

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES –
UNIPTAN**

CURSO DE ODONTOLOGIA

**LÍLIAN LIMA LOPES
RENATA CRISTIANE MUFFATO ITABORAHY**

SÍNDROME DA COMBINAÇÃO

SÃO JOÃO DEL-REI, MAIO DE 2021

**LÍLIAN LIMA LOPES
RENATA CRISTIANE MUFFATO ITABORAHY**

SÍNDROME DA COMBINAÇÃO

Trabalho de Conclusão do Curso,
apresentado para obtenção do grau de
cirurgião dentista no Curso de
Odontologia do Centro Universitário
Presidente Tancredo de Almeida Neves,
UNIPTAN.

**Orientador: Martinelle Rocha Taranto
Co-orientador: Isabela Sandim Sousa Leite Weitzel**

SÃO JOÃO DEL-REI, MAIO DE 2021

LÍLIAN LIMA LOPES
RENATA CRISTIANE MUFFATO ITABORAHY

SÍNDROME DA COMBINAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso
aprovado pela Banca Examinadora para
obtenção do Grau de cirurgião dentista,
no Curso de Odontologia do Centro
Universitário Presidente Tancredo de
Almeida Neves, UNIPTAN.

São João Del Rei, 29 de maio de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a MSc. Martinelle Ferreira da Rocha Taranto - Mestre em Biotecnologia
(UNIPTAN) – Orientador



Prof.^a MSc. Isabela Sandim Sousa Leite Weitzel - Mestre em Odontologia com
ênfase em prótese (UNIPTAN) - Coorientador



Prof. Esp. Leonardo Carvalho de Castro Leite - Especialista em prótese e
implantodontia-(UNIPTAN) – Membro da banca avaliadora

**Agradecimento, em primeiro lugar, à Deus que nos deu força para prosseguir.
Aos nossos mestres, por compartilharem seu conhecimento.
E, às nossas famílias, por compreenderem nossas abdições.**

AGRADECIMENTOS

Agradecimento a todos aqueles que contribuíram para a concretização desse trabalho.

“A persistência é o menor caminho do êxito.”

Charles Chaplin

RESUMO

Introdução: a Síndrome da Combinação constitui em uma condição patológica que acomete pacientes edêntulos totais maxilares, portadores de prótese total removível, e edêntulos parciais mandibulares, com presença apenas dos dentes anteriores. **Objetivo:** este trabalho teve como objetivo abordar esta síndrome e seus aspectos mais relevantes, como: características clínicas, etiopatogenia, diagnóstico, tratamento e prevenção. **Metodologia:** foi realizada uma revisão de literatura com discussão narrativa utilizando os artigos selecionados nas bases de dados PubMed, Medline, Lilacse Scielo, com os seguintes descritores: “Síndrome da Combinação”, “Síndrome de Kelly”, “prótese total superior”, “prevalência”, “etiologia”, “tratamentos”. Os critérios de inclusão foram artigos na íntegra que possuíram relevância com a temática e referentes aos períodos entre 1972-1979 e 2000-2020. **Resultados:** foram selecionados 34 artigos, sendo 29 incluídos nesta revisão. **Discussão:** a etiologia da síndrome da combinação ainda é questionável na literatura, uma vez que o paciente pode apresentar os cinco sinais simultaneamente ou não, para ser considerado portador da mesma. Uma nova classificação foi proposta para essa síndrome, baseou-se na característica dominante de grande parte dos casos: arco maxilar anterior edêntulo com reabsorção óssea avançada e extrusão dos dentes inferiores anteriores. Inúmeros são os tratamentos reabilitadores, sendo as próteses implantorretidas as de primeira escolha. Porém, independente do tipo de prótese, o correto planejamento, buscando uma efetiva estabilização oclusal posterior e uma determinação da dimensão vertical de oclusão adequada, bem como o acompanhamento deste paciente é que garantirá o sucesso do tratamento reabilitador. **Conclusão:** constatou-se a importância do diagnóstico precoce frente aos sinais clínicos, sejam agrupados ou isolados, de forma a possibilitar a identificação de seus fatores predisponentes, bem como a melhor conduta de tratamento e reabilitação para o paciente portador. As formas de prevenção se mostraram imprescindíveis para a não ocorrência ou reversão da SC, mantendo o equilíbrio funcional do sistema estomatognático.

Palavras-chave: Síndrome da Combinação. Síndrome de Kelly. Prótese Total. Prótese Parcial Removível.

ABSTRACT

Introduction: the Combination Syndrome is a pathological condition that affects total edentulous maxillary patients, patients with removable total prosthesis, and partial mandibular edentulous, with the presence of Only the anterior teeth. **Objective:** this study aimed to address this syndrome and its most relevant aspects, such as: clinical characteristics, etiopathogenesis, diagnosis, treatment and prevention. **Methodology:** a literature review with narrative discussion was carried out using the articles selected in the Pub Med, Medline, Lilacs and Scielo databases, with the following descriptors: "Combination Syndrome", "Kelly Syndrome", "Upper denture", "Prevalence", "etiology", "treatments". The inclusion criteria were articles in their entirety that had relevance to the period between 1972-1979 and 2000-2020. **Results:** 34 articles were selected, 29 of which were included in this review. **Discussion:** The Early diagnosis of CS tends to minimize or even interrupt the process of destruction of the structures of the stomatognathic system involved, in addition to enabling a rehabilitation treatment plan capable of turning masticatory function, after the adequacy of the oral environment (pre-prosthetic surgeries), periodontal treatments in lower remnants, implants, among others). There are countless rehabilitation treatments, implanted prostheses being the first choice. However, regardless of the type of prosthesis, the correct planning is that it will guarantee the success of the rehabilitation treatment. **Conclusion:** the importance of a correct diagnosis in the face of clinical signs was verified, whether grouped or isolated from the syndrome, in order to allow the identification of its predisposing factors, as well as the best treatment and rehabilitation conduct for the patient. The forms of prevention proved to be essential for the non-occurrence or reversal of CS, maintaining the functional balance of the stomatognathic system.

Keywords: Combination Syndrome. Kelly syndrome. Dentures. Removable Partial Prosthesis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SC: Síndrome da Combinação

PT: Prótese Total

PPR: Prótese Parcial Removível

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 METODOLOGIA | 12 |
| 3 RESULTADOS..... | 13 |
| 4 DISCUSSÃO | 13 |
| 5 CONCLUSÃO | 20 |
| REFERÊNCIAS..... | 21 |

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Combinação (SC) ou Síndrome de Kelly foi descrita pela primeira vez por Ellsworth Kelly em 1972, como sendo uma patologia que acomete pacientes edêntulos totais maxilares, portadores de prótese total (PT) removível, e edêntulos parciais mandibulares, com presença apenas dos dentes anteriores. Os sinais clínicos característicos dessa síndrome são: reabsorção óssea da região anterior da maxila, extrusão dos dentes anteriores inferiores, aumento das tuberosidades, hiperplasia papilar da mucosa do palato duro e reabsorção óssea na região posterior da mandíbula (KELLY, 2003).

Alguns anos mais tarde, Saunders *et al.* (1979) sugeriram seis novas características associadas à SC: diminuição da dimensão vertical de oclusão, discrepância do plano oclusal, reposicionamento anterior da mandíbula, desadaptação das próteses, epúlide fissurada (hiperplasia fibrosa inflamatória) e alterações periodontais.

A prevalência da Síndrome da Combinação foi avaliada em uma pesquisa realizada por Cunha *et al.* (2007), e os resultados mostraram que a maioria dos pacientes (84,85%) apresentaram de dois a quatro dos sinais clínicos descritos por Kelly e que nenhum paciente apresentou todos os cinco sinais simultaneamente. No estudo conduzido por Resende *et al.* (2014), as ocorrências mais frequentes foram a presença de três (45%) e quatro (32%) sinais por indivíduo, representando um total de 77% da amostra, o que demonstra alta prevalência das características da SC em pacientes com o perfil estudado (pacientes usuários de PT maxilar na presença ou ausência de prótese parcial removível (PPR) mandibular - Classe I de Kennedy, não foi observada associação com o uso da PPR. As prevalências dos sinais clínicos foram: reabsorção mandibular (93,5%), reabsorção maxilar (74,2%), extrusão dos dentes anteriores inferiores (71%), aumento das tuberosidades (61,3%) e hiperplasia papilar da do palato (16,1%).

A síndrome geralmente é desencadeada por uma desestabilização da oclusão, que pode ser causada por perda de suporte ósseo sob a base da PPR inferior, gerando ausência dos contatos dentais posteriores, o que leva a uma transferência gradual das cargas oclusais posteriores para a região anterior. Essa sobrecarga compromete o sistema estomatognático, assim como as estruturas de suporte dentais (COSTA *et al.*, 2016; RESENDE *et al.*, 2014; VANZILLOTTA *et al.*, 2012). No entanto,

a sua etiologia ainda é questionável na literatura, uma vez que o paciente pode apresentar os cinco sinais simultaneamente ou não, para ser considerado portador da mesma (VANZILLOTTA *et al.*, 2012).

Várias modalidades de tratamento para maxila totalmente e mandíbula parcialmente edêntulas estão disponíveis (KUMAR e SINGLA, 2017). A determinação de qual a melhor opção terapêutica dependerá de cada caso clínico assim como das condições fisiológicas e financeiras do paciente (GOYATÁ, 2010).

Uma das formas de prevenir e interromper as características já instaladas da SC é buscar uma efetiva estabilização oclusal posterior e uma correta determinação da dimensão vertical de oclusão, o que diminui a sobrecarga na região anterior da maxila evitando o seu processo de reabsorção óssea (COSTA *et al.*, 2016; LAPORT *et al.*, 2017; MARIN *et al.*, 2014; ROCHA *et al.*, 2019).

O cirurgião dentista conhecendo as manifestações dessa síndrome e sabendo sua atuação no sistema estomatognático, deve estar capacitado a identificar os seus sinais clínicos e estabelecer um tratamento específico com o objetivo de atender às necessidades de seu paciente e gerar condições favoráveis para o restabelecimento de sua saúde como um todo (CUNHA; ROCHA; PELLIZZER, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2018; ROCHA *et al.*, 2019).

Sendo assim, o objetivo deste estudo é realizar uma revisão bibliográfica sobre a Síndrome da Combinação, abordando seus principais aspectos como, etiopatogenia, modalidades de tratamento e medidas preventivas visto que o conhecimento desse tema por parte dos profissionais é de extrema importância para que o mesmo tenha capacidade de prevenir a sua ocorrência e, quando necessário, intervir para evitar a sua progressão. Contribuindo assim, para minimizar a morbidade do quadro clínico a longo prazo e restabelecer um equilíbrio oclusal estável, contribuindo para harmonia do sistema estomatognático e melhoria da qualidade de vida do paciente.

2 METODOLOGIA

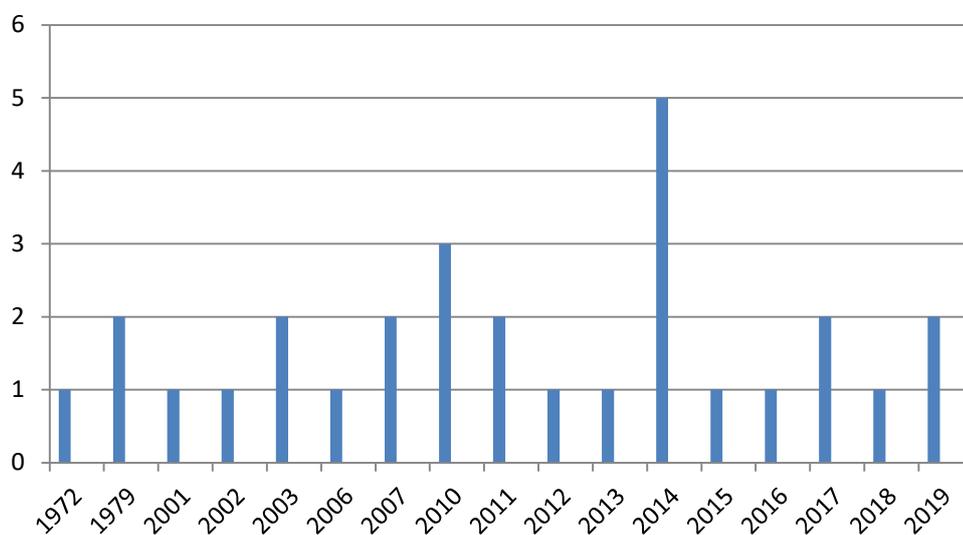
Foi realizada uma revisão de literatura abordando trabalhos publicados sobre a Síndrome da Combinação. Os artigos foram coletados nas bases eletrônicas de dados Pubmed, Medline, Lilacs e Scielo, com os seguintes descritores: “Síndrome da Combinação”, “Síndrome de Kelly”, “prótese total superior”, “prevalência”, “etiologia”, “tratamentos”. Foram utilizados os operadores lógicos “AND”, “OR” para combinação dos descritores.

Os textos foram consultados em língua portuguesa, inglesa e espanhola, nos períodos entre 1972-1979 e 2000-2020. Os critérios de exclusão foram: períodos de publicações, artigos que não estavam na íntegra, monografias e artigos que não possuíam relevância com a temática. Os textos científicos que apresentaram o real objetivo do trabalho foram selecionados e posteriormente foi realizada uma discussão narrativa sobre a Síndrome da Combinação, suas características e aspectos mais relevantes.

3 RESULTADOS

De acordo com a busca bibliográfica foram encontrados 34 artigos, sendo selecionados para realização deste trabalho 29 artigos de acordo com os critérios determinados na metodologia. A distribuição desses artigos conforme o ano de publicação está representada no gráfico 1.

Gráfico 1: Distribuição dos artigos conforme o ano de publicação.



Fonte: elaborada pelas autoras, 2021.

4 DISCUSSÃO

O conhecimento referente aos sinais e sintomas da Síndrome da Combinação possibilita ao cirurgião dentista diagnosticar e realizar um tratamento precoce, de forma a minimizar ou até mesmo interromper o processo destrutivo das estruturas do sistema estomatognático (CUNHA; ROCHA; PELLIZZER, 2007; GOYATÁ, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2018; ROCHA *et al.*, 2019; SILVEIRA *et al.*, 2010).

Um estudo realizado por Silveira *et al.* (2010) demonstrou que a maioria dos profissionais apresenta um conhecimento teórico a respeito da SC, porém quanto à técnica de moldagem mais apropriada para esses pacientes, 61% não souberam responder qual tipo específico utilizar e 39% desconheciam a existência da mesma.

O tratamento de pacientes, edêntulos totais maxilares e edêntulos parciais mandibulares, por meio de uma PT removível superior e uma PPR inferior, se não realizado com muito critério, técnica apropriada e medidas preventivas com orientações de retornos periódicos, pode resultar em próteses mal confeccionadas, desadaptadas e conseqüentemente com presença de fortes contatos oclusais na região anterior, o que pode levar a desenvolvimento da SC (MARIN *et al.*, 2014). Bagga, Robb e Fenlon (2019) relataram que a presença de próteses totais superiores antagonistas a dentes anteriores com ou sem próteses parciais inferiores foi associada a uma alta prevalência de reabsorção óssea excessiva e, substituição fibrosa da crista alveolar residual da maxila anterior.

De acordo com Kelly (2003) e Areias (2006) a causa primordial para o desenvolvimento da SC é o excesso de pressão na pré-maxila que tem como consequência a reabsorção óssea compensada por uma hiperplasia fibro-epitelial. Kelly (2003) complementa que a falta de suporte leva ao afundamento progressivo da PT nessa região, o que acarreta em uma nova posição do plano oclusal com conseqüente desadaptação da prótese na região posterior, o que pode causar um aumento de volume das tuberosidades. Em contrapartida, alguns autores consentem que os primeiros sinais clínicos são decorrentes da reabsorção alveolar na área do rebordo ósseo inferior sob a base da PPR (SAUNDERS, 1979; TOLSTUNOV, 2011; VANZILLOTTA *et al.*, 2012).

A perda dos dentes é a causa da reabsorção óssea, a qual é agravada por fatores como o motivo das múltiplas exodontias e o tempo que as mesmas ocorreram (PIERTRKOVSKI, 1979), além do uso de próteses mal adaptadas que são as

principais responsáveis por acelerar essa reabsorção (GOYATA *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2018; PIERTRKOVSKI, 1979; VANZILLOTTA *et al.*, 2012).

A reabsorção óssea que ocorre abaixo da base da PPR inferior é acelerada pelo movimento rotacional da prótese desadaptada sobre o rebordo, o avanço dessa reabsorção, acarreta ausência dos contatos oclusais posteriores, diminuindo a função mastigatória nessa região e resultando em forças oclusais com sobrecarga anterior. Essa alteração do plano oclusal, exacerba a reabsorção óssea na região anterior da maxila. Fatores como a sobrecarga oclusal na pré-maxila e o trauma oclusal causado pela prótese favorecem o desenvolvimento de lesões locais (KELLY, 2003; OLIVEIRA *et al.*, 2018; RESENDE *et al.*, 2014; SAUNDERS, 1979; TOLSTUNOV, 2011; VANZILLOTTA *et al.*, 2012).

A perda de contatos oclusais posteriores e o reposicionamento ântero-superior da PT acarretam na extrusão dos dentes anteriores mandibulares, para que encontrem contatos oclusais que proporcionem suporte durante a mastigação (KELLY, 2003; NOGUEIRA *et al.*, 2002; SAUNDERS, 1979). O trauma oclusal crônico causado por esses dentes pode causar alterações nos tecidos da pré-maxila, conduzindo uma reabsorção lenta da crista alveolar anterior que aos poucos é substituída por tecido fibroso (VANZILLOTTA *et al.*, 2012), comumente descrito como hiperplasia papilar (MARIN *et al.*, 2014).

Como consequência da reabsorção da pré-maxila há uma desadaptação da prótese na região posterior, o que pode causar o aumento das tuberosidades em virtude da pressão negativa originada devido ao efeito de sucção gerado pela base da PT durante a mastigação, o que estimula esse crescimento (TOLSTUNOV, 2011).

Estudos posteriores reconheceram que os sinais e sintomas da SC não eram exclusivos de pacientes portadores de PT superior e edêntulos parciais mandibulares, com presença apenas dos dentes anteriores, sendo observado também em outras situações clínicas de edentulismo (AGUIAR *et al.*, 2015; CARLINO *et al.*, 2014; TOLSTUNOV, 2007; TOLSTUNOV, 2011).

Tolstunov (2007) sugeriu uma nova classificação para a SC, baseada na característica dominante de grande parte dos casos que é o arco maxilar anterior desdentado com reabsorção óssea avançada e extrusão dos dentes inferiores anteriores. Foram descritas três classes e dez modificações, sendo que a condição de edentulismo maxilar define a classe e a mandibular define a modificação dentro da classe. A classificação proposta está representada na tabela abaixo (Tabela 1).

Tabela 1: Classificação da SC proposta por Tolstunov (2007).

| Classe: Maxila | Modificação: Mandíbula |
|--|--|
| I – Desdentada total | 1. Parcialmente desdentada (apenas dentes anteriores presentes). 2. Dentição completa inferior (natural ou prótese implantossuportada). 3. Parcialmente desdentada (dentes anteriores presentes; um ou mais dentes presentes em um dos lados na região posterior). |
| II – Parcialmente desdentada. - Região anterior desdentada e atrófica. - Dente(s) presente(s) em ambas regiões posteriores. | 1. Parcialmente desdentada (apenas dentes anteriores presentes). 2. Dentição completa inferior (natural ou prótese implantossuportada). 3. Parcialmente desdentada (dentes anteriores presentes; um ou mais dentes presentes em um dos lados na região posterior). |
| III – Parcialmente desdentada. - Região anterior desdentada e atrófica. - Dente(s) presente(s) em um lado da região posterior, lado oposto desdentado. | 1. Parcialmente desdentada (apenas dentes anteriores presentes). 2. Dentição completa inferior (natural ou prótese implantossuportada). 3A. Parcialmente desdentada (dentes anteriores presentes; um ou mais dentes presentes em um dos lados na região posterior ocluindo). 3B. Parcialmente desdentada (dentes anteriores presentes; um ou mais dentes presentes em um dos lados na região posterior não ocluindo). |

Fonte: adaptado de Tolstunov (2007).

O diagnóstico correto das características clínicas é importante para elaborar um plano de tratamento reabilitador que devolva a função mastigatória adequada, fonética e estética ao paciente, se atentando para as necessidades pré-protéticas e para o padrão oclusal adequado aos portadores dessa síndrome (AREIAS *et al.*, 2006; GOYATÁ, 2011; ROCHA *et al.*, 2019).

O principal objetivo do tratamento do portador da SC, independente de qual modalidade de reabilitação, é estabelecer uma oclusão balanceada, diminuindo a força excessiva na região anterior da maxila, tanto na relação de oclusão cêntrica quanto nos movimentos excursivos (COSTA *et al.*, 2016; LAPORT *et al.*, 2017), evitando com isso o processo de reabsorção óssea do processo alveolar anterossuperior (MARIN *et al.* 2014).

Segundo Kelly (2003), antes de prosseguir com o tratamento reabilitador, deve-se realizar a adequação do meio bucal, portanto as alterações já ocorridas deverão ser tratadas cirurgicamente, como a hiperplasia papilar fibrosa, os tecidos flácidos e

as tuberosidades aumentadas, além de poder haver necessidade de tratamentos periodontais de remanescentes dentários inferiores.

As diversas opções de tratamento para arcada superior edêntula incluem: PT removível convencional, overdenture (próteses totais mucossuportadas que utilizam implantes osseointegrados como auxiliares para sua retenção), prótese fixa sobre implante e prótese protocolo (próteses totais implantossuportadas) (KUMAR e SINGLA, 2017; ROCHA *et al.*, 2019; TOLSTUNOV, 2011). Para arcada inferior parcialmente edêntula há a possibilidade de uma PPR ou prótese fixa sobre implante (KUMAR e SINGLA, 2017; LAPORT *et al.*, 2017), e se os remanescentes dentários inferiores não estiverem em boas condições para receber uma prótese, sua exodontia poderá ser indicada e uma reabilitação total sobre implante do tipo protocolo será uma opção de tratamento (TOLSTUNOV, 2011).

As medidas terapêuticas mais indicadas, para interromper as alterações decorrentes da SC, seriam a instalação de implantes tanto na arcada superior quanto inferior, com o objetivo de preservar o osso de suporte na pré-maxila e nos extremos livres mandibulares (AREIAS *et al.*, 2006; COSTA *et al.*, 2016; TOLSTUNOV, 2011; VANZILLOTA *et al.*, 2012). Os autores acrescentam que o posicionamento de implantes na região posterior da mandíbula elimina o extremo livre e os movimentos rotacionais das selas da PPR, responsáveis pela reabsorção óssea acelerada, o que impedirá o aparecimento ou a progressão da SC, visto que toda problemática inicia a partir da perda de estabilidade oclusal na região posterior (COSTA *et al.*, 2016; TOLSTUNOV, 2011).

Se a atrofia óssea for muito grande, cirurgias de reconstrução para sua correção são indicadas, como enxertos ósseos, com posterior indicação de um tratamento protético reabilitador com implantes (AREIAS *et al.*, 2006; CARLINO *et al.*, 2014; IBRAHIM TM e IBRAHIM RO, 2013).

Segundo Gonçalves *et al.* (2014), uma alternativa para reabilitação inferior, seria o emprego de uma PPR implantossuportada, com o implante instalado no extremo livre distal do rebordo alveolar, de forma a aumentar a retenção e estabilidade da prótese, uma vez que elimina as consequências geradas pela extremidade livre.

Na impossibilidade de um tratamento com implantes, a reabilitação será realizada com PT removível convencional maxilar associada a uma PPR mandibular com extremidade livre bilateral (AREIAS *et al.*, 2006; LAPORT *et al.*, 2017; MARIN *et al.*, 2014; TOLSTUNOV, 2011). Nestes casos um esquema oclusal deverá ser

elaborado, de forma que proporcione o máximo apoio oclusal posterior, contato anterior minimizado em oclusão cêntrica e uma articulação equilibrada em movimentos excêntricos, além de estabelecer uma adequada dimensão vertical de oclusão (COSTA *et al.*, 2016; LAPORT *et al.*, 2017; MARIN *et al.* 2014; SAUNDERS, 1979). Uma boa adaptação das bases das próteses e o acompanhamento clínico periódico são fundamentais para a resolução do problema (AREIAS *et al.*, 2006; JAMESON, 2001).

Para Marin *et al.* (2014) e Tolstunov (2011), nos casos de reabilitação com próteses removíveis convencionais, a moldagem funcional da maxila e mandíbula exerce um papel estratégico no tratamento, já que permite estabelecer uma correta adaptação das próteses e também uma distribuição adequada das forças oclusais aos tecidos de suporte. Para alcançar estes objetivos, a espessura e a mobilidade da mucosa da região da pré-maxila devem ser consideradas durante esta importante etapa clínica.

A presença de mucosa flácida (tecido hiperplásico na região anterior da maxila) é uma das características mais comuns quando ocorre a reabsorção óssea anterior e pode comprometer o suporte e retenção da PT (MARIN *et al.*, 2014; TOLSTUNOV, 2011). Nestes casos, pode ser realizado uma redução cirúrgica da espessura do tecido ou utilizar técnicas específicas de moldagem para confecção das próteses (MARIN *et al.*, 2014).

O tecido flácido da pré-maxila, se saudável, poderá ser mantido se fornecer algum tipo de retenção à futura prótese, mesmo que minimamente. Para isso, é fundamental eleger uma técnica de moldagem que permita variações de acordo com a compressibilidade da mucosa, uma opção é utilizar uma moldeira individual modificada para moldagem funcional em duas etapas com o objetivo de gerar menos forças e distorções na fibromucosa flácida durante a moldagem (MARIN *et al.*, 2014).

O sucesso do tratamento reabilitador, independente da escolha do tipo das próteses, está relacionado a um correto planejamento, onde a anamnese, exame clínico e radiográfico são fundamentais (GOYATÁ, 2010; RESENDE *et al.* 2014; ROCHA *et al.*, 2019). Além disso, fatores relacionados a qualidade das próteses e da condição oral, emprego da técnica correta, relação profissional-paciente e a atitude do paciente em relação ao uso das próteses são de extrema importância para esse sucesso (FILGUEIRAS *et al.*, 2014; LAPORT *et al.*, 2017).

A realização de um diagnóstico correto e precoce dos sinais clínicos da SC,

juntamente com uma intervenção adequada a cada caso, é considerada a melhor forma de se prevenir os agravos decorrentes dessa síndrome e a sua progressão (GOYATÁ, 2010; ROCHA *et al.*, 2019).

Quando do tratamento com próteses removíveis convencionais, os reembasamentos periódicos somados a adequada higienização e a metalização da superfície oclusal dos dentes posteriores das próteses são fatores que poderão impedir o estabelecimento da síndrome (NOGUEIRA *et al.*, 2002).

Há um consenso que a reabilitação de pacientes do grupo de risco para a SC com próteses implantorretidas, parece ser a melhor opção para restabelecer um equilíbrio oclusal realmente estável, mantendo o sistema mastigatório em harmonia e prevenindo assim desenvolvimento dessa síndrome (AREIAS *et al.*, 2006; COSTA *et al.*, 2016; KUMAR e SINGLA, 2017; TOLSTUNOV, 2011; VANZILLOTA *et al.*, 2012).

5 CONCLUSÃO

Após criteriosa análise da literatura revisada, constatou-se que a SC não mais se restringe a pacientes edêntulos totais maxilares e parcialmente desdentados classe I de Kennedy inferior, mas sim aos que apresentam severa reabsorção maxilar anterior, resultante da força dos dentes mandibulares anteriores sobre essa região, seja com a maxila totalmente edêntula ou desdentada apenas anteriormente e que a mandíbula tenha dentes anteriores presentes ou recentemente extraídos.

Ressalta-se a importância do correto diagnóstico frente aos sinais clínicos, sejam agrupados ou isolados da SC, de forma a possibilitar a identificação de seus fatores predisponentes, bem como a melhor conduta para reabilitação de cada paciente, de forma a restabelecer função, fonética e estética. Sendo esse diagnóstico precoce uma das melhores formas de se prevenir os agravos decorrentes dessa síndrome e a sua progressão.

Dentre as diversas opções de tratamento, a mais indicada para interromper as alterações decorrentes da SC e restabelecer um equilíbrio oclusal realmente estável, seria a instalação de próteses sobre implantes tanto na arcada superior quanto inferior. Na impossibilidade desta opção, as próteses removíveis convencionais podem ser realizadas com técnicas de moldagem específicas (moldagem funcional tanto superior quanto inferior) de forma a evitar a compressão na fibro-mucosa durante esta importante etapa. A escolha quanto às formas de tratamento estará diretamente ligada a fatores clínicos e econômicos.

A busca por uma efetiva estabilização oclusal posterior e uma adequada determinação da dimensão vertical de oclusão, mantendo o equilíbrio funcional do sistema estomatognático, bem como o acompanhamento deste paciente, com retornos periódicos, estão diretamente relacionados ao sucesso do tratamento reabilitador do paciente portador da SC.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. G. L. *et al.* Síndrome da Combinação: aspectos clínicos de importância para o odontólogo – uma revisão da literatura, **FOL/UNIMEP**, vol. 2, 2015, p: 56-66. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas/unimep/index.php/Fol/article/view/263>. Acesso em: 10/03/2021.

AREIAS, C. *et al.* Síndrome da hiperfunção anterior, **JADA**, vol. 5, nº 6, nov/dez 2006, p: 41-45. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77109/2/94698.pdf>. Acesso em: 12/09/2020.

BAGGA, R.; ROBB, N.D.; FENLON, M.R. Na investigation in to the prevalence of combination syndrome, **Journal of Dentistry**, 2019, p: 66–70. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022391303004712>. Acesso em: 03/04/2021.

CAMPOS, A. L. Fundamentação dos Implantes ósseo integrados no tratamento e prevenção da Síndrome da Combinação, **Innov. Implant. J. Biomater Esthet**, Vol. 5, 2010, p: 60-64.

Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-59602010000200013&script=sci_arttext. Acesso em: 18/03/2021.

CARLINO, P. *et al.* Surgical and prosthetic rehabilitation of combination syndrome, **Case Reports in Dentistry**, 2014; article ID 186213. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/crid/2014/186213/>. Acesso em: 10/07/2020.

COSTA, M. M. *et al.* Síndrome da Combinação: diagnóstico, prevenção e considerações sobre o tratamento, **Rev. Odontol. Bras. Central**, 2016; p:59-63. Disponível em: <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/897>. Acesso em: 02/09/2020.

CUNHA, L. D.; ROCHA E. P.; PELLIZZER E. P. Prevalência da Síndrome de Kelly em usuários de prótese parcial removível, **RGO**, Porto Alegre, 2007; v. 55; p: 325-328. Disponível em: <http://www.revistargo.com.br/viewarticle.php?id=707>. Acesso em: 04/02/2021.

FILGUEIRAS, I, A. A. A. P. *et al.* Aesthetic to total immediate prosthesis: case report, **Journal of Surgical and Clinical Dentistry**, 2014; p:12-17. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20141123_1626062.pdf#page=12. Acesso em: 17/03/2021.

GONÇALVES, T. M. S. V.; CAMPOS, H. C.; GARCIA, R. C. M. R. Implant retention and support for distal extension partial removable dental prostheses: satisfaction out comes, **J. Prosthet Dent**, 2014; p: 334-339. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022391313003879>. Acesso em: 18/08/2020.

GOYATÁ, F. R. *et al.* Prevalência da Síndrome da Combinação em pacientes submetidos a tratamento dentário no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no município de Vassouras – RJ, **Int. J. Dent**; 2011. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/757>. Acesso em: 18/08/2020.

GOYATÁ, F. R. *et al.* Síndrome da Combinação - Relato de Caso Clínico, **Int. J. Dent**, 2010; p: 160-164. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?pid=S1806146X2010000300009&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 17/03/2020.

IBRAHIM, T. M.; IBRAHIM, R. O. Evaluation of two treatment modalities for patients with combination syndrome suffering from narrow anterior maxilla, **Life Science Journal**, 2013; p: 2199-2210. Disponível em: http://www.lifesciencesite.com/lj/life1002/307_18891life1002_2199_2210.pdf. Acesso em: 11/09/2020.

JAMESON, W. The use of linear occlusion to treat a patient with combination syndrome: A clinical report, **J. Prosthet Dent**, Jan. 2001. Disponível em: [https://www.thejpd.org/article/S0022-3913\(01\)25071-9/abstract](https://www.thejpd.org/article/S0022-3913(01)25071-9/abstract). Acesso em: 05/05/2021.

KELLY, E. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture, **J. Prosthet. Dent**, 1972, p: 140-50. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022391372901904>. Acesso em: 03/04/2020.

KELLY, E. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture, **The Journal of prosthetic dentistry**, set. 2003, v. 90, n. 3, p: 213-219. Disponível em: [https://www.thejpd.org/article/S0022-3913\(03\)00240-3/abstract](https://www.thejpd.org/article/S0022-3913(03)00240-3/abstract). Acesso em: 03/04/2020.

KUMAR, L.; SINGLA, S. “kelly’s syndrome” – prevention, using implant supported bridge denture: clinical consideration and case report with 5 year follow up, **IOSR Journal of Dental and Medical Sciences**, v. 16, junho 2017, p: 21-26. Disponível em: <http://www.iosrjournals.org/iosr-jdms/papers/Vol16-issue6/Version-4/E1606042126.pdf>. Acesso em: 17/03/2020.

LAPORT, L. B. R. *et al.* Reabilitação Oral com prótese total e prótese parcial removível – relato de caso; **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, 2017 v 20, n. 1, p: 108-114. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170905_173602.pdf Acesso em: 17/03/2020.

MARIN, D. O. M. *et al.* Reabilitação oral de paciente com Síndrome da Combinação: relato de caso, **Rev. Assoc. Paul Cir. Dent**, 2014; p: 75-78.

Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-52762014000100011&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 03/04/2020.

NOGUEIRA, R. P.; MIRAGLIA, S. S.; SOARES, F. A. V. Considerações sobre síndrome da combinação (Kelly) na clínica odontológica reabilitadora. **PCL Rev. Bras. Prótese Clin. Lab.**, 2002; p: 218-222. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-146X2010000300009. Acesso em: 13/07/2021.

OLIVEIRA, B. F. R. *et al.* Reabilitação oral de paciente com síndrome da combinação: relato de caso, **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 23, n. 3, p: 305-309. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-52762014000100011&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 11/09/2020.

PALMQVIST, S. *et al.* The combination syndrome: a literature review, **J. Prosthet. Dent**, 2003, p: 270-275. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022391303004712>. Acesso em: 18/06/2020.

PIETROKOVSKI, J. Edentulous residual border as the base for a partial removable denture, **Rev. Assoc. Odontol. Argent**, 1979, p:631-634. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/296488/>. Acesso em: 11/09/2020.

RESENDE, C. M. B. M. *et al.* Signs of combination syndrome and removable partial denture wearing, **Rev. Odontol.**, UNESP 2014, nov-dez; v.43, p: 390-395. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rounesp/a/FVV8PyqXrRvLNwHsZdtYTrh/?format=html>. Acesso em: 11/09/2020.

ROCHA, B. B. *et al.* Síndrome da combinação prótese total e parcial removível: relato de caso, **Id on Line Mult Psic**, out. 2019, v.13, p: 576-585. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2055>. Acesso em: 02/08/2020.

SAUNDERS, T. R.; GILLIS, R. E. Jr.; DESJARDINS, R. P. The maxillary complete denture opposing the mandibular bilateral distal-extension partial denture: treatment considerations, **J. Prosthet. Dent.**, 1979; p:124-128. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/366110>. Acesso em: 02/08/2020.

SILVEIRA, R. S. M. *et al.* Síndrome da combinação – conhecimento e aplicabilidade por parte dos professores de prótese das universidades públicas e privadas e protesistas do estado do Rio Grande do Norte, **RFO**, Passo Fundo, set/dez 2010 v. 15, n.3, p. 266-272. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/1665>. Acesso em: 02/08/2020.

TOLSTUNOV, L. Combination syndrome: classification and case report, **Journal of oral Implantology**, 2007, p: 139-151. Disponível em: <https://meridian.allenpress.com/joi/article/33/3/139/2110/Combination->

Syndrome-Classification-and-Case. Acesso em: 11/09/2020.

TOLSTUNOV, L. Combination Syndrome Symptomatology and Treatment **Compend. Contin. Educ. Dent.**, abril 2011; p:62-66. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/21560744>. Acesso: 03/04/2021.

VANZILLOTA, P. S. *et al.* Síndrome da Combinação, Artigo de revisão, **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, jul/dez 2012, v. 69, p: 199-202. Disponível em: <http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/431>. Acesso em: 04/08/2020.