grande parte do interesse pelo paciente termina quando é concluído o tratamento reabilitador, não sendo comum o acompanhamento do uso da prótese, o que compromete o prognóstico do trabalho executado e influi negativamente na manutenção da saúde oral do paciente.

REVISÃO DA LITERATURA

Etiologia

A infecção fúngica causada por *Candida Albicans*, um fungo do tipo levedura, é denominada candidíase ou candidose. Outros membros do gênero *Candida*, como a *C. Tropicalis*, *C. Krusei*, *C. Parapsilosis* e *C. Guilliermondii*, também podem ser encontrados na cavidade oral, mas raramente causam doença, devido a uma menor virulência apresentada por estes (NEVILLE, 2004).

As leveduras do gênero *Candida* estão entre as espécies de fungos normalmente envolvidos em algum processo patológico, causando infecções superficiais em indivíduos saudáveis e infecções sistêmicas em imunodeprimidos. Entre as principais manifestações temos a oral (foco deste trabalho), vulvovaginal, mucosacutânea e sistêmica (CROCCO, 2004), (MÍMICA, 2009), (SALERNO, 2011).

A espécie mais comum em casos de candidíase é *C. albicans*, um fungo dimórfico, ou seja, que apresenta capacidade de se diferenciar da forma leveduriforme para a forma filamentosa, a mais invasiva e patogênica, garantindo ao fungo a capacidade de penetração tecidual e formação de biofilmes, conferindo à *C. albicans* maior versatilidade em relação aos outros membros do seu grupo (MELO, 2014), (REGEZI, 2000), (CROCCO, 2004), (MÍMICA, 2009).

Mesmo com todo seu potencial patogênico, é extremamente comum encontrarmos a *C. albicans* em cavidades orais de indivíduos saudáveis, onde esses microrganismos se apresentam de forma comensal, em cerca de 35% da população adulta, sem evidência de infecção (SARLENO, 2011).

Classificações

Existem diversas apresentações das infecções causadas pela *C. Albicans*, dentre elas destacam-se cinco:

1- A Candidíase pseudomembranosa, popularmente conhecida como "Sapinho", geralmente se apresenta como placas brancas destacáveis, de consistência cremosa, habitualmente acometendo mucosa jugal, palato e língua. Os sintomas mais frequentes são hálito fétido e sensação de queimação na região afetada, tendo como fatores associados à antibioticoterapia e a imunossupressão (NEVILLE, 2004).

2- A Candidíase multifocal crônica também pode ocorrer associada à antibioticoterapia, ou mesmo de forma idiopática. É frequente a sensação de queimação, porém há casos onde os pacientes não relatam sintomatologia. São evidenciadas áreas vermelhas acompanhadas de placas brancas destacáveis, comumente localizadas no dorso da língua, região posterior do palato e comissura labial (NEVILLE, 2004).

3- A Atrofia papilar central, também conhecida como Glossite romboidal mediana, se apresenta de forma assintomática, associada à imunossupressão ou de forma idiopática, sendo a linha média na porção posterior do dorso da língua a região acometida, contendo áreas vermelhas e atróficas (NEVILLE, 2004).

4- A Queilite angular pode ocorrer de forma idiopática, por imunossupressão ou devido a perda da dimensão vertical, em pacientes edêntulos ou usuários de próteses mal confeccionadas, causando irritação, vermelhidão e fissuras na comissura labial (NEVILLE, 2004).

5- Por fim, temos a Candidíase eritematosa, que habitualmente se manifesta como manchas vermelhas no palato duro, mucosa jugal ou dorso da língua, causando sensação de queimação nessas áreas. Essa mesma forma pode ser classificada como Estomatite protética ou Estomatite por dentadura, quando associada ao uso de prótese total superior (NEVILLE, 2004).

PA Estomatite protética pode ser classificada, de acordo com NEWTON (1962), em três apresentações clínicas distintas. A primeira delas é a Hiperemia puntiforme ou Classe I, limitada ao ducto das glândulas salivares palatinas menores. Hiperemia difusa ou Classe II é outra apresentação que se caracteriza pela inflamação generalizada da mucosa palatina recoberta pela prótese, com atrofia e lisura superficial. Além disso, temos a Hiperemia granular ou Classe III, onde a mucosa apresenta aparência nodular, regularmente presente na região central do palato e em áreas sob câmara de sucção, algo comum em próteses antigas (NEWTON, 1962).

Diagnóstico

Para fechar um diagnóstico definitivo da Estomatite protética, devemos avaliar sinais e sintomas clínicos, além de exames laboratoriais, como citologia esfoliativa, histopatologia ou sorologia (NEVILLE, 2004), (OLSEN, 1990), (ALLEN, 1992), (LIMA, 1994), (MESQUITA, 1998). Em casos mais severos, onde suspeitamos de infecções fúngicas mais invasivas, o exame histopatológico é a forma mais segura para chegar ao diagnóstico definitivo (OLSEN, 1990), (ALLEN, 1992), (LIMA, 1994), (MESQUITA, 1998).

Sinais clínicos são de grande valia para o diagnóstico, sendo os mais comuns a alteração de cor e textura da mucosa local, e a sintomatologia dolorosa (NEVILLE, 2004).

Ao realizar a citologia esfoliativa da lesão bucal, também é aconselhável a coleta sob a superfície da prótese em questão, pois evidências da presença da *Candida albicans* são bem superiores na prótese (NEVILLE, 2004).

Além dos sinais e sintomas, vistos no exame físico, e dos testes laboratoriais, também podemos fazer uso de uma técnica chamada teste terapêutico, onde prescrevemos um antifúngico tópico, quando presentes sinais e sintomas compatíveis com a estomatite protética, e avaliamos a regressão da lesão após o tratamento, que varia de sete a 14 dias.

Tratamento

Antifúngicos mais usados no tratamento das infecções por *Cândida* são divididos em tópicos, como nistatina e miconazol, e sistêmicos, como cetoconazol, fluconazol e itraconazol.

Na maior parte dos casos, o tratamento para a Estomatite protética é feito através da combinação de algum antifúngico tópico, orientação do paciente quanto ao uso da prótese e avaliação quanto a necessidade da troca da mesma.

O antifúngico miconazol é uma boa opção de tratamento, quando comparado a outros antifúngicos, por apresentar-se na forma de gel (MILHAS, 2013). Esse Gel deve ser aplicado sobre a área afetada 3 vezes ao dia, de 7 a 14 dias.

Outra opção é a nistatina, outro antifúngico tópico, muito utilizado para o tratamento de alguns tipos de candidíase, porém parece não ter efeito tão positivo quanto o apresentado pelo miconazol em forma de gel, visto que se encontra sob a forma de suspensão, diminuindo o tempo de contato com os microorganismos, bem como seu efeito (MILHAS, 2013). O paciente deve bochechar 4 vezes ao dia, durante 2 minutos, de 7 a 14 dias. Mesmo tendo sabor desagradável, a Nistatina pode ser deglutida ao fim do bochecho. Outra apresentação da nistatina é em forma de comprimidos, com 500.000U, dissolvidos na boca, por pelo menos 4 vezes ao dia, produzem bons resultados. Para o tratamento sistêmico, podemos usar o Cetoconazol e o Fluconazol, de 7 a 14 dias, ou o Itraconazol, por 14 dias, sendo 1 comprimido por dia em todos os casos (FRADAL, 1986).

Além disso, temos como complemento terapêutico, a clorexidina 0,12% devido a sua atividade antimicrobiana de amplo espectro, inclusive *C. albicans* (EPSTEIN, 1990), (ZEGARELLI, 1993), (COLPES, 2014).

O uso de própolis vem sendo bastante estudado, principalmente no Uruguai e no Brasil, pela presença de componentes antifúngicos, porém ainda não temos relatos clínicos suficientes para apresentar como uma opção terapêutica (BUDTZ-JORGENSEN, 1979).

Métodos de Higienização

Os métodos de desinfecção indicados para próteses totais (PT), próteses parciais removíveis (PPR) e overdenture, classificam-se em métodos: mecânicos, químicos e combinado.

Dentre os materiais utilizados destacam-se: escova protética macia, sabão neutro, água, hipoclorito de sódio, peróxidos alcalinos, e gluconato de clorexidina (BASTOS, 2015).

Métodos mecânicos: Constitui na escovação com água e sabão neutro, utilizando uma escova protética macia somente para a prótese e uma escova macia para os dentes remanescentes e mucosa, recomendado para pacientes portadores de PT, PPR e overdenture (SANTÁNNIA, 1992), (LIMA, 2004), (PARANHOS, 2007), (KAZUO, 2008), (JAGGER, 1995).

Métodos químicos: Consistem na utilização de substâncias em concentrações suficientes para efeito antimicrobiano, tendo cada solução química seu modo de uso conforme o texto a seguir:

Hipoclorito de sódio 15 ml à 2,25 %, diluído em 200 ml de água, imersão da prótese por 10 minutos a cada 4 dias, indicado para PT. (CATÃO, 2007), (ABELSON, 1985).

Peróxidos alcalinos, apresentados em forma de tablete, banho de até 20 minutos, com indicações para os pacientes portadores de PT, PPR e overdenture (CATÃO, 2007), (FONSECA, 2007).

Gluconato de clorexidina 2%, imersão por 5 minutos, uma vez por semana, recomendado para pacientes portadores de PT, PPR e overdenture (SANTÁNNIA, 1992).

Método combinado: Utilizando tanto a escovação mecânica conforme citado anteriormente mas também a imersão da prótese em solução de hipoclorito de sódio ou peróxido alcalino nas concentrações referidas (LIMA, 2004), (PARANHOS, 2007), (KAZUO, 2008), (JAGGER, 1995), (CATÃO, 2007), (ABELSON, 1985), (FONSECA, 2007).

DISCUSSÃO

O aparelho artificial mais comumente utilizado para restabelecimento da forma, função e estética da cavidade bucal é a prótese dentária, em que muitas vezes, quando instaladas, pode vir a cooperar para diversas patologias dentre elas a estomatite protética, proveniente do resultado da associação da prótese e microorganismos, interferindo no equilíbrio da flora bucal, na qual os microrganismos se encontram sem potencial patogênico (GOIATO, 2005), (GENDREAU, 2011).

A estomatite protética na maioria das vezes não apresenta sintomatologia, poucos pacientes relatam, dor, coceira ou sensação de queimação. O fungo *Candida albicans* é aceito amplamente como fator etiológico principal desta situação patológica (GOOGMAN, 2004).

Dentre os fatores causadores pelo o aumento no número de infecções fúngicas se destaca a imunossupressão que pode ter como causa a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), ou ser induzida através de transplantes, tratamento químico para tumores e na utilização de fármacos que comprometem a imunidade do indivíduo (ACEVEDO, 2010).

Também é importante salientar a importância da saliva na manutenção do ecossistema bucal, como: proteger contra infecções fúngicas e bacterianas, prover efeito tampão, além de ajudar na deglutição e lubrificação da cavidade oral (ARANHA, 2002), (ELGUEZABAL, 2008), (OLIVEIRA, 2009). Quando o fluxo salivar se encontra alterado, principalmente pela baixa quantidade de saliva denominando-se xerostomia ou hipossalivação, estas funções são diretamente afetadas, o que se torna comum em pacientes portadores de prótese, e que podem ser agravadas pela utilização de medicamentos que causam a xerostomia (OLIVEIRA, 2009), (COLEMAN, 1996).

A utilização de antifúngicos tópicos são adequadamente eficiente, principalmente na sua apresentação em creme, mas se torna de grande importância a eliminação da fonte infecciosa, com tratamentos antimicrobianos da prótese. Em casos onde não há regressão da doença com o tratamento com agentes tópicos, se faz necessário o uso de antifúngicos sistêmicos (WILLIAMS, 2000).

O manejo bem sucedido de pacientes com candidíase consiste na identificação, e sempre que possível, correção dos fatores predisponentes específicos em cada paciente individualmente. Sem este reconhecimento, o tratamento subsequente utilizando terapia antifúngica pode apenas resultar no alívio temporário da infecção, com as recaídas sendo inevitáveis. Devendo ser fornecidas instruções sobre práticas de higiene bucal adequadas.

Novos agentes são propostos para o tratamento dessas afecções fúngicas, como o própolis que é um fitoterápico contendo possíveis propriedade para o tratamento, porem, não há muitos estudos que comprovem sua eficácia, devido a dificuldade de se manter a composição do medicamento fitoterápico, que depende de fatores externos como clima, ambiente, sazonais, período de colheita e tipo de processamento (BUDTZ-JORGENSEN, 1979).

A revisão de literatura foi pautada em artigos científicos publicados em diferentes base de dados (PubMed, Medline, Scielo, Bireme e Google Acadêmico

CONCLUSÃO

Observado que a estomatite protética se torna dependente de vários fatores determinantes, o método preventivo sempre é o mais apropriado para que se evite esta infecção fúngica, podendo ser alcançado através da higienização correta da prótese e meio bucal, e também do correto tratamento dos distúrbios sistêmicos desencadeadores da doença. Uma vez que já estabelecido a patologia, o uso de antifúngicos sintéticos têm demonstrado alta eficácia na terapêutica, quanto ao uso de fitoterápicos, ainda não se obteve maiores estudos sobre a sua eficiência no tratamento.

REFERÊNCIAS

- ABELSON D. C. Denture plaque and denture cleansers: review of the literature. *Gerodontology*. 1985;1:202-6.
- ACEVEDO, A. C. Saliva and oral health. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 56, n. 1, 2010.
- ALLEN, C.M. Diagnosis and managing oral candidiasis. *JADA*, v.123, p.77-82, Jan.1992.
- ARANHA, F. L. *Bioquímica Odontológica*. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2002. 116 p.
- BASTOS, P. L et al. MÉTODOS DE HIGIENIZAÇÃO EM PRÓTESES DENTAIS REMOVÍVEIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Revista Bahiana de Odontologia*, [s.l.], v. 6, n. 2, p.129-137, 22 dez. 2015. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.
- BUDTZ-JORGENSEN E. Material and methods for cleaning dentures. *J. prosthet. dent.* 1979;42(6):619-23.
- CASTRO, A. L. *Estomatologia*. 3.ed. São Paulo: Santos, 2000. p.115-7.
- CATÃO, C. D. S; RAMOS, I.N.C; SILVA NETO J. M; DUARTE, S. M. O; BATISTA, A. U. D; DIAS, A.H.M. Chemical substance efficiency in the biofilm removing in complete denture. *Rev. odontol. UNESP*. 2007;36(1):53-60.
- COLEMAN, G. C; NELSON, J. F. *Princípios de Diagnóstico Bucal*. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p.195-8; 212 e 213.
- COLPES, J. M. Efeito do extrato de própolis e dos óleos de rícino e de alecrim nas propriedades de resinas acrílicas para prótese: uma revisão de literatura. 2014. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- CROCCO, E. I. et al. Identificação de espécies de *Candida* e susceptibilidade antifúngica in vitro: estudo de 100 pacientes com candidíases superficiais. *An. Bras. Dermatol*, Rio de Janeiro, v. 79, n. 6, p. 689-697, 2004.
- ELGUEZABAL, N.; MAZA, J. L.; DORRONSORO, S.; PONTÓN, J. Whole Saliva has a Dual Role on the Adherence of *Candida albicans* to Polymethylmetacrylate. *The Open Dentistry Journal*, v. 2, n. 1, p. 1-4, 2008.
- EPSTEIN JB. Antifungal therapy in oropharyngeal mycotic infections. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1990;69:32-41.
- FALCÃO, A. F. P; SANTOS, L. B; SAMPAIO, N. M. Candidíase associada a próteses dentárias. *Sitientibus*. 2004; Jan- Jun; n. 30, p.135 – 146.
- FARDAL O.; TURNBULL R. S. A review of the literature on use of chlorhexidine in dentistry. *J Am Dent Assoc*. 1986;112:863-9.

FONSECA, P; AREIAS, C; FIGUEIRAL M.H. Higiene de próteses removíveis. Rev. port. estomatol. cir. maxilofac. 2007;48(3):141-146

GENDREAU, I. et al. Epidemiology and etiology of denture stomatitis. j. Prosthodont., Hoboken , v. 20, no. 4, p. 251-60, 2011.

GOIATO, M. C; CASTELLEONI, L; SANTOS, D. M; GENNARI FILHO H, ASSUNÇÃO, W. G. Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr; 5(1): 85-90, jan-abr. 2005

GOODMAN; GILMAN, 1996 / Visão Acadêmica, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 159 -172, Jul.- Dez./2004

JAGGER, D.C; HARRISON, A. Denture cleansing: the best approach. Br. dent. j. 1995;178:413-7.

KAZUO, S. D; FERREIRA, U. C. S; JUSTO, K. D; RYE, O .E; SHIGUEYUKI, U. E. Higienização em prótese parcial removível. Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo. 2008;20(2):168-4

LIMA, E. M. C. X; MOURA, J. S; GRACIA, R. C .M. R; CURY, A. A. D. B. Avaliação dos materiais e métodos de higiene utilizados por paciente usuários de próteses removíveis em atendimento na clínica da FOP-UNICAMP. Rev. odonto cienc. 2004.

LIMA, O. C. C.; SILVEIRA, F. R. X.; BIRMAN, E. G. Manifestações bucais de origem infecciosa em pacientes HIV-positivos ou com Aids/I: doenças fúngicas. Rev Assoc Bras Odontol Nac, v.2, n.1, fev/mar.1994.

MELO, I. A; GUERRA, R. C. Candidíase oral: um enfoque sobre a estomatite por prótese. SALUSVITA, Bauru, v. 33, n. 3, p. 389-414, 2014

MESQUITA, R. A. et al. Candidíase oral e a infecção HIV. Rev Cons Reg Odontol Minas Gerais, v.4, n.1, p.27-31, jan/jun. 1998.

MILHAS, B. B. A.; AIBNS, M. V.; MARTIN, B. D. S. Nystatin pastilles and suspension in the treatment Candida adhesion to denture acrylic surfaces. Apmis. 1996; 104:339- 49. ANDRADE, E. D. et al. Farmacologia, anestesiologia e terapêutica em odontologia. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

MÍMICA, L. M. J. et al. Diagnóstico de infecção por Candida: avaliação de testes de identificação de espécies e caracterização do perfil de suscetibilidade. J. Bras. Patol. Med. Lab, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p.17-23, 2009.

NEVILLE, B. W. et al. Patologia oral e maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

NEWTON, A. V. Denture sore mouth: a possible aetiology. Br Dent J, v.1, p.357-360, May1962.

OLIVEIRA, C. E. Candida albicans e estomatite por dentadura: avaliação da presença do fungo na lesão, na prótese total superior e no sangue. 2009. 79f. Dissertação (Mestrado Odontologia – área de Patologia Bucal) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Bauru, 2009.

OLSEN, I.; STENDERUP, A. Clinical-mycologic diagnosis of oral yeast infections. Acta Odontol Scand, v.48, p.11-18, 1990.

PARANHOS, H. F. O; SILVA-LOVATO, C. H; SOUZA, R. F; CRUZ, P. C; FREITAS, K. M; PERACINI, A. E. Ects of mechanical and chemical methods on denture biofilm accumulation. J. oral rehabil. Oxford. 2007;34(8),608-612.

PERACINI, et al. Effect of denture cleansers on physical properties of heat-polymerized acrylic resin. J Prosthodont Res. 54 (2): 79-83, 2010.

REGEZI, J. A ; SCIUBBA, J. J. Patologia Bucal Correlações Clinicopatológicas. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p.0-25; 0-35; 76-80; 101.

SALERNO, C. et al. Candida-associated denture stomatitis. Medicina Oral Patología Oral e Cirurgia Bucal. Valencia. vol. 16, n.2, p.139-143, 2011.

SANT'ANNA A. T; PARANHOS H. F. O; ABRÃO W. A; MALACHIAS A; PARDINI L. C. Higienização de prótese total pelo método mecânico. Rev. odonto. 1992;2:11-9.

SCULLY, C. Atlas de Diagnóstico Bucal. 1.ed. São Paulo: Santos, 1992. p. 20 e 21; 52 e 53; 132 e 133.

TRABULSI, L. R. - Microbiologia. 2a ed. Rio de Janeiro, Atheneu. p.386. 1991.

WILLIAMS, D. W.; KURIYAMA, T.; SILVA, S.; MALIC, S.; LEWIS, M. A. O. "Candida biofilms and oral candidosis: treatment and prevention," Periodontology 2000, vol. 55, no. 1, pp. 25

ZEGARELLI D. J. Fungal infections of the oral cavity. Otolaryngol Clin North Am. 1993;26:1069-89.



FACULDADES
SÃO JOSÉ

www.saojose.br | (21) 3107-8600
Av. Santa Cruz, 580 - Realengo - Rio de Janeiro