

Márjorie das Posses Bridi¹
Eliza Toscano Ribeiro¹
Rossiene Motta Bertollo¹
Martha Alayde Alcântara Salim¹
Stefania Carvalho Kano¹
Martha Chiabai Cupertino de Castro¹
Robson Almeida de Rezende¹
Lúcio Frigo²
Daniela Nascimento Silva¹

Prevalence of pre- prosthetic surgery in patients treated in the Oral Surgery II course at a university in Brazil between 2010 and 2013

Prevalência de cirurgias pré-protéticas em pacientes atendidos na disciplina de Cirurgia Bucomaxilofacial II da UFES no período de 2010 a 2013

ABSTRACT | Introduction:

A significant number of surgeries are performed in dentistry for prosthetic purposes, whether in private practice, public service or educational institutions. However, there have been few studies on the prevalence of these types of procedures. Objective: This investigation aims at identifying the prevalence of pre-prosthetic surgery in the Oral Surgery II (OS II) Course of the School of Dentistry, Federal University of Espírito Santo (UFES) between March/2010 and December/2013.

Methods: *This is a cross-sectional study using retrospective analysis of 1286 dental records. Data were analyzed using descriptive statistics (absolute and relative averages). Results:*

Pre-prosthetic surgery was performed in 5.98% of patients treated in the period under study. 92% of patients were from the Greater Vitória / ES region, surgeries were more frequent in females (80.5%) in their 5th and 6th decades of life, with the excision of Inflammatory Fibrous Hyperplasia (IFH) being the most prevalent procedure (54.5%), followed by multiple extractions with or without alveoloplasty (11.7%). The most common site affected was the maxilla, in the regions of vestibular sulcus and alveolar ridge. Conclusion: Our findings indicate that pre-prosthetic surgery accounts for an important percentage of the care provided in the OS II course, UFES. Among the types of surgery, excision of IFH was the most prevalent, highlighting the importance of dental guidance for oral hygiene, and periodic evaluations of integrity and hygiene of the prosthesis to prevent injury

Keywords | *Prevalence; Ambulatory surgical procedures; Dental prosthesis; Surgery Oral.*

RESUMO | Introdução: É expressivo o número de cirurgias com finalidades protéticas realizadas na Odontologia, seja em consultórios privados, nos serviços públicos ou em instituições de ensino. Entretanto, são muito escassos os dados estatísticos sobre a prevalência desses tipos de procedimento. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência de cirurgias pré-protéticas na clínica de Cirurgia Bucomaxilofacial II (CBMF II) do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) nos períodos de março/2010 a dezembro/2013. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, por meio de análise retrospectiva de 1286 prontuários odontológicos. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva (médias absoluta e relativa). **Resultados:** A cirurgia pré-protética foi realizada em 5,98% dos pacientes atendidos no período de tempo em estudo, dos quais 92% são procedentes da região da Grande Vitória/ES. As cirurgias foram mais frequentes no sexo feminino (80,52%), nas 5ª e 6ª décadas de vida, sendo a excisão de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória (HFI) o procedimento mais prevalente (54,5%), seguido das exodontias múltiplas com ou sem alveoloplastias (11,7%). O local mais acometido foi a maxila, em regiões de fundo de vestibulo e rebordo alveolar. **Conclusão:** As cirurgias pré-protéticas representaram um percentual importante dos atendimentos realizados na clínica de CBMF II da UFES, no período em estudo. Dentre os tipos de cirurgia, a excisão de HFI foi a mais prevalente, ressaltando a importância da orientação profissional para higienização bucal e das avaliações periódicas da integridade e limpeza das próteses para prevenção de lesões.

Keywords | Prevalência; Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; Prótese dentária; Cirurgia Bucal.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

²Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Cirurgia pré-protética é toda manobra cirúrgica realizada na cavidade bucal necessária para manter bem adaptada uma prótese. Essa cirurgia proporciona um rebordo alveolar livre de protuberâncias ósseas ou de inserções musculares altas, invadindo a zona principal de suporte que prejudicariam, evidentemente, a perfeita instalação da prótese¹.

A reconstrução protética de dentes perdidos envolve o preparo cirúrgico dos tecidos bucais remanescentes para que possam suportar a prótese de modo adequado. Uma área ideal de suporte para prótese não deve ter evidências de patologia; os maxilares devem ter relação apropriada no sentido anteroposterior, vertical e transversal; o rebordo alveolar deve ser largo e em forma de U, ou seja, deve apresentar espessura e configuração apropriada; deve haver mucosa queratinizada adequada na área de suporte primário, ausência de protuberância em tecido ósseo e mole, profundidade adequada de vestibulo, adequada forma da abóbada palatina e túber maxilar; apoio ósseo e cobertura de tecido mole inserido^{1,2}.

As cirurgias pré-protéticas são classificadas como sendo de tecidos moles e de tecido duro. As de tecido moles englobam aprofundamento de vestibulo, frenectomia lingual ou labial, bridectomia, remoção de hiperplasias e hipermobilidade tecidual em rebordo alveolar. As cirurgias dos frênuolos incluem frenulotomia, frenulectomia, ou reinserção de frênulo. Já as de tecido duros englobam: exodontias, alveoloplastias, remoção ou regularização do tubérculo geniano, de exostoses, de túrus mandibular e palatino e da crista milohioidea. As alveoloplastias, por sua vez, podem ser classificadas como conservadoras ou simples; corretoras ou radicais, intra-septais, ou ainda alveoloplastia com prótese imediata. A tuberoplastia maxilar pode envolver tanto tecido duro como tecido mole ou a associação de ambos^{1,2}.

Com o advento dos implantes osseointegráveis, a cirurgia pré-protética para próteses convencionais foi dando lugar à cirurgia pré-implantar, como enxertos ósseos e de tecidos moles. O principal objetivo é criar um leito favorável para a colocação de implantes intraósseos com tamanho e posição ideais³.

Apesar dos avanços nas políticas públicas de saúde bucal, o Brasil ainda possui elevado número de indivíduos com edentulismo parcial ou total, acompanhado da necessidade de confecção em larga escala de próteses dentárias. Elas

possibilitam a reabilitação funcional e estética dos pacientes, no entanto precisam ser confeccionadas adequadamente para que não prejudiquem o sistema estomatognático. Próteses mal planejadas e/ou confeccionadas podem determinar o aparecimento de lesões na mucosa bucal, as quais também estão associadas à higienização inadequada da prótese, que podem ser evitadas com orientações de higiene e realização de controles periódicos⁴.

É grande a demanda de reabilitações por meio das próteses dentárias, e também é muito expressivo o número de cirurgias com finalidades protéticas, entretanto são escassos os dados estatísticos sobre a prevalência desses procedimentos. Diante da carência de informações e da necessidade de prestar esclarecimentos à comunidade científica, o presente estudo teve como objetivo identificar a prevalência de cirurgias pré-protéticas na clínica da disciplina de Cirurgia Bucomaxilofacial II (CBMF II) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), no período de março/2010 a dezembro/2013.

MÉTODOS |

Este estudo transversal, de prevalência, foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFES, parecer número 452.029.

Para a seleção da amostra, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: prontuários de pacientes submetidos a cirurgias pré-protéticas na disciplina de CBMF II do Curso de Odontologia da UFES, entre março de 2010 e dezembro de 2013, com dados cadastrais completos e exames radiográficos e anatomopatológicos, quando pertinentes.

Foram analisados 1286 prontuários, correspondendo ao total de pacientes atendidos pela disciplina no período do estudo. Os dados foram apresentados utilizando estatística descritiva com valores absolutos e relativos.

RESULTADOS |

Após análise dos prontuários odontológicos da disciplina de CBMF II, os dados coletados foram compilados e apresentados em forma de tabelas e gráficos, conforme demonstrados a seguir.

De um total de 1.286 prontuários, 77 pacientes foram submetidos a cirurgias pré-protéticas, correspondendo a 5,98% dos pacientes atendidos pela disciplina de CBMF II no período de tempo em estudo. A distribuição anual do número de pacientes submetidos a esses procedimentos cirúrgicos estão especificados na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição anual das cirurgias pré-protéticas realizadas na disciplina de CBMF II da UFES, no período de 2010 a 2013, Vitória/ES, Brasil

Ano	N	%
2010	16	20,7
2011	23	29,9
2012	10	13,0
2013	28	36,4
Total	77	100,0

Das 77 cirurgias realizadas no período do estudo, 62 foram em mulheres e 15 em homens. A idade variou entre 30 e 85 anos. A tabela 2 mostra a distribuição das cirurgias pré-protéticas de acordo com o sexo e a faixa etária.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes submetidos à cirurgia pré-protética no ambulatório de CBMFII, no Curso de Odontologia da UFES, no período de 2010 a 2013, em relação ao sexo e à faixa etária, Vitória/ES, Brasil

Sexo	N	%
Feminino	62	80,5
Masculino	15	19,5
Faixa etária (anos)		
30-40	03	2,7
40-50	11	14,3
50-60	27	35,0
60-70	26	33,8
70-80	07	9,0
80-90	04	5,2
Total	77	100,0

Em relação à procedência dos pacientes, 71 cirurgias (92,2%) foram realizadas em pacientes moradores da Grande Vitória, região metropolitana, e 06 cirurgias (7,8%), em pacientes procedentes do interior do estado do Espírito Santo.

A excisão de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória (HFI) foi o tipo de procedimento cirúrgico mais realizado (45 procedimentos), seguida de 9 exodontias múltiplas com ou sem alveoloplastia simples, 8 remoções cirúrgicas de exostoses com regularização de rebordo e 5 exérese de tórus mandibular. As cirurgias de frenectomias, vestibuloplastias, exérese de tórus palatino, alveoloplastia simples, cirurgia de remoção de hiper mobilidade tecidual e correção de tuberosidade maxilar tiveram menor prevalência (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência das cirurgias pré-protéticas realizadas no ambulatório de CBMF II, no curso de Odontologia da UFES, no período de 2010 a 2013, Vitória/ES, Brasil

Cirurgias pré-protéticas	N	%
Hiperplasia Fibrosa Inflamatória	45	54,5
Exodontia	9	11,7
Exostose com regularização de rebordo	8	10,4
Exérese de tórus mandibular	5	6,5
Frenectomia	3	3,9
Vestibuloplastia	3	3,9
Alveoloplastia	2	2,6
Exérese de tórus palatino	2	2,6
Tubero plastia de tecido duro	1	1,3
Tubero plastia de tecido mole	1	1,3
Remoção de hiper mobilidade tecidual	1	1,3

Vinte e cinco pacientes (32,5%) relataram a necessidade de confecção de novas próteses após a remoção das HFI.

Seis pacientes (7,8%) tiveram a necessidade de reintervenção cirúrgica, 3 em HFI, 2 correções de tuberosidade maxilar, sendo 1 de tecido duro e 1 de tecido mole, e 1 exérese de tórus palatino.

De acordo com a localização anatômica, a região da boca mais acometida com 34 procedimentos (44,1% do total de cirurgias) foi a maxila, em áreas de fundo de vestibulo, rebordo alveolar, túber maxilar e palato. Na mandíbula, foram realizadas 31 cirurgias (40,2%), nas seguintes regiões: assoalho bucal, fundo de vestibulo e rebordo alveolar. Em outras regiões, como língua, mucosa jugal e lábio foram realizados um total de 12 procedimentos cirúrgicos (15,7% dos casos) (Tabela 4).

Tabela 4 - Principais áreas anatômicas submetidas às cirurgias pré-protéticas no ambulatório de CBMFII, Curso de Odontologia da UFES, no período de 2010 a 2013, Vitória/ES, Brasil

Regiões anatômicas	N	%
Maxila	34	44,1
Fundo de vestíbulo	11	14,3
Rebordo Alveolar	10	13,0
Túber	01	1,3
Palato	07	9,0
Não especificado	05	6,5
Mandíbula	31	40,2
Rebordo alveolar	12	15,6
Fundo de vestíbulo	04	5,2
Porção lingual	04	5,2
Assoalho bucal	03	3,9
Não especificado	08	10,3
Outras regiões	12	15,7
Língua	02	2,7
Mucosa Jugal	04	5,2
Lábios	06	7,8

A exérese de HFI foi a cirurgia mais prevalente neste estudo, sendo realizada em 39 mulheres (86,6%), principalmente na 6ª década de vida. Esse procedimento foi mais frequente na maxila (44,4%), seguida da mandíbula (40,0%) e 15,6% dos procedimentos foram realizados em outras localidades: mucosa jugal, língua e lábios (Tabela 5).

Tabela 5 - Prevalência de exérese de HFI em relação ao sexo e principais áreas anatômicas envolvidas nas cirurgias realizadas no ambulatório de CBMFII, Curso de Odontologia da UFES, no período de 2010 a 2013, Vitória/ES, Brasil

Exérese HFI	N	%
Sexo		
Feminino	39	86,6
Masculino	06	13,4
Regiões anatômicas		
Maxila	20	44,4
Mandíbula	17	40,0
Língua, lábio e mucosa jugal	08	15,6
Total	45	100,0

DISCUSSÃO |

Segundo estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), até o ano de 2025 o Brasil será a sexta maior população idosa do mundo, com mais de trinta milhões de habitantes, e essa é a faixa etária com demanda de reabilitação por próteses dentárias mais significativa^{5,6}.

Mesmo com o advento dos implantes osteointegrados, as próteses convencionais continuam sendo preferência da população, particularmente em áreas de menor influência do fator econômico. Os trabalhos de prótese sobre implantes apresentam uma tendência de grande acatamento pela população, mas estão mais restritos às localidades de maior disponibilidade financeira⁵.

Os procedimentos foram realizados com maior prevalência nos pacientes acima de 40 anos de idade (97,3%), predominantemente nas 5ª e 6ª décadas de vida, concordando com o estudo de Sadeta et al.⁷, no qual as cirurgias pré-protéticas representaram 9% dos procedimentos, e 85% das cirurgias foram realizadas em pacientes com mais de 40 anos.

Com o avanço da idade, ocorre uma diminuição do fluxo salivar que, ocasionalmente, em usuários de prótese, pode provocar dor, aderência da língua na base da prótese, falta de retenção e colaborar para a formação de lesões na cavidade bucal⁸.

Conforme exposto na tabela 3, a remoção de HFI foi a cirurgia pré-protética mais executada (54%). Levantamentos epidemiológicos são unânimes em demonstrar a grande quantidade de lesões diagnosticadas como HFI, liderando um escore em relação às demais lesões do complexo bucomaxilofacial. Geralmente estão associadas ao uso de próteses totais ou parciais removíveis mal adaptadas^{9,10}. Coelho et al.¹¹ encontraram uma frequência de 15% (524 casos) de HFI induzidas por uso de próteses do total de 3.603 patologias. Em outro estudo, Coelho et al.¹² avaliaram 305 pacientes portadores de patologias bucais e constataram HFI em 56 pacientes (18,4%). Canger et al.¹³ relataram que a HFI ocorre, em média, em 5-10% dos maxilares com dentaduras.

A HFI é a melhor denominação dada a lesões proliferativas benignas surgidas na cavidade bucal originárias de um

traumatismo crônico de baixa intensidade. Clinicamente, a HFI é uma lesão exofítica ou elevada bem definida, de consistência firme ou flácida à palpação, superfície lisa, com base sésil ou ocasionalmente pediculada, coloração variando de semelhante a mucosa adjacente à eritematosa, de crescimento lento e geralmente assintomático. Essa lesão pode ser pequena ou atingir alguns centímetros de diâmetro e, ocasionalmente, apresenta-se ulcerada em sua superfície⁸.

Coelho *et al.*¹² relataram que o aumento do período de uso das próteses está associado com o aumento da HFI, sugerindo que próteses totais e parciais removíveis, mal adaptadas e antigas, geralmente ocasionam traumas constantes e inflamação dos tecidos bucais. O aparecimento da lesão em próteses novas pode ocorrer em resposta à pressão exercida pelos bordos cortantes da prótese no vestibulo anterior^{11,14}.

As cirurgias de exérese de HFI foram mais prevalentes em mulheres (86,6%), semelhante aos estudos de Dorey *et al.*¹⁵ e Coelho *et al.*¹²; e na 6ª década de vida, concordando com os achados de Coelho *et al.*¹¹. Já Dunder e Kal¹⁶ observaram maior prevalência na 7ª década, e Alves e Gonçalves¹⁴ encontraram maiores resultados na 5ª década de vida.

A maior prevalência de HFI em mulheres pode ser atribuída aos fatos que elas vivem mais do que os homens; as mulheres idosas usam mais as dentaduras em comparação com o sexo masculino e têm uma tendência a procurar tratamento odontológico mais frequentemente do que eles por causa de motivos estéticos e cosméticos. Mudanças na pós-menopausa e deficiências hormonais também fazem a mucosa oral mais suscetível a alterações hiperplásicas¹³.

Neste estudo, a principal área acometida pelas HFI foi a maxila, com 44,4% dos procedimentos, sendo a região de fundo de vestibulo a mais afetada. A mandíbula foi afetada em 40% dos casos, mais prevalente na região de rebordo alveolar. Essa lesão acometeu principalmente a região anterior da maxila e mandíbula. Outros locais, como mucosa jugal e língua, foram envolvidos em 15,6% dos casos. Nos achados de Canger *et al.*¹³ a HFI foi também mais prevalente na maxila. Coutinho e Santos¹⁷ ressaltaram que, embora a HFI possa ocorrer em qualquer localização da cavidade bucal, a região mais frequente é a gengiva, seguida pela bochecha, língua, lábios e palato. Nos estudos de Alves e Gonçalves¹⁴, a região predominante foi o fundo de sulco vestibular.

Sempre que possível, as HFI da cavidade bucal deveriam ser tratadas com excisão local e exame microscópico do tecido excisado, uma vez que a HFI possui amplo diagnóstico diferencial com lesões do tipo lipofibroma, neurofibroma, tumores de glândulas salivares menores, dentre outras¹⁸. Outras modalidades terapêuticas podem ser adotadas em alguns casos, como a utilização do laser, mucoabrasão ou a crioterapia⁸.

Em qualquer modalidade terapêutica, o prognóstico da exérese de HFI é excelente; essas lesões não possuem potencial de malignidade, apresentam baixas taxas de recidiva quando o agente traumático é removido e as recorrências após a excisão são quase sempre o resultado da falha na eliminação da forma particular de irritação crônica envolvida. Os profissionais devem tomar cuidados especiais na confecção de novas próteses e orientar o paciente sobre higienização bucal e protética^{10,18}. Nota-se que, no presente estudo, 03 casos de HFI sofreram reintervenção cirúrgica, mas apenas 25 pacientes (32,5%) relataram ter confeccionado novas próteses após a remoção das HFI.

Neste estudo, a vestibuloplastia representou 4% das cirurgias pré-protéticas (03 cirurgias), todas na maxila. Para Kerschbaum¹⁹, a maioria dos procedimentos de cirurgia pré-protética (56%) implica o aumento relativo dos maxilares; e destes, 18,6% são vestibuloplastias da maxila.

A atrofia mandibular é uma das principais indicações para vestibuloplastia que tem como objetivo criar, cirurgicamente, maior área chapeável, pelo reposicionamento da mucosa que recobre o osso alveolar e das inserções musculares, promovendo um aprofundamento do sulco vestibular²⁰.

O processo de reabsorção óssea alveolar acontece em virtude da falta de estimulação ocorrida com a perda do elemento dentário. A reabsorção óssea alveolar é diferente ao se comparar maxila com a mandíbula **que** sofre uma perda quatro vezes maior. O processo pode ser crônico, progressivo, irreversível e cumulativo, e como principal causa destaca-se o menor suprimento vascular, menor espessura de tecido fibromucoso e maior área de forças compressivas provocadas pelo maior número de inserções musculares²⁰. Os estudos de White²¹ evidenciaram uma média de 6,6 mm de reabsorção do processo mandibular em pacientes com próteses totais e 0,8 mm com próteses parciais removíveis.

De acordo com Luciano *et al.*²², a extensa reabsorção do processo alveolar é um dos maiores problemas encontrados no tratamento reabilitador de pacientes desdentados totais, dificultando ou até mesmo impossibilitando a instalação de uma prótese adequadamente. Diante dessa situação, pode-se lançar mão, dentre outros métodos, de sulcoplastias para aumento de fundo de vestibulo, a fim de possibilitar uma melhor estabilidade à prótese. Apesar dos avanços em implantodontia, a cirurgia de aprofundamento de vestibulo ainda é indicada nos pacientes em que a instalação de implantes é contraindicada ou ainda aplicada em conjunto com a colocação de implantes para melhorar as condições dos tecidos moles adjacentes a eles.

No estudo de Sverzut *et al.*²³, 13 pacientes foram submetidos a aprofundamento de sulco vestibular mandibular anterior pela técnica de inversão de retalhos. Os autores consideram a técnica estável, sem perda de profundidade estatisticamente significativa no período analisado. A média de aprofundamento obtido variou de 87 a 169%, conforme a região considerada.

A prevalência de remoção de tórus palatino no presente estudo foi de 3%. O tórus palatino é uma lesão comum e benigna, localizada na apófise palatina da maxila, de causa provavelmente hereditária mendeliana dominante²⁴. É uma exostose comum que ocorre na linha média do palato duro; com maior frequência em pacientes jovens, e sua incidência varia de 9 a 65%, dependendo do grupo étnico estudado (alta prevalência em asiáticos e esquimós), com leve predileção pelo sexo feminino²⁵.

Em relação à exérese de tórus mandibular, o presente estudo constatou uma prevalência de 7%, acometendo principalmente homens (60%) na 5ª e 6ª décadas de vida; observou-se em todos os casos o acometimento bilateral na porção lingual da mandíbula. Contrariamente ao nosso estudo, De Paula *et al.*²⁶ constataram maior prevalência em mulheres acima de 30 anos. Para Meza Flores²⁷, raramente essa exostose é encontrada em indivíduos com menos de 10 anos de idade. Rouas e Midy²⁸ afirmaram que o tórus mandibular está igualmente presente em ambos os sexos, com crescimento mais lento nas mulheres. No estudo de Sadeta *et al.*⁷ houve maior prevalência do tórus mandibular em homens (2:1).

O tórus mandibular pode ser unilateral, principalmente do lado direito, ou bilateral e simétrico; o envolvimento bilateral é mais comum²⁸. Para Meza Flores²⁷, o tamanho

pode variar de 3 a 4 cm de diâmetro, mas são usualmente menores que 1,5 cm. De Paula *et al.*²⁶ mencionaram que, em raras ocasiões, os tórus bilaterais podem se tornar tão grandes que quase se encontram na linha média. De acordo com Rouas e Midy²⁸, o local mais comum de implantação do tórus mandibular é na superfície lingual, sobre a linha milohióidea, na região de pré-molares.

Segundo Meza Flores²⁷, o tórus mandibular não requer tratamento a menos que esteja alterando a função, localização e ação dos dentes ou provocando traumas na superfície, como ulcerações, ou ainda interferindo nos movimentos da língua, na fonação e na fisiologia da mastigação. De acordo com Marzola *et al.*¹, a remoção dessa exostose é indicada nos casos de dor em função da mucosa delgada que as recobre; afirmam ainda que a remoção ou alívio cirúrgico pode ser necessário para colocação de uma prótese total ou parcial inferior ou em caso de traumatismo frequente na mucosa subjacente. Consoante os autores, se o tamanho do tórus for discreto, com pequena saliência, não oferecerá nenhum problema na moldagem e confecção protética, bastando, se necessário, um alívio da prótese.

O tórus médio, que não interfere nos movimentos da língua, fonação ou na mastigação, pode ser contornado ou não englobado dentro da área chapeável, garantindo assim a estabilidade das próteses¹.

Neste estudo, a remoção de exostoses ósseas com regularização de rebordo representou 10,4% dos procedimentos totais. A maior prevalência foi em mulheres com faixa etária entre a 5ª e a 6ª década de vida, e a maxila a mais acometida, com 62,5% dos casos. Esses dados foram muito semelhantes aos de Sadeta *et al.*⁷ onde 66% das exostoses ósseas foram encontradas na maxila; nessas mesmas faixas etárias.

A remoção de tuberosidade maxilar de tecido duro e mole e hiper mobilidade tecidual podem ser consideradas cirurgias para regularização de rebordo para perfeita adaptação da prótese. Neste estudo, a prevalência dessas cirurgias foi pequena, representando 1,3% das cirurgias pré-protéticas realizadas.

Como citado anteriormente, as frenectomias representaram 3,9% dos procedimentos em relação ao total de cirurgias realizadas (2 frenectomias linguais e 1 labial), todas em mulheres. Sadeta *et al.*⁷ apresentaram resultados próximos,

nos quais a frenectomia labial representou 1,4% de 19 pacientes examinados, e a frenectomia lingual representou 1,6% dos 21 pacientes.

Neste estudo, as exodontias múltiplas com alveoplastias simples representaram 11,7% dos procedimentos cirúrgicos realizados. Já no estudo de Sadeta et al.⁷, a alveoplastia foi realizada em 4% dos 52 pacientes.

Diante do exposto, é de extrema importância a orientação profissional sobre higienização protética e bucal e avaliações periódicas da integridade tanto das próteses como da mucosa bucal²⁹.

Também é de grande valor a integração entre as especialidades de Cirurgia Bucomaxilofacial e Prótese Dentária, como a chave para uma reabilitação bucal satisfatória. A integração entre diferentes especialidades da área da saúde visa otimizar os procedimentos e a previsibilidade do tratamento, valorizando os profissionais e o tratamento proposto³⁰.

É, portanto, de suma importância conhecer a prevalência das cirurgias pré-protéticas, visto que dados estatísticos orientam instituições e cirurgiões-dentistas a estarem mais preparados para atender à demanda de pacientes que necessitam desse tratamento; identificar possíveis fatores etiológicos relacionados; divulgar os resultados e estimular campanhas e programas de prevenção e promoção da saúde bucal.

CONCLUSÃO |

As cirurgias pré-protéticas representaram um percentual de 5,98% dos atendimentos realizados na clínica de CBMF II da UFES, no período em estudo. Os procedimentos foram mais prevalentes no sexo feminino, nas 5ª e 6ª décadas de vida. Dentre os tipos de cirurgia, a excisão de HFI foi a mais prevalente, ressaltando a importância da orientação profissional para higienização bucal e das próteses e das avaliações periódicas da integridade protética para prevenção de lesões.

REFERÊNCIAS |

1. Marzola C, Toledo JL, Oliveira MG. As cirurgias pré-protéticas. Ver Odont ATO. 2012; 20(7):749-834.
2. Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
3. Cawood JI, Stoelinga PJW, Blackburn TK. The evolution of preimplant surgery from preprosthetic surgery. Int J Oral Maxillofac Surg. 2007 May; 36(5):377-85.
4. Paraguassú GM, Pimentel PA; Santos AR et al. Prevalência de lesões bucais associadas ao uso de próteses dentárias removíveis em um serviço de estomatologia. Rev Cuba Estomatol. 2011 Jul-Set; 48(3):268-76.
5. Barros CA, Guilherme AS, Zavanelli RA et al. Avaliação da Prevalência das Reabilitações Orais – Próteses Dentárias e Sobre Implante - na Cidade de Goiânia – GO. Ver Odontol Bras Central. 2011; 20(52):59-63.
6. Nery M. Sociedade – A nova velha geração. Rev IPEA. 2007; (4):32,1-3.
7. Sadeta Š, Samir P, Sanja K. Oral surgical procedures and prevalence of oral diseases in Oral Surgery Department in Faculty of Dentistry Sarajevo. J Health Sci. 2013; 3(3):210-5.
8. De Carli JP, Giarreta BM, Vieira RR, Linden MSS, Ghizoni JS, Pereira JR. Lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis. Salusvita. 2013; 32(1):103-15.
9. Torrão ACR, Rabelo MLM, Soares PL, Nunes RB, Andrade ESS. Levantamento epidemiológico de biópsias da região bucomaxilofacial, encaminhadas ao laboratório de patologia bucal da Faculdade de Odontologia de pernambuco. Ver Cons Reg Odontol Pernamb. 1999; 2(2):118-25.
10. Santos MESM, Costa WRM, Silva-Neto JC. Terapêutica cirúrgica da hiperplasia fibrosa inflamatória - relato de caso. Ver Cir Buco-Maxilo-Fac. 2004 out-dez; 4(4):241-5.
11. Coelho CMP, Zucoloto S, Lopes RA. Denture induced fibrous inflammatory hyperplasia: a retrospective study in

- a school of dentistry. *Int J Prosthodont.* 2000 Mar-Apr; 13(2):148-51.
12. Coelho CM, Sousa YT, Daré AM. Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry. *J Oral Rehabil.* 2004 Feb; 31(2):135-9.
13. Canger EM, Celenk P, Kayipmaz A. Denture-related hyperplasia: a clinical study of a turkish population group. *Braz Dent J.* 2009; 20(3):243-8.
14. Alves NC, Gonçalves HHSB. Estudo descritivo da ocorrência de hiperplasias fibrosas inflamatórias observadas no Serviço do Laboratório de Histopatologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Marília. *Rev Paul Odontol.* 2005 out-dez; 27(4):4-8.
15. Dorey JL, Blasberg B, Mcentee MI, Conklin RJ. Oral mucosal disorders in denture wearers. *J Prosthet Dent.* 1985 Feb; 53(2):210-3.
16. Dundar N, Kal BI. Oral mucosal conditions and risk factors among elderly in a school of dentistry. *Gerontology.* 2007; 53:165-72.
17. Coutinho TCL, Santos MEO. Hiperplasia fibrosa inflamatória. *RGO.* 1998; 1(56):27-34.
18. Regezi A, Sciubba J, Jordan K. Patologia oral correlações clinicopatológicas. 6 ed. São Paulo: Elsevier; 2013.
19. Kerschbaum TH. Indikation Und Häufigkeit periprothetischer Eingriffe-Ergebnisse Einer Umfrage. 1982; 37:82-87.
20. Barbosa FQ, Rocha FS, Batista JD; Magalhaes AEO, Zanetta-Barbosa D, Marquez I M. Aprofundamento de Vestíbulo pela Técnica de Kazanjian Modificada: Relato de Caso. *Rev Inpeo Odont.* 2008 ago-dez; 2(2):1-56.
21. White GS. Treatment of the Edentulous Patient. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am.* 2015 May; 27(2):265-72.
22. Luciano AA, Salvi C, Sbardelotto BM. et al. Aprofundamento de vestibulo bucal através da técnica de sulcoplastia de Kazanjian modificada – Relato de caso clínico. *Rev Odontologia (ATO).* 2014; 2(14):87-99.
23. Sverzut CE, Gabrielli MFR, Gabrielli MAC, Barbeiro RH, Sverzut AT. Cirurgia pré-protética para aumento de sulco mandibular. *RGO.* 2001 out-dez; 49(4):191-4.
24. Ponzoni D, Guarino JM, Perez A, Souza R, Paro R. Remoção cirúrgica de toro palatino para confecção de prótese total convencional – indicações de diferentes incisões. *RFO-UPF.* 2008 mai-ago; 13(2):66-70.
25. Neville BW, DAMM, DD. Patologia Oral e Maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
26. De Paula JS, Rezende CC, De Paula MVQ. Torus mandibular. *Odonto.* 2010; 18(35):81-6.
27. Meza Flores JL. Torus palatinus and Torus mandibularis. *Rev Gastroenterol. Peru.* 2004 oct-dic; 24(4):343-8.
28. Rouas A, Midy D. About a mandibular hyperostosis: the torus mandibularis. *Surg Radiol Anat.* 1997; 19(1):41-3.
29. Alencar CRB, Andrade FJP, Catão MHCV. Cirurgia oral em pacientes idosos: considerações clínicas, cirúrgicas e avaliação de riscos. *RSBO.* 2011 apr-jun; 8(2):200-10.
30. Zanetti GR, Brandão RCB, Zanetti LSC, De Castro GC, Borges Filho FF. Integração orto-perio-prótese para correção de assimetria gengival - relato de caso. *Rev Dental Press de Estét.* 2007 out-nov-dez; 4(4):50-60.

Correspondência para/Reprint request to:

Daniela Nascimento Silva

*Rua Dr. Pedro Feu Rosa, 34, apto. 302,
Jardim da Penha, Vitória - ES, Brasil*

CEP: 29060-730

Tel.: (27) 992732130

E-mail: danitxj@hotmail.com

Submetido em: 24/08/2014

Aceito em: 08/06/2015