

**FACULDADE SETE LAGOAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

EDUARDO EUDES NÓBREGA DE ARAÚJO

SÍNDROME DA COMBINAÇÃO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Recife

2020

EDUARDO EUDES NÓBREGA DE ARAÚJO

SÍNDROME DA COMBINAÇÃO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Monografia apresentada ao curso de Especialização *Lato Sensu* do Centro de Pós-Graduação em Odontologia (CPGO) como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Prótese Dentária.

Orientador: Dr. Túlio Pessoa de Araújo

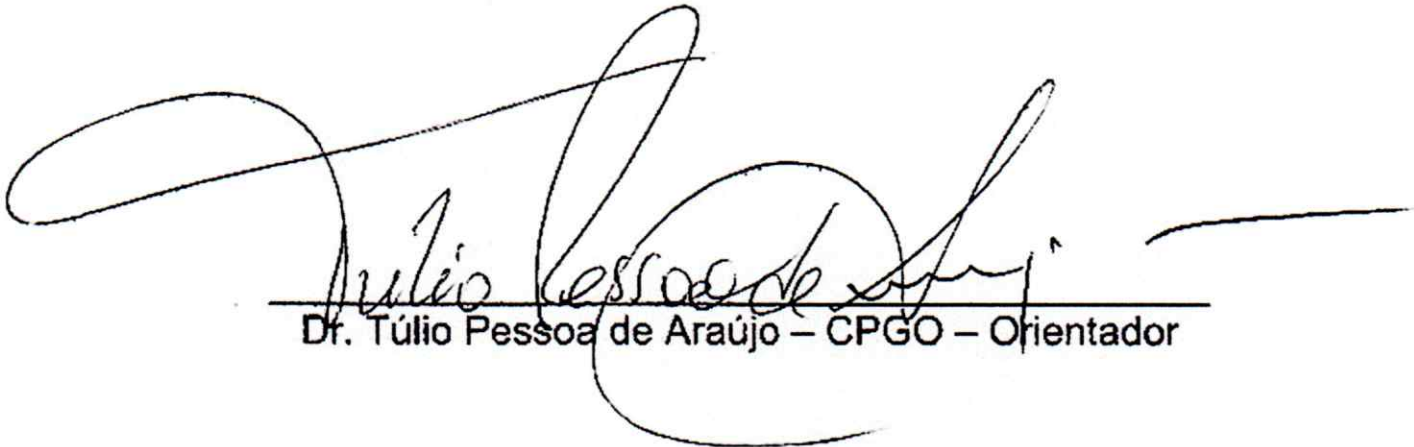
Recife

2020

Araújo, Eduardo Eudes Nóbrega de.
Síndrome da combinação: uma revisão da literatura / Eduardo Eudes
Nóbrega de Araújo – 2020
27 f. ; il.
Orientador: Túlio Pessoa de Araújo
Monografia (especialização) – Faculdade de Tecnologia de Sete
Lagoas, 2020.
1. Cavidade oral. 2. Prótese Total. 3. Saúde bucal.
I. Título
II. Túlio Pessoa de Araújo

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia intitulada "**Síndrome da Combinação: uma Revisão da Literatura**", de autoria do aluno Eduardo Eudes Nóbrega de Araújo, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



Dr. Tullio Pessoa de Araújo – CPGO – Orientador



Dr. Wellington de Souza Flor – CPGO – Examinador

À minha amada família, por ter compreendido minhas ausências e por ter me amparado nos momentos mais difíceis.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder a oportunidade de estudar e atingir meus objetivos profissionais. Por ter me permitido, em meio às adversidades e obstáculos durante esses quatro anos, acreditar na possibilidade de crescimento e amadurecimento.

Aos meus pais Maria do Socorro Nóbrega Araújo, Maria das Neves Nóbrega e José Araújo dos Santos, pelo amor incondicional a mim dedicado e por terem sempre cultivado valores capazes de estruturar minha carreira com dignidade, sobretudo por ter como função o auxílio ao próximo.

À minha amada Diete, Maria Gorete Vasconcelos dos Santos (*In Memoriam*), por todo amor e carinho dedicados a mim e a toda minha família.

Aos meus irmãos José Araújo dos Santos Júnior, Marcus André Nóbrega de Araújo, Vitória Patrícia Nóbrega de Araújo e Virgínia Paula Araújo Dias, pelo apoio e todo carinho.

Ao meu melhor amigo e companheiro Jeddson do Rêgo Nascimento, pela confiança e estímulo a mim conferidos diariamente, fato que impulsionou, inclusive, minha tentativa de ingresso no Programa de Pós-graduação.

“Vencer não é deixar de cometer erros e falhas, mas reconhecer nossos limites e corrigir nossas rotas”.

(CURY, 2012, p. 51)

RESUMO

A Síndrome da Combinação ou Síndrome de Kelly manifesta-se como um conjunto de características relacionadas à anatomia e à fisiologia da cavidade oral parcialmente desdentada, com uma maxila edêntula que se opõe a dentes anteriores inferiores naturais, onde a arcada encontra-se com extremidades livres. O objetivo deste trabalho é revisar as características da Síndrome de Kelly, bem como mecanismos para tratamento e prevenção dos agravos decorrentes da patologia. Foram realizadas pesquisas em banco de dados virtuais da plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde, com a utilização dos descritores “Cavidade oral”, “Prótese total” e “Saúde bucal”, onde foram obtidos artigos e teses que tratam sobre o tema abordado. Observou-se que a Síndrome da Combinação se trata de uma patologia que afeta aproximadamente 24% dos casos em que o paciente é portador de uma prótese total superior e classifica-se, no arco inferior, como Classe I de Kennedy. Existem múltiplas possibilidades terapêuticas, as quais envolvem tratamento cirúrgico, periodontal, restaurador e, caso o paciente apresente-se com alguma afecção estomatológica associada, deve-se optar por iniciar tratamento medicamentoso e acompanhá-lo quanto à recuperação. Logo, pode-se concluir que o diagnóstico precoce da Síndrome da Combinação favorece o desenvolvimento de técnicas e condutas clínicas simples para prevenção dos agravos e de possíveis sequelas. A higienização oral e protética favorecem a prevenção de alterações orais em tecidos moles e de consequências de infecções oportunistas e a manutenção dos elementos dentários residuais previne o desequilíbrio oclusal e consequentes alterações da dinâmica funcional do sistema estomatognático.

Palavras-chave: Cavidade oral; prótese total; saúde bucal.

ABSTRACT

Combination Syndrome or Kelly Syndrome manifests itself as a set of characteristics related to the anatomy and physiology of the partially edentulous oral cavity, with an edentulous jaw that opposes natural lower anterior teeth, where the arch meets free ends. The objective of this work is to review the characteristics of Kelly's Syndrome, as well as mechanisms for treatment and prevention of diseases resulting from the pathology. Researches were carried out in the virtual database of the Virtual Health Library platform, using the descriptors "Oral cavity", "Total prosthesis" and "Oral health", where articles and theses dealing with the topic were obtained. It was observed that the Combination Syndrome is a pathology that affects approximately 24% of the cases in which the patient has an upper total prosthesis and is classified, in the lower arch, as Kennedy Class I. There are multiple therapeutic possibilities, which involve surgical, periodontal, restorative treatment and, if the patient presents with any associated stomatological condition, one should choose to start drug treatment and accompany him in his recovery. Therefore, it can be concluded that the early diagnosis of the Combination Syndrome favors the development of simple clinical techniques and conducts to prevent diseases and possible sequelae. Oral and prosthetic hygiene favor the prevention of oral changes in soft tissues and the consequences of opportunistic infections and the maintenance of residual dental elements prevents occlusal imbalance and consequent changes in the functional dynamics of the stomatognathic system.

Keywords: Oral cavity; dentures; oral health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Causas de exodontias em municípios de região do estado da Paraíba e em Região Metropolitana do Recife (RMR), Pernambuco	16
Figura 2	Caso clínico de paciente portador de Síndrome da Combinação	17
Figura 3	Exame de imagem de portador de Síndrome da Combinação	18
Figura 4	Manifestações clínicas de portador de Síndrome da Combinação	19
Figura 5	Modelo de estudo com delimitação da área cirúrgica nas tuberosidades	21
Figura 6	Modelo de estudo com correção das tuberosidades (à esquerda). Guia cirúrgico (à direita).....	21

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	12
2.1	OBJETIVO GERAL	12
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3	METODOLOGIA	13
4	REVISÃO DA LITERATURA	14
4.1	CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS DA SÍNDROME DA COMBINAÇÃO	14
4.2	ANÁLISE ESPECIALIZADA DA ETIOLOGIA	15
4.3	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS.....	16
4.4	REABILITAÇÃO DO PORTADOR DA SÍNDROME DA COMBINAÇÃO	20
4.5	MECANISMOS DE PREVENÇÃO DA SÍNDROME DA COMBINAÇÃO	21
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
	REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

Síndromes compõem um imenso conjunto de sinais e sintomas que caracterizam a sintomatologia de processos patológicos distintos. Podem evidenciar características dolorosas ou assintomáticas. A Síndrome da Combinação ou Síndrome de Kelly manifesta-se como um conjunto de características relacionadas à anatomia e à fisiologia da cavidade oral parcialmente desdentada, com uma maxila edêntula que se opõe a dentes anteriores inferiores naturais, onde a arcada encontra-se com extremidades livres (KELLY, 2003).

Essa conjugação de sinais e sintomas pode promover perda óssea na região anterior da maxila, o que, inclusive, invade a espinha nasal anterior, promovendo, como consequência, a intrusão labial superior, bem como a evidenciação dos sulcos nasolabiais, o que favorece o surgimento de doenças infecciosas fúngicas, como a queilite angular (CARVALHO et al., 2019).

Hiperplasias consideráveis das tuberosidades, hiperplasias papilares dos tecidos do palato duro e da fibromucosa da região anterior, extrusão e vestibularização dos elementos dentários anteriores inferiores e a perda óssea sob a base da prótese parcial removível inferior compõem outros fatores sintomatológicos importantes a serem mencionados. Em conjunto, essas alterações evidenciam o impacto dos componentes anatômicos e funcionais do sistema estomatognático (KELLY, 2003; CARVALHO et al., 2019).

Logo, a manutenção da estabilidade oclusal posterior passa a ser considerada como a melhor maneira para prevenção da Síndrome da Combinação, pois com isso evita-se a sobrecarga anterior nos elementos dentários naturais remanescentes. Além disso, a correta higienização dos elementos protéticos em uso, bem como procedimentos de reembasamento contínuos correspondem a mecanismos também inseridos no conjunto de medidas para prevenção da patologia (NOGUEIRA; MIRAGLIA; SOARES, 2002; CARVALHO et al., 2019).

Em virtude do exposto, percebe-se que a intervenção terapêutica do cirurgião-dentista, sobretudo do profissional especializado em Reabilitação Oral ou Prótese Dentária, torna-se estritamente necessária, visto relatos literários abordarem a relação da ausência de próteses dentárias em pacientes totalmente ou parcialmente desdentados com o impacto negativo da qualidade de vida, fonação, dimensão vertical

de face, estética e função (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000; SILVA; MAGALHÃES; FERREIRA, 2010).

Para tanto, torna-se importante o conhecimento referente aos aspectos característicos do paciente portador da Síndrome da Combinação para que o cirurgião-dentista possa atuar com efetividade frente à reabilitação oral integral. Com isso, justifica-se a presente Revisão da Literatura que tem como objetivo revisar as características anatômicas e funcionais do paciente portador da Síndrome da Combinação, bem como os fatores determinantes das alterações orais, sinais e sintomas que caracterizam a patologia e respectivos mecanismos terapêuticos e preventivos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Revisar as características da Síndrome de Kelly, bem como mecanismos para tratamento e prevenção dos agravos decorrentes da patologia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar sobre as características clínicas comuns nos portadores da Síndrome da Combinação;
- Revisar sobre a sintomatologia provocada aos portadores da Síndrome da Combinação;
- Enfatizar possibilidades terapêuticas e reabilitadoras para tratamento e prevenção de sinais e sintomas da Síndrome da Combinação.

3 METODOLOGIA

Foram realizadas pesquisas em banco de dados virtuais da Biblioteca Virtual em Saúde, com a utilização dos descritores “Cavidade oral”, “Prótese total” e “Saúde bucal”, onde foram obtidos artigos e teses que tratam sobre o tema abordado. Realizou-se filtragem de trabalhos em língua portuguesa e que se apresentassem disponíveis com texto completo. Os trabalhos obtidos constaram-se de publicações ocorridas no período de 1972 a 2019.

O que justifica a utilização de publicações menos recentes é a necessidade de inserção de texto com histórico do desenvolvimento da Síndrome da Combinação desde sua origem, postulada por Ellsworth Kelly, no início da década de 1970.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS DA SÍNDROME DA COMBINAÇÃO

A Síndrome de Combinação, Síndrome de Hiperfunção Anterior ou, simplesmente, Síndrome de Kelly foi primeiramente descrita por Ellsworth Kelly, no início da década de 1970, mais precisamente no ano de 1972, como um conjunto de características ou alterações que ocorrem em pacientes cuja maxila apresenta-se edêntula e se opõe a dentes naturais residuais anteriores e inferiores (KELLY, 2003; CARVALHO et al., 2019).

Ellsworth Kelly percebeu que uma série de casos clínicos de pacientes que utilizavam prótese total removível superior e prótese parcial removível inferior, com extremo livre, apresentavam características anatomofuncionais similares e, com isso, iniciou um processo de descrição clínica do conjunto de sinais e sintomas observados, iniciando então a caracterização de uma alteração que atualmente corresponde a uma Síndrome que acarreta comprometimento importante na fisiologia do sistema estomatognático (KELLY, 2003; AROUCA, 2013).

A Síndrome da Combinação trata-se de uma patologia que afeta aproximadamente 24% dos casos em que o paciente é portador de uma prótese total superior e classifica-se, no arco inferior, como Classe I de Kennedy (KELLY, 2003; CARVALHO et al., 2019).

O paciente portador desta alteração apresenta-se com disfunções do sistema estomatognático, impulsionadas pela perda óssea anterior da crista maxilar, pela hiperplasia das tuberosidades maxilares, pela hiperplasia papilar da mucosa do palato duro, extrusão de dentes inferiores anteriores, e perda de osso alveolar e da altura abaixo da base da prótese parcial removível na mandíbula (KELLY, 1972; KELLY, 2003).

A Síndrome da Combinação ainda foi caracterizada pela perda da dimensão vertical de oclusão, discrepância do plano oclusal, reposicionamento espacial da mandíbula na região anterior, perda da adaptação (retenção, suporte e estabilidade) das próteses utilizadas na reabilitação e alterações periodontais relacionadas aos elementos dentários remanescentes (SAUNDERS; GILLIS JÚNIOR; DESJARDINS, 1979).

4.2 ANÁLISE ESPECIALIZADA DA ETIOLOGIA

No que tange aos aspectos relacionados às causas do desenvolvimento da Síndrome da Combinação, observa-se a importância do comprometimento da saúde bucal, sobretudo com a ocorrência predominante da doença cárie e de periodontopatias que induzem à perda dos elementos dentários e consequente necessidade de reabilitação protética.

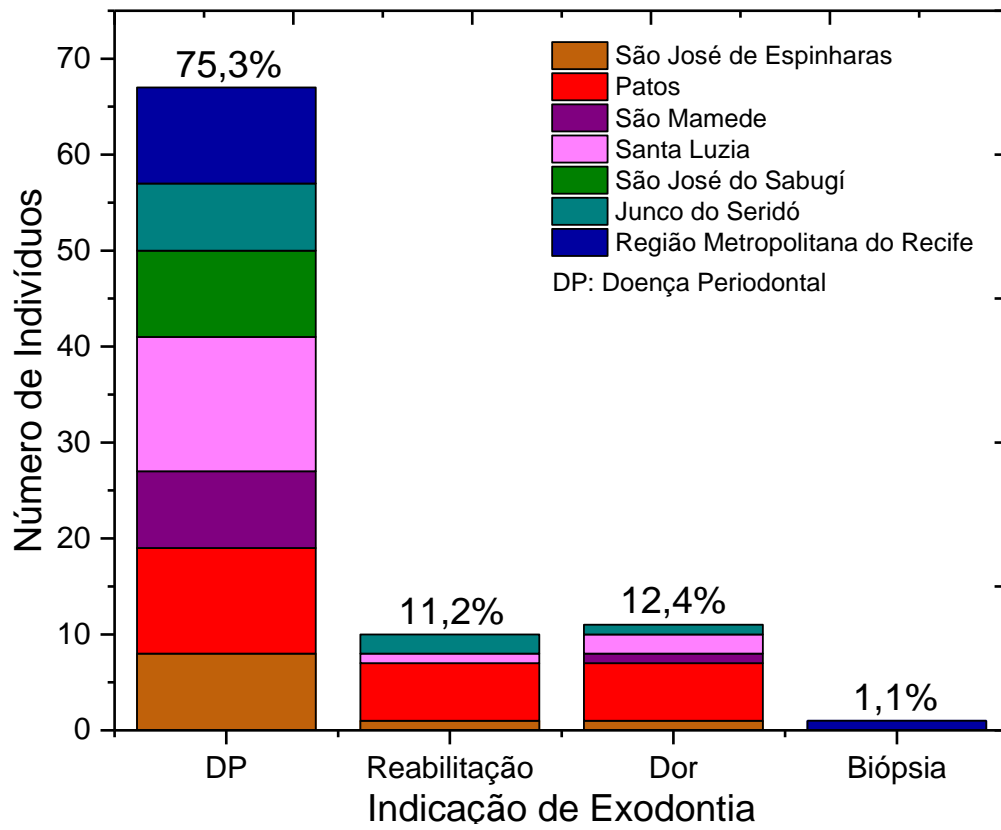
Há décadas que estudos apontam para as principais causas da perda dentária e há um consenso no que concerne à classificação da doença cárie como o principal fator desencadeante da necessidade de exodontias (LOE et al., 1993). Além disso, diversas são as pesquisas que descrevem as periodontopatias como segundo maior motivo de exodontia, superado apenas pelas consequências da cárie dentária (CALCAGNOTTO; VISIOLI; PONZONI, 2008; SAHEEB; SEDE, 2013; JAFARIAN; ETEBARIAN, 2016; SILVA JÚNIOR et al., 2017).

Através da Figura 1, são observados resultados de recente pesquisa realizada por Araújo (2019), em municípios de região paraibana, bem como na Região Metropolitana do Recife, Pernambuco. Os resultados apontam para as proporções das diferentes indicações de exodontia, inseridas através de colunas sobrepostas que indicam somatório das diferentes participações de cada município em relação à indicação de exodontia.

Percebe-se, na Figura 1, que o motivo periodontal (75,3%) é exposto como a mais relevante causa de indicação para exodontia nos pacientes estudados, quando comparada às demais indicações (ARAÚJO, 2019), o que corrobora com os estudos a nível nacional e internacional que indicam as periodontopatias como a segunda principal causa de exodontias e consequentes necessidades de reabilitação protética (CALCAGNOTTO; VISIOLI; PONZONI, 2008; SAHEEB; SEDE, 2013; JAFARIAN; ETEBARIAN, 2016; SILVA JÚNIOR et al., 2017).

Ainda se observa, na Figura 1, que motivos como a sensibilidade dolorosa e a necessidade de reabilitação protética aparecem com proporções respectivas de 12,4% e 11,2%, sendo também consideradas causas importantes a serem mencionadas. O motivo decorrente de envolvimento dentário em lesões de tecido mole correspondeu a 1,1% das indicações de exodontia (ARAÚJO, 2019).

Figura 1 – Causas de exodontias em municípios de região do estado da Paraíba e em Região Metropolitana do Recife (RMR), Pernambuco



Fonte: Araújo (2019)

4.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A literatura aponta para a ocorrência de cinco sinais simultâneos em pacientes portadores da Síndrome da Combinação (reabsorção óssea anterior maxilar; hiperplasia papilar palatina; hiperplasia das tuberosidades; extrusão dos dentes naturais inferiores anteriores e reabsorção óssea severa abaixo da base da prótese parcial removível mandibular) (KELLY, 1972; KELLY, 2003), porém autores como Cunha, Rocha e Pellizzer (2007) observaram nos resultados de pesquisas que nenhum dos pacientes analisados apresentou todos os sinais descritos por Ellsworth Kelly.

As características clínicas relacionadas com a Síndrome da Combinação interferem no complexo sistema estomatognático, no que se refere às funções de ordem dentária, bem como articulares, associadas aos danos causados na Articulação Temporomandibular (ATM) (AROUCA, 2013; CARVALHO et al., 2019).

Estas alterações refletem-se clinicamente através de múltiplos sinais, provocados pelas alterações anatômicas consequentes dos distúrbios da Síndrome. Desta forma, observa-se durante o exame físico intraoral a extrusão dentária inferior anterior, por serem, este grupo de dentes, responsáveis por suportar as funções mastigatórias neste quadro. Esta situação é consequência do posicionamento mais superior da prótese total removível, em virtude da reabsorção do rebordo alveolar anterior maxilar (VARGAS; PAIXÃO, 2005).

Através do caso clínico visualizado na Figura 2, relatado por Costa e colaboradores (2016), pode-se observar sinais clínicos característicos dos pacientes portadores da Síndrome da Combinação, onde nota-se sinais clínicos relacionados à hiperplasia de tuberosidades maxilares, bilateralmente, diminuição da altura do rebordo e flacidez da fibromucosa na região anterior superior, com extrusão dentoalveolar inferior.

Figura 2 – Caso clínico de paciente portador de Síndrome da Combinação



Fonte: Costa (2016)

Radiograficamente, os casos clínicos de portadores de Síndrome da Combinação evidenciam grande processo de reabsorção óssea anterior superior e inferior posterior, expondo ainda o periodonto de sustentação circunjacente aos elementos dentários residuais como componente ósseo sobrecarregado pelas manifestações funcionais mastigatórias (COSTA et al., 2016).

Além disso, os exames de imagem retratam a pneumatização do seio maxilar e radiopacidade equivalente às hiperplasias de tuberosidades maxilares, como se observa no caso clínico da Figura 2, através do exame radiográfico panorâmico evidenciado na Figura 3 (COSTA et al., 2016).

Figura 3 – Exame de imagem de portador de Síndrome da Combinação



Fonte: Costa (2016)

Alterações inflamatórias manifestam-se no palato duro e no palato mole, sendo provocadas pela má adaptação da prótese total removível superior, sobretudo quando associada à má higiene oral e do elemento protético. Esta manifestação inflamatória ocorre com sintomatologia acentuada nos portadores da Síndrome da Combinação, podendo enfatizar as ocorrências de edema, eritema, prurido, ardência e infecções fúngicas oportunistas que, inclusive, podem expandir o potencial de infecção para outras áreas, como a orofaringe (TODESCAN; BERNARDES DA SILVA; SILVA, 2006; NEVILLE et al., 2009; DI FIORE, S.; DI FIORE, M.; DI FIORE, A., 2010).

A fonação compõe outra função prejudicada nos pacientes portadores da Síndrome da Combinação, promovendo alterações psicossociais associadas. A maioria dos pacientes, após uma íntegra reabilitação oral por prótese dentária, consegue recuperar fonética satisfatória, após o período inicial de adaptação dos tecidos orais à utilização das novas próteses (AROUCA, 2013; CARVALHO et al., 2019).

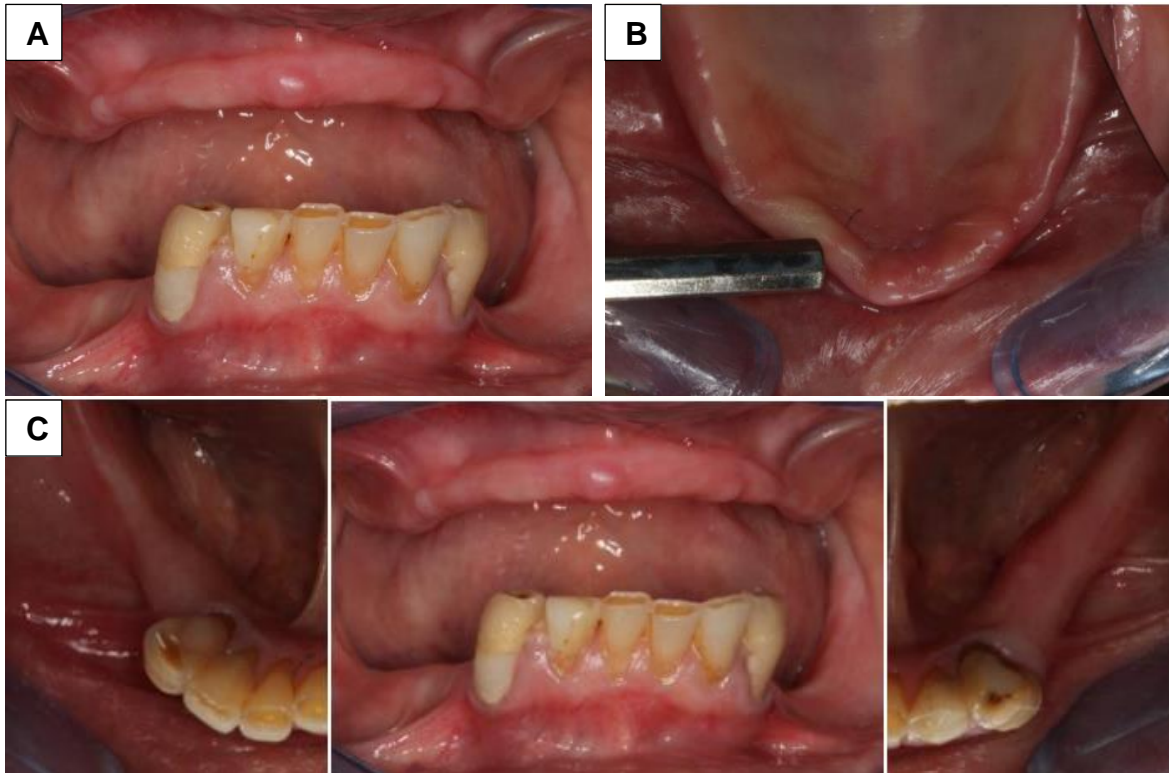
Cunha, Rocha e Pellizzer (2007), em seus estudos com portadores da Síndrome da Combinação, observaram que mais de 80% dos pacientes analisados apresentavam desordens temporomandibulares como consequências das alterações maxilofaciais. Os autores relacionaram a desordem ao posicionamento anterior da mandíbula devido à concentração de forças mastigatórias na região dos dentes anteriores mandibulares em associação à perda dos dentes naturais posteriores mandibulares.

Descreveram assim, Cunha, Rocha e Pellizzer (2007), que o côndilo torna-se um componente sobrecarregado, o que acarreta em sobrecargas consequentes na

crista da eminência articular, favorecendo a desordem por provocar a distensão dos ligamentos retrodiscais, com desequilíbrio cêndilo/disco.

A Figura 4 a seguir, extraída de pesquisa clínica publicada por Arouca (2013) aborda caso clínico de paciente portador da Síndrome da Combinação com manifestação dos principais sinais característicos da patologia.

Figura 4 – Manifestações clínicas de portador de Síndrome da Combinação



A: Exatrusão de elementos dentários anteriores inferiores. B: Reabsorção óssea anterior de maxila. C: Reabsorção óssea nos extremos livres mandibulares.

Fonte: Arouca (2013)

A reabsorção óssea alveolar trata-se de consequência inevitável após a perda dentária. Em virtude disso, após a perda dos elementos dentários posteriores inferiores ocorre uma reabsorção dos extremos livres mandibulares, como se observa na Figura 4C. A perda do suporte ósseo posterior da mandíbula (Figura 4C) e anterior da maxila (Figura 4B) acarreta em alterações na cavidade oral, sejam funcionais e/ou anatômicas, sendo um dos fatores que impulsionam o desenvolvimento da síndrome de combinação (TODESCAN; BERNARDES DA SILVA; SILVA, 2006; NEVILLE et al., 2009; DI FIORE, S.; DI FIORE, M.; DI FIORE, A., 2010).

4.4 REABILITAÇÃO DO PORTADOR DA SÍNDROME DA COMBINAÇÃO

O seguimento do tratamento do paciente portador da Síndrome da Combinação requer cautela, visto existirem múltiplas possibilidades terapêuticas, as quais envolvem tratamento cirúrgico, periodontal, restaurador e, caso o paciente apresente-se com alguma afecção estomatológica associada, deve-se optar por iniciar tratamento medicamentoso e acompanhá-lo quanto à recuperação (AROUCA, 2013; NEVILLE et al., 2009; COSTA et al., 2016).

Desde 1972, a partir de conclusões de pesquisas de Ellsworth Kelly, que se postula sobre a importância do prosseguimento da reabilitação protética após prévio tratamento de todas as alterações orais macroscopicamente identificáveis através do exame clínico. Essas alterações correspondem à remoção de tecido hiperplásico, tratamento da hiperplasia papilar do palato e das tuberosidades aumentadas, tratamento dos elementos dentários residuais e do periodonto circunjacente (KELLY, 1972).

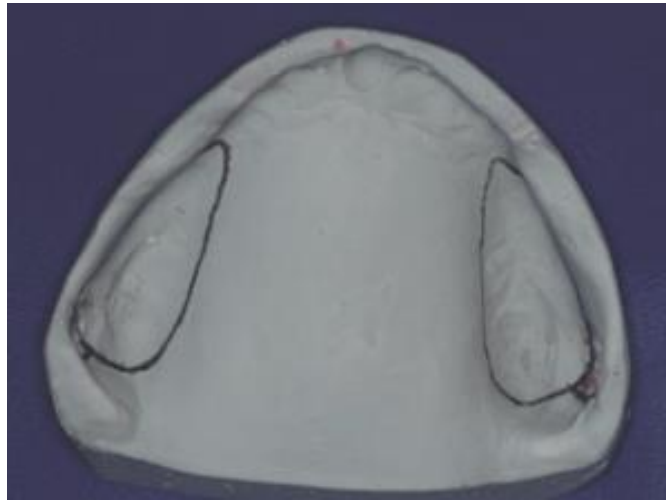
Tratamentos baseados na redução da reabsorção óssea da região anterior da maxila, compõem mecanismos essenciais para promoção do equilíbrio do sistema estomatognático. Dentre os procedimentos encontram-se o reembasamento e os ajustes oclusais antes da instalação protética, com promoção de uma oclusão mutuamente protegida e balanceada bilateral, bem como os acompanhamentos periódicos dos casos (CABIANCA, 2003).

Autores como Wennerberg, Carlsson e Jemt (2001), bem como Nadgere, Shah e Karthik (2010) descreveram a importância da reabilitação mediante inserção cirúrgica de implantes dentários para fixação de prótese total maxilar.

Para casos mais severos relacionados à hiperplasia de tuberosidades, deve-se optar por iniciar tratamento cirúrgico previamente à reabilitação protética. Alguns procedimentos cirúrgicos devem ser executados a fim de se reduzirem as tuberosidades verticalmente e horizontalmente, com remoção inclusive de excessos de tecido mole (COSTA et al., 2016).

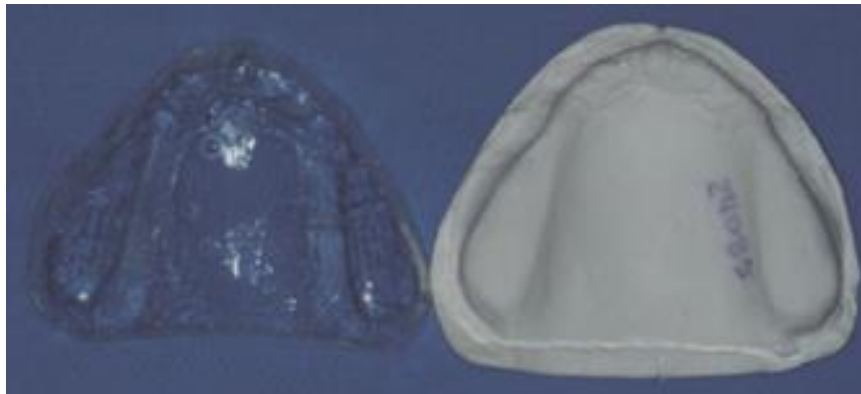
Nestes casos, para que ocorra o tratamento com eficácia e segurança, preza-se pela utilização de modelos em gesso para planejamento cirúrgico e simulação das áreas a serem removidas, como mostra a Figura 5 (COSTA et al., 2016), além de guias cirúrgicos resinosos para acompanhamento transoperatório (ZANETTI et al., 2010; COSTA et al., 2016) (Figura 6).

Figura 5 – Modelo de estudo com delimitação da área cirúrgica nas tuberosidades



Fonte: Arouca (2013)

Figura 6 – Modelo de estudo com correção das tuberosidades (à esquerda). Guia cirúrgico (à direita)



Fonte: Arouca (2013)

4.5 MECANISMOS DE PREVENÇÃO DA SÍNDROME DA COMBINAÇÃO

Autores relatam que mecanismos de prevenção do desenvolvimento da Síndrome da Combinação devem estar relacionados preservação dos elementos dentários posteriores inferiores, sendo também considerado evitar a reabilitação mediante instalação de prótese total removível superior associada à prótese parcial removível inferior (KELLY, 2003; AROUCA, 2013; CARVALHO et al., 2019).

A reabilitação com a utilização de implantes dentários é possível e auxilia na prevenção ou tratamento mais duradouro desta síndrome, com a inserção de elementos osteointegráveis para substituição de dentes da região posterior da mandíbula, para que ocorra a eliminação da extremidade livre (GIAMPAOLO, 2001).

Para prevenção de alterações nos tecidos moles, deve-se haver a utilização adequada das próteses removíveis de modo a haver a remoção prévia ao sono, bem

como após as refeições, neste último caso, para a realização correta da higienização. A superfície chapeável deve ser mantida higienizada e, de preferência, o paciente deve manter o hábito de massageá-la diariamente para conduzir a fibromucosa a uma íntegra recuperação, após o uso diário do elemento protético (VANZILLOTTA et al., 2012).

Pacientes com infecções recorrentes devem suspender o uso das próteses à noite e deixá-las expostas ao ar livre, para que ocorra a prevenção da colonização de microorganismos. Medicamentos antifúngicos podem ser prescritos para resolução de processo de infecção por *Candida albicans*, que pode recidivar, caso não sejam realizados processos adequados de higiene oral diária e frequente (VANZILLOTTA et al., 2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O diagnóstico precoce da Síndrome da Combinação favorece o desenvolvimento de técnicas e condutas clínicas simples para prevenção dos agravos e de possíveis sequelas.
- A higienização oral e protética favorecem a prevenção de alterações orais em tecidos moles e de consequências de infecções oportunistas, reduzindo o completo conjunto de sintomas e sinais que caracterizam a Síndrome da Combinação.
- A manutenção dos elementos dentários residuais previne o desequilíbrio oclusal e consequentes alterações da dinâmica funcional do sistema estomatognático, o que favorece a prevenção do desenvolvimento da Síndrome da Combinação.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, E. E. N. **Análise radioquímica de dentes e ossos alveolares de habitantes de área influenciada por material radioativo de ocorrência natural.** 2019. 178p. Tese (Doutorado em Odontologia). Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019.
- AROUCA, M. A. M. **Síndrome de Kelly.** 2013. 47p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária). Universidade Fernando Pessoa, 2013.
- CABIANCA, M. Combination syndrome: treatment with dental implants. **Implant Dentistry**, v. 12, n. 4, p. 300-305, 2003.
- CALCAGNOTTO, T.; VISIOLI, F.; PONZONI, D. Causas de extrações dentárias em uma população da região metropolitana do Rio Grande do Sul. **Robrac.**, v. 17, n. 44, p. 98-103, 2008.
- CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr.**, v. 13, n. 3, p. 157-165, 2000.
- CARVALHO, L. F. et al. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de pacientes edêntulos. **Rev. ACBO**, v. 8, n. 1, p. 40-48, 2019.
- COSTA, M. M. et al. Síndrome da Combinação: diagnóstico, prevenção e considerações sobre o tratamento. **Rev. Odontol. Bras. Central**, v. 25, n. 72, 2016.
- CURY, A. J. **Você é Insubstituível.** Rio de Janeiro: Sextante, 2012. 64 p.
- CUNHA, L. D. A. P.; ROCHA, E. P.; PELLIZZER, E. P. Prevalência da Síndrome de Kelly em usuários de Prótese Parcial Removível. **RGO**, v. 55, n. 4, p. 325-332, 2007.

DI FIORE, S. R.; DI FIORE, M. A.; DI FIORE, A. P. Atlas de Prótese Parcial Removível: Princípios Biomecânicos e Bioprotéticos e de Oclusão. São Paulo: Editora Santos, 2010. 520p.

GIAMPAOLO, E. T. Síndrome da combinação em próteses parciais removíveis: sinais, sintomas e plano de tratamento. *In*: VANZILLOTTA, P. S.; SALGADO, L. P. S. Odontologia integrada: atualização multidisciplinar para o clínico e o especialista. Rio de Janeiro: Pedro Primeiro, 2001.

JAFARIAN, M.; ETEBARIAN, A. Reasons for Extraction of Permanent Teeth in General Dental Practices in Tehran, Iran. **Med. Princ. Pract.**, v. 22, p. 239–244, 2016.

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

KELLY, E. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. **J. Prosthet. Dent.**, v. 90, n. 3, p. 2013-2219, 2003.

LOE, H.; BROWN, J. Classification and epidemiology of periodontal diseases. **Periodontology**, v. 3, n. 5, p. 229-238, 1993.

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

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

NOGUEIRA, R. P.; MIRAGLIA, S. S.; SOARES, F. A. V. Considerações sobre síndrome da combinação (Kelly) na clínica odontológica reabilitadora. **PCL Rev. Bras Prótese Clin Lab.**, v. 4, n. 19, p. 218-222, 2002.

SAHEEB, B. D.; SEDE, M. A. Reasons and pattern of tooth mortality in a Nigerian Urban teaching hospital. **Ann. Afr. Med.**, v. 12, n. 2, p. 110-114, 2013.

SAUNDERS, T. R.; GILLIS JÚNIOR, R. E.; DESJARDINS, R. P. The maxillary complete denture opposing the mandibular bilateral distal extension partial denture treatment considerations. **Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 41, n. 2, p. 124-128, 1979.

SILVA JÚNIOR, M. F. et al. Condição de saúde bucal e motivos para extração dentária entre uma população de adultos (20-64 anos). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2.693-2.702, 2017.

SILVA, M. E. S.; MAGALHÃES, C. S.; FERREIRA, E. F. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 813-820, 2010.

TODESCAN, R.; BERNARDES DA SILVA, E. E.; SILVA, O. J. Atlas de Prótese Parcial Removível. São Paulo: Editora Santos; 2006. 346p.

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

VARGAS, A. M. D.; PAIXÃO, H. H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Boa Vista, em Belo Horizonte. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p. 1015-1024, 2005.

WENNERBERG, A.; CARLSSON, G.; JEMT, T. Influence of occlusal factors on treatment outcome: a study of 109 consecutive patients with mandibular implant-supported fixed prostheses opposing maxillary complete dentures. **The International Journal of Prosthodontics**, v. 14, n. 6, p. 550-555, 2001.

ZANETTI G. L. et al. Guia cirúrgico modificado para tuberoplastia em pacientes com Síndrome da Combinação. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 39, n. 2, p. 131-135, 2010.