

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

FRANCISCO HÉLIO SILVA E SOUZA JÚNIOR

SINDROME DA COMBINAÇÃO: COMO DIAGNÓSTICAR, PREVENIR E TRATAR

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2021

FRANCISCO HÉLIO SILVA E SOUZA JÚNIOR

SINDROME DA COMBINAÇÃO: COMO DIAGNÓSTICAR, PREVENIR E TRATAR

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Orientador: Prof. Me. Fernando Gonçalves Rodrigues.

FRANCISCO HÉLIO SILVA E SOUSA JÚNIOR

SÍNDROME DA COMBINAÇÃO: COMO DIAGNÓSTICAR, PREVENIR E TRATAR

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Aprovado em 10/12/2021.

BANCA EXAMINADORA

PROFESSOR (A) MESTRE (A) FERNANDO GONÇALVES RODRIGUES

ORIENTADOR (A)

PROFESSOR (A) DOUTOR (A) MARCÍLIA RIBEIRO PAULINO

MEMBRO EFETIVO

PROFESSOR (A) MESTRE (A) ÚRSULA FURTADO SOBRAL NICODEMOS

MEMBRO EFETIVO

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus, que me ajudou em toda a minha vida e também durante essa caminhada; é por Ele que a vitória foi alcançada. Até aqui nos ajudou o senhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por não me deixar desistir, que com sua infinita sabedoria foi um verdadeiro guia, que ajudou em toda a minha vida e também durante essa caminhada; é por Ele que a vitória foi alcançada.

A minha família meu pai Hélio, minha mãe Raimunda, meus irmãos Héder, Livia, Ana Ligia e Ester. Por sempre acreditarem no meu potencial, apesar da dificuldade, essa vitória é de todos nós.

A minha avó Francisca Francinete que sempre incentivou na minha educação e teve presente em todos os momentos da minha vida.

Ao meu querido avô Francisco Gregório (*in memoriam*) que sempre esteve ao meu lado com seus conselhos, histórias inesquecíveis e carisma inigualável.

Ao meu avô Manoel Pereira, que me acolheu em sua casa no início da faculdade, sou muito grato por me proporcionar momentos incríveis.

A toda minha família, tios e tias que sempre estiveram do meu lado e contribuíram para minha formação.

A meus professores que dedicaram seu tempo e compartilharam seus conhecimentos para ser quem sou hoje, em especial ao professor Fernando Gonçalves que me deu a mão desde o início e que foi um orientador exemplar e que vou levar para o resto da vida como exemplo.

A minha namorada Regilânia Primo, que sempre esteve do meu lado e me deu forças para vencer as dificuldades durante a graduação, se hoje sou uma pessoa melhor, com certeza, você me ensinou que vale a pena apostar no nosso crescimento e evolução. Sou muito grato a você minha amada.

A todos meus amigos e colegas de faculdade, que tive o prazer de conhecer durante essa caminhada.

Por fim, agradeço todas as pessoas que de certa forma foram essenciais para alcançar meus objetivos no qual sempre sonhei.

Essa conquista também é de vocês! Vou leva-los para sempre comigo!

RESUMO

A Síndrome de Combinação ou Síndrome de Kelly apresenta-se como um conjunto de características marcantes que se iniciam quando uma maxila desdentada se opõe a dentes anteriores inferiores naturais. Ela é uma condição patológica do sistema estomatognático que geralmente atinge indivíduos portadores de prótese total superior que antagonizam com arcadas classe I de Kennedy. O objetivo geral deste estudo foi apresentar através de uma revisão de literatura, o diagnóstico, a prevenção e o tratamento utilizado para a síndrome da combinação. Para tanto foi realizada uma revisão de literatura, do tipo narrativa, onde os critérios de inclusão foram, arquivos completos disponíveis, selecionados nos idiomas portugueses ou inglês traduzidos, que melhor abordaram o tema. Os critérios de exclusão foram publicações que não abordavam a temática central do estudo, artigos incompletos, privados ou que não eram textos originais. Foram utilizadas as seguintes plataformas de busca: o PubMed, Scielo e Google Acadêmico. Conclui-se que, o cirurgião dentista deve reconhecer os sintomas da Síndrome da Combinação para que ele possa elaborar um tratamento reabilitador que devolva função, fonética e estética ao paciente, atentando para as necessidades pré-protéticas e para o padrão oclusal adequado das pessoas acometidas por essa Síndrome.

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

ABSTRACT

The Combination Syndrome or Kelly Syndrome presents itself as a set of remarkable characteristics that starts when an edentulous maxilla is opposed to natural mandibular anterior teeth. It is a pathological condition of the stomatognathic system that usually afflicts wearers of maxillary total dentures who antagonize Kennedy class I arches. The general objective of this study was presented through a literature review, diagnosis, prevention and treatment used for the combination syndrome. For that, a literature review was carried out, of the narrative type, where the inclusion criteria were, complete files available, selected in translated Portuguese or English, which best addressed the topic. Exclusion criteria were publications that did not address the central theme of the study, incomplete, private articles or articles that were not original texts. The following search platforms were used: PubMed, Scielo and Academic Google. It is concluded that the dental surgeon must recognize the symptoms of the Combination Syndrome so that he can develop a rehabilitative treatment that returns the function, phonetics and esthetics of the patient, paying attention to the pre-prosthetic needs and to the adequate occlusal pattern of people affected by this Syndrome.

Keyword: Combination Syndrome. Kelly's Syndrome. Conventional Total Prosthesis. Removable Partial Prosthesis.

LISTA DE SIGLAS

CD	Cirurgião-dentista
PPR	Prótese Parcial Removível
PT	Prótese Total
SC	Síndrome da Combinação
SK	Síndrome de Kelly

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	METODOLOGIA.....	11
2.1	TIPO DE ESTUDO.....	11
2.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	11
2.3	ESTRATÉGIA DE BUSCA.....	11
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1	CARACTÉRISTICAS DA SINDROME DA COMBINAÇÃO.....	12
3.2	COMO DIAGNOSTICAR E PREVENIR A SINDROME DA COMBINAÇÃO.....	14
3.3	TRATAMENTO.....	16
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
	REFERENCIAS.....	19

1 INTRODUÇÃO

A possibilidade de perder dentes é uma condição prejudicial na vida dos indivíduos, pois pode causar limitações mastigatórias, na fonética, comprometimento estético e nutricional, além de poder levar ao desenvolvimento de alterações psicológicas. Assim, utiliza-se a instalação de próteses parciais ou totais removíveis que reestabelecem as funções perdidas (GOYATÁ *et al.*, 2010).

Durante décadas os pacientes que necessitavam de tratamentos com próteses, eram avaliados de maneira superficial, possibilitando assim o aparecimento de falhas devido a uma anamnese e exame clínico feitos incorretamente. Dentro deste contexto, a confecção incorreta das próteses ou a ausência de um controle periódico destas, podem acarretar danos às estruturas bucais do sistema estomatognático (HIRAMATSU; TOMITA; FRANCO, 2007).

Segundo Aguiar *et al.* (2015) deve ser dada atenção especial ao paciente edentado maxilar e parcial mandibular, principalmente sendo do tipo classe I de Kennedy, ou seja, indivíduo com áreas desdentadas bilateralmente localizadas posterior aos dentes naturais em mandíbula, pois nesses indivíduos o uso de próteses mal adaptadas ao rebordo gera danos que podem se apresentar como um conjunto de alterações características, conhecidas como Síndrome da Combinação (SC), Síndrome da Hiperfunção Anterior ou Síndrome de Kelly (SK).

A SC é uma condição patológica do sistema estomatognático que geralmente atinge indivíduos portadores de prótese total (PT) superior que antagonizam com arcadas classe I de Kennedy. A síndrome é descrita por uma maxila desdentada que se opõe aos dentes anteriores inferiores naturais. Essa formação pode favorecer a perda óssea na região anterior da maxila, 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 na base da prótese parcial removível (PPR) inferior. Estima-se que cerca de 26% dos pacientes reabilitados com PT superior tenham sido acometidos pela SC (COSTA *et al.*, 2016).

Assim, a primeira alteração que geralmente ocorre, é a perda de suporte ósseo sob a base da PPR inferior. Esta perda pode favorecer uma transferência gradual das cargas oclusais posteriores para a região anterior. Com esse reposicionamento anterior da mandíbula, a PT superior, por ação mecânica, causará

alterações como: reabsorção óssea na região anterior da maxila, hiperplasia inflamatória na região de palato duro e região anterior do fundo de véstíbulo e crescimento das tuberosidades maxilares (VANZILLOTTA *et al.*, 2012).

Conforme Marin *et al.* (2014) uma das principais abordagens de tratamento para a síndrome é a prevenção de suas consequências relacionadas com a perda de oclusão posterior e com a hiperfunção dos dentes mandibulares anteriores. Em algumas circunstâncias, a melhor opção de tratamento para pacientes com este tipo de problema é o tratamento com PT convencional maxilar associado a uma PPR mandibular com extremidade livre bilateral.

Diante disto, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da SC são fundamentais para reabilitação e estabilização do quadro de pacientes, tornando-se responsabilidade do cirurgião dentista (CD), uma vez que ele deve manter um rigoroso controle clínico e sempre que necessário, fazer ajustes oclusais e reembasamentos minimizando assim, o processo de reabsorção óssea (SOUSA; MIRANDA; QUEIROZ, 2015).

O presente trabalho tem como pergunta norteadora “quais os principais aspectos relacionados ao diagnóstico a prevenção e as formas de tratamento para a Síndrome da Combinação?”, e justifica-se por apresentar e esclarecer as características da síndrome da combinação, apresentar uma proposta de tratamento reabilitador, restabelecendo função, fonética e estética ao paciente, possibilitando, assim, que os resultados sejam mais previsíveis e satisfatórios.

Nesse sentido o trabalho justifica-se através da alta incidência da Síndrome de Kelly, bem como da necessidade de produzir material literário para que os Cirurgiões-Dentistas possam conhecer ainda mais os sinais e sintomas que a definem, e através desse conhecimento, possibilitar aos profissionais reconhecer clinicamente um paciente acometido pela síndrome, e sobretudo, criar planos de tratamento para atender e tratar adequadamente esses pacientes.

O objetivo deste estudo foi apresentar o diagnóstico, prevenção e tratamento para a SC, através dos objetivos específicos que foram conhecer as alterações que caracterizam a SC, descrever as principais características clínicas da síndrome e descrever o tratamento reabilitador estético e funcional para os pacientes acometidos pela SC.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de uma revisão de literatura, do tipo narrativa. Para o desenvolvimento da revisão, foram realizadas as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora; seleção de artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão; seleção da literatura; obtenção dos artigos, análise dos artigos; avaliação dos resultados encontrados e apresentação da revisão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Dessa forma, formulou-se a seguinte pergunta norteadora: “Quais os principais aspectos relacionados ao diagnóstico a prevenção e as formas de tratamento para a Síndrome da Combinação?.

2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram manuais, livros e artigos científicos completos no período de 1979 à 2021 selecionados nos idiomas português ou inglês traduzidos, que melhor abordaram o tema. Os critérios de exclusão foram publicações que não abordavam a temática central do estudo, artigos incompletos, privados ou que não fossem textos originais.

2.3 ESTRATÉGIA DE BUSCA

O levantamento bibliográfico para a pesquisa, inicialmente foram utilizados os seguintes descritores Síndrome da Combinação, Síndrome de Kelly, Prótese Total Convencional, Prótese Parcial Removível. Foram utilizadas as seguintes plataformas de busca: no PubMed, na BVS, no Scielo e Google Acadêmico.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 CARACTERÍSTICAS DA SÍNDROME DA COMBINAÇÃO

Descrita inicialmente por Kelly em 1972, a Síndrome da Combinação é conhecida como um conjunto de características que acometem o sistema estomatognático. Elas causam mudanças em tecido mole e duro de pacientes com PT superior e PPR bilateralmente com extremidade livre inferior (CAMPOS, 2010).

Assim, as principais características encontradas por Kelly foram, perda acentuada de suporte ósseo na região anterior da maxila, aumento fibroso da tuberosidade maxilar, hiperplasia papilar dos tecidos do palato duro e da fibromucosa da região anterior, extrusão dos dentes anteriores inferiores e perda óssea na região posterior de mandíbula. Alguns anos mais tarde, foram associadas novas características à SC como perda de dimensão vertical de oclusão, discrepância do plano oclusal, reposicionamento espacial da mandíbula na região anterior, má adaptação das próteses, e alterações periodontais (LELIS *et al.*, 2008).

A perda acentuada de suporte ósseo na região anterior da maxila é causada pelo processo de reabsorção óssea e aposição de tecido ósseo que é contínuo, conhecido como remodelação óssea. Estudos revelam que pacientes que não fazem uso de PPR possuem mais osso remanescente na região posterior da mandíbula do que os que fazem. Um fator a ser considerado na reabsorção óssea alveolar é a adaptação das próteses, que é inevitável após a perda dos dentes, mas pode ser controlada para não se tornar excessiva (LEITE; RAGAZINI; JÚNIOR, 2006).

A reabsorção óssea fisiológica que ocorre abaixo da base da PPR causa uma desarmonia oclusal que diminui a eficiência mastigatória nessa região, o que faz o paciente mastigar com a parte anterior, favorecendo o surgimento de uma alavanca na parte anterior da maxila, e é isto que gera desadaptação da parte posterior, podendo ser uma das causas do aumento das tuberosidades (RODRIGUES *et al.*, 1979).

Outro fator para o aumento fibroso da tuberosidade descrita por Ribeiro (2003), ocorre devido a reabsorção óssea, pois ela causa mudanças anatômicas, entre elas a diminuição da dimensão vertical de oclusão e uma alteração do plano oclusal. Assim, a mastigação, com seu efeito de sucção, causa na região da tuberosidade uma pressão negativa, que faz a PT se descolar para frente e para cima.

As hiperplasias papilares dos tecidos do palato duro e da fibromucosa da região anterior são alterações inflamatórias ocasionadas pelo uso de próteses mal adaptadas, provocadas pela baixa resistência local, e muitas vezes acompanhadas com a má higienização e outros fatores predisponentes. Observou-se ainda a inflamação prolongada do tecido em contato com o osso, que pode resultar em perda de estrutura óssea, ou seja, a hiperplasia papilar inflamatória gradativamente diminui a quantidade e qualidade do tecido de suporte da prótese (CHEFFER *et al.*, 2013).

Já a extrusão dos dentes anteriores mandibulares, é causada pelo desgaste da base da prótese e pelo reposicionamento anterossuperior da PT superior ocasionado pela perda óssea. Os dentes anteriores inferiores ultrapassam o plano oclusal na busca de contatos oclusais que proporcionem suporte durante a mastigação. Essa extrusão dentária varia entre 1,0 e 1,5 mm (NOGUEIRA; MIRAGLIA; SOARES, 2002).

A perda óssea na região de mandíbula posterior é consequência da perda dos dentes, sendo agravada por vários fatores, dentre eles a causa do edentulismo, o tempo ou o uso de próteses mal adaptadas. O uso diário de aparelhos protéticos mal adaptados sobre o rebordo alveolar é a principal causa da aceleração dessa reabsorção. Com o avanço da reabsorção, ocorre prejuízo no suporte ósseo representado, inicialmente, pela perda do contato oclusal posterior ((LEITE; RAGAZINI; JÚNIOR, 2006).

Segundo Fiori (1993) existem 3 tipos de resiliência das mucosas que podem afetar o rebordo alveolar: a dura, a compressível e a flácida. A mucosa do tipo dura tem uma resiliência mais próxima a dos dentes e por isso tem o melhor prognóstico, porém como geralmente o tecido fibromucoso é fino e aderente, pode causar desconforto ou injúria ao paciente. A compressível tem uma resiliência considerada normal, e prognóstico bom para realização de PPR, a ocorrência de injúria ou desconforto é menos frequente, o que facilita a instalação e o controle da prótese. A do tipo flácida possui um grau de resiliência muito diferente do encontrado nos dentes pilares, e isto cria uma situação desfavorável para a realização de uma PPR com extremidades livre, esse tipo de fibromucosa é considerada patológica e é provocada principalmente pela irritação constantes que próteses mal adaptadas podem causar. Essa situação provoca uma reabsorção óssea acentuada e localizada.

Conforme Aguiar *et al.* (2015) e Goyatá *et al.* (2010) os sinais e sintomas que compreendem a SC não tem período determinado e nem forma específica para aparecer. Além disso, nem sempre ocorrem de maneira simultânea, pois são influenciados por fatores sistêmicos individuais predisponentes. As alterações da síndrome são iniciadas a partir da reabsorção alveolar na área do rebordo ósseo sob as bases das Próteses Parciais. Aguiar destaca ainda que a perda óssea na região anterior da maxila é a chave para desencadear outras alterações.

3.2 COMO DIAGNOSTICAR E PREVENIR A SINDROME DA COMBINAÇÃO

Apesar de todos os avanços da tecnologia, não há como evitar, a perda dos dentes no processo de reabsorção óssea. Diagnosticar a SC e estabelecer o tratamento adequado às necessidades de cada indivíduo pode impedir esse processo destrutivo, auxiliando o reestabelecimento da saúde bucal (SILVA; MAGALHÃES; FERREIRA, 2010).

Na literatura ainda são conflitantes as justificativas para a ocorrência da SC. Apesar dos dados clínicos específicos que formam essa síndrome, não está claro quantos sinais e sintomas simultaneamente o paciente deve apresentar para ser considerado sindrômico. Entretanto, Aguiar *et al.* (2015) e Costa *et al.* (2016) concordam que os eventos se iniciam a partir do momento em que a prótese do paciente não se adapta a cavidade oral do mesmo. Isso ocorre devido a um dos principais sintomas que é a reabsorção óssea. Todos os eventos a seguir são consequência destas alterações, tais como: crescimento das tuberosidades maxilares, a hiperplasia inflamatória na região de palato duro e a região anterior do fundo de vestibulo.

Resende *et al.* (2014) revelam em seu estudo que a hiperplasia papilar inflamatória pode acelerar o processo de reabsorção óssea e por isso devemos reforçar a preservação dos tecidos de suporte das próteses. Assim, o diagnóstico correto é fundamental para que seja realizado um tratamento eficaz, capaz de minimizar os efeitos causados por ela.

Kelly (2003) e Vanzillotta (2012) concordam que a única forma de prevenir a SC seria evitar a associação de PT superior e PPR inferior classe I de Kennedy. Já Cristófarro e Soares (2012) afirmam que a combinação de PT superior e PPR inferior classe I de Kennedy não determina a SC, pois as alterações bucais apresentadas

por Kelly em 1972, não se manifestam em todos os pacientes usuários destas próteses.

Telles (2009) revela que para impedir a SC deve-se utilizar um conjunto de medidas terapêuticas. Elas incluem a realização de moldagens funcionais para a reprodução correta dos rebordos, permitindo, assim, a obtenção de próteses mais adaptadas, com cargas centralizadas e um esquema oclusal estável anterior e posterior, a fim de minimizar pressões oclusais na região anterior da maxila.

Nesse sentido, Gennari Filho (2004) e Silveira (2010) concordam que é indispensável que o paciente seja avaliado periodicamente, para que o profissional possa verificar o grau de reabsorção óssea, estado de saúde dos dentes remanescentes, dos tecidos moles, a eficiência mastigatória, a higienização, a oclusão e a possível desadaptação das próteses.

Segundo Cunha, Rocha e Pellizer (2007) um período médio de três anos para a realização de reembasamentos periódicos, na possibilidade de controlar a não-adaptação das próteses, especialmente a PPR, esse é o período médio necessário para que haja perda óssea importante.

Medidas terapêuticas preventivas também podem ser aplicadas nesses casos, como as extrações planejadas com a instalação de próteses imediatas, a preservação de alguns dos dentes remanescentes, que podem servir para a confecção de próteses do tipo overdenture, pois a presença dos dentes remanescentes ou a instalação de próteses imediatas reduziria a reabsorção alveolar (GOIATO, 2014).

Desde a década de 1990, Hansen e Jaarda concordam que a melhor forma de prevenção para a SC é a preservação dos dentes inferiores, que servem para manter uma maior estabilidade oclusal. Além disso, identificaram três pontos importantes para o diagnóstico: sensação subjetiva de adaptação da PT superior, integridade oclusal e a condição clínica e radiográfica do rebordo anterior superior.

Assim é possível evitar a SC ao usar uma oclusão linear, sem curva de Spee no sentido de minimizar os contatos de dentes anteriores em posições excêntricas. Temos também que realizar estudos clínicos, dar orientações aos pacientes, fazer ajustes oclusais frequentes e graduais, além da remoção das próteses durante o sono (SILVA, 2002).

Para um correto diagnóstico deve-se saber identificar as principais características da síndrome que são de acordo com Kelly: perda acentuada de

suporte ósseo na região anterior da maxila; aumento fibroso da tuberosidade maxilar; hiperplasia papilar dos tecidos do palato duro e da fibromucosa da região anterior; extrusão dos dentes anteriores inferiores; perda óssea na região posterior da mandíbula (VANZILLOTTA *et al.*, 2012).

Contudo Palmqvist *et al.* (2003), nos revela que as alterações não estão sempre associadas às cinco características referidas por Kelly. Surgiram as seguintes características em outros estudos: perda de dimensão vertical de oclusão; discrepância do plano oclusal; reposicionamento anterior da mandíbula; adaptação inadequada das próteses; epúlides fissuradas; alterações periodontais. Apesar de tudo, as características citadas primeiramente por Kelly continuam a ser de particular importância para o diagnóstico da síndrome.

3.3 TRATAMENTO

Diversas abordagens de tratamento vêm sendo sugeridas ao longo do tempo, para pacientes com SC. Sua escolha também passa pelo paciente, pelo tempo disponível para as consultas, pelo dinheiro que está disposto a investir no tratamento, pelas condições da sua cavidade bucal, pela classificação do risco para anestésias e o seu desejo por prótese fixa ou removível, são importantes fatores a se considerar. Alguns pacientes preferem implantes e outros recusam (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A baixa condição socioeconômica, a falta de informação e a necessidade de diminuir a dor levam pacientes a optar por extrações dentárias por terem um valor acessível no mercado. Atualmente a implantodontia vem revolucionando a reabilitação oral, melhorando as condições mastigatórias da população, porém a custos elevados no mercado (SILVEIRA, *et al.*, 2010).

O objetivo principal do tratamento, de acordo com Costa *et al.* (2016), é conseguir em cêntrica e em excêntrica um esquema oclusal que reduza a pressão na região anterior da maxila.

Para alcançar uma estabilidade na oclusão, deve-se adequar a dimensão vertical correta, assim como a posição da relação cêntrica. Deve-se utilizar propósitos fonéticos e estéticos nos dentes anteriores da PT maxilar, não devendo haver contato incisal em relação a cêntrica e em movimentos excêntricos devem manter o mínimo de contato possível. Já os dentes posteriores, devem manter contato, portanto, uma oclusão balanceada pode ser alcançada com dentes

posteriores de angulação cuspídea apropriada de acordo com as guias condilares e incisais (SAUNDERS; GILLIS; DESJARDINS, 1979).

Nesse sentido, Turano *et al.* (2010) complementa que o profissional deve obedecer aos princípios biomecânicos do sistema mastigatório na hora de montar as próteses, onde existem três regras que devem ser obedecidas, a primeira é que a borda incisal dos dentes inferiores não pode tocar a superfície dos superiores por lingual, em oclusão central, devendo ficar afastada 1, 2 ou 3 mm, conforme cada caso. A segunda é que devido à grande mobilidade do músculo orbicular e sua potência em certos indivíduos, deve-se cuidar para que os incisivos não fiquem muito por vestibular. E terceiro, deve-se observar as preparações anatômicas em corte sagital, passando por incisivos centrais, onde o eixo axial desses dentes coincide com o centro do osso, o que naturalmente resultará em equilíbrio e preservação do tecido ósseo.

Ainda segundo Turano (2010), a oclusão balanceada preconiza o contato simultâneo de todos os dentes posteriores, em harmonia com os movimentos mandibulares. A finalidade desse balanceio é estabilizar as próteses em suas bases, principalmente quando a mandíbula faz movimentos excêntricos.

Existem poucos estudos com resultados de longo prazo ou com a utilização de implantes. Atualmente a prótese implantossuportada tem sido a opção mais comum com resultados de longo prazo, pois previne a perda de estabilidade oclusal posterior e evita a hiperfunção anterior (MACHADO, 2018). Já no caso dos implantes osseointegrados, se um dos arcos não for bem planejado o processo de reabsorção óssea continua, por isso o ideal é realizar a estabilização oclusal de ambos os arcos antes de colocar os implantes (ZARB *et al.*, 2008).

É importante que todas as alterações teciduais sejam corrigidas previamente à reabilitação protética, eliminando todo e qualquer excesso de tecido fibromucoso das tuberosidades, ou mesmo excesso de tecido ósseo, a fim de conseguir uma boa cêntrica e excêntrica e alcançar uma boa estabilização da oclusão (SAUNDERS; GILLIS; DESJARDINS, 1979; COSTA *et al.*, 2016)

Existem opiniões divergentes sobre a elaboração do plano de tratamento ideal, no entanto todos têm o objetivo de evitar a ocorrência de mais alterações degenerativas em pacientes com SC (NADGERE; SHAH; KARTHIK, 2010).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A melhor forma de diagnosticar é reconhecer os sinais e sintomas da SC, entretanto os trabalhos mostram divergências na quantidade dos sinais e sintomas e o quanto da sintomatologia o paciente deve apresentar para ser acometido pela SC. Os eventos se iniciam a partir do momento em que a prótese do paciente não se adapta a cavidade oral do mesmo. A forma de prevenção mais eficaz seria evitar a associação de PT superior e PPR inferior classe I de Kennedy. Uma das melhores opções de tratamento seria através da implantodontia que melhora as condições mastigatórias do paciente, e a estética, porém a custos elevados no mercado, seja implante ou próteses comuns o importante é que todas as alterações anatômicas sejam corrigidas, a fim de conseguir uma boa estabilização na oclusão e evitar a ocorrência de mais alterações degenerativas.

Muitos autores possuem opiniões divergentes sobre a elaboração do plano de tratamento ideal, no entanto todos concordam que o principal objetivo é evitar a ocorrência de mais alterações degenerativas em pacientes com SC.

Hoje, mesmo com os avanços tecnológicos atuais, a reabsorção óssea em próteses mal adaptadas é inevitável e tem grande incidência na população. A correta confecção de aparelhos protéticos que restabeleçam uma oclusão favorável, e que não provoquem a desarmonia do aparelho estomatognático, pode prevenir e evitar a ocorrência da SC.

Assim, entendemos que, é de extrema importância que o Cirurgião-Dentista saiba reconhecer os sintomas da SC para que ele possa elaborar um tratamento reabilitador que devolva função, fonética e estética ao paciente, se atentando para as necessidades pré-protéticas e para o padrão oclusal adequado as pessoas acometidas por essa síndrome.

REFERÊNCIAS

- 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. **Rev. FOL - Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**, v. 25, n. 2, p.56-66. jul.-dez. 2015.
- CAMPOS, A.L.. Fundamentação dos implantes osseointegrados no tratamento e prevenção da Síndrome da Combinação. **Rev. Innov Implant J, Biomater Esthet**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 60-64, maio/ago. 2010.
- CHEFFER, L.A.; ROCHA, C.A.G.; FALCÃO, A.F.P.; LAMBERT, P.L.R.; SARMENTO, V.A.. Lesões bucais associadas ao uso de próteses dentárias removíveis: experiência do serviço de estomatologia da faculdade de odontologia da UFBA. **Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA**, v. 43, n. 1, 2013.
- COSTA, M.M.; CARDOSO, G.M.; FERREIRA JÚNIOR, L.H.; RESENDE, C.C.D.; TAVARES, L.N.; ROCHA, F.S; MAGALHÃES, D.. Síndrome da Combinação: diagnóstico, prevenção e considerações sobre o tratamento. **Rev Odontol Bras Central**; v.25, n.72, p.59-64, 2016.
- CRISTÓFARO, R.L.A.F.; SOARES, Lima. **Diferenciação radiográfica da reabsorção óssea anterior na mandíbula, da extrusão dentária, em pacientes que apresentam a síndrome da combinação**. Orientador: Prof. Dr. Anísio Lima da Silva. – Campo Grande-MS, 2012. 55p., 2012.
- CUNHA, L.D.A.P.; ROCHA, E.P.; PELLIZER, E.P.. Prevalência da Síndrome de Kelly em usuários de prótese parcial removível. **RGO**, Porto Alegre, v. 55, n.4, p. 325-328, out./dez. 2007.
- FIORE, S.R.. **Atlas de Prótese Parcial Removível**. 4ª ed. São Paulo: Pancast. 1993.
- GENNARI FILHO, H.. O Exame Clínico Em Prótese Total. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.25, n.2, p. 62-71, Julho/Dezembro, 2004.
- GOIATO, M.C.; SANTOS, D.M.; MEDEIROS, R.A.; SÔNEGO, M.V.. Técnicas de Confecção de Prótese Total Imediata Mucossuportada. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.35, n.1, p. 67-72, Janeiro/Junho, 2014.
- GOYATÁ, F. R.; TOSTES, V.L.; RODRIGUES, C.R.T.; CUNHA, L.G.. Síndrome da Combinação - relato de caso clínico. **IJD, Int. j. dent.** v.9, nº.3, Recife Jul./Set. 2010.
- HANSEN, C.A.; JAARDA, M.J.. Treatment alternatives for a modified combination syndrome. **Gen Dent**, v.18, n.6, p. 132-137, 1990.
- HIRAMATSU, D.A.; TOMITA, N.E.; FRANCO, L.J.. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva.**; v. 12, n.4, p.1051-6. 2007.

KELLY, E.. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. **J Prosthet Dent**, v.90, n.3, p.213-219, 2003.

LEITE, B.A.; RAGAZINI, J.C.; JÚNIOR, A.P.C. Síndrome da combinação – kelly: revisões de interesse para o cirurgião dentista. **Rev. UNIVAP**, v. 13, n. 24, p. 917-920, 2006.

LELIS, E.R.; SIQUEIRA, C.S.; MORAIS, L.C.; GONÇALVES, L.C.; REIS, S.M.A.S; COSTA, M.M.. **Síndrome da combinação - Revisão de literatura**. Anais da 5ª Semana Acadêmica. p.6-11; Uberlândia, Brasil. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2008.

MACHADO, M.S.B. **Princípios de uma oclusão ideal**. Monografia (Especialização). Orientador: Wellington Rocha. – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. 44f. 2018.

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. **REV ASSOC PAUL CIR DENT**; v.68, n.1, p.75-8. 2014.

NADGERE, J; SHAH, N; KARTHIK, M. M.. Prosthodontic Rehabilitation of patients with Combination Syndrome ISSN- 0975 8437 International Journal of Dental Clinics, v.2, n.3, p.37-44, 2010.

NOGUEIRA, R.P.; MIRAGLIA, S.S.; SOARES, F.A.V.. Considerações sobre síndrome da combinação (Kelly) na clínica odontológica reabilitadora. **Rev Bras Prot Clin Lab (PCL)**; v.4, n.19; p. 218- 22, 2002.

OLIVEIRA, B.F.R.; ARRUDA, I.S.; PERERIRA, J.J.N.; GRANGEIRO, M.T.V.; BASTOS, P.L.; FIGUEIREDO, V.M.G.. Reabilitação oral de paciente com síndrome da combinação: relato de caso. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 23, n. 3, p. 305-309, set./dez. 2018.

PALMQVIST, S.. The combination syndrome: a literature review. **J Prosthet Dent**, v.90, n.3, p.270-275, 2003.

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. **Rev. odontol. UNESP**. v.43, n.6, p.390-395. ISSN 1807-2577, 2014.

RIBEIRO, M.C.M.. **Verificação do índice de prevalência de pacientes portadores dos sinais da Síndrome da Combinação**. Monografia. Bauru – SP. Faculdade de odontologia de Bauru; 2003.

RODRIGUES, J.E.; SOUZA, V.; PASSANIZI, R.; PIMENTEL, F.. Efeito de aparelhos parciais removíveis de concetores rígidos sobre o rebordo alveolar inferior. **Rev. Ass Paul Cirurg Dent**. v.33, n.3, p.200-206, 1979.

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.**, v. 41, p.124-128, 1979.

SILVA, E.M.. Importância da reabilitação estética e funcional sobre os aspectos pessoais e sociais - Caso clínico. **Revista Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial**, v.4, n.18, p.109, 2002.

SILVA, M.E.S.; MAGALHÃES, C.S.; FERREIRA, E. **Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. Ciência & Saúde Coletiva**. 2010; v.15, n.3, p. 813-20.

SILVEIRA, R.S.M.; SOUSA, A.C.; SOUSA, S.A.; FOTA, 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. **RFO UPF**. v.15, n.3, p. 266-272. 2010.

SOUSA, S.A.; MIRANDA, L.M.; QUEIROZ, J.R.C.. Síndrome da Combinação: considerações clínicas e relato de caso. **Full Dent. Sci**. v.6, n.22, p.223-227. 2015.

SOUZA, M.T. de; SILVA, M.D. da; CARVALHO, R. de.. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein**. São Paulo . v. 8, n. 1, p.102-106, 2010.

TELLES, D. **Prótese total: convencional e sobre implantes**. São Paulo: Livraria Santos; 2009, p. 29-34.

TURANO, J. C.; TURANO, L.M.; TURANO, M.V.B.. **Fundamentos de prótese total**. São Paulo: Santos. 9ª ed., 571p., 2010.

VANZILLOTTA, P.S.; PINTO, C.A.F.; BRIOTE, M.I.M.; LIMA, F.S.L.C.S.L.. Síndrome da Combinação. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 199-202, jul./dez. 2012.

ZARB, G.A.; ALBREKTSSON, T.; BACKER, G.; ECKERT, S.E.; SANFORD, C.; TARNOW D.. **Osseointegration: on continuing synergies in surgery, prosthodontics, biomaterials**. Chicago: Quintessence; 2008.