



ISABELA CAVALCANTE CESÁRIO

OSKEL REIS DE OLIVEIRA MILAN

SÍNDROME DA COMBINAÇÃO: Aspectos clínicos e formas de tratamento

Porto Velho

2020

**ISABELA CAVALCANTE CESÁRIO
OSKEL REIS DE OLIVEIRA MILAN**

SÍNDROME DA COMBINAÇÃO: Aspectos clínicos e formas de tratamento

Artigo apresentado à Banca Examinadora do Centro Universitário São Lucas, como requisito da aprovação para obtenção do Título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof.^a Ma. Ilza Caixeta e Silva Camargo

Porto Velho

2020

SÍNDROME DA COMBINAÇÃO: Aspectos clínicos e formas de tratamento¹

ISABELA CAVALCANTE CESÁRIO²

OSKEL REIS DE OLIVEIRA MILAN³

RESUMO: Pacientes que fazem o uso de prótese total superior que oclui com dentes anteriores inferiores naturais e prótese parcial removível distal bilateral podem desenvolver a chamada Síndrome da Combinação. Tal síndrome acompanha um conjunto de características, sendo elas: reabsorção da crista alveolar embaixo da base da prótese mandibular, reabsorção da região anterior da maxila, crescimento das tuberosidades maxilares, extrusão dos dentes naturais inferiores e hiperplasia papilar na mucosa do palato. A presente revisão de literatura tem como objetivo expor os sinais clínicos, diagnóstico e as principais formas de tratamento da Síndrome da Combinação. Utilizaram-se artigos publicados nas línguas portuguesa e inglesa, nos sites de busca científicos: PubMed, Bireme especificamente nas bases de dados Med-line, Lilacs, SciELO. Os principais resultados obtidos foram que a reabilitação desses pacientes é comumente realizada com a confecção de prótese total superior e prótese parcial removível inferior bem adaptadas. A síndrome também pode ocorrer em diferentes tipos de associação de edentulimos entre os arcos maxilar e mandibular. Concluiu-se a importância do conhecimento por parte do cirurgião-dentista sobre a síndrome, para que ele possa realizar um correto diagnóstico, adequado manejo e propor a melhor forma de reabilitação possível.

Palavras-chaves: Prótese total. Prótese parcial removível. Arcada edêntula. Diagnóstico precoce.

COMBINATION SYNDROME: Clinical Aspects and Treatment Forms

ABSTRACT: Patients who use a complete upper denture that occludes with natural lower anterior teeth and bilateral distal removable partial denture may develop the so-called Combination Syndrome. This syndrome accompanies a set of characteristics, namely: resorption of the alveolar crest under the base of the mandibular prosthesis, resorption of the anterior region of the maxilla, growth of the maxillary tuberosities, extrusion of the lower natural teeth and papillary hyperplasia in the palate mucosa. The present literature review aims to expose the clinical signs, diagnosis and the main forms of treatment of the Combination Syndrome. Articles published in Portuguese and English were used in the scientific search sites: PubMed, Bireme specifically in the Med-line, Lilacs, SciELO databases. The main results obtained were that the rehabilitation of these patients is commonly carried out with the manufacture of upper and lower dentures and removable partial dentures that are well adapted. The syndrome can also occur in different types of association between edentulous and maxillary and mandibular arches. It was concluded the importance of the dentist's knowledge about the syndrome, so that he can make a correct diagnosis, adequate management and propose the best form of rehabilitation possible.

Keywords: Complete denture. Removable partial denture. Jaw edentulous. Early diagnosis.

¹ Artigo apresentado no curso de graduação em odontologia do Centro Universitário São Lucas, como pré-requisito para conclusão do curso, sob orientação da professora. Ma. Ilza Caixeta e Silva Camargo. E-mail ilza@saolucas.edu.br

²Isabela Cavalcante Cesário, graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário São Lucas, 2020. E-mail: belacesario@hotmail.com

³Oskel Reis de Oliveira Milan, graduando em Odontologia pelo Centro Universitário São Lucas, 2020. E-mail: oskelbilu@outlook.com

1 INTRODUÇÃO

A estética facial tem ganhado cada vez mais importância em nossa sociedade. Independentemente da idade, os pacientes almejam ter um sorriso bonito e com todos os dentes. Dessa forma, as próteses removíveis são um recurso, ainda hoje, amplamente empregadas para o reestabelecimento da função, fonética e estética do sistema estomatognático, pois possuem uma confecção relativamente simples e de baixo custo se comparada a outros tratamentos reabilitadores como, por exemplo, os implantes osseointegrados (LAPORT et al., 2017).

Com o uso cotidiano e constante das próteses, alguns efeitos deletérios podem aparecer, uma vez que elas são apoiadas em extremo livre e, assim, podem haver movimentação durante a mastigação, a deglutição ou por hábitos parafuncionais. Desse modo, ocorre o deslocamento das forças de oclusão e conseqüentemente, comprometimento da retenção e estabilidade, ocasionando desconforto e trauma da mucosa subjacente. Por isso, após a instalação da prótese é necessário acompanhamento periódico para avaliar a adaptação e se há necessidade de reembasamentos frente à reabsorção fisiológica do osso alveolar (LAPORT et al., 2017).

Partindo desse pressuposto, diversas patologias podem acometer pacientes usuários de prótese. A Síndrome da Combinação (SC) é uma delas. Denominada também de Síndrome de Kelly ou Síndrome da Hiperfunção Anterior, a SC caracteriza-se por uma condição patológica que altera a mastigação, estética e fonética dos dentes (AGUIAR et al., 2015).

A Síndrome da Combinação é definida como a associação de características marcantes que ocorre quando uma maxila desdentada que faz o uso de prótese total (PT) se opõe a uma mandíbula classe I de Kennedy reabilitada com prótese parcial removível (PPR). Quando tais próteses são mal confeccionadas, podem acentuar a reabsorção óssea da maxila, provocar o crescimento das tuberosidades, hiperplasia papilar dos tecidos do palato duro e da fibromucosa da região anterior, extrusão dos dentes anteriores inferiores e a perda óssea sob a base da prótese parcial inferior (COSTA et al., 2016).

Sendo assim, a prevenção de tal patologia faz parte da responsabilidade do cirurgião-dentista. Costa et al. (2016) relatou que a melhor forma de evitar a instalação desse quadro é por meio da manutenção da estabilidade oclusal posterior, para prevenir que ocorra sobrecarga na região anterior da maxila. Moldagens funcionais realizadas corretamente contribuem para a confecção de próteses bem adaptadas que evitam alterações patológicas (MARIN et al., 2014).

O paciente não está isento de responsabilidades com essa prevenção, portanto, uma vez orientado pelo cirurgião-dentista sobre a dieta, deve-se evitar alimentos muito duros, pois ao morder pode realizar movimentos inadequados gerando sobrecarga nos rebordos ou possíveis traumas na mucosa. Além disso, há a obrigação de comparecer ao consultório nos tempos estipulados pelo dentista, para avaliações periódicas do grau de reabsorção óssea, estado de saúde dos tecidos moles, dos dentes remanescentes, eficiência mastigatória, presença de desadaptação das próteses, higienização e a oclusão (AGUIAR et al., 2015).

Uma PT superior em antagonismo com uma PPR inferior, quando bem adaptadas, conseguem atender a necessidade de reabilitação do paciente (COSTA et al., 2016). Apesar das próteses removíveis serem as mais empregadas para o tratamento, Goyatá et al. (2010) sugeriu outras formas de tratamento, como a instalação implantes osseointegrados para confecção de overdentures superior e inferior ou protocolo de Branemark.

Em alguns casos, previamente a instalação das próteses, é necessário a realização de cirurgias pré-prótéticas, como por exemplo a redução cirúrgica das tuberosidades crescidas e excisão cirúrgica de tecido hiperplásico. Assim, com tais procedimentos, é possível realizar a correção do plano oclusal alterado e proporcionar maior estabilidade para as próteses confeccionadas (COSTA et al., 2016).

Cabe reiterar que são necessárias consultas periódicas para manutenção das próteses e a realização de ajustes e reembasamentos quando necessários (COSTA et al., 2016). Vale ressaltar que tais próteses têm um prazo de validade em torno de 5 anos, desse modo o paciente que possui a Síndrome da Combinação deve estar atento a tal fato, pois uma prótese que já não está bem adaptada pode contribuir para aceleração da reabsorção óssea (PRISCO; MARCHINI, 2007). A utilização de

próteses mal adaptadas compromete a qualidade de vida do paciente e ocasionam o desenvolvimento de alterações funcionais e psicológicas (AGUIAR et al., 2015).

A referida síndrome deve ser levada em consideração como qualquer outra condição patológica, sendo importante que o paciente seja avaliado sistemicamente e com uma anamnese precisa. O exame clínico odontológico deve analisar a higiene bucal, susceptibilidade à doença cárie, doença periodontal, bem como observar se existem lesões de tecidos moles e a interpretação de exames radiográficos. Assim, o cirurgião-dentista consegue elaborar o melhor plano de tratamento para o paciente e, dessa forma, atenuar ou até mesmo impedir o avanço da síndrome (AGUIAR et al., 2015).

O objetivo desse trabalho é apresentar através de revisão de literatura os principais artigos publicados sobre Síndrome da Combinação, evidenciar as concordâncias e discrepâncias entre eles, assim como elucidar os aspectos clínicos, causas, prevenção e formas de tratamento e também a importância em ter conhecimento sobre esse assunto.

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

A Síndrome da Combinação foi observada primeiramente por Ellsworth Kelly em 1972. Nesse estudo foram analisados 20 pacientes reabilitados com prótese total superior e PPR inferior com arcada classe I de Kennedy. Porém, com o decorrer desse estudo, por um período de 3 anos, apenas 6 pacientes retornaram fielmente às consultas. Apesar dos resultados não serem tão conclusivos como esperado, pôde-se observar os sinais clínicos característicos dessa síndrome, sendo eles: perda óssea da parte anterior da crista maxilar, aumento das tuberosidades, hiperplasia papilar da mucosa do palato duro, extrusão dos dentes mandibulares anteriores e perda de osso alveolar no rebordo maxilar (KELLY, 1972).

Além disso, Kelly (1972) notou que nem todos os pacientes adquiriram as mesmas características e ainda concluiu que o uso de PT maxilar desadaptada e PPR mandibular são os responsáveis por tais alterações. Posteriormente, estudos demonstraram que os sinais da síndrome não aparecem com a mesma intensidade em todos pacientes, pois é influenciado por fatores sistêmicos individuais. O grau de reabsorção óssea ou a susceptibilidade ao surgimento de lesões bucais em pacientes

com alguma desordem sistêmica pode ser maior quando comparado com pacientes saudáveis. Tais fatores podem ser por causas metabólicas, hormonais e nutricionais, bem como por doenças sistêmicas propriamente dita: diabetes e osteoporose (AGUIAR et al, 2015).

Saunders, Gillis e Desjardins (1979) relataram seis alterações adicionais à Síndrome da Combinação: diminuição da dimensão vertical de oclusão, discrepância do plano oclusal, reposicionamento espacial anterior da mandíbula, má adaptação das próteses, *epulis fissuratum* e alterações periodontais. Apesar dessas características não serem frequentemente notadas, no trabalho de Móras et al. (2019) foi analisado o prontuário de um paciente possuidor da SC, e pôde-se observar que o mesmo apresentou perda de dimensão vertical, mandíbula posicionada para anterior e problemas periodontais.

No que se refere à epidemiologia e prevalência da Síndrome da Combinação, Mendonça et al. (2009) assegurou que a SC possui prevalência de 24% dos pacientes usuários de prótese total superior em oposição de dentes naturais anteriores inferiores. Entretanto, posteriormente no estudo Deogade et al. (2012), foram acompanhados durante 21 anos pacientes portadores de prótese total superior em oposição a uma arcada mandibular com apenas com dentes anteriores, mas ao final do estudo os autores afirmaram não ser possível apontar uma taxa de prevalência desta síndrome. Tal fato confirma ainda a necessidade de mais pesquisas no assunto.

Resende et al. (2014) realizou uma estudo que teve como objetivo observar e medir a prevalência de sinais de SC em usuários de PT maxilar associada ou não a PPR (Classe I de Kennedy mandibular). Foram avaliados 62 pacientes quanto à presença ou ausência dos sinais e o número de sinais por indivíduo. O estudo obteve os seguintes resultados: o sinal mais comum foi presença de reabsorção mandibular correspondente a 93,5% dos pacientes analisados e as ocorrências mais frequentes foram a presença de 3 sinais (45%) e 4 sinais (32%) por indivíduo, representando um total de 77 % da amostra, valor que demonstra a alta prevalência de características clínicas da SC nos pacientes que apresentam o perfil estudado.

Para compreender o processo de reabsorção óssea fisiológica que ocorre no osso alveolar, se faz necessário entender que em um osso saudável ocorre

continuamente o processo osteoclástico-osteoblástico e que as pressões exercidas sobre esse osso garantem o equilíbrio de tal processo. O cirurgião e anatomista alemão Julius Wolff (1836-1902) formulou a Lei de Wolff, que diz que o osso sadio tende a se adaptar de acordo com os estímulos que recebe. Quando o osso sofre uma carga maior, o mesmo se remodela com o tempo e torna-se mais forte e resistente. Após a perda dentária, a maxila e a mandíbula não sofrem mais os estímulos antes ocasionados pela mastigação, dessa forma o osso fica mais fraco e ocorre um turnover metabólico, o que leva à sua reabsorção. Atualmente, apenas próteses implantossuportadas são capazes de impedir a reabsorção óssea (MAZZONETTO; NETTO; NASCIMENTO, 2012).

De acordo com Mazzonetto, Netto e Nascimento (2012), a reabsorção fisiológica é cumulativa, individual e associada ao tempo. A forma como o indivíduo perde o dente é um fator relacionado com uma maior ou menor perda óssea. São alguns exemplos de agravantes a essa reabsorção: exodontias por via não alveolar ou extremamente traumáticas, infecções periodontais ou endodônticas, cistos e tumores.

Costa et al. (2016) explica como ocorre o processo do aparecimento das características da síndrome: por a prótese parcial removível mandibular apresentar extremos livres, ela sofre a ação de movimentos verticais e laterais, gerando uma reabsorção óssea acelerada abaixo da base de resina, acarretando a sua desadaptação. Com isso, as cargas mastigatórias posteriores ficam limitadas e acabam sobrecarregando os dentes naturais anteriores inferiores e a região anterior da prótese total. Desse modo, há uma aceleração da reabsorção da maxila. Como as forças mastigatórias começam a incidir apenas na região anterior, a PT acaba desadaptando na porção posterior e cria-se uma pressão negativa originada devido ao efeito de sucção gerado pela base da prótese durante a mastigação e assim, ocorre o crescimento das tuberosidades maxilares. Além disso, a má adaptação da prótese superior pode ocasionar hiperplasia papilar da mucosa do palato duro, ocorre também a extrusão dos dentes naturais inferiores.

Em grande parte das vezes a Síndrome da Combinação ocorre quando a arcada maxilar edêntula está em antagonismo com dentes anteriores inferiores e uso de PPR mandibular. Porém, estudos têm mostrado que tal síndrome também pode se

manifestar em casos em que há edentulismo maxilar parcial com ausência apenas dos dentes anteriores em antagonismo com dentes anteriores inferiores naturais. Tolstunov (2007) propôs uma classificação para os diferentes tipos de associação de edentulismo entre os arcos maxilar e mandibular. Tal classificação foi dividida em três classes e 10 modificações. Sendo a reabsorção maxilar anterior ocasionada por falta de contato posterior e sobrecarga mastigatória anterior, presente em todas as classes e modificações (tabela 1).

Tabela 1- Classificação da Síndrome da Combinação

Classificações	Localização	Características
CLASSE I	MAXILA	Crista alveolar completamente desdentada.
	MANDÍBULA	(M1): rebordo parcialmente desdentada, apenas com dentes anteriores preservados.
		(M2): dentição completa "fixa" estável (dentes naturais ou coroas / pontes suportadas por implantes).
CLASSE II	MAXILA	Crista alveolar parcialmente desdentada, com dentes presentes nas duas regiões posteriores, na região anterior desdentada e atrófica.
	MANDÍBULA	Mesmas modificações da classe I.
CLASSE III	MAXILA	Maxila: crista alveolar parcialmente desdentada, com dentes presentes apenas em uma região posterior, região anterior desdentada e atrófica e uma região posterior.
	MANDÍBULA	Mesmas modificações da classe I.

Fonte: TOLSTUNOV (2007).

Dessa forma, é possível entender a importância do diagnóstico precoce e correto da síndrome. Com esse diagnóstico é possível elaborar o plano de tratamento mais adequado para os pacientes que possuem tal condição patológica. Quando há uma falha no diagnóstico desses pacientes o tratamento acaba não sendo o mais preciso e adequado (SILVEIRA et al., 2010). Segundo dados da literatura, a confecção inadequada, seja de próteses totais ou próteses parciais removíveis, assim como a ausência de um controle periódico destas, após a instalação, pode gerar danos às estruturas bucais do sistema estomatognático (AGUIAR et al., 2015).

É de responsabilidade do cirurgião-dentista saber identificar os sinais clínicos característicos da Síndrome da Combinação e dessa forma realizar o correto diagnóstico que irá acarretar em um bom plano de tratamento (CUNHA; ROCHA; PELLIZZER, 2007). O diagnóstico preciso auxilia de modo que atenua ou interrompa o processo destrutivo, criando condições clínicas para o restabelecimento da saúde (SILVEIRA et al., 2010). Cabral et al. (2002) salienta a importância do conhecimento dos sinais de destruição dos tecidos de suporte que caracterizam a síndrome, assim como a importância do bom diagnóstico e adequado plano de tratamento. Goyatá et al. (2010) afirma que o diagnóstico precoce contribui para a prevenção da reabsorção óssea extensa da maxila.

Quanto ao tratamento, Laport et al. (2017) destaca que cirurgias pré-protéticas e a adequação do meio bucal devem preceder o tratamento reabilitador definitivo. A presença de *epulis fissuratum* nas áreas de fundo de vestibulo e de hiperplasia papilar inflamatória em região de palato duro, comprometem a estabilidade da prótese, assim deve ser realizada avaliação dessas lesões e a excisão cirúrgica quando necessária. Pode ainda haver o aumento das tuberosidades da maxila, se fazendo necessário a redução cirúrgica. Além disso, as alterações periodontais dos dentes presentes também devem ser tratadas (KELLY, 1972).

A moldagem funcional é igualmente importante para a eficácia do tratamento reabilitador, pacientes portadores da Síndrome da Combinação devem ser moldados coma técnica específica de moldagem (SOUSA; MIRANDA; QUEIROZ, 2015). Marin et al. (2014) propôs que a moldagem funcional deve ser efetuada em duas etapas, onde inicialmente é realizada a moldagem na região posterior e palato duro com silicone de consistência pesada, seguido pela segunda etapa que processa-se com

o reembasamento do primeiro molde obtido e a moldagem da região anterior da maxila com silicone de consistência leve. Com tal técnica é possível obter um molde com menos distorções, ocasionadas pela fibromucosa flácida. Almeida et al. (2008) destacou que independente da técnica de moldagem, o importante é que o material de moldagem não deforme a região da fibromucosa móvel.

Assim como a realização correta dos procedimentos prévios, a escolha do tratamento adequado é de suma importância. Apesar de não ser a forma de tratamento mais indicada, a confecção de prótese total na maxila e prótese parcial removível na mandíbula é amplamente empregado, por conta do seu menor tempo clínico e do seu baixo custo em relação aos outros tratamentos, tais próteses têm sua restrição pelo fato de não eliminarem os movimentos laterais, os quais favorecem a reabsorção óssea, por isso é recomendado avaliações periódicas e reembasamentos quando necessários, para pacientes reabilitados com essas próteses (OLIVEIRA et al., 2018).

O tratamento com implantes osseointegrados são bem indicados para pacientes com a Síndrome de Kelly, pois eliminam a extremidade livre e conseqüentemente os efeitos gerados por ela. Desse modo, proporcionam uma melhora significativa da capacidade mastigatória, satisfação e conforto ao paciente (OLIVEIRA et al., 2018). Tolstunov (2007) indica a instalação de implantes osseointegrados na região posterior do arco inferior, para evitar os movimentos rotacionais das selas, ele ainda sugeriu que em alguns casos a extração dos dentes anteriores inferiores pode ser recomendada por motivos periodontais e nessa situação é indicada a reabilitação com prótese total sobre implante tipo protocolo.

O tratamento da Síndrome da Combinação tem como objetivo estabelecer oclusão balanceada, minimizando a carga de oclusão na região anterior da maxila (OLIVEIRA et al., 2018). É necessário estabelecer um esquema oclusal bilateralmente balanceado. Os dentes anteriores devem ser usados apenas com função estética e fonética, os mesmos devem ter ausência de contato em oclusão cêntrica (VANZILLOTTA et al., 2012). Os dentes naturais inferiores devem ter contato anterior mínimo nos movimentos excursivos. Desse modo, revisões frequentes são necessárias para avaliar a estabilidade e a retenção das próteses e realizar ajustes e

reembasamentos quando necessários. Tais recomendações e cuidados atuam de modo que possa reduzir os impactos da Síndrome da Combinação (SILVEIRA et al., 2010).

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um levantamento bibliográfico nos sites de busca científicos a seguir descritos: PubMed (um serviço da National Library of Medicine, Estados Unidos da América), e Bireme (Biblioteca Virtual em Saúde, um serviço especializado da Organização Pan-Americana de Saúde), especificamente nas bases de dados Medline, Lilacs, SciELO.

Foram selecionados artigos do ano de 1970 a 2020, foram inclusos revisão de literatura e casos clínicos, nos idiomas português e inglês. Na presente revisão da literatura foram adotados os seguintes critérios de inclusão: 1) ser referente ao tema proposto; 2) possuir um objetivo claro e ser fiel ao estudo; 3 possuir palavras chaves como: Síndrome da Combinação, prótese total e prótese parcial removível.

Nas bases consultadas foi encontrado um total de 36 artigos. Os artigos incluídos nesta revisão de literatura foram selecionados após a adoção dos critérios de inclusão citados, sendo que após a análise metodológica, foram utilizados 21 trabalhos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi relatado por Kelly (1972) os sinais clínicos característicos da Síndrome da Combinação, porém ainda se discute sobre a coexistência de todos eles. Aguiar et al. (2015) relatou em seu trabalho que não está claro quantos sinais o paciente deve obrigatoriamente apresentar para ser diagnosticado com a SC. Costa et al. (2016) constatou que esses sinais nem sempre ocorrem de forma simultânea pois são influenciados por fatores sistêmicos individuais predisponentes.

Ainda quanto os sinais característicos, no artigo de Cunha et al. (2007) foram analisados 33 pacientes e quanto dos cinco sinais característicos da síndrome eles possuíam. Os resultados obtidos foram que 84,85% apresentaram entre dois e quatro sinais, 15,15% apresentaram apenas um sinal característico da síndrome. No relato de prontuário de Morás et al. (2019) o paciente apresentou quase todos os sinais: reabsorção óssea na região anterior da maxila, aumento das tuberosidades, extrusão

dos dentes naturais anteriores mandibulares, perda óssea abaixo da base de resina acrílica da PPR inferior, porém a hiperplasia papilar palatina não foi observada.

A respeito do conhecimento por parte dos cirurgiões-dentistas sobre a Síndrome da Combinação, Silveira et al. (2010) realizou uma pesquisa no estado do Rio Grande do Norte e obteve os seguintes resultados: 53% conhece a teoria sobre a Síndrome da Combinação e realiza o atendimento dos pacientes seguindo critérios específicos, porém 18% nunca ouviu falar sobre a síndrome. Em relação ao atendimento de pacientes com a SC 75% dos profissionais atendem pacientes com Síndrome da Combinação em contrapartida 18% não atendem. A respeito do conhecimento de alguma técnica de moldagem específica 61% disseram conhecer e 39% não conhecem. Com os resultados do trabalho foi possível observar a necessidade de explorar tal assunto na graduação e pós-graduação em odontologia.

Diversos autores corroboram quando se fala a respeito do diagnóstico precoce. Vanzillotta et al. (2012) afirma que um bom diagnóstico é imprescindível para a elaboração de um correto plano de tratamento, o detalhamento da condição clínica e diagnóstico preciso, ajudam de modo que podem atenuar ou impedir a evolução da doença. Aguiar et al. (2015) preconizou também o valor do correto diagnóstico no quesito plano de tratamento. Cunha, Rocha e Pellizzer (2007) destacaram que diagnosticar a síndrome e planejar o tratamento adequado às necessidades do paciente pode interromper o processo destrutivo, criando condições clínicas para o restabelecimento da saúde.

Quando se discute a respeito da prevenção, Costa et al. (2016) ressalta que a instalação de implantes osseointegrados é a melhor forma de prevenção pois elimina-se a extremidade livre, impedindo os movimentos verticais e laterais responsáveis pela reabsorção óssea acelerada. No entanto Aguiar et al. (2015) indica que sejam realizadas moldagens funcionais adequadas para melhor reprodução dos rebordos, ocasionando assim, a obtenção de próteses mais bem adaptadas, contribuindo para prevenir a da instalação da SC.

Em seu caso clínico Goyatá et al. (2010), relatou a reabilitação de um paciente que utilizava uma prótese total superior, há 30 anos e o mesmo desenvolveu perda de dimensão vertical de oclusão e hiperplasia e fibrose da gengival na região anterior, sem mais alterações relacionadas com a síndrome. Por outro lado, em uma pesquisa

mais recente feita por Resende et al. (2014) foi verificado os sinais da Síndrome da Combinação e o uso de PPR, onde foram analisados 62 pacientes atendidos no Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Constatou-se que os sinais clínicos da Síndrome da Combinação foram bastante prevalentes.

Segundo Mendonça et al. (2009) a SC tem prevalência de 24% nos usuários de prótese total superior em oposição de dentes naturais anteriores inferiores. Porém, nos estudos feitos por Tolstunov (2007), onde verifica-se de acordo com a classificação que a SC pode ser mais frequente do que havia sido proposto por Kelly. Em contrapartida Deogade et al. (2012) afirma que não é possível apontar uma taxa de prevalência desta síndrome.

Na pesquisa realizada por Cunha, Rocha e Pellizzer (2007) foi avaliado a prevalência da Síndrome de Kelly em 33 pacientes portadores de prótese parcial removível de extremo livre, para detectar a presença dos sinais característicos a síndrome: reabsorção óssea na região anterior da maxila, hiperplasia papilar palatina, aumento volumétrico das tuberosidades, extrusão dos dentes naturais inferiores e reabsorção óssea severa abaixo da base da prótese parcial removível de extremo livre mandibular. Os resultados obtidos foram que 84,85% apresentaram entre dois e quatro sinais e 15,15% apresentaram somente um sinal específico da SC e que nenhum paciente apresentou todos os cinco sinais, porém, todos apresentam os sinais de forma isolada ou parcialmente agrupados.

Ainda nos achados de Cunha, Rocha e Pellizzer (2007) foi possível observar a presença ou ausência de distúrbios temporomandibulares (DTM) de acordo com a Escala Anamnésica de Fonseca, que permite a classificação dos indivíduos estudados segundo o grau de DTM (ausente, leve, moderada ou severa). Na avaliação do grau de DTM nos pacientes que apresentaram entre 2 e 4 sinais de Síndrome de Kelly, 10,71 não apresentava distúrbios temporomandibulares e 50% apresentava um DTM leve e 7,14 revelaram uma DTM severa. A pesquisa concluiu que 89% dos entrevistados manifestaram algum grau de DTM.

Em relação a classificação da síndrome Goyatá et al. (2010) releva que é possível observar a SC em pacientes classe III modificação 2 de Kennedy com arcada inferior bilateralmente com extremos livres, assim como pacientes desdentados total

superior e oposição com overdentes retidas por implante ou próteses implantossuportadas. Saunders, Gillis e Desjardins (1979) notaram as características clínicas da SC em outras situações como: desdentado total superior contra arco inferior Classe II (de Kennedy), desdentado total superior contra Classe III modificação 1 (de Kennedy), desdentado total superior ocluindo com prótese implanto-suportada, parcialmente desdentado superior com espaço protético anterior amplo contra parcialmente desdentado Classe III (de Kennedy) inferior.

Já Tolstunov (2007) propôs uma classificação para as diversas formas de combinação de edentulismo das arcadas, são descritas três classes e dez modificações, a classificação baseia-se na arcada maxilar edêntula com reabsorção óssea avançada e extrusão dos dentes inferiores anteriores.

É de suma importância uma moldagem adequada para pacientes com Síndrome de Kelly (SILVEIRA et al., 2010). Partindo desse pressuposto Marin et al. (2013) afirmou que a moldagem funcional em duas etapas é recomendada para os pacientes com a síndrome, pois auxilia para que haja menos distorções durante a moldagem da fibromucosa flácida e ainda enfatiza a importância da moldagem sem distorções, que contribui para uma prótese bem confeccionada que terá as forças mastigatórias bem distribuídas na área chapeável, evitando assim sobrecarga anterior. Almeida et al. (2008) destaca a importância de uma moldagem funcional que não deforme a região da fibromucosa, para isso ele sugere a moldagem pela técnica da janela, também chamada moldagem funcional com duas moldeiras ou moldagem funcional sem compressão.

Oliveira et al. (2018) descreveu as principais formas de reabilitação de pacientes que possuem a Síndrome de Kelly. Foi indicado a instalação de implantes osseointegrados para confecção de próteses implantossuportadas, tanto superior como inferior, por apresentarem melhores resultados clínicos. Contudo Costa et al. (2016) afirmou que PT superior e PPR inferior quando bem confeccionadas são boas formas de tratamento. Em concordância, Oliveira et al. (2018) descreveu a confecção de prótese total na maxila e prótese parcial removível na mandíbula como uma forma de tratamento amplamente empregada, devido sua facilidade e baixo custo.

Foi possível relatar que existem diversas maneiras de tratamento para tal condição e que muitas vezes a presença desta está relacionada ao descuido com a

saúde do periodonto e falta de interesse do paciente na busca de cuidados para a saúde bucal. Além disso, é responsabilidade do profissional conscientizar o paciente para realizar a manutenção periódica de suas próteses. Já que é essencial para evitar a instalação ou progresso dos sinais e sintomas da Síndrome da Combinação (COSTA et al., 2016).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que na literatura a prevalência da Síndrome da Combinação é ainda incerta, e se faz necessário estabelecer a quantidade de sinais clínicos que são precisos para diagnosticar um paciente com a Síndrome da Combinação. Ainda mais, porque ela pode ocorrer em diferentes situações e combinações de arcadas edêntula maxilar e mandibular, onde estudos futuros são necessários para melhor análise e mapeamento de condições clínicas, melhorando assim seu diagnóstico e tratamento. Além disso, nem todos os cirurgiões-dentistas têm ciência da existência de tal patologia, podendo assim, ter atendido pacientes com a síndrome e não ter tido o conhecimento para diagnosticar. Por isso, este trabalho se faz importante, com cunho informativo e explicativo, para que os profissionais saibam reconhecer os sinais clínicos característicos e adicionais, prevenção e formas de tratamento, bem como a classificação da síndrome. E vale ressaltar que cada paciente deverá ter atendimento individualizado, sendo avaliado a quantidade de sinais da síndrome e seus devidos tratamentos, escolha de uma técnica de moldagem específica e por fim, o tratamento reabilitador que dependerá, além da condição clínica, do poder aquisitivo do paciente. Lembrando que é responsabilidade do profissional conscientizar o paciente para realizar a manutenção periódica de suas próteses. Já que é essencial para evitar a instalação ou progresso dos sinais e sintomas da Síndrome da Combinação.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, M. G. L. FIALLOS, A. C. M. VALADAS, L. A. R. NEGREIROS, W. A. Síndrome da combinação: aspectos clínicos de importância para o odontólogo: uma revisão da literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, 2015.
2. ALMEIDA, E. O. et al. Os desafios da Prótese Total: Problemas e Soluções. **Rev. INPEO de Odontologia**. 2008; 2 (1): 1-78.
3. CABRAL, L. M.; et al. Síndrome da Combinação: relato de um caso clínico. **J. Bras. Clin. Odontol. Int**, 2002.
4. 0-
5. MK . CARDOSO, G. M. FERREIRA, J. L. H. RESENDE, C. D. TAVARES, L. N. ROCHA, F. S. MAGALHÃES, D. Síndrome da Combinação: diagnóstico, prevenção e considerações sobre o tratamento. **Robrac (Online) (Goiânia)**, 2016.
6. CUNHA, L. D. A. P. ROCHA, E.P. PELLIZZER, E. P. Prevalência da Síndrome de Kelly em usuários de prótese parcial removível. **Revista Gaúcha de Odontologia**, 2007.
7. DEOGADE, S.; BHOYAR, A.; PUSTAKE, S. The Combination Syndrome: An Evaluation Of Literature Review. **Journal of Dental Practice & Medical Sciences**, 2012.
8. GOYATÁ, F. R. TOSTES, V. L. RODRIGUES, C. R. T. CORGA, R. B. CUNHA, L. G. Síndrome da Combinação: Relato de Caso Clínico. **Ijd. International Journal Of Dentistry**, 2010.
9. KELLY, E. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. **J Prosthet Dent**, 1972.
10. LAPORT, L. B. R. FIGUEIRA, M. G. BARBOSA, M. T. RODRIGUES, C. R. T. BARBOSA, O. L. C. Reabilitação Oral Com Prótese Total E Prótese Parcial Removível: Relato De Caso. **Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research**, 2017.
11. MARIN, D. O. M. PALEARI, A. G. RODRIGUEZ, L. S. LEITE, A. R. P. PERO, A. C. COMPAGNONI, M. A. Reabilitação Oral De Paciente Com Síndrome Da Combinação: Relato De Caso. **Revista Da Apcd - Associação Paulista De Cirurgiões Dentistas**, 2014.
12. MAZZONETTO, R.; NETTO, H. D.; NASCIMENTO, F. F. **Enxertos Ósseos em Implantodontia**. 1. ed. Nova Odessa: Napoleão, 2012.
13. MENDONÇA, D. B. PRADO, M. M. MENDES, F. A. BORGES, T. F. MENDONÇA, G. C. J. Comparison of masticatory function between subjects with three types of dentition. **Int J Prosthodont**, 2009.
14. MORÁS, A. SPIELMANN, C. CONDE, A. BUTZE, J. P. Síndrome Da Combinação: Um Relato De Prontuário. **Archives Of Health Investigation**. 2019.
15. OLIVEIRA, B. F. R.; et al. Reabilitação oral de paciente com síndrome da combinação: relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**, 2018.

16. PRISCO, V. P. C.; MARCHINI, L. **Prótese Total Contemporânea na Reabilitação Bucal**. 1. ed. Santos: Santos, 2007.
17. RESENDE, C. M. B. M. RIBEIRO, J. A. M. DIAS, K. C. CARREIRO, A. F. P. REGO, M. P. P. QUEIROZ, J. W. N. BARBOSA, G. A. S. OLIVEIRA, A. G. R.C. Sinais Da Síndrome Da Combinação E O Uso De Prótese Parcial Removível. **Revista De Odontologia Da Unesp (Online)**, 2014.
18. SAUNDERS, T. R. GILLIS, R. E. DESJARDINS, R. P. The maxillary complete denture opposing the mandibular bilateral distalextension partial denture: treatment considerations. **The J Prost Dentistry**, 1979.
19. SILVEIRA, R. S. M. SOUSA, A. C. SOUSA, S. A. FROTA, R. M. DAMETTO, F. R. 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. **Revista da Faculdade de Odontologia Universidade de Passo**, 2010.
20. SOUSA, S. A. MIRANDA, L. M. QUEIROZ, J. R. C. Síndrome da Combinação: considerações clínicas e relato de caso. **Full Dentistry In Science**, 2015.
21. TOLSTUNOV, L. Síndrome Combinada: Classificação e Relato de Caso. **Journal of Oral Implantology**, 2007.
22. VANZILLOTTA, P. S. PINTO, C. A. F. BRIOTE, M. I. M. LIMA, F. S. L. C. S. Síndrome da Combinação. **Revista Brasileira De Odontologia**, 2012.

ANEXO A - Termo de compromisso de orientação



SÃO LUCAS
CENTRO UNIVERSITÁRIO

CURSO DE ODONTOLOGIA

Porto Velho, 27 de Março de 2022

À Coordenação de Odontologia do Centro Universitário São Lucas
Assunto: **Termo de compromisso de orientação de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).**

Eu, Dr. Dielton S. Silva Romão, docente e/ou pesquisador (a) da Síndrome da Periodontia: Aspectos clínicos, me comprometo a orientar o (a/os/as) aluno (a/os/as) Isabela Cavalcante Passa nie e Dókel Reis de Oliveira Milanez regularmente matriculado (a/os/as) neste curso. Declaro ter conhecimento do Regulamento Interno de Conclusão de Curso do Curso de Odontologia e que os trâmites para substituição de orientador (a) deverão ocorrer no prazo estipulado pela Coordenação do Curso e NUCAP e que o orientador (a) será substituído (a) em caso de ausência no dia da defesa do TCC, por professor determinado pela Coordenação.

O descumprimento do compromisso acima resultará em penalidades junto a esta Coordenação.

Dr. Dielton S. Silva Romão
Assinatura do Orientador (a)

www.saolucas.edu.br
[69] 3211-8001 | [69] 3211-8002
R. Alexandre Guimarães, 1927 Areal
Porto Velho | RO | CEP 76.804-373

ANEXO B - Protocolo para entrega do trabalho

PROTOCOLO PARA ENTREGA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO PARA PRÉ-BANCA

Professor (a) ILZA PAIXETA E SILVA CAMARGOorientador (a) dos (as) alunos (as) OSKEL REIS DE OLIVEIRA MILAN E ISABELA CAVALCANTE PEREIRATítulo do trabalho: Síndrome da Combinação: Aspectos clínicos e formas de tratamento.

1. Os (as) alunos (as) apresentaram o trabalho com as sugestões de correção.
2. Concordo com a entrega desta versão para a Pré-banca.

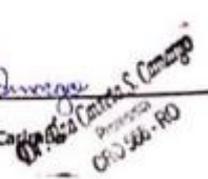
Porto Velho, 17 de ABRIL de 2020

Oskel Reis de Oliveira Milan

Aluno (a)

Isabela Cavalcante Peres

Aluno (a)

Ilza Camargo
 Assinatura Orientador (a) / Cargo
 

OBS.: Caso o trabalho não tenha a anuência do orientador, não será aceito para participação da Pré-Banca.