ALTERAÇÕES E LESÕES DA MUCOSA ORAL RELACIONADAS AO ENVELHECIMENTO: REVISÃO NARRATIVA

Aging-related changes and lesions of the oral mucosa: a narrative review

Access this article online	
Quick Response Code:	**Website:** https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/70814

Autores:
Lorena Macêdo Viana
Aluna de graduação em Odontologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, Bahia, Brasil.
E-mail: lorenaviana24.1@bahiana.edu.br ORCID: 0009-0007-3010-8249

Beatriz Maia Requião Melo
Aluna de graduação do curso de Odontologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, Bahia, Brasil.
E-mail: beatrizmelo22.1@bahiana.edu.br ORCID: 0009-0007-1272-1479

Júlia dos Santos Vianna Néri
Doutora em Odontologia e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brasil.
E-mail: dra.julianeri@gmail.com ORCID: 0000-0003-1805-0949

Poliana Sandes da Silva
Cirurgiã-dentista. Mestrado em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brasil.
E-mail: polianass1109@gmail.com ORCID: 0009-0001-1074-2708

Juliana Borges de Lima Dantas
Cirurgiã-dentista, MsC, Phd. Professora de graduação e do Programa de Pós-graduação em Tecnologias da Saúde e do Mestrado em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brasil.
E-mail: julianadantas@bahiana.edu.br ORCID: 0000-0002-9798-9016

Instituição na qual o trabalho foi realizado: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)

Endereço para correspondência: R. Silveira Martins, 100 - Cabula, Salvador - BA, 41150-000
Email: **:** julianadantas@bahiana.edu.br

RESUMO

O envelhecimento provoca uma série de alterações fisiológicas na cavidade oral. A mucosa dessa região nessa fase apresenta maior predisposição à atrofia, redução da resposta imunológica e menor resistência mecânica. Essas mudanças, associadas à imunossenescência, tornam os idosos mais vulneráveis ao surgimento de lesões, especialmente quando há diminuição do fluxo salivar, uso prolongado de próteses removíveis, presença de doenças crônicas, menor higienização e perda de autonomia. O objetivo desta revisão narrativa é apresentar e descrever as principais alterações da mucosa oral observadas na população idosa, sistematizando achados da literatura. Para isso, foram consultados artigos publicados entre 2001 e 2025, disponíveis nas bases de dados *PubMed*, SciELO e *Google Scholar.* Os resultados demonstram que o reconhecimento dessas alterações é essencial para o diagnóstico precoce e para a promoção da saúde bucal na população idosa, que atualmente apresenta maior expectativa de vida e representa uma parcela crescente da população. Entre as lesões destacam-se a candidíase, estomatite protética, queilite angular e hiperplasias inflamatórias. Esse cenário evidencia que a integridade e a condição da mucosa oral do paciente idoso são indicadores de sua saúde sistêmica, fragilidade e capacidade de autocuidado, reiterando que a prática odontológica deve ser pautada em ações preventivas e de educação em saúde.

Palavras-chave: Mucosa oral. Envelhecimento. Idosos. Lesões bucais.

ABSTRACT

Aging leads to a series of physiological changes in the oral cavity. During this stage of life, the oral mucosa presents a greater predisposition to atrophy, reduced immune response, and decreased mechanical resistance. These alterations, associated with immunosenescence, increase the susceptibility of older adults to oral lesions, especially when associated with reduced salivary flow, prolonged use of removable dentures, chronic diseases, poor hygiene, and loss of autonomy. This narrative review aims to present and describe the main alterations of the oral mucosa observed in the elderly population, systematizing recent literature findings. Articles published between 2001 and 2025 were searched in the PubMed, SciELO, and Google Scholar databases. The findings demonstrate that recognizing these alterations is essential for early diagnosis and for promoting oral health in the aging population, which currently have a longer life expectancy and represent a growing portion of the population. The most prevalent lesions include candidiasis, denture stomatitis, angular cheilitis, and

inflammatory hyperplasia. This scenario highlights that the integrity and condition of the oral mucosa in older adults are indicators of systemic health, frailty, and self-care capacity, reinforcing that dental practice should be guided by preventive actions and health education strategies.

Keywords: Oral mucosa. Aging. Elderly. Oral lesions.

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento crescente da população e a consequente mudança na pirâmide etária mundial, é cada vez mais comum que os profissionais de Odontologia se deparem com pacientes geriátricos (MIRANDA *et al*., 2016; IBGE, 2023; CHAN *et al*., 2024). O processo de envelhecimento provoca modificações estruturais, funcionais e imunológicas nos tecidos orais, especialmente na mucosa, que se torna atrófica, menos queratinizada e capacidade de reparo reduzida. Como consequência, esses tecidos respondem de maneira diferente a estímulos mecânicos, inflamatórios e infecciosos, tornando-se mais vulneráveis ao desenvolvimento de lesões (HAMZAH *et al*., 2016; BIANCHI CM *et al*., 2016).

Além das alterações fisiológicas, fatores externos como a polifarmácia, doenças sistêmicas crônicas e o uso prolongado de próteses removíveis — muitas vezes mal adaptadas ou higienizadas de forma inapropriada — contribuem expressivamente para o comprometimento da integridade da mucosa (OLIVEIRA *et al*., 2021; QUEIRÓZ *et al*., 2023). Esses elementos alteram o fluxo salivar, a resposta imune local e a mecânica mastigatória, o que favorece processos inflamatórios e infecciosos que caracterizam o estágio de fragilidade oral (TANAKA *et al*., 2024). Nesse contexto, a imunossenescência e a inflamação crônica basal *(inflammaging)* intensificam os efeitos dos estímulos mecânicos e predispõem a colonização por microrganismos oportunistas, como a *Candida albicans (*HAMZAH *et al*., 2016; LI *et al.*, 2023).

A prevalência dessas lesões como estomatite protética, hiperplasias inflamatórias e queilite angular, compartilha fatores predisponentes semelhantes e atua como um marcador da condição geral de saúde do idoso, podendo indicar quadros de desnutrição, imunossupressão ou higiene oral comprometida (NITSCHKE 2001; HAHNEL, 2021). Portanto, conhecer esses fatores, configura uma estratégia de identificação essencial para garantir um melhor prognóstico e qualidade de vida, exigindo que o cirurgião-dentista considere o conjunto de fatores biológicos e sociais que influenciam a saúde bucal nesta faixa etária.

Diante do exposto, o objetivo desta revisão narrativa é descrever as principais alterações da mucosa oral relacionadas ao envelhecimento e apresentar os padrões de lesões mais frequentes nessa população, destacando a interação entre imunossenescência, hipossalivação e o uso de próteses como fatores contribuintes para o seu surgimento.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão narrativa de literatura, em que as buscas foram realizadas nas bases eletrônicas *PubMed*, Scielo e *Google Scholar*, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde controlados (MeSH/DeCS) e termos livres, a fim de ampliar a sensibilidade da pesquisa. Foram usados então, “candidiasis”, “oral mucosa”, “mucosal immunity”, “dentures”, “dental prosthesis”, “oral lesions”, “elderly”, “older people”, “oral mucosa”, combinados pelos operadores booleanos AND e OR, conforme mostra o Quadro 1.

Foram incluídos estudos publicados entre 2001 e 2025, em português e em inglês, que abordassem alterações fisiológicas da mucosa oral em idosos ou lesões orais prevalentes nessa população.

Foram excluídos artigos duplicados, relatos de caso isolados e trabalhos que não apresentavam relação direta com o tema. Após triagem e leitura completa, 31 estudos foram selecionados para compor esta revisão.

Quadro 1. Cruzamentos dos descritores DeCS/MeSH e o número de estudos encontrados.

Plataformas de busca	Descritores usados	Resultado da seleção inicial	Artigos excluídos	Total
Pubmed	"immunosenescence''AND "oral mucosa"	20	16	**4**
	"Hyposalivation" AND "xerostomia" AND "elderly patients"	8.733	8.728	**5**
	"dental prosthesis" AND "stomatitis" AND "candidiasis"	291	284	**7**
Scielo	"idoso" OR "população idosa" AND "estomatite" OR "candidíase" OR "queilite"	864	857	**7**
Google Scholar	"lesões orais" AND "pacientes idosos''	16.600	16.596	**4**
	"Saliva" AND "aging" AND "buffer capacity"	23.200	23.195	**5**
Busca livre	-			**5**
Sites institucionais	-			**2**
Total				**38**

Fonte: Autoria própria, 2026.

REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

Alterações fisiológicas da mucosa oral no envelhecimento

A mucosa oral é composta por duas camadas principais: o epitélio e a lâmina própria, ou seja, tecido conjuntivo propriamente dito. O epitélio atua como uma barreira biológica importante contra agressões microbianas e é um agente protetor da lâmina própria que, por sua vez, fornece às células epiteliais nutrição e suporte (NANCI, 2018). A lâmina própria é uma camada rica em células imunológicas, vasos sanguíneos, fibroblastos, colágeno e elastina, que possibilitam a essa estrutura um envolvimento ativo na inflamação e cicatrização, além de atuar na defesa contra microrganismos. A mucosa oral também é favorecida pela presença constante de saliva que auxilia a cicatrização tecidual

por conter peptídeos e proteínas essenciais como os Fatores de Crescimento Epidérmico (EGF), Endotelial Vascular (VEGF) e de Fibroblastos (FGF), que estimulam a angiogênese e a reconstrução epitelial em caso de lesões (WAASDORP *et al*., 2021).

No entanto, no paciente idoso, a mucosa oral pode apresentar alterações associadas ao envelhecimento, como desorganização das fibras colágenas e elásticas, redução da espessura epitelial – ou seja, a barreira de proteção da mucosa, além da diminuição da densidade de fibroblastos, que são células responsáveis pela produção de colágeno e elastina (NANCI, 2018; WAASDORP *et al*., 2021). Tais alterações resultam em uma menor capacidade de renovação celular e diminuição da resistência mecânica, que tornam a mucosa mais suscetível a traumas, inflamações e maior tempo de cicatrização, o que ajuda a explicar, em parte, a alta frequência de lesões traumáticas e infecciosas observadas em populações idosas (NITSCHKE, 2001; SILVA *et al*., 2017).

Alterações salivares

A saliva desempenha um papel crucial na saúde oral e geral de todos os indivíduos. Ela é um fluido biológico complexo, composto por 99% de água e 1% de conteúdo orgânico e inorgânico, que são responsáveis pela homeostase do microambiente oral (HUMPHREY *et al.,* 2001). A sua parte inorgânica se relaciona mais intensamente com o sistema de tamponamento, que é responsável pela neutralização dos ácidos provenientes da dieta ou do subproduto de bactérias. Os componentes inorgânicos, especialmente o sistema tampão bicarbonato e fosfato e os íons de cálcio, protegem os dentes e a mucosa oral do efeito desmineralizante e agressor que o baixo pH geraria caso não fosse equilibrado (RAJENDRA *et al.,* 2023).

Os componentes orgânicos exercem múltiplas funções. As mucinas lubrificam a mucosa, a amilase salivar inicia a digestão química do bolo alimentar, as proteínas antimicrobianas, como a lisozima, lactoferrina, peroxidase; a imunoglobulina A secretória (IgA) e as histatinas, têm ação antimicrobiana e imunológica, e atuam sinergicamente na prevenção a infecções oportunistas, como é o caso das infecções fúngicas (HUMPHREY *et al.,* 2001; TURNER, 2016; XU *et al*., 2019).

As alterações fisiológicas nas glândulas salivares, a redução no fluxo salivar e a percepção sensorial de boca seca, denominada de xerostomia, afetam não somente a função de equilíbrio da microflora oral, como afetam também a fala, socialização, mastigação, deglutição e ingesta alimentar adequada dos pacientes. Essas alterações representam um fator importante no conceito de

fragilidade oral, descrito pelo Dr. Tanaka, conceito que descreve fatores que comprometem a função oral do paciente e afetam negativamente suas vidas sociais e funcionais (TANAKA et al., 2024).

A hipossalivação possui etiologia multifatorial e pode estar associada ao processo de envelhecimento e redução da capacidade de secreção das glândulas salivares, ao tabagismo, aos efeitos da radioterapia em região de cabeça e pescoço, a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e, principalmente, à polifarmácia, que está cada vez mais frequente entre os idosos, tanto no Brasil, quanto mundialmente (PEDRINI *et al*., 2009; SANTANA *et al*., 2024; YEK ÖZKESKIN *et al*., 2025). Um estudo realizado em 2006, em uma amostra representativa de 1.598 pessoas com 60+ anos de idade, residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, identificou que mais 70% dos idosos participantes faziam uso de ao menos um medicamento diariamente. Esses dados confirmam a realidade do alto consumo de medicamentos dessa população e a alta exposição a efeitos colaterais que afetam o fluxo salivar (LOYOLA FILHO *et al.*, 2006).

Diante desse cenário, todos os profissionais da saúde, especialmente os cirurgiões-dentistas, devem ser encorajados a diagnosticarem a hipossalivação, principalmente em grupos que apresentam mais fatores predisponentes. A sialometria pode ser realizada no consultório odontológico, em repouso e após estímulo. Para o diagnóstico preciso, os valores de referência normal incluem o fluxo salivar não estimulado médio entre 0,3 e 0,4 mL/min; já para o fluxo salivar estimulado, o valor abaixo de 0,7 mL/min é considerado hipossalivação (ISLAS-GRANILLO *et al.*, 2017). O valor de referência da hipossalivação em sialometria não estimulada é de 0,1 mL/min (HUMPHREY *et al.,* 2001).

O manejo da hipossalivação no idoso deve priorizar a revisão da polifarmácia, visto que o uso de múltiplos fármacos é um dos fatores responsáveis por fluxos não estimulados inferiores a 0,1 mL/minuto. Para pacientes com função glandular remanescente, a estimulação gustatória e mecânica seja recomendada, uma vez que o estímulo do paladar e da mastigação podem elevar a secreção salivar (PEDRINI *et al.,* 2009). Além disso, a hidratação frequente e o uso de substitutos salivares são essenciais para garantir a lubrificação necessária para o conforto no uso de próteses, fala e alimentação (HUMPHREY *et al.,* 2001).

Imunossenescência

A imunossenescência define a remodelação da estrutura dos órgãos imunológicos, bem como a disfunção imunológica inata e adaptativa relacionada

ao processo de envelhecimento, que deixa o indivíduo mais suscetível a infecções, doenças e malignidades. Essa reorganização, resulta na exaustão de células T virgens e no comprometimento da vigilância contra novos antígenos. Essa realidade aumenta a propensão do aparecimento de doenças inflamatórias e infecciosas nesses pacientes, além de cicatrização mais lenta (LIU *et al*., 2023).

Paralelamente, o organismo desenvolve um estado inflamatório sistêmico de baixo grau, denominado *inflammaging*. Este fenômeno é caracterizado por níveis elevados de marcadores pró-inflamatórios circulantes, como a interleucina-1 (IL-1) e interleucina-6 IL-6 (MÜLLER e DI BENEDETTO, 2025). Na cavidade oral, essa inflamação crônica basal altera a homeostase do microambiente e compromete a resiliência da mucosa. Além disso, afeta as barreiras epiteliais e facilita a penetração de toxinas e microrganismos através de uma mucosa que já se apresenta histologicamente mais fina e fragilizada (WAASDORP *et al*., 2021).

Uso de próteses removíveis

O uso de próteses removíveis é uma realidade consolidada entre idosos no Brasil e compreende na principal alternativa empregada na reabilitação do edentulismo. No entanto, apesar do alto uso, a manutenção inadequada desses dispositivos e insuficiente adesão a práticas preventivas estão associadas a uma maior incidência de lesões na mucosa oral nessa população, que reflete fragilidades na educação em saúde e no acompanhamento odontológico contínuo (BRASIL, 2007; QUEIRÓZ *et al*., 2023).

O trauma mecânico crônico decorrente da má adaptação protética é um dos agentes etiológicos que mais se destaca no cenário de danos causados ao paciente. O desgaste natural do material, a perda de retenção e alterações estruturais no rebordo alveolar geram forças friccionais constantes sobre a mucosa. Esse estímulo mecânico frequente e inadequado desencadeia uma resposta inflamatória local, caracterizada pela liberação de mediadores químicos, vasodilatação e proliferação do tecido conjuntivo, como uma tentativa de proteção ao tecido submetido à agressão. Clinicamente, esses processos se manifestam como lesões ulceradas e reações hiperplásicas que podem evoluir para quadros mais graves se o estímulo traumático não for removido através do ajuste ou substituição do aparato protético (QUEIRÓZ *et al*., 2023).

O uso da prótese durante o período noturno atua como um fator agravante importante. A permanência contínua do dispositivo sobre os tecidos impede o repouso fisiológico da mucosa e mantém o estímulo mecânico por períodos

prolongados. Associada à diminuição do fluxo salivar durante o sono e à menor capacidade de tamponamento do sistema tampão fosfato, essa condição facilita o acúmulo de biofilme e prolonga o contato entre microrganismos e a superfície mucosa, com possibilidade aumentada de infecções oportunistas (WEBB *et al*., 2005).

Além dos danos decorrentes da má adaptação e uso prolongado, a natureza porosa da resina acrílica favorece a colonização por microrganismos. Métodos de higiene ineficientes reduzem a longevidade das próteses e permitem a formação de um biofilme complexo, o qual bactérias e fungos encontram um nicho ideal para aderência. Quando esse acúmulo é combinado à redução do fluxo salivar típica do envelhecimento e à diminuição da eficiência da resposta imunológica, o ambiente torna-se ainda mais propício para o desenvolvimento de candidíase pseudomembranosa e estomatite protética (CENTANARO-VERA, 2025). Essa precariedade na higienização é acentuada em pacientes com dependência funcional, cuja manutenção dos cuidados bucais depende do auxílio de terceiros. Dados recentes indicam uma disparidade na capacidade de autocuidado: enquanto 63,1% dos idosos alemães independentes mantêm uma higiene oral adequada, apenas 22,5% dos idosos que necessitam de cuidados conseguem o mesmo padrão. Essa limitação demonstra a vulnerabilidade dessa população quanto a saúde bucal. A manutenção da saúde da mucosa no idoso usuário de prótese depende, portanto da conscientização sobre o tempo de vida útil das próteses e de programas de educação em saúde que conscientize os idosos e seus cuidadores à adoção de protocolos rigorosos de desinfecção (NITSCHKE, 2001).

Lesões frequentes da mucosa oral em idosos

Candidíase / Estomatite protética

Candida albicans é um fungo comensal que em equilíbrio, não desencadeia processos infecciosos ou causa sintomas aos pacientes. Porém, em condições de imunossupressão ou de alteração no microambiente oral, a sua proliferação pode ser desencadeada. Em pacientes idosos, a realidade da imunossenescência, hipossalivação, uso prolongado de prótese dentária e aderência desses microrganismos à prótese acrílica faz com que a alteração na flora desses pacientes seja mais frequente, propiciando a formação de hifas, que caracterizam a infecção ativa (RADWAN-OCZKO *et al*., 2022). A candidíase da mucosa oral se manifesta em uma série de padrões clínicos, como a eritematosa e pseudomembranosa (SIMÕES *et al*., 2013; RADWAN-OCZKO *et al*., 2022).

A estomatite protética é uma das lesões mais comuns entre os pacientes usuários de próteses e apresenta como sinal clínico placas eritematosas geralmente assintomáticas na mucosa oral, em especial na região de contato direto com próteses removíveis (WEBB *et al*., 2005). A etiologia é multifatorial e pode estar associada à alergia ao monômero residual, à placa microbiana, ao trauma, ao uso contínuo da prótese e à hipossalivação (LEITE *et al*., 2015). Estudos epidemiológicos com alta prevalência demonstram a relevância clínica dessa condição e apontam que a estomatite protética pode atingir até 65% dos usuários de prótese total, com uma maior prevalência em pacientes mulheres (QUEIRÓZ *et al*., 2023). Além disso, a literatura destaca que a gravidade da inflamação está diretamente relacionada ao tempo de uso do aparato; idosos que utilizam a mesma prótese por mais de cinco anos apresentam um risco aumentado de desenvolver lesões eritematosas severas (QUEIRÓZ *et al*., 2023; CENTANARO-VERA, 2025).

Não há um consenso na literatura sobre a estomatite protética representar em todos os casos uma infecção por *Candida albicans*, porém por conta dessa associação, também pode ser chamada de “candidíase atrófica crônica”. A sua manifestação pode ter múltiplos fatores predisponentes que incluem resposta tecidual à presença da prótese ou seu uso contínuo, higiene inadequada, redução do fluxo salivar e processos alérgicos a componentes estruturais da prótese (CÔRTE-REAL, 2011; GENDREAU, 2011). A literatura utiliza com frequência a classificação de Newton, que divide a lesão em graus I, II e III, o que auxilia na conduta clínica e no monitoramento de evolução. Esta classificação detalha a Tipo I como uma inflamação localizada e petéquias ao redor das aberturas das glândulas salivares menores no palato; a Tipo II é a forma mais comum, manifestando-se como um eritema difuso e generalizado, delimitado pela área de suporte da prótese superior; e a Tipo III representa o estágio crônico e proliferativo, apresentando uma hiperplasia papilar no centro do palato duro, com aspecto granular ou nodular, muitas vezes associada ao uso da prótese durante o sono (CÔRTE-REAL, 2011; GENDREAU, 2011).

Queilite Angular

É comum em pacientes imunocomprometidos ou com deficiências nutricionais, especialmente a deficiência de ferro e de vitamina B12. A deficiência de ferro, que pode causar ou não manifestação clínica de anemia, está associada a uma multiplicação reduzida das células epiteliais, de tal maneira que representa lentidão na cicatrização dos tecidos e gera maior risco de desenvolvimento de lesões locais, que é úmida e exposta aos microrganismos da microflora oral (CENTANARO-VERA, 2025). Nesse sentido, a literatura ressalta que a queilite angular pode ser a principal manifestação clínica da anemia ferropriva,

apresentando-se com fissuras e dermatites erosivas que muitas vezes não respondem apenas ao tratamento antifúngico ou antibacteriano tópico, se a carência nutricional subjacente não for corrigida (AYESH, 2018).

Hiperplasia fibrosa inflamatória

A hiperplasia fibrosa inflamatória corresponde ao aumento da produção do tecido conjuntivo fibroso que surge como resposta a traumas crônicos de baixa intensidade. Em pacientes idosos, a hiperplasia está associada a uma resposta a próteses totais ou parciais mal adaptadas. Geralmente é assintomática e se manifesta clinicamente como uma ou múltiplas pregas de tecido fibroso firme, podendo também secundariamente, ser eritematosas ou ulceradas. Essas lesões podem ser pequenas ou atingir todo o vestíbulo bucal, com predileção pelo rebordo superior (HAMZAH *et al*., 2016; SILVA, 2017; NEVILLE *et al*., 2016). Epidemiologicamente, o estudo de Cesar et al. (2018) aponta que a hiperplasia fibrosa é uma das lesões mais frequentes em idosos, representando 16,1% das alterações orais diagnosticadas em serviços de estomatologia, com predileção pelo sexo feminino.

Histologicamente, observa-se um epitélio hiperparaqueratinizado, além de um tecido conjuntivo denso e colagenizado com infiltrado inflamatório crônico (NEVILLE *et al*., 2016). A conduta clínica deve ser dividida em etapas eliminatórias e reconstrutivas para evitar recidivas. Conforme detalhado por Martorelli (2021) e Santos *et al.* (2014), o protocolo de tratamento inclui três fases: a inicial, que requer a suspensão imediata do uso da prótese ou ajustes nas bordas traumáticas com o uso de condicionadores de tecido para reduzir o edema e a inflamação local; a fase cirúrgica, em caso de lesão volumosa e sem regressão após a remoção do estímulo, em que se realiza a excisão cirúrgica simples (biópsia excisional), com bisturi convencional, laser de alta potência ou eletrocirurgia; e a última fase, a reabilitadora, em que é indispensável a confecção de uma nova prótese adaptada ou o reembasamento definitivo da antiga.

A literatura reforça que a simples remoção cirúrgica sem a correção da falha protética resulta em alta taxa de recidiva, sendo a educação do paciente sobre o tempo de vida útil da resina acrílica um fator determinante para o sucesso prognóstico (ZIMMERMANN *et al*., 2022; SARAIVA, 2024).

CONCLUSÃO

A análise da literatura demonstra que o envelhecimento provoca modificações estruturais e imunológicas que tornam a mucosa oral mais frágil e vulnerável a traumas e infecções. A interação entre fatores sistêmicos, como a imunossenescência, a hipossalivação e a polifarmácia, somada a fatores locais, como o uso prolongado de próteses mal adaptadas, contribui diretamente para o desenvolvimento de lesões como a estomatite protética e a hiperplasia fibrosa inflamatória. Uma vez que a saúde da mucosa atua como um marcador do estado geral do idoso, conclui-se que a atenção odontológica deve transcender a resolução de demandas apresentadas pontualmente. Deve priorizar uma abordagem integrada e preventiva, com a implementação de estratégias de educação em saúde que capacitem tanto os idosos quanto seus cuidadores para a higienização adequada, o reconhecimento precoce de alterações e a compreensão da necessidade de acompanhamento profissional regular, garantindo, assim, um melhor prognóstico e a preservação da qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev Bras Geriatr Gerontol 2016; 19(3):507-519. https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140

2. IBGE. Projeção da população 2023: Brasil e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2023. https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html

3. Chan AKY, Chu CH, Ogawa H, *et al.* Improving oral health of older adults for healthy ageing. J Dent Sci 2024; 19(1). doi: 10.1016/j.jds.2023.10.018.

4. Hamzah Z, Indartin D, Meilawaty Z. A inflamação crônica progressiva de baixo grau no tecido oral em idosos. In: Anais da 1ª Int Conf Med Health Sci; 2016. p.177-181.

5. Bianchi CM, Bianchi HE, Tadano T, *et al.* Factors related to oral candidiasis in elderly users and non-users of removable dental

prostheses. Rev Inst Med Trop São Paulo 2016; 58:17. doi: 10.1590/S1678-9946201658017.

6. Oliveira SSB, Mello CC, Coelho UP, *et al.* A influência dos métodos de higiene na longevidade das próteses totais e parciais removíveis. Arch Health Invest 2021; 11(2):220-225. https://www.archhealthinvestigation.com.br/ARCHI/article/view/5584

7. Queiróz AA, Guedes CCFV. Principais lesões orais relacionadas ao uso de próteses dentárias. Res Soc Dev 2023; 12(4):e5412440946. doi:10.33448/rsd-v12i4.40946

8. Tanaka T, Hirano H, Ikebe K, *et al.* Consensus statement on "Oral frailty". Geriatr Gerontol Int 2024; 24(11):1111-1119. doi: 10.1111/ggi.14980

9. Li X, *et al.* Efficacy of photodynamic therapy on Candida colonization and clinical symptoms in denture stomatitis. BMC Oral Health 2023; 23:123. doi: 10.1186/s12903-023-03789-z.

10. Nitschke I. Geriatric oral health issues in Germany. Int Dent J 2001; 51(3 Suppl):235-46. doi:10.1002/j.1875-595X.2001.tb00872.x

11. Nanci A. Ten Cate: histologia oral. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2018.

12. Waasdorp M, Krom BP, Bikker FJ, *et al.* The bigger picture: why oral mucosa heals better than skin. Biomolecules 2021; 11(8):1165. doi: 10.3390/biom11081165.

13. Silva LP, Leite RB, Sobral AVP, *et al.* Oral and maxillofacial lesions diagnosed in older people. J Am Geriatr Soc 2017; 65(7):1586-1590. doi: 10.1111/jgs.14815.

14. Humphrey SP, Williamson RT. A review of saliva: normal composition, flow, and function. J Prosthet Dent 2001; 85(2):162-169. doi: 10.1067/mpr.2001.113778.

15. Rajendra RE, Srikanth S, Kiranmayi M, *et al.* Evaluation of flow rate, pH, and buffering capacity of saliva. Int J Clin Pediatr Dent 2023; 16(4):587-590. doi: 10.5005/jp-journals-10005-2645.

16. Turner MD. Hyposalivation and xerostomia. Dent Clin North Am 2016; 60(2):435-443. doi: 10.1016/j.cden.2015.11.003.

17. Xu F, Laguna L, Sarkar A. Ageing related changes in quantity and quality of saliva. J Texture Stud 2019; 50(1):27-35. doi: 10.1111/jtxs.12356.

18. Pedrini RD, França FZ, Kreuger MRO. Index of salivation correlated with age. Rev Odontol UNESP 2009; 38(1):53-58. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/635497/rou-38-1-53.pdf

19. Santana YVS, Maia LMSS. Percepção de sintomas de hipossalivação. Res Soc Dev 2024; 13(11). doi: 10.33448/rsd-v13i11.47298

20. Yek Özkeskin SZ, Erisildar K, Yaltirik M. Polypharmacy-induced changes in the oral mucosa and jawbone in elderly. In: Advances in Pharmacology. 2025; 104:447-473. doi: 10.1016/bs.apha.2025.02.008.

21. Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre o uso de medicamentos entre idosos. Cad Saúde Pública 2006; 22(12):2657-2667. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200015

22. Islas-Granillo H, Borges-Yanéz A, Fernández-Barrera MA, *et al.* Relationship of hyposalivation and xerostomia. Sci Rep 2017; 7:40686. doi: 10.1038/srep40686.

23. Liu Z, Liang Q, Ren Y, *et al.* Immunosenescence: molecular mechanisms and diseases. Signal Transduct Target Ther 2023; 8(1):200. doi: 10.1038/s41392-023-01451-2.

24. Müller L, Di Benedetto S. Immunosenescence and inflammaging: mechanisms and modulation through diet and lifestyle. Front Immunol 2025; 16:1708280. https://doi.org/10.3389/fimmu.2025.1708280

25. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf

26. Webb BC, Thomas CJ, Whittle T. Candida-associated denture stomatitis treatment. Gerodontology 2005; 22(3):168-176. doi: 10.1111/j.1741-2358.2005.00065.x.

27. Radwan-Oczko M, Bandosz K, Rojek Z, *et al.* Clinical study of oral mucosal lesions in the elderly. Int J Environ Res Public Health 2022; 19(5):2853. doi: 10.3390/ijerph19052853.

28. Simões RJ, Fonseca P, Figueiral MH. Infecções por Candida spp na cavidade oral. Odontol Clín Cient 2013; 12(1):7-13. http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v12n1/a04v12n1.pdf

29. Leite DP, Piva MR, Martins-Filho PRS. Identificação das espécies de Candida. Rev Odontol UNESP 2015; 44(1):12-17. https://doi.org/10.1590/1807-2577.1027

30. Côrte-Real IS, Figueiral MH, Campos JCR. As doenças orais no idoso. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac 2011; 52(3):155-159. doi: 10.1016/j.rpemd.2011.05.002

31. Gendreau L, Loewy ZG. Epidemiology and etiology of denture stomatitis. J Prosthodont 2011; 20(4):251-260. doi: 10.1111/j.1532-849X.2011.00698.x.

32. Krishnan PA. Angular cheilitis: updated overview. Int J Dent Oral Sci 2021; 1600-1605. doi: 10.19070/2377-8075-21000317

33. Ayesh MH. Angular cheilitis induced by iron deficiency anemia. Cleve Clin J Med 2018; 85(8):581-582. doi: 10.3949/ccjm.85a.17109.

34. Centanaro-Vera R, *et al.* Frailty and oral health. Geriatrics 2025; 10(5):116. doi: 10.3390/geriatrics10050116.

35. Neville BW, *et al.* Patologia oral e maxilofacial. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

36. Martorelli A, Martorelli FO, Ribeiro GD, *et al.* Hiperplasia fibrosa inflamatória por uso de prótese desadaptada. Res Soc Dev 2021; 10(9):e4510917633. doi:10.33448/rsd-v10i9.17633

37. Santos TS, Martins-Filho PRS, Piva MR, *et al.* Focal fibrous hyperplasia: a review of 193 cases. J Oral Maxillofac Pathol 2014; 18(Suppl 1):S86-S89. doi: 10.4103/0973-029X.141328.

38. Saraiva AF, Ferreira FR, Silva JO, *et al.* Hiperplasia fibrosa inflamatória: revisão de literatura. Braz J Health Rev 2024; 7(9). doi: https://doi.org/10.34119/bjhrv7n9-354