

## INTRODUÇÃO

Atualmente, estética, fonética e função são aspectos fundamentais para uma boa qualidade de vida. Para pacientes que tiverem seus dentes perdidos, as próteses constituem como um dos principais tratamentos há décadas, possibilitando a estética, função, estabilidade muscular e articular a população que necessita de reabilitação dentária.(GOYATÁ *et. al.* 2009).

Pacientes que apresentam uma maxila desdentada que se opõe a dentes anteriores inferiores naturais classificados classe I de Kennedy, não raramente apresentam uma condição patológica denominada de síndrome da combinação que foi observada por Ellsworth Kelly em 1972. Essa síndrome está presente principalmente em pacientes portadores de próteses totais superiores e próteses parciais removíveis inferiores mau adaptadas.(CUNHA, 2007; VANZILLOTTA *et. al.*, 2012).

Kelly em seu estudo citou algumas alterações que podem ser observadas nesses pacientes, assim como: perda óssea da região anterior do rebordo superior devido ao aumento do esforço mastigatório ocasionada pela perda dos dentes posteriores em ambos os quadrantes inferiores, extrusão dos dentes naturais anteriores, aumento das tuberosidades maxilares, perda óssea da região posterior do arco inferior sob a base da PPR e hiperplasia papilar da mucosa do palato duro. Kelly descreve que a principal chave para outras mudanças ocasionadas pela da síndrome é a inicial perda da porção anterior da maxila. (CAMPOS, 2010; GOYATÁ *et. al.*, 2010; KELLY,1972; SILVEIRA *et. al.* 2010; SOUSA *et. al.*, 2014).

Foram comentadas posteriormente outras novas cinco características da síndrome, como: diminuição da dimensão vertical de oclusão, plano oclusal discrepante, reposicionamento da região anterior da mandíbula, pobre adaptação das próteses e problemas periodontais.(CAMPOS, 2010; NETO, *et. al.*, 2011).

Observa-se que na maioria dos casos, os pacientes usuários de prótese total são avaliados com pouca profundidade a cerca dos sintomas presentes da síndrome, o que leva a um diagnóstico e tratamento incorreto, possibilitando o aparecimento de falhas na execução e, por conseguinte, próteses insatisfatórias. O que trará como resultado: desconforto, função mastigatória ineficiente, problemas estéticos, articulares, e desestabilização oclusal.(SAUNDERS *et. al.*, 1979).

Em vista disso, há uma grande necessidade do cirurgião dentista avaliar e identificar os sinais clínicos da síndrome da combinação precocemente, para realização de um correto tratamento que trará como benefício à estabilização do quadro do paciente, prevenindo um possível avanço da síndrome. Já se sabe que ajustes oclusais, e reembasamentos periódicos, faz parte do rigoroso controle clínico realizado posteriormente ao tratamento para a manutenção e prevenção do avanço da reabsorção óssea. (LEITE *et. al.*, 2006; SOUSA *et. al.*, 2014).

Neste trabalho, temos o objetivo de demonstrar as características clínicas da síndrome, assim como propor um tratamento reabilitador com prótese total superior e parcial inferior, criando condições para estabilização o quadro do paciente e sua satisfação.

## **2. PROPOSIÇÃO**

Por meio de uma revisão de literatura, o trabalho tem o objetivo de demonstrar as características clínicas da síndrome da combinação, assim como propor um tratamento reabilitador com prótese total superior e parcial inferior, criando condições para estabilização o quadro do paciente e sua satisfação. Levando em consideração a sua indicação, contra indicação, vantagens, desvantagens, previsibilidade e a aplicabilidade do mesmo.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Leite (2006) Kelly descreveu a Síndrome da combinação em 1972, quando observou alguns sinais clínicos em pacientes usuários de prótese parcial removível inferiores classe I de Kennedy e prótese total superior.

Vanzillotta *et al* (2012) temos cinco características da Síndrome segundo Kelly: reabsorção óssea do rebordo residual na área em contato com a sela da prótese removível inferior; extrusão dos dentes anteriores inferiores; perda acentuada de suporte ósseo na região anterior da maxila; aumento fibromucoso em região de túber maxilar e hiperplasia dos tecidos na região palatina.

Saunders, *et. al.*(1979)observaram, além das cinco características descritas por Kelly, mais seis que também estão relacionadas com a Síndrome: perda da dimensão vertical de oclusão; alterações periodontais; adaptação inadequada das próteses; discrepância do plano oclusal; reposicionamento anterior da maxila e epulus fissuratum(hiperplasia benigna de tecido conjuntivo fibroso que se desenvolve através de uma irritação mecânica crônica de uma prótese mal ajustada).

Palmqvist, *et. al.* (2003) destaca que a Síndrome de Kelly apresenta-se quando um conjunto de características estão presentes em pacientes portadores de PPR inferior e prótese total superior.

Campos (2010) essas características não precisam necessariamente estar juntas em todos os pacientes para diagnóstico da Síndrome.

Leite (2006) afirmou que o processo de remodelação óssea se dá início logo após da exodontia dos dentes, ocasionando em reabsorção do osso e mudanças no contorno alveolar. Esta reabsorção pode estar relacionada a fatores nutricionais, hormonais, metabólicos, sendo maior deles, o fator biomecânico. Em um estudo de Campbell (1970) e Josefowicz (1970), foi constatado que paciente de extremidade livre, sem uso de PPR, possuem um remanescente ósseo maior àqueles usuários, confirmando a teoria de que a PPR é um importante causador da reabsorção óssea da mandíbula quando não está bem adaptada.

O mesmo processo de reabsorção óssea ocorre na arcada anterior superior, com a perda dos dentes posteriores inferiores, a carga oclusal se concentra toda na região anterior, provocando uma pressão excessiva na mesma, causando uma

reabsorção óssea avançada, com conseqüente aumento de tecido hiperplásico na área.

Leite (2006) o aumento da tuberosidade que ocorre na síndrome, se dá pelo efeito de sucção gerado durante a mastigação, quando a prótese se desloca para frente e para cima, ocasionando um aumento ósseo ou de tecido mole em região de túber. Portadores da síndrome apresentam também a extrusão de dentes anteriores inferiores, que de acordo com estudos feitos por Kelly, podem chegar até 1,5 mm de extrusão. Isso ocorre devido ao movimento protrusivo realizado durante a oclusão com a prótese total superior que está reposicionada para frente e para cima. Essa busca por contato oclusal que propicie um bem estar durante a mastigação gera a extrusão inferior. O uso das próteses mal adaptadas também acarreta na inflamação da papila do palato duro. Isso porque o uso prolongado, o trauma, má higienização são fatores predisponentes da inflamação.

Fairchild (1967) ressaltou em seu estudo a importância de preservar os tecidos de suporte, pois quando inflamados podem acelerar o processo de reabsorção.

Ribeiro *et al.* (2015) existem controvérsias sobre o desenvolvimento de DTM em pacientes que fazem uso de PPR. Alguns autores acreditam não haver correlação entre ambas. Outros autores defendem que com a perda dos dentes, e conseqüente perda de dimensão vertical, associado à iatrogenia durante a confecção da prótese e desestabilização oclusal, pode levar ao desenvolvimento das desordens temporomandibulares.

Jorge *et al.* (2013) realizaram uma pesquisa sobre a DTM em pacientes usuários de PPR, e constatou que pacientes com classe I e II de Kennedy são mais susceptíveis a possuir DTM leve.

Shiratori *et al.* (2011) em outro estudo foi comparado dois grupos, os pacientes dentados e paciente classe I e II de Kennedy. A quantidade de pacientes dentados e usuários de PPR é a mesma quando se avaliou o desenvolvimento das desordens. Foi constatado que não houve a perda de dimensão oclusal nos pacientes usuários de prótese, portanto, concluiu que a prótese bem adaptada não é um fator etiológico para DTM, porém é de fundamental importância a utilização de uma prótese com dimensão vertical de oclusão, relação cêntrica, oclusão cêntrica reestabelecidas.

HanseneJaara (1990) relataram que a melhor forma de prevenir a Síndrome da combinação é preservar os dentes posteriores inferiores, mantendo estabilidade oclusal, prevenindo movimentos protrusivos e perda de dimensão vertical.

Maracacci (2004) concluiu que manter dentes de suporte resulta em uma mastigação eficiente.

Osterling (1961) determina que uma avaliação clínica, detectando as condições bucais do paciente, disponibilidade financeira, e habilidade do cirurgião dentista, é indispensável para um correto diagnóstico e plano de tratamento.

Cabral (2002) destaca a importância do diagnóstico, de conhecer os sinais apresentados, e tratá-los de acordo com as condições do paciente, favorecendo a estabilização da síndrome.

Campos (2010) sabe-se que a prevalência dessa síndrome está em paciente classe I de Kennedy, com dentes naturais anteriores e prótese total superior quando comparadas a pacientes portadores de prótese total dupla.

Nogueira *et. al.* (2002) afirma que a utilização de superfícies metálicas nos dentes posteriores artificiais, reembasamentos periódicos, alívio vestibular, higienização, determinação correta da dimensão vertical de oclusão e dentes anteriores sem função mastigatória e suporte oclusal posterior são formas de prevenção e estabilização da síndrome da combinação.

Kelly(1972) no entanto, afirma que a única forma de prevenção é não associar prótese total superior com prótese parcial inferior com extremidade livre bilateral.

### **3.1 Tratamento**

Estabelecer um plano de tratamento para a Síndrome da Combinação, conhecer todos seus sinais, e executar a fim de estabilizar o processo de reabsorção óssea não é uma tarefa fácil. O dentista, no entanto, deve estar apto para dissociar durante a anamnese e o exame clínico esses sintomas e realizar um correto diagnóstico a fim de tratar esse paciente.

Campos (2010) afirma que para restabelecer um equilíbrio oclusal, e minimizar os efeitos da síndrome a longo prazo, é necessário um tratamento com prótese fixa implantossuportada. Porém, se a reabilitação não for planejada corretamente, e não houver estabilização oclusal, o processo de reabsorção continuará.

Marques (2014) a prótese total superior, ainda é amplamente utilizada por toda a população desdentada. E confeccionar uma prótese total que restabeleça uma oclusão ideal, função mastigatória, estética e que permita a sua utilização com conforto, é um grande desafio para o cirurgião dentista. A mesma em oposição com prótese parcial removível é o tratamento mais empregado quando se necessita de uma reabilitação com baixo custo.

De Fiori (2000) afirma que a utilização de dentes naturais, e implantes osseointegráveis para estabilização e suporte de próteses, propiciam conforto e eficiência mastigatória, e minimiza os efeitos da síndrome em arcada inferior.

Zarb(2006) acredita que para reduzir as sequelas da síndrome, é necessário que o portador de prótese total realize um controle regular com seu cirurgião dentista.

Silveira(2010) em seu estudo, afirmou que 75% dos dentistas já observaram essa síndrome em seus pacientes, e concluiu que a maior parte dos profissionais não sabe identificar os sinais e realizar um plano de tratamento correto para sua estabilização. Afirmando ainda que ajustes e revisões frequentes são necessárias para manutenção da estabilidade e retenção da prótese. Em 1985, Schmitt criou uma técnica para confecção das próteses em pacientes com a síndrome, onde primeiramente confecciona a prótese parcial inferior com a oclusal dos dentes posteriores em metal, e os dentes anteriores em acrílico. E posteriormente reabilita a arcada superior a partir da prótese inferior. Esta técnica evita desgastes posteriores, assim como mantém a estética dos dentes anteriores.

Nogueira *et. al.* (2002) sugere que é essencial a remoção cirúrgica do tecido hiperplásico no palato e da região de túber, e confecção de novas próteses com uma perfeita oclusão.

Hansene Jaarda (1990) comentaram diversos tipos de tratamento, assim como: implante maxilar para estabilização da prótese superior; implante mandibular para estabilização da oclusão, e redução de forças anteriores; cirurgia ortognática com reposicionamento de mandíbula; overdenture mandibular; overdenture maxilar para diminuir a extrusão dos dentes inferiores, e para melhor retenção da prótese; prótese parcial fixa na mandíbula; grade labial na PPR inferior para evitar extrusão dos dentes e prevenir a migração do lábio.

Kelsey (1971) recomendou para preservação dos casos a orientação aos pacientes, ajustes oclusais freqüentes, remoção da prótese para dormir, reembasamentos periódicos.

Em vista disso, é essencial a utilização de um tratamento que possibilite uma oclusão ideal, e que não provoque desordens no sistema estomatognático. Sem dúvidas utilização de Protocolo de branemark na arcada superior, em conjunto com próteses fixas sobre implantes ósseo integráveis na arcada inferior em pacientes classe I Kennedy, é atualmente o tratamento de escolha para a estabilização da síndrome.

Este tratamento, porém, não é acessível a toda a população, sendo necessárias outras opções que possibilite ao paciente uma boa qualidade de vida, estética, conforto, função, fonética. Reabilitar, e devolver a oclusão com DVO estabelecida e próteses bem adaptadas são o intuito do tratamento de síndrome da combinação, sendo a prótese total em conjunto com PPR o tratamento de escolha para esses casos.

### **3.2 Prótese parcial removível**

Neto (2011) as PPRs têm como principal função, devolver ao paciente as características físicas e fisiológicas perdidas com o tempo. Suas vantagens em relação a outros tipos de tratamento são: versatilidade; menos tempo para a realização do trabalho, solução eficiente para casos mecanicamente difíceis; relação custo/benefício; é necessário pouco desgaste da estrutura dental e é fácil sua manutenção e higiene.

Ribeiro *et al.* (2015) de acordo com o espaço protético, os pacientes não classificados em quatro grupos. Quem estudou e criou essa avaliação foi Kennedy em 1925, sendo a Classe I, os pacientes com extremidades livres bilaterais; Classe II extremidade livre unilateral; classe III são os casos de regiões edentulas posteriores intercalados; classe IV região edentula anterior.

Kaiser(2004) a estrutura metálica que compõe grande parte da PPR restabelece algumas funções orais como: mastigação, estética, fonética, previne migração, inclinação e extrusão dos dentes naturais, estabiliza dentes com pobre saúde periodontal, faz o balanceio dos músculos orofaciais.



A PPR deve respeitar seus princípios mecânicos para se manter em função. São eles:

- Retenção: é a resistência que a prótese tem para se manter em posição durante a mastigação e as forças exercidas dos alimentos no sentido cérvico oclusal.
- Suporte: é a resistência das forças que atuam no sentido ocluso cervicais durante a mastigação.
- Estabilidade: é a resistência às forças que atuam sobre a prótese no plano horizontal decorridos de movimentos inclinados.

Para uma PPR bem planejada, o profissional deve-se ater ao preparo de boca, e aos componentes que são de extrema importância para sua correta adaptação e função. Os componentes de uma PPR são:

- Conector maior: elemento encarregado de conectar os outros componentes da prótese de um lado ao outro formando um corpo único.
- Conectores menores: eles têm a função de unir os apoios e grampos nas selas e conector maior; por meio dos apoios servem de via de transmissão de carga oclusal para os dentes suportes; estabilizam as próteses, e guiam durante inserção e remoção da mesma.
- Apoios: a principal função dos apoios é a transmissão das forças exercidas sobre os dentes superficiais aos dentes de suporte. Os nichos, preparados pelos dentistas na boca é destinado a receber os apoios e receber as forças transmitindo em direção à raiz.
- Grampos: sua função é de estabilização e retenção, para que a protese não seja deslocada por esforços funcionais.
- Sela: tem a função de transmitir as forças mastigatórias também para as fibromucosas, preenche os espaços protéticos, unindo os dentes artificiais a grade metálica. É de extrema importância a correta adaptação da sela em pacientes Classe I e II para evitar o processo de reabsorção óssea. Ribeiro (2015) é de extrema importância que o dentista tenha conhecimento de todas essas fases e planejamento da PPR, assim como restabelecer um esquema oclusal adequando a DVO do paciente em RC, prevenindo e estabilizando os sinais clínicos da síndrome e problema de articulação temporomandibular. Como a PPR é um tratamento de baixo custo, ela se

torna acessível a toda a população, devolvendo dentes perdidos, restabelecendo a função, estética e conforto. Evitando o conseqüente avanço da síndrome, reabsorções, extrusões e migrações dentárias.

### **3.3 Prótese total**

Shiratori *et al.* (2011) as variações que existem nas estruturas ósseas e mucosas, alterações na articulação temporomandibular, alteração oclusal, perda de dimensão vertical de oclusão, e expectativa do paciente, resulta na necessidade de uma perfeita abordagem, avaliação e diagnóstico, para um melhor resultado estético e funcional. A prótese total possui sua base, área que fica em contato com a mucosa, e necessariamente precisa estar bem adaptada para evitar a entrada de ar, de alimentos e acúmulo de bactérias e fungos. Sua adesão mecânica é de extrema importância para o conforto do paciente. Só conseguimos essa qualidade quando são realizados todos os passos para sua confecção, desde a moldagem inicial, até a moldagem de trabalho. O arranjo dos dentes deve estar em harmonia com a face, respeitando alguns critérios e ajustes realizados antes do enceramento. Assim como determinar a dimensão vertical de oclusão, espaço funcional livre, retirada da linha média, linha alta do sorriso, corredor bucal, altura do incisivo, plano de orientação posterior paralelo ao plano de camper, o anterior paralelo a linha bipupilar, escolha do formato e cor dos dentes e transporte do plano de orientação para o arco facial, determinando assim a posição da maxila e do côndilo em relação à base do crânio.

Saupe (2009) após a finalização da prótese total, é imprescindível sua correta adaptação na mucosa e um criterioso ajuste oclusal. Pois traumas crônicos, relações oclusais inadequadas e má adaptação das próteses, predisõem ao surgimento de lesões na mucosa, e aceleram o processo de reabsorção óssea.



#### 4. DISCUSSÃO

Ao se diagnosticar a síndrome, o cirurgião dentista deve planejar, e propor um tratamento capaz de estabilizar a reabsorção alveolar, impedindo o avanço dos outros possíveis sinais. No entanto, SILVEIRA em seu estudo avaliou o conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre a síndrome, e concluiu que somente 53% dos avaliados conhecem a teoria sobre a síndrome da combinação e realizam os tratamentos necessários para sua estabilização. (SILVEIRA *et. al.* 2010).

A síndrome da combinação foi descrita por diversos autores com relação direta ao uso de prótese total superior e prótese parcial inferior. (CABRAL *et. al.* 2002; KELLY, E. 1972; NOGUEIRA *et. al.*, 2002; SAUNDERS *et. al.*, 1979).

Embora haja conflitos na literatura referente aos sinais síndrome da combinação, a maioria dos artigos apresenta a mesmas características clínicas relacionada ao uso de PT e PRR que a caracterizam. (GOYATÁ *et al.*, 2010).

Concluiu que a síndrome se inicia através da reabsorção óssea posterior da mandíbula, teoria confirmada por Nogueira. No entanto, (SAUNDERS,1979) descreve como sinal precursor da síndrome a perda óssea anterior da maxila (KELLY, 1972)

Em seu estudo verificou que nenhum dos pacientes analisados apresentavam todas as características clínicas descritas por Kelly, porém, todos os pacientes usuários de prótese total e PPR apresentaram um sinal isolado ou mais sinais caracterizando a síndrome (CUNHA, 2007).

As formas de tratamentos são discutidas entre os autores.(KELLY, 1972) afirma que a melhor forma de evitar os sinais da síndrome seria evitar a associação de prótese parcial removível com prótese total.

Como tratamento “definitivo” da síndrome da combinação, (COSTA, 2016) cita os implantes ósseos integráveis. Através de sua instalação na extremidade livre bilateral, há o impedimento dos movimentos verticais e laterais que são responsáveis pela reabsorção óssea abaixo da base da prótese parcial removível. Estabilizando essa oclusão posterior, todos os possíveis sinais característicos da síndrome que aparecem como consequência da reabsorção inicial são impedidos. Existem outras opções com a utilização do implante, como overdenture, protocolo, prótese fixa, entre outros, mas o mais importante é planejar um tratamento que provoque a estabilização posterior e distribuição de carga.

No entanto afirma que nem sempre implantes e PPF é uma alternativa viável para reabilitação, seja por motivos técnicos, biológicos ou financeiros. Sendo a PPR, portanto a mais indicada nesses casos. A mesma cumpre todos os requisitos necessários para a reabilitação (NETO, 2011)

Afirma que na maioria das vezes, o paciente já chega ao consultório apresentando os sinais clínicos da síndrome, e propõe como tratamento a reabilitação oral, seja por prótese total e parcial, ou por meio de implantes ósseo integráveis, estabilizando a reabsorção óssea anterior da maxila, evitando assim outras alterações da síndrome. Em seu trabalho, COSTA confeccionou as próteses obedecendo aos princípios biomecânicos básicos da prótese total e PPR, se atentando para estabilização dos sinais da síndrome. Os dentes anteriores não possuem contato, sendo utilizado para fins estéticos e fonéticos; o material da prótese deve ser rígido, promovendo estabilidade e minimizando o esforço excessivo dos dentes naturais; a oclusão deve ser estabelecida na dimensão vertical de oclusão correta e oclusão cêntrica; o tipo de oclusão deverá ser balanceada, os dentes posteriores da PPR inferior deverá proporcionar o suporte oclusal positivo para os dentes remanescentes e cobrir o máximo a área basal (COSTA, 2016).

Concluíram que o melhor tratamento é diminuir a pressão anterior da prótese sobre os tecidos através de um esquema oclusal balanceado. Em contrapartida salienta que somente um plano oclusal ideal não é suficiente, sendo, viável a confecção de novas próteses após a realização de cirurgias para remoção de tecido mucoso hiperplásico em região anterior de maxila e até mesmo ósseo em região de tuberosidades para uma melhor adaptação (NOGUEIRA, 2002; SAUNDERS, 1979)

Propõe uma postura preventiva através de retornos periódicos ao cirurgião para verificar a necessidade de reembasamento, ajuste oclusal, higienização e adaptação das próteses CUNHA, 2007).

Ressalta que é necessário revisões frequentes, com intervalos de 3, 6 e 12 meses para avaliar a estabilidade e a retenção das próteses. (SOUSA, 2014)

Este estudo determinou a prevalência de DTM em pacientes usuários de PPR. Como resultado, verificou que a presença de dtm não está relacionada ao uso de prótese, visto que não houve diferença estatística nos pacientes dentados e desdentados. Concluiu, portanto, que os fatores relacionados a DTM incluem hiperatividade muscular, hábitos orais, estresse emocional, e principalmente a perda

do suporte oclusal com conseqüente mudanças na dimensão vertical de oclusão. (JORGE J. H., *et al*, 2013)

Obtiveram um resultado semelhante, concluindo que não há relação entre DTM e paciente classe I e II de Kennedy. GIL NAKAMAE, 1999 avaliou pacientes desdentados parciais e concluiu que o uso de PPR melhora a disfunção temporomandibular. (JORGE J. H., *et al*, 2013)

O sucesso do tratamento, seja com implantes ou PPR, se fundamenta em um rigoroso exame clínico, exames complementares, anamnese e correta execução do trabalho protético, obedecendo todos os critérios necessários da reabilitação. (GOYATÁ, F. dos R., *et al.*, 2009). A fim de interromper o processo destrutivo, criando condições para restabelecer saúde.

## 5. CONCLUSÃO

Embora a tecnologia tenha avançado consideravelmente, é inevitável a reabsorção óssea em um rebordo edêntulo, sendo ainda potencializada pelo uso de próteses desadaptadas. Para prevenir e evitar a Síndrome da Combinação é necessário confeccionar próteses que restabeleçam uma oclusão favorável, e que não provoque uma desarmonia do aparelho estomatognático. (COSTA, L. M. *et al*, 2016).

Desta forma, conclui-se que é necessário conhecimento dos sinais que a Síndrome apresenta, para intervir com um tratamento reabilitador que conceda ao paciente a estabilização dos sintomas, conforto, fonética, suporte muscular, estética e função. Como tratamento de primeira escolha tem os de implantes osseointegráveis, que elimina extremidade livre e impede os movimentos laterais, principal causador da reabsorção. Em contrapartida, a associação de prótese total com PPR inferior ainda é uma opção de tratamento para pacientes que não optam por implantes, seja por qualidade óssea, condição financeira ou psicológica.

## 6. REFERÊNCIAS

CABRAL, L. M. et. al. Síndrome da Combinação: relato de um caso clínico. J. Bras. Clin. Odontol. Int. v. 6, n. 31, p. 45-48. 2002

CAMPOS, A. L. Fundamentação dos implantes osseointegrados no tratamento e prevenção da Síndrome da Combinação. Innov Implant J, Biomater Esthet, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 60-64, maio/ago. 2010

COSTA, M. M. et. al. Síndrome da Combinação: diagnóstico, prevenção e considerações sobre o tratamento. Rev. Odontol. Bras. Central, v. 25, n. 72. 2016

CUNHA, L. D. A. P. et. al. Prevalência da Síndrome de Kelly em usuários de prótese parcial removível. RGO, Porto Alegre, v. 55, n. 4, p.325/328, out/dez. 2007

GOYATA, F. dos R. et. al. Prótese total e parcial removível na reabilitação de um paciente com síndrome da combinação – relato de caso clínico. Heraeus Kulzer. 2009

GOYATÁ, F. DOS R. et. al. Síndrome da Combinação: Relato de caso clínico. Int. J. Dent, v. 9, n. 3, p.160-164, jul./set., 2010

JORGE J. H. et. al. Desordens temporomandibulares em usuários de prótese parcial removível: prevalência de acordo com a classificação de Kennedy. Ver Odontol UNESP, v. 42, n.2, p. 72-77. 2013

KAISER, F. Prótese parcial removível. Curitiba. 2004

KELLY, E. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. J. Prosthet. Dent. v. 27, n. 2, p.140-150. 1972

LEITE, B. A. et. al. Síndrome da combinação – Kelly: Revisões de interesse para o cirurgião dentista. 2006



MARQUES, L. A. R. V. et. al. A influencia dos arranjos dentários em prótese total: revisão de literatura. FOL – Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep. v. 24, n. 1, p. 26-32, jan./jun. 2014

NETO, A. F. et. al. A Prótese parcial removível no contexto da odontologia atual, Odontol. Clín.-Cient., Recife, v. 10, n. 2, p. 125-128, abr./jun., 2011

NOGUEIRA, R. P. et. al. Considerações sobre a Síndrome da Combinação na Clínica Odontológica Reabilitadora. PCL-Revista Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial. v. 4, n.19 p. 218-222. 2002

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

RIBEIRO, S. de O. et. al. Relação entre desordens temporomandibulares (DTM) e pacientes portadores de prótese parciais removíveis. Odont. Clin.-Cient., Recife, v.14, n.1, p. 565-570, jan./mar., 2015

VANZILLOTTA, P.S. et. al. Síndrome da Combinação. Rev. Bras. Odontol., Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 199-202, jul./dez. 2012

SAUNDERS, T. R. et. al. The Maxillary complete denture opposing the mandibular bilateral distal-extension partial denture: treatment considerations. J. Prosthet. Dent. v. 41, n.2, p124-128. 1979

SAUPE, A. J. et. al. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese e de alterações de tecidos moles bucais em idosos de uma comunidade de Itajaí – SC. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 38, n. 2, p. 53-57. 2009

SHIRATORI, L. N. et. al. Estética em prótese dentária. Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo. v. 23, n. 2, p.154-161, maio/ago. 2011

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, v. 15, n. 3, p. 266-272, set./dez. 2010

SOUSA, S. A. et. al. Síndrome da Combinação: considerações clínicas e relato de caso. Full Den. Sci. v. 6, n. 22, p.223-227, fev./out. 2014