

Ocorrência de estomatite protética e queilite actínica diagnosticadas no centro de especialidades odontológicas da faculdade ASCES, Caruaru - PE

Ocurrence of denture stomatitis and actinic cheilitis diagnosed at center at center of dentistry specialties ASCES college, Caruaru – PE

Uoston Holder da Silva¹, Djaira Leitão de Araújo², Elisabeth Barros de Santana³.

1. Professor Ms. da disciplina de Propedêutica e Clínica Odontológica da Faculdade ASCES.

2. Professora da disciplina Metodologia da Pesquisa da Faculdade ASCES

3. Graduada em Odontologia da Faculdade ASCES

DESCRIPTORES

Ocorrência, Estomatite Protética, Queilite Actínica

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo verificar a ocorrência de estomatite protética e queilite actínica diagnosticadas nos pacientes do CEO de Estomatologia Asa Branca, no período de 2008 a 2009. Fez-se um estudo descritivo transversal analisando as variáveis sexo, idade, diagnóstico clínico, localização e tratamento das lesões em 834 prontuários. Dos 706 pacientes com lesão 152 (21,5%) apresentavam estomatite protética e 32 (4,5%) queilite actínica. A idade dos pacientes em ambas as lesões não apresentaram associação significativa com a ocorrência, diferentemente do gênero. Nos pacientes com estomatite protética as mulheres são as mais afetadas representando 86,8%. Enquanto na queilite actínica 56,2% dos acometidos são homens. A instrução de higiene oral (IHO) foi o tipo de tratamento realizado em 52,6% dos pacientes com estomatite. Porém, em 44,1% além da (IHO) se fez uso do miconazol. O tratamento indicado para queilite actínica em 81,3% dos casos foi através de medidas preventivas. Os demais, 18,7% dos pacientes foram submetidos a procedimentos cirúrgicos. Dessa forma, é fundamental o saber dos cirurgiões dentistas quanto ao diagnóstico e tratamento adequados para as referidas lesões, ou encaminhá-lo para um atendimento especializado, pois constitui uma condição de fácil diagnóstico e tratamento.

Keywords:

Occurrence, Denture Stomatitis, Actinic Cheilitis

ABSTRACT

This study aimed to describe the occurrence of denture stomatitis and actinic cheilitis in patients diagnosed CEO Asa Branca Stomatology College ASCES, in the period 2008 to 2009. There was a cross-sectional study examining gender, age, clinical diagnosis, localization and treatment of lesions in 834 records. Of 706 patients with lesions 152 (21,5%) had denture stomatitis and 32 (4,5%) actinic cheilitis. The age of patients in both lesions were not significantly associated with the occurrence, unlike the genre. In patients with denture stomatitis women are most affected representing 86,8%. While in actinic cheilitis 56,2% of men are affected. The instruction in oral hygiene (IHO) was the treatment performed in 52,6% of patients with stomatitis. However, in addition to 44,1% (IHO) is made use of miconazole. The recommended treatment for actinic cheilitis in 81,3% of the cases through preventive measures. The remaining 18,7% of patients underwent surgical procedures. Thus, it is essential knowledge of dentists regarding diagnosis and appropriate treatment for those injuries, or refer you to specialized service, because it is a condition easily diagnosed and treated.

Endereço para correspondência

Uoston Holder da Silva
Coordenador do Projeto Asa Branca – Faculdade ASCES
Avenida Portugal, 584 – Bairro Universitário
Caruaru – PE / CEP: 55016-901
Email: uostonholder@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Algumas lesões bucais quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem sofrer transformações malignas, originadas de tecidos morfológicamente alterados¹. A Leucoplasia, a Eritroplasia, o Líquen Plano, a Queilite Actínica e a Estomatite Protética são consideradas lesões da cavidade bucal passível de malignidade, que ocorrem com maior frequência, embora exista divergência entre alguns autores^{2,3,4,5}.

A Estomatite Protética é uma lesão de etiologia multifatorial, observada na área chapeável da prótese que acomete cerca de 65% dos usuários, dentre esses, os idosos com doenças sistêmicas subclínicas, uso de fármacos, deficiências nutricionais, tabagistas e etilistas^{6,7,8,9,10,11,12}. A lesão é assintomática, relacionada a traumas por inadequações e porosidade das próteses, uso prolongado, má higiene, bactérias, fungos, hipossalivação e alergia proveniente de irritação tóxica/mecânica do acrílico pela liberação do monômero residual^{13,14,15,16}. Caracteriza-se

por eritema difuso, representada por pontos ou áreas focais avermelhadas, além de apresentar variadas alterações na textura e superfície da mucosa palatina¹³, associada à halitose, prurido, edema, e inflamação moderada ou intensa^{6, 10, 11, 14, 15}. O diagnóstico é realizado através do exame clínico, observando alterações de cor, textura, sintomatologia, tipo, estado e função da prótese, e o nível de higiene, podendo ser utilizados exames complementares citológicos e histopatológicos^{6, 11, 14}. A limpeza mecânica, com a utilização de agentes desinfetantes e antifúngico tópico, é um dos métodos mais eficazes, bem como o tratamento de fatores sistêmicos⁶.

Maciel et al.¹⁵ verificaram a prevalência das lesões de tecidos moles causadas por próteses removíveis na Faculdade de Odontologia de Caruaru - PE, a partir da análise de 610 prontuários. Das lesões encontradas, observou-se o elevado índice de estomatite protética em 206 pacientes, correspondendo a 78%. Desses, 174 do sexo feminino que corresponde 78,4% e 32 do sexo masculino representando 76,2% dos casos.

Bonfin et al.¹⁷ determinaram a prevalência de lesões em pacientes portadores de prótese relacionando seu tipo, gênero e hábitos de higiene. Dos 94 pacientes examinados 69,1% apresentavam lesões, sendo 44,6% com estomatite protética. Percebeu-se em 61,7% dos casos o hábito de dormir com a prótese, e 53,1% apresentavam biofilme visível na prótese caracterizando sua má-higiene.

No que se refere à Queilite Actínica, apresenta-se como uma alteração dos lábios causada por exposição crônica aos raios solares ultravioleta^{18, 19, 20, 21, 22}. É comum em pacientes de pele clara, agricultores, marinheiros, pescadores, e operários de construção, sendo os homens, entre 40 e 80 anos, acometidos de 8 a 10 vezes mais que as mulheres^{18, 19, 20, 21, 22, 23, 24}. Clinicamente podem apresentar-se pelos lábios ressecados com estrias e fissuras, vermelhidão, ou áreas leucoplásicas associada a áreas eritematosas, úlceras, crostas, até ocorrer sangramento. É assintomática, mas pode apresentar prurido^{19, 22, 23}. O diagnóstico é realizado através do exame clínico e o tratamento consiste em medidas preventivas, através da utilização de chapéus, bonés, protetor solar labial, batons e controle clínico, evitando exposição ao sol^{20, 22, 23, 24, 25}. Também podem ser utilizados métodos mais invasivos como laser, vermelhectomia e criocirurgia^{23, 24, 26}.

Recorrendo aos estudos de Silva et al.²⁴, que examinaram 111 pacientes, pescadores da Ilha de Santa Catarina. Desses, 55,86% utilizavam alguma forma de proteção labial e 44,14% não utilizavam qualquer forma de proteção. Enquanto, 48 pacientes apresentaram queilite actínica, correspondendo a 43,24% dos casos examinados.

Nesse sentido, enfatiza-se a relevância do estudo considerando a gravidade das lesões e a eficácia da prevenção, pois o adequado diagnóstico e tratamento melhoram o conforto e a qualidade de vida dos pacientes de modo a evitar sua evolução^{7, 8, 27}.

Assim, o presente estudo teve por objetivo verificar a ocorrência de estomatite protética e queilite actínica diagnosticadas no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Estomatologia Asa Branca da Faculdade Ascens.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal, a partir da análise documental da ficha clínica dos pacientes atendidos no CEO de Estomatologia no período de 2008 a 2009. Foram examinados 834 prontuários, sendo 128 excluídos por apresentarem dados incompletos ou ausentes. Os dados foram coletados através do uso de uma ficha individual padronizada, onde foram analisadas as variáveis: idade, gênero, diagnóstico clínico, localização das lesões e o tipo de tratamento realizado. Para a análise dos dados utilizou-se medidas estatística descritiva: média, mediana, desvio padrão, e coeficiente de variação para a variável numérica, e percentual para as variáveis qualitativas. Para a associação entre as variáveis categóricas adotou-se o teste Qui-quadrado de Pearson. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%. O SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), na versão 15, foi utilizado para a digitação dos dados e cálculos estatísticos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Associação Caruaruense de Ensino Superior - CEP/ASCES, através do parecer nº 275/09.

RESULTADOS

Dos 706 prontuários examinados de pacientes com lesão bucal, 152 (21,5%) apresentavam estomatite protética, 32 (4,5%) apresentavam queilite actínica e 522 (73,9%) apresentavam outras lesões.

Dos resultados contidos na Tabela 1 destaca-se que o estudo da ocorrência de pacientes com estomatite protética, variou de 30,3% a 19,0% de acordo com as faixas etárias, não comprovando associação significativa entre a faixa etária e a ocorrência de estomatite protética ($p > 0,05$). De acordo com o gênero, o percentual de estomatite protética foi mais elevado no sexo feminino que o masculino (86,8% x 13,2%), diferença que revela associação significativa entre sexo e a ocorrência de estomatite protética, ($p < 0,05$). Em 98,0% ($n=149$) dos pacientes com estomatite protética, estas se localizavam no palato e os outros 2,0% ($n=3$) se localizavam no rebordo alveolar superior.

O estudo da ocorrência de pacientes com queilite actínica variou de 40,6% x 15,6% de acordo com as faixas etárias, também não se comprovando associação significativa entre a faixa etária e a ocorrência de queilite actínica ($p > 0,05$). Em relação ao gênero, o sexo masculino foi o mais elevado 56,2% x 43,8% sendo esta variável significativa da associação entre sexo e a ocorrência de queilite actínica ($p < 0,05$), (Tabela 1). Nos 32 casos de queilite actínica estas se localizavam no lábio inferior.

De acordo com a tabela 2, para os pacientes com estomatite protética, pouco mais da metade, 52,6% ($n=80$) foi tratado apenas com instrução de higiene oral, seguido de 44,1% ($n=67$) onde, além da instrução de higiene oral foi indicado o uso de Miconazol.

No tratamento realizado em pacientes com queilite actínica, a maioria, 81,3% ($n=26$) fizeram uso de chapéu de aba larga e protetor labial. Os demais, 18,7% ($n=6$) foram submetidos a procedimentos cirúrgicos, conforme resultados apresentados na Tabela 3.

Tabela 1 – Avaliação da associação entre faixa etária e sexo com diagnóstico

Diagnóstico									
Variável	Estomatite protética		Queilite actínica		Grupo Total		Valor de p	OR (IC a 95%)	
	n	%	n	%	N	%			
• Faixa etária									
Até 39	29	19,1	9	28,1	38	20,7	p(1) = 0,257	1,00	
40 a 49	38	25,0	5	15,6	43	23,4		2,36 (0,71 a 7,79)	
50 a 59	39	25,7	5	15,6	44	23,9		2,42 (0,73 a 7,99)	
60 ou mais	46	30,3	13	40,6	59	32,1		1,10 (0,42 a 2,89)	
• Sexo									
Masculino	20	13,2	18	56,2	38	20,7	p(1) < 0,001*	1,00	
Feminino	132	86,8	14	43,8	146	79,3		8,49 (3,66 a 19,70)	
TOTAL	152	100,0	32	100,0	184				

(*): Diferença significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes analisados segundo o tratamento proposto para os pacientes com estomatite protética

Tratamento proposto para estomatite protética	N	%
Instrução de higiene oral	80	52,6
Instrução de higiene oral + Miconazol	67	44,1
Arquivamento da prótese	5	3,3
TOTAL	152	100,0

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes analisados segundo o tratamento proposto para queilite actínica

Tratamento proposto para queilite actínica	n	%
Uso de chapéu/Boné + Protetor labial	26	81,3
Cirurgia	6	18,7
TOTAL	32	100,0

DISCUSSÃO

Dos 706 prontuários analisados de pacientes com lesões, demonstrou-se que 21,5% dos pacientes apresentaram estomatite protética. Estudos realizados^{17,15} encontraram valores superiores ao do presente trabalho, 44,6% e 78%, respectivamente. Na estomatite protética, 86,8% dos casos são do sexo feminino concordando com alguns autores^{6, 14, 15, 17}, e 98% se localizavam no palato, ou seja, na área chapeável da prótese, indo de encontro aos achados da literatura^{6, 11, 17}.

Neste estudo 4,5% dos 706 pacientes com lesão apresentaram queilite actínica. Corso et al.¹⁹ encontraram resultado aproximado 0,45%, diferentemente de Alves, Gomes e Pereira²⁸ e Silva et al.²⁴ que encontraram percentuais elevados 26,3% e 43,24%, respectivamente. Os 56,2% dos pacientes com queilite actínica são do sexo masculino, sendo equivalente aos achados de Alves, Gomes e Pereira²⁸ 73% e Corso et al.¹⁹ 72,7%. Os homens são mais afetados por se tratarem de trabalhadores rurais, marinheiros, pescadores, operários de construção por trabalharem longo tempo sob exposição solar, não se preocupando em proteger-se, diferentemente das mulheres que fazem uso de batom e protetor solar^{20, 21, 22, 23, 24}. O lábio inferior foi a região mais acometida por ficar exposta ao sol com frequência, como relatam a maioria dos autores^{20, 21, 22, 24}.

Em relação ao tratamento realizado nos pacientes com diagnóstico de estomatite protética 52,6% realizaram Instruções de Higiene Oral (IHO) que consiste em escovar todas as superfícies da prótese com escova dental e sabão em barra, sempre após as refeições e antes de dormir; colocar a prótese em uma solução de um copo de água com uma colher de sopa de hipoclorito de sódio a cada quatro dias, durante dez minutos e suspensão do uso da prótese todas as vezes que for dormir, colocando-a em recipiente contendo água²⁹. A limpeza mecânica da prótese e uso de hipoclorito de sódio são os métodos mais eficazes para o tratamento, tendo cuidado com o hipoclorito de sódio para não afetar as propriedades da prótese^{6, 10, 11}. Não só o hipoclorito, mas também a clorexidina apresenta eficácia no processo de limpeza da prótese⁶. Quando não se obteve sucesso com a IHO, ou nos casos de associação à candida albicans foi prescrito aos pacientes Miconazol (Daktarin Gel oral®), para uso diretamente sobre a lesão, quatro vezes ao dia, sempre após a correta higienização da prótese, durante 30 dias seguidos²⁹. Esse procedimento foi realizado em 44,1% dos pacientes. Esses pacientes passaram por avaliações clínicas periódicas a cada 15 dias, onde foi observada a necessidade de continuação do uso ou suspensão do Daktarin® Gel Oral. Em apenas 3,3% dos casos as lesões não regrediram significativamente após a terapêutica indicada acima. Provavelmente devido à liberação do monômero pela prótese ou reação alérgica ao material, sendo suspenso o uso total da mesma, e arquivada pelo serviço de atendimento. Após regressão total, foi indicada a confecção de uma nova prótese²⁹. Assim, deve-se observar a necessidade de ajustes ou troca das próteses em períodos relativamente curtos, pois quanto mais antiga a prótese, mais desadaptada poderá ficar, e consequentemente, mais lesões aparecem³⁰.

O tratamento realizado em 81,3% dos pacientes com queilite actínica se consistiu na proteção do lábio, utilizando Spectraban® Protetor Labial, aplicado nos lábios todas as vezes que forem necessárias, tornando-os sempre protegidos com o uso constante, inclusive ao dormir, além do uso de chapéu de aba larga. Nos casos em que não observou-se regressão da queilite actínica, ou seja, 18,7% dos pacientes, depois de instituída uma terapêutica adequada durante 15 dias, cumprida

corretamente pelo mesmo, foi indicada a biópsia excisional, devido à ocorrência relativamente elevada da associação com malignidade, sendo inclusive, às vezes necessária a vermelhectomia²⁹.

Como considerado na literatura específica, o tratamento é baseado em medidas preventivas, utilizando chapéus, bonés e protetores labiais, evitando exposição solar^{20, 21, 22, 23, 24, 25}. Além de procedimentos mais invasivos como vermelhectomia, criocirurgia, aplicação de 5-fluorouracil, laser de dióxido de carbono^{20, 21, 23, 24, 26}.

CONCLUSÃO

1. O percentual de pacientes portadores de estomatite protética foi mais elevado que os de queilite actínica. A estomatite protética afeta mais o sexo feminino, diferentemente da queilite actínica onde o sexo masculino foi o mais acometido, com relação à idade não se comprovam associação significativa entre a faixa etária e a ocorrência das lesões.

2. O profissional cirurgião-dentista deve saber diagnosticar a estomatite protética e a queilite actínica em sua prática clínica diária, e se possível realizar o tratamento ou encaminhar o paciente para um atendimento especializado, pois ambas as lesões, consiste em uma condição simples e de fácil tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca RV, Donato AC, Salomão JAS, Franceschini Neto F, Sato NM, Cozzolino FA. Prevalência de lesões orais na I Campanha de prevenção do Câncer Bucal no município de Osasco. Revista Paulista de Odontologia 2005; 27: 10-14.
2. Boraks S. Diagnóstico bucal. 3. ed. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 2001.
3. Martínez EL, Sánchez MC, Herrera IF, Cruz MF. Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas en La cavidad bucal. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1996; 12 (3): 216-221.
4. Marzola C, Medani EH, Campos CRN, Toledo Filho JL, Oliveira MG. Câncer Bucal - Incidência, Etiopatogenia, Diagnóstico, Lesões pré-cancerosas, Tratamento e Prognóstico. Revista de Odontologia da Academia Tiradentes de Odontologia 2006; 6 (2): 259-289.
5. Neville BD, Damm DD, Allen CM, Buoquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2004.
6. Barbachan JJD, Rados PV, Sant'na Filho M, Domingues MG. Estudo Clínico de Estomatite Protética: Avaliação Preliminar. Rev. Fac. de Odontol. Porto Alegre. 1995; 36 (1): 27-31.
7. Castro AL, Jardim PTC, Jardim Júnior EG, Castro EVFL. Estomatite Protética: ocorrência de uma caso não usual. Revista da Faculdade Ciências Odontológicas. 1998; 1: 33-36.
8. Castro AL, Furuse TA, Jardim Júnior EG, Castro EVFL, Jardim PTC, Paro MLC. Estomatite Protética Induzida pelo mau uso de prótese total. Revista Odontológica de Araçatuba. 2006; 27 (2): 87-90.
9. Figueiral MH, Azul A M, Fonseca P, Pinto E, Branco FM. Influência da Saliva na Estomatite Protética. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2006; 47 (4): 197-202.
10. Oliveira RC, Brum SC, Oliveira RS, Goyatá FR. Aspectos clínicos relacionados à estomatite protética. International Journal of Dentistry 2007; 6 (2): 51-54.
11. Scalerio M, Valente T, Israel MS, Ramos, ME. Estomatite Protética versus Candidíase: diagnóstico e tratamento. RGO. 2007; 55 (4): 395-398.
12. Thiele MCM. Estomatite Protética: Estudo dos fatores pre-

disponíveis, graus de colonização por *Candida* SSP. e fatores de virulência fúngica [Dissertação de Mestrado em Estomatologia]. Curitiba: Universidade Católica do Paraná; 2005.

13. Batista JM, Birman EG, Cury AE. Suscetibilidade a Antifúngicos de Cepas de *Candida Albicans* isoladas de pacientes com Estomatite Protética. Rev. Odontol. Univ. 1999; 13 (4): 343-48.

14. Lemos MMC, Miranda JL, Souza MGS. Estudo clínico, microbiológico e histopatológico da Estomatite Protética por dentadura. Revista Brasileira de Patologia Oral 2003; 2: 3-10.

15. 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. Clín. Integr. 2008; 8: 93-97.

16. Oliveira TRC, Frigerio MLMA, Yamada MCM, Birman EG. Avaliação da estomatite protética em portadores de prótese totais. Pesq. Odontol. Bras. 2000; 14 (3): 219-224.

17. Bonfim IPR, Soares DG, Tavares GR, Santos RC, Araújo TP, Padilha W WN. Prevalência de lesões de mucosa bucal em pacientes portadores de prótese dentária. Pesq. Bras. Odontoped. Clín. Integr. 2008; 8 (1): 117-121.

18. Araújo CP, Barros AC, Lima AAS, Azevedo RA, Ramalhi L, Santos JN. Estudo histológico e histoquímico da elastose solar em lesões de queilite actínica. Rev. Cienc. Méd. Biol. 2007; 6 (2): 152-59.

19. Corso FM, Wild C, Gouveia LO, Ribas MO. Queilite Actínica: Prevalência na Clínica Estomatológica da PUCPR. Clin. Pesq. Odontol. 2006; 2 (4): 277-81.

20. Martins MD, Marques LO, Martins MAT, Bussadori SK, Fernandes KPS. Queilite Actínica: relato de caso clínico. Conscientiae Saúde 2007; 6: 105-110.

21. Penini SN, Rebello PEB, Silva MR. Queilites. Jornal Brasileiro de Medicina 2000; 78 (6): 104-110.

22. Pires FR, Bueno RH, Alves FA, Almeida OP. Queilite Actínica: Aspectos Clínicos e Preventivos. Revista da APCD 2001; 55 (3): 200-03.

23. Domaneschi C, Santos SG, Navarro CM, Massucato EM, Sposto MR. Queilite Actínica: Associação entre radiação actínica e trauma. RGO 2003; 51 (2): 101-04.

24. Silva FD, Daniel FI, Grando LJ, Calvo MC, Rath IBS, Fabro SML. Estudo da prevalência de alterações labiais em pescadores da ilha de Santa Catarina. Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS 2006; 21 (51): 37-42.

25. Carrion SJ. A exposição solar como fator de risco do desenvolvimento do carcinoma espinocelular de lábio: uma revisão de literatura [tese de especialização] Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares, 2008.

26. Leite RMS, Leite AAC, Friedman H, Friedman IA. Síndrome do respirador bucal como fator de risco para queilite actínica. An. Bras. Dermatol. 2003; 78: 73-78.

27. Leite ACE, Guerra ENS, Melo NS. Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do câncer bucal: Revisão. Rev. de Clín. Pesq. Odontol. 2005; 1 (3): 31-37.

28. Alves PM, Gomes DQC, Pereira JV. Prevalência de Lesões Cancerizáveis na cavidade oral no Município de Campina Grande – Paraíba – Brasil. Rev. Bras. Cienc. Saúde. 2004; 8 (3): 247-254.

29. Silva UH, Faria DLB. Propedêutica Odontológica. 2ª ed. João Pessoa: Idéia, 2010.

30. 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: 85-90.