

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE
INSTITUTO ROSENVALDO MOREIRA

Frederico Noan Cintra Fernandes

**TRATAMENTO CIRÚRGICO E PROTÉTICO DA SÍNDROME DE KELLY – RELATO
DE CASO COM TRÊS ANOS DE ACOMPANHAMENTO**

GOIÂNIA
2022

Frederico Noan Cintra Fernandes

**TRATAMENTO CIRÚRGICO E PROTÉTICO DA SÍNDROME DE KELLY – RELATO
DE CASO COM TRÊS ANOS DE ACOMPANHAMENTO**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Implantodontia.

Orientador: Roosevelt Moreira

GOIÂNIA

2022

Frederico Noan Cintra Fernandes

**TRATAMENTO CIRÚRGICO E PROTÉTICO DA SÍNDROME DE KELLY – RELATO
DE CASO COM TRÊS ANOS DE ACOMPANHAMENTO**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Implantodontia.

Orientador: Roosevelt Moreira

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Profa. Juliana Gonçalves Terra (FACSETE)

Prof. Dra. Leandra de Almeida Ribeiro Oliveira (FACSETE)

Prof. Dr. Rosivaldo Moreira Junior (FACSETE)

Prof. Dr. Roosevelt Moreira (FACSETE)

GOIÂNIA
2022

RESUMO

Introdução: A reabilitação protética da maxila e mandíbula torna-se desafiadora e altamente complexa em casos que os pacientes apresentam síndrome de Kelly. Essa síndrome foi descrita de acordo com a combinação das cinco características geralmente presentes: reabsorção do rebordo ósseo maxilar na região anterior; hiperplasia papilar palatina; aumento volumétrico da região de tuberosidade da maxila; extrusão dos dentes anteriores inferiores e reabsorção do osso mandibular posterior. Este relato teve o objetivo de descrever o caso clínico de um paciente portador da síndrome de Kelly, assim como o planejamento, procedimentos cirúrgicos e protéticos, prognóstico, acompanhamento do paciente. **Relato de caso:** Paciente V.J.R., do gênero masculino, 62 anos de idade compareceu a clínica do curso de especialização em implantodontia do Instituto Rosivaldo Moreira, com a queixa principal: “Quero voltar a sorrir e mastigar melhor”. Após avaliação do paciente e seus exames, o mesmo foi diagnosticado com síndrome de Kelly. Ao realizar anamnese o paciente relatou que sofre de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, dificuldade respiratória e sem alterações no sistema hematológico. Foi realizado a cirurgia de instalação dos implantes dentários em maxila e mandíbula com carga em maxila e mandíbula. Foram realizados retornos periódicos semestrais para remoção e limpeza das próteses. **Conclusão:** Os procedimentos realizados permitiram reestabelecer a oclusão equilibram o sistema estomatognático, proporcionar uma melhor estética do sorriso ao indivíduo e conseqüentemente melhorar a autoestima e qualidade de vida do paciente.

Palavras-chaves: Cirurgia; Implante dentário; Prótese protocolo; Síndrome de Kelly.

ABSTRACT

Introduction: Prosthetic rehabilitation of the maxilla and mandible becomes challenging and highly complex in cases where patients have Kelly syndrome. This syndrome was described according to the combination of the five commonly present characteristics: resorption of the maxillary bone ridge in the anterior region; palatine papillary hyperplasia; volumetric increase in the maxillary tuberosity region; extrusion of the lower anterior teeth and resorption of the posterior mandibular bone. This report aimed to describe the clinical case of a patient with Kelly syndrome, as well as the planning, surgical and prosthetic procedures, prognosis, patient follow-up. **Case report:** Patient V. J. R, male, 62 years old, attended the clinic of the implantology specialization course at Instituto Rosivaldo Moreira, with the main complaint: "I want to smile again and chew better". After evaluation of the patient and his exams, he was diagnosed with Kelly syndrome. When performing anamnesis, the patient reported that he suffered from arterial hypertension, heart failure, type II diabetes mellitus, dyslipidemia, respiratory difficulty and no changes in the hematological system. Surgery was performed to install dental implants in the maxilla and mandible, the protocol prostheses were installed in the maxilla and mandible. Periodic visits were made every six months to remove and clean the dentures. **Conclusion:** The procedures performed allowed to reestablish the occlusion, balance the stomatognathic system, provide a better smile esthetics to the individual and consequently improve the patient's self-esteem and quality of life.

Keywords: Dental implant; Kelly syndrome; Prosthesis protocol; Surgery.

LISTA DE ABREVIações

NASP - Nervo alveolar superior posterior

NASM - Nervo alveolar superior médio

NASA - Nervo alveolar superior anterior

NP - Nervo nasopalatino

NPN - nervo palatino maior

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fotografias iniciais. A: vista frontal; B: vista em perfil. _____	12
Figura 2 - Fotografias extrabuciais e intrabuciais. A: sorriso em repouso; B: paciente em oclusão; C: vista oclusal da maxila; D: vista oclusal da mandíbula. _____	12
Figura 3 - Radiografia panorâmica pré-cirurgia. _____	13
Figura 4 - Tomografia computadorizada feixe cônico. _____	14
Figura 5 - Modelo em gesso e planos de cera superior e inferior para confecção da prótese provisória. _____	15
Figura 6 - Prova dos dentes em cera. A: vista em menor aumento. _____	15
Figura 7 - Marcação na região gengival de toda a porção a ser removida e regularizada durante a cirurgia, utilizando pincel e violeta genciana. _____	16
Figura 8 - Perfuração com broca carbide esférica para delimitar o nível ósseo a ser removido. A: marcação sobre o tecido gengival. B: visualização do nível ósseo a ser regularizado. _____	16
Figura 9 - Remoção óssea (extração em bloco) com broca cirúrgica 702 em maxila. _	17
Figura 10 - Regularização óssea com broca de tungstênio maxicut. _____	17
Figura 11 - Remoção das raízes residuais em maxila. _____	18
Figura 12 - Sutura no tecido gengival do palato para facilitar e otimizar o procedimento cirúrgico. _____	18
Figura 13 - Instalação dos implantes em maxila _____	19
Figura 14 - Instalação dos mini-pilares em maxila. _____	19
Figura 15 - Biomaterial associado a osso autógeno coletado durante o procedimento cirúrgico. _____	20
Figura 16 - Enxerto ósseo posicionado na região vestibular de maxila. _____	20
Figura 17 - Membrana de colágeno recobrimdo o enxerto ósseo. _____	21
Figura 18 - Extração em bloco utilizando broca cirúrgica 702 para remoção óssea em mandíbula. _____	21
Figura 19 - Bloco ósseo e dentes extraídos da mandíbula. _____	22
Figura 20 - Regularização do rebordo ósseo em mandíbula com broca de tungstênio maxicut e remoção das raízes residuais. _____	22
Figura 21 - Instalação dos implantes em mandíbula. _____	23
Figura 22 - Instalação dos mini-pilares em mandíbula. _____	23
Figura 23 - Avaliação do paciente em perfil para análise do adequado ângulo nasolabial e selamento labial. _____	24
Figura 24 - Prova dos planos de cera superior e inferior e marcação das linhas de orientação para montagem dos dentes e confecção da prótese protocolo superior e inferior. _____	24
Figura 25 - Instalação de mini-pilares retos e angulados sobre os implantes. _____	25
Figura 26 - Prótese protocolo superior instalada. _____	25
Figura 27 - Próteses protocolo superior e inferior instaladas (vista vestibular). _____	26
Figura 28 - Foto final do sorriso. _____	26
Figura 29 - Radiografia panorâmica final, após a instalação das próteses protocolo sobre implantes em maxila e mandíbula. _____	27

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	RELATO DE CASO	8
2.1	Cirurgia em Maxila	8
2.2	Cirurgia em Mandíbula	10
2.3	Prótese protocolo superior e inferior	11
3	DISCUSSÃO.....	28
4	CONCLUSÃO	30
5	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

A reabilitação protética da maxila e mandíbula torna-se desafiadora e altamente complexa em casos que os pacientes apresentam a “síndrome da combinação”, também conhecida como síndrome de Kelly. Essa síndrome foi descrita de acordo com a combinação das cinco características geralmente presentes: reabsorção do rebordo ósseo maxilar na região anterior; hiperplasia papilar palatina; aumento volumétrico da região de tuberosidade da maxila; extrusão dos dentes anteriores inferiores e reabsorção do osso mandibular posterior (KELLY, 1972).

A literatura demonstra que as forças exercidas sobre o rebordo alveolar de forma moderada e intermitente podem contribuir para preservar o osso, enquanto forças extremas e de cisalhamento contribuem com a perda óssea (CARLSSON, 1967).

Um outro termo utilizado para se referir a essa condição é: síndrome da hiperfunção anterior e apresenta também sinais de perda de dimensão vertical de oclusão e discrepância do plano oclusal. Essa condição é comum de se desenvolver em casos em que o indivíduo faz uso de prótese total superior e prótese parcial removível inferior (JAMESON, 2003). Por conta disso a associação entre esses dois tipos de prótese deve ser evitada a fim de impedir que essa síndrome evolua (KELLY, 1972).

Algumas das formas de prevenção e tratamento é impedir a perda de oclusão posterior que pode ser através da instalação de implantes dentários e correção da hiperfunção anterior (LECHNER, 1996).

Este relato teve o objetivo de descrever o caso clínico de um paciente atendido em clínica odontológica privada e que apresenta a combinação das características descritas por Kelly (1972) e enquadrado como síndrome.

2 RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 62 anos de idade compareceu a clínica do curso de especialização em implantodontia do Instituto Rosivaldo Moreira, filial de Goiânia da Faculdade de Sete Lagoas, em julho de 2019, com queixa principal: “Quero voltar a sorrir e mastigar melhor”. Ao realizar anamnese o paciente relatou que sofre de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, dificuldade respiratória e sem alterações no sistema hematológico. Apresentando avaliação cardiológica com baixo risco para a realização da cirurgia.

Ao realizar exame físico não foi constatado alterações nos músculos da mastigação, linfonodos e articulação têmporo-mandibular. No exame intra-oral não foram observadas alterações em mucosa ou língua e havia presença de raízes residuais: 11, 12, 15, 41, 42, 43 e dos dentes: 13, 26, 27, 31, 32, 33, 37 e 47 (Figuras 1 – 4). Após avaliação intraoral minuciosa do paciente associado aos exames por imagem, pode-se diagnosticar esse paciente com síndrome de Kelly, pois esse apresentava as principais características em combinação descritas pela síndrome.

Foi realizado o planejamento cirúrgico do caso e moldagem superior e inferior com alginato Hydrogum (Zhermack, São Paulo, Brasil). E em seguida enviada ao laboratório para confecção de plano de cera, montagem em articulador, prova dos dentes (Figuras 5 e 6), para confecção de guias cirúrgicos multifuncionais, durante a prova dos dentes em cera, ainda com os elementos dentais do paciente, observamos claramente a presença das características da síndrome da combinação, servindo como referencia para realização da osteotomia durante a fase cirúrgica afim de obtermos um resultado satisfatório dentro da técnica de próteses tipo protocolo dentogengivais.

2.1 Cirurgia em Maxila

A cirurgia de instalação dos implantes dentários foi realizada sob sedação endovenosa com a presença de médico anestesista que realizou a identificação do paciente, anamnese, consulta de protuário, preparo de sala e materiais, monitorização multiparamétrica, venóclise, O2 sob cateter nasal e sedação endovenosa intermitente. Foram realizados cuidados de analgesia e prevenção de náuseas e vômitos e foram

administrados os seguintes medicamentos: Kefazol (Cefazolina sódica) 2g 2 ampolas, Dexametasona 10mg 1 ampola, Dipirona sódica 1g 2 ampolas, Ranitidina 50mg 1 ampola, Bromoprida 10 mg 1 ampola e Ondansetrona 4mg 1 ampola. Ao término da cirurgia o paciente foi mantido sob observação por 30 minutos e recebeu orientações e alta com o seu acompanhante. O tempo total de cirurgia foi de 5 horas e 30 minutos e o paciente saiu em bom estado geral, sem queixas e sem intercorrências. Índice de Aldrete e Kroulik IAK=10.

Após o início da sedação endovenosa foi realizada pelo cirurgião-dentista a anestesia local em maxila com articaína 4%, 1:100.000, utilizando 6 tubetes abrangendo as regiões de nervo alveolar superior posterior (NASP), regiões de nervo alveolar superior médio (NASM), regiões de nervo alveolar superior anterior (NASA), nervo nasopalatino (NP) e nervo palatino maior (NPM).

Em seguida foi realizada marcação no tecido gengival utilizando pincel e violeta genciana para delimitar a extensão óssea que deveria ser removida (Figura 7). Usando como referência a linha alta do sorriso que foi obtida na prova dos dentes em cera. O procedimento cirúrgico passou pelas etapas de incisão supra-crestal e interpapilar com lâmina de bisturi número 15. Foi utilizada broca carbide esférica para marcar a gengiva e osso da maxila com o propósito de realizar extração em bloco. (Figura 8) E em seguida foi utilizada broca cirúrgica 702 para realizar a remoção do bloco ósseo associado aos dentes presentes (Figura 9).

Para realizar a regularização óssea foi utilizada broca de tungstênio maxicut sob irrigação constante com soro fisiológico 0,9% (Figura 10). As raízes residuais (Figura 11) foram devidamente removidas e em seguida foi posicionado o guia cirúrgico confeccionado em resina acrílica e realizada a fresagem da maxila. Esta foi realizada de acordo com a sequência de brocas indicada pela empresa DSP Biomedicals®. Foi realizada sutura simples no tecido gengival do palato para facilitar e otimizar o procedimento cirúrgico (Figura 12).

Durante a etapa de planejamento cirúrgico foi definido para o paciente implantes dentários DSP Biomedicals® Wayfit hexágono externo com dimensões 3,8 x 15mm para as regiões 11e 21, DSP Biomedicals® Biofit hexágono externo angulado 4.0 x 15mm região dente 15 e 4.0 x 21mm região dente 25 (Figura 13). Todos os implantes

apresentaram travamento primário superior a 50N/cm. E em seguida foram instalados mini-pilares retos com 2mm de altura (Figura 14).

Todo o osso coletado durante o procedimento cirúrgico e que ficou preso nas brocas de fresagem foi armazenado e misturado com biomaterial Bioinnovation® Bonefill de granulação média (0,6 – 1,5mm) em pote dappen de vidro (Figura 15). Após a instalação dos implantes esse enxerto ósseo foi posicionado na região vestibular da maxila e recoberto com membrana de colágeno Bioinnovation® surgitime.collagen (Figuras 16 e 17). Foi realizada sutura simples e contínua festonada para unir os tecidos gengivais do palato.

2.2 Cirurgia em Mandíbula

Com o paciente sedado e após a finalização da cirurgia em maxila iniciou-se a cirurgia em mandíbula. E foi realizada anestesia local em mandíbula com articaína 4%, 1:100.000, utilizando 6 tubetes abrangendo as regiões de nervo alveolar inferior com reforço na região bucal e lingual e anestesia infiltrativa na região anterior de mandíbula.

O procedimento cirúrgico passou pelas etapas de incisão supra-crestal e interpapilar com lâmina de bisturi número 15. Foi utilizada broca carbide esférica para marcar a gengiva e osso da maxila com o propósito de realizar extração em bloco. E em seguida foi utilizada broca cirúrgica 702 para realizar a remoção do bloco ósseo associado aos dentes presentes (Figura 18 e 19).

Para realizar a regularização óssea foi utilizada broca de tungstênio maxicut sob irrigação constante com soro fisiológico 0,9% (Figura 20). As raízes residuais foram devidamente removidas e em seguida foi posicionado o guia cirúrgico confeccionado em resina acrílica e realizada a fresagem da mandíbula. Esta foi realizada de acordo com a sequência de brocas indicada pela empresa DSP Biomedicals®.

Durante a etapa de planejamento cirúrgico foi definido para o paciente implantes dentários DSP Biomedicals® Wayfit hexágono externo com dimensões 3,8 x 15mm para as regiões 32 e 42, e DSP Biomedicals® Biofit hexágono externo angulado 4.0 x 15mm região dente 34 e 4.0 x 13mm região dente 34 (Figura 21). Todos os implantes apresentaram travamento primário superior a 50N/cm. E em seguida foram instalados

mini-pilares sobre os implantes (Figura 22).

Foi realizada sutura simples e contínua festonada para unir os tecidos gengivais do palato.

2.3 Prótese protocolo superior e inferior

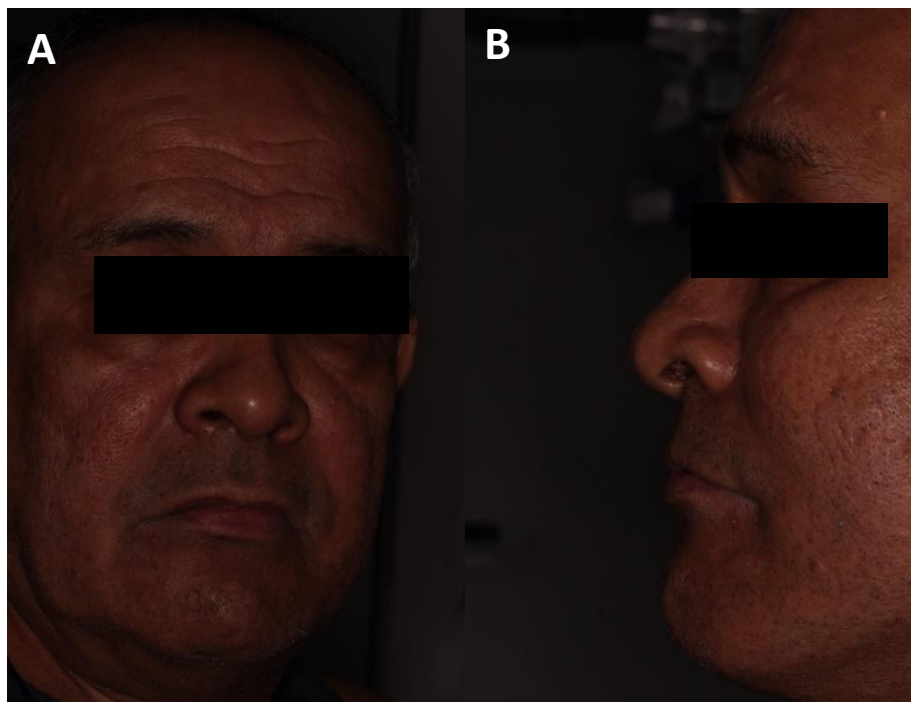
Após a realização da cirurgia em maxila e mandíbula iniciou-se o processo de moldagem sobre implantes utilizando transferentes de mini-pilar, silicone de condensação e os demais materiais necessários para a realização dessa etapa.

Em seguida os moldes foram enviados ao laboratório da própria clínica para confecção de barra metálica e plano de cera. Esses foram provados e devidamente ajustados e marcadas as linhas de orientação nos planos de cera superior e inferior (Figuras 23 e 24) e enviados novamente ao laboratório para montagem dos dentes. Em sequência as próteses protocolo foram novamente provadas e a cor, formato e tamanho dos dentes foram aprovados pelo paciente seguindo para acrilização.

A última etapa foi a instalação das próteses protocolo em maxila e mandíbula e o paciente demonstrou estar satisfeito com a realização do seu sonho de voltar a sorrir e ter maior conforto mastigatório e qualidade de vida (Figuras 25 a 29).

O paciente realiza retornos periódicos ao consultório odontológico de 6 em 6 meses para remoção e limpeza das próteses protocolos superior e inferior. E segue sob acompanhamento há três anos e não apresenta perda óssea relevante próxima as regiões dos implantes, não apresenta periimplantite ou outras alterações dignas de nota após a realização da cirurgia e instalação das próteses protocolo em maxila e mandíbula.

Figura 1 - Fotografias iniciais. A: vista frontal; B: vista em perfil.



Fonte: Próprio autor.

Figura 2 - Fotografias extrabucais e intrabucais. A: sorriso em repouso; B: paciente em oclusão; C: vista oclusal da maxila; D: vista oclusal da mandíbula.



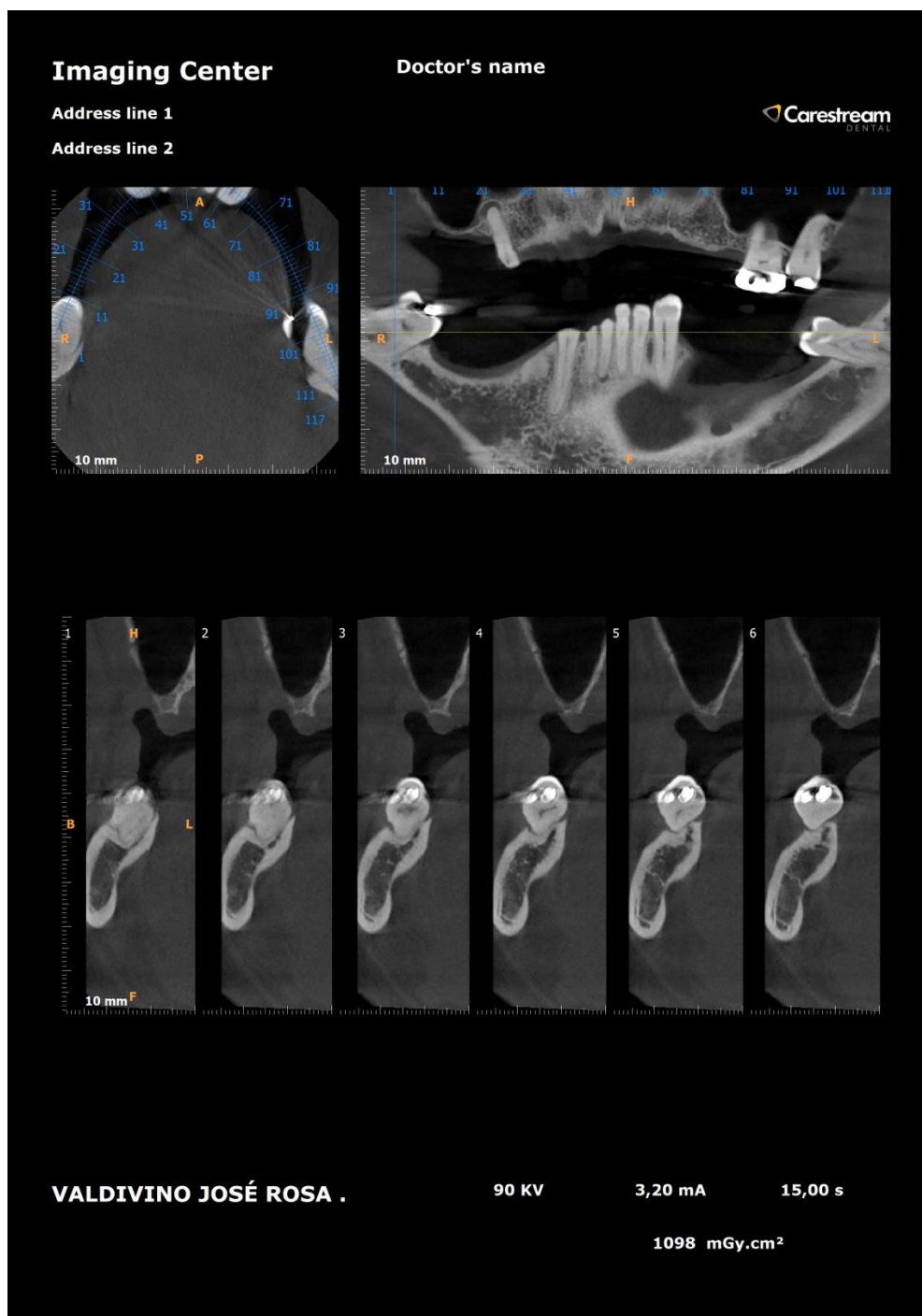
Fonte: Próprio autor.

Figura 3 - Radiografia panorâmica pré-cirurgia.



Fonte: Próprio autor.

Figura 4 - Tomografia computadorizada feixe cônico.



Fonte: Próprio autor.

Figura 5 - Modelo em gesso e planos de cera superior e inferior para confecção da prótese provisória.



Fonte: Próprio autor.

Figura 6 - Prova dos dentes em cera. A: vista em menor aumento.



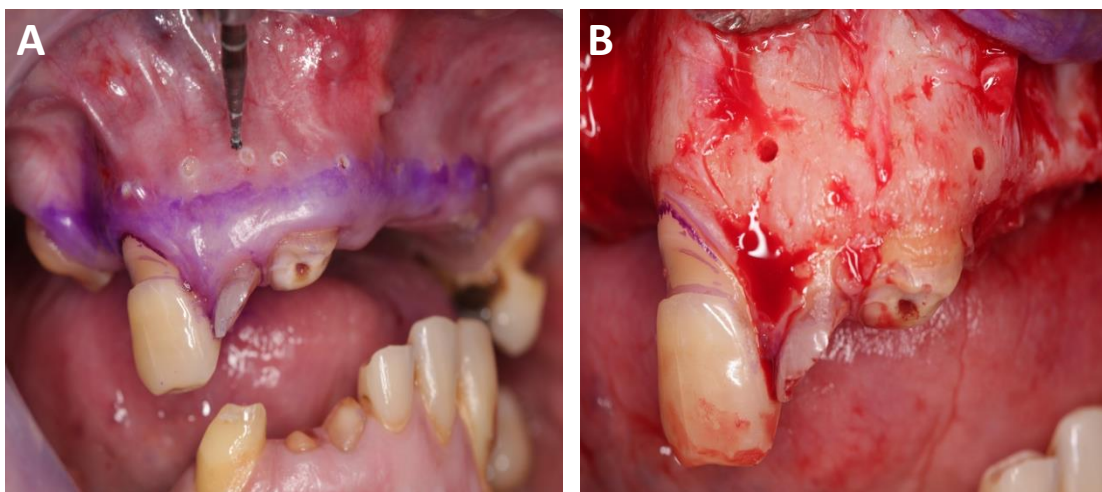
Fonte: Próprio autor.

Figura 7 - Marcação na região gengival de toda a porção a ser removida e regularizada durante a cirurgia, utilizando pincel e violeta genciana.



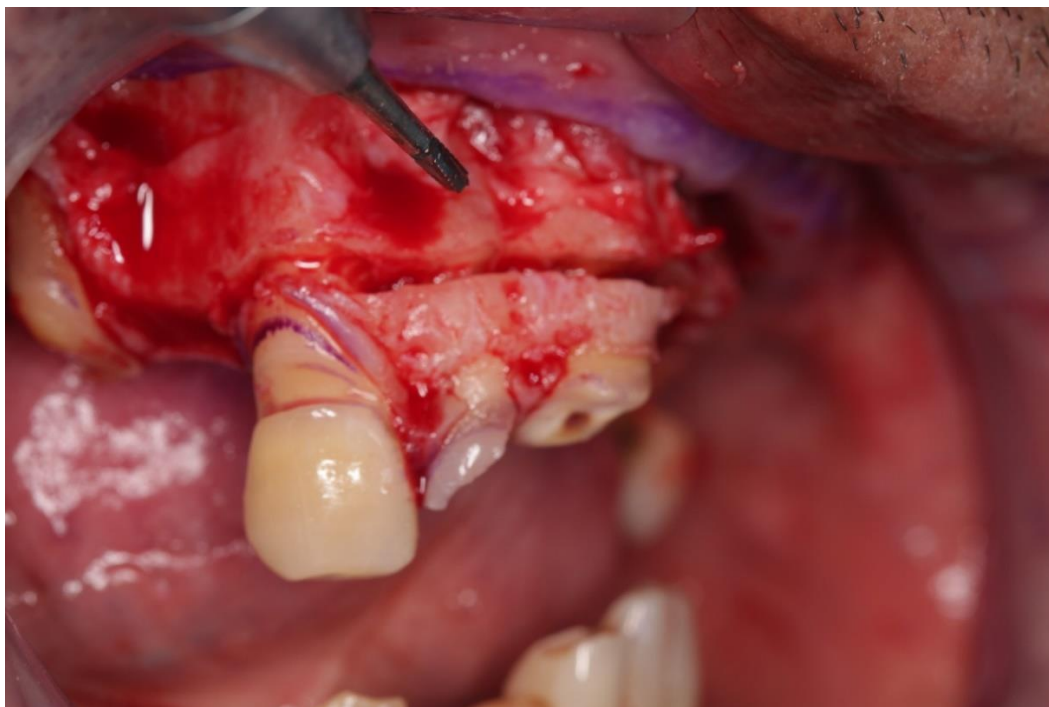
Fonte: Próprio autor.

Figura 8 - Perfuração com broca carbide esférica para delimitar o nível ósseo a ser removido. A: marcação sobre o tecido gengival. B: visualização do nível ósseo a ser regularizado.



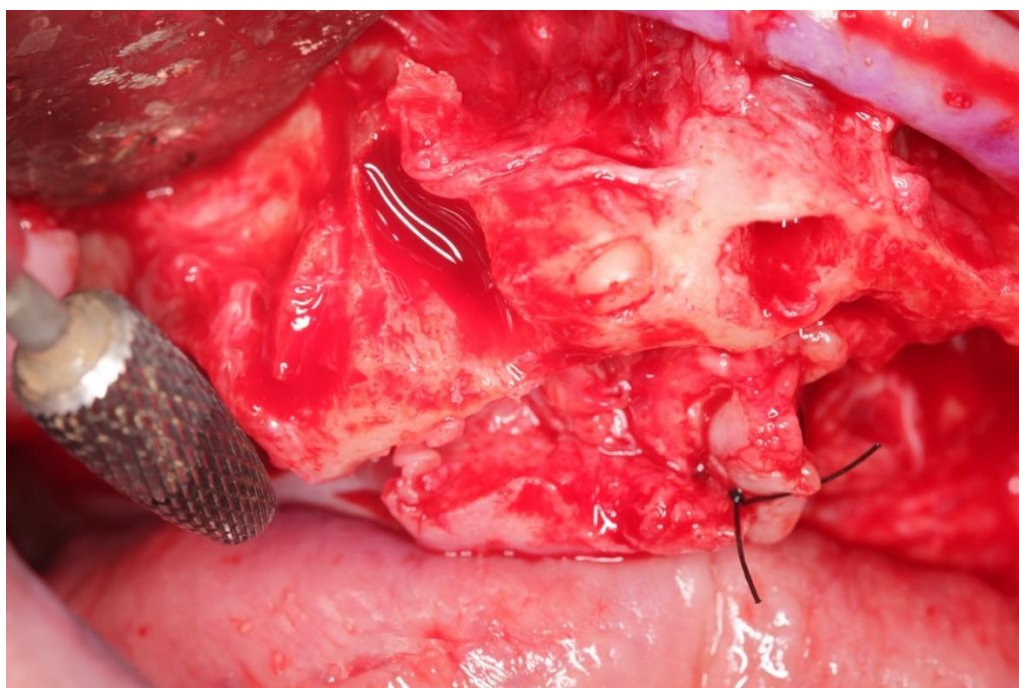
Fonte: Próprio autor.

Figura 9 - Remoção óssea (extração em bloco) com broca cirúrgica 702 em maxila.



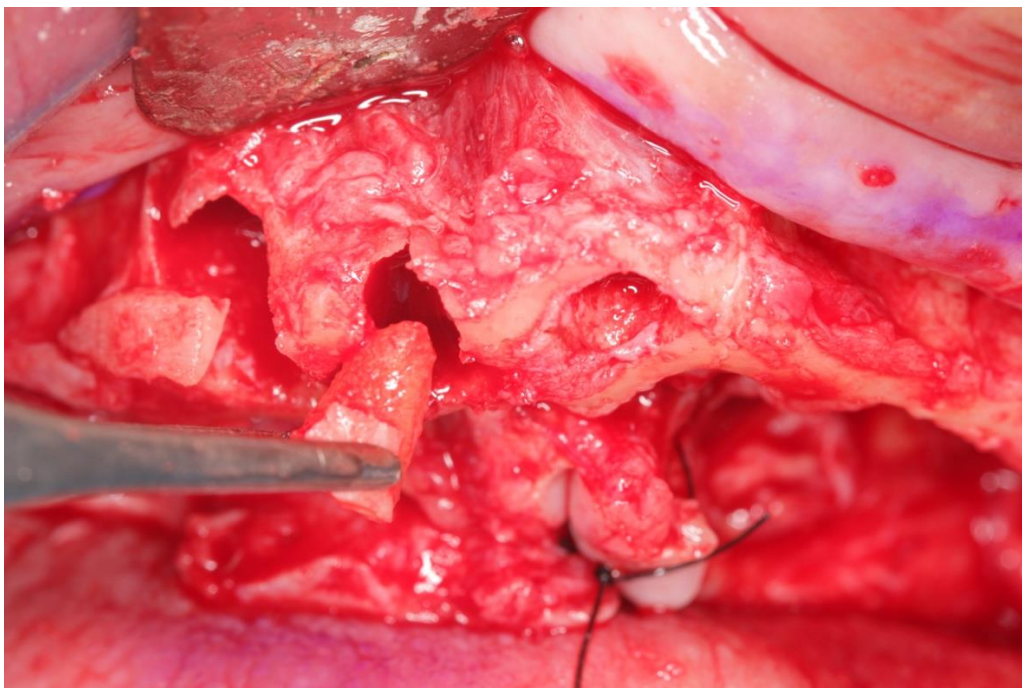
Fonte: Próprio autor.

Figura 10 - Regularização óssea com broca de tungstênio maxicut.



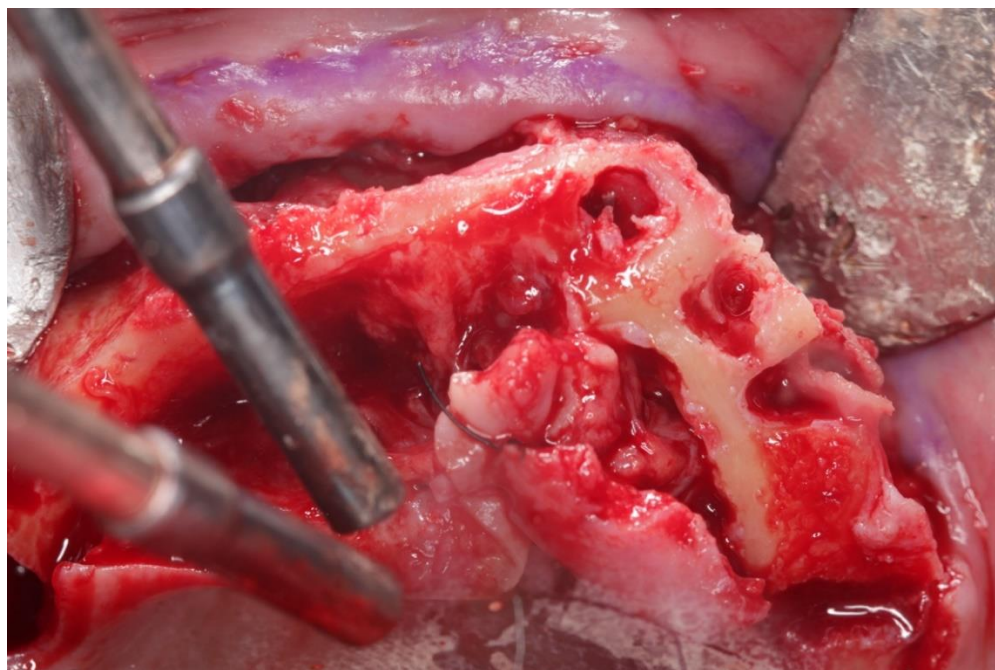
Fonte: Próprio autor.

Figura 11 - Remoção das raízes residuais em maxila.



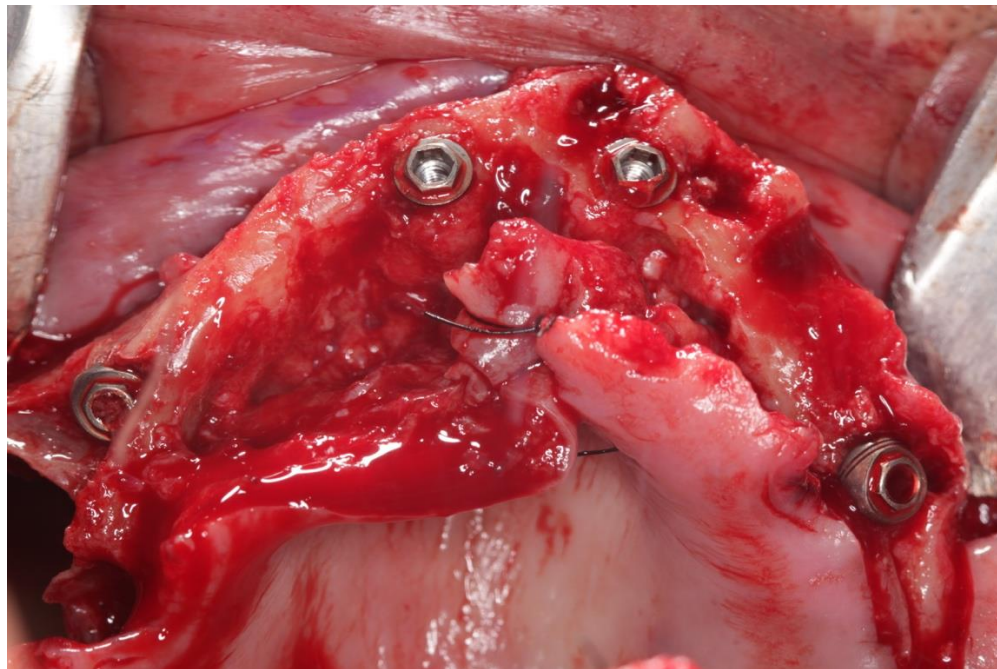
Fonte: Próprio autor.

Figura 12 - Sutura no tecido gengival do palato para facilitar e otimizar o procedimento cirúrgico.



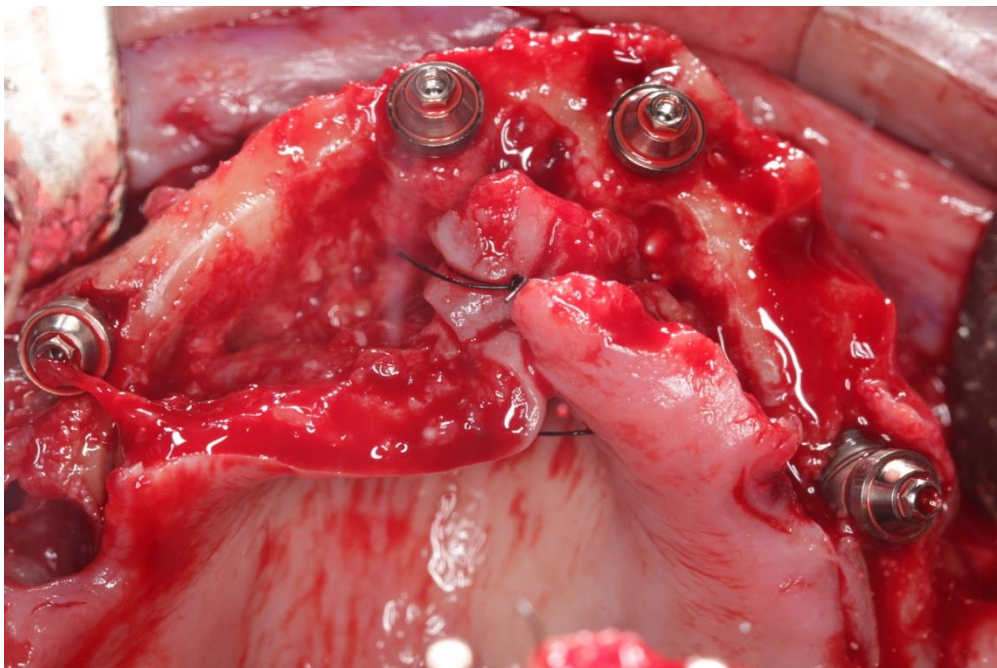
Fonte: Próprio autor.

Figura 13 - Instalação dos implantes em maxila.



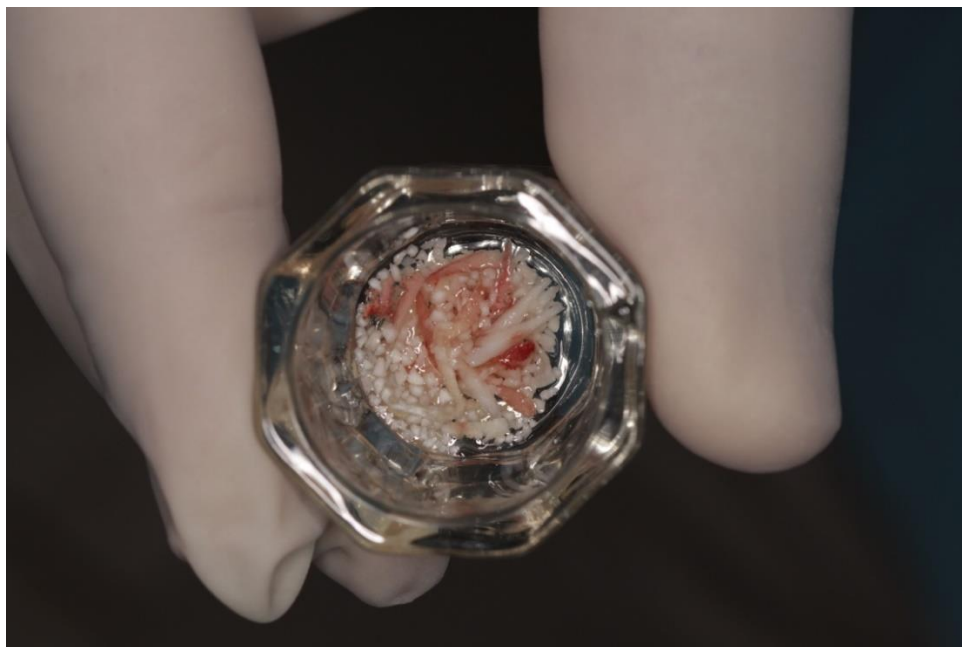
Fonte: Próprio autor.

Figura 14 - Instalação dos mini-pilares em maxila.



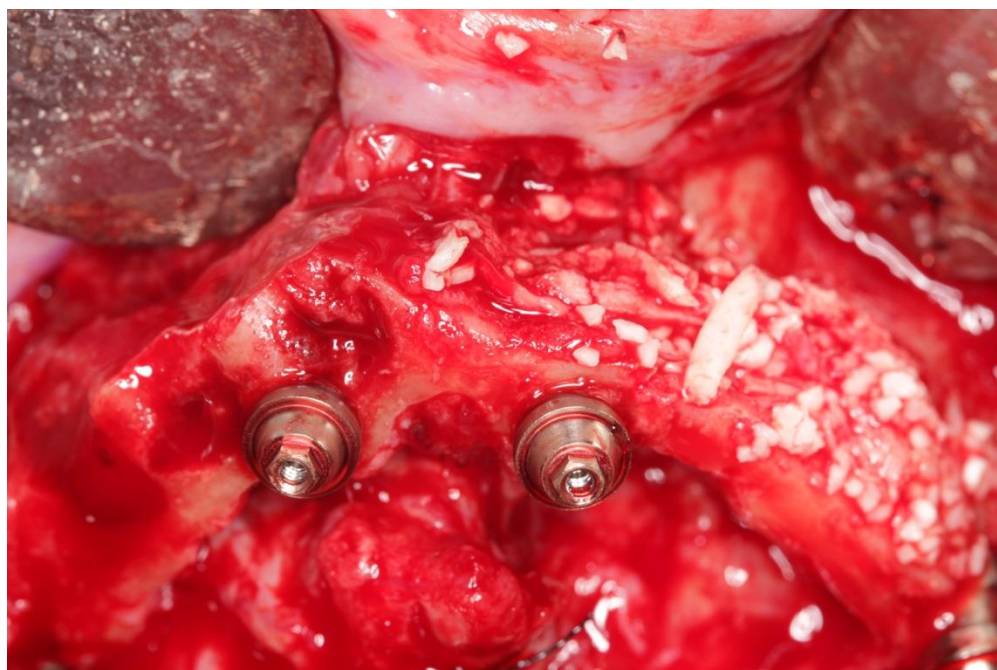
Fonte: Próprio autor.

Figura 15 - Biomaterial associado a osso autógeno coletado durante o procedimento cirúrgico.



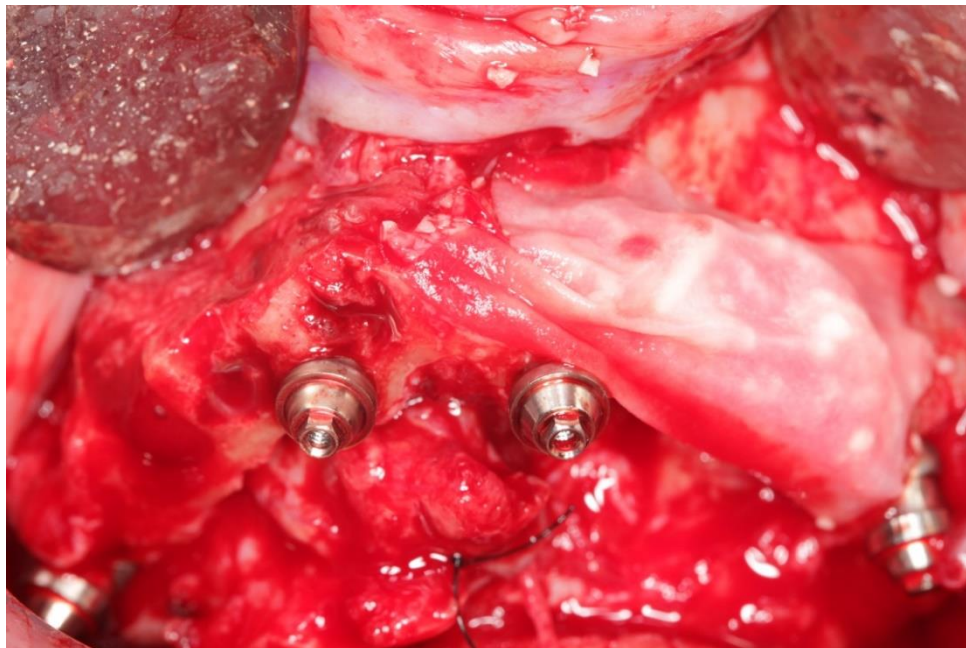
Fonte: Próprio autor.

Figura 16 - Enxerto ósseo posicionado na região vestibular de maxila.



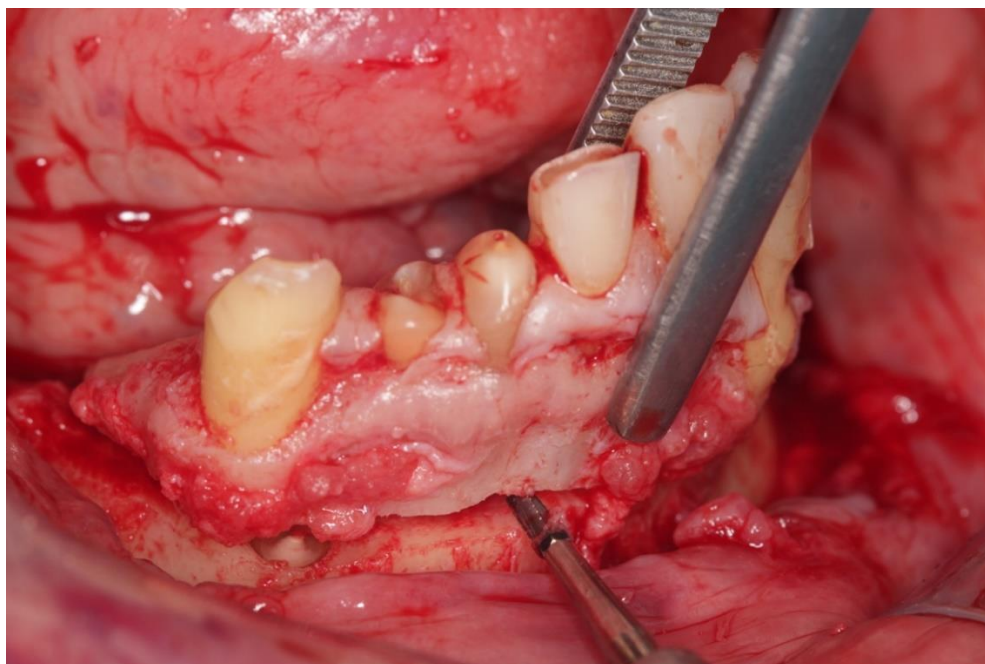
Fonte: Próprio autor.

Figura 17 - Membrana de colágeno recobrindo o enxerto ósseo.



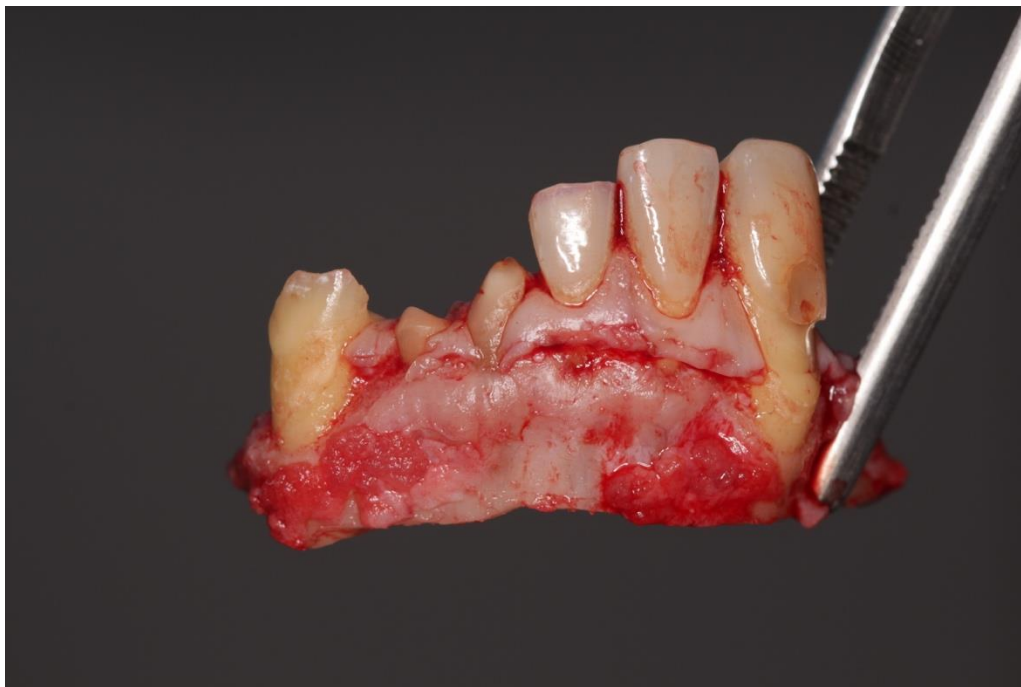
Fonte: Próprio autor.

Figura 18 - Extração em bloco utilizando broca cirúrgica 702 para remoção óssea em mandíbula.



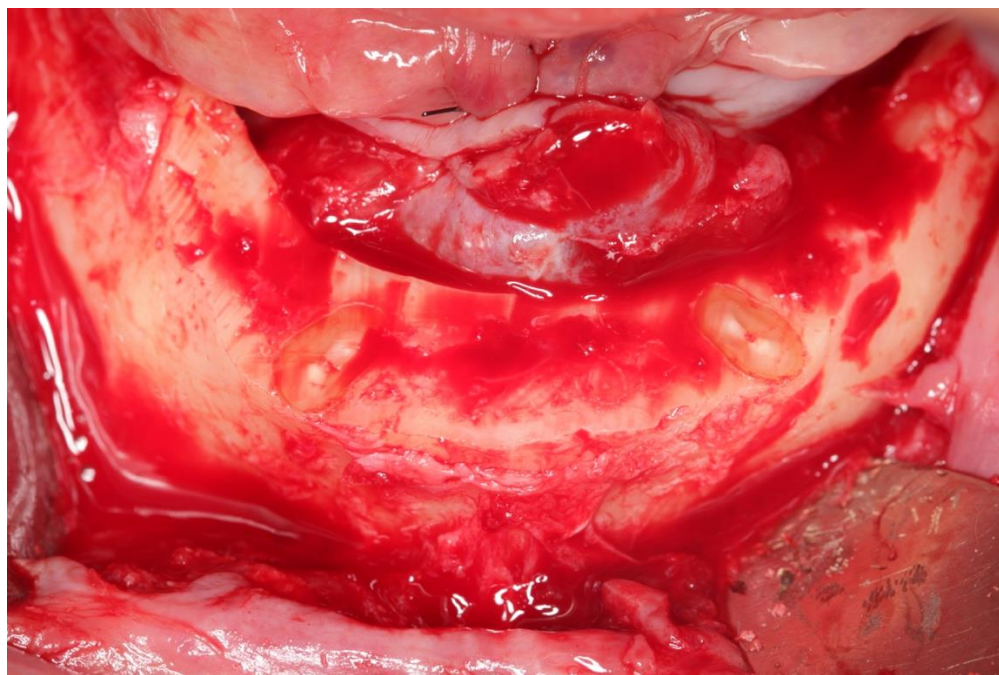
Fonte: Próprio autor.

Figura 19 - Bloco ósseo e dentes extraídos da mandíbula.



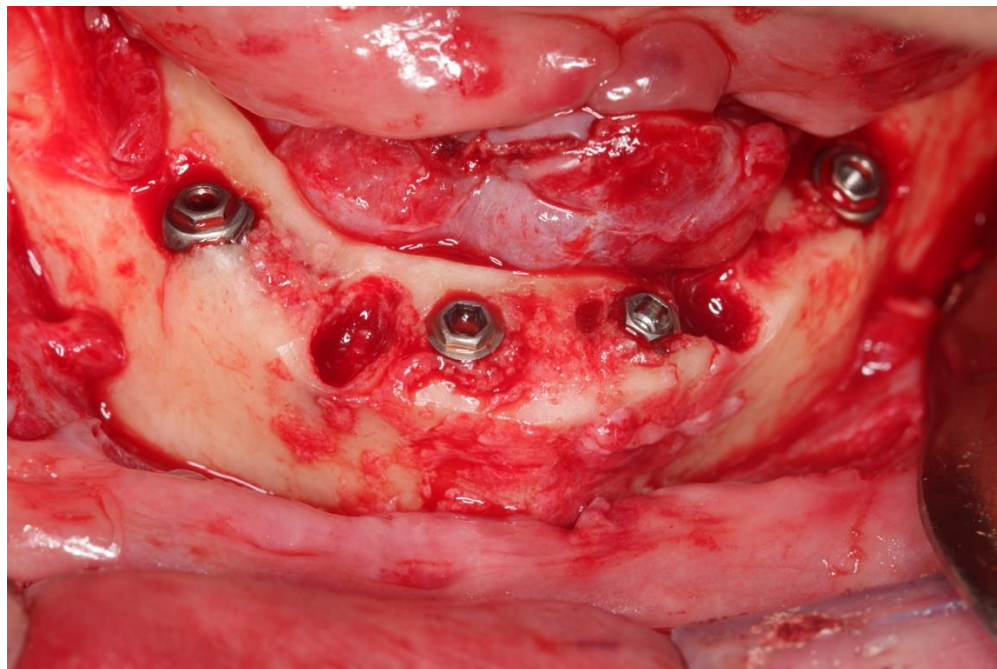
Fonte: Próprio autor.

Figura 20 - Regularização do rebordo ósseo em mandíbula com broca de tungstênio maxicut e remoção das raízes residuais.



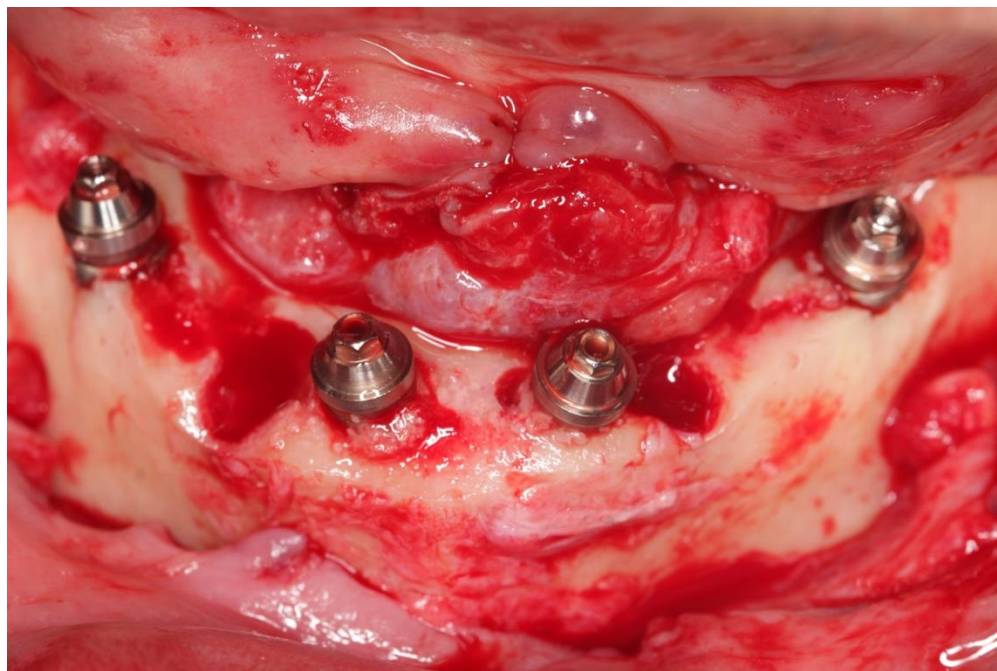
Fonte: Próprio autor.

Figura 21 - Instalação dos implantes em mandíbula.



Fonte: Próprio autor.

Figura 22 - Instalação dos mini-pilares em mandíbula.



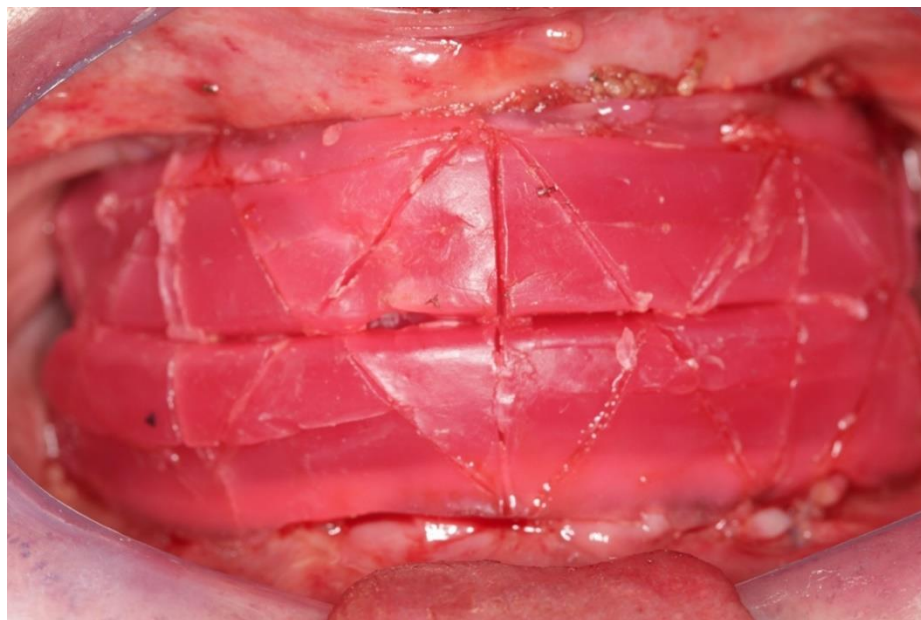
Fonte: Próprio autor.

Figura 23 - Avaliação do paciente em perfil para análise do adequado ângulo nasolabial e selamento labial.



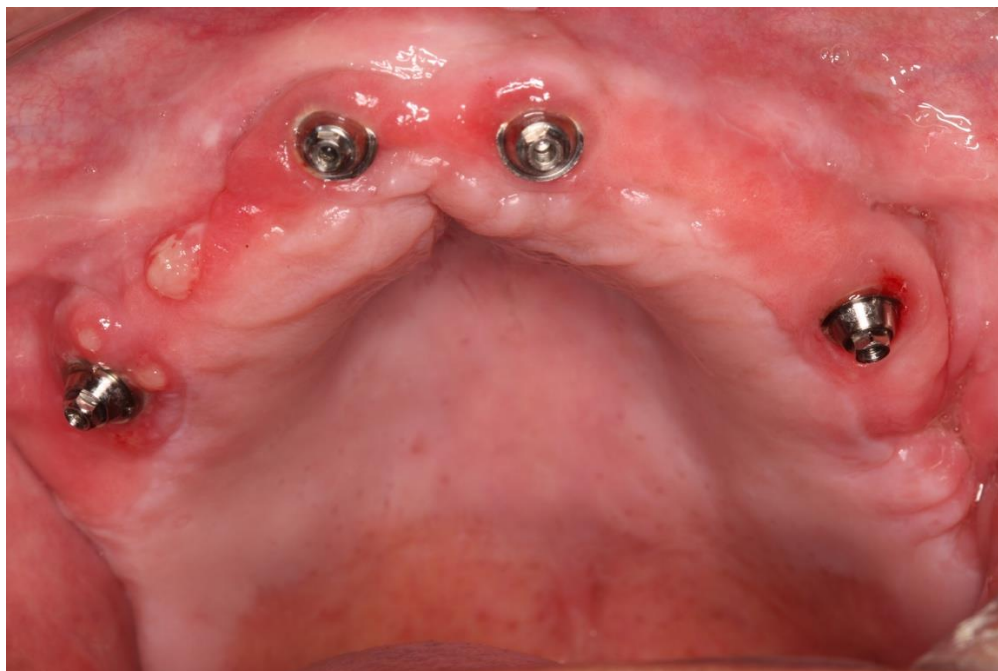
Fonte: Próprio autor.

Figura 24 - Prova dos planos de cera superior e inferior e marcação das linhas de orientação para montagem dos dentes e confecção da prótese protocolo superior e inferior.



Fonte: Próprio autor.

Figura 25 - Instalação de mini-pilares retos e angulados sobre os implantes.



Fonte: Próprio autor.

Figura 26 - Prótese protocolo superior instalada.



Fonte: Próprio autor.

Figura 27 - Próteses protocolo superior e inferior instaladas (vista vestibular).



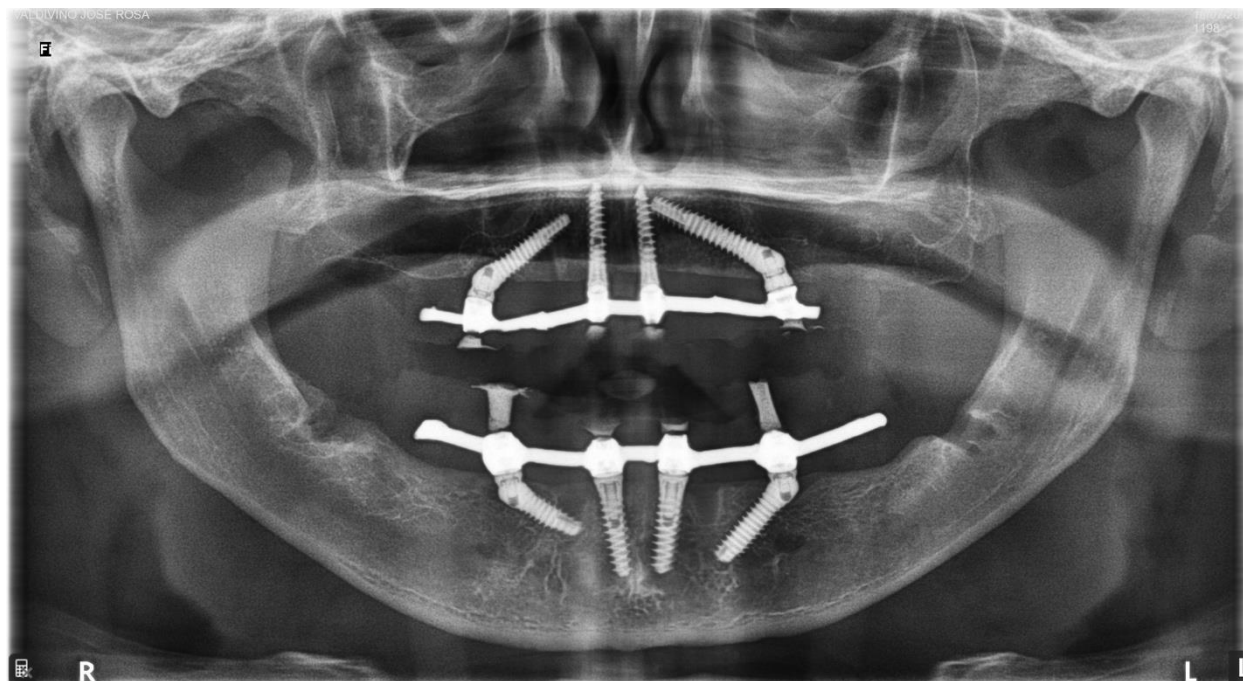
Fonte: Próprio autor.

Figura 28 - Foto final do sorriso.



Fonte: Próprio autor.

Figura 29 - Radiografia panorâmica final, após a instalação das próteses protocolo sobre implantes em maxila e mandíbula.



Fonte: Próprio autor.

3 DISCUSSÃO

A síndrome de Kelly é geralmente iniciada com a reabsorção óssea que ocorre na região anterior da maxila após perdas dentárias e com o tempo as demais características aparecem e associam-se (KELLY, 1972). No caso clínico em questão, ao avaliar o paciente e seus exames complementares, pode-se notar a presença de todas as características que definem essa síndrome da combinação, exceto a presença de hiperplasia papilar inflamatória no palato e/ou câmara de sucção. Alguns autores associaram essa característica, de vazio ou câmara de sucção a hiperplasia papilar inflamatória.

É desafiador para os cirurgiões-dentistas que se deparam casos complexos que apresentam as características dessa síndrome. Esses devem ter uma abordagem multidisciplinar, orientar os pacientes e realizar os procedimentos adequados para garantir a preservação da saúde da dentição natural e sua função mastigatória, bem como evitar a associação de prótese total superior com prótese parcial inferior para que a progressão das características da síndrome da combinação seja evitada (TOLSTUNOV, 2007; KELLY, 1972). E para que isso ocorra, outros planos de tratamento devem ser idealizados, escolhendo junto ao paciente o que mais se adequa as suas necessidades. No caso clínico deste relato teve-se uma abordagem tanto multidisciplinar quanto multiprofissional.

De acordo com Kelly (1972), Carlsson (1998) e Tolstunov (2007), e com base na patogênese dessa síndrome, quatro possíveis modalidades de tratamento podem ser aplicadas conceitualmente para atenuar ou corrigir uma hiperfunção anterior traumática e tratar a SC. Eles são: (1) uma prótese parcial removível mandibular adequadamente projetada em torno de dentes anteriores estáveis, levemente supererupcionados, em oposição a uma prótese total maxilar com distribuição uniforme de tensões oclusais sobre tecidos duros/moles e manutenção cuidadosa através de cuidados de acompanhamento com um objetivo preservar a oclusão posterior. Em alguns casos, os dentes anteriores inferiores podem precisar ser tratados com canal radicular e ter suas coroas clínicas encurtadas para colocar os incisivos superiores opostos em uma posição adequada; (2) exodontia de dentes inferiores anteriores com/sem alveoloplastia e

confeção de próteses totais superiores e inferiores funcionais com oclusão posterior estável com acompanhamento minucioso e protocolo de manutenção; (3) um tratamento de implante da dentição existente com ou sem extração de dentes para restabelecer a oclusão posterior sólida com uma prótese maxilar ou mandibular implanto-assistida ou suportada; (4) usando técnicas avançadas de enxerto ósseo maxilar para reconstruir o rebordo alveolar anterior maxilar em conjunto com uma das três opções anteriores (JENSEN *et al.*, 2004; GUIRADO *et al.*, 2005; MAIORANA *et al.*, 2001, IIZUKA *et al.*, 2004; KONDELL *et al.*, 1996; ABOUL- HOSN *et al.*, 2006; ROHNER *et al.*, 2002; NYSTROM *et al.* 1997) .

Diante disso, pode-se inferir que para casos complexos com grandes perdas dentárias, dentes não hígidos, oclusão e estética desfavoráveis assim como o apresentado neste relato, o tratamento com implantes dentários associado a prótese retida por implantes apresenta-se como a melhor alternativa para esses pacientes.

4 CONCLUSÃO

A síndrome de Kelly, também chamada de síndrome da combinação pode ser tratada com uma abordagem cirúrgica-protética, lançando mão de procedimentos que reestabelecem a oclusão equilibram o sistema estomatognático, proporcionam uma melhor estética do sorriso ao indivíduo e conseqüentemente melhora a autoestima e qualidade de vida deste. O correto diagnóstico é de suma importância para um resultado satisfatório tanto funcional quanto estético, no caso abordado o correto manejo do tecido ósseo foi primordial para obtermos uma exposição ideal da gengiva artificial. Entretanto, nos casos em que os pacientes não possuem boa destreza manual e/ou apresentam mobilidade reduzida, que possa prejudicar a higienização das próteses sobre implantes é sugerida a instalação de próteses overdentures que permitem a remoção e higienização facilitada.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOUL-HOSN. S.; MONNER, A.; JUAREZ, I.; ARRANZ, C.; DÍAZ-CARANDELL, A.; MARÍ, A.; PIULACHS, P. Tibial bone harvesting technique for filling maxillary bone gaps in implantology. **Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale**. v.107, p. 93-97, 2006.

CARLSSON G. E. Clinical morbidity and sequelae of treatment with complete dentures. **The Journal of Prosthetic Dentistry**. v.79, p.17-23, 1998.

CARLSSON, G. E.; THILANDER, H.; HEDEGARD, B. Histological changes in the upper alveolar process after extractions with or without insertion of an immediate full denture. **Acta Odontologica Scandinavica**. v. 25, p.21-43, 1967.

GUIRADO, J. L.; YUGUERO, M. R.; CARRION, DEL VALLE, M. J.; ZAMORA, G. P. A maxillary ridge-splitting technique followed by immediate placement of implants: a case report. **Implant dentistry**, v.14, p.14–20, 2005.

IIZUKA, T.; SMOLKA, W.; HALLERMANN, W.; MERICSKE-STERN, R. Extensive augmentation of the alveolar ridge using autogenous calvarial split bone grafts for dental rehabilitation. **Clinical Oral Implants Research**, v.15, p. 607–615, 2004.

JAMESON, W. S. Various clinical situations and their influence on linear occlusion in treating combination syndrome: a discussion of treatment options. **General Dentistry**, v.51, p.443–447, 2003.

JENSEN, O. T.; LEOPARDI. A.; GALLEGOS, L. The case for bone graft reconstruction including sinus grafting and distraction osteogenesis for the atrophic edentulous maxilla. **Clinical controversies in oral maxillofacial surgery: part two**, v..62, p.1423–1428, 2004.

KELLY, E. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v.27, p. 140–50, 1972.

KONDELL, P. A.; NORDENRAM, A.; MOBERG, L. E.; ELIASSON, S.; NYBERG, B. Reconstruction of resorbed edentulous maxilla using autogenous rib grafts and osseointegrated implants. **Clinical Oral Implants Research**, v.7, n.3, p. 286–290, 1996.

LECHNER, S.K.; MAMMEN, A. Combination syndrome in relation to osseointegrated implant-supported overdentures: a survey. **The International Journal of Prosthodontics**, v.9, p.58-64, 1996.

MAIORANA, C.; SANTORO, F.; RABAGLIATI, M.; SALINA, S. Evaluation of the use of iliac cancellous bone and anorganic bovine bone in the reconstruction of the atrophic maxilla with titanium mesh: a clinical and histologic investigation. **The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants**, v.16, p. 427–432, 2001.

NYSTROM, E.; LUNDGREN, S.; GUNNE, J.; NILSON, H. Interpositional bone grafting and Le Fort I osteotomy for reconstruction of the atrophic edentulous maxilla: a two-stage technique. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v.26, p. 423-427, 1997.

ROHNER, D.; BUCHER, P.; KUNZ, C.; HAMMER, B.; SCHENK, R. K.; PREIN, J. Treatment of severe atrophy of the maxilla with the prefabricated free vascularized fibular flap. **Clinical Oral Implants Research**, v.13, p.44–52, 2002.

TOLSTUNOV, L. Combination syndrome: classification and case report. **Journal of Oral Implantology**. v. 33, n. 3, p.139-151, 2007.